

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



Editoriale

Temi di approfondimento

Il caso clinico

Medicina e società

Hanno detto

Storia della medicina in Arezzo

Leggi • Decreti • Circolari

Deontologia medica

Il Cesalpino

Aprile 2006

*Nuova serie • Anno 5° Numero **13***

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** Malpractice sanitaria: quanto vera, quanto presunta?
Raffaele Festa

TEMI DI APPROFONDIMENTO

- 3** Interazioni tra farmaci: come gestirle?
Laura Galatti, Achille P. Caputi

- 7** Eco 3D e patologia benigna dell'utero
Giovanni Centini, Lucia Rosignoli, Roberto Cazzavacca

IL CASO CLINICO

- 15** Patologie neuromuscolari dell'A.T.M.: diagnosi e controllo dell'iter terapeutico mediante registrazione elettromiografica
Pietro Tesdesco, Roberto Giorgetti, Fabio F. Butera, Caterina Brettoni, Ermanno Bartolini, Valentina Pipparelli

- 19** L'apparecchio invisibile Invisalign

MEDICINA E SOCIETÀ

- 20** Inquinamento indoor
Nicola Magnavita

- 22** Dalla Salvezza come salute alla salute come salvezza
Riflessioni di filosofia della medicina
Stefano Beccastrini

- 25** Regine Toscana. Lea e medicina complementare
Raffaele Festa

HANNO DETTO

- 27** Relazione di un convegno
Antonietta Marchi, Francesco Borghi, Andrea Bollini, Francesco Munna

- 30** La salute della donna in gravidanza
Roberto Romizi, Danila Scala, Francesco Rosadi, Gabriella Rossi, Ario Joghtapour, Claudia Recine, Lia Patrussi, Patrizia Petruccioli, Maria Pia Fiori

- 34** Ricerca medici Cosv
Vera Melgari

STORIA DELLA MEDICINA IN AREZZO

- 35** Un ospedale di eccellenza ad Arezzo
Francesca Farnetani, Italo Farnetani

LEGGI • DECRETI • CIRCOLARI FNOCEO E ENPAM

- 38** Il nuovo accordo regionale per la medicina generale
Dario Grisillo

DEONTOLOGIA MEDICA

- 40** Il codice di deontologia medica. V parte
Giovanni Caruso

Il Cesalpino

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

Aprile 2006

Anno 5 - Numero 13

Comitato Editoriale e Redazionale

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

Direttore Responsabile

Roberto Romizi

In Redazione

Amedeo Bianchi, Armando
Bonelli, Alberto Cinelli,
Luigi Giannini, Piero Pieri,
Luciano Ralli, Silvana Saullo,
Muro Sasdelli.

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

mail: chirurgi@omceoar.it

www.omceoar.it

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista.

EDITORIALE

Malpractice sanitaria: quanto vera, quanto presunta?

Periodicamente, e sarei tentato di dire sistematicamente, la sanità italiana ed i medici italiani sono alla ribalta della cronaca per presunti episodi di cosiddetta malasanita. Ogni occasione è buona per l'informazione televisiva o della carta stampata, per diffondere notizie atte a colpevolizzare i medici per fatti o misfatti di ogni genere.

Cosa dire e come commentare la segnalazione, da parte della Guardia di Finanza alla Corte dei Conti, di ben 564 medici di medicina generale della Lombardia? Analizzando il caso si scopre che la grave colpa di questi colleghi è la iperprescrizione avendo superato la spesa media pro capite, con un conseguente danno all'erario ma, per quel che è dato sapere, senza alcun danno alla salute dei loro assistiti. Eppure le varie agenzie non hanno esitato a presentare il caso come un fatto delittuoso, pur non essendo stato riscontrato alcun tipo di reato. Premesso che non esiste alcuna intenzione di difendere o giustificare chi commette degli abusi che in un sistema solidaristico vanno assolutamente perseguiti, ci si chiede se è stato opportuno pubblicizzare tale evento con tanto clamore trattandosi di fatti prettamente amministrativi. Tutti i giorni, in ogni posto d'Italia, si verificano vicende del genere e tanti medici sono impegnati in una defatigante quanto assurda difesa delle loro scelte prescrittive in nome della libertà ed indipendenza della professione, che ne sono gli elementi portanti, per la dovuta tutela della salute dei loro pazienti. E' difficile comprendere il significato di questa iniziativa che appare come una nota stonata, come è difficile capire con quale criterio la Guardia di Finanza ha valutato la appropriatezza prescrittiva. E' facile comprendere che essa avrà la solita conclusione di tante altre.

Ancor più sconcertante il comunicato con cui è stato annunciato che in Italia si verificano ogni anno trentaduemila casi di morte e trecentomila casi di danni per errori medici. In nome di una cultura basata sulla ricerca del colpevole, delle notizie "strillate", della ricerca a tutti i costi del colpevole, si assiste ad un fenomeno sempre più devastante di presunta malpratica che rischia di minare alla base l'intero impianto del S.S.N. In assenza di dati certi, non si può e non si deve discutere un problema così serio sulla base di stime o di proiezioni e tanto meno darne la notizia come assoluta certezza. Si rischia di ingenerare confusione e di accrescere sfiducia e prevenzione verso il servizio pubblico che pur con i suoi difetti innegabili, rimane sempre un grande traguardo di civiltà sociale apprezzato in tutto il mondo. Questo modo di intendere la sanità va sradicato dalla nostra cultura. Occorre cominciare a valutare anche gli eventi positivi e confrontarli con quelli negativi per avere un quadro effettivo, a tutto campo, della capacità del sistema. Ma occorre anche sviluppare e portare a regime il promesso osservatorio nazionale sugli errori in medicina e contemporaneamente sviluppare politiche di prevenzione del rischio e corsi di formazione ed addestramento degli addetti ai lavori. Ma soprattutto è necessario predisporre dei protocolli di comunicazione dell'errore ai cittadini danneggiati, perché in maniera corretta, trasparente e solidale chi riceve un danno sia correttamente informato. Percorrendo questa strada si potrà evitare tanto contenzioso e la conseguente angoscia degli avvisi di garanzia, dello pseudo mercato delle perizie, delle risoluzioni stragiudiziali o quant'altro. Ma soprattutto si potrà conservare, nei limiti del possibile, quel valore inestimabile che è il rapporto di fiducia medico - paziente. Tanta parte deriva da gravi carenze strutturali e/o organizzative di varia entità ed origine, alle quali è doveroso porre rimedio, se non si vuole continuare in una politica di sprechi o di inefficacia quali la medicina di difesa, che non giova a nessuno, e di risarcimenti che finiscono col gravare pesantemente sul SSN e sui medici.

In ultima analisi, siamo di fronte a problemi molto complessi, di non facile risoluzione, per i quali è necessaria la integrazione di interventi politico - amministrativi, della magistratura, della avvocatura e di ogni altra componente del S.S.N. Ai medici compete il dovere di contrastare il mito dell'infalibilità della medicina, del sensazionalismo clinico - scientifico, della medicalizzazione esasperata dalla nascita alla morte e soprattutto di fare tutto il possibile per umanizzare al massimo il rapporto con chi soffre e si aspetta, da chi lo cura, consolazione, comprensione e serenità.

Dr. Raffaele Festa

Presidente Ordine Medici di Arezzo



Addio, Paola!

il sedici Maggio, improvvisamente, La Sig.ra Paola Bidini ci ha lasciato. L'amabile, premurosa, educata, competente e discreta impiegata del nostro Ordine non è più tra noi.

Lascia un grande e doloroso vuoto in seno alla famiglia di tutti i medici aretini, privati di quell'accogliente sorriso e della Sua signorile disponibilità a risolvere i piccoli problemi quotidiani di quanti a Lei ricorrevano.

Lascia tanto rimpianto; in particolare tra noi, operatori di questa Rivista, che si vede privata dell'opera fattiva della sua Segretaria redazionale.

Un addio a Te, Paola, nel dolore acerbo che ora tutti ci accomuna; un grazie per quanto hai fatto per tanti anni a favore di noi tutti.

Non ti dimenticheremo!

INTERAZIONI TRA FARMACI: come gestirle?

LAURA GALATTI & ACHILLE P. CAPUTI

Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia, Università di Messina

Le interazioni tra farmaci sono la più frequente causa di eventi avversi in corso di terapia, causano ospedalizzazione e prolungano la durata della degenza dei pazienti ospedalizzati.

Negli ultimi 40 anni sono stati pubblicati più di 15.000 articoli sulle interazioni tra farmaci e ogni anno il numero di tali pubblicazioni aumenta. E' quindi praticamente impossibile che un medico o un farmacista riesca a memorizzare tutta questa massa di informazioni. Sarebbe come chiedergli di apprendere e tenere a mente le pagine gialle di una cittadina di piccole dimensioni!!

Tuttavia il problema esiste ed il medico ed il farmacista vanno aiutati ad evitare o ridurre il rischio che le interazioni tra farmaci possono comportare.

I sistemi informatizzati di screening delle interazioni tra farmaci sono utili?

Sempre più spesso si apprende di nuovi sistemi informatizzati (CD rom, internet, ecc.) capaci di aiutare il medico ad evitare le interazioni farmacologiche. Tuttavia questi metodi non hanno avuto fino ad oggi il successo sperato. Il motivo principale è che manca una sufficiente informazione per determinare se lo screening informatizzato delle interazioni tra farmaci sia realmente utile, nella normale pratica clinica, a ridurre la morbilità e la mortalità correlate a tali interazioni ^{1,2}.

Inoltre, i sistemi informatizzati hanno altri limiti, quali:

Eccessivo numero di interazioni. Sebbene il numero di interazioni sia elevato e venga riportato nei sistemi informatizzati ed anche nei testi sull'argomento, spesso le interazioni sono state osservate in vitro e non nella pratica clinica, quindi il loro significato è discutibile. Hansten ³ ha riferito di aver utilizzato un sistema di individuazione delle interazioni tra farmaci presenti in internet e di aver condotto una ricerca

inserendo i farmaci che assumeva un suo paziente ambulatoriale. Ne sono scaturite ben 69 interazioni!!

Differenze cinetiche nella stessa classe di farmaci non riportate correttamente. E' prassi comune nei libri e nei sistemi informatizzati includere tutti i componenti di una classe di farmaci (es. statine) come metabolizzati nello stesso modo oppure, ancora peggio, dallo stesso isoenzima (es. CYP3A4) del citocromo P450. In tal modo si induce a pensare che un inibitore di tale isoenzima (es. l'antifungino ketoconazolo) dia interazioni con tutti i farmaci della classe. In realtà, la simvastatina e la lovastatina sono estesamente metabolizzate dal CYP3A4, mentre l'atorvastatina lo è moderatamente. La fluvastatina è metabolizzata dal CYP2C9. La pravastatina e la rosuvastatina non sono metabolizzate da alcun isoenzima del citocromo P450 ⁴. Il rischio di interazione fra inibitori del CYP3A4 e statine è in realtà, quindi, limitato soprattutto a lovastatina, simvastatina, e, in misura minore, alla atorvastatina ⁵.

Scarse informazioni sulla gestione degli eventi avversi da interazione. Una volta appreso che due farmaci possono interagire, bisogna anche essere informati su come comportarsi e che fare per ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso ^{6,7}. La tabella riassume le possibili opzioni.

Tabella. Management delle interazioni tra farmaci	
Management dell'interazione	Motivazione
<i>Evitare del tutto l'interazione</i>	Se il rischio di una interazione supera il beneficio che si può trarre, essa dovrebbe essere evitata. Poiché le classi di farmaci sono eterogenee per le interazioni, talvolta si può scegliere un'alternativa che non preveda l'interazione.
<i>Modificare la dose del farmaco oggetto dell'interazione</i>	E' talvolta possibile prescrivere i due farmaci in modo sicuro semplicemente aggiustando la dose del farmaco che è oggetto della interazione
<i>Allungare l'intervallo di tempo tra le dosi</i>	Nel caso di alcune interazioni tra farmaci che formano un legame a livello del tratto gastrointestinale, l'interazione può essere evitata assumendo il farmaco oggetto dell'interazione almeno due ore prima o quattro ore dopo il farmaco precipitante. (Viene in tal modo consentito al farmaco di essere assorbito in circolo prima che si determini l'interazione con l'altro).
<i>Fare un adeguato monitoraggio per ottenere un riconoscimento precoce</i>	In alcuni casi, quando è necessario somministrare combinazioni di farmaci che interagiscono tra loro, l'interazione può essere trattata con un attento monitoraggio dei risultati clinici o di laboratorio che ne permettano il riconoscimento. In questo modo, possono essere fatte modifiche appropriate del dosaggio o, se necessario, può essere interrotto il trattamento

Alla luce di quanto sopra, oltre a migliorare i sistemi informatici di screening delle reazioni avverse, sembra necessario

1. aumentare le conoscenze dei medici e dei farmacisti sui meccanismi fisiologici che stanno alla base delle interazioni tra farmaci. Questa conoscenza può essere molto utile:
 - per la valutazione clinica e la gestione delle reazioni avverse;
 - per predire il decorso temporale,
 - per minimizzare il rischio di un esito avverso.
2. fornire informazioni sui fattori di rischio, specificamente legati alla somministrazione dei farmaci, che aumentano la possibilità di insorgenza di eventi avversi.
3. fornire ai pazienti informazioni sui fattori che aumentano la possibilità di insorgenza di eventi avversi.

Meccanismi fisiologici che stanno alla base delle interazioni tra farmaci

Se si sa che un certo farmaco è un induttore, o un inibitore, di un particolare isoenzima che metabolizza un altro farmaco, è possibile prevedere con quanta probabilità esso interagirà con gli altri farmaci che il paziente assume ^{1,8,9}. Tuttavia l'esperienza clinica ci ha dimostrato che la maggior parte dei pazienti che assume combinazioni di farmaci non manifesta conseguenze ¹⁰.

Come detto la simvastatina è estesamente metabolizzata dal CYP3A4 e prove di una certa entità suggeriscono che il rischio di miopatia indotta da statine aumenta con l'aumentare delle concentrazioni seriche della statina stessa. Il verapamil è un inibitore del CYP3A4 ed è riportato in letteratura che l'associazione verapamil - simvastatina aumenta di 10 volte il rischio di miopatia ⁵. Conseguentemente, è stato raccomandato che la dose di simvastatina non superi i 20 mg/die in pazienti in trattamento con verapamil ¹¹. Tuttavia il rischio totale di miopatia in pazienti in trattamento simultaneo con simvastatina e verapamil è inferiore all'1%. Così, sebbene il rischio relativo di miopatia da simvastatina aumenti notevolmente in presenza di verapamil, il rischio assoluto di utilizzare questa combinazione è molto basso.

Tuttavia, il fatto che sia bassa la percentuale di pazienti che manifestano evidenze cliniche di miopatia quando trattati con verapamil e simvastatina, ci deve far pensare che ci debbono essere altri fattori di rischio capaci di determinare nei pazienti lo sviluppo di tossicità muscolare. Questi fattori sono:

- età avanzata;
- perdita di peso corporeo;
- insufficienza renale

Sebbene non sia ancora definito il ruolo esatto che tali fattori di rischio hanno su ogni singolo paziente ⁵, è evidente che l'associazione avrà un rischio molto maggiore di produrre miopatia in pazienti che presentano anche

i suddetti fattori.

Oltre ai suddetti fattori di rischio, è noto che le capacità di metabolizzazione dei farmaci sono in buona parte soggette a influenze genetiche. La disciplina che studia questo aspetto si chiama *farmacogenetica*.

Gli isoenzimi del citocromo P450 sono soggetti ad un controllo genetico e sono state identificate una dozzina di varianti genetiche, soprattutto per il CYP2D6 ed il CYP2C19 ⁸.

Influenza di variazioni della quantità degli enzimi metabolizzanti in presenza di un solo farmaco. I pazienti che sono deficienti dell'isoenzima CYP2D6 possono avere un aumento del rischio di intolleranza ad un farmaco (es. simvastatina) che viene metabolizzato tramite questa via, rispetto ai pazienti con un'attività normale dell'isoenzima ¹². L'evento avverso in tal caso avviene senza che sia presente un altro farmaco e può essere evitato riducendo semplicemente la dose. E' ovvio che bisognerebbe essere a conoscenza di tale deficienza enzimatica!

Influenza di più farmaci che interagiscono con lo stesso enzima presente in quantità normale.

Esempio 1. In un paziente con una quantità normale di CYP2D6, che sta ricevendo una dose standard di farmaco A, è probabile che l'aggiunta di un potente inibitore del CYP2D6 aumenti sostanzialmente le concentrazioni seriche di farmaco A, determinando tossicità.

Esempio 2. In un paziente, con isoenzimi del citocromo P450 "normali", che assume un farmaco (farmaco A) che viene metabolizzato principalmente dal CYP2C19, con il CYP3A4 come via secondaria, cosa succede se viene assunto un potente inibitore del CYP3A4 (es. ketoconazolo)? Probabilmente nulla in quanto l'inibitore del CYP3A4 tenderebbe ad avere un effetto relativamente scarso sulla farmacocinetica del farmaco A, essendo quest'ultimo metabolizzato principalmente dall'isoenzima CYP2C19. Se però il farmaco A viene assunto da un paziente con deficienza del CYP2C19, la via alternativa del CYP3A4 può diventare la via predominante del metabolismo del farmaco A e l'aggiunta di un inibitore del CYP3A4 ne aumenterà le concentrazioni seriche in modo sostanziale, determinando probabilmente un evento avverso.

Influenza di più farmaci che interagiscono con lo stesso enzima presente in quantità ridotte o totalmente assente.

Un paziente con deficienza di CYP2D6 che è in trattamento con un farmaco metabolizzato dal CYP2D6 (farmaco A) può ottenere un'adeguata risposta terapeutica con una dose molto bassa del farmaco, ma rischia di avere tossicità se la dose è elevata.

Se al regime terapeutico a dose molto bassa del paziente, si aggiunge un potente inibitore del CYP2D6, non ci saranno interazioni con il farmaco A poiché il paziente non presenta l'isoenzima CYP2D6.

Influenza di più farmaci che interagiscono con lo stesso enzima presente in quantità aumentate.

Alcune persone hanno una moltiplicazione dei geni dell'isoenzima del CYP2D6 ed hanno una maggiore attività

del CYP2D6 rispetto al normale. Tali pazienti possono non rispondere adeguatamente ai farmaci che vengono metabolizzati dal CYP2D6. La simvastatina sembra avere una via CYP2D6-dipendente, ed un paziente con una elevata attività del CYP2D6 non riesce ad ottenere una riduzione dei livelli di colesterolo quando assume la simvastatina ¹².

Ma un'attività eccessiva del CYP2D6 può influenzare anche l'esito delle interazioni farmaco-farmaco. Per esempio, se gli individui con un'elevata attività del CYP2D6 assumono un farmaco responsabile di un'interazione che è metabolizzato dal CYP2D6, ci si potrebbe aspettare che questi pazienti non raggiungano concentrazioni seriche di questo farmaco sufficienti per interagire con altri farmaci in modo clinicamente significativo.

(NB: E' possibile determinare il genotipo o il fenotipo di ogni persona per molti degli isoenzimi del citocromo P450, ma questa metodica usata principalmente a fini di ricerca non è ancora entrata in clinica come strumento per prevedere le risposte ai farmaci)

Fattori di rischio, legati alla somministrazione dei farmaci, che aumentano la possibilità di insorgenza di eventi avversi.

Dose, frequenza delle dosi, sequenza della somministrazione e durata della terapia sono i fattori che al momento forniscono le informazioni più utili per gestire le interazioni.

- **Dose.** La maggior parte delle interazioni tra farmaci è dose-correlata e quanto maggiore è la dose del farmaco d'interesse e/o del farmaco responsabile dell'interazione tanto maggiore sarà la possibilità dell'interazione. Per esempio, la capacità del succo di pompelmo di inibire il metabolismo pre-sistemico intestinale della lovastatina o della simvastatina dipende dalla quantità di succo di pompelmo ingerita. Un solo bicchiere al giorno di succo di pompelmo a concentrazione normale, assunto per tre giorni, produce un modesto aumento delle concentrazioni seriche di lovastatina, mentre un bicchiere di succo di pompelmo in concentrazione doppia, assunto tre volte al giorno, produce un aumento drammatico delle concentrazioni seriche di lovastatina ^{13, 14}.
- **Frequenza delle dosi.** Per la maggior parte delle interazioni tra farmaci che coinvolgono il sistema del citocromo P450, la frequenza della dose del farmaco d'interesse e di quello responsabile dell'interazione ha scarso effetto sull'esito dell'interazione. Ciò è particolarmente vero quando entrambi i farmaci sono destinati ad un uso cronico. Ma la frequenza delle dosi può essere importante quando un farmaco si lega nel tratto gastrointestinale con un altro. In questo caso, dando il farmaco d'interesse due ore prima o da quattro a sei ore dopo il farmaco responsabile dell'interazione, si può solitamente minimizzare la dimensione dell'interazione stessa.

- **Sequenza di somministrazione.** La sequenza di somministrazione del farmaco d'interesse e di quello responsabile dell'interazione può essere importante quando il farmaco d'interesse viene titolato per il raggiungimento di una risposta terapeutica ottimale (gli anticoagulanti orali). In questo caso, il principale pericolo si ha quando il farmaco responsabile dell'interazione viene aggiunto al regime di pazienti stabilizzati col farmaco d'interesse, soprattutto in pazienti ambulatoriali quando la risposta del farmaco d'interesse non si può monitorare di frequente. D'altro canto, quando il farmaco d'interesse viene iniziato e titolato in presenza di una dose stabile del farmaco scatenante l'interazione, il rischio è solitamente basso.
- **Durata della terapia.** La durata della terapia col farmaco responsabile dell'interazione può essere un fattore determinante per l'esito di un'interazione. E' improbabile che una singola dose di un inibitore del CYP3A4, indipendentemente dalla sua potenza, produca un effetto clinicamente significativo su un farmaco che viene metabolizzato dal CYP3A4. Ciò perché sono necessarie almeno due o tre settimane di somministrazione di un inibitore del CYP3A4 per ottenere una inibizione dell'enzima tale da aumentare la concentrazione plasmatiche del farmaco metabolizzato dall'isoenzima.

Fornire ai pazienti informazioni sui fattori che aumentano la possibilità di insorgenza di eventi avversi.

L'educazione dei pazienti può giocare un ruolo importante nel ridurre il rischio di alcune interazioni farmaco-farmaco. Per esempio, tutti i pazienti in trattamento con statine dovrebbero essere informati su quali sono i sintomi della miopatia (dolore muscolare, debolezza muscolare ed urine scure). I pazienti così informati, potrebbero quindi contattare più rapidamente il medico qualora sviluppassero una miopatia come risultato di un'interazione tra un farmaco ed una statina. Un riconoscimento precoce e l'interruzione del trattamento sembrano essere importanti per minimizzare la gravità della miopatia da statine ⁵.

L'educazione del paziente è importante anche quando un farmaco prescritto ha delle possibili interazioni con un'erba medicinale o un farmaco OTC. Per esempio, è stato dimostrato che l'iperico riduce in modo sostanziale le concentrazioni seriche di simvastatina, probabilmente come risultato di un'induzione del CYP3A4 da parte dell'erba medicinale ¹⁵. La lovastatina, ed in dimensioni minori l'atorvastatina, sono metabolizzate anche dal CYP3A4 e ci si dovrebbe aspettare che interagiscano con l'iperico. Dunque, quando ai pazienti viene prescritta una di queste statine, essi dovrebbero essere avvertiti di evitare il simultaneo uso di iperico.

Bibliografia

1. Hazlet TK et al. Performance of community pharmacy drug interaction software. J Am Pharm Assoc 2001; 41: 200-204.

2. Chrischilles EA et al. The role of pharmacy computer systems in preventing medication errors. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42: 439-448.
3. Hansten PD. Drug interaction management. *Pharm World Sci* 2003, 25: 94-97
4. Williams D, Feely J. Pharmacokinetic-pharmacodynamic drug interactions with HMG-CoA reductase inhibitors. *Clin Pharmacokinet* 2002; 41: 343-370.
5. Pasternak RC et al. ACC/AHA/NHLBI. Clinical advisory on the use and safety of statins. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 568-573.
6. Hansten PD et al. ORCA: OpeRational ClassificAction of drug interactions. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41: 161-165.
7. Peterson JF, Bates DW. Preventable medication errors: identifying and eliminating serious drug interactions. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41: 159-160.
8. Levy RH et al. *Metabolic drug interactions*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
9. Hansten PD, Horn JR. *Drug interactions analysis and management*, St Louis, Missouri, Facts & Comparisons, 2002.
10. Doucet J et al. Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults : a prospective study of 1000 patients. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 944-948.
11. Orloff DG. Label changes for simvastatin (Zocor). US Food and Drug Administration, 2002.
12. Mulder AB et al. Association of polymorphism in the cytochrome CYP2D6 and the efficacy and tolerability of simvastatin. *Clin Pharmacol Ther* 2001; 70: 546-551.
13. Rogers JD et al. Grapefruit juice has minimal effects on plasma concentrations of lovastatin-derived 3-hydroxy-3-methylglutaril coenzyme A reductase inhibitors. *Clin Pharmacol Ther* 1999; 66: 358-366.
14. Kantola T et al. Grapefruit juice greatly increases serum concentrations of lovastatin and lovastatin acid. *Clin Pharmacol Ther* 1998; 63: 397-402.
15. Sugimoto K et al. Different effects of St. John's Wort on the pharmacokinetics of simvastatin. *Clin Pharmacol Ther* 2001; 70: 518-524.

Fonte sito: www.farmacovigilanza.org

AI LETTORI

All'interno del presente numero de " Il Cesalpino" trova luogo un questionario che il comitato di redazione ha predisposto nell'intento di riscontrare il gradimento, ma anche le eventuali innovazioni, contenutistiche e non, emergenti dai suggerimenti dei lettori.

Allo scopo, perciò, di proporre un possibile e prossimo rinnovo dei contenuti ed anche della veste tipografica e dell'impaginazione della Rivista, sarà oltremodo accetto il parere dei nostri lettori, a supporto dello sforzo condiviso che l'Editore Ordine dei Medici e la Redazione si accingono a compiere.

Sarà, dunque, a noi gradito il ritorno dello stampato compilato alla sede dell'Ordine.

La Redazione

ECO 3D E PATOLOGIA BENIGNA DELL'UTERO

GIOVANNI CENTINI, LUCIA ROSIGNOLI, ROBERTO CAZZAVACCA

Centro Diagnosi Prenatale

Dipartimento di Pediatria, Ostetricia e Medicina della riproduzione

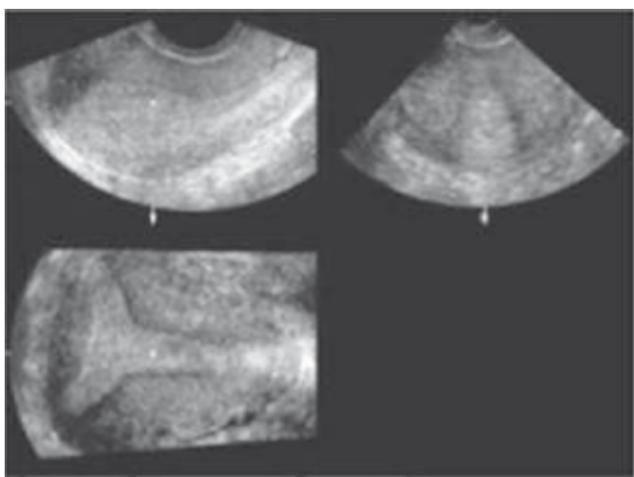
Università degli Studi di Siena

La rappresentazione in 3D dell'immagine ecografica è un obiettivo che è stato perseguito fin dagli anni '90. Il primo campo di applicazione del 3D è stato proprio la ginecologia in quanto i genitali interni possono essere immobilizzati, invitando la paziente a trattenere il respiro per un tempo sufficiente a realizzare una buona acquisizione volumetrica, cosa difficile da ottenere in ostetricia, dove i movimenti fetali condizionavano fortemente i falsi positivi¹. Ma il miglioramento tecnologico degli strumenti ha ridotto i tempi di scansione con la messa a punto delle sonde con acquisizione volumetrica automatica che sono passati dai 20-30 minuti del 1993 ai 2-3 secondi nel '97 fino ad 1/16 di secondo nel 2002; dal 2004 con lo speed-up RT4D si può ottenere il 3D ed il 3D nel tempo, ovvero il 4D, con una drastica riduzione degli artefatti dovuti al movimento che, nei primi tentativi, ne impedivano l'uso clinico.

La scansione ecografica tridimensionale si basa sull'acquisizione di un volume che viene automaticamente immagazzinato; quindi l'immagine può essere analizzata alla consolle dopo aver congedato la donna tutte le volte che lo si desidera da parte dello stesso o di altri operatori con una buona riproducibilità². La rappresentazione del volume acquisito può essere espressa in diverse modalità:

- rappresentazione volumetrica multiplanare: una sola acquisizione che consente una visualizzazione nelle tre sezioni, assiale, trasversale e coronale (sezione che molto raramente si ottiene con il 2D, Fig.1);

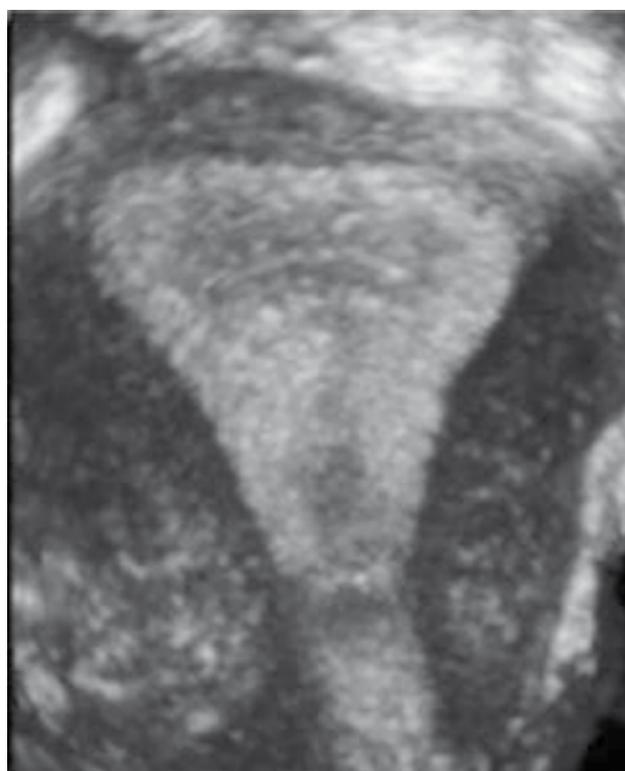
Fig. 1



Scansione multiplanare dell'utero; con una sola scansione si ottengono i tre piani assiali longitudinale, trasversale e coronale.

- sistema rendering surface: ovvero il tridimensionale come ricostruzione nello spazio ed immagine di superficie (il 3D dell'immaginario classico, Fig.2);

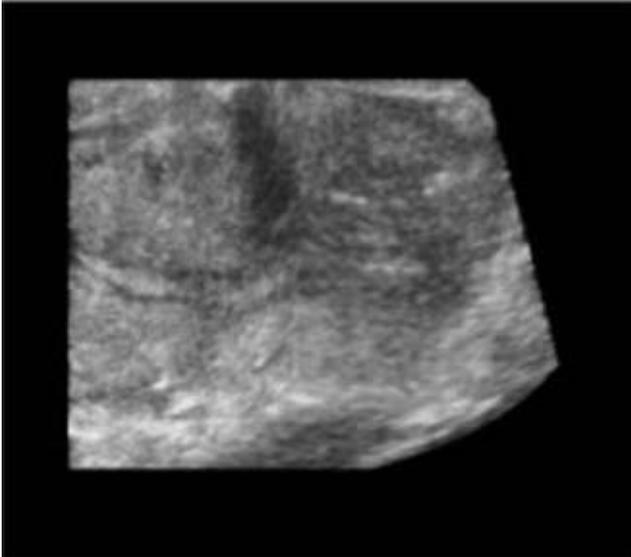
Fig 2



La rappresentazione 3D surface rendering offre una precisa e corretta visualizzazione della cavità endometriale, tale da permettere una accessibile diagnosi di malformazione uterina. (scansione coronale in fase progestinica). Cavità normoconformata.

- magic cut o scalpello elettronico per eliminare le parti superflue, non necessarie o che ostacolano la visualizzazione del volume oggetto di indagine;

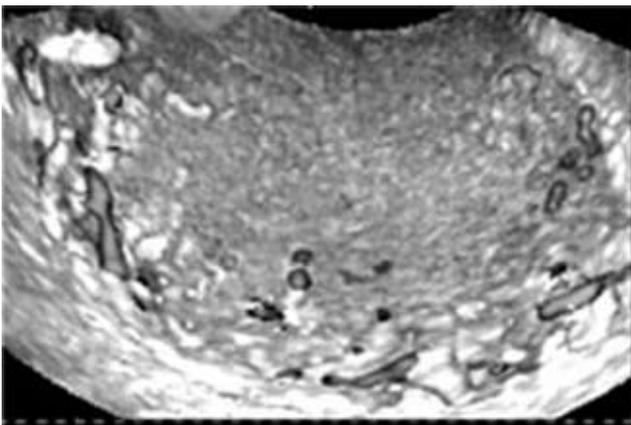
Fig. 3



Fase proliferativa precoce. Magic cut o scalpello elettronico.
 Studio dell'endometrio dopo l'eliminazione delle parti ritenute superflue; questo consente uno studio più dettagliato dell'endometrio e dei suoi rapporti con il miometrio. L'immagine inoltre può essere ruotata e traslata a piacimento per visualizzare anche quelle superfici non direttamente esposte all'insonazione della sonda ("il lato oscuro della luna").

- rotazione e translazione del volume per visualizzarlo a tutto tondo ovvero poter "vedere" anche le superfici poste dietro un organo rispetto alla sonda;
- 3D color glass body: la rappresentazione 3D del sistema cardiocircolatorio racchiuso dentro un organo reso trasparente come vetro (3);

Fig. 4

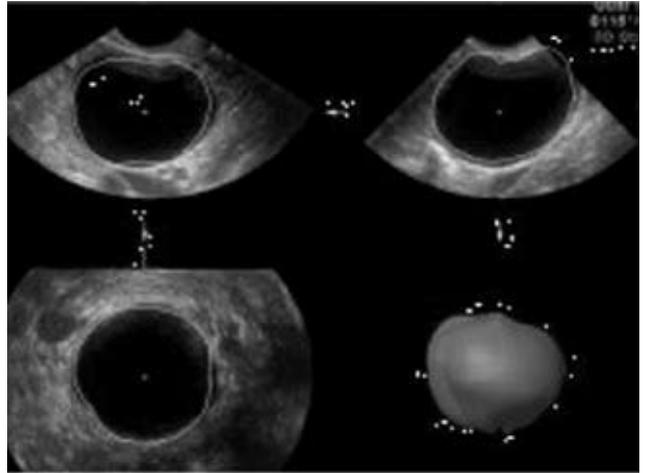


Il 3D color glass body consente di visualizzare l'utero come una struttura vitrea che permette di individuare correttamente i vasi nel loro decorso ed in rapporto al miometrio ed all'endometrio.

- angio-color 3D: la rappresentazione del solo sistema circolatorio in 3D (4);
- maximum o minimum mode: rappresentazione di

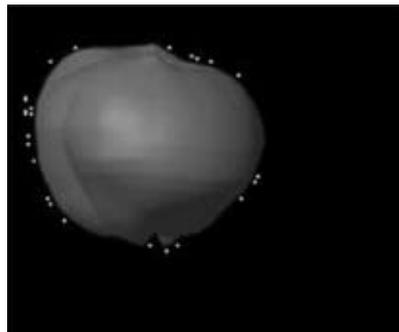
- echi superficiali o profondi;
- Vocal: misurazione di un volume in rappresentazione 3D (Figg.5-6);

Fig. 5



Rappresentazione volumetrica multiplanare e valutazione volumetrica di una formazione cistica ⁵.

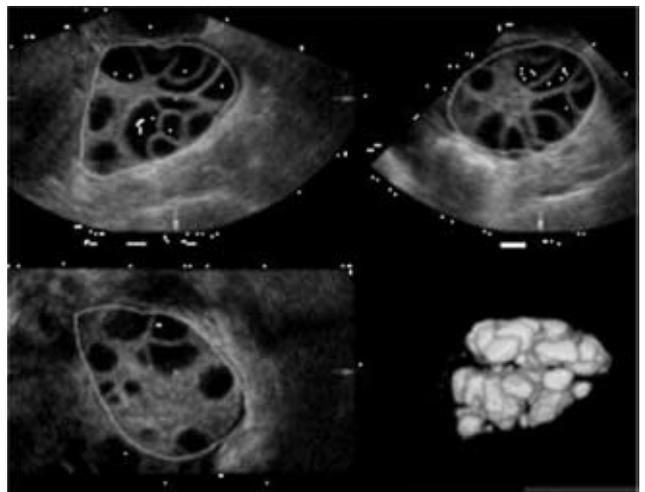
Fig. 6



VOCAL: rappresentazione volumetrica della tumefazione.

- inversion mode: la trasformazione delle aree anecogene (liquide) in solide (Fig. 7);

Fig. 7

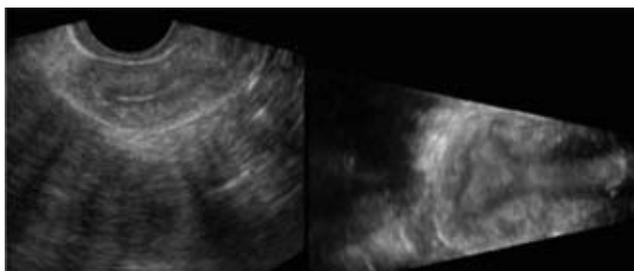


Scansione multiplanare di una iperstimolazione ovarica.

La modalità "inversion mode" trasforma le aree anecogene (liquide) in solide e consente di effettuare più agevolmente la diagnosi.

L'uso del 3D con immagini acquisite in continuum nel tempo realizza il 4D, che consente di vedere il movimento in rappresentazione tridimensionale; i volumi acquisiti possono essere anch'essi analizzati adoperando le stesse tecniche del 3D (Figg.8-9).

Fig. 8

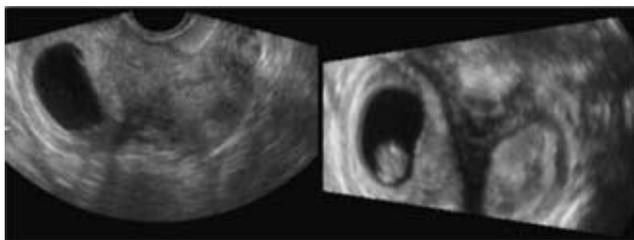


Scansione longitudinale

Scansione coronale

Rappresentazione dell'endometrio in 4D VCI-cplane che consente in tempo reale di visualizzare la cavità uterina su due piani longitudinale e coronale; questa modalità di rappresentazione del 4d riduce i tempi di osservazione dell'endometrio.

Fig. 9



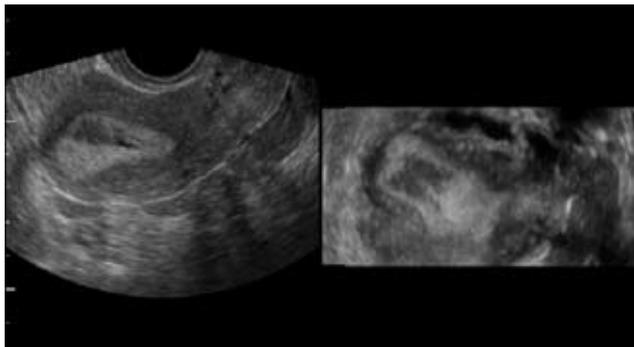
Scansione longitudinale

Scansione coronale

Corno uterino accessorio in gravidanza all'ottava settimana. Il 4D VCI-cplane documenta in maniera precisa i rapporti tra gravidanza e corni uterini, in questo caso i due piani di scansione sono quelli trasversale e coronale ⁶.

3D VCI-cplane

Fig 10



Útero a sella; si rilevano aree iperecogene a livello endometriale significative per iperplasia endometriale.



Scansione surface rendering 3D coronale.

Queste potenzialità sono oramai un dato certo ed altre sono in fase di realizzazione o di studio. Il 3D ci offre la possibilità di ottenere delle sezioni secondo milioni di piani, inclusi quelli non accessibili all'ecografia classica 2D, allargando lo studio dettagliato compreso il pavimento pelvico con la visualizzazione di superfici fino a poco tempo fa inaccessibili; possiamo quindi vedere anche "il lato oscuro della luna", come definisce la Benacerraf ⁷ le strutture poste dietro ad organi rispetto all'insonazione della sonda. Uno degli aspetti più interessanti del 3D è la possibilità di poter analizzare il volume archiviato secondo piani programmati e secondo coordinate riproducibili dallo stesso operatore o da altri operatori, inoltre il volume può essere inviato e studiato da altri indipendentemente dai risultati ottenuti da chi ha acquisito il volume. In pratica si impiega minor tempo per la scansione volumetrica e se ne impiega molto di più nell'analisi del volume, ma si è molto indipendenti dall'abilità manuale dell'operatore cosa che invece risulta fondamentale nell'ecografia 2D condizionata completamente dall'operatore ed i cui piani di sezione non sono mai sovrapponibili. Tutto questo rende l'ecografia 3-4D uno strumento diagnostico quanto più possibile simile alla risonanza magnetica con il vantaggio di costi minori, di maggiore flessibilità e con possibilità eccezionale di poter analizzare l'immagine volumetrica in tempo reale, ovvero il 4D. Lo studio particolareggiato dell'albero vascolare rappresentato dal 3D color angio o glass body offre una visione pre-

cisa e dettagliata dei rapporti tra vasi e struttura non ottenibile altrimenti e la futura possibilità dello studio del grado di vascolarizzazione come parametro di benignità o malignità. Tutto questo ha reso di grande interesse l'uso del 3-4D in ginecologia e la pubblicistica specifica che è andata aumentando dal 2000 quasi in senso esponenziale documenta l'interesse dei ricercatori in questo campo. La sensazione che si ha valutando l'esperienza di altri suffragata dalla propria è che si lavora con piacere ed interesse con il 3-4D in ginecologia e che si possano ottenere una quantità maggiore e migliore di informazioni anche se ancora non siamo in grado di definire esattamente il ruolo del 3D in ginecologia, come del resto in ostetricia. Però i lavori degli ultimi quattro anni concordano quasi all'unanimità sul miglioramento delle capacità di visualizzazione ecografica in termini di riproducibilità, di morfologia, di accuratezza nel definire i dettagli e nella migliore rappresentazione della vascolarizzazione rispetto al 2D senza per questo disconoscere che l'ecografia tradizionale rappresenta comunque un presidio diagnostico di eccellenza. L'uso dello scan tridimensionale non risulta agevole nell'immediato anche per chi ha (e comunque deve avere) una buona esperienza con il 2D; è necessario un buon training di almeno 6-12 mesi prima di cominciare a sentirsi relativamente sicuri, e per chi ha una buona esperienza diviene sicuramente più agevole lo studio dell'endometrio riducendo, ad esempio, gli esami invasivi in caso di dubbio diagnostico.

In riferimento alla patologia benigna dell'utero già si possono cominciare a delineare delle indicazioni e dei limiti.

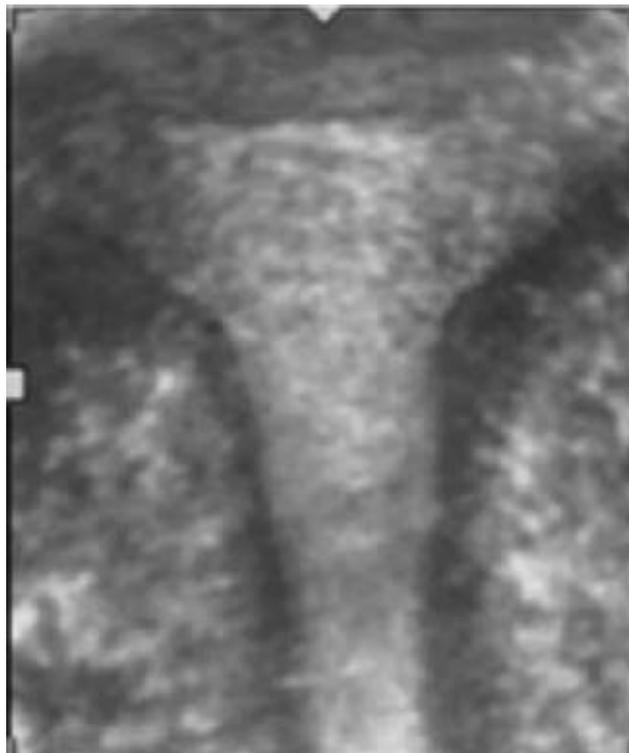
UTERO

Anatomia e malformazioni

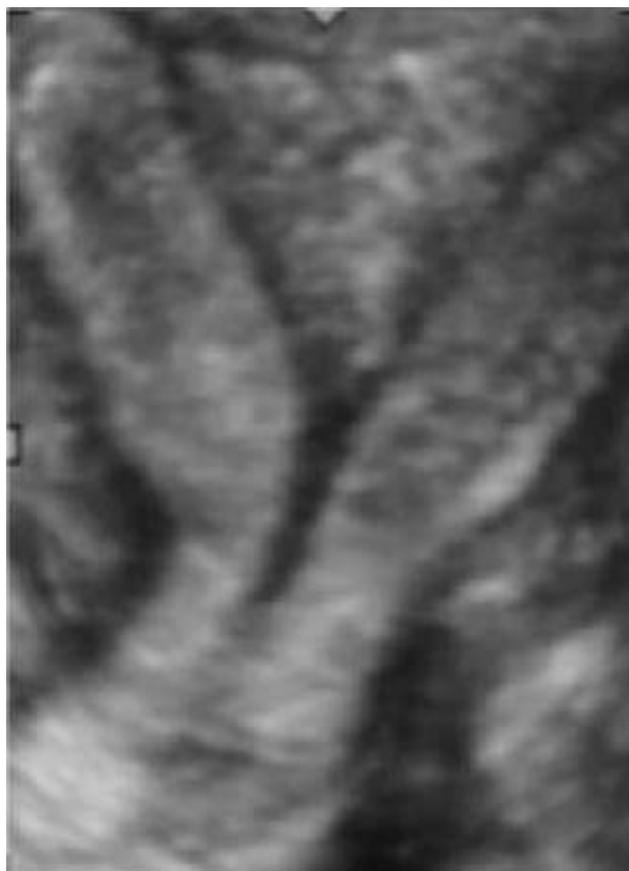
La capacità di documentare la morfologia uterina è sicuramente superiore al 2D, pertanto la diagnosi delle malformazioni uterine risulta fortemente potenziata (Fig.10) perché la rappresentazione multiplanare permette uno studio dettagliato coronale della cavità uterina (raramente ottenibile con il 2D)⁸. La stessa cosa la si può fare in tempo reale con il 4D VCI-cplane con risparmio di tempo perché è possibile ottenere in tempo reale la scansione sagittale e coronale. Un reperto di normalità può escludere indagini più invasive come l'isterosalpingografia o l'isteroscopia, mentre un reperto patologico quasi sempre deve trovare conferma con altri accertamenti diagnostici. Con il Vocal (calcolo del volume) il volume uterino sta diventando di maggiore uso perché più attendibile rispetto alle dimensioni⁹.

Il confronto in 3D surface rendering, scansione coronale, tra la cavità uterina di un utero normoconformato e quella di un utero malformato rende evidente la capacità diagnostica di questa tecnica nel campo delle anomalie uterine.

*Fig. 10 Utero bicorne bicolle;
scansione coronale 3D surface rendering*



Cavità normoconformata



Cavità malformata

Endometrio

Sono molte le esperienze che documentano un miglioramento in sensibilità e specificità del volume endometriale (Fig.11) rispetto allo spessore, non tanto al momento nella medicina della riproduzione, ma soprattutto nel discriminare situazioni benigne da quelle maligne nel periodo perimenopausale e postmenopausale ¹⁰. Lo studio preciso su piani diversi, l'acquisizione della vascolarizzazione in rapporto alla struttura, potenzia le capacità diagnostiche nella patologia dei polipi endometriali (Fig. 12-13).

Fig. 11

Volume endometriale rilevato con il VOCAL

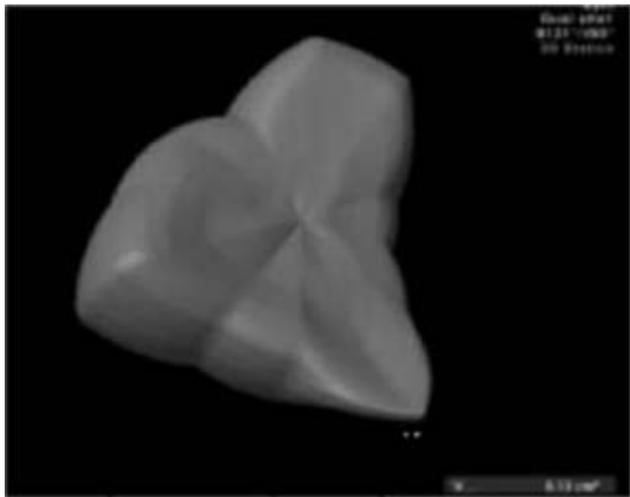


Fig. 12

Polipo endometriale: scansione coronale in 3D surface rendering dove si evidenzia la porzione centrale con maggiore ecogenicità riferibile alla formazione polipoide.

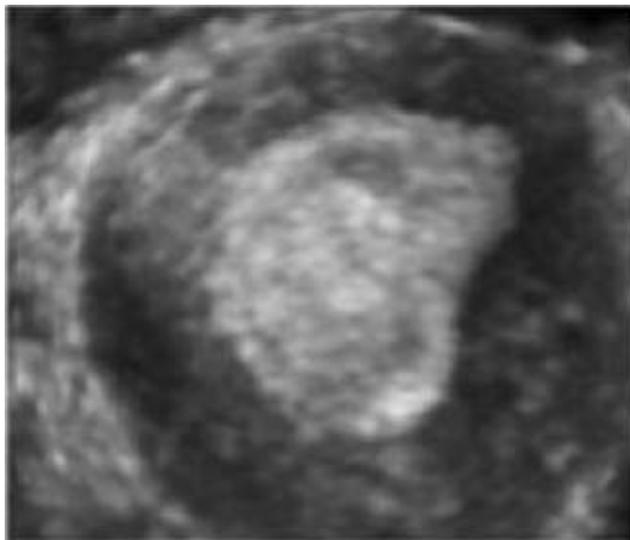


Fig. 13

Sonoisterografia con soluzione salina in 3-4D.



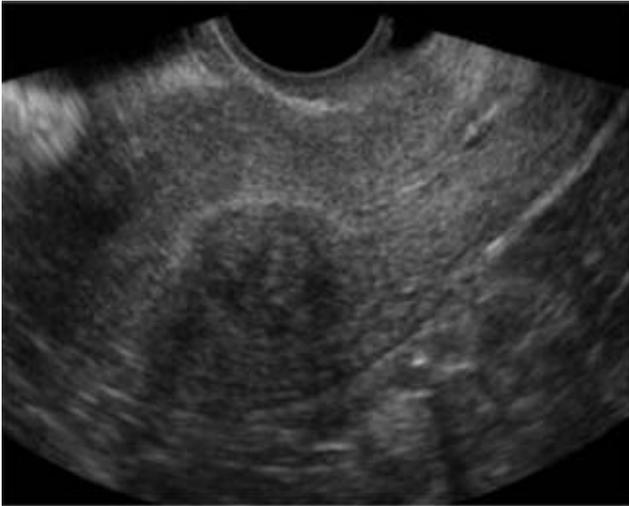
Diagnosi di polipo endometriale; l'immagine risulta particolarmente chiara nel definire dimensioni e rapporti della formazione polipoide con la cavità uterina. Il color Doppler definisce in maniera precisa il polso arterioso.

Da: The women's natural health service.

Miometrio

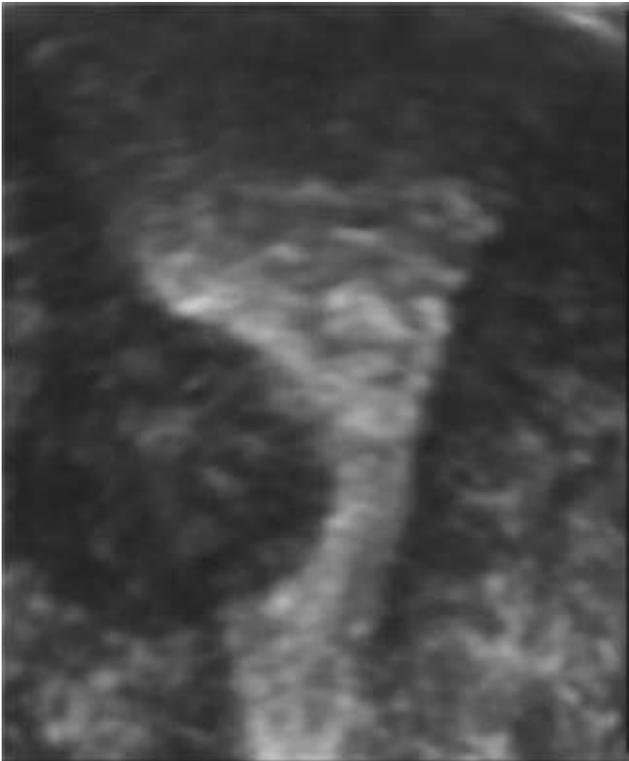
Il 3-4D rende più agevole lo studio del miometrio e consente di precisare meglio la diagnosi differenziale tra adenomiosi e fibroleiomioma, definendo per quest'ultimo in maniera molto dettagliata i rapporti con l'utero o meglio con l'endometrio; queste informazioni offrono una miglior chiave di lettura per il chirurgo sia addominale che isteroscopico e ne definiscono la struttura e la vascolarizzazione (Figg. 14-15).

Fig. 14



Scansione 2D longitudinale

Fig. 15



Scansione coronale surface rendering

Mioma intramurale in parte sottomucoso. La rappresentazione in 3D surface rendering consente una diagnosi

più precisa della formazione miomatosa ed offre indicazioni più corrette all'eventuale terapia chirurgica.

Pavimento pelvico

Oramai è divenuta una pratica abbastanza costante lo studio del pavimento pelvico e del retto-ano su indicazione clinica (prolasso genitale, algie pelviche, incontinenza urinaria, incontinenza fecale) da parte del ginecologo, in quanto il 3-4D consente un approccio più completo e di facile realizzazione. Questa pratica potrebbe divenire routinaria anche dopo un parto o dopo il periodo fertile, anche se attualmente non esistono indicazioni suffragate dalla ricerca scientifica. A questo scopo si forniscono indicazioni a quanti potrebbero essere interessati.

Rapporti anatomici

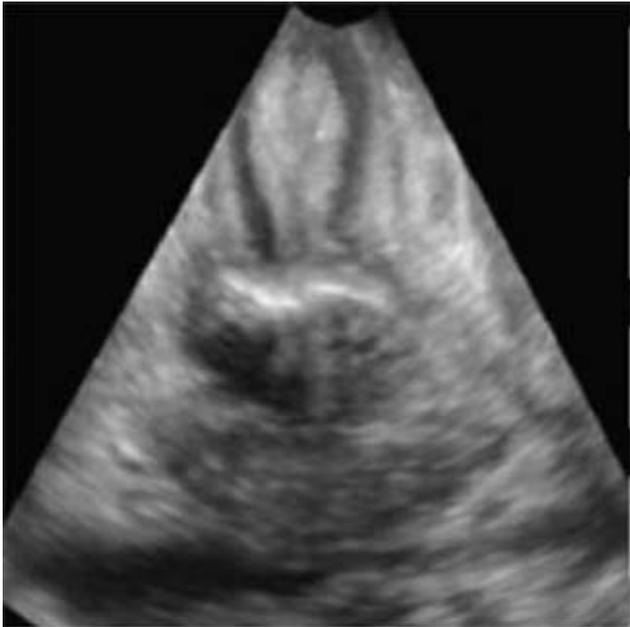
L'uso del 3-4D per via vaginale, rettale o transperineale consente di poter studiare il pavimento pelvico nei suoi rapporti anatomici e secondo piani di scansione non altrimenti ottenibili con l'ecografia standard. Attualmente nella pratica clinica il 3-4D comincia ad affermarsi per la valutazione dei traumi ostetrici da parto, nel campo ostetrico, e nella valutazione della consistenza del raddosfintere dell'uretra in fase postmenopausale per ridurre gli interventi inutili che non potranno mai risolvere incontinenze determinate da una riduzione del volume e quindi della capacità contrattile del muscolo uretrale (Figg. 17-18).

Fig. 17

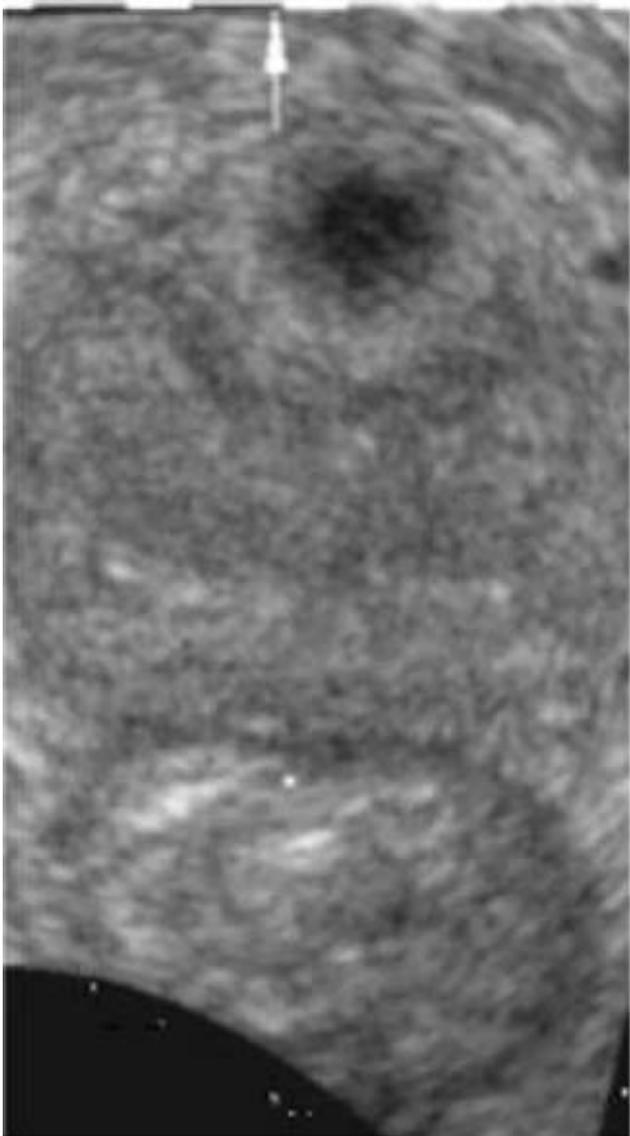


Via transperineale scansione coronale; si evidenziano correttamente il retto, lo sfintere anale, la mucosa anale detta "a coccarda" ed i muscoli elevatori dell'ano.

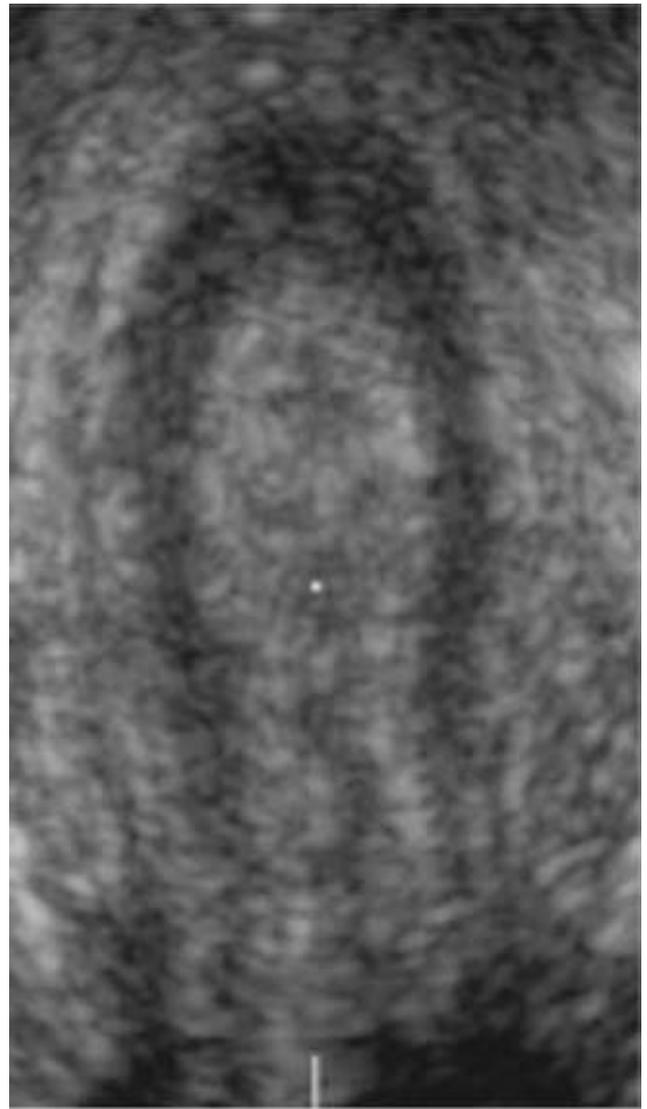
Fig. 18.



A



B



C

Via transperineale, scansione coronale: a) si evidenzia il rhabdosphintere dell'uretra detto a "lira greca" o "ferro di cavallo", inferiormente si rileva lo sfintere anale; b) sfintere esterno dell'uretra e sfintere anale; c) zoom del rhabdosphintere dell'uretra.

Conclusioni

Adesso ci troviamo nel periodo dell'apprendistato avanzato con la realizzazione dei primi successi e quindi è ancora necessario del tempo e dell'esperienza perché le potenzialità del 3-4D in ginecologia si possano esprimere appieno. Di sicuro chi lavora in 3-4D con acquisizione automatica diretta, dopo i primi momenti di sfiducia necessari per rimodellare i propri schemi ecografico-mentali, percepisce intuitivamente di poter disporre di un potenziale in più per studiare i genitali femminili, lavora con una maggiore soddisfazione e riesce ad esprimere graficamente delle immagini di più facile comprensione da parte della donna. Tutto questo non consente di affermare, ad oggi, la necessità dell'uso del 3D in ginecologia (per una buona diagnostica ecografica è ancora fondamentale un buon apparecchio 2D ed un ottimo ecografista), ma che, sicuramente, tra pochi anni, l'uso

del 3-4D diventerà la normalità ovvero il passaggio naturale per chi si occupa di ecografia come è stato per la via di osservazione vaginale. Tutto questo è determinato anche dal fatto che, tecnologicamente, gli strumenti hanno un rapido miglioramento, anche troppo rapido. Troppo rapido perché anche chi si applica con grande passione e tempo non riesce ad acquisire appieno tutte le novità tecniche che oramai quasi con ritmo semestrale vengono proposte novità tecniche molto costose. Per fare un esempio basti pensare che già è stato superato il problema delle sonde 3D voluminose ed ingombranti che sono state ridotte a dimensioni sovrapponibili a quelle del 2D in attesa delle sonde a matrice che ci consentiranno di ottenere immagini ancora più aderenti alla realtà.

Bibliografia

- Alcazar JL, Galan MJ, Garcia-Manero M, Guerriero S. Three-dimensional sonographic morphologic assessment in complex adnexal masses: preliminary experience. *J Ultrasound Med.* 2003 Mar;22(3):249-54.
- Bonilla-Musoles F, Raga F, Osborne NG. Three-dimensional ultrasound evaluation of ovarian masses. *Gynecol Oncol.* 1995 Oct;59(1):129-35.
- Campbell S. 4D, or not 4D: that is the question. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19:1-4.
- Carrington BM, Hricak H, Nuruddin RN, Secaf E, Laros RK, Hill EC. Mullerian duct anomalies. MR imaging evaluation. *Radiology* 1990;176:715-720.
- Cohen LS, Escobar PF, Scharm C, Glimco B, Fishman DA. Three-dimensional power Doppler ultrasound improves the diagnostic accuracy for ovarian cancer prediction. *Gynecol Oncol.* 2001 Jul;82(1):40-8.
- Czekierdowski A, Smolen A, Bednarek W, Kotarski J. Three dimensional sonography and 3D power angiography in differentiation of adnexal tumors. *Ginekol Pol.* 2002 Nov;73(11):1061-70.
- Hata T, Yanagihara T, Hayashi K, Yamashiro C, Ohnishi Y, Akiyama-Manabe A, Miyazaki K. Three-dimensional ultrasonographic evaluation of ovarian tumours: a preliminary study. *Hum Reprod.* 1999 Mar;14(3):858-61.
- Kyei-Mensah A, Maconochie N, Zaidi J, Pittrof R, Campbell S, Tan SL. Transvaginal three-dimensional ultrasound: reproducibility of ovarian and endometrial volume measurements. *Fertil Steril.* 1996 Nov;66(5):718-22.
- Kuryak A, Kupesic S. Three-dimensional ultrasonound and power Doppler in assessment uterine and ovarian angiogenesis: a prospective study. *Croat Med J.* 1999 Sep;40(3):413-20.
- Kuryak A, Kupesic S, Sparac V, Bekavac I. Preoperative evaluation of pelvic tumors by Doppler and three-dimensional sonography. *Ultrasound Med.* 2001 Aug;20(8):829-40.
- Kuryak A, Kupesic S, Sparac V, Prka M, Bekavac I. The detection of stage I ovarian cancer by three-dimensional sonography and power Doppler. *Gynecol Oncol.* 2003 Aug;90(2):258-64.
- Nelson TR, Pretorius DH, Lev-Toaff A, Bega G, Budorick NE, Hollenbach KA, Needleman L. Feasibility of performing a virtual patient examination using 3-D ultrasonographic data acquired at remote locations. *J Ultrasound Med* 2001; 20:941-952.
- Sparac V, Kupesic S, Kurjak A. What do contrast media add to three-dimensional power Doppler evaluation of adnexal masses? *Croat Med J.* 2000 Sep;41(3):257-61.
- Su Mt, Su RM, Yue CT, Chou CY, Hsu CC, Chang FM. Three-dimensional transvaginal ultrasonound provides clearer delineation of myometrial invasion in a patient with endometrial cancer and uterine leiomyoma. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003 Oct;22(4):434-6.
- Benacerraf B: The future of Ultrasound: Viewing the dark side of the moon? Pre-congress Course on 4D ultrasound in Obstetrics/Gynecology- 14th World Congress in Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 31 august-4 September-2004 Stockholm, pages 49-52.

PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI DELL'A.T.M.: diagnosi e controllo dell'iter terapeutico mediante registrazione elettromiografica

Case report

TEDESCO PIETRO*, GIORGETTI ROBERTO**, BUTERA FABIO F.*, BRETTONI CATERINA*, BARTOLINI ERMANNO***, PIPPARELLI VALENTINA****

* Odontoiatra, Medico interno Centro A.t.m. e Postura, Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, Università degli Studi di Siena.

** Ordinario della Cattedra di Ortognatodonzia e di Gnatologia Clinica,

Direttore della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia Università degli Studi di Siena.

*** Odontoiatra, Specializzando in Ortognatodonzia, Università degli Studi di Siena.

**** Odontoiatra, Libero professionista Firenze

Per corrispondenza: Dott. Pietro Tedesco

Via Giusti, n. 8 - 51036 Larciano (PT)

tedescopietro@libero.it

PAROLE CHIAVE:

EMG, algie muscolari, placca di svincolo, riabilitazione protesica.
Key words: EMG, muscular pain, bite, prosthodontic rehabilitation.

RIASSUNTO:

Le patologie neuromuscolari, che rientrano tra le patologie extrarticolari dell'Articolazione Temporo-Mandibolare, possono essere il primo segno di alterazioni dell'intero sistema stomatognatico, per cui vanno trattate precocemente prima che subentrino altri compensi patologici.

In questo lavoro viene descritto il caso di un paziente affetto da algie neuromuscolari ai muscoli masticatori il cui trattamento ha previsto una riabilitazione protesica e l'utilizzo di un dispositivo gnatologico.

La registrazione elettromiografica è stata di ausilio nel corso della diagnosi e delle varie fasi della terapia in quanto ha consentito di analizzare lo stato muscolare del paziente seguendone le variazioni durante il trattamento.

INTRODUZIONE

Oggetto di questo articolo è un paziente affetto da algie neuro-muscolari, intercettato in una fase precoce, nella quale risulta di fondamentale importanza intervenire rapidamente sulla causa primaria della sintomatologia dolorosa prima che subentrino altri scompensi patologici.

Le patologie neuro-muscolari, miogene o miotensive, che rientrano nel quadro delle patologie extrarticolari dell'Articolazione Temporo-Mandibolare ¹, sono quelle condizioni algico-disfunzionali che possono essere caratterizzate da ² dolore miogeno spontaneo mono- o bilaterale, faticabilità masticatoria, limitazione funzionale di grado variabile, presenza di punti trigger, ecc.; questi quadri algici possono manifestarsi o aggravarsi in seguito a fattori psico-comportamentali, fattori esterni, quali traumi, e/o climatici.

In questo lavoro viene presentato il caso di un soggetto affetto da algie muscolari a carico di masseteri e temporali anteriori che è stato sottoposto ad una riabilitazione complessa attraverso manufatti protesici con l'ausilio

di un dispositivo gnatologico. È stato utilizzato l'esame elettromiografico come conferma alla diagnosi e per monitorare lo stato muscolare durante e alla fine del trattamento.

CASO CLINICO

Soggetto di sesso maschile di anni 28 che presenta dolenzia mattutina ed alla masticazione di cibi gommosi. Dall'anamnesi non risulta la presenza di cefalea o di vertigini, all'esame clinico appaiono dolenti alla palpazione i muscoli massetere e temporale anteriore di entrambi i lati, i movimenti mandibolari risultano essere corretti e lineari (non si evidenziano né deviazioni, né deflessioni sul piano frontale) con un'escursione nel movimento di apertura e chiusura di 40 mm, di 11 mm nella lateralità destra e di 10 in quella sinistra.

Dall'esame oclusale (fig. 1) risultano diffusi processi cariosi all'arcata superiore, assenza degli elementi 36 e 46 con conseguente mesioinclinazione del 37 e del 47, inoltre deviazione della linea mediana a destra di 3 mm.



Figura 1. Foto intraorale frontale.

All'auscultazione non si notano rumori intraarticolari (quadro confermato dall'analisi della R.M.N.) (fig. 2, 3).

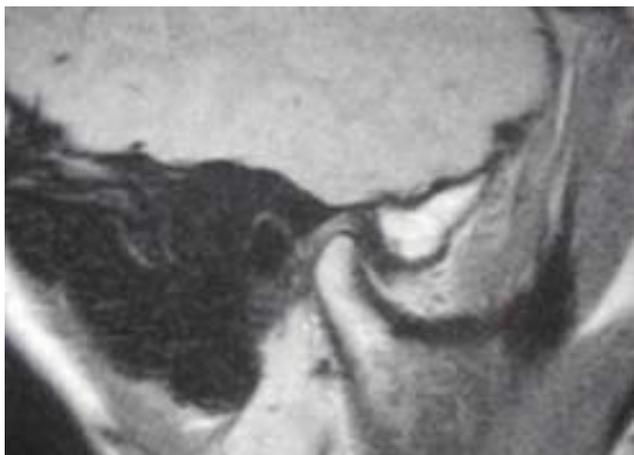


Figura 2. RMN sagittale destra.

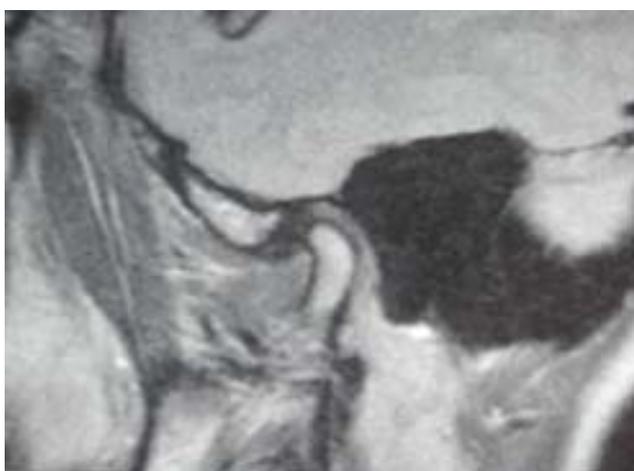


Figura 3. RMN sagittale sinistra.

La palpazione articolare secondo la mappa del dolore di Rocabado (3, 4, 5) rileva la positività dei punti 1 e 3 sia all'A.T.M. destra che sinistra.

La valutazione clinica esclude patologie intraarticolari a carico delle due articolazioni e depone invece per una problematica di tipo neuro muscolare la cui origine è verosimilmente da attribuire alla riduzione della dimensione verticale dovuta alla perdita e usura di numerosi elementi dentari dell'arcata superiore.

Durante la fase della diagnosi e nel corso della terapia sono stati eseguiti esami elettromiografici (EMG) per valutare lo stato muscolare.

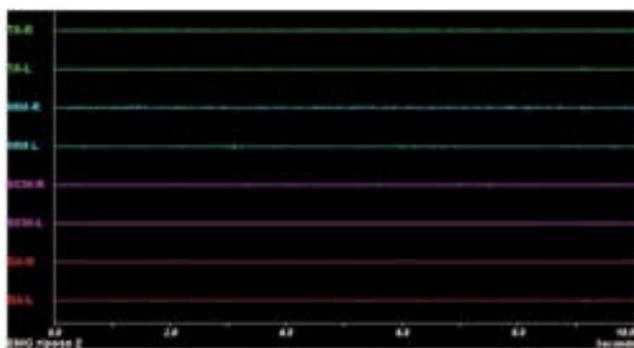


Figura 4. EMG iniziale: tracciato a riposo.

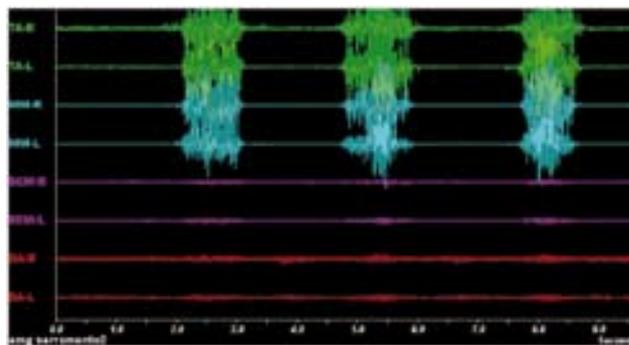


Figura 5. EMG iniziale: tracciato del serramento.

La prima registrazione a riposo (fig. 4) ha evidenziato che bilateralmente i muscoli massetere e temporale anteriore non sono in grado di raggiungere un buon grado di rilassamento, mentre nell'EMG del serramento (fig. 5) questi si contraggono in maniera disomogenea sia in termini di grado di intensità della contrazione che di durata della stessa.

Visto il complessivo quadro descritto, è stato deciso un piano di trattamento mirante ad eliminare le algie muscolari ristabilendo la corretta dimensione verticale, è stata, quindi, prevista: una fase preliminare di cure conservative ed estrattive a carico dell'arcata superiore, successivamente ci siamo avvalsi di una fase protesica, divisa in tre stadi per esigenze terapeutiche, e durante l'esecuzione di questa dell'applicazione di una placca di svincolo superiore e successivamente di una inferiore, entrambe lisce, per decondizionare la muscolatura e per ottenere un piano masticatorio stabile.

Dopo la fase preliminare, vengono realizzati dei provvisori di laboratorio dal 15 al 25 per ripristinare il piano occlusale (fig. 6) e viene applicata la placca di svincolo superiore liscia a copertura totale.



Figura 6. Foto intraorale frontale dopo l'applicazione dei primi provvisori di laboratorio.

Trascorso un periodo sufficiente (circa tre mesi) per raggiungere gli obiettivi previsti (assenza di dolorabilità alla palpazione, riduzione della faticabilità muscolare, contatti dentali uniformi ed una corretta fonazione) è stata eseguita una seconda elettromiografia, effettuata dopo un periodo in cui la placca di svincolo viene portata 24 ore al giorno circa.

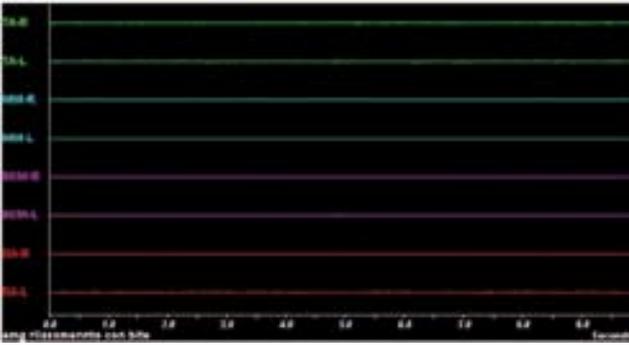


Figura 7. Seconda EMG: tracciato a riposo.

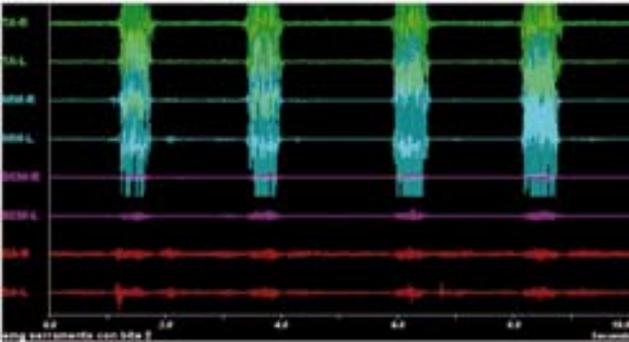


Figura 8. Seconda EMG: tracciato del serramento

Dall'analisi dei tracciati si può notare come nel tracciato a riposo (fig. 7) risulti essere presente una migliore capacità di rilassamento dei masseteri e temporali anteriori di entrambi i lati ed una corretta contrazione degli stessi nel tracciato del serramento (fig. 8).

Visti questi miglioramenti ottenuti, si è deciso di ridurre gradualmente la durata dell'applicazione della placca fino a portarla solo la notte; il paziente ha continuato a riferire assenza di dolore o fastidio ai muscoli masseteri e temporali anteriori.

In questa fase è stata creata una dimensione verticale nuova e, probabilmente, corretta, vista la remissione della sintomatologia e l'evidenza della stratigrafia (secondo la tecnica di Preti-Fava) delle A.T.M. dalla quale risultano mantenuti i corretti rapporti intrarticolari.

Si è, quindi, provveduto a trasferire la nuova dimensione verticale su di un articolatore a valori individuali; sono stati costruiti e applicati dei provvisori armati dal 15 al 25 e poi una seconda placca di svincolo superiore a copertura totale (fig. 9).



Figura 9. Foto intraorale frontale dopo l'applicazione dei secondi provvisori (armati), con la placca di svincolo superiore indossata.

Infine, dopo circa nove mesi dall'inizio del trattamento, sono stati inseriti i definitivi manufatti in oro-ceramica all'arcata superiore dal 15 al 25 (fig. 10) ed una placca di svincolo inferiore liscia a copertura totale (fig. 11). Il paziente è stato quindi inserito in un piano di controlli a distanza.



Figura 10. Foto intraorale frontale con i manufatti definitivi in oro-ceramica.



Figura 11. Foto intraorale occlusale inferiore con la placca di svincolo inferiore indossata.

Al termine dell'iter terapeutico è stata effettuata un'elettromiografia di controllo.

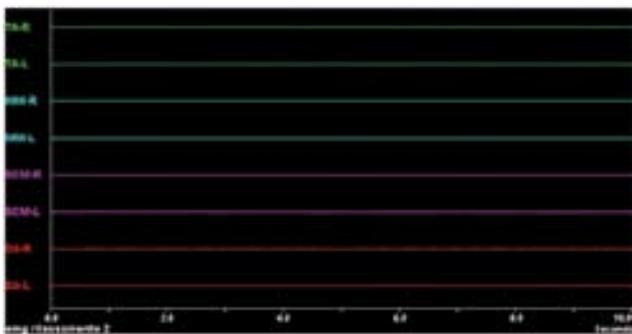


Figura 12. EMG finale: tracciato a riposo.

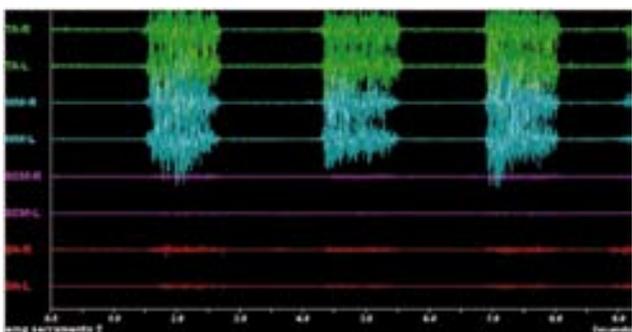


Figura 13. EMG finale: tracciato del serramento.

Dall'analisi di quest'ultima elettromiografia si nota come i gruppi muscolari siano in grado di mantenere lo stato di rilassamento nel tracciato a riposo (fig. 12) e come presentino una capacità di contrazione corretta sia che vengano considerati singolarmente sia che venga considerata la dinamica di contrazione nel tracciato del serramento (fig. 13).

Clinicamente, il paziente continua a mantenere assenza di dolorabilità alla palpazione e di faticabilità muscolare, i contatti dentali rimangono uniformi, per cui è stato prescritto al paziente di applicare la placca di svincolo solo all'occorrenza.

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Nel caso descritto, il paziente lamentava una condizione di algia tensiva a carico dei muscoli temporali anteriori e dei masseteri di entrambi i lati. Questo stato era causato dalla riduzione della dimensione verticale (secondaria ai processi cariosi diffusi e destruenti dell'arcata superiore) che impediva il raggiungimento di un'occlusione dentaria stabile e corretta. Dopo aver verificato l'assenza di patologie intrarticolari, la terapia è stata quella di recuperare questa dimensione verticale per far regredire la sintomatologia algica e consentire quindi al paziente di poter espletare le normali funzioni dell'apparato stomatognatico, come la fonazione, la masticazione, la deglutizione, che in quelle condizioni erano certamente compromesse. Già nelle prime fasi del trattamento, con l'inserimento dei provvisori e l'utilizzo di una placca di svincolo, si è infatti assistito ad un netto miglioramento della sintomatologia, la quale al termine della terapia era pressoché scomparsa, tanto

da consentire di prescrivere l'uso della placca solo al bisogno.

Lo stato muscolare del paziente è stato analizzato con l'esame elettromiografico che si è rivelato utile sia come conferma diagnostica iniziale, sia nel corso delle differenti fasi del trattamento come ausilio per ottenere il monitoraggio della capacità contrattile dei muscoli.

L'esame elettromiografico risulta infatti essere molto utile all'operatore in quanto permette di valutare l'andamento della terapia attraverso dati oggettivi, ripetibili e confrontabili nel tempo^{6, 7, 8, 9}.

Permette inoltre di studiare in maniera più approfondita la componente muscolare del sistema stomatognatico che spesso, come nel caso descritto, è uno degli elementi che risente per primo ed in misura maggiore di un'alterazione del sistema e perciò va indagata con cura.

Bibliografia

1. American Society of Temporomandibular Joint Surgeons. Guidelines for diagnosis and management of disorders involving the temporomandibular joint and related musculoskeletal structures. *Cranio*, 2003 Jan; 21(1):68-76
2. Deodato F., Di Stanislao C., Giorgetti R. L'articolazione Temporo-Mandibolare. 1a edizione, Casa Editrice Ambrosiana Milano, 2005
3. Deodato F., Trusendi R., Nannelli P. et al. Confronto diagnostico tra palpazione secondo la mappa del dolore di Rocabado, RMN ed EGMG nei pazienti con incoordinazione condilo-discale con riduzione. *Ortognatodonzia Italiana* vol 10 (4): 445-452, 2001
4. Giorgetti R., Deodato F., Trusendi R., Landini S., Cerretti A., Panti M. La semeiotica articolare nelle problematiche A.T.M.: i tessuti molli. Collana di ortodonzia diretta da Prof D. Caprioglio. 1a edizione, Ed. Martina Bologna, 2005
5. Rocabado M. Valutazione e terapia dell'articolazione Temporo Mandibolare I e II livello. Seminario formativo 2004. Certosa di Pontignano (Siena)
6. Haketa T., Baba K., Akishige S, Fueki K., Kino K, Ohyama T. Utility and validity of a new emg-based bruxism detection system. *Int J Prosthodont* 2003 Jul-Aug;16(4):422-8
7. Lund JP, Wildmer CG. Evaluation of the use of surface electromyography in the diagnosis, documentation and treatment of dental patients. *J. Craniomandibu Disord.* 1989 Summer;(3):125-37
8. Mohl ND, Crow H. Role of electronic devices in diagnosis of temporomandibular disorders *NYState Dent J.* 1993 Dec; 59(10):57-61
9. Throckmorton GS, Teenier TJ, Ellis E. 3rd. Reproducibility of mandibular motion and muscle activity levels using a commercial computer recording system. *J Prosthet Dent.* 1992 Aug;68(2):348-54

L'APPARECCHIO INVISIBILE INVISALIGN

L'APPARECCHIO INVISALIGN

Invisalign è una nuova metodica ortodontica che si avvale di mascherine in polimero trasparente, costruite sulla base della dentatura del paziente e praticamente impercettibili una volta indossate. Invisalign corregge malocclusioni e affollamenti di vario grado, risolvendo il problema del disagio che deriva dall'indossare un apparecchio ortodontico tradizionale, antiestetico e spesso fastidioso. L'efficacia del trattamento è attestata da studi clinici universitari e da casi risolti con successo. La tecnica è specificatamente studiata per pazienti giovani e adulti con dentizione definitiva.

L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Il trattamento Invisalign, sviluppato in Usa da Align Technology Inc., sfrutta una rivoluzionaria tecnologia digitale di grafica tridimensionale, il ClinCheck.

Il ClinCheck viene prodotto attraverso una scansione laser dell'impronta delle arcate dentarie realizzata dall'ortodontista e da lui inviata alla casa madre americana di Align Technology.

Sulla base delle indicazioni terapeutiche fornite dal medico, l'azienda elabora il filmato computerizzato che consente di riprodurre virtualmente il movimento millimetrico dei denti, ancor prima di cominciare la terapia. Con il ClinCheck è possibile infatti visualizzare tutte le tappe del trattamento, da quella iniziale a quella finale. Lo specialista, una volta ricevuto il filmato per posta elettronica, potrà visionarlo e/o modificarlo prima di iniziare il trattamento.

Ad ogni fotogramma corrisponde l'attivazione di una singola mascherina. Ogni fase del trattamento si distingue dalla precedente o dalla seguente per i movimenti dentali nell'ordine di 0,15 - 0,25 mm.

Il ClinCheck permette all'Ortodontista e al paziente di osservare l'esito finale del trattamento e di verificare in corso d'opera tutte le fasi degli spostamenti dentali.

Una delle più significative innovazioni del sistema Invisalign è l'utilizzo di internet come strumento comunicativo terapeutico. Ogni medico può attingere in qualsiasi momento per mezzo di internet ai dati relativi ai propri pazienti, alla pianificazione e alla simulazione dei trattamenti. Un legame così completo con i moderni strumenti di comunicazione attualmente non trova riscontro in nessun altro settore ortodontico.

COME SI USA

Ogni mascherina deve essere indossata tutto il giorno e rimossa solo per mangiare e per l'igiene orale quotidiana. Ogni due settimane circa la mascherina in uso deve essere sostituita con una nuova.

DURATA DEL TRATTAMENTO

La durata del trattamento dipende dallo specifico caso personale, in generale si va dai 12 ai 48 mesi e non si discosta molto dalla durata di un trattamento ortodontico tradizionale. Lo spostamento e la correzione si hanno già a partire dalla prima mascherina. Il numero delle mascherine è variabile perché dipende dal tipo di correzione da ottenere.

COME AVVIENE LO SPOSTAMENTO

La prima mascherina trasparente si applica sui denti come un guanto: avvolge in pratica tutta l'arcata. La sensazione è quella di una leggera pressione costante sui denti da riposizionare. Quando questa sensazione diventa meno forte lo spostamento è avvenuto e la correzione è quindi in atto. Dopo due settimane circa è necessario sostituire la mascherina con la successiva che applicherà sui denti interessati una ulteriore leggera modifica (in genere da 0,15 - 0,25 mm).

IN QUALI CASI È ADATTO

La metodica Invisalign può essere utilizzata per trattare malocclusioni dentali di vario grado in quanto consente di spostare i denti in ogni direzione. Più difficile da applicare in caso di necessità di estrarre uno o più denti. Nei casi più complessi, Invisalign può comunque essere utilizzato in abbinamento alla tecnica ortodontica tradizionale.

I RISULTATI: l'esperienza nel mondo

L'apparecchio invisibile Invisalign è stato introdotto sul mercato americano nel 1997, l'arrivo in Europa è invece più recente. Ben 55.000 pazienti hanno scelto finora di utilizzare questa metodica (il 95% in U.S.A.), i casi completati sono 8000 (di cui il 98% U.S.A.).

In America sono in maggioranza le donne ad usare l'apparecchio invisibile, raggiungendo la percentuale del 67%, contro il 33% degli uomini.

Invisalign è usato in particolar modo nella fascia di età compresa fra i 30 e i 40 anni, (31%) seguita dalle fasce 40/50 (27%) e 20/30 anni (22%).

NICOLA MAGNAVITA

*Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore,
Largo Gemelli 8, 00168 Roma.*

e-mail: nmagnavita@rm.unicatt.it; nicolamagnavita@tiscali.it

Comunicazione al III Convegno Nazionale “Ambiente, Salute e Sviluppo Sostenibile”, Casole, 13-14 maggio 2005.

L'uomo trascorre larghissima parte della propria vita in ambienti confinati. Per tale ragione occuparsi di qualità dell'aria negli ambienti indoor equivale ad occuparsi di qualità della vita.

Negli ambienti di lavoro, la qualità dell'aria deve sempre essere attentamente valutata. Una buona qualità dell'aria, infatti, esplica effetti benefici sulla salute dei lavoratori, ma anche sull'atmosfera sociale e sulla produttività. Non è semplice misurare la produttività e ancor meno la serenità e il benessere dei lavoratori; si tratta tuttavia di dimensioni rilevanti per la salute.

Se la qualità dell'aria è importante per i lavoratori, lo è certo molto di più per la popolazione generale. I rischi da cattiva qualità dell'aria sono maggiori per la popolazione generale che per i lavoratori. Questo sia perché la popolazione generale comprende elementi, come i bambini, che sono più sensibili degli adulti agli effetti dell'inquinamento, sia perché il tempo che si trascorre all'interno delle abitazioni è molto maggiore di quello dedicato al lavoro.

I possibili danni per la salute connessi con l'inquinamento indoor si distinguono classicamente in due grandi categorie: la SBS (Sick Building Syndrome) e le BRI (Building Related Illnesses). La Sick Building Syndrome, letteralmente “Sindrome dell'Edificio Ammalato” è caratterizzata da sintomi aspecifici, che hanno tra i lavoratori una elevata prevalenza. Essi sono strettamente legati all'edificio, cioè scompaiono dopo poche ore o giorni dalla cessazione dell'esposizione, e non hanno una causa precisamente riconoscibile, anche se molti fattori ambientali sembrano svolgere qualche ruolo eziologico.

Col termine “Building Related Illness” si intende invece qualunque malattia che sia direttamente causata da uno o più inquinanti presenti nell'edificio. In questo caso si registrano sintomi specifici di ciascuna forma morbosa, e la cui causa è un inquinante riconoscibile. Esempi di BRI sono: alcune infezioni, come la Legionellosi causata dalla *Legionella Pneumophila* che inquina gli impianti idrici o di condizionamento; numerose sindromi immuno-allergiche come la febbre di Pontiac, causata da inquinamento biologico, o le malattie asma-tiche causate da formaldeide, isocianati e altre sostanze

chimiche; malattie irritative o intossicazioni acute croniche causate da specifici inquinanti.

La Sick Building Syndrome è nota ormai da oltre vent'anni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sin dagli anni '80 ha segnalato che negli edifici nuovi o ristrutturati fino al 30% dei lavoratori presentava una insolita serie di sintomi riferiti all'ambiente, consentendo di classificare l'edificio come “malato” (sick building). Lavorare o risiedere in un edificio malato causa sintomi respiratori (naso chiuso e irritato, rinite, tosse, mal di gola, difficoltà di respiro), oculari (bruciore degli occhi, lacrimazione), cutanei e generali (fatica, mal di testa, pesantezza, difficoltà di concentrazione, astenia, febbre). Questo complesso insieme di disturbi prende il nome di “Sick Building Syndrome” (SBS).

L'osservazione che la prevalenza dei sintomi di SBS è fortemente influenzata da fattori psicosociali ed individuali e la difficoltà a studiare epidemiologicamente la sindrome e soprattutto a gestire efficacemente il problema hanno determinato una serie di dispute scientifiche. Alcuni ricercatori ritengono che la SBS sia una reazione all'ambiente, più che una malattia di per sé. Vi sono tuttavia una serie di dati fattuali, o di osservazioni riproducibili, che testimoniano della necessità di affrontare seriamente tale problema.

La prima considerazione è che la prevalenza di sintomi tra gli occupanti di edifici diversi varia in modo molto significativo; tale differenza non è spiegabile solo sulla base di fattori individuali. Si è osservato inoltre che gli edifici con aria condizionata generalmente hanno una maggiore prevalenza di lavoratori sintomatici. La SBS si verifica in edifici che rispettano pienamente gli standard igienici di temperatura, ventilazione, illuminazione. Al contrario, gli edifici ventilati naturalmente hanno spesso valori di temperatura e ventilazione al di fuori degli standard, e ciò nonostante hanno una minor frequenza di lavoratori con SBS. Vari composti chimici (specie VOC) o fattori ambientali sono risultati associati ai sintomi in casi singoli, ma nessuno spiega la maggior parte dei casi di SBS. L'eziologia precisa dunque non è definibile.

Per studiare la SBS si ricorre al Building Symptom Index. Il BSI è il numero medio di sintomi che ciascun occupante presenta in un determinato edificio. Si misura mediante questionari standardizzati ed esprime la mancanza di salubrità (sickness) dell'edificio.

La SBS è una condizione di eziologia multifattoriale.

Studi epidemiologici hanno dimostrato l'importanza di fattori personali: è infatti più frequente nel sesso femminile e tra i lavoratori di basso livello gerarchico. Una stretta associazione è stata dimostrata anche con fattori individuali. La sensibilità individuale a polvere di carta, fumo di tabacco, polvere e alla presenza di computer nell'ambiente di lavoro influenzano la frequenza dei sintomi. E' stato anche osservato che negli edifici con SBS alcuni individui sviluppano la sensibilità a molteplici sostanze chimiche (Multiple Chemical Sensitivity), una temibile e invalidante condizione cronica.

Di sicuro rilievo sono taluni fattori legati all'edificio: la temperatura dei locali troppo alta ($>23^{\circ}\text{C}$), la scarsa ventilazione, la mancanza di controllo individuale su temperatura e illuminazione, la presenza di un impianto di aria condizionata, la scarsa manutenzione, la scarsa pulizia, le infiltrazioni d'acqua e la presenza di muffe.

Negli ambienti confinati possono essere presenti numerosi inquinanti, derivanti dai materiali impiegati nella costruzione e dalle tecniche costruttive, dai materiali di rivestimento, dagli oggetti e arredi, dalle attività condotte all'interno degli edifici.

Ricordiamo brevemente alcuni dei principali inquinanti contenuti nei materiali da costruzione: radon, asbesto, fibre minerali, agenti biologici. I materiali di rivestimento e gli arredi possono emettere numerose sostanze chimiche, collettivamente dosabili come composti organici volatili (COV). L'inquinamento chimico è variamente connesso con quello elettromagnetico causato da apparecchi elettrici, linee ad alta tensione, telecomunicazioni, ecc.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito una serie di Linee-Guida per la gestione dei problemi di ventilazione degli edifici. Secondo tali Linee l'edificio e i suoi sistemi di riscaldamento, ventilazione e condizionamento non devono produrre bioaerosol (inquinanti biologici nell'aria). Eventuali biocidi non devono raggiungere gli occupanti. Standard e registri devono assicurare la regolare manutenzione degli impianti. Negli edifici nei

quali gli individui non possono autonomamente controllare la qualità dell'aria, deve essere identificato un responsabile con tale funzione. Gli addetti alla manutenzione degli uffici e degli edifici pubblici devono essere adeguatamente formati.

L'inquinamento degli ambienti interni dipende naturalmente dal livello degli inquinanti esterni. In alcuni casi particolari tecniche costruttive possono ridurre la penetrazione degli inquinanti all'interno. Il programma nazionale francese PRIMEQUAL ha studiato di recente le correlazioni tra inquinanti outdoor e indoor. Esso mira a fornire indicazioni utili per progettare edifici che proteggano dall'inquinamento. In questo studio si è osservato che gli ossidi di azoto (NO_x) possono avere all'interno dell'edificio concentrazioni paragonabili a quelle presenti all'esterno, con rapporto interno/esterno (ratio I/O) tra 0.5 e 1, non influenzato dalla permeabilità dell'edificio. Viceversa l'ozono (O_3) può essere efficacemente schermato, ha ratio tra 0 e 0.45, inversamente proporzionale alla permeabilità. Le concentrazioni di polveri fini sono molto variabili e dipendono dall'affollamento dei locali. I movimenti infatti risospendono e generano particelle. L'inquinamento interno può essere molto inferiore, ma anche superiore a quello esterno (ratio tra 0.03 e 1.79). I problemi di qualità dell'aria hanno costi sanitari molto rilevanti in termini di vite umane e di sofferenze. In Europa è stato stimato che il 4,6% delle morti per tutte le cause nei bambini (0-4 anni) sono dovute ad infezioni respiratorie acute causate dall'inquinamento indoor. Il 3,1% delle inabilità (DALY, disability adjusted life years) sono dovute all'inquinamento indoor. Ci sono notevoli differenze tra i paesi europei.

In conclusione, possiamo dire che i problemi di qualità dell'aria all'interno degli edifici richiedono uno sforzo coordinato di costruttori, produttori, gestori di edifici, medici, ingegneri ed igienisti. I risultati attesi in termini di miglioramento della salute pubblica e di aumentata produttività giustificano tale sforzo.

DALLA SALVEZZA COME SALUTE ALLA SALUTE COME SALVEZZA

Riflessioni di filosofia della medicina

STEFANO BECCASTRINI
Coordinatore didattico SIASS

Premessa

Sono, oltre che un pedagogista e un cultore di scienze umane nel loro complesso (ivi compreso lo studio del cinema e della sua storia), un medico, studioso di storia della medicina (mi sono laureato in tale disciplina con una tesi sulla storia del Morbo di Hodgkin, quello di “Caro diario”). E’ anche (seppur non solamente) ponendo lo sguardo sullo sviluppo storico, nonché sullo statuto etico-epistemologico, della medicina che sottopongo alla attenzione dei lettori del Cisalpino alcune riflessioni su un tema non banale.

Un tempo gli Dei camminarono tra gli uomini...

Quando questo avvenne (direi meglio, mal traducendo alla lettera il “waldenten” di Holderlin, “quando questo avveniva”, poiché il passato remoto italiano non rende conto della lunga durata di tale diretto dialogo tra gli umani e gli Dei) la vita degli Dei si intrecciava continuamente con quella degli uomini a proposito di ogni faccenda umana, ivi compresa quella relativa alla sofferenza, alla malattia, alla morte. Quando Omero dice che l’epidemia del campo acheo con cui inizia l’Iliade deriva da un’offesa recata dal capo dei Greci (l’arrogante Agamennone) ad Apollo e dal Dio ripagata con dardi pestiferi scagliati a sparger morte nell’esercito di quel capo malnato; quando il vecchio Edipo spiega, e cerca di spiegare a se stesso, i propri senili, atroci malanni del corpo e dello spirito rileggendo a ritroso tutti quanti i nodi dolorosi e addirittura indicibili di una vita travagliata e spesso terribile; quando Jahvè mette alla prova Giobbe, suo figlio prima prediletto ma poi giustappunto ritenuto da mettere alla prova, con piaghe purulente e dolorosissime; quando l’ultimo Iddio che abbia camminato tra gli uomini, Gesù il Cristo, fa un uso, tutt’altro che miracolistico (in senso moderno) bensì simbolico-esemplificativo (abbi fede e guarirai te stesso: tu, con la tua fede, non tanto io col mio potere superumano) della guarigione e persino della resurrezione (intendo non la sua, divina, ma quella altrui, quella di Lazzaro per esempio)...in tutti questi casi, evidentemente assai diversi tra loro, agisce comunque una concezione della salute come variabile subordinata della concezione della salvezza e, comunque, dell’ordine complessivo dell’Universo. Qualunque significato si dia al concetto di “salvezza” nelle diverse culture dell’antichità, essa era egemonica sull’idea di salute, che ne era un caso, un aspetto, per così dire una ricaduta.

Sulla Montagna Incantata, alla ricerca del Sacro Graal.

Venne poi un tempo in cui, sulla Terra, gli Dei non camminarono più. Si aprì l’epoca dell’assenza e del silenzio degli Dei. Ma gli uomini non si staccarono facilmente dal calore (spesso ustionante) di quel contatto diretto: quello di Ulisse e di Edipo con Athena, quello di Abramo e di Giobbe con Jahvè, quello del lebbroso o dell’adultera condannata a morire lapidata (si usa ancor oggi, purtroppo, in certe parti del Mondo: a testimonianza di quanto il passato, ma troppo spesso il peggior passato, sopravviva nell’epoca nostra) con Gesù. Neppure la ricerca dell’umana salute, incarnata dalla medicina, se ne distaccò del tutto, pur avviandosi man mano a scoprire, sulla scia della rivoluzione scientifica galileiana, le proprie basi razionali ovvero anatomo-patologiche, fisiologiche ed epidemiologiche. Questa ricerca si incarnò nel mito del Sacro Graal. Non c’è bisogno di essere (io non lo sono per nulla) un po’ celtici e un po’ tibetani cultori della New Age per capire il senso di questo Mito (forse il più grande della post-antichità) anche nel definire il senso della medicina nel mondo in cui non più camminano gli Dei ed in cui la sofferenza non viene più (forse) direttamente da loro e la guarigione (forse) neppure. Il re pescatore, presso cui per la prima volta Perceval vide la sacra coppa, era un ammalato cronico e Perceval, al suo allontanarsi dalla regale dimora, viene maledetto da una voce lontana, la voce della “salvezza”, perché non ha chiesto al sofferente re pescatore, che si chiamava Anfortas, di quale malattia fosse afflitto. Non parlò con lui, insomma, cercando di capire anche grazie a lui quali fossero i suoi problemi di salute: si tratta di un comportamento che i medici odierni assumono frequentemente, non ritenendo, da meri tecnici sanitari quali sono diventati, che il sofferente abbia qualcosa di importante e utile da dire, circa la conoscenza e la cura della propria sofferenza. Non a caso, una voce lontana va da alcuni decenni maledicendo anch’essi: non è quella di Dio bensì quella della crisi epocale della medicina stessa e della sanità del nostro tempo. E’ stato Thomas Mann, nell’illustrare il senso del suo “La montagna incantata” (definito “... una satira della vita nei sanatori dei malati di polmoni...” del XX secolo) agli studenti dell’Università di Princeton ad affermare che in essa si esprime una “... concezione della malattia e della morte come passaggio obbligato al sapere, alla salute, alla vita...”. La testimonianza manniana ci dice

che ancora dentro il XX secolo si andavano scorgendo, percevalianamente, nessi più o meno significativi tra salute e salvezza ovvero tra benessere personale, benessere del mondo e senso intrecciato dei due benessere (per i credenti: in armonia con un senso cosmico comportante, in certe religioni almeno, una eterna vita ultraterrena).

Non è l'intestino, è la morte...

Qualche decennio prima che Mann scrivesse il suo romanzo sulla ricerca del Graal (ovverosia sul rapporto tra salvezza e salute) da parte di Hans Castorp, un romanziere, più vecchio e più grande del pur grande Thomas Mann, ovverosia Lev Tolstoj, aveva scritto un racconto che parlava di malattia e di morte, riferendola a tale Ivan Ilic, un pover'uomo (spiritualmente, non socialmente parlando), tutto famiglia e successo mondano, tutto apparenza e carriera. Gli capita, come può capitare ad ognuno, di scoprirsi mortalmente malato. Di fronte alla morte, si gioca la storia e la forza di una vita. Quella di Ivan Ilic è la vicenda del Nessuno di una società, la nostra ai suoi albori, nella quale la salute delle persone si è totalmente disancorata dalla loro salvezza (qualunque cosa ciò significhi e, sicuramente, significando ben diversa cosa nel XX, e ancor più nel XXI, secolo che non ai tempi di Omero, Sofocle, gli autori della Bibbia, quelli del Vangelo). Ammalatosi di un male incurabile, egli, tipico personaggio tutto attivismo e apparenza di una società moderna poco amata da Tolstoj (chissà cosa avrebbe pensato della nostra, nella quale si ammazzano decine di povere messicane per procurare organi ai ricchi americani ossessionati dal fatto che tra le loro umane troppo umane potenze, non c'è quella sulla morte). *"Tutto ciò di cui sei vissuto e vivi è una menzogna"* arriva a capire il povero Ivan, un assai poco uliside signor Nessuno ed in realtà un inutile membro di diverse inutili istituzioni, ci dice di lui, con arte feroce, Tolstoj *"E' un inganno che ti tiene nascosta la vita e la morte..."* giunge infine a comprendere. Quella morte di cui nessuno dei medici chiamati al suo pur sontuoso capezzale sapeva parlare e parlargli (da allora, le cose sono andate anche a peggiorare, in tal senso). Essi sapevano parlare soltanto di polmoni, di stomaci, di intestini: *"Sto pensando di rimettere a posto l'intestino e invece è la morte..."* comprende alla fine, nella sua pur piccola intelligenza di "funzionario del potere" il buon Ivan. Ebbene, Ivan Ilic (anzi, Lev Tolstoj) aveva capito, con molto anticipo, ciò che sarebbe diventata la medicina del nostro tempo, la medicina di un'epoca che non incontra più gli Dei ai crocevia, ai pozzi e sotto le querce (il che, razionalmente parlando, potrebbe anche essere un bene), che non cerca più il Sacro Graal (e anche ciò, razionalmente parlando, potrebbe essere anche un bene) ma che non sa più cosa cercare in quanto divenuta tecnica e soltanto tecnica (in quanto tale, al servizio del potere e del denaro: se l'immortalità, invece che un dono d'Iddio per i propri eletti diventasse merce sanitaria - comprabile in farmacia e non acquisibile con una vita degna - sarebbe comprata, dai ricchi del mondo, come oggi una Ferrari e negata, ai dannati della Terra,

come oggi un pugno di riso).

Salute per tutti nell'Anno 2000.

Quando l'OMS, nel 1948, definì la salute uno *"...stato di perfetto benessere fisico, psichico e sociale..."* credette, e in molti credettero con essa, che tale definizione aprisse una nuova frontiera al benessere dell'umanità (ovverosia alla giustizia e all'eguaglianza e alla felicità nel mondo e del mondo). Ci fu chi, argutamente, ironizzò su tale definizione dicendo che essa coincideva con quella dell'orgasmo (e conseguentemente sollevando dubbi sulla legittimità dell'OMS di auspicare un planetario orgasmo di tutti con tutti gli abitanti della Terra). Ma quella definizione, in sé apparentemente nobile, aprì a ben altri, a mio avviso miseri, orizzonti per la "cura" (non nel mero senso di riparazione ma in quello, ben più complesso e umanistico, del "prendersi cura") del prossimo. Aprì a utopie socio-tecnologiche generose ma deliranti (trovo, da uomo del XXI secolo ormai, talmente patetica la dichiarazione della Conferenza mondiale sulla sanità di Alma Ata, 1978, circa la "Salute per tutti nell'Anno 2000" da non sapere se piangerci o riderci, proprio come a vedere i film di Chaplin), aprì soprattutto a una sanitarizzazione della società, a un dilagare del potere della medicina e dei medici, a un impoverimento teorico (filosofico ovverosia etico-epistemologico) della medicina stessa, ad un suo farsi mercato, mera tecnologia, aziendalismo d'accatto, ipermercato presso cui cercare il modo di non provare il minimo doloretto o presso cui risolvere il proprio più o meno grande "inestetismo" o presso cui scaricare il proprio malo sogno di salute perpetua e di immortalità (un solo dato, tutto italiano: il 53% dei nostri concittadini fa uso di psicofarmaci), da spingere se non a rimpiangere i tempi in cui la salute era una variabile subordinata della salvezza, certamente ad auspicare tempi in cui la salvezza (modernamente intesa come saggezza, sapienza, maturità umana e civica, consapevolezza individuale e sociale, visione sistemica del mondo e di sé nel mondo) riconquisti spazi e posizioni culturali rispetto al dilagante, e misero, modello di una salvezza (intesa come successo mondano) concepita come mera variabile della salute (a sua volta intesa come fuga da ogni sofferenza, narcisismo di massa, culto della bellezza e della forma, alla luce di quella che Claudine Herlich, una delle più grandi menti della sociologia della salute in Europa, ha chiamato: *"...l'ideologie du devoir de santé..."*: e quando un diritto si trasforma in un dovere, c'è qualcosa di marcio, in Danimarca così come in tutto il resto del mondo).

Per questa strada, che apparentemente la libera come scienza ma in realtà la incatena come tecnica, la medicina rischia persino di diventare "insostenibile" (lo afferma un recente rapporto, assai bello, del Bioethic's Hastings Institute di New York: la medicina attualmente dominante nel mondo occidentale è insostenibile eticamente, economicamente, socialmente, se non altro perché si cura più delle rughe del volto delle signore borghesi di Manhattan o dei Parioli che non delle diarree mortali dei bambini del Burkina Faso o del Nicaragua).

Conclusioni: la cognizione del dolore.

Non rimpiango affatto, credo lo si sia compreso, i tempi in cui si credeva che da un Dio venisse la nostra salute (come variabile dipendente della nostra salvezza) né quelli (grosso modo gli stessi, ma più prolungati nel tempo) in cui il dolore, la sofferenza, lo strazio del corpo e della mente dell'uomo venivano considerati prove inviate da Chissà Chi per metterci alla prova e farci degni sia della salvezza che della salute. Però, non sono neppure granché entusiasta di un mondo, il nostro, ove "...l'incipiente medicalizzazione dell'idea che ci si fa della vita... (conduce)... alla crescente ripugnanza ad ammettere apertamente la morte... (e dunque)... alla medicalizzazione... (anche)... del senso della morte...(all'interno di un)... rapporto, oggi comunemente ammesso, tra il tabù della morte e l'edonismo o il diritto assoluto al benessere fisico...": sono parole di Philippe Ariés, il più grande storico della morte del XX secolo. Un uomo che molto ha sofferto e sta soffrendo (anche per la sua libera scelta di non fuggire a Parigi o ad Hammamet o in Parlamento), ovvero sia Adriano Sofri, ha scritto nel suo **Altri Hotel**, commentando le affermazioni di un intellettuale italiano circa il diritto alla non sofferenza (il tema era l'eutanasia, ma le parole di Sofri vanno ben oltre esso): *"Io sono (tremando) d'accordo. Ma ho fatto in tempo ad appartenere a una cultura millenaria, solo da poco abbandonata, per la quale... si sentiva che una febbre doveva alzarsi e*

bruciare prima di cadere. Si sentiva che il dolore era parte della guarigione e anzi ne era il prezzo...Non ho nostalgia di quella cultura...Bisogna che tutti gli esseri viventi siano liberati quanto è possibile dal dolore... Ma so che nel modo di questa liberazione c'è un prezzo alto. Che la longevità spinta in cerca dell'immortalità e l'anestesia universale possono storcere il disegno della vita umana in qualcosa di cattivo...C'è un significato nella sofferenza e che significato è? Io non lo so...Immagino che l'esperienza della sofferenza dia un solo acquisto: la comprensione della sofferenza altrui. La cognizione del dolore. Non è poco..."

Sono d'accordissimo con Sofri. Il che vuol dire che giudico un triste risultato della medicina del nostro tempo quello di aver totalmente rovesciato la missione che un grande medico (del corpo e dell'anima) come Sigmund Freud teorizzò dicendo a un suo paziente: *"Lei si convincerà che molto sarà guadagnato se ci riuscirà di trasformare la sua miseria isterica in una infelicità comune..."*. Purtroppo, la medicina attuale sta promuovendo intenzionalmente il contrario ovvero sia la trasformazione delle varie forme di comune infelicità (che spingono l'uomo alla ricerca di una qualche salvezza ovvero sia alla ricerca di un senso, non necessariamente religioso, alla propria vita e alla propria morte) in forme di personale isteria (che spingono l'uomo alla spasmodica ricerca di una insensata salute totale).

REGIONE TOSCANA. LEA E MEDICINA COMPLEMENTARE

DR. RAFFAELE FESTA

Presidente Ordine Medici di Arezzo

La Giunta Regionale Toscana con deliberazione n. 655 del 20.6.2005 decideva di inserire le cosiddette Medicine Complementari nei LEA, propagandando la propria decisione con l'affissione di manifesti pubblicitari in tutte le provincie della Toscana. Poiché tale prassi ha provocato e continua a provocare malumori e contestazioni da parte di numerosi colleghi, si ritiene opportuno portare a conoscenza di tutti gli iscritti, la lettera di protesta di questa Presidenza del 7 novembre 2005, mai riscontrata, e l'autorevole parere della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana che ha ritenuto doveroso esprimersi nel merito.

"Arezzo 7 novembre 2005 -Prot. n.125 -36

Oggetto: affissione manifesti pubblicità "medicine complementari".

**ALL'ASSESSORE REGIONALE DIRITTO ALLA SALUTE REGIONE TOSCANA ENRICO ROSSI
AL PRESIDENTE FTOM DR. ANTONIO PANTI e p.c.
AI PRESIDENTI ORDINI PROVINCIALI MEDICI CHIRURGI ED ODONTOIATRI DELLA TOSCANA**

Sono pervenute a questo Ordine alcune foto di manifesti affissi per le strade della città, che propagandano autentici miracoli delle cosiddette "medicine complementari" per la cura di comuni patologie, largamente diffuse. Questo Ordine non può non condividere l'indignazione di alcuni iscritti che hanno presentato le foto, che si allegano in copia. Trattandosi di una operazione pubblicitaria certamente demagogica che ha annientato in un colpo il rigore con cui l'OMCeO di Arezzo ha sempre gestito la pubblicità sanitaria, nel pieno rispetto della legge 175/92 e della correttezza della informazione. Non si entra di proposito nella "vexata quæstio" sulla validità e sulla efficacia delle cure propagandate. Forse sarebbe stato opportuno acquisire il parere della Commissione Terapeutica Regionale, del Cons. San. Regionale e, perché no, anche della FTOM, specialmente se si crede veramente nella collaborazione corretta e leale. Ciò che non è assolutamente condivisibile è il tipo di messaggio che si indirizza ai cittadini, la cui salute dovrebbe crescere grazie a dei messaggi ingannevoli capaci di provocare solo infondate aspettative. Tanto per semplificare, il mal di testa non è mai stato risolto in milioni di cinesi, nonostante l'agopuntura,

come si è avuto occasione di osservare in prolungata permanenza nei più grandi ospedali della Cina. Ma c'è di peggio: chi si assumerà la responsabilità civile e penale di terapie che potrebbero avere pesanti conseguenze, evitabili con le cure allopatiche? Chi vive quotidianamente la professione medica, è chiamato spesso a sopperire guasti e danni la cui entità è tutt'altro che trascurabile. Si auspica che siano preposti a queste pratiche i medici, come sancito da sentenze della Cassazione, e che dietro ai manifesti non si vogliano aprire le strade per accreditare ciarlatani o sciamani.

Non si sarebbe mai voluto scrivere questa lettera di contestazione, preferendo, per prassi, il dialogo. Con l'occasione, distinti saluti. IL PRESIDENTE Dr. Raffaele Festa."

**FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI
MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA TOSCANA**

"In merito alla Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 655 del 20/06/2005 che ha inserito la "Medicina Complementare" nei Livelli Essenziali di Assistenza, ed alla successiva campagna di informazione attuata con l'affissione di manifesti pubblicitari in tutte le città della Toscana, la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana, riunita a Firenze il giorno 11 febbraio 2006, ricorda che:

- la decisione della Giunta Regionale di inserire le Medicine Complementari nei LEA è stata assunta senza alcun coinvolgimento degli organismi professionali della Regione;
- l'inserimento nei LEA di alcune Medicine Complementari non tiene conto della efficacia di tali terapie e l'affermazione che si tratti di pratiche dotate di "sufficiente" evidenza scientifica appare una affermazione carente di riscontri scientifici;
- la campagna informativa condotta dalla Regione, tramite l'affissione capillare di manifesti pubblicitari ha creato sconcerto nei medici per il contenuto dei messaggi diffusi alla cittadinanza, tramite i quali si propagandano le virtù delle terapie non convenzionali, ingenerando nel pubblico una distorta percezione della realtà scientifica e creando aspettative di salute ben difficilmente sostenibili;
- tale campagna informativa non ha tenuto in alcun

conto le norme previste dalla Legge n. 175/1992 sulla pubblicità sanitaria, con ciò disorientando gli Ordini provinciali, tenuti a far rispettare le prescrizioni della legge nei confronti dei loro iscritti, ma impotenti nei confronti di iniziative pubblicitarie prese dalla Regione.

La Regione, infatti, ha proceduto alla "integrazione definitiva delle MnC negli interventi per la salute", dopo "sei anni di sperimentazione" intesa quest'ultima come offerta agli utenti senza però aver attuato un piano di osservazione sistematica del suo impatto sulla salute.

La Regione Toscana ritiene che il SSN debba "tendere a garantire, a favore di tutti i cittadini, l'erogazione efficiente e tempestiva dei servizi sanitari, tutelando, nel contempo, il diritto degli individui stessi a una libertà di scelta terapeutica, da esercitarsi, però, nei limiti di una assoluta sicurezza per la tutela della salute". Il SSR sembra avere il ruolo di puro e semplice erogatore efficiente di prestazioni sulla base delle richieste avanzate dai cittadini secondo le loro convinzioni, aspirazioni e suggestioni. La libertà di scelta terapeutica viene, infatti, subordinata unicamente alla sicurezza, che si pretende peraltro sia assoluta. Tuttavia, in assenza di benefici documentati, la sicurezza da sola non garantisce il raggiungimento del vero scopo del SSR che è rappresentato dalla tutela della salute.

La premessa serve però per "trovare un giusto equilibrio tra due tesi estreme" quella di chi "ritiene che occorra valorizzare esclusivamente l'aspetto della libertà terapeutica" che il SSN deve garantire per qualsiasi scelta e dunque "anche quella che risulti essere la meno giustificata in termini razionali" e quella di coloro che, all'estremo opposto, ritengono che "il SSN si deve adeguare agli orientamenti medico-scientifici esistenti, operando le scelte di politica terapeutica in base esclusivamente alle prescrizioni dettate dall'evidenza scientifica tradizionale". In realtà la conoscenza scientifica circoscrive la possibilità di scelta del paziente ai trattamenti dotati di un profilo di efficacia dimostrata e di tollerabilità favorevole rispetto ai rischi potenziali. In questo modo traccia una linea di demarcazione spesso netta fra ciò che è appropriato e ciò che deve essere escluso.

La Regione ha tuttavia ritenuto idonea una sintesi fra le due opposte esigenze "che contemperino il massimo di giustificabilità razionale delle scelte terapeutiche con il massimo di garanzia delle libertà di scelta dei singoli cittadini" patologia per patologia. Viene introdotto come secondo criterio per la libertà di scelta quello di non sconfinare nell'irrazionale.

L'integrazione nel SSR è stata concessa a omeopatia, agopuntura, fitoterapia e medicina manuale in quanto dotate di "una sufficiente evidenza sulla base dei dati della letteratura scientifica internazionale e dell'esperienza accumulata" e definite pertanto Medicine Complementari (MC), mentre quelle che "non hanno ancora raggiunto un idoneo livello di dimo-

strazione", sono denominate MnC e non sono prese in considerazione. Nella delibera non è chiarito che cosa si intenda per "sufficiente evidenza", quali siano i dati della letteratura scientifica internazionale, di quale natura sia l'esperienza accumulata, se esistono pareri di commissioni ad hoc e su che base l'inserimento delle MC nei LEA sia da considerare definitivo. Non sono inoltre specificate le indicazioni approvate, oltre le tre situazioni rappresentate nei manifesti predisposti per la campagna promozionale, che hanno causato grande sconcerto nella comunità medica che in essi ha visto una sostanziale equiparazione delle MC alla medicina scientifica.

Non si può nemmeno trascurare la difficoltà di fronte alla quale si può trovare il medico alle prese con la necessità di far prendere coscienza al paziente della necessità assoluta di accordare la sua preferenza ad un trattamento dotato di un livello di efficacia dimostrato attraverso studi controllati e randomizzati di buona qualità rispetto ad una modalità terapeutica di MC ancorché inserita nei LEA.

Se l'esercizio della libera scelta terapeutica esprime una domanda sociale alla quale la sensibilità politica deve dare una risposta, la delibera 655, presentata enfaticamente come "fortemente innovativa" e anche "rivoluzionaria", sembra contraddittoria rispetto alla dichiarata esigenza di razionalizzazione dell'intervento sanitario. Non è innovativa perché non sono disponibili dati dimostrativi della capacità delle MC di migliorare morbilità e mortalità delle malattie. Non è rivoluzionaria perché la Regione si propone di procedere attraverso la verifica dei risultati clinici delle prestazioni praticate "sulla base delle prove di efficacia dimostrata secondo i criteri adottati di norma alla comunità scientifica". La dimostrazione di efficacia di una modalità terapeutica di MC attraverso le regole della metodologia scientifica è un fatto pragmaticamente accettabile poiché i trattamenti, sulla base di sperimentazioni idonee, possono risultare efficaci o inefficaci, anche se la dimostrata efficacia di un trattamento non costituisce di per sé prova della validità della dottrina medica dalla quale deriva e non infrange la linea di demarcazione tra scienza e pseudoscienza.

Pertanto la FTOM ritiene l'iniziativa della Regione Toscana sulla materia discutibile sia dal punto di vista scientifico che avuto riguardo alle scelte politiche che sostanziano il sistema dei LEA, fondate sul criterio di efficacia; ritiene infine criticabile l'aver utilizzato strumenti di propaganda dal contenuto fortemente pubblicitario."

Si lascia ad ogni iscritto la valutazione del caso, precisando che l'Ordine e la FTOM hanno ritenuto di esprimersi su un tema di attualità politico - professionale che coinvolge sempre più spesso medici e cittadini. Si ribadisce come già espresso in circolare, che i medici non devono rilasciare alcuna impegnativa per l'accesso alle Medicine Complementari.

RELAZIONE DI UN CONVEGNO

ANTONIETTA MARCHI*, FRANCESCO BORGHI**
ANDREA BOLLINI** ,FRANCESCO MUNNA***

*Dipartimento di Scienze Pediatriche

**Corso di Laurea in Scienze Motorie Università di Pavia,

***Dynamica associazione sportiva

Il 4 settembre 2005 si è svolta presso la sala conferenze della sezione provinciale di Arezzo, dell'Associazione Italiana Arbitri (viale Granisci- stadio comunale di Arezzo), la terza edizione del convegno nazionale "L'arbitro di calcio: l'atleta delle regole" di cui si allega il programma.

Il convegno si è svolto anche quest' anno con il Patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri e la partecipazione di personalità di livello internazionale, fra i quali il Professor Maurizio Casasco, Presidente Nazionale della Federazione Italiana Medici Sportivi, che ha trattato il tema :“L'idoneità sportiva in Italia: realtà e prospettive”. Il Professor Casasco ha fornito indicazione e informazioni utili e autorevoli in merito al dibattito apertosi in provincia di Arezzo, sulle modalità del rilascio dei certificati di idoneità sportiva alla pratica agonistica. Al Convegno ha assistito anche il Dottor Cesare Maggi in rappresentanza dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Arezzo.

Dalle varie relazioni è emerso che per un equilibrato sviluppo sessuale nella femmina e una buona formazione delle ossa che prevenga l'osteoporosi nell'età adulta, non è necessario assumere farmaci, ormoni o integratori, ma è consigliabile il gioco del calcio che è particolarmente indicato perché permette una “fortificazione” delle ossa, senza richiedere, come avviene per esempio per l'atletica, un'eccessiva perdita di peso che determina un disordine degli ormoni sessuali con interferenza anche nelle future gravidanze. Attualizzando tutti questi concetti, l'attività di arbitro di calcio può essere una risposta. È stato notato infatti, sia a livello aretino, sia a livello nazionale che spesso gli adolescenti smettono di praticare il calcio verso i 12-13 anni perché ormai alcuni sono entrati in squadre di categorie superiori e gli esclusi risultano demotivati e abbandonano l'attività sportiva con il rischio di condurre una vita sedentaria che favorisce le malattie.

L'attività di arbitro di calcio permette di ritornare in campo in un ruolo diverso e perciò di continuare a praticare attività sportiva e insegnando nello stesso tempo a rispettare e far rispettare “le regole” il che perciò è un'educazione di vita positiva sia in campo sia fuori. Per tutti questi vantaggi è consigliabile sempre ai genitori di iscrivere i propri figli ai corsi di arbitro di calcio aperti gratuitamente a tutti i giovani, sia maschi sia femmine purché abbiano compiuto i 15 anni di età. (Informazioni 0575.370999 – ore 18-20).

Riportiamo una sintesi di una delle relazioni.

Integratori: sostanze innocenti o anticamera del doping?

Una società narcisistica non sa proporre regole.

Il fenomeno del doping sportivo è cosa ormai nota, purtroppo, a tutti noi.

Le cronache ci hanno ormai abituato a leggere di atleti professionisti sorpresi positivi ai test antidoping, familiarizzandoci gradualmente con termini come anabolizzanti, eritropoietina o nandrolone. Celebrati campioni del ciclismo e dell'atletica leggera hanno visto le loro carriere pregiudicate da queste vicende e tuttavia è opinione comune che queste “scoperte” abbiano costituito, finora, soltanto la punta dell'iceberg. Ovviamente questo fenomeno ci rimanda a domande “forti” di carattere sia psicologico che filosofico del tipo: può il potere del denaro e del successo arrivare a tanto, cioè a ridurre in misura così rilevante l'istinto di autoconservazione di un soggetto? ¹⁻³

Ancora più sconcertante appare invece la pratica del doping che da qualche tempo serpeggia tra le categorie sportive degli amatori e dei dilettanti, dove non di rado si pratica il cosiddetto doping “povero”, forse ancora più rischioso delle sostanze già ufficialmente classificate come proibite: integratori alimentari di provenienza estera (per lo più orientale, venduti spesso tramite Internet, completamente al di fuori di ogni circuito di controllo igienico-sanitario) che promettono miracoli possono costituire una tentazione non da poco, soprattutto per l'atleta adolescente.

Si potrebbe pensare che anche le sostanze normalmente intese come “integratori alimentari” possano essere la porta apparentemente innocente attraverso la quale il doping può entrare nelle vite dei ragazzi che praticano attività sportiva. ⁴

Nella delicata fase dell'adolescenza, il ragazzo è sensibile al confronto con gli altri nella costruzione del proprio senso dell'identità, è reattivo ai cambi dell'umore provocati dalle fisiologiche modificazioni ormonali, è sensibile ai giudizi e alle pressioni degli adulti e dell'ambiente sociale in cui vive o agisce, è sensibile ai modelli emulativi proposti dai mass media.

In un momento di difficoltà o di debolezza connesso con queste sensibilità, e in assenza di precisi esempi e forti messaggi improntati a valori di lealtà e di correttezza da parte degli educatori a lui vicini (genitori, insegnanti, allenatori, medici sportivi, pediatri), la sua attività sportiva corre il rischio di trasformarsi a poco a poco in qualcosa di molto diverso, che assomiglia sempre più ad una lotta disperata per l'affermazione di un'identità

gravemente minata dal narcisismo: la sua identità viene sempre più giocata sull'apparire, e dunque sulla ricerca ostinata dell'affermazione, scompare a poco a poco il divertimento, produttore di endorfine, e il piacere di fare sport, rendendo il ragazzo bisognoso di conferme attraverso il risultato delle sue prestazioni. Una parabola discendente dove la "sostanza stampella" assume un ruolo determinante.⁵

La prima causa interna che ha predisposto lo sport moderno all'uso del doping, è già insita nel concetto di prestazione come un continuo superamento dei limiti individuali, elevando a valore assoluto un aspetto quan-



titativo senza considerare il desiderio insopprimibile dell'uomo di esprimere compiutamente il vantaggio delle proprie caratteristiche.

Ciò premesso, vediamo quali possano essere le cause ulteriori che amplifichino tale "deviazione" ideologica. L'assenza di regolamentazione professionale dei ruoli che interessa moltissime società sportive, riguardando non solo gli atleti ma anche i dirigenti, i preparatori, gli allenatori, i medici, i fisioterapisti.

La frenetica ricerca del talento e del successo sportivo conservato più a lungo possibile è diventato l'unico parametro di efficienza delle federazioni insieme al risultato di rilievo, che aumenta di conseguenza il numero di gare, soprattutto quelle di livello, e il quorum di tempo dedicato agli allenamenti. Ciò ha trasformato l'organizzazione dello sport giovanile in funzione della ricerca del talento sportivo, rendendo secondario e solo formale il rispetto di valori etici e educativi.⁶⁻⁸

Tale modello ha fatto in modo che la tendenza dei praticanti alla emulazione degli atleti d'élite in tutti i suoi aspetti (doping compreso) divenisse un punto di riferimento per tutti gli atleti che ambivano ad emularli. Le figure guida dello sport quali dirigenti, allenatori, preparatori, e medici specializzati hanno propagandato una pratica sportiva sempre più esasperata portando ad una crisi dell'etica sportiva stessa fino a farle perdere il significato di proposta educativa tra i giovani. Una dimostrazione di ciò è data dalla scarsa percezione del

fenomeno doping se non proprio dalla passiva accettazione. È significativo come siano maggiormente impegnate le istituzioni esterne al mondo dello sport a sollevare pesantemente il problema delle possibili soluzioni rispetto alle federazioni Sportive nazionali e territoriali, che al massimo tentano attraverso convegni e seminari di allontanare da sé ogni sospetto o accusa.

Non solo. La medicalizzazione della società contemporanea ha portato ad una enorme offerta farmacologica e di conseguenza ad una disponibilità maggiore di farmaci per il pubblico stesso. Da ciò, quindi, si hanno la facilità di reperimento di farmaci (anche dopanti) e lo sviluppo di prodotti genericamente definiti integratori (amminoacidi vari, tribulus terrestris,...).

All'interesse farmaceutico, si aggiungono quello degli sponsor, che investono per ricavarne un vantaggio in termini di pubblicità e immagine, e i network televisivi che acquistano i diritti degli eventi sportivi; tutti quanti premono pesantemente perché emergano nelle competizioni record e campioni.

Caratteristiche degli adolescenti (imitazione dell'adulto e ricerca di una propria identità)

L'adolescente è per natura influenzabile, in particolare dai suoi pari, mentre appare spesso rifiutare alcune figure adulte autoritarie in cui non si riconosce, mitizzando altre da cui si sente attratto fino ad identificarsi con loro.

L'adolescente spesso ha difficoltà di comunicazione, sembra ergersi a portavoce di idee solo sue e di convinzioni assolute che spesso è difficile far scendere a patti con quelle degli altri.

Il controllo dell'emotività e dei sentimenti in un'età in cui i concetti di Amore, Amicizia e viceversa Odio e Inimicizia sono vissuti come assoluti, è da conquistare con una Disciplina serrata.

L'essere sottoposto continuamente a input di tipo e segno differente è una delle caratteristiche principali dell'individuo adolescente, non ancora "formato", ancora in cerca di guide, perdite di sé, conquiste, nuovi comportamenti da assumere.

L'autostima nel soggetto adolescente oscilla tra il sentirsi "fuori posto" al sentirsi "al centro del mondo".



Conclusioni

I genitori...

L'adolescente, nel passaggio dal controllo parentale all'autonomia nei valori e nel comportamento, deve liberarsi anche dal controllo "emotivo" dei genitori. Per raggiungere questo risultato cerca e trova nel "gruppo" un sostegno ed una sicurezza che lo aiutano a vincere queste invisibili barriere emotive di resistenza che spesso i genitori erigono.

I genitori ponendo spesso queste "barriere emotive" a livello inconscio, non riescono a comprendere questo atteggiamento e, con comportamenti repressivi, talvolta aumentano le difficoltà.

I genitori invece dovrebbero cercare di vivere i naturali conflitti come una normale fase di sviluppo dei figli verso l'autonomia, cedendo via via il controllo in funzione della maturità acquisita dall'adolescente.

L'allenatore, il pediatra, il medico sportivo...

Ecco che uno dei primi interventi sarebbe una revisione

8 REGOLE D'ORO PER UNA PREPARAZIONE SPORTIVA IN ETÀ EVOLUTIVA.

- ✓ Avere ben chiaro lo scopo educativo
- ✓ Rispettare la totalità psicofisica del giovane
- ✓ Tenere presenti le tappe dello sviluppo
- ✓ Proporre con larghezza le attività in forma di gioco
- ✓ Evitare la specializzazione eccessiva
- ✓ Dosare la competizione
- ✓ Dimenticare a casa spesso metro e cronometro
- ✓ Non avere fretta di ottenere risultati

profonda dei modelli motori e sportivi dei ragazzi, enfatizzando l'aspetto ludico e socializzante delle varie attività a scapito dell'avviamento precoce.⁹⁻¹⁰ Questo comporta inevitabilmente una formazione se non una trasformazione dei quadri tecnici che si devono specializzare nell'età evolutiva, indipendentemente dal problema del doping (i nuovi dottori in Scienze Motorie possono essere una di queste figure professionali), attraverso corsi di durata, livello e complessità sempre più crescenti; formare tecnici federali che comprendano quindi adeguatamente le problematiche della formazione motoria e sportiva giovanile e sappiano gestire tale fase anche sul piano organizzativo (multilateralità sport-specifica, multilateralità generale o polisportiva), è ormai una priorità.

Indipendentemente dalla strada metodologica scelta, il perseguimento di tali obiettivi deve tenere conto di:

- Un rapporto sereno tra ragazzo e attività praticata
- Un senso di fiducia in sé e nelle proprie capacità
- Un coinvolgimento del ragazzo in programmi che

non monopolizzino il suo tempo

- Una maggiore comprensione che lo sport è un mezzo per divertirsi e non per raggiungere risultati.

Tutto questo attraverso la presa di coscienza e le decisioni di figure educative più responsabilizzate che promuovano lo sport con l'idea di allargare "gli amanti" delle discipline sportive, in modo da crearsi anche un bacino più ampio da dove attingere un giorno non solo atleti ma anche allenatori, studiosi della disciplina, dirigenti e naturalmente giudici di gara.¹¹⁻¹²

Il sudore della fatica.

Il coraggio profuso nella sfida.

La lealtà.

La tenace ricerca del confronto.

La perfezione tecnica del gesto individuale, somma di armonia e disciplina.

O la forza trascinate e contagiosa della squadra.

Un'emozione indescrivibile da condividere:

non solo la gioia del successo.

Il sogno ad occhi aperti dell'oro della vittoria.

La certezza di avere dato tutto di sé senza scorcioie:

Questo è sport!

Bibliografia

1. Luigia Campioni, Paola Di Blasio "Psicologia dello sviluppo" Il mulino 2002
2. Bryant J. Cratty Espressioni fisiche dell'intelligenza Società Stampa Sportiva - Roma 1985
3. Albert Bandura Autoefficacia, teoria e applicazioni Erickson 1997
4. Antonio Borgogni - Massimo Davi Percorsi sghembi, emozioni, complessità e memorie negli apprendimenti motori Società Stampa Sportiva - Roma 1997
5. Stefano Tamorri Neuroscienze e sport UTET 2000
6. Jurgen Weineck L'allenamento ottimale Calzetti Mariucci 2001
7. Henry Ironée Marrou Storia dell'educazione nell'antichità Edizioni Studium Roma 1994
8. Alberto Cei Psicologia e sport Il mulino 1998
9. Terapia cognitivo-comportamentale in riabilitazione Edi-ermes 2002
10. Norbert Elias Eric Dunning Sport e aggressività Il mulino 1989
11. Jean Le Boulch Verso una scienza del movimento umano Armando Editore 1999
12. Gerald M. Edelman Sulla materia della mente Adelphi 1992

LA SALUTE DELLA DONNA IN GRAVIDANZA

Corso di Aggiornamento Obbligatorio per Medici di
Medicina Generale
“LA SALUTE DELLA DONNA IN GRAVIDANZA”

17 settembre 2005
Ordine dei Medici di Arezzo, Viale Giotto 134

Promosso da
Asl 8, FIMMG, SIMG
In collaborazione con il Centro “Francesco Redi”

Programma

8.30

Iscrizioni e somministrazione questionario di
verifica individuale

9.00

GRAVIDANZA E LAVORO

Danila Scala (Arpat-Firenze)
Relazione interattiva con discussione

10.15

DIAGNOSI PRENATALE - Francesco Rosadi
Relazione interattiva con discussione

11.00

Break

11.15

PERCORSO NASCITA - Gabriella Rossi
Relazione interattiva con discussione

12.00

LA PARTOANALGESIA

Claudia Recine - Patrizia Petruccioli
Relazione interattiva con discussione

12.30

PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI - Mariapia Fiori
Relazione interattiva con discussione

13.15

*Somministrazione questionario di valutazione del
corso e questionario di verifica individuale*

13.30

Conclusione del corso

Animatori

Dario Grisillo
Roberto Romizi

**ELENCO DEI PARTECIPANTI ALLA
TAVOLA ROTONDA TENUTASI ALL'ORDINE DEI MEDICI
IL 17 SETTEMBRE 2005.**

MODERATORE DR. ROBERTO ROMIZI
Medico di Medicina Generale

DR. DANILA SCALA,
Arpat-Firenze

DR. FRANCESCO ROSADI
*Responsabile della U.O. di Ostetricia e Ginecologia,
Ospedale S. Donato AR.*

DR. GABRIELLA ROSSI
*Dirigente I° Livello della U.O. di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale S. Donato, AR.*

DR. ARIO JOGHTAPOUR
*Dirigente I° Livello della U.O. di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale S. Donato, AR.*

DR. CLAUDIA RECINE
*Direttore della U.O. di Anestesia e Rianimazione,
Ospedale S. Donato AR.*

DR. LIA PATRUSSI
*Dirigente I° Livello della U.O. di Anestesia e Rianimazione,
Ospedale S. Donato AR.*

OSTETRICA PATRIZIA PETRUCCIOLI
Direttore U.O. Ostetricia professionale.

DR. MARIA PIA FIORI
*Dirigente I° Livello della U.O. Medicina Legale
della A.S.L. 8 AR.*

LA SALUTE DELLA DONNA IN GRAVIDANZA

Nel corso dell'incontro con i Medici di Medicina Generale che si è tenuto il 17 Settembre nella sede dell'Ordine dei Medici di Arezzo, sono stati dibattuti temi di grande interesse, inerenti le strategie da mettere in atto per la migliore tutela della donna in gravidanza, in accordo sia con due di quelli che sono stati dichiarati gli obiettivi **OMS** per gli anni a venire (ossia: 1) orientare l'offerta dei servizi sanitari sulla promozione della salute e non soltanto sulla cura e la riabilitazione e 2) coinvolgere i singoli individui affinché sviluppino abilità personali per migliorare il proprio benessere), sia con quello che prevede il Piano Sanitario Regionale per il triennio 2005-2007 e precisamente con gli orientamenti espressi in materia di Assistenza Materno-Infantile. Recita a questo proposito il P.S.R. per il triennio 2005-2007:

“Gravidanza, parto ed allattamento rappresentano momenti particolari nella vita di una donna, situazioni deli-

cate, ma non patologiche, almeno nella maggior parte dei casi, per cui l'assistenza sanitaria, sia in termini di diagnosi che di trattamenti, deve essere modulata nel rispetto della natura fisiologica di questi eventi e nel contempo deve saper cogliere e trattare tempestivamente la patologia, senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria”.

Le linee di sviluppo per il triennio comprendono:

- il potenziamento degli interventi di prevenzione dei difetti congeniti;
- favorire una migliore accessibilità degli accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica;
- potenziare i sistemi di prevenzione delle patologie materne, della prematuranza e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino;
- migliorare l'assistenza al parto in special modo sviluppando gli interventi volti alla umanizzazione dell'evento ed al rispetto della sua fisiologia;
- sviluppare l'analgesia del parto;
- promuovere il parto naturale, riducendo l'utilizzo improprio del taglio cesareo;
- assistere e sostenere la donna nella fase puerperale.

Pertanto nel corso dell'incontro con i Medici di Medicina Generale, in osservanza a queste direttive del P.S.R. ed anche seguendo quelle che sono le “Raccomandazioni su gravidanza e parto”, elaborate dalla Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, sono stati discussi alcuni argomenti di interesse più prettamente specialistico, quali ad esempio *gli obiettivi e le metodologie di sorveglianza delle gravidanze a basso rischio e la diagnosi prenatale dei difetti congeniti* e successivamente sono state illustrate le modalità per accedere al servizio di partoanalgesia che è attivo da circa un anno e mezzo presso l'Ospedale S. Donato di Arezzo, mentre nella sessione dedicata alla Medicina Legale si è parlato del ruolo di centralità del Medico curante nella tutela della salute della donna in gravidanza.

A questo proposito, il **Medico Legale** intervenuto, ha delineato alcuni principali ambiti in riferimento ai quali il Medico di medicina generale si trova ormai sollecitato ad interagire, sinergicamente, con gli altri professionisti che intervengono nel processo di assistenza alla gravidanza e al neonato, con particolare riguardo a:

- counselling pre-concezionale finalizzato a garantire alla donna che desidera avere una gravidanza alcuni consigli di ordine comportamentale (nutrizione, attività fisica, supplementazione con folati e con altri preparati vitaminici ecc.) e ulteriori indicazioni utili inerenti l'accesso alla consulenza genetica qualora siano presenti nella coppia alcuni segnali di allarme quali ad es. la consanguineità o l'età materna superiore ai 35 anni.
- interventi volti a favorire la migliore accessibilità agli accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica;
- interventi volti alla prevenzione ed al trattamento

della patologia materna, al fine di favorire un normale sviluppo fetale.

- gestione della fase di assistenza post-ospedaliera della madre e del neonato.

Sono state richiamate, inoltre, alcune questioni emergenti sul versante dell'informazione e dell'umanizzazione dell'assistenza alla donna anche in epoca successiva al parto, con particolare riguardo alle indicazioni emerse da uno studio condotto dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ¹.

Lo studio pone in evidenza l'esigenza di rafforzare globalmente il sistema sul versante informativo ed educativo della donna al percorso nascita, in relazione a quanto emerso dall'esperienza di specifici “focus group” effettuati con donne che avevano partorito nelle strutture dell'Azienda usl di riferimento.

Si riportano, di seguito gli aspetti ritenuti maggiormente significativi :

- nella fase della gravidanza le donne manifestano la necessità di essere rassicurate su questa esperienza così coinvolgente, lamentando nel contempo la mancanza di punti di riferimento.
- i medici dovrebbero essere sensibilizzati al problema dell'approccio differenziato nei confronti dei pazienti e invitati ad assumere atteggiamenti di tipo diverso in funzione della sensibilità delle donne alle quali si trovano di fronte;
- l'aspetto della puntualità nell'erogazione dei servizi deve essere considerato con particolare attenzione per risolvere il problema dei tempi di attesa per gli esami in gravidanza che, di fatto, costituisce una barriera all'accesso del servizio pubblico; durante le visite in gravidanza dovrebbe essere curato di più il rapporto con la partoriente, tenendo presente che c'è la volontà da parte delle donne di conoscere di più su quello che viene fatto sul loro corpo e sull'esito degli esami clinici;
- il tema dell'allattamento dovrebbe essere affrontato con più attenzione sia nei corsi di preparazione al parto, sia in corsia dove viene segnalata la mancanza di indicazioni chiare ed univoche su questo aspetto fondamentale del post-parto ;
- ...discontinuità tra assistenza ospedaliera e post-ospedaliera sia per la madre che per il neonato ;
- ...risposta inadeguata al bisogno di umanizzazione e personalizzazione delle cure “ .

Concludeva il Medico Legale che, anche agendo su questi fronti, forse potremo contribuire al contenimento della conflittualità e del contenzioso, oltre che, naturalmente operando sulla base delle indicazioni emergenti dalla mappatura medico-legale delle vertenze.

Il **Ginecologo** ha quindi illustrato le possibilità che ci vengono oggi offerte dalla *diagnostica prenatale*, che comprende l'insieme delle procedure che permettono di riconoscere o di escludere la presenza nel feto di anomalie congenite.

Esistono quattro tipi di patologie fetali nelle quali è possibile la diagnosi prenatale:

- le anomalie cromosomiche;

- le malattie geniche (tra cui rientrano gli errori congeniti del metabolismo e le emoglobinopatie)
- le malformazioni congenite;
- le infezioni fetali.

Le anomalie cromosomiche sono causate da alterazioni nel numero o nella struttura dei cromosomi; ne sono attualmente note circa 600, tra le quali le più comuni sono le anomalie numeriche e tra queste in particolare **le trisomie** nelle quali è presente un cromosoma soprannumerario in una coppia; esse insorgono quasi sempre per fenomeni di non disgiunzione, verificatisi prima del concepimento o subito dopo e il più importante fattore causale è rappresentato dall'invecchiamento degli ovociti legato all'età materna.

Le malattie geniche sono legate ad alterazioni a livello di singoli geni, codificanti la sintesi di proteine strutturali o funzionali anomale; sono più di 7000 le malattie geniche conosciute e solo una parte di esse sono diagnosticabili in epoca prenatale; il loro numero è tuttavia in continua crescita, soprattutto grazie al diffondersi delle tecniche di analisi del DNA.

Le malformazioni congenite sono caratterizzate da difetti morfologici, di un singolo organo o di un apparato, che possono presentarsi da soli o in associazione ad altre malformazioni e spesso anche a deficit motori e/o mentali, configurando talora delle vere e proprie sindromi; le malformazioni congenite sono spesso diagnosticabili per mezzo dell'ecografia, attraverso un accurato studio morfologico fetale.

Le infezioni fetali sono processi infettivi che possono colpire il prodotto del concepimento in modo tale da produrre anomalie, disfunzioni d'organo, difetti di accrescimento e talora anche la morte in utero; le più comuni sono le infezioni da virus della rosolia, la toxoplasmosi, le infezioni da citomegalovirus, da varicella e da parvovirus.

Oltre alla più conosciuta **amniocentesi**, esistono oggi varie **tecniche di screening prenatale**, che permettono di individuare situazioni di accresciuto rischio di anomalie fetali, soprattutto cromosomiche, permettendo di selezionare, nell'ambito di una popolazione a basso rischio, i casi a rischio più elevato da inviare alla diagnosi prenatale.

Il **Triplotest** è il test biochimico più conosciuto e più utilizzato; si esegue tra la 15° e la 17° settimana, e consiste nel dosaggio nel sangue materno della alfafetoproteina, dell'HCG e dell'estriolo non coniugato, associato ad un esame ecografico che serve a stabilire precisamente l'epoca di gravidanza. I risultati ottenuti vengono messi in relazione all'età materna e ci permettono di calcolare il rischio specifico al quale è esposta la donna e di decidere, se tale rischio supera un certo valore soglia, sulla opportunità di eseguire l'amniocentesi. Il limite di tali esami è dato dal fatto di fornire solo una indicazione del rischio e non una diagnosi, non risolvendo quindi l'attesa diagnostica della gravida.

Senza entrare in dettagli troppo specialistici possiamo ricordare che oggi esistono numerosi markers ecografici che possono porre il sospetto di anomalia cromoso-

mica, e che queste tecniche non invasive sono destinate ad avere una diffusione sempre maggiore; tra i markers che possono essere ricercati nel primo trimestre di gravidanza, possiamo ricordare la *Translucenza nucale* e la *Identificazione ecografica delle ossa nasali*; nel secondo trimestre molti possono essere gli indicatori di anomalie cromosomiche quali ad esempio le *Anomalie biometriche del cranio e degli arti*, la presenza di *Arteria ombelicale unica*, *l'Edema della nuca*, *la Pielectasia renale* e numerose altre.

Tra le tecniche non invasive di diagnosi prenatale, va infine ricordata l'*Ecografia* cosiddetta *morfologica*, che viene eseguita tra la 19° e la 22° e consiste in una indagine ecografia eseguita con grande accuratezza, da ecografisti esperti, nel corso della quale viene dato ampio spazio alla valutazione della anatomia e della funzione del cuore fetale. Essa viene eseguita in tale epoca per due motivi: 1) il feto è nelle migliori condizioni per essere studiato, in quanto il rapporto tra le dimensioni del feto ed il liquido amniotico è ottimale, 2) dopo tale epoca la legge non permette l'interruzione volontaria della gravidanza, anche se il feto risultasse affetto da gravi malformazioni.

Tuttavia è bene ricordare che, nonostante l'esperienza e la capacità dell'operatore e l'utilizzo di ecografi di elevata qualità, non tutti i quadri patologici sono diagnosticabili in utero, e ciò dipende dalla ecogenicità della paziente (quantità di pannicolo adiposo), dalla quantità di liquido amniotico e dalla posizione fetale.

Infine il Ginecologo è passato ad illustrare le varie **Tecniche invasive di Screening Prenatale**, in particolare ricordando che le indicazioni all'esame sono:

- Età materna avanzata (maggiore di 35 anni)
- Genitore portatore di anomalia cromosomica bilanciata
- Familiarità per malattie genetiche o per malattie congenite del metabolismo
- Anomalie strutturali del feto all'esame ecografico di routine.
- Triplotest positivo

Le **Tecniche invasive di Diagnosi Prenatale** comprendono, oltre alla amniocentesi, la villocentesi e la funicolocentesi, che differiscono dalla prima per epoca in cui vengono praticate e per la finalità per la quale vengono eseguite.

La **Amniocentesi** è una tecnica invasiva di diagnosi prenatale, che si esegue nel secondo trimestre di gravidanza mediante l'introduzione per via addominale di un ago in cavità amniotica, ecoguidato, per il prelievo di 15-20 ml di liquido.

Sul liquido e sulle cellule fetali prelevate possono essere effettuate indagini citogenetiche per la diagnosi di anomalie cromosomiche e per la diagnosi di sesso, che può essere essenziale per le malattie legate al cromosoma X. Inoltre sul liquido prelevato con l'amniocentesi viene eseguito il dosaggio dell'alfa-fetoproteina, importante per la diagnosi dei difetti del tubo neurale (anche se oggi giorno la diagnosi è ecografica); possono essere anche effettuate indagini biochimiche per la diagnosi di

errori congeniti del metabolismo.

Naturalmente tutte le tecniche invasive di diagnosi prenatale non sono prive di rischi, alcuni legati a problemi di laboratorio (inconvenienti tecnici legati alla raccolta, conservazione o coltura dei campioni), altri relativi ad alcune difficoltà che si possono incontrare nella lettura degli esami, ad esempio a causa di fenomeni di mosaicism; i veri e propri errori diagnostici sono estremamente rari e sono legati per lo più ad errori di scrittura o di comunicazione del risultato.

Alla nostra tavola rotonda è infine intervenuto l'**Anestesista** che ha illustrato quali sono le finalità della partoanalgesia.

Nell'ambito del progetto "Ospedale senza dolore", anche il dolore durante il travaglio di parto, benché di fatto non associato ad uno stato di malattia, viene considerato evitabile.

Pe questo motivo, la U.S.L. 8 di Arezzo, rispondendo a normative regionali, ha istituito il Servizio di Partoanalgesia, in regime di pronta disponibilità, attivo 24 ore su 24, completamente gratuito per tutte le gestanti che ne facciano richiesta; gli unici obblighi da parte delle utenti sono la partecipazione a dei corsi informativi, che si tengono ogni ultimo giovedì del mese, presso l'Auditorium dell'Ospedale S.Donato, ed ai quali partecipano un Ginecologo, un Pediatra, un Anestesista ed una Ostetrica e l'effettuazione di una visita anestesiológica dopo la 36° settimana di gestazione.

L'importanza di seguire questo percorso nasce dalla necessità che il consenso a tale tecnica avvenga al di fuori dello stato di sofferenza prodotto dal travaglio di parto, in modo che tale scelta possa essere assolutamente consapevole.

L'analgesia perdurale durante il travaglio di parto è un atto medico invasivo, che prevede, attraverso l'inserimento di un catetere nello spazio perdurale, la sommi-

nistrazione di basse concentrazioni di anestetici locali variabilmente associati ad oppioidi; tale strategia viene condotta da Anestesista esperti ed ha lo scopo di ridurre la componente dolorosa delle contrazioni, conservando la percezione della presenza delle contrazioni stesse e la capacità di spinta.

La dinamica del parto non risulta perciò alterata per la possibilità di produrre un blocco solo sensitivo, lasciando inalterata la sensibilità motoria; perciò la partorientente è libera di muoversi, di camminare, di assumere la posizione migliore per lei durante il periodo espulsivo, in modo tale che un travaglio pur medicalizzato, risulti comunque il più naturale possibile.

Bisogna infine ricordare che tale tecnica, eseguita al momento giusto, in assenza di patologie controindicanti la stessa, dopo una scrupolosa indagine anamnestica e di laboratorio, messa in atto da un professionista esperto, espone la gestante ad un bassissimo rischio di complicanze, per lo più transitorie, anche se, come sappiamo, nessun atto medico è del tutto privo di rischi.

Concludendo, possiamo affermare che tutti gli argomenti trattati hanno prodotto un ulteriore arricchimento delle nostre conoscenze a proposito della gravidanza, sia essa fisiologica a basso rischio, sia essa gravata da qualche complicanza, e possono servire da stimolo per cercare sempre nuovi punti di accordo e sinergia tra lo Specialista ed il Medico di Medicina Generale per una sempre migliore assistenza alla gestante ed al suo bambino.

Bibliografia

- 1 Sperimentazione dell'activity based management nella sanità pubblica : l'esperienza dell'azienda usl 3 di Pistoia - a cura di Paola Miolo Vitali -Sabina Nuti -capitolo 5 , pag. 85-94

VERA MELGARI

Ufficio Risorse Umane COSV

Per corrispondenza:

Vera Melgari - COSV

Viale Monza, 40 - 20127 Milano

Tel. 02 282 28 52 - Fax 02 282 28 53

e-mail: cosv@enter.it

Milano, 3 maggio 2006

Gentile Presidente Dr. Raffaele Festa
Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri
Ordine Provinciale di Arezzo
Viale Giotto 134
52100 Arezzo

Egregio Dott. Festa

Le scrivo a nome dell'Organizzazione Non Governativa (ONG) **COSV** - Comitato di Coordinamento delle Organizzazioni per il Servizio Volontario - che da più di trent'anni si occupa di progetti di solidarietà in Africa, Asia, America Latina e nella regione Balcanica.

Una parte rilevante delle nostre attività consiste di interventi a livello sanitario e si avvale fortemente della professionalità e delle competenze dei vostri iscritti. Al fine di migliorare la selezione delle risorse umane nel settore medico, ci permettiamo di chiedere la collaborazione del vostro rispettabile Ordine che, se d'accordo, potrebbe **aiutarci ad individuare una rosa di possibili candidati** per missioni all'estero nell'ambito della cooperazione internazionale.

Attualmente, ad esempio, siamo alla ricerca di:

- Un **supervisore** delle attività del centro di salute di Kulbus in **Darfur, Sudan**.
- Un **coordinatore** per progetto di prevenzione della trasmissione dell'HIV in **Zimbabwe**.
- Un **coordinatore** sanitario in **Sud Sudan**.

La durata media dei progetti varia da 6 a 12 mesi e i requisiti generalmente richiesti sono:

- esperienza professionale pluriennale
- discreta conoscenza della lingua Inglese

Per informazione più dettagliate sui progetti consigliamo di visitare il sito internet www.cosv.org.

Con la speranza di poter iniziare con Voi una proficua collaborazione, restiamo a Vostra disposizione per qualsiasi chiarimento.

Con i migliori saluti

Vera Melgari

*Ufficio Risorse Umane
COSV*

UN OSPEDALE DI ECCELLENZA AD AREZZO

FRANCESCA FARNETANI*, ITALO FARNETANI**

*Medico chirurgo - Collaboratrice dell'Istituto dell'Enciclopedia Italiana "Treccani"-Roma

** Professore a contratto Università di Milano-Bicocca, pediatra, giornalista, Collaboratore dell'Istituto dell'Enciclopedia Italiana "Treccani"-Roma.

Per corrispondenza: Dott.ssa Francesca Farnetani
Piaggia del Murello, 44 · 52100 Arezzo
cell. 338 9674913
e-mail: chiccafarnetani@virgilio.it

Il 26 marzo 1933, giorno dell'inaugurazione dell'Ospedale Sanatoriale "Antonio Garbasso" di Arezzo (Foto 1-3), rappresenta il momento di eccellenza più alto mai raggiunto dalla sanità aretina che apre il trentennio del più alto livello mai raggiunto dalla medicina in Arezzo e che proprio il "Garbasso" avrebbe contribuito ad accrescere.



Veduta aerea del Sanatorio (Fotoclub Chimera di Arezzo)

Il primo incontro dell'organismo con l'agente infettivo della tubercolosi, il micobatterio tubercolare (conosciuto come Bacillo di Koch), determina, nella maggior parte dei casi, un'infezione che non dà nessun sintomo, mentre soprattutto a un secondo incontro si ha la malattia. Il contagio avviene, nella quasi totalità dei casi, fra persona e persona, soprattutto attraverso la via respiratoria, infatti a trasmettere il micobatterio sono i malati di tubercolosi polmonare "aperta", soprattutto quando ancora non è stata diagnosticata la malattia. Per questo per i bambini una delle principali fonti di infezione è

rappresentata dagli adulti soprattutto anziani, quando ancora non è stata diagnosticata la tubercolosi. Il miglior sistema era di cercare di stroncare e interrompere questa catena. L'edificazione dei sanatori serviva anche a questo. Una simile politica fu criticata, ma con l'edificazione del "Garbasso" (invidiata da tutti) fu iniziata una estesa politica di edilizia ospedaliera, che però risul-

tò insufficiente e negli anni nonostante l'arrivo degli antibiotici mancavano ancora seicentomila posti letto.

L'Ospedale "Garbasso" fu il primo a essere costruito e inaugurato dall'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale che portava a esempio sia per il modello organizzativo sia assistenziale. Il "Garbasso" disponeva di 265 letti, 145 destinati agli uomini e 120 alle donne e vi ve-

nivano ricoverati sia gli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale sia del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Arezzo. La realizzazione dell'Ospedale costò otto milioni di lire. L'inaugurazione fu perciò il coronamento di un'intensa attività e dette la possibilità di disporre ad Arezzo di un grande ospedale. La partecipazione di un importante gerarca come Giuseppe Bottai, che era stato ministro delle corporazioni e successivamente lo divenne dell'educazione nazionale e in quegli anni era presidente dell'Istituto delle Assicurazioni Sociali, dimostra l'importanza che aveva

l'evento. Anche la partecipazione del chirurgo Eugenio Morelli, che è stato in Italia uno dei grandi Maestri dello studio della tubercolosi dimostra ulteriormente l'importanza che aveva l'Ospedale Sanatoriale di Arezzo.

Al nuovo Sanatorio fu annesso anche il Dispensario provinciale a cui spettava essenzialmente un'attività sul territorio con funzioni di prevenzione, diagnosi, distribuzione di materiale, medicinali e l'ammissione alle colonie elioterapiche. Il dispensario era aperto il mercoledì e il sabato dalle 15 alle 18, il giovedì dalle 11 alle 12 e la domenica dalle 10 alle 12.¹⁻²

Nei sanatori particolare attenzione era riservata anche all'alimentazione, proprio per poter mantenere l'organismo nelle migliori condizioni possibili. Per capire l'importanza data all'alimentazione basta pensare che la sala refezione del Sanatorio di Arezzo era molto spaziosa e all'ingresso c'era un cesto di uova che i malati potevano prendere liberamente ed erano importanti per l'alto contenuto vitaminico del tuorlo. Le stoviglie erano per l'epoca lussuose, basta pensare che le posate erano in alpaca.

La popolazione iniziò subito a servirsi delle nuove strutture ospedaliere e dispensari, dimostrando che la scelta di collocare il sanatorio in prossimità della zona di Colcitrono, dove c'era la massima concentrazione di malati, era quella giusta.³

L'Ospedale Sanatoriale di Arezzo fu senza dubbio una grande realizzazione non solo nel contesto provinciale,

ma anche nella rete ospedaliera che fu creata dal regime fascista. Senza dubbio in Italia eravamo partiti nella lotta contro la tubercolosi, più tardi degli altri Stati europei e le condizioni economiche dello Stato erano disastrose, infatti eravamo uno dei paesi più poveri d'Europa. Il regime fascista impegnò ingenti risorse nella lotta contro la tubercolosi, anche se poi sfruttò in modo propagandistico tali iniziative. Un esempio è anche il cinegiornale Luce relativo all'inaugurazione ad Arezzo in cui le persone inquadrare sembrano più turisti in una crociera di lusso che pazienti colpiti da una malattia di cui si aveva paura perfino a pronunciarne il nome. Gli ambienti inquadrati sembrano più quelli di un albergo a cinque stelle che di un luogo in cui si veniva curati con scarsi risultati e con un'alta mortalità. Una tale alterazione dei contenuti era tipica del fascismo anche in altri settori della vita sociale, per esempio la stampa non poteva riportare suicidi, omicidi, fallimenti. C'era però, anche se con un minor interesse la volontà di creare un approccio meno drammatico e fatalistico alla malattia, in modo da poter infondere fiducia negli ammalati per poter affrontare un eventuale periodo di ricovero con un minimo di fiducia e di ottimismo che in seguito si è dimostrato essere elemento fondamentale per avere la massima collaborazione del paziente e perciò garantire la miglior efficacia possibile delle cure.

In seguito la politica nella lotta contro la tubercolosi attuata dal regime fascista fu criticata proprio perché si era privilegiato la costruzione dei "sanatori", ma nulla era stato fatto per attuare una politica edilizia che potesse rimuovere quelle situazioni di degrado abitativo, con

sovraffollamento dei locali, che erano una delle principali cause di diffusione della malattia. Se osserviamo l'ospedale Sanatoriale di Arezzo, edificato con criteri simili agli altri nosocomi si noterà, come in tanti altri immobili realizzati dal fascismo, prevale una concezione architettonica che doveva esprimere la forza e la potenza del regime, per cui la scelta dei materiali, l'abbondanza di stucchi, colonne, scale, architravi, marmi, strutture in cemento, sicuramente facevano aumentare i costi. Necessaria secondo le visioni scientifiche di



Veduta dell'ingresso principale (Fotoclub Chimera di Arezzo)



Veduta della parte posteriore del Sanatorio (Fotoclub Chimera di Arezzo)

allora era invece la necessità di ampie volumetrie, soprattutto dei locali di degenza e negli spazi comuni per i malati. In conclusione sulle spese di edificazione dei vari immobili del regime, sanatori compresi, la necessità dell'immagine propagandistica faceva aumentare i costi in modo consistente, per cui si sarebbero potute realizzare strutture ospedaliere, indispensabili, perché in molte parti d'Italia non esistevano o erano fatiscenti, ma si sarebbero potuto ottenere gli stessi risultati assistenziali con una minor spesa e poter iniziare così una politica edilizia di risanamento delle abitazioni e alla costruzione di case per le classi più disagiate.⁴

Bibliografia

- 1 Aloigi Luzzi S., *Note statistiche sulla diffusione della tubercolosi ad Arezzo, Atti e Memorie dell'Accademia Petrarca, IX* (1930), pp. 291-295.
- 2 Aloigi Luzzi S., *La profilassi antitubercolare nel territorio d'Arezzo, Atti e Memorie dell'Accademia Petrarca XII* (1932) pp. 160-165.
- 3 Fikai G., Aloigi Luzzi S., *Stato e risultati della lotta contro la tubercolosi in provincia di Arezzo: Relazione edita a cura del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Arezzo in occasione del II° Convegno Regionale Toscano della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi: Arezzo, 26 novembre 1933. XII - Arezzo Zelli, 1933*
- 4 Daddi, G., *Recettività e resistenza nella tubercolosi polmonare / Giuseppe Daddi, Carlo Pana - Firenze : Vallecchi editore, 1947*

IL NUOVO ACCORDO REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE

DARIO GRISILLO

Vice Segretario FIMMG Arezzo

Membro della Delegazione Trattante FIMMG in Regione

Il 13 Marzo 2006 abbiamo siglato il Nuovo Accordo regionale per l'Assistenza Primaria della Medicina Generale. È stato un lavoro lungo e faticoso di concertazione tra FIMMG, altri sindacati, Regione, Rappresentanti della direzione delle Aziende, Direttori Generali e Società della Salute.

E' un buon accordo, che ha colto praticamente tutte le potenzialità offerte dalla Convenzione Nazionale e contenute nelle parti "cedevoli" della normativa.

Nel precedente Accordo regionale, quello ad oggi ancora vigente, due soli interlocutori, Sindacati, FIMMG in particolare, e Regione, avevano modificato in piccola parte una normativa definita a livello nazionale e praticamente vincolante. Nonostante questo avevano raggiunto, di comune accordo, un importante obiettivo che ci aveva distinto da tante altre Regioni italiane: avevano notevolmente ampliato i tetti dell' Associazionismo sottolineando il comune obiettivo di transitare la Medicina Generale dal paradigma del lavoro singolo a quello del lavoro coordinato in gruppo.

Oggi possiamo dire che quello siglato, più che un Accordo Regionale ha l'aspetto di una vera e propria Convenzione Regionale, con istituti peculiari, assetti organizzativi e retributivi originali, un complesso lavoro di concertazione con tutti gli attori del sistema e un corteo di Delibere di Giunta per definire il nuovo assetto normativo regionale entro il quale si muove l'Accordo stesso e il lavoro del medico di medicina generale.

Tra gli importanti obiettivi politici e professionali raggiunti spiccano:

La stabilizzazione del lavoro e del ruolo professionale della categoria con le modifiche apportate al rapporto ottimale, che permetteranno di superare l'attuale sottoccupazione in cui opera una buona parte della categoria (oltre il 30% dei MMG attualmente in convenzione opera sotto alle trecento scelte) permettendo di raggiungere gli standard di prestazioni che solo un medico "dedicato" a tempo pieno può raggiungere. E questo nonostante le strumentali critiche di un sindacato, che non ha praticamente rappresentanza tra i medici di famiglia, che avanzando populistiche considerazioni sulla riduzione dei futuri posti di lavoro avrebbe di fatto mantenuto le attuali difficoltà.

La destinazione di una quota parte della remunerazione subordinata al raggiungimento di obiettivi di salute. Innovazione questa "storica" e non solo per la Medicina Generale, perché si introduce nel Servizio Sanitario Re-

gionale il concetto di premiare non il rispetto dei tetti di spesa o la mera erogazione di volumi di prestazioni, che costituisce lo standard valutativo attuale di Ospedale e Specialistica, e di non fermarsi solo ad una prestazione di qualità (VRQ) e appropriata (efficienza), ma di ricercare ed incentivare il risultato in salute prodotta (efficacia) a tutto vantaggio dei cittadini-utenti.

L'impegno assunto con la FIMMG da Regione ed Aziende di tendere alla copertura della intera popolazione residente da parte delle varie forme associative, pur nella compatibilità economica della programmazione aziendale annuale e nel contempo la maggior flessibilità dell'Associazionismo con la riconferma del ruolo che in Toscana hanno le Cooperative Mediche e la creazione di una ulteriore forma associativa, la Medicina in Associazione Complessa, per rispondere alla duplice esigenza di individuare sedi uniche di erogazione di prestazioni per la maggior parte delle ore diurne con quella di mantenere il decentramento degli studi in sintonia con la dispersione abitativa di buona parte della popolazione della Toscana.

L'apertura, di grande respiro sociale ed umano, alla assistenza agli extracomunitari non in regola col permesso di soggiorno, che ora il MMG potrà assistere in modo lecito garantendo loro anche prestazioni farmaceutiche e diagnostiche.

L'introduzione di una carta dei servizi del territorio che contiene i diritti, ma anche i doveri del cittadino nel rapporto col suo medico di famiglia.

La obbligatorietà degli Accordi Aziendali di cui si definiscono i tempi di realizzazione e i contenuti essenziali al fine di dare certezza attuativa in ogni Azienda ma anche omogeneità di impegno di lavoro in tutta la Regione.

Altrettanto importanti sono alcune Delibere della Giunta Regionale, i cui contenuti erano stati già anticipati nel pre-Accordo, ma che ora normano in modo più incisivo e ufficiale il modo di lavorare del Medico di Medicina Generale e che costituiscono parte integrante dell'Accordo stesso:

La delibera sul Governo Clinico è senz'altro la più importante e sancisce la creazione di un organismo regionale deputato al governo clinico del territorio cui partecipa la medicina generale. Accanto al livello regionale i medici di medicina generale saranno chiamati nel Collegio di Direzione delle Aziende e negli Uffici di Coordinamento dei Distretti o negli organismi direttivi delle Società della Salute, con funzioni e compiti da definirsi anche in

accordo con le singole aziende, a svolgere non più un mero ruolo consultivo, ma un ruolo attivo di programmazione, gestione e verifica che è la vera funzione del governo clinico e che rappresenta il presupposto ineludibile per la responsabilizzazione della Medicina Generale nell'utilizzo delle risorse territoriali.

Altrettanto importante la delibera che regola i rapporti tra Medici di Medicina Generale e Specialisti definendone i rispettivi "obblighi" alla luce del principio di assunzione diretta di responsabilità professionale, di presa in carico dei bisogni del cittadino e di continuità terapeutica, oltretutto con notevole vantaggio per il cittadino utente.

Infine una apertura verso il futuro è rappresentata dalla delibera sulla sperimentazione delle UCP, che dopo un iter travagliato ed alcune incertezze sui modelli da proporre è diventata operativa e rappresenta il primo passo, necessariamente sperimentale e modificabile, per arrivare alla completa riorganizzazione delle attività territoriali, interamente gestite dalla Medicina Generale con integrazione con altre figure territoriali, Continuità Assistenziale e infermieri in primis, con una organizzazione complessiva in grado di dare risposte ai bisogni dei cittadini H24 e di riportare l'intero sistema specialistico ed ospedaliero alla sua naturale e troppo spesso dimenticata funzione di secondo livello.

IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

V Parte

GIOVANNI CARUSO
Medico Legale - Arezzo

Art. 51

L'argomento trattato in questo articolo, rispetto al Codice del 1995 ha assunto una nuova formulazione ed una rinnovata valenza. Il precedente codice, infatti, prevedeva esclusivamente il caso del soggetto recluso presso istituti penitenziari che prendesse la decisione di rifiutare di alimentarsi. L'attuale formulazione, prevede che un soggetto, in piena capacità d'intendere e di volere, può rifiutare volontariamente e consapevolmente di nutrirsi. Questo articolo, peraltro, tende a fornire, al medico, specifiche direttive improntate a ribadire il dovere di corretta ed esaustiva informazione da destinare al soggetto, circa le conseguenze della sua decisione, nonché tese a ribadire l'intangibile diritto, da parte del soggetto, ad assumersi la responsabilità circa le conseguenze che potranno derivare dalla decisione, derivandone che il medico non è tenuto ad assumere iniziative di tipo costrittivo, che potrebbero configurare il reato di violenza provata. Si richiama, comunque, il dovere del medico di continuare ad assistere il soggetto, nel rispetto del principio generale di assistenza del sanitario. L'impostazione dell'articolo è, peraltro, pienamente coerente con le scelte operate nel codice in materia di consenso informato e a questo principio il medico dovrà conformare il proprio comportamento.

Art. 52

L'intero capo X costituito da un solo articolo disciplina e chiarisce le problematiche concernenti il rispetto degli onorari professionali previsti a tutela del decoro e della dignità della professione. E' da rilevare, in quanto riveste uno degli aspetti più innovativi e coraggiosi del nuovo Codice, la previsione dell'istituzione da parte degli Ordini provinciali, della tariffa massima da stabilirsi appunto da parte di ciascun Ordine sulla base di criteri generali già definiti dalla Federazione Nazionale con proprio atto di indirizzo e coordinamento. I criteri stabiliti dalla FNOMCeO consentono, attraverso il ricorso ad un semplice meccanismo moltiplicatorio, di definire la tariffa massima per ciascuna prestazione, ovviamente anche nel rispetto della dignità professionale medica. L'art. 52 ha inteso specificare che la tariffa minima vigente, che allo stato attuale è determinata da un DPR, regola, non soltanto l'attività libero professionale ma tutta quell'attività che può essere svolta all'interno di società di professionisti, di mutue volontarie e nell'ambito dell'attività libero professionale intramoenia. Si è voluto in pratica responsabilizzare il medico, al rispetto della

tariffa minima allorché svolga attività configurabile in ogni modo come libera professione. L'attuale tariffa minima per gli onorari professionali è normata dalla legge 21 febbraio 1963 n. 244, formulata nel DPR 17 febbraio 1992, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 2 giugno 1992. L'art. 52 disciplina, peraltro, il principio che dà facoltà al medico di prestare gratuitamente la propria opera a meno che tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela. La circolare 4/E del 28-gennaio-2005, emanata dall'Agenzia delle Entrate e relativa a Normativa e Contenzioso, dopo la sentenza della Corte di Giustizia europea, del 2003, ha fatto chiarezza sulle prestazioni professionali gravate da IVA, a tale riguardo è stato definito che consulenze e certificazioni non funzionalmente correlate alla tutela della salute, sono gravate da IVA, particolare attenzione, in tal caso, si dovrà porre attenzione alla gratuità di dette prestazioni, poiché ciò configura un mancato introito per l'Erario e pertanto la prestazione non retribuita, secondo una recente interpretazione dell'Agenzia delle Entrate, potrebbe configurare oggetto di contenzioso fiscale.

Art. 53

Il capo XI affronta la delicata questione della pubblicità sanitaria. L'intero capo è stato riformato, sono stati, infatti, rielaborati tutti e quattro gli articoli che lo componevano. Decisamente innovativi sono i primi due articoli (53 e 54) che differenziano, come non era stato fatto in passato, la pubblicità in materia sanitaria dalla semplice informazione. E' questo un elemento di distinguo che la normativa di legge, finora disciplinante la materia, non ha mai contribuito a chiarire. L'art. 53 sulla pubblicità in materia sanitaria chiarisce come sia vietato un utilizzo di forme pubblicitarie finalizzate alla promozione personale, se detta pubblicità configura concorrenza sleale. Detto articolo esplicitamente ratifica il divieto, per il medico, di porre in atto forme, sia dirette sia indirette di pubblicità che rechino vantaggio personale o alla struttura presso cui egli opera. L'art. 53 è stato ispirato dalla necessità di scongiurare il rischio di snaturamento della professione in senso commerciale nonché alla salvaguardia del ruolo sociale che è insito nella professione medica. Questa nuova formulazione degli articoli del capo XI intende esprimere l'intento, da parte dell'Ordine professionale, di sopperire alle oggettive carenze della normativa in materia, la legge 175 del 1992, infatti, ha inteso regolamentare una situazione di

assoluto disordine in campo di pubblicità sanitaria, ma in realtà ha finito con il burocratizzare il controllo della pubblicità in materia sanitaria riducendo l'Ordine professionale ad un ruolo notarile di comportamenti scorretti, prevedendo, oltretutto, un sistema sanzionatorio stabilito per legge che sottrae all'Ordine il controllo. A seguito della legge n. 42/99 è intervenuta una modifica del regime sanzionatorio disciplinare relativo alla pubblicità sanitaria, si è, in realtà, voluto superare la rigidità che la legge 175/92 introduceva, restituendo all'Ordine un ruolo centrale di garante della correttezza del comportamento dei medici nel campo della pubblicità e dell'informazione sanitaria. Non si potrà sottacere, peraltro, la modifica introdotta con la legge 14 ottobre 1999, n. 362, "*Disposizioni urgenti in materia sanitaria*" che con l'art. 12 interviene sia sull'art. 1 che sull'art. 4, 1° comma, della legge 5 febbraio 1992 n. 175, prevedendo che la pubblicità sanitaria - dei singoli professionisti e delle Case di cura, Ambulatori specialistici - sia consentita attraverso inserzioni su "giornali quotidiani e periodici di informazione". E' previsto cioè un ulteriore strumento informativo del messaggio pubblicitario che comunque lascia inalterata la normativa vigente in materia di nulla osta da parte dell'Ordine, autorizzazioni e caratteristiche estetiche dei messaggi pubblicitari. In riferimento al tema del controllo della pubblicità sanitaria occorre sottolineare un'ulteriore parziale modifica prevista dal D.Lgs n. 96 del 30 marzo 1999, vigente dal luglio-1999. A seguito dell'avvenuta entrata in vigore di questa normativa, sono da considerare trasferite ai Comuni le funzioni amministrative concernenti la pubblicità sanitaria di cui all'art. 118, comma 2, del D.Lgs n. 112 del 1998. In buona sostanza, la competenza a rilasciare le autorizzazioni di cui all'art. 5 della normativa della legge 175/92 è attribuita ai Comuni e non più alle Regioni. La citata legge 14 ottobre 1999 n. 362 non ha esplicitamente previsto l'utilizzazione della rete Internet, come mezzo informativo del messaggio pubblicitario, l'impellenza di fornire orientamenti su un tema di così grande interesse informatico, ha indotto il Comitato Centrale della FNOMCeO (che nell'art. 53 ha già espresso una posizione, a ritenere praticabile la diffusione di messaggi pubblicitari tramite uno strumento informatico), a precisare la legittimità dell'uso della rete Internet, ma nel pieno rispetto di quanto previsto dagli artt. 1 e 4 della legge n. 175/92. Il sanitario, pertanto, dovrà richiedere all'Ordine provinciale presso cui è iscritto il rilascio di apposito nulla osta a garanzia della correttezza del messaggio proposto e della rispondenza ai criteri di cui alla legge 175/92 e D.M. 657/94.

Art. 54

Questo articolo, integrando il precedente, delinea le caratteristiche che deve assumere una corretta informazione sanitaria volta a fornire ai cittadini le necessarie indicazioni al fine di una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti. L'informazione sanitaria deve rispondere all'intento di realizzare la tutela della collettività e della salute. L'informazione dovrà quindi

rispondere a principi di veridicità, dovrà essere certificata con dati oggettivi e controllabili e, in questo senso, il consiglio dell'Ordine rilasciando il nulla osta scritto attesterà la sussistenza dei requisiti predetti. La necessità di tutela della collettività è particolarmente sentita nell'eventualità in cui il medico sia invitato a partecipare a iniziative di educazione sanitaria.

Art. 55

Lo stesso rigore che deve improntare l'attività pubblicitaria o informativa in campo sanitario, si applica nel caso in cui l'informazione al pubblico sia finalizzata alla comunicazione di nuove scoperte mediche e innovazioni in campo sanitario, le quali ancora non risultino ufficialmente accreditate a livello di comunità scientifica. Evitare illusorie aspettative o comunque attese infondate è un principio che ispira tutto l'impianto codicistico, per tale motivazione il comportamento da seguire, anche in caso di scoperte scientifiche, dovrà sempre essere improntato alla massima prudenza. A tale riguardo, appaiono significativi i principi di etica medica già espressi dalla Conferenza Internazionale degli Ordini, nel 1987, in tema di pubblicità delle scoperte scientifiche e ai sensi dei quali "il medico ha il dovere di divulgare anzitutto sulla stampa professionale le scoperte fatte o le conclusioni dei propri studi scientifici in materia di diagnosi o di terapia. Egli le sottoporrà al giudizio critico dei colleghi nelle forme appropriate prima di darne notizia al pubblico non medico. Ogni sfruttamento pubblicitario di un successo medico a vantaggio di una persona, gruppo e scuola è contrario all'etica medica".

Art. 56

Il capo XI relativo alla pubblicità in materia sanitaria e informazione al pubblico si chiude con l'art. 56 che prevede il divieto di patrocinio da parte di medici e di associazioni mediche, per quanto concerne la pubblicità d'istituzioni o prodotti sanitari e commerciali, per esclusivo interesse promozionale. La scissione e l'incompatibilità tra esercizio della professione medica e attività commerciale, già ritenuta (art. 4 del codice) indispensabile per garantire l'effettiva indipendenza e libertà professionale, trova un'ulteriore conferma nella norma contenuta nel presente articolo. Il divieto, posto ai medici, di concedere il proprio patrocinio per le campagne pubblicitarie promozionali, di prodotti e istituzioni sanitarie, costituisce, inoltre, l'attuazione anche di un principio di etica medica fissato nel medesimo senso a livello europeo dalla Conferenza internazionale degli Ordini. L'art. 56 estende questo divieto anche alle associazioni di medici, contribuendo così a fare chiarezza su comunicazione e pubblicità, condotta, a volte, con eccessiva disinvoltura, da parte di associazioni professionali. Si rende opportuno rilevare, che il divieto espresso dall'art. 56, propriamente non riguarda l'attività di attestazione da parte di medici di caratteristiche obiettive che connotano istituti o prodotti sanitari, infatti, nella formulazione dell'articolo, si fa riferimento a pubblicità di esclusivo interesse promozionale e commerciale,

pertanto, fra dette forme di pubblicità non sarebbero comprese le attestazioni dalle quali possano derivare iniziative di connotazione prevalentemente informativa.

Art. 57

Questo articolo riunisce in sé alcune fattispecie che nel precedente codice del 1995 erano state affrontate analiticamente. Nell'attuale formulazione sono poste in evidenza differenti situazioni tutte convergenti, verso il rispetto del principio di solidarietà. Sotto il profilo generale, la solidarietà non deve essere intesa come atteggiamento corporativo fra individui facenti parte dello stesso gruppo professionale, bensì, come patto di collaborazione nell'esclusivo interesse del paziente. Nel commento all'art. 1 ho già focalizzato il principio secondo il quale fra i principi cardine della deontologia professionale medica rientra il cosiddetto "spirito di colleganza", che richiama alla solidarietà fra individui che appartengono allo stesso gruppo sociale. E' proprio l'appartenenza ad una stessa comunità che fa nascere o dovrebbe far nascere il sentimento di reciproca considerazione e di comune solidarietà. E' necessario, peraltro, che lo spirito di colleganza, che ha una valenza senz'altro positiva in quanto porta alla collaborazione fra colleghi e ad un mutuo soccorso, non degeneri in forme negative che vengono definite "di corporativismo" (l'appartenenza alla categoria professionale finisce con il divenire il valore più importante anche rispetto alle esigenze e alla necessità della generalità dei cittadini). Lo spirito di colleganza deve essere correttamente inteso come una vera solidarietà tra colleghi, non solo dal punto di vista professionale ma anche sociale e familiare. Un aspetto importante è costituito dal rispetto delle altrui opinioni professionali che possono non collimare fra colleghi. Tali divergenze mai devono divenire occasioni di attrito di carattere personale, ma, al contrario, devono costituire opportunità di confronto civile di opinioni. L'attività professionale medica, pur essendo ormai basata su elementi di scientificità, non sempre, necessariamente, deve comportare un'unica soluzione ed un univoco approccio terapeutico. Un serio confronto, tra medici, peraltro può costituire una proficua occasione di confronto professionale, stimolante se consente un confronto paritario tra colleghi, nel rispetto reciproco. Può accadere, peraltro, che queste differenze di opinioni portino invece a contrasti di carattere personale. Litigi e gravi incomprensioni costituiscono, indubbiamente, una grave violazione del principio di colleganza che oltre a rendere più difficile il lavoro dei medici, apportano un indubbio quanto grave discredito all'intera categoria medica, che vede lesa da queste circostanze, la propria dignità professionale. Si rende opportuno fare un breve cenno a quanto concerne il potere di discrezionalità e la competenza disciplinare che attiene all'Ordine professionale, nei riguardi dei medici dipendenti della Pubblica Amministrazione. Ai sensi dell'art.10 del DLCP 13.9.1946, n.233, l'Ordine è competente disciplinarmente, in questi casi, solo limitatamente all'esercizio libero professio-

nale; questa normativa ha portato a ritenere inibito il potere disciplinare dell'Ordine nei confronti dei medici dipendenti, i quali si trovino ad espletare le proprie competenze professionali, esclusivamente all'interno del rapporto d'impiego che li lega al Servizio Sanitario Nazionale. In realtà l'Ordine è competente, da un punto di vista disciplinare, anche sui medici dipendenti quando il comportamento scorretto posto in essere non riguardi strettamente il rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione, bensì derivi dalla violazione di principi e regole di comportamento concernenti l'esercizio della professione medica. Il caso di un grave diverbio fra colleghi che, ad esempio, getti discredito sull'intera categoria medica costituisce, indubbiamente, una situazione in cui l'Ordine ha il diritto-dovere di intervenire disciplinarmente anche su medici dipendenti del S.S.N.

Art. 58

L'art. 58 che disciplina i rapporti del medico curante deve essere letto alla luce del principio di solidarietà e di colleganza base del corretto rapporto tra colleghi. Si ripropone nel vasto quadro del principio di colleganza anche la necessaria solidarietà che deve sussistere fra i colleghi. L'elemento solidaristico ha, da sempre, caratterizzato i rapporti fra gli appartenenti ad una stessa categoria o gruppo sociale. Questo aspetto esiste sin dal sorgere delle libere professioni i cui esponenti hanno sempre tenuto ben presente la necessità di esprimere reciproca solidarietà. La solidarietà nel gruppo professionale deve riguardare sia l'aspetto familiare (attraverso l'aiuto ai congiunti del professionista deceduto o in grave difficoltà) sia l'aspetto professionale. Per quanto riguarda ancora l'ultimo comma dell'articolo 58, l'interesse del "legislatore deontologico" è quello di invitare alla solidarietà ed all'aiuto i medici nei confronti di colleghi accusati ingiustamente. Recentemente una forma organizzata di solidarietà ed assistenza legale nei confronti dei colleghi ingiustamente accusati di "malpractice", è stata costituita con l'acronimo "AMAMI". L'art. 58, pone in evidenza l'esigenza deontologica che si configura nella necessità, per la categoria, di dimostrarsi solidale nei confronti dei medici quando essi vengono accusati in modo palesemente ingiusto, tutto ciò anche in riferimento a campagne giornalistiche che sempre più spesso tendono a colpevolizzare il medico, a volte anche in relazione alle deficienze di carattere organizzativo e burocratico che sovente caratterizzano la sanità italiana. Anche quest'articolo costituisce un'esplicita applicazione del principio di colleganza e, richiamando una tradizione antichissima, prescrive che il medico presti la propria assistenza, gratuitamente, a colleghi. E' interessante notare che, nell'ambito del diritto questa prassi non viene considerata una "donazione" in senso tecnico (art.769 c.c.) ma semplicemente un atto a titolo gratuito. Da un punto di vista giuridico è atto a titolo gratuito quello in cui, pur riscontrandosi un beneficio in chi ne gode (prestazione priva di controprestazione), manca un correlativo depauperamento del patrimonio di chi lo pone in essere e non vi è nemmeno aumento

del patrimonio di chi ne può trarre beneficio. Nell'ambito di questo stesso articolo, peraltro, è sottolineata la necessità di un vero ed effettivo scambio di comunicazione tra il medico curante e l'altro medico eventualmente chiamato alla cura del paziente. E' appena il caso di evidenziare l'aggiornamento del testo dell'articolo alle nuove disposizioni previste dalla L. 675 del 1996 per la tutela dei dati personali. In questo caso è ovvio che i due professionisti debbano acquisire il consenso del cittadino o del suo legale rappresentante per quanto riguarda la trasmissione dei dati sensibili concernenti la salute del cittadino stesso da un collega all'altro. Quest'articolo stabilisce alcuni principi deontologici cui ispirarsi quando, per svariati motivi, (esplicita volontà del paziente, eventuale irreperibilità del medico curante), un medico subentra ad un altro collega nel prestare le cure all'ammalato. Entrano qui in gioco i principi base della deontologia relativi allo "spirito di colleganza" e all'informativa fra i colleghi. Il medico subentrante deve cioè comunicare al collega il proprio orientamento diagnostico-terapeutico sul caso e le proprie valutazioni. Questo comportamento può essere derogato, ma soltanto nel caso in cui sussista un'esplicita opposizione del malato che, eventualmente, vuole rinunciare all'operato professionale del proprio medico curante. Tale deroga è giustificata dal fatto che il paziente ha sempre e comunque il diritto di scegliere, in piena libertà, il proprio medico di fiducia. Va sottolineato, infine, che il diniego del paziente a che il medico consultato comunichi al medico curante il proprio orientamento sul caso, deve essere esplicitamente dichiarato e non può essere ritenuto implicito, soltanto facendo riferimento ad uno stato d'animo del paziente stesso.

Art. 59

L'art. 59, in modo più sintetico rispetto alle precedenti stesure del codice di deontologia medica, disciplina i rapporti che devono intercorrere tra il curante e il medico chiamato a fornire la propria consulenza. Ovviamente tali rapporti investono la figura del cittadino, di cui devono essere sempre e comunque rispettati il diritto alla riservatezza e la libertà di scelta. Negli articoli precedenti sono già stati esplicitati i principi che devono caratterizzare l'operato dei medici nell'ambito dei rapporti fra colleghi che si occupano di uno stesso caso. L'articolo 59, però, prevede qualcosa di diverso poiché pone a carico del medico curante non la semplice facoltà, ma l'obbligo di proporre una consulenza con un altro collega o presso idonea struttura specialistica quando sia necessario il ricorso a peculiari e adeguate competenze. Questa situazione non deve essere interpretata come dimostrazione di scarsa cultura personale del medico (non si potrà ignorare, infatti, l'enorme vastità dell'attuale sapere medico e la sua sempre più complessa specializzazione), al contrario in essa si ravvisa una dimostrazione di responsabilità e di consapevolezza delle possibili conseguenze che, una diagnosi e/o una terapia non perfettamente adeguata, può comportare. Sarà necessario, ovviamente, anche il consenso del pazien-

te considerando che, sia ai sensi dell'art. 32, secondo comma della Costituzione, ("*nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*") sia ai sensi della legge 833/78, è ratificato il pieno ed incondizionabile diritto del paziente, alla scelta del medico curante e della struttura in cui egli desidera essere curato, sempre che, ovviamente detta struttura sia disponibile e adeguata alle specifiche cure. Non esistono indicazioni e tanto meno direttive precise in ordine alla modalità di svolgimento della consulenza essendo opportuno lasciare ai due professionisti interessati il compito di accordarsi per garantire il raggiungimento del miglior risultato, finalizzato all'esclusivo beneficio della salute del paziente. Resta affidata allo spirito di collaborazione e al reciproco rispetto fra medico curante e consulente, normalmente un medico specialista, la scelta delle modalità operative ma anche temporali, attraverso le quali svolgere la consulenza. L'articolo 59 ribadisce che il rapporto intercorrente fra medico curante e consulente è assolutamente paritario quale che sia il prestigio professionale eventualmente riconosciuto allo specialista. E' evidente che resta fondamentale la discrezionalità del medico avendo egli la facoltà di suggerire e consigliare il paziente, circa le proprie scelte, con la necessaria competenza legata al suo specifico ruolo professionale.

Art. 60

L'articolo 60 sempre nell'ambito dei rapporti tra colleghi cerca di prevenire l'eventuale insorgere di divergenze tra medico curante e consulente. Si potrebbe dire che mentre l'articolo precedente disciplina l'aspetto "fisiologico" del rapporto tra i colleghi coinvolti, l'articolo in commento ne disciplina gli eventuali aspetti "patologici". Il prestigio legato ai titoli accademici, non devono portare ad una prevalenza dell'uno sull'altro, in realtà il giudizio clinico deve essere formulato nel pieno rispetto della personalità di entrambi i sanitari. Il rapporto fra il medico curante e il consulente nella formulazione del giudizio diagnostico-terapeutico deve essere improntato ad un sincero spirito di collaborazione. L'articolo stabilisce, inoltre, che l'opera del medico curante non si esaurisce al momento dell'effettuazione della consulenza, dovendo essere integrata dal compito di valutarne l'esito: è facoltà del curante, qualora le opinioni siano divergenti, di richiedere un'ulteriore consulenza per superare eventuali persistenti dubbi. Qualora la richiesta di ulteriore consulenza non fosse accolta si rientra in uno dei casi in cui viene ad infrangersi il rapporto fiduciario con il proprio paziente ed è, pertanto, prevista la facoltà per il medico curante stesso di rinunciare all'incarico professionale. Si sottolinea l'obbligo del consulente che visita il paziente di fornire una dettagliata relazione diagnostica sul caso rispondendo in modo esauriente e chiaro anche ai quesiti propostigli. Dalla relazione diagnostica deve scaturire logicamente l'indirizzo terapeutico consigliato per il caso in esame. E' opportuno sottolineare che l'uso della dizione "indirizzo terapeutico consigliato" fa trasparire ancora una volta la preoc-

cupazione del legislatore deontologico di salvaguardare la correttezza dei rapporti fra curante e consulente nel rispetto dell'attività di entrambi, in conclusione i rapporti tra medico curante e consulente devono tendere all'applicazione di quei principi di rispetto, lealtà cui deve essere improntato ogni rapporto tra colleghi. Si tratta di principi che, lungi dall'essere considerati superati, acquistano oggi in un contesto socio-sanitario difficile, maggiore valenza, divenendo elementi qualificanti dell'attività professionale del medico.

Art. 61

Il capo III delinea quelli che devono essere i corretti rapporti tra colleghi medici. Si tratta di tre articoli, 61-62-63, che evidenziano quei principi di solidarietà e collegialità alla base dell'intera normazione deontologica e che nel tempo mantengono una connotazione d'attualità. L'art. 61 "Supplenza" è un articolo di carattere generale. Viene esplicitato in primo luogo uno degli elementi fondamentali del dovere di assistenza del medico, quello cioè di assicurare la continuità terapeutica a beneficio del malato assistito, allorché subentra un sostituto. Seppure non chiaramente esplicitata, come nell'articolo seguente, la continuità terapeutica potrà essere assicurata solo quando il medico sostituto metterà a disposizione del collega sostituto la documentazione clinica dell'assistito. E' questa un'indicazione comportamentale che, seppure ovvia, si è ritenuto di sottolineare anche al fine di richiamare il medico alla diligenza nella registrazione dei dati clinici e delle indicazioni terapeutiche. La prestazione d'opera intellettuale ha carattere personale: l'art. 2232 del c.c. sancisce questo principio prevedendo per altro limiti entro i quali è possibile derogarvi. Per quanto riguarda strettamente la professione medica è opportuno ricordare che non sono previste limitazioni relativamente alle prestazioni del medico rientrando testualmente nell'esercizio della professione, tutte le attività aventi una finalità di cura, diagnosi e terapia. Da questo discende la piena legittimità della sostituzione fra due medici essendo entrambi abilitati all'esercizio della medesima attività professionale. E' invece, ovviamente, assolutamente vietata (cfr. oltre il già citato art. 2232 c.c. anche la norma di cui all'art. 348 c.p. esercizio abusivo della professione) la sostituzione del medico con persona non abilitata all'esercizio della professione. La sostituzione fra medici può avvenire anche nel campo dell'attività strettamente libero professionale ma ha trovato applicazione principalmente nell'ambito dei rapporti sia di carattere convenzionale sia di dipendenza con il SSN. Per quanto riguarda la disciplina delle sostituzioni è appositamente stabilita nelle convenzioni stipulate fra le parti. In relazione, invece, allo svolgimento del rapporto d'impiego pubblico la sostituzione fra colleghi è disciplinata dai normali principi generali concernenti lo stato giuridico dei dipendenti che fanno obbligo di compiere le prestazioni inerenti alla propria posizione funzionale. La sostituzione di un professionista con un altro nei rapporti con i pazienti può rivestire carattere di estrema delicatezza, stante la necessità di

rispettare la fiducia e le esigenze del paziente stesso. Gli accordi per la convenzione dei medici di medicina generale prevedono la libera scelta del proprio sostituto da parte del medico che deve interrompere per i più vari motivi la propria attività. L'articolo 61, affrontando a livello generale il tema della supplenza e quindi della sostituzione fra medici, prevede l'obbligo deontologico a carico del sostituto di fornire al sostituto, al termine della supplenza, tutte le informazioni cliniche relative ai malati assistiti.

Art. 62

Questo articolo ha allargato il proprio ambito applicativo allorché si è inteso trattare dei rapporti tra medico curante e medico operante nelle strutture pubbliche e private e non solo in quelle ospedaliere come nel codice del 1995. Il contesto affrontato dall'articolo è forse quello più "classico" in cui si esplicano i rapporti tra medici. L'articolo si richiama ai principi generali di rispetto reciproco e, soprattutto, di pari considerazioni della rispettiva attività professionale, al di fuori di qualunque diversa valutazione derivante dal possesso di titoli accademici o di specializzazione. E' un forte richiamo, nell'interesse del malato, a un impegno comune. In questo senso si fa rinvio al diritto alla riservatezza che pur essendo elemento etico indiscutibile, vede recentemente rafforzata la propria posizione a seguito della normativa della legge 675/96, già citata, da cui discende una maggiore consapevolezza di questo diritto da parte della pubblica opinione.

Art. 63

Questo art. analizza una fattispecie deontologicamente molto delicata, ovvero quella dell'eventuale apprezzamento non corretto nei confronti del medico curante da parte dei medici delle strutture ospedaliere o private. Si tratta di un comportamento che lede il principio di colleganza che deve sempre improntare il rapporto tra colleghi. Le eventuali divergenze riguardo a scelte terapeutiche dovrebbero inserirsi sempre all'interno di un dialogo privo di elementi di conflittualità in funzione del benessere della persona. I principi di rispetto e collaborazione cui devono essere improntati i rapporti fra medico curante e medici ospedalieri trovano applicazione in ogni occasione e in ogni ambito. Il codice deontologico, attraverso la norma in commento, si sofferma specificatamente sulla questione estremamente delicata della formulazione (sia essa in forma scritta o semplicemente verbale) dei giudizi clinici. Tali giudizi riguardanti il malato durante il periodo di degenza ospedaliera non devono essere occasione per svilire la personalità e la professionalità del medico curante. E' ovvio che in qualche caso gli orientamenti e le cure prestate dal medico curante possano essere ritenute non completamente rispondenti alle necessità del malato o addirittura errati. Queste eventuali divergenze di opinioni non devono però in nessun modo alimentare dubbi che ledano la professionalità del medico curante che, magari, proprio per uno

spiccato senso di responsabilità ha ritenuto necessario chiedere il ricovero del proprio paziente per assicurargli la migliore assistenza possibile. Può succedere, a volte, che, di fronte al malato stesso, i medici del reparto ospedaliero esprimano giudizi clinici che possono porre in cattiva luce la figura professionale del medico curante. Non devono certamente essere nascosti eventuali errori, ma è necessario che i medici ospedalieri sappiano comprendere le difficoltà che possono riscontrarsi per il medico curante nell'esprimere una diagnosi formulata senza l'ausilio di moderne tecnologie. E' necessario formulare giudizi clinici obiettivi e rispondenti al singolo caso ma è obbligo deontologico non avvilitare la professionalità del medico curante che ha diritto di mantenere intatta la propria reputazione nei confronti dei pazienti verso i quali comunque ha prestato la propria opera. A questo obbligo a carico dei medici ospedalieri e delle Case di cura corrisponde il correlativo dovere del medico curante che, dopo la dimissione del proprio paziente, non deve esprimere giudizi scorretti e di infondata critica nei confronti dell'opera prestata dai colleghi. Si vuole contrastare, in buona sostanza, la tendenza, che a volte si manifesta fra colleghi, di avvilitare l'operato degli altri quasi a voler far risaltare, per contrasto, la propria competenza professionale.

Art. 64

La funzione di un codice di autoregolamentazione della professione è quella di adeguare le sue norme ai progressi delle conoscenze scientifiche, di coniugarle con il costume ed i valori etici emergenti in una società complessa, e di confrontarle con la legislazione vigente nel Paese. Sotto questo profilo, la specificità dell'attività medico-legale responsabilizza il medico nei confronti delle implicazioni penali, civili, amministrative, assicurative che ne discendono. L'insegnamento universitario della medicina legale ha lo scopo, tra l'altro, di porre ogni medico in grado di conoscere i complessi rapporti del diritto con la realtà biologica, ne deriva che ogni medico, anche quello non esercente in senso stretto la medicina legale, nominato dalla magistratura a svolgere funzioni di perito o di consulente tecnico, deve essere in grado di adempiere i propri doveri legali e morali nell'esercizio dell'attività professionale con particolare riferimento alle proprie specifiche competenze e conoscenze. Tutto ciò, evidentemente, nell'ambito del reciproco rispetto che eviti che l'eventuale disparità di opinioni si traduca nello svilimento della competenza professionale dei colleghi. L'importanza della medicina legale è stata affermata dalla legge di riforma sanitaria 833/78 che, all'art. 14 lett. c) attribuisce alle ASL "gli accertamenti, le certificazioni ed ogni altra prestazione medico legale spettante al SSN" e trova riscontro nel codice deontologico che impone al medico, prima di tutto, di essere sempre consapevole delle conseguenze penali, civili, amministrative e assicurative che possono derivare da ogni suo atto. L'attività medico legale specialistica deve essere finalizzata allo scopo di fornire esaurienti risposte alle esigenze giuridiche riguardanti il caso in esame.

Si ricorda che la falsa perizia costituisce, fra l'altro, reato penale ai sensi dell'art. 373. c.p. Si ricorda che il medico legale, nell'espletamento dei suoi compiti, deve evitare di utilizzare espressioni lesive della dignità dei colleghi.

Art. 65

Questo articolo è stato snellito nella sua formulazione e tratta delle attività di controllo sullo stato di salute del cittadino. La necessità di trattare la fattispecie nella prospettiva etico-deontologica nasce dalla particolarità che viene a instaurarsi tra il professionista e il malato soggetto al controllo. Sembrano, infatti, in questo rapporto più sfumate le finalità terapeutiche dell'intervento medico e forse rafforzata la necessità di una valutazione globale della condizione di salute in cui versa la persona sottoposta a controllo. Estremamente delicata è la funzione del medico incaricato di visite fiscali cioè nell'ambito del controllo delle assenze per infermità dei lavoratori. Come è noto dopo la legge di riforma sanitaria 833/78 le funzioni di medicina legale, fra le quali è tradizionalmente compreso l'accertamento dello stato psico-fisico del lavoratore sono state demandate alle ASL. E' da rilevare che tale previsione normativa ha trovato nella pratica, un'applicazione estremamente difforme a causa principalmente delle legislazioni regionali che sono intervenute in modo non omogeneo sull'intero territorio nazionale. L'art. 8 della legge 27 giugno 1981 n. 331 ha stabilito che fra le ASL e l'INPS dovesse essere disciplinata l'effettuazione dei controlli attraverso convenzioni stipulate sulla base di appositi schema-tipo elaborati fra l'INPS e le regioni e approvate con Decreto del Ministro della Sanità. Ulteriori ritardi nel dare attuazione anche a questa normativa hanno indotto il Parlamento ad approvare la legge 638/1983 che all'art. 5 ha praticamente creato un sistema di "doppio binario" per cui gli accertamenti medico legali possono essere svolti nei confronti dei lavoratori dipendenti o direttamente dalle ASL su richiesta dell'INPS o del datore di lavoro o dall'INPS che può disporre la visita d'ufficio o su richiesta degli altri istituti previdenziali o dei datori di lavoro. Le convenzioni fra ASL e INPS, già previste dalla legge 331/1981, sono infine state realizzate in virtù della successiva legge 638/83 sulla base di uno schema-tipo formulato dal Ministro della Sanità di concerto con quello del Lavoro (art. 5, nono comma, legge 638/83). Lo schema-tipo di convenzione è stato emanato dal Ministro della Sanità con DM 26 febbraio 1984 e modificato con successivo DM 8 gennaio 1985. E' importante ancora sottolineare che l'art. 5 della più volte citata legge 638/83 stabilisce al comma 12 che "per l'effettuazione delle visite mediche di controllo dei lavoratori l'INPS, sentiti gli Ordini dei Medici, istituisce presso le proprie sedi liste speciali formate da medici a rapporto di impiego con Pubbliche Amministrazioni e da medici liberi professionisti ai quali possono far ricorso gli Istituti previdenziali o i datori di lavoro". Al comma 13 dello stesso art. 5 legge 638/83, è stabilito che con Decreto del Ministro del Lavoro di concerto con il Ministro della Sanità, sentiti la FNOMCeO e il Consiglio

di amministrazione dell'INPS, sono stabilite le modalità per la disciplina e l'attuazione dei controlli e i compensi spettanti ai medici. Tale Decreto è stato poi effettivamente emanato in data 15 luglio 1986 e costituisce un fondamentale presupposto per il corretto svolgimento degli accertamenti medico legali. Questo lungo excursus normativo si è reso necessario per dare un quadro, possibilmente abbastanza chiaro, dei provvedimenti legislativi che dettano la disciplina per quanto riguarda lo svolgimento delle visite mediche di controllo. E' chiaro che tali disposizioni sono fondamentali per il medico di questo settore che è chiamato a conoscerle e a rispettarle nell'interesse suo personale e di quello dei lavoratori. Il codice deontologico, riferendosi ad aspetti non puramente normativi, è orientato a fornire alcune indicazioni concernenti principalmente il rapporto professionale fra il "medico fiscale" e il paziente sottoposto a controllo. Gli orientamenti deontologici contenuti nell'articolo in commento non vanno certo a sovrapporsi o peggio a contrastare le disposizioni di legge vigenti in questa materia, ma costituiscono applicazione dei tradizionali principi di correttezza, colleganza e informazione, più volte richiamati. E' da sottolineare, innanzi tutto la doverosa necessità per il medico di far conoscere, al soggetto sottoposto a controllo, la propria qualifica e la propria funzione. A questo riguardo si sottolinea che lo schema tipo di convenzione tra ASL e INPS di cui si è già parlato, espressamente prevede che il medico di controllo debba essere munito, a cura della ASL, di un apposito documento d'identificazione. Nell'ambito della collaborazione reciproca che deve intercorrere fra colleghi il medico di controllo non deve comunicare al paziente le proprie valutazioni diagnostiche e terapeutiche in caso di difformità di parere con il medico curante. Eguale obbligo, alle stesse condizioni, è posto a carico del medico curante. E' ovvia la "ratio" della norma deontologica che vuole evitare il manifestarsi di contrasti fra colleghi di cui sarebbe testimone, primo fra tutti, il soggetto sottoposto a controllo. Il medico fiscale è comunque legittimato a prendere contatto con il curante quando lo richieda l'interesse della persona oppure lo renda necessario il contrasto di pareri, è questa una situazione che, per vari motivi, soprattutto di ordine pratico, raramente si verifica, ma occorre tenere presente che la norma deontologica responsabilizza il medico di controllo che non può dimenticare che la sua funzione primaria, al di là degli aspetti di verifica, è sempre quella di curare e di prestare assistenza: per cui nei casi sopra delineati è opportuno prendere contatto con il collega medico curante nell'interesse primario della salute del paziente. Tale interesse è alla base anche dell'obbligo deontologico, posto a carico del medico di controllo di intervenire e di adottare tutte le misure del caso in situazione di urgenza o di emergenza clinica. Si pensi alla necessità di predisporre un immediato ricovero quando dai primi accertamenti del medico di controllo ne risulti l'opportunità. E' compito, in questo caso, del medico di controllo quello di informare sollecitamente il medico curante delle iniziative adottate. Queste disposizioni

ripropongono in particolare quanto già visto nel commento all'art. 62 laddove si tratta di rapporti fra colleghi che si succedono nella cura di uno stesso paziente. Si tratta di comportamenti doverosi che danno pratica applicazione ai principi di correttezza e di informazione che devono improntare tutti i rapporti di collaborazione fra colleghi.

Art. 66

L'art. 66 è volto a disciplinare, in modo anche innovativo, i rapporti che devono esistere tra il medico e l'Ordine professionale di appartenenza. L'articolo in modo sintetico delinea un vero e proprio "corpus" di regole comportamentali che devono esistere tra il singolo medico e l'Ordine provinciale. Viene in particolare delineato il dovere del medico di comunicare al Presidente dell'Ordine, quale legale rappresentante dell'istituzione, le infrazioni alle regole del reciproco rispetto oltre agli eventuali problemi eventualmente insorti con le altre professioni sanitarie. Risulta innovativo l'obbligo deontologico posto a carico del medico di rispondere all'invito di essere sentito dal Presidente dell'Ordine provinciale dove esercita la sua professione, anche se iscritto ad altro Ordine, quando tale invito sia correlato a specifici compiti istituzionali. Viene sancito il correlativo obbligo del Presidente dell'Ordine che ha convocato il medico a informarne il Presidente dell'Ordine di iscrizione cui spettano le eventuali, conseguenti valutazioni. Si è inteso in sostanza "estendere" l'ambito della sfera di competenza dell'Ordine rispetto ai limiti sanciti dalla legge istitutiva e dal relativo regolamento di esecuzione. L'Ordine diviene, dunque, il necessario punto di riferimento per il medico per quanto riguarda sia la tenuta dell'albo, sia lo svolgimento del potere disciplinare ma anche per eventuali, ulteriori problemi che riguardino, comunque, l'esercizio professionale. E' da sottolineare, infine, l'ultimo comma che attribuisce valore deontologico alle modalità di svolgimento degli incarichi nell'ambito degli organi istituzionali dell'Ordine. La norma deontologica è quindi, in perfetta sintonia con quella legislativa che attribuisce ai rappresentanti degli enti pubblici l'obbligo di agire con diligenza e imparzialità nell'interesse della collettività, osservando la necessaria prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti.

Art. 67

L'articolo in commento disciplina l'esercizio dell'attività professionale puntualizzando compiti e responsabilità del medico. Viene confermato l'obbligo per gli iscritti di chiedere l'approvazione dell'Ordine per quanto riguarda gli accordi, i contratti e le convenzioni diretti allo svolgimento di attività professionali in forma singola o associata. Il controllo dell'Ordine deve riguardare, ovviamente, il rispetto delle regole della deontologia professionale e degli atti di indirizzo e coordinamento della Federazione. Non si può ignorare l'estrema complessità della questione con lo specifico riferimento alla tanto discussa legittimità delle società commerciali aventi per oggetto l'esercizio delle attività sanitarie; ma il codice

deontologico non si occupa strettamente di questa problematica, la tiene ben presente e rinnova quindi il dovere del medico di ottenere il vaglio deontologico dell'Ordine per quanto riguarda la costituzione di associazioni professionali. E' da notare peraltro che l'articolo, forse in polemica con alcune prese di posizione del mondo dell'imprenditoria, vieta al medico la partecipazione a imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale. E' questa del resto una polemica decisiva per il futuro stesso della professione medica che, ad avviso dell'Ordine professionale, non potrà mai essere ridotta a impresa, soggetta soltanto al meccanismo automatico dei costi-profitto. Viene ribadita la legittimità dell'esercizio associato della professione, chiarendo, comunque, alcuni aspetti fondamentali che devono essere osservati per il corretto svolgimento dell'attività professionale in forma partecipativa o associativa. Tali indirizzi riguardano l'assoluta necessità del mantenimento della responsabilità del medico per quanto riguarda atti e prescrizioni e il correlativo divieto di subire condizionamenti lesivi dell'autonomia e indipendenza professionali. L'ultimo comma dell'articolo in commento si occupa dell'attività medica prestata nell'ambito della c.d. "mutualità volontaria". E' necessario preliminarmente osservare che l'art. 46 della legge 833/78 ha sancito la legittimità della mutualità volontaria prevedendo, però, nel contempo il divieto per enti, imprese ed aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prevista dal SSN. Il riconoscimento della mutualità volontaria è riconfermato anche nei D. Lgs. n. 502/92 e 517/93 attraverso la previsione di una regolamentazione tuttora non attuata dei fondi integrativi. Da questa norma si può evincere una sostanziale diffidenza del legislatore dell'epoca per lo sviluppo della mutualità volontaria integrativa vista come una forma per assicurare migliori prestazioni sanitarie ai più abbienti o quanto meno agli appartenenti alle categorie più forti. La realtà ha però camminato in modo esattamente contrario: negli ultimi anni, infatti, si è assistito ad uno sviluppo notevole, anche se abbastanza disordinato di forme di mutualità volontaria e di assistenza sanitaria integrativa. In questo quadro la norma deontologica si preoccupa di garantire la correttezza del lavoro medico prestato nell'ambito del convenzionamento con enti assicurativi o di mutualità integrativa. Queste forme di convenzionamento, infatti, possono a volte essere non completamente in linea con i principi della deontologia professionale. Il medico interessato a stabilire questi tipi di rapporti deve chiedere la preventiva autorizzazione del proprio Ordine che a sua volta deve attenersi, in questo campo, alle indicazioni fornite dalla Federazione nazionale. A questo proposito si ricorda la deliberazione del Consiglio Nazionale del 12-13 dicembre 1997 che subordina l'autorizzazione ordinistica al rispetto del rapporto diretto fra il medico e il paziente, anche sotto l'aspetto economico, nel rispetto comunque della tariffa

fa minima professionale. Si stabilisce, inoltre, la predisposizione di elenchi aperti a tutti i medici interessati e muniti dei titoli richiesti per l'attività professionale di cui trattasi. L'Ordine, inoltre, deve opportunamente tenere gli elenchi degli iscritti convenzionati con ciascuna associazione mutualistica con lo scopo di assicurare la necessaria vigilanza sull'osservanza delle norme deontologiche. Per completezza è necessario ricordare che il recente Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del S.S.N.", prevede una normativa innovativa in riferimento ai fondi integrativi sanitari di cui va riconosciuta l'importanza per quanto riguarda la realizzazione di una rinnovata assistenza sanitaria. In prosieguo di tempo sarà possibile verificare se finalmente il settore della mutualità volontaria troverà una regolamentazione chiara ed esauriente che coniughi il rispetto del diritto di scelta del cittadino e la tutela della professionalità del medico.

Art. 68

Il divenire della normativa e i correlativi cambiamenti della società hanno anche influenzato il legislatore deontologico che nell'art. 68, 2° comma, stabilisce il dovere del medico, nell'interesse del cittadino, di intraprendere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie nell'ambito delle rispettive competenze professionali. Ciò equivale ad un riconoscimento della legittimità delle altre professioni sanitarie che non sono devonno essere più riconosciute in un ruolo esclusivamente subordinato, ma di cui viene riconosciuta la valenza professionale e culturale. E' noto, infatti, che attraverso l'istituzione dei diplomi universitari (lauree brevi) si sono venuti costituendo nuove figure professionali che, pur non essendo legittimate ad invadere l'ambito della competenza della professione medica, ne costituiscono valido complemento per il superamento dei problemi di salute dei pazienti. E' interessante a questo riguardo notare che il codice accoglie la dizione "*altre professioni sanitarie*" rispetto a quella precedentemente usata "*di categorie sanitarie o professioni ausiliarie*".

Art. 69

Nel Titolo VI, Capo I "Obblighi deontologici del medico a rapporto di impiego o convenzionato", all'art. 69 si esprime il generale principio per il quale la sussistenza di rapporto di impiego o di convenzione del medico non devono sminuire l'adesione dello stesso ai valori etici fondamentali della deontologia professionale medica. Si sottolinea il principio per cui, in caso di contrasto tra norme deontologiche e disposizioni dell'ente, il medico è tenuto a ricorrere al supporto fornito dall'Ordine professionale a salvaguardia, non solo dell'autonomia e della dignità della professione, ma anche e, soprattutto, dei diritti dei cittadini.

Questa disposizione viene ora ad essere meglio esplicitata ribadendo l'articolo 69, il principio dell'osservanza delle norme deontologiche anche quando le stesse contrastino con quelle proprie degli enti pubblici o delle strutture private presso cui il medico presti la propria

attività. Molto più frequente nella pratica è, invece, il contrasto che può insorgere fra “norme interne” emanate da enti pubblici, (circolari, ordini di servizio etc.) e precetti deontologici. In tutte queste situazioni, ovviamente, anche in quelle più gravi, il medico è tenuto a chiedere l'intervento del proprio Ordine affinché possano essere salvaguardati i suoi diritti unitamente a quelli degli assistiti. Sarà compito dell'Ordine scegliere la strada e i mezzi più opportuni per intervenire, quando la situazione lo richieda, a difesa del medico ma in realtà a difesa della deontologia professionale di cui l'Ordine stesso deve essere il primo geloso custode.

Le responsabilità insite nell'attività medica non permettono, però, al professionista, durante lo svilupparsi della vertenza, di interrompere il proprio servizio ponendo di conseguenza in pericolo i pazienti a lui affidati. La norma deontologica, pertanto, gli impone di continuare a prestare il proprio servizio prevedendo solo un'eccezione nei casi in cui si fosse di fronte a violazioni gravi dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità della propria attività professionale. L'art. 69 tratta un tema estremamente attuale, soprattutto in un momento come quello attuale, in cui il Servizio sanitario nazionale sta perseguendo criteri puramente economicistici, di razionamento, più che di razionalizzazione delle risorse, il tutto attraverso una politica egemonica dei direttori generali di ASL, il che molto spesso risulta in netto contrasto con la salvaguardia della salute del cittadino. Il codice deontologico, invece, già all'art. 1 chiarisce che *“i principi e le regole della deontologia medica devono essere osservate dagli iscritti all'Ordine nell'esercizio della professione quali che siano l'ambito e lo stato giuridico in cui viene svolta”*.

Art. 70

L'art. 70, fortemente voluto dalla Commissione che ha aggiornato il codice deontologico, ha valenza di forte richiamo nei confronti di medici chiamati a svolgere funzioni di direzione e di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche e private. E' un articolo che puntualizza come il medico, inserito nel Servizio sanitario, pur perseguendo le finalità che il SSN si prefigge, non possa non rispettare le norme comportamentali stabilite dal codice di deontologia medica in difesa della indipendenza della professione. Il direttore sanitario deve improntare la propria attività al pieno rispetto dei principi contenuti nel presente codice e deve vigilare sulla correttezza e collegialità dei rapporti tra i medici che nel servizio sanitario operano. Si ribadisce il principio già espresso nell'articolo precedente, ovvero che l'inquadramento del professionista medico nell'ambito della pubblica amministrazione non deve significare snaturamento degli elementi etico-comportamentali che connotano la professione. E' un articolo con caratteristiche di attualità anche alla luce del mutato rapporto tra medico e cittadino. Riconoscere al direttore sanitario una specifica responsabilizzazione in difesa dell'autonomia e della dignità professionali del personale medico, sollecitandolo a un rapporto collaborativo con l'Ordine professionale,

equivale a ribadire la precisa finalità di migliorare, per quanto possibile, il rapporto tra strutture sanitarie (sia esse pubbliche o private), con il cittadino.

Art. 71

I principi di reciproco rispetto e di collegialità, come già detto nel commento a diversi precedenti articoli, (articoli 60 e 62 dedicati ai rapporti fra medico curante e consulente o fra medico curante e medici dei reparti ospedalieri) costituiscono la base delle relazioni che devono intercorrere fra colleghi in qualsiasi ambito lavorativo e non. A maggior ragione tali principi devono essere punto di riferimento dei rapporti fra colleghi dipendenti o convenzionati operanti in una medesima struttura. Nell'ambito lavorativo i rapporti fra i colleghi devono, ovviamente, essere inquadrati anche alla luce delle specifiche funzioni e competenze che ciascuno è chiamato a svolgere. Quello che la norma deontologica vuole esplicitare, è che i rapporti fra i medici devono essere sempre ispirati al rispetto reciproco e ai principi di collegialità che consentono l'assunzione più consapevole delle necessarie decisioni operative.

Art. 72

E' questo un articolo di indubbia valenza etico-deontologica poiché in esso si sottolinea, non soltanto l'impegno che il medico deve approfondire nell'esercizio della propria attività professionale, ma soprattutto il livello qualitativo che lo stesso deve mantenere. E' evidente che spesso le condizioni strutturali e ambientali, in ambito sanitario, sono indipendenti dalla volontà del professionista, il medico, pertanto, nello svolgimento dell'incarico deve verificare che le condizioni lavorative siano compatibili con il decoro dell'esercizio professionale, ciò non lo esime, comunque, dal porre in essere ogni possibile tentativo per far sì che la prestazione effettuata a beneficio del malato non rischi di recare pregiudizi all'efficacia della prestazione stessa. Come più volte osservato l'attività professionale medica, che in passato era considerata di carattere esclusivamente libero-professionale, sta sempre più perdendo questa connotazione in conseguenza del continuo trasformarsi dell'attività medica, in regime di dipendenza e di convenzionamento con il SSN. A prescindere se tali rapporti di lavoro si svolgano nell'ambito pubblico, in quello parasubordinato o in quello privato, è fondamentale per il medico esigere che la sua opera si svolga in condizioni tali da poter assicurare ai pazienti assistenza efficiente e necessaria. Può accadere che, per vari motivi, spesso legati a fatti contingenti, un medico si trovi a far fronte a un impegno lavorativo eccessivo a livello temporale, si pensi, ad esempio, a un medico ospedaliero in servizio di guardia che non sia sostituito e che si veda costretto a prestare un ulteriore turno di lavoro. A parte questa ed altre eventualità, è evidente che nessuna attività professionale, tanto meno quella medica può essere svolta in una situazione di disagio operativo che ne comprometta la qualità. E' evidente, altresì, che particolari situazioni possono comportare circostanze di disagio, così da

rendere precaria la prestazione professionale, ad esempio carenze organizzative gravi per cui in una struttura ospedaliera non disponga della strumentazione diagnostica necessaria per una adeguata assistenza sanitaria e finalizzata a ridurre le liste di attesa, altre situazioni "critiche" si ravvisano nella carenza di spazio e nella inadeguatezza dei locali, destinati, ad esempio al Servizio di continuità assistenziale, il che non consente, ai medici, di operare correttamente nel rispetto della dignità del malato. Sempre a titolo esemplificativo si può far riferimento alle strutture di pronto soccorso che spesso non sono adeguate alle necessità. Si rende necessario, peraltro, rilevare, che spesso le vittime di queste carenze strutturali, oltre che i pazienti, sono gli stessi medici. Non si vuole, ovviamente, sostenere che non possano esistere anche responsabilità dei medici per le carenze dell'assistenza sanitaria ma si intende solo evidenziare come spesso il medico sia la prima vittima delle carenze amministrative e burocratiche che finiscono oltre tutto con il porlo in cattiva luce nei confronti dei suoi pazienti. Per tutte queste ragioni la norma prevista dall'art. 72, tutela il diritto, da parte del medico, ad esigere che i responsabili della struttura presso cui egli presta servizio, pongano in atto concrete iniziative, affinché la sua opera professionale possa essere di livello adeguato alle necessità assistenziali. La norma deontologica si preoccupa, in particolare modo, della necessità che le carenze organizzative non determinino l'infrangersi del rapporto fiduciario che è alla base della corretta relazione con i cittadini.

Art. 73

L'argomento trattato in questo articolo, nel codice precedente non aveva una sua autonomia, di fatto l'art. 73 rinvia a una regola di correttezza professionale, soprattutto alla luce, oggi, della regolamentazione dell'attività libero professionale intramoenia. Qualora il comportamento, da parte del medico, fosse mirato a favorire indebitamente la propria attività libero professionale, si configurerebbe una grave violazione del principio di correttezza nei confronti del paziente di cui verrebbe violata la libertà di scelta del medico e nei confronti anche dei colleghi che si troverebbero di fronte ad una attività di illecita concorrenza. La deontologia professionale non può che condannare comportamenti che danneggiano la figura ed il ruolo del medico nella società, l'esercizio della medicina, infatti, benché abbia anche legittime connotazioni economiche, non per questo può essere inquadrato all'interno di una semplice logica di puro profitto.

Art. 74

Il capo II del Titolo VI del nuovo codice di deontologia medica, dedicato alla medicina dello sport, assume una particolare importanza in relazione alle polemiche che hanno attraversato il mondo dello sport interessando, peraltro, qualunque settore dell'opinione pubblica per quanto riguarda il valore morale ed educativo dello sport e la necessità di tutelare la salute pubblica da

interventi medici e farmacologici lesivi per la salute stessa. Per quanto riguarda l'art. 74, che si riferisce al compito del medico di accertare e di certificare l'idoneità fisica allo sport, è opportuno sottolineare l'obbligo innovativo posto a carico del medico di informare in modo adeguato il soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare. In precedenza, l'attenzione, sotto il profilo deontologico si era soffermata, esclusivamente, sull'obbligo di obiettività e chiarezza dell'accertamento nell'ottica della tutela della salute e della integrità psichica e fisica del soggetto. Questi obblighi restano pienamente confermati, ma ad essi si aggiunge l'ulteriore compito dell'adeguata informazione. Sono individuabili tre aree riconducibili tutte nell'ambito dell'attività sportiva: sport professionistico, sport agonistico e sport non agonistico. E' chiaro che, per ciascuno di questi tre ambiti, diversi per intensità ed efficacia sono i controlli sanitari. Per quanto riguarda la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica, le disposizioni da applicare sono quelle contenute nel decreto del Ministro della Sanità del 28 febbraio 1983. L'art. 1 del citato decreto prevede che devono essere sottoposti a controllo sanitario per la pratica di attività sportive non agonistiche: gli alunni che svolgono attività fisico sportive organizzate dalla scuola, coloro che svolgono attività sportive organizzate dal CONI o da società affiliate alle Federazioni sportive nazionali che però non siano considerati atleti agonisti ai sensi del D.M. 18 febbraio 1982, coloro che partecipano ai giochi della gioventù. Le disposizioni per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica sono contenute nel già citato D.M. 18 febbraio 1982, integrato con il successivo D.M. 28 febbraio 1983. Tali disposizioni, sostanzialmente individuano i criteri che disciplinano i controlli sanitari di idoneità alle diverse attività sportive agonistiche. La normativa affida l'espletamento dei controlli sanitari relativi all'idoneità alla pratica sportiva agonistica alla Federazione medico sportiva italiana. Per quanto concerne l'attività sportiva professionistica occorre tenere presente la legge 23 marzo 1981, n. 91, che all'art. 2 riconosce lo "status" di sportivo professionista agli atleti, agli allenatori ai direttori tecnico sportivi e ai preparatori atletici "che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI". Le norme delle Federazioni sportive nazionali secondo l'art. 7 della legge predetta devono prevedere l'istituzione di una scheda sanitaria per ciascun sportivo professionista da aggiornare con periodicità almeno semestrale. Esistono poi normative e regole particolari concernenti la tutela sanitaria dei praticanti le singole attività sportive. Ad esempio il D.M. 28 settembre 1982 stabilisce norme per la tutela sanitaria dei giocatori di calcio. Questo quadro normativo fa comprendere quanto importante e diversificato sia il compito del medico nel campo degli accertamenti relativi all'idoneità alle pratiche sportive. La norma deontologica in commento richiama il medico alla necessità, in questo come in tutti gli altri settori della sua attività, di ispirare la sua

opera solo a rigidi criteri della tutela della salute dell'interessato. Nelle certificazioni medico sportive devono sempre essere tenuti presente i criteri dell'obiettività e della chiarezza. Nella redazione dei certificati il medico deve dichiarare soltanto circostanze e fatti obiettivi che devono, essere personalmente constatati. Il requisito della chiarezza è nel campo delle certificazioni medico sportive particolarmente importante, considerando che la persona viene ad essere sottoposta a successivi controlli e che la redazione di un certificato di "inidoneità" può dar luogo ad un ricorso dell'interessato. Si ricorda che, anche se gli obblighi deontologici costituiscono già di per sè un sufficiente motivo di stretta osservanza della correttezza professionale in questo ambito, esistono anche le disposizioni del codice penale che possono essere applicate (art. 481: "falsità ideologica commessa da persona esercente un servizio di pubblica necessità"; art. 480: "falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale"; art. 493: "falsità connesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico").

Art. 75

Questo articolo richiama il medico alla correttezza di comportamenti in ogni fase dell'attività sportiva. In particolare impone al medico di evitare qualsiasi atteggiamento di indifferenza rispetto ad attività sportive che possono frequentemente comportare danni all'idoneità psico-fisica degli atleti. L'attuale formulazione dell'articolo mira a rafforzare il dovere del medico di intervento (il caso tipico è quello del medico di bordo-ring durante gli incontri di boxe), è prevista, infatti, la denuncia alle autorità competenti e all'Ordine professionale nel caso in cui la decisione del medico di interruzione dell'attività sportiva incontri difficoltà operative. Lo scopo della norma è, infatti, quello di difendere, nell'interesse primario della tutela della salute pubblica, le attribuzioni del medico nel campo della medicina sportiva. La norma deontologica, peraltro, costituisce principalmente un richiamo alla coscienza professionale del medico che non deve mai ignorare che suo dovere professionale è quello di difendere la salute dei suoi assistiti. Si pensi a questo riguardo alla necessità di non farsi colpevolmente condizionare dai rilevanti interessi economici connessi alla pratica sportiva professionistica.

Art. 76

Per quanto riguarda il problema, particolarmente discusso, del rapporto tra medico e trattamento doping l'articolo 76 ha, in modo innovativo, chiarito il divieto per il medico di consigliare, prescrivere e somministrare trattamenti farmacologici finalizzati ad esasperare le prestazioni atletiche. E' necessario porre attenzione sull'innovativo divieto di somministrare sostanze farmacologiche senza intervento medico, si pensi, ad esempio, alla pratica dell'autoemotrasfusione, un tempo tollerata e successivamente proibita dalla legislazione sportiva. L'articolo 76 esplicitamente vieta al medico il ricorso diretto e indiretto alle pratiche di doping quale trattamento potenzialmente pericoloso per la salute e spesso causa

di irreversibili modificazioni dell'equilibrio psico-fisico. Si pensi a questo riguardo alla diffusione di farmaci e prodotti "anabolizzanti", fra i frequentatori di palestre o istituti in cui si pratica il c.d. "culturismo". Siamo di fronte, quindi, anche a soggetti che non ricavano alcun utile economico dalla propria pratica sportiva e che comunque sono inclini a utilizzare trattamenti farmacologici gravemente dannosi. Al di là delle definizioni e degli elenchi che difficilmente possono risultare esaustivi, il codice deontologico obbliga il medico ad astenersi dall'utilizzare trattamenti farmacologici o di altra natura che, per influenzare artificialmente le prestazioni di un atleta, agiscono modificando il naturale equilibrio psicofisico del soggetto. Il medico deve sì mirare ad assicurare il miglior livello possibile di cure per la salute dell'atleta considerando gli sforzi che richiede la sua attività, ma deve opporsi all'uso di metodi di cura volti unicamente al superamento del limite della prestazione disponibile nell'atleta per la complessione psico-fisica in quel tempo. Qualsiasi consenso fornito dall'interessato, di fatto non può esimere il medico dalle proprie responsabilità, considerando che è dovere professionale e deontologico salvaguardare la salute, che, come è noto, non è un "bene disponibile". Anche in questo settore trova applicazione il principio dell'informativa tra colleghi per cui il terzo comma dell'articolo 76, prevede l'obbligo del medico sportivo di comunicare al medico curante le terapie (anche quando ovviamente non costituiscono doping) cui si sta sottoponendo l'atleta. E' evidente che la comunicazione deve sussistere anche tra medico curante e medico dello sport. Si pensi, infatti, al caso frequente di atleti che assumono farmaci "proibiti" per gli sportivi ma assolutamente leciti per i "normali cittadini". La mancata comunicazione al medico sportivo può far incorrere l'atleta in provvedimenti punitivi non meritati. Per questo il ruolo dell'Ordine, attraverso il suo potere disciplinare, in sintonia con il CONI e le varie Federazioni sportive può risultare decisivo per interventi atti a contrastare il fenomeno del doping. Da qui discende la necessità della collaborazione di medici che devono preoccuparsi di segnalare al proprio Ordine qualsiasi comportamento scorretto (prescrizione o suggerimento di assunzione di farmaci, integratori alimentari o sostanze da considerarsi dopanti) posto in essere da medici o da non medici. E' chiaro che il potere disciplinare dell'Ordine potrà applicarsi solo nei confronti dei medici, ma al contempo l'Ordine potrà richiedere l'intervento giudiziario a carico degli esercenti abusivi della professione.

Art. 77

Con questo articolo, reso più sintetico ma ugualmente incisivo, rispetto a quanto riportato nel Codice del 1995, si sottolinea l'etica del dovere, ovvero il ruolo sociale che il medico deve rivestire nella società. La figura professionale del medico è quindi una costante ineludibile per il raggiungimento delle finalità sociali e assistenziali dello Stato. Si pensi al ruolo sostanziale che la categoria medica sta svolgendo per assicurare interventi as-

sistenziali nei teatri di guerra e di fronte allo spettro del terrorismo internazionale.

Art. 78

Si tratta di una serie di fondamentali attività di interesse generale e d'indole medico-legale che ciascun medico è tenuto a svolgere nell'interesse della autorità sanitaria e giudiziaria, ai fini della tutela della pubblica salute e della amministrazione della Giustizia. Nella precedente formulazione del codice di deontologia medica, tali obblighi erano specificati almeno nella enunciazione generale, ma l'evoluzione delle norme giuridiche si è rivelata tanto complessa da non poter essere enunciata in dettaglio, all'interno di questo articolo, che si prefigge di richiamare una norma deontologica, di spessore etico, diretta a fissare principi generali e divieti comportamentali e ragioni di doverosità anche di valenza pubblicistica.

Le modalità attuative dei trattamenti sanitari obbligatori (malattie mentali e infettive, vaccinazioni), le caratteristiche delle denunce alla autorità giudiziaria (referto e rapporto), alla autorità amministrativa, alla autorità sanitaria (malattie infettive e diffuse, ecc.), alle assicurazioni sociali (infortuni e malattie professionali) sono già contenute in una varia e ponderosa serie di fonti (testo unico delle leggi sanitarie, codice penale, legge di riforma sanitaria, testi normativi speciali) che fanno parte della irrinunciabile formazione medico legale di ciascun medico, sia egli pubblico ufficiale, incaricato di un pubblico servizio ovvero esercente la libera professione e sono, comunque, costantemente aggiornate nei fondamentali testi della disciplina e nella guida all'esercizio professionale. Resta, peraltro, essenziale, armonizzare, nel rispetto delle norme, esigenze pubbliche e diritti della persona, applicando le garanzie previste sulle norme stesse a difesa dei diritti di libertà (referto) e di riservatezza (denunce di malattie infettive), che si spingono sino a esonerare il medico del referto ove la persona assistita fosse esposta a procedimento penale e a consentire (come per l'AIDS) la tutela dell'anonimato.

Art. 79

Anche in rapporto al problema della tossicodipendenza, si è voluto perseguire l'intento di sollecitare e promuovere un impegno professionale di carattere sanitario, non propriamente tecnicistico, bensì connotato anche da una forte e appassionata tensione solidaristica e da una concreta volontà collaborativa, il tutto finalizzato alla difesa individuale e sociale che deve esprimersi soprattutto con la forza dell'informazione, della partecipazione, della responsabilizzazione, cui ciascun medico deve farsi fondamentale interprete e attivo promotore. D'altronde, questo diverso modo di intendere il ruolo del medico nella drammatica vicenda del consumo delle droghe d'abuso, corrisponde, anche nell'attuale recente realtà legislativa sanzionatoria (ispirata al superamento del criterio distintivo tra droghe leggere e pesanti), ad una sempre più attiva del medico e della struttura socio sanitaria, così da far prevalere interventi

di prevenzione, di informazione, di indirizzo verso possibili soluzioni di affrancamento dalla tossicodipendenza.

Disposizione Finale

La pratica medica si trova ad affrontare problematiche nuove, quali le crescenti disparità tra i legittimi bisogni dei pazienti e la scarsità di risorse rispetto, la sempre più palese dipendenza dei sistemi sanitari dalle scelte politiche dei governi, la crescente burocratizzazione del lavoro del medico, l'aumento delle richieste di risarcimento per gli errori, veri o presunti dei medici, il concreto rischio di un incontrollato ricorso, da parte del medico, alla "Medicina difensiva" (Medicina difensiva, definita "positiva" quando il medico esegue indagini strumentali non a diretto vantaggio del paziente ma prevalentemente intese a tutelarlo dall'accusa di "malpractice", Medicina difensiva, definita "negativa", quando il medico evita un determinato trattamento terapeutico, pur sempre opportuno nonostante la gravità dello stato di salute del paziente, soltanto per il timore di incorrere nel rischio di "malpractice"). In questo panorama che si sta delineando all'interno del mondo sanitario, l'inserimento, nel Codice di deontologia medica, di una "disposizione finale", costituisce una innovazione volta a sancire l'obbligo, per gli Ordini provinciali, di portare a conoscenza degli iscritti il codice di deontologia medica e a svolgere periodicamente corsi di aggiornamento e approfondimento sulle varie tematiche deontologiche. Si è voluto così affermare che la presa di coscienza delle problematiche correlate alla deontologia medica, non deve essere una prerogativa del bioeticista e del giurista, bensì deve diventare materia di conoscenza ed approfondimento per tutti i medici e odontoiatri. I principi e le regole contenute nei cinque titoli che costituiscono il Codice deontologico, non si configurano come obblighi e divieti di cui il medico e l'odontoiatra devono sentire il peso, ma rappresentano, più propriamente, precetti mirati alla salvaguardia del decoro della professione e pertanto devono ispirare la condotta professionale, così da costituire fonte di esperienza di vita per il medico e punto di riferimento per un corretto rapporto con il cittadino, con i colleghi, con l'Ordine professionale e con le varie Istituzioni sanitarie. Gli estensori del Codice, hanno voluto pertanto riaffermare l'immanenza delle norme deontologiche nella professione, non solo come esperienza culturale ma anche come guida nell'esercizio quotidiano della pratica professionale.

NORME EDITORIALI

- Il Cesalpino pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.

- I lavori devono essere indirizzati a : Redazione "Il Cesalpino" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo – Viale Giotto 134 52100 Arezzo – Tel 0575/22724 - Fax 0575/300758 – E-mail: chirurghi@omceoar.it così pure le pubblicazioni da recensire, i volumi omaggio e in cambio, ecc.

- Le relazioni dovranno essere contenute in un dischetto scritte in programma Word con le seguenti specifiche: margine 0-13, interlinea singola, righe per pagina 50, tipo di carattere Times, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie (risoluzione foto 300 dpi). Se possibile, dovrà essere inviata una stampa in duplice copia. Ogni parte del lavoro deve iniziare su una nuova pagina con il seguente ordine: frontespizio, riassunto, testo, bibliografia, tabelle, didascalie. Tutte le pagine, ad eccezione del frontespizio e del riassunto, devono essere numerate progressivamente. Possono essere trasmesse con e-mail a chirurghi@omceoar.it

- Nel frontespizio devono essere indicati cognome e nome (per esteso) di tutti gli Autori, denominazione ed indirizzo dell'Istituzione di appartenenza. Deve inoltre essere indicato, anche, l'indirizzo ed il numero telefonico dell'Autore a cui inviare la corrispondenza.

- Il riassunto non dovrà superare le 150 parole. Si dovranno fornire anche le parole chiave in numero non superiore a 6.

- La stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni.

- I riferimenti bibliografici devono essere numerati secondo l'ordine con cui vengono citati nel testo e non devono superare il numero di 15.

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

- Il materiale iconografico deve essere corredato dal-

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

- Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli autori ritengano importante l'utilizzo del colore, potranno richiedere, accollandosi le spese, la pubblicazione a 4 colori.

- Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico. I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).

- I lavori accettati vengono pubblicati gratuitamente. Sono a carico degli Autori la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e per la stampa, la confezione e la spedizione degli estratti.

- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze di stampa corrette a stretto giro di posta (senza apportare variazioni al testo e alle figure) alla Segreteria della Redazione de "Il Cesalpino" c/o l'Ordine Provinciale dei Medici di Arezzo Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo. Le bozze saranno inviate al primo Autore (INDICARE INDIRIZZO PRECISO), se non altrimenti richiesto. Ogni Autore è comunque tenuto a indicare il proprio recapito postale ove poter spedire una copia della rivista pubblicata. La richiesta di estratti va fatta direttamente a:
L. P. Grafiche - Via F. Filzi 28/int.
Tel.0575/907425 – 52100 Arezzo.

- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendono 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.