

Medico: professione rischiosa



E' constatazione comune e sempre tardiva che la logica ereditata dal Sistema mutualistico, che poneva le diverse gestioni in stato concorrenziale a proposito di offerta e concessione di prestazioni sanitarie gratuite ai propri assicurati e possibilmente tutte, non era sostenibile per un Sistema Sanitario che nasceva dall'idea altamente civile di garantire assistenza e cure a tutti i cittadini indipendentemente dalla personale contribuzione, ma per il solo fatto di essere cittadini della Repubblica Italiana.

I guasti di una tale logica che, dopo avere messo in crisi il sistema mutualistico, rischiava di destabilizzare il S.S.N. che non poteva più permettersi il ripiano da parte dello Stato dei debiti cumulati dalle U.S.L. hanno rese necessarie non poche riflessioni e ripensamenti, fino allo studio di vari correttivi per rendere compatibili le prestazioni con le risorse.

Da diversi anni, ormai, si parla di razionalizzazione della spesa, eufemismo del più pesante concetto di contenimento della stessa, di protocolli e poi di linee-guida e percorsi assistenziali. Il collante di tutti questi concetti, non può prescindere dalla appropriatezza di tutti gli interventi che compongono il complesso processo assistenziale diagnostico e terapeutico, dentro e fuori dalle strutture ospedaliere.

Sull'appropriatezza è in atto un ampio dibattito dal quale emerge che questa non può essere tale se non la si rapporta agli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere compatibilmente con le risorse di cui si dispone, tenendo anche conto del progredire delle disponibilità tecnologiche e farmacologiche. In altri termini non si può non considerare legittimo il tendere al raggiungimento di risultati sempre migliori per patologie per le quali nulla o poco era possibile fare in un passato anche recente.

Sul problema dell'appropriatezza "Toscana Medica" ha dedicato quasi tutto un numero e l'autorevolezza degli autori mi esime da ogni altra considerazione.

Una piccola riflessione mi permetto a proposito delle linee-guida. E' noto che per ogni patologia o gruppo di patologie sono previste linee guida elaborate dalle diverse autorità scientifiche alle quali si aggiungono quelle risultanti dalla collaborazione dell'autorità politico-amministrativa regionale con la parte migliore delle competenze scientifico-professionali disponibili.

Ciò premesso è evidente che non possa esserci univocità tra le varie linee-guida.

Trasferito il tutto nella pratica quotidiana e concesso ad ogni professionista di non dovere rinunciare al suo ragionamento secondo scienza e coscienza nell'approccio ai singoli casi, sia pure tenendo conto del rapporto costi-benefici e delle risorse disponibili, stante il carattere difensivo cui, purtroppo, tende a pervenire l'agire del Medico, non si corre il rischio che l'osservanza delle linee-guida divenga vincolante e quindi possa portare ad un risultato opposto a quello che ci si prefiggeva e cioè ad un aumento della spesa?

Tornando al difensivismo dell'atto medico, in caso di contestazione per omissione, quale valore può avere in fasi di giudizio dimostrare di avere seguito una piuttosto che un'altra linea-guida elaborata dalle varie scuole di pensiero e quindi non univoche?

E che dire di alcuni protocolli di screening per malattie neoplastiche ad alto rischio di falsi negativi, i falsi positivi non preoccupano perché definiti dal successivo approfondimento, che espongono il Medico al rischio di dover rispondere personalmente dell'errore?

Riflessione finale: sempre più la professione medica diviene professione a rischio elevato e le varie norme e disposizioni emanate continuamente la rendono sempre meno liberamente praticabile.

Sclerosi multipla, insieme fra speranze e limiti

La sclerosi multipla (SM) è una malattia neurologica cronica su base autoimmune che colpisce persone in tutto il mondo. Si manifesta usualmente durante la seconda o terza decade della vita e rappresenta il più comune disordine neurologico nella popolazione in tale fascia di età. Le cause sono sconosciute, ma le caratteristiche patofisiologiche indicano alla base della malattia una interazione tra suscettibilità genetica, fattori ambientali e disfunzioni immunitarie.

La SM è un'affezione complessa, estremamente disomogenea per decorso e con caratteristiche sia multifocali che multifasiche. I segni e sintomi della SM derivano dalla compromissione di più sistemi anatomico-funzionali (per es. motorio, sensitivo, cognitivo, ecc.) a seconda della localizzazione delle lesioni nell'ambito dell'encefalo e del midollo spinale. Gli stadi iniziali della malattia sono caratterizzati da attacchi acuti di infiammazione che evolvono nel tempo verso processi di demielinizzazione, con coinvolgimento della conduzione saltatoria e precoce perdita assonale. Esiste un grado elevato di eterogeneità clinica e patologica tra i pazienti con SM.

Il trattamento della SM varia a seconda del tipo di progressione nel tempo e della fase di malattia: i benefici che i presidi attualmente disponibili forniscono consentono essenzialmente di rallentare la progressione della malattia. Notevole attenzione è stata rivolta allo sviluppo di piani terapeutici razionali e nell'ultimo decennio sono stati compiuti significativi progressi in ambito farmacologico. Il trattamento della SM ha molteplici obiettivi paralleli, tra cui la riduzione della frequenza di ricadute e la gestione di precisi sintomi neurologici. I farmaci attualmente approvati per la terapia di fondo della SM riducono la frequenza delle ricadute e rallentano la progressione della disabilità. L'interferone beta (IFN-b) rappresenta il trattamento più utilizzato a questo proposito. Le evidenze derivanti da studi clinici hanno dimostrato che l'IFN-b produce una riduzione nella frequenza delle ricadute in una percentuale di circa il 38% dei pazienti con SM recidivante-remittente. Effetti terapeutici meno significativi si osservano in soggetti con forme primariamente e secondariamente progressive. Il trattamento con IFN-b viene iniziato dopo almeno due episodi clinici di malattia, anche se dati recenti sottolineano l'importanza di un trattamento più precoce ai fini della riduzione delle disabilità neurologica nel tempo.

Il glatiramer acetato rappresenta un farmaco di più recente disponibilità in grado di ridurre la frequenza di ricadute e ritardare altresì la progressione di malattia. Il suo impiego è in alternativa all'IFN-b. Il mitoxantrone, farmaco approvato solo da un anno nel trattamento della SM, in particolare nelle forme rapidamente progressive e disabilitanti, è un antitumorale che comporta rischi di cardiotoxicità dose-dipendente, ed il suo impiego richiede pertanto un attento e costante monitoraggio della funzionalità cardiaca.

Due nuovi farmaci sono attualmente in fase avanzata di ricerca clinica e mostrano entrambi una efficacia particolare nel ridurre la progressione di malattia. Il natalizumab è un anticorpo monoclonale che ha mostrato in casistiche ampie una riduzione del numero di lesioni, significativa rispetto al placebo, durante sei mesi di terapia, oltre ad un minor numero di ricadute cliniche. L'entità della riduzione è risultata di circa il 90%, due volte più grande di quello medio ottenuto con l'impiego di IFN-b. Il dato necessita di ulteriori conferme per trattamenti di durata più prolungata. Altro potenziale trattamento è rappresentato dalle statine, in particolare simvastatina e atorvastatina, agenti utilizzati correntemente a scopo ipocolesterolemizzante. Studi preliminari suggeriscono che le statine svolgano effetti anti-infiammatori in modelli sperimentali in vitro ed in modelli animali di SM. Le statine svolgerebbero il loro effetto stimolando il rilascio di agenti anti-infiammatori che hanno un'azione protettiva sulla liberazione di molecole tossiche. Tali evidenze, ancorchè prodotte in studi non controllati, suggeriscono che le statine possono rappresentare una utile terapia aggiuntiva nel rallentare la progressione della malattia dagli stadi precoci a quelli successivi, anche se le dosi richieste sono alte ed associate a tossicità elevata nell'uomo.

Attualmente sono in atto numerosi studi clinici con farmaci o combinazioni di farmaci potenzialmente utili nel modificare il decorso delle malattia in diversi stadi di evoluzione. Si basano su un'ampia gamma di terapie in grado di svolgere un'azione a vari livelli della cascata immunologica in atto nella SM. Altri approcci terapeutici sperimentali sono orientati verso la neuroprotezione e la remielinizzazione, anche con l'impiego di cellule staminali. Sembra assai probabile pertanto che a breve termine nuovi trattamenti possano costituire un significativo avanzamento nelle strategie terapeutiche volte a modificare il decorso della malattia.

La molteplicità delle manifestazioni cliniche derivanti nella SM dalla compromissione di più sistemi funzionali richiede altresì trattamenti sintomatici volti al controllo dei vari sintomi in ciascun paziente: tale trattamento richiede interventi integrati plurispecialistici.

L'attività di ricerca sui meccanismi patogenetici di base della SM è oggi particolarmente vivace e rappresenta il presupposto per lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche. Gli sforzi della ricerca di terapie efficaci nella SM rappresentano una sfida delle neuroscienze, soprattutto considerando la significativa variabilità fenotipica della malattia e la refrattarietà di molteplici dei sintomi prominenti e disabilitanti.

Significativi avanzamenti sono stati ottenuti in quest'area nell'ultima decade: i risultati degli studi di markers genetici e di vulnerabilità, e di possibili fattori ambientali, e le nuove proposte terapeutiche sperimentali prospettano una serie di avanzamenti nella comprensione dei meccanismi di malattia e di converso risvolti terapeutici più significativi nella SM.

La possibilità di nuovi trattamenti in grado di modificare il decorso della SM ha stimolato l'interesse per test paraclinici in grado di monitorare l'evoluzione della malattia. Tra questi sono da ricordare i potenziali evocati (PE), che riflettono la funzionalità delle vie sensitivo-motorie centrali che costituiscono il target patologico della SM. Il loro impiego diagnostico nella SM è ben stabilito da molti anni, anche se l'avvento della Risonanza Magnetica ne ha drammaticamente ridotto il loro utilizzo. Va considerato tuttavia che le informazioni derivanti dalle due tecniche sono differenti e complementari. I PE possono essere utilizzati per monitorare la progressione delle lesioni demielinizzanti e del danno assonale secondario; inoltre sono utili quale strumento neurofisiologico per valutare l'efficacia di nuove terapie, oltre che negli studi di riconnettività assonale post-lesionale.

L'iter diagnostico e gestionale della persona con SM si incentra nelle strutture neurologiche di competenza specifica: nella nostra area la Clinica Neurologica dell'Università di Pisa costituisce il punto di riferimento per la diagnosi ed il trattamento. Gli esami del protocollo diagnostico includono lo studio neurofisiologico dei potenziali evocati visivi, acustici, somato-sensoriali e motori, l'esame chimico e neurobiologico del liquido cefalo-rachidiano e la risonanza magnetica del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale). Una volta posta la diagnosi (in base ai criteri diagnostici internazionali più recenti) viene in genere intrapresa una terapia di fondo con i farmaci già menzionati (interferone beta o glatiramer). La prima assistenza e training all'uso del farmaco viene attuata da parte del personale infermieristico dedicato, con la collaborazione di un infermiere professionale disponibile ad ogni necessità di ausilio domiciliare. La dispensazione del farmaco viene effettuata presso la Clinica Neurologica, dal momento che tali farmaci non sono disponibili al pubblico in farmacia, ma autorizzati per la distribuzione solo presso Centri accreditati (anche in considerazione dell'elevato costo della terapia). Le fasi di ricaduta clinica di malattia, che necessitano di terapia steroidea a dosaggi elevati, vengono in genere trattate presso il nostro Centro in regime di day-hospital terapeutico. Con le stesse modalità viene effettuata la terapia ciclica con mitoxantrone, per la necessità di monitoraggio intensivo della somministrazione del farmaco (elevata tossicità tissutale in caso di stravasamento ematico).

L'ambulatorio per le malattie demielinizzanti della Clinica Neurologica fornisce il supporto terapeutico per il controllo del decorso della malattia, come anche per le prime visite a definizione diagnostica incerta.

L'ambulatorio si avvale altresì della collaborazione di altre strutture specialistiche dell'A.O.U. Pisana, quali l'urologia, l'endocrinologia, l'andrologia, la neuroriabilitazione, ecc., per fornire l'approccio terapeutico integrato sulla base delle singole necessità individuali e per una più completa risposta alle istanze di tutti i pazienti.

Il nuovo sito web



E' attivo il nuovo sito web dell'Ordine dei medici e l'indirizzo è www.omceopi.org.

Il nuovo sito si propone di diventare uno strumento agile per tutti gli iscritti all'ordine, una maniera rapida per informare ed essere informati sulle novità legislative, sugli adempimenti e le scadenze di legge, sugli aggiornamenti della professione, sui corsi di formazione i convegni ed i congressi.

Per rendere l'accesso veloce e snello si è deciso di limitare al minimo gli spazi ai quali sarà possibile accedere con una password.

La veste grafica è semplice ed interattiva per limitare al minimo i tempi di caricamento e rendere più facile la ricerca nei menu a tendina.

Attualmente sono attivi solo alcuni menu in particolare la consultazione dell'albo degli iscritti e delle specializzazioni di ogni iscritto. A tal proposito si pregano i medici di consultare l'elenco per verificare inesattezze ed eventuali errori di trascrizione, per correggerli sarà sufficiente inviare una mail all'indirizzo di posta elettronica:

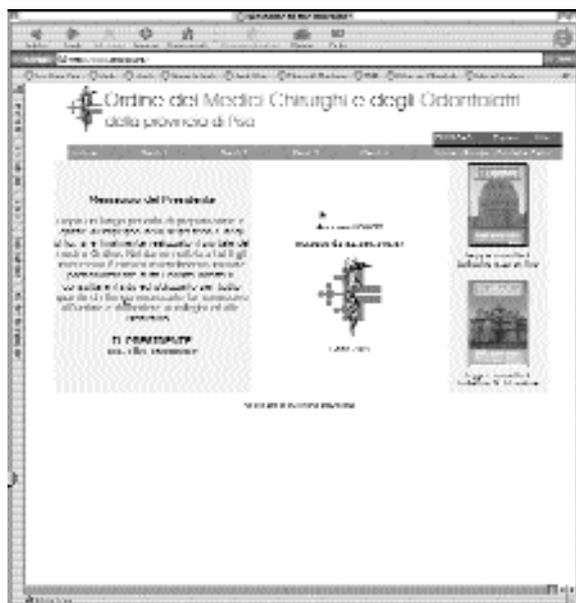
segreteria@omceopi.org il personale provvederà a correggere gli eventuali errori. Si ricorda che anche il cambio di residenza deve essere comunicato all'ordine pena la cancellazione dall'albo stesso.

Sul sito sarà pubblicata anche la modulistica per le varie domande e potranno essere richiesti certificati o altri documenti tramite il servizio di posta elettronica.

È intenzione del consiglio di creare aree dedicate alle varie categorie quali gli odontoiatri, la continuità assistenziale, gli iscritti al corso di formazione triennale in Medicina Generale, etc.

Si prevede di dare spazio tramite un forum alle lettere che giungono all'Ordine e che non possono essere pubblicate sul Bollettino per esigenze editoriali.

Nella bacheca saranno pubblicati tutti gli annunci relativi alle offerte ed alle richieste dei nostri colleghi. Sul





nostro sito potete trovare link alla FNOMCeO ed all'ENPAM, in futuro saranno aggiunti altri collegamenti. Attualmente sono presenti solo gli ultimi due numeri del bollettino consultabili e scaricabili in formato pdf, ma in futuro abbiamo intenzione di rendere consultabili tutti i numeri pubblicati fino ad oggi.

Troveranno posto anche tutte le notizie relative ai corsi di formazione ed aggiornamento organizzati dall'Ordine stesso, ma sarebbe utile prevedere uno spazio in cui tutti coloro che avessero intenzione di organizzare corsi di formazione ed aggiornamento potessero inviare il proprio programma per evitare sovrapposizioni di più corsi nella stessa giornata cosa accaduta di frequente negli ultimi anni.

Il sito sta prendendo forma in questo periodo pertanto sono benvenuti i suggerimenti e le critiche ma soprattutto la richiesta di collaborazione attiva per l'aggiornamento delle notizie, proprio per questo il sito è strutturato in modo da essere facilmente gestibile dal personale dipendente dell'Ordine senza necessariamente dover passare dai programmatori.

Sono presenti 3 indirizzi di posta elettronica per contattare il presidente, il segretario e le dipendenti rispettivamente:

presidenza@omceopi.org
segreteria@omceopi.org
formazione@omceopi.org

Confido nella collaborazione di tutti gli iscritti perché il sito possa diventare uno strumento agile per avere informazioni tempestive e servizi senza l'obbligo di accedere fisicamente nella sede dell'Ordine..

Il medico e la “privacy”



Pervengono quotidianamente all'Ordine richieste di chiarimenti ed informazioni in materia di privacy. Com'è noto la materia è in continuo divenire e l'avvento del dlgs n° 196/3, considerati i vari slittamenti di decorrenza delle diverse incombenze e le risposte del Garante ai quesiti posti dalla FNOMCeO e dai Sindacati di categoria, ha rappresentato per il momento quasi una dichiarazione di intenti. Basta pensare allo slittamento al 31/12/04 e forse a marzo 2005 dei termini per la predisposizione del “Documento programmatico sulla sicurezza” da aggiornare annualmente!

Stando la questione in questi termini, l'Ordine professionale di Pisa ha ritenuto di privilegiare l'informazione e l'aggiornamento sulle novità attraverso il portale recentemente attivato all'indirizzo www.omceopi.org. Nel frattempo è pervenuto da parte della dottoressa Polito della A.S.L. 5 un elaborato che sintetizza le linee generali ispiratrici del decreto 196/3, detto anche Codice della Privacy, quale evoluzione della precedente legge 675/96; ricorda alcuni adempimenti, fornisce alcune raccomandazioni ed esprime alcune riflessioni. Volentieri pubblichiamo quanto pervenuto.

.....

Filomena Polito
Consulente ed Esperta di Privacy in
ambito sanitario

La Privacy, tema peraltro di scottante attualità e che coinvolge tutti gli usi in cui possono essere coinvolte le informazioni di ogni soggetto, fisico e giuridico, è stata oggetto di una recente opera di revisione ed innovazione legislativa.

Il nuovo provvedimento, quello di cui al Decreto Legislativo 196\03, o Testo Unico Privacy, è stato varato sulla base di una politica d'intenti nella quale il cittadino è sempre di più il primo tutore e sorvegliante del rispetto di un uso corretto delle sue informazioni.

In forza di ciò il cittadino dispone di poteri di verifica, controllo e denuncia contro un uso improprio delle sue informazioni, con la possibilità inoltre di attivare un sistema sanzionatorio rafforzato rispetto a quello previsto per la violazione del segreto professionale e\o d'ufficio.

E' doverosa una considerazione: ricordiamoci che, quando si parla di privacy, non si parla di come impedire l'uso delle informazioni relative al cittadino, ma si parla dell'insieme delle regole che disciplinano l'uso delle stesse. Del resto lo scambio di informazioni è essenziale per il funzionamento di ogni attività.

La materia della riservatezza dei dati è una materia trasversale, che interessa tutti coloro che, per fini professionali, utilizzano informazioni, perché ogni volta che usiamo dati di persone o di soggetti giuridici entriamo nel campo di applicazione del Codice Privacy.

Quindi le direttive privacy, che discendono da direttive comunitarie, quindi di rango superiore alle Leggi ordinarie, e perciò rispetto a queste prevalenti, devono essere osservate anche dal medico nell'esercizio della sua attività, sia in via autonoma o associata, alla luce del D.P.R. 270\2000, sia come libero professionista.

Applicare una normativa come quella della privacy, già di per suo conto complessa ed articolata, all'interno del sistema sanitario mette in evidenza immediatamente la particolarità dei dati, quelli di salute, che si trovano ad essere oggetto di tutela.

Questi sono connotati dall'essere molto delicati da gestire perché la loro divulgazione potrebbe portare un serio pericolo di discriminazione per i soggetti di riferimento.

Quindi i dati sulla salute possono essere usati solo adottando cautele particolari.

Ma il rispetto della privacy è anzitutto un valore che deve entrare nei comportamenti reali delle varie categorie professionali, e tra queste anche del medico, professionista al quale è persino dedicata, all'interno del Testo Unico, una serie di regole specifiche di comportamento verso l'informazione gestita.

L'applicazione della Legge deve essere vista nell'ottica di rispettare il dettato della norma evitando però ogni ingiustificato appesantimento burocratico, anche se il quadro dei diritti non può in alcun modo essere alterato ed anzi deve essere ulteriormente affinato, costituendo esso l'inevitabile contrappeso al massiccio diffondersi dell'utilizzazione di dati personali da parte dei soggetti più diversi.

Che cosa prevede quindi la normativa come onere a fronte dell'uso lecito delle informazioni da parte del medico, se non operante in regime di dipendenza o di accreditamento da Strutture sanitarie?

Qui dobbiamo sovrapporre :

- regole generali, applicabili ad ogni soggetto che in via autonoma utilizzi informazioni per l'esercizio della sua attività
- regole specifiche, quelle previste per l'uso dei dati personali in ambito sanitario.

Per quanto riguarda le regole di carattere generale il medico, come Titolare del trattamento dei dati deve, già a decorrere dalla Legge 675\96:

- predisporre la cosiddetta "notifica a richiesta" di cui all'articolo 38, comma 6, del D.L.gs 196\03;
- autorizzare formalmente al trattamento dei dati tutti i collaboratori, anche dipendenti che, anche se solo temporaneamente, possano avere conoscenza dei dati gestiti presso lo studio medico,
- autorizzare formalmente al trattamento dei dati tutti i soggetti esterni cui viene devoluto, da parte del medico, ogni uso dei dati gestiti presso lo studio;
- usare i dati, sia personali che sensibili, compresi quelli di salute, degli assistiti, solo previa erogazione di un'informativa specifica e acquisizione del relativo consenso;
- usare i dati personali e/o sensibili dei propri collaboratori e/o dipendenti solo previa erogazione di specifica informativa relativa all'uso dei dati;
- attivare e garantire le misure minime di sicurezza;
- predisporre annualmente il Documento Programmatico sulla Sicurezza;
- formare, obbligatoriamente ed in modo continuo, sulla materia della riservatezza dei dati, tutti i collaboratori e dipendenti che trattano dati personali;
- usare i dati solo nel rispetto del principio della necessità, pertinenza e non eccessività;
- garantire agli Interessati l'esercizio del diritto di accesso ai dati e comunque la piena trasparenza del percorso d'uso degli stessi;
- assicurare all'Interessato che la comunicazione dei dati personali e sensibili, compresi quelli di salute, avvenga esclusivamente nel caso di obblighi di Legge o di espressa delega e/o autorizzazione da parte di questi.

Per quanto riguarda gli ulteriori adempimenti previsti specificatamente per l'uso dei dati in ambito sanitario il medico deve anche:

- erogare informativa e acquisire consenso per l'uso dei dati personali e sensibili anche per conto dei sostituti, dei farmacisti e dei altri liberi professionisti che possano fornire una prestazione specialistica prescritta dal medico;
 - assicurare la comprensibilità dei dati inseriti nella cartella clinica;
 - assicurare il rispetto delle domande di non inserimento delle generalità dell'Interessato nelle prescrizioni cartacee di medicinali soggetti a prescrizione ripetibile non a carico, di cui all'articolo 88 del D.L.gs 196\03;
 - assicurare, nell'organizzazione dei servizi e delle prestazioni tutte le misure previste dell'articolo 83 del D.L.gs. 196\03, con esclusione della individuazione non nominativa;
 - assicurare la comunicazione di dati personali idonei a rivelare lo stato di salute all'Interessato solo da parte di medici o esercenti le professioni sanitarie, allo scopo specificatamente autorizzati.
-
-

A difesa del rispetto di queste regole è poi previsto un apparato di sanzioni articolato e pesante, nel quale la responsabilità si presenta nella triplice veste di responsabilità amministrativa, penale e civile.

Viene persino delineata, ad esempio, una nuova ipotesi di illecito penale, il "Trattamento illecito di dati personali", in cui incorrono coloro che, senza aver rispettato le regole del diritto alla riservatezza dei dati, procedono al trattamento di informazioni personali.

Per quanto riguarda la responsabilità amministrativa, le cui sanzioni sono irrogabili direttamente dal Garante Privacy nell'ambito della sua potestà ispettiva, le singole ipotesi di sanzioni, fra loro anche cumulabili, possono arrivare sino a 90.000,00 Euro per ciascuna.

E la responsabilità civile prevista in caso di risarcimento danni per lesa privacy, riveste ulteriori caratteri di particolarità.

Può essere risarcibile, oltre al danno materiale, anche quello morale.

La forma di responsabilità qui adottata non è quella generica di cui all'articolo 2043 del c.c., ("Risarcimento da danno ingiusto"), ma quella ben più penetrante dell'articolo 2050 del C.c., ("Dell'esercizio di attività pericolose"), che prevede tra l'altro l'inversione dell'onere della prova, addossando al Titolare del trattamento, in questo caso il medico, l'obbligo di dimostrare di aver predisposto tutto quanto potesse essere necessario ed utile per evitare nel trattamento di dati di cagionare danni ad altri.

In conclusione emerge che una corretta applicazione della normativa sulla riservatezza dei dati non può che presupporre un impegno sistemico, dedicato e costante in termini, prima ancora che organizzativi, di significativo approccio culturale all'interno di ogni contesto professionale.

Ma tutto ciò è ancora più evidente qualora l'ambito sul quale vadano ad incidere le disposizioni di cui sopra sia quello dello studio professionale del medico, vista soprattutto la particolarità dei dati gestiti, quelli riguardanti la salute, così delicati da meritare sicuramente un elevato e specifico livello di tutela ed attenzione.

Redditi: fin dove si può dedurre



Oltre alle detrazioni (somme sulle quali viene calcolato uno “sconto” pari al 19%) ormai ben conosciute dai contribuenti quali ad esempio gli interessi passivi sul mutuo o le spese mediche o i premi versati per le polizze di assicurazione sulla vita ed infortuni o le spese veterinarie, ve ne sono altre meno note. Vediamole in breve:

Erogazioni liberali a favore di movimenti e partiti politici, se il relativo versamento è stato effettuato tramite bollettino di conto corrente postale o bonifico bancario, per la somma compresa tra C 51,65 e C 103.291,38.

Erogazioni liberali in denaro effettuate a favore delle Onlus, delle iniziative umanitarie, religiose o laiche, gestite da fondazioni, associazioni, comitati ed enti individuati con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri nei paesi non appartenenti all'Ocse, per un importo massimo di C 2.065,83.

Erogazioni a favore delle popolazioni colpite da calamità pubbliche o da altri eventi straordinari, tetto massimo C 2.065,83.

Erogazioni liberali effettuate a favore delle società e associazioni sportive dilettantistiche, per un importo non superiore a C 1.500,00.

Contributi associativi, nei limiti di C 1.291,14 versati alle società di mutuo soccorso che operano esclusivamente nei settori di cui all'art. 1 Legge 15/04/86 n.3818.

Erogazioni in denaro a favore delle Associazioni di promozione sociale fino a C 2.065,83.

Erogazioni in favore della Società di cultura “La Biennale di Venezia” per un importo non superiore al 30% del reddito complessivo.

Spese sostenute dai contribuenti obbligati alla manutenzione, protezione e restauro dei beni soggetti a regime vincolistico nella misura effettivamente rimasta a carico; le spese devono risultare da apposita certificazione rilasciata dalla competente sovrintendenza.

Erogazioni liberali per attività culturali ed artistiche, nonché le erogazioni liberali a favore dello Stato, delle regioni, degli enti locali territoriali di enti e istituzioni pubbliche, di comitati organizzatori appositamente costituiti e riconosciuti dal Ministro per i beni culturali, di fondazioni senza scopo di lucro che svolgono o promuovono attività di studio, ricerca e documentazione di rilevante valore culturale e artistico o che organizzano e realizzano attività culturali, sempreché dette iniziative siano autorizzate.

Erogazioni per un importo non superiore al 2% del reddito complessivo a favore degli enti o istituzioni pubbliche, fondazioni e associazioni legalmente riconosciute senza scopo di lucro che svolgono esclusivamente attività nello spettacolo, effettuate per la realizzazione di nuove strutture, o restauro di quelle esistenti, nonché per la produzione nei vari settori dello spettacolo.

Erogazioni liberali per un importo non superiore al 2% del reddito complessivo a favore degli enti di prioritario interesse nazionale operanti nel settore musicale.

Il sole e il bambino



Finalmente è tornata l'estate con la voglia di vacanza, di aria aperta e di sole. La luce solare è uno dei fattori atmosferici più importanti per la salute, influenzando positivamente sul tono dell'umore e sulla maturazione ossea, ma una errata esposizione, soprattutto nell'infanzia, può causare danni immediati o a lungo termine. La componente biologicamente più attiva della luce solare è rappresentata dai raggi ultravioletti (UV: lunghezza d'onda <400 nm, UVA 315-400 nm, UVB 280-315 nm).

I raggi UV trasformano il 7-deidrocolesterolo della cute in colecalciferolo (precursore della vitamina D) che nel fegato è idrossilato in posizione 25 e nel rene trasformato in 1,25-diidrossicolecalciferolo (forma attiva). Poiché la quota di vitamina D assunta dal bambino con la dieta è scarsa, questa via metabolica attivata dai raggi solari è indispensabile per evitare un possibile rachitismo. Nel lattante l'esposizione di mani e volto per 2 ore alla settimana è sufficiente a garantire valori soddisfacenti di vitamina D.

Abbronzatura, eritema attinico e iperplasia cutanea sono gli effetti immediati dei raggi UV sulla cute, naturalmente protetta dal pigmento melanico prodotto dai melanociti dello strato basale dell'epidermide. La quantità di pigmento distingue 5 diversi fototipi con diversa sensibilità ai raggi solari (Tab. 1); i bambini, rispetto agli adulti, presentano sempre una pigmentazione melanica inferiore.

I raggi UV ci abbronzano stimolando la produzione di melana nei melanociti. Gli effetti compaiono 6-12 ore dopo l'esposizione, raggiungendo il picco in 24 ore, quando possono comparire arrossamento intenso, estrema sensibilità, dolore e edema fino alla formazione di bolle

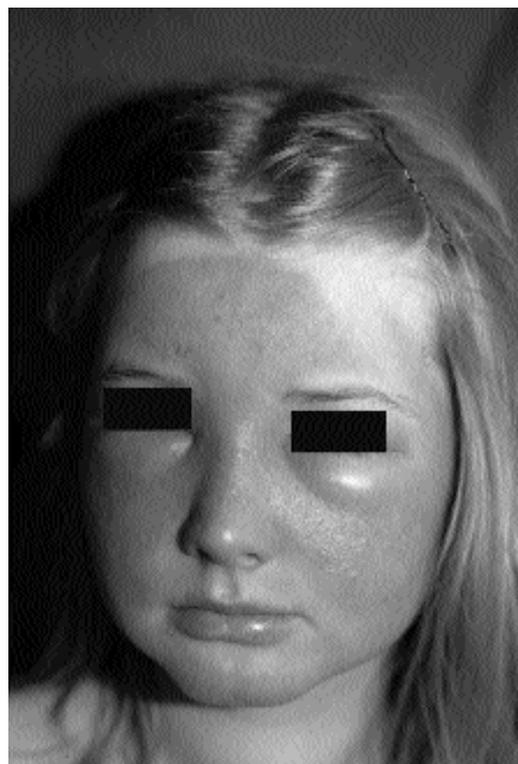


Foto 1: eritema solare

Tab 1. Tipi di cute in base alla reazione all'esposizione solare

Tipo I	Capelli rossi, occhi chiari, lentiggini nelle zone fotoesposte, pelle bianca nelle zone non esposte, origine celtica	Si scotta sempre facilmente, non si abbronzava mai
Tipo II	Capelli biondi/castani chiari, occhi chiari (azzurri, verdi o castani chiari), cute chiara, caucasico	Si scotta sempre facilmente, si abbronzava poco e meno della media
Tipo III	Capelli bruni, occhi marroni, cute più scura, caucasico	Si scotta moderatamente, graduale abbronzatura marrone chiaro come la media
Tipo IV	Capelli bruno/neri, occhi bruni, pelle bruna, origine mediterranea	Si scotta lievemente, si abbronzava sempre bene e sopra la media
Tipo V	Capelli neri, occhi scuri, cute olivastro/bruna, Medio Oriente, caucasico, messicano	Si scotta raramente, si abbronzava uniformemente in marrone scuro
Tipo VI	Pelle bruno/nera, occhi neri, capelli neri, Razza Nera	Non si scotta mai, cute pigmentata di nero



Foto 2: sindrome del nervo displastico

necessitano di un follow up clinico più ravvicinato seguendo la regola ABCD (Assimetry, Borders irregular, Color variegation, Diameter enlargement) (foto 2). Anche i bambini con predisposizione genetica (xeroderma pigmentoso, altri difetti congeniti della riparazione del DNA) sono a rischio maggiore di sviluppare neoplasie associate alle radiazioni UV.

Quindi il sole fa bene ai bambini, ma con alcuni accorgimenti: esposizione graduale (l'abbronzatura riduce la sensibilità agli effetti dannosi); evitare di esporsi tra le h.11 e le h.16 (la quota di raggi che raggiunge la terra è maggiore); bere molta acqua (previene la disidratazione causata dalla sudorazione). In commercio esiste inoltre un'ampia gamma di creme solari che, in base al fattore di protezione (SPF), aumentano la resistenza della pelle ai raggi solari con agenti schermanti fisici (ossido di zinco o di titanio) che bloccano gli UV riflettendoli come specchi e/o agenti schermanti chimici (acido para-amino benzoico o PABA, salicilati, benzofenoni, dibenzoilmetani, cinnamati) che li assorbono. I fototipi I-III richiedono un SPF di almeno 15. I prodotti solari vanno applicati alcuni minuti prima di esporsi al sole e rinnovati ogni 1-2 ore perché sudorazione e acqua asportano il prodotto. Inizialmente andrà usato un filtro solare a più alta protezione e la crema andrà applicata anche con il vento e le nuvole che riducono soltanto l'intensità degli UV dando una falsa sensazione di refrigerio che porta a esporsi per tempi più lunghi. Una buona protezione è consigliata anche durante la gravidanza per il rischio di cloasma gravidico (comparsa di macchie scure) e andranno sempre protette con "schermi totali" tutte le cicatrici, i nevi, la couperose e le varici. Controllare inoltre che prodotti solari dell'anno precedente non siano scaduti o deteriorati e conservarli sempre all'ombra.

Esistono inoltre condizioni in cui l'effetto del sole è maggiore. La congiuntivite primaverile o vernalis (papille giganti sulla congiuntiva tarsale superiore, foto 3) è caratterizzata da prurito, lacrimazione e fotofobia tale da impedire l'adattamento alla luce solare, costringendo i piccoli pazienti a indossare occhiali scuri e cappelli per l'intera giornata. Oltre alla terapia tradizionale (colliri vaso-

(foto 1). Effetti aggiuntivi comprendono aumento di spessore dello strato corneo, ricadute dell'herpes labiale, del lupus eritematoso o della rosacea. L'effetto dei raggi solari sulla pelle, oltre che dal fototipo, è influenzato anche da: latitudine, atmosfera, stagione, ore del giorno, quota, Foto 3: congiuntivite vernalis riflessanza; le vitamine A ed E svolgono un ruolo protettivo.



Le ustioni solari gravi si trattano con compresse imbevute di acqua fredda, corticosteroidi topici e/o inibitori orali delle prostaglandine (riducono eritema e dolore). Gli anestetici topici sono invece da evitare perché possono causare dermatite da contatto. In fase desquamativa sarà efficace un emolliente.

Ustioni solari ripetute, soprattutto in età pediatrica, possono provocare un precoce invecchiamento cutaneo (perdita di elasticità, formazione di rughe) e alterazioni della struttura cutanea fino allo sviluppo di tumori cutanei (epiteliomi e melanomi). I soggetti chiari o rossi di capelli o con un alto numero di nevi nevocellulari acquisiti già in epoca prescolare (aumentano di numero alla pubertà) sono da considerarsi soggetti "a rischio" e



Foto 4: dermatite atopica



Foto 5: psoriasi

costrittori, antiallergici e cortisonici) l'uso di colliri con ciclosporina o tacrolimus sembra efficace nei casi resistenti.

Il bambino atopico (foto 4) migliora con il sole, se si ha l'accortezza di evitargli un'eccessiva sudorazione (causa il prurito), di usare SPF elevati, di esporlo gradualmente, di sciacquarlo dopo il bagno in mare e applicando creme idratanti. Questa evidenza ha suggerito di sperimentare nella dermatite atopica la fototerapia con raggi UV (riducono eosinofili e cellule di Langherans della cute fondamentali nella patogenesi) ottenendo i risultati migliori somministrando sostanze fotosensibilizzanti orali (psoraleni) prima dell'esposizione ai raggi UVA (fotochemioterapia o PUVA). Inizialmente limitata all'età adulta, studi recenti sembrano dimostrarne efficacia e si-

curezza anche in pazienti pediatrici selezionati che non rispondono ai trattamenti convenzionali (eliminazione di fattori scatenanti, uso topico di emollienti, antimicrobici, corticosteroidi e immunomodulatori).

Anche la psoriasi (foto 5) migliora con il mare e il sole e nella malattia cronica o ricalcitante si può ricorrere alla terapia con UVB e/o PUVA.

Nella vitiligine (foto 6) il sole induce una ripigmentazione dai margini di lesioni attive, pertanto tra i vari presidi terapeutici è inserita la fototerapia topica, ristretta a piccole aree cutanee e con molta attenzione per il rischio di ustione. Questo rischio è presente anche nell'esposizione al sole per cui questi pazienti dovranno osservare con ancora maggiore attenzione gli accorgimenti già esposti (orari di esposizione, schermi totali).

Anche l'acne giovanile (foto 7) migliora in estate per l'assenza relativa di stress e perché l'abbronzatura rende

Tab. 2. Reazioni cutanee alla luce solare

Ustione solare	Linfogranuloma venereo Esantemi virali (fotodistribuzione accentuata)
Infezione ricorrente da Herpes virus	Farmaci sistemici: tetracicline, psoraleni, clortiazidi, sulfonamidi, barbiturici, griseofulvina, tiazidi, chinidina, fenotiazine
Eruzioni da farmaci foto-indotte	Elevati dosaggi di: acido nalidixico, 5-fluorouracile, psoraleni, furosemide, FANS (naproxene, piroxicam)
Eruzioni fototossiche da farmaci	Xeroderma pigmentoso, S. di Bloom, S. di Cockayne, S. di Rothmund.Thompson
Disordini genetici con fotosensibilità	Porfirie, M. di Hartnup, pellagra, malattie infettive associate a fotosensibilità
Errori congeniti del metabolismo	Lupus eritematoso, orticaria solare, eruzione polimorfa indotta dalla luce, lichen planus, m. di Darier, dermatomiosite, scleroderma, porfiria estiva, granuloma anulare, eritema multiforme, psoriasi, sarcoidosi, dermatite atopica, m. di Hailey-Hailey, pemfigo, pemfigoide bolloso, acne rosacea
Deficit di protezione dovuto a carenza di pigmento	Albinismo, vitiligine, fenilchetonuria, piebaldismo, s. di Chédiak-Higashi

Tab. 3. Criteri diagnostici della DA di Hanifin e Rajka

Criteri maggiori	1. Prurito
	2. Morfologia e distribuzione lesioni
	3. Andamento cronico-recidivante
	4. Storia personale o familiare di atopìa
Criteri minori	1. Xerosi
	2. Cheratosi pilare
	3. Dermatite aspecifica delle mani
	4. Cheilite
	5. Plica infraorbitaria di Dennie-Morgan
	6. Pitiriasi alba
	7. Pieghe anteriori del collo
	8. Accentuazione perifollicolare
	9. Dermografismo bianco
	10. Prurito da sudorazione (da sforzo, emozionale...)
	11. Iperpigmentazione cute dell'orbita
	12. Eczema del capezzolo
	13. Pallore/eritema faciale
	14. Influenza fattori emozionali
	15. Positività test cutanei
	16. IgE sieriche elevate
	17. Intolleranza alimentare
	18. Età esordio precoce <5aa
	19. Tendenza infezioni cutanee, deficit immunità cellulare
	20. Congiuntivite ricorrente
	21. Cheratocono
	22. Cataratta subcapsulare anteriore
	23. Intolleranza alla lana, ai solventi e ai grassi

meno evidenti le lesioni. Ma l'esposizione al sole ispessisce lo strato corneo che, occludendo i pori, potrebbe provocare un peggioramento delle lesioni stesse. Pertanto anche questi soggetti dovrebbero usare sempre protettori solari ad alto SPF e non comedogenici.



Foto 6: vitiligine



Foto 7: acne comedonica e papulosa

L'Urologia, emblema della medicina 1[^] parte



Fin dai tempi più antichi della storia della medicina, una particolare attenzione fu rivolta all'esame delle urine, cercando di trarre dal suo aspetto visivo quei dati che potevano servire a porre una diagnosi e a prescrivere la terapia. Ripetuti richiami riguardanti i reni si ritrovano spesso nelle opere di Ippocrate, Celso (un intero capitolo del suo *De re medica* è dedicato alle malattie renali), Rufo di Efeso, Galeno che nel *De usu partium* affermò che i reni avevano la funzione di purificare tutto il siero del sangue.

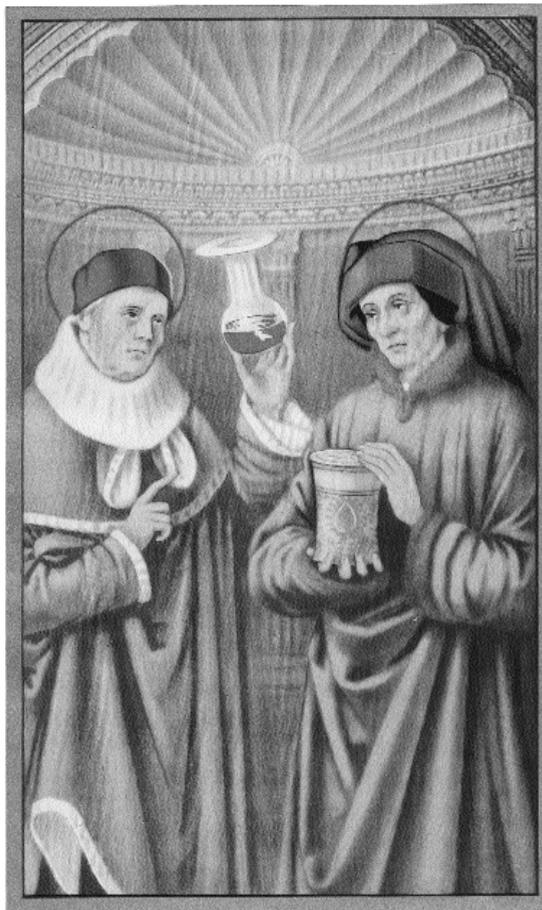
Nei secoli successivi l'esame ispettivo delle urine andò acquistando un'importanza sempre più grande e l'urologia rappresentò il capitolo fondamentale del sapere medico di allora. Fra i numerosi studiosi che si occuparono principalmente di questo argomento, ricordiamo Giovanni Attuario, Rasis, Avicenna, Mauro Salernitano ed Isaac l'Ebreo che sostenne la teoria umorale, con la concezione delle tre digestioni e dei loro prodotti residui. Secondo questa scuola di pensiero, che si ricollegava a Galeno, la natura col suo calore digerisce i cibi e le bevande in tre sedi successive: stomaco, fegato ed organi; dal sangue si forma poi la parte acquosa dell'urina e dai residui della terza digestione (quella che si svolge nei vari organi) il sedimento, che però passa dal fegato prima di arrivare ai reni.

Nei medici seguaci della scuola salernitana, l'uroscopia fu poi curata con particolare interesse, giungendo però anche ad eccessi, minuziose trattazioni, fini disquisizioni teoriche, con suddivisioni arbitrarie e fantastiche.

Quattro erano gli elementi da valutare accuratamente: il colore, la sostanza, la quantità ed il residuo; inoltre, a seconda di come si presentava nel vaso in cui era raccolta, si metteva in rapporto con una regione del corpo e così un intorbidamento nella parte superiore significava una malattia della testa, mentre invece se presente nella parte inferiore, una affezione degli organi genitali o della vescica. Nella terapia, si giunge anche a farla bere, per curare svariate affezioni.

Gilles de Corbeil, vissuto nel XII secolo, fu uno dei più famosi medici del suo tempo, autore di un poema, *De urinis*, che per molto tempo fu ritenuto testo fondamentale per questa materia. Egli ne descrisse 20 diversi colori, dal pallido, al nero e al rossastro, che mise in rapporto alle varie malattie dell'organismo. Nella seconda parte della sua opera tratta poi del contenuto presente nelle urine (anelli, bolle, grani, schiuma, sangue ecc.), importante per conoscere le svariate situazioni patologiche.

Molto nota fu a quei tempi anche la "ruota delle urine", la rappresentazione illustrata cioè di una serie di matule (il recipiente adatto a raccogliere) disposte circolarmente e colorate con i 20 colori possibili, come è presente nel famoso *Fasciculis medicinae* stampato nel 1494. A riprova che le urine erano quasi l'emblema della medicina, si ricorda che gli artisti del primo Rinascimento, per indicare una malattia o il medico, ricorrevano a rappresentare questi contenitori.

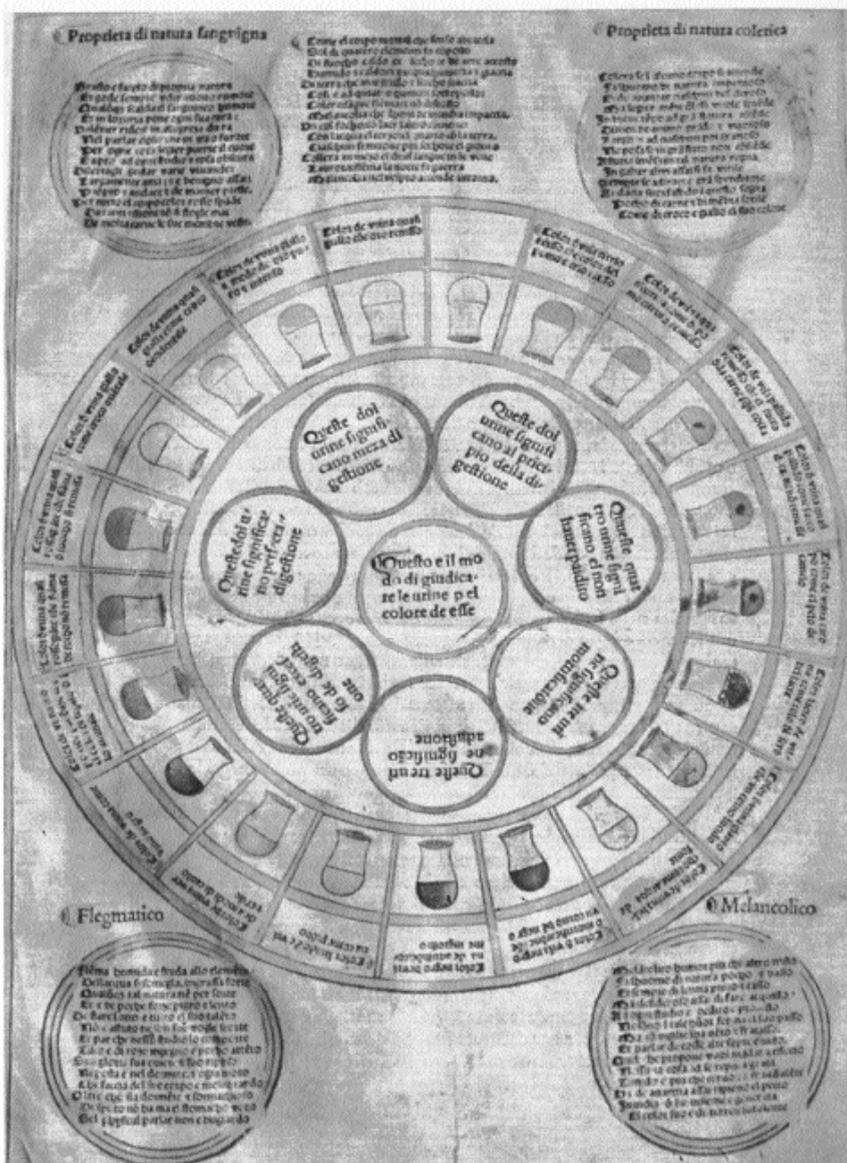


S. Cosma e S. Damiano che esaminano le urine

E così i santi Cosma e Damiano, antichi patroni di medici e chirurghi, sono spesso raffigurati con questo vaso fra le mani.

Nuovi orizzonti si aprono nella nefrologia con i grandi progressi realizzati nel Rinascimento specie nel campo anatomico e così furono rese note tante scoperte ed utili realtà. La diuresi ha per modello un filtro che divide in due i reni: la parte superiore, nella quale si trova il sangue, e l'inferiore nella quale passano per colatura le sierosità superflue, per poi essere espulse in vescica. In questo settore molto importanti furono i contributi apportati da Bartolomeo Eustachio, che nel suo libro *De renibus* illustrò i vasi di questo organo e per primo mise in evidenza tre sostanze nel parenchima, notando anche i tubuli renali, anche se in modo approssimativo.

Altri Autori che nel XVI secolo si interessarono di nefrologia, ricordiamo Nicolò Massa, Realdo Colombo, Giovanni Argentiero, Prospero Alpino, Girolamo Mercuriale e Paracelso, propugnatore della dottrina chimica del corpo umano e della distillazione delle urine da effettuare in un alambicco a forma antropoide, correlato alle parti dell'organismo. In questa prima fase, al fervore di nuovi studi in campo anatomico non corrispose ancora un ugual approfondimento in merito alla fisiologia della secrezione urinaria, che avverrà invece nei due secoli successivi.



La ruota delle urine, Fasciculus medicinae

Regione: come accedere alle delibere

www.regione.toscana.it
 banche dati
 organizzazione attività ente
 atti giunta formato PDF
 atti giunta
 accesso pubblico
 inserire i dati della delibera.
 Per accesso diretto si può utilizzare:

<http://www.regione.toscana.it/ius/ns-attinew/?Mlval=pag2a&accesso=1>

Delibera n. 61 del 02.02.2004
 Percorso assistenziale grandi obesi.

Delibera n.86 del 09.02.2004
 A.C.N. Pediatria di libera scelta
 DPR 272/2000 ex art 12-Recepimento pareri Comitato Regionale.

Delibera n. 93 del 09.02.2004
 Istituzione Osservatorio Regionale sulla qualità e sugli esiti delle cardiocirurgie toscane.

Delibera n. 116 del 16.02.2004
 O.T.T. (Organizzazione Toscana Trapianti) formazione personale impegnato nel processo donazione-trapianto. Approvazione disciplinare e programma 2004.

Delibera n. 157 del 23.02.2004
 Intesa tra Regione Toscana, Aziende Sanitarie e rappresentanti sanità privata per la contrattazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali a carico del SSR.

Delibera n. 159 del 23.02.2004
 Assistenza sanitaria ai soggetti affetti da diabete mellito.

Delibera n. 181 del 01.03.2004
 Acquisizione, produzione e distribu-

zione di farmaci: modelli innovativi-Sperimentazione-Schema protocollo di intesa fra regione Toscana e Agenzia industrie difesa-stabilimento chimico farmaceutico militare.

Delibera n. 184 del 01.03.2004
 O.T.T. (Organizzazione Toscana Trapianti): Programma donazione organi e tessuti anno 2004.

Delibera n.232 del 15.03.2004
 Medicina dello Sport, programma triennale per i controlli antidoping di cui all'art. 8 comma 2 ,della legge regionale 9 luglio 2003, n.35.

Delibera n.260 del 22.03.2004
 L.R .8/99, art. 7 – Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio di studio professionale

Delibera n. 262 del 22.03.2004
 Istituto Toscano Tumori - percorso assistenziale – Il sistema di accesso/accoglienza.

Delibera n.268 del 22.03.2004
 "Registro regionale donatori di midollo osseo". Determinazioni.

Delibera n.293 del 29.03.2004
 Pronto Soccorso – Misure urgenti per il contenimento dei tempi di attesa e strategie per un percorso alternativo sul territorio.

Delibera n.295 del 29.03.2004
 Spesa farmaceutica territoriale 2004 – Direttive alle aziende sanitarie toscane.

Delibera n. 301 del 29.03.2004
 Determinazioni in merito all'attuazione del Progetto "Promozione degli interventi di salute nei confronti degli anziani nel periodo estivo"

Delibera n. 322 del 05.04.2004
 Direttive alle Aziende UU.SS.LL per i servizi stagionali di assistenza sanitaria ai villeggianti nelle località turistiche della Regione Toscana. Estate 2004.

Delibera n. 402 del 26.04.2004
 Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P. S. R. 2002/2004-05-25 di cui alla delib. C.R.T. n. 60/2002 e rideterminazione della quota Capitaria sanitaria nelle R. S. A.

Delibera n. 436 del 10.05.2004
 Istituto Toscano Tumori – Percorso assistenziale del paziente oncologico in fase terminale – sistema di dimissione ospedaliera – Procedure e modalità operative.

Artrite reumatoide: arrivano i “biologici”

L’artrite reumatoide è una malattia sistemica cronica che colpisce soprattutto le articolazioni e che per il carattere progressivo, l’impatto disabilitante e gli elevati costi sociali diretti e indiretti necessita un adeguato approccio diagnostico e un precoce intervento terapeutico.

La progressione radiografica del danno articolare può verificarsi infatti rapidamente e precocemente: il 70% dei paz con AR presenta segni rx di danno articolare entro i primi 3 anni e la metà dei paz presenta difficoltà a eseguire le comuni attività della vita quotidiana entro 2 anni dall’esordio della malattia; il 60-70% va incontro a disabilità lavorativa entro 5 anni.

Il trattamento con farmaci capaci di modificare la storia naturale della malattia (disease modifying anti-rheumatic drugs, DMARDs) dovrebbe essere avviato il prima possibile una volta stabilita la diagnosi, poiché studi clinici hanno evidenziato che il trattamento effettuato in fase precoce può prevenire, ritardare o ridurre il danno articolare la perdita funzionale e la disabilità.

I farmaci comunemente utilizzati sono stati inizialmente la clorochina, la salazopirina, i sali d’oro, successivamente il methotrexate, la ciclosporina e ancora più recentemente la leflunomide.

Fino a pochi anni fa la tendenza era quella di utilizzare uno solo di questi farmaci alla volta partendo generalmente da quello meno potente e meglio tollerato per passare poi in caso di inefficacia a quelli più potenti. Più recentemente c’è stato un ribaltamento di questo modo di procedere nel senso che attualmente la tendenza è quella di utilizzare (specialmente nelle persone giovani e con forme più aggressive) i farmaci più potenti il più precocemente possibile anche come prima scelta, ricorrendo talora anche alla associazione di 2 e anche 3 farmaci contemporaneamente (metotrexate+ciclosporina; salazopirina+ clorochina+methotrexate). Scopo di tale strategia è quello di agire prima che la malattia abbia provocato danni gravi e irreversibili.

Il controllo della progressione della malattia non sempre si mantiene nel tempo e ciò rende spesso necessaria una riprogrammazione terapeutica, risulta quindi indispensabile disporre di farmaci sempre nuovi.

Gli enormi progressi degli ultimi 10-15 anni sulla conoscenza dei meccanismi fisiopatologici e patogenetici dell’artrite reumatoide e in particolare al ruolo centrale svolto da alcune citochine quali il TNF e l’IL1, hanno portato allo sviluppo di una nuova classe di farmaci denominati “biologici”. Si tratta di molecole realizzate grazie ai processi dell’ingegneria genetica e molecolare in grado di interferire in modo selettivo con bersagli cellulari e umorali della risposta immune dell’artrite reumatoide inibendo selettivamente alcune citochine pro-infiammatorie.

Quelli attualmente disponibili nella pratica clinica sono un anticorpo monoclonale chimerico (75% umano, 25% murino) anti-TNF (Infliximab); recettori solubili ricombinanti umani del TNF coniugati con FC di IgG (Etanercept) e l’antagonista ricombinante umano del recettore dell’IL1 (Anakinra). A tutt’oggi, in tutto il mondo, sono oltre 300.000 i pazienti sottoposti a trattamento con anti-TNF (infliximab e etanercept) e alcune migliaia sono i pazienti già in terapia con antagonisti dell’IL-1 (anakinra) la cui approvazione per l’impiego nell’artrite reumatoide è stata ratificata dalla FDA nel 2001 ed è in commercio in Italia dal 2003.

Per tali farmaci è prevista la prescrizione e la rimborsabilità solo nei Centri Regionali di Riferimento Specialistici.

L'introduzione dei farmaci biologici ha rappresentato un importante passo avanti nella terapia dell'AR, tali farmaci infatti hanno dimostrato di essere efficaci non solo nel controllare i segni e i sintomi dell'AR ma anche nell'arrestare la progressione del danno strutturale migliorando significativamente la funzionalità e la qualità di vita dei pazienti già nel breve termine.

L'impatto che l'immissione sul mercato di questi nuovi farmaci potenti ed efficaci (come attestano numerosi studi) ha determinato comunque molte problematiche riguardanti in particolare 1) la necessità di individuare la loro esatta collocazione nell'ambito delle strategie terapeutiche e gestionali nei pazienti affetti da AR 2) la necessità di una attenta e prudente verifica della sicurezza nel tempo e del rapporto costi/benefici.

Al momento resta infatti da stabilire in modo definitivo quale sia il più corretto algoritmo decisionale relativo all'impiego dei farmaci biologici: è conveniente utilizzarli su larga scala o esistono alternative terapeutiche altrettanto valide nel lungo termine? Quando è conveniente utilizzarli, in quale fase di malattia, a quali dosaggi, per quanto tempo, in quali pazienti?

Attualmente l'indicazione della Società Italiana Reumatologia prevede l'utilizzo di tali farmaci esclusivamente nei soggetti parzialmente responsivi o non responsivi a almeno due farmaci di fondo tradizionali ed in particolare, Methotrexate.

Dato che tali farmaci interferiscono con importanti funzioni di sorveglianza immunologia nei confronti soprattutto delle infezioni e dell'oncogenesi (non mancano al riguardo alcune segnalazioni sulla possibile riattivazione di infezioni tubercolari, sulla più facile comparsa di nuove infezioni opportunistiche e non), è indispensabile un rigoroso e attento monitoraggio. L'esclusione di pazienti con neoplasie recenti o precedenti specifici non adeguatamente trattati, ed i pazienti a rischio di infezioni, sembra al momento la migliore strategia per utilizzare in modo sicuro e appropriato tali farmaci.

Infine, poiché si tratta di farmaci molto costosi è necessaria anche una ponderata valutazione anche in termini di rapporto costi/benefici. La limitata esperienza nel loro impiego oltre alla difficoltà e alla scarsa attendibilità dei tentativi di trasferire i dati delle esperienze di altri paesi senza tener conto del diverso contesto sociosanitario, rendono difficile esprimere un giudizio farmacoeconomico attendibile che potrà essere valutato solo nel lungo termine.

Curare e prendersi cura: le strutture intermedie territoriali

Nell'ambito della XIV settimana oncologica, l'Associazione Oncologica Pisana "P. Trivella" ha organizzato un convegno con gli operatori sanitari del settore, per fare il punto sull'assistenza al paziente oncologico e sui bisogni ancora da soddisfare. Nella relazione introduttiva, L'AOPI ha sottolineato che occorre tener presente che in questi ultimi 40 anni il tasso di invecchiamento nella Provincia di Pisa è aumentato di ben 3 volte e mezzo rispetto al dato nazionale. Gli anziani sopra i 65 anni sono il 27% della popolazione in Val di Cecina e il 21% in Valdera e a Pisa. Accanto ad una forte presenza di anziani autosufficienti sopra ai 65, c'è una consistente fascia di anziani di oltre 75 anni, spesso non più autosufficienti, che vivono perlopiù in una famiglia di due componenti in età avanzata o da soli. L'incidenza percentuale dei nuovi casi di tumore nella zona pisana è omogenea con il dato nazionale.

Questo dato va valutato tenendo presente che oggi noi abbiamo più possibilità di cura per i pazienti oncologici e che questo vuol dire più malati che si devono sottoporre a cure costanti, lunghe e particolarmente debilitanti. Sia che le terapie sfocino nella guarigione, sia che producano uno stato di cronicità, le terapie antitumorali hanno comunque un effetto altalenante sulla quotidianità dei pazienti, donne e uomini, protagonisti di una lotta che coinvolge il loro corpo e la loro mente. Essi alternano fasi profondamente depressive dal punto di vista fisico e psichico a fasi in cui si sentono in perfetta salute. In conclusione, il quadro con il quale ci si deve confrontare è quello caratterizzato da pazienti cronici, con una situazione di salute altalenante, anziani e spesso soli o con una famiglia che non può occuparsi di loro a tempo pieno.

Quale qualità di vita possiamo garantire? Come possiamo prenderci cura di queste persone?

Il primo compito di noi volontari è quello di divenire portavoce dei pazienti oncologici e dei loro familiari, nella loro richiesta del diritto di riappropriarsi, nonostante la malattia, di una vita il più possibile normale. Continueremo quindi, sia a livello locale che a livello nazionale, a stimolare le istituzioni, le società scientifiche, le altre associazioni, per attivare sinergie e soluzioni che facilitino nel modo più uniforme possibile percorsi di cura e di riabilitazione del paziente oncologico.

Nello spirito innovativo della zona pisana come territorio sperimentale per la Società della Salute, ben si colloca l'esperienza sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per il paziente oncologico in fase critica. Dal 2001 l'Associazione si è fatta carico di un medico di appoggio al personale dell'ADI, che affianca il medico curante ogni qual volta questo ne faccia richiesta. Questo tipo di assistenza risponde bene ai bisogni dei pazienti che vivono in una famiglia in grado di assisterli. Ma, per le considerazioni sopra esposte, per quei pazienti che sono soli o che vivono con un partner molto anziano, sono necessarie altre strutture del territorio che permettano un'assistenza personalizzata e umana che sostituisca o

integri la famiglia. E' questo il tipo di risposta che anche i medici di famiglia della FIMMG si sentono di dare, attraverso il potenziamento degli Ospedali di Comunità e tramite forme associative tra medici che garantiscano una presenza continua sul territorio, anche durante le festività. L'hospice, di prossima apertura in Pisa, dovrebbe essere un ulteriore strumento che va nel senso sopra indicato.

Sulla linea positiva dell'esperienza dell'ADI, l'AOPi si fa portavoce della necessità di estendere il sostegno alla assistenza domiciliare, con una maggiore interazione Ospedale-Domicilio anche per pazienti oncologici non in fase critica. I dipartimenti integrati ospedalieri/universitari, attraverso i Gruppi Oncologici Multidisciplinari, rivestiranno un ruolo importante nell'organizzare percorsi terapeutici standardizzati per i malati oncologici, per poter rispondere tempestivamente, con iter terapeutici appropriati e omogenei. Il follow-up sarà a cura del Centro Oncologico di Riferimento che è struttura della USL. Il neo costituito Istituto Toscano Tumori ha funzione scientifica di validazione delle linee-guida e nello stesso tempo compiti di coordinamento della attività assistenziale a livello regionale.

Grande attenzione viene data dal Dipartimento Ospedaliero-Universitario alla organizzazione di un luogo di prima "accoglienza" (ex CORD) per chi teme di aver un tumore. Qui, anche attraverso un telefono dedicato (050 992853, 0587 273412), si potranno avere appuntamenti ed informazioni e, dopo un esame collegiale, l'impostazione di un iter diagnostico terapeutico.

Ma non si tratta solo di prevedere strutture in cui fare terapie; oggi è necessario "prenderci cura" del paziente nella sua interezza. Occorre quindi porre la massima attenzione al dolore del paziente che non deve essere più considerato come un sintomo ma come una vera e propria malattia. È necessaria perciò una nuova cultura, non solo nella formazione dei medici ma anche nel modo di pensare delle persone.

Se il Dipartimento Universitario-Ospedaliero è la risposta organizzativa al bisogno di "prenderci cura" a livello ospedaliero, a livello di territorio la risposta organizzativa è quella del Distretto, all'interno del quale vengono coordinate tutte le competenze medico sociali di cui il malato oncologico ha bisogno.

Anche se i risultati raggiunti a livello distrettuale sono considerevoli, occorre continuare a lavorare per migliorare le prestazioni. Un anello debole è rappresentato dalla comunicazione: risposte appropriate potranno aversi solo se ci sarà a domicilio la cartella clinica del paziente. Il medico di medicina generale non sarà più un trascrittore di richieste di esami o di farmaci se potrà leggere in rete la cartella clinica del paziente dimesso dall'Ospedale. Solo in questa maniera si potrà continuare a lavorare in una stretta collaborazione tra associazioni, istituzioni e mondo scientifico, per migliorare la qualità dei servizi.

Cure palliative, sedazione terminale ed eutanasia sono stati i temi trattati dai numerosi studiosi intervenuti alla tavola rotonda che ha concluso il convegno.

Banking di sangue placentare: iniziata la raccolta in Area Vasta

Recentemente l'UO Immunoematologia II dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana diretta dal Dr. Fabrizio Scatena, ha ricevuto l'autorizzazione Regionale per la criopreservazione del sangue del cordone ombelicale; questo darà alle tante mamme che lo richiedevano, l'opportunità di donare il cordone, che fino a poco tempo fa veniva eliminato subito dopo il parto, perché ritenuto un prodotto di scarto.

Il prelievo di sangue da cordone è un procedimento semplice e del tutto innocuo per la mamma e per il bambino; qualsiasi mamma sana può donare con l'unico obbligo di sottoporsi prima e dopo il parto ad un percorso sanitario teso a rilevare l'idoneità fisica alla donazione, consistente in visite mediche ed esami di laboratorio, in analogia a quanto avviene per la normale donazione di sangue; l'obiettivo di questi controlli rigorosi è quello di garantire una unità di sangue placentare efficace e sicura, anche dal punto di vista infettivologico al potenziale ricevente. Il sangue cordonale, opportunamente trattato, può essere conservato per molti anni ed essere disponibile anche in caso di richieste provenienti da paesi molto lontani.

Il motivo di tanto interesse per il sangue placentare è legato al fatto che esso contiene molti progenitori indifferenziati, le cellule staminali, che sono in grado di colonizzare il midollo osseo e riprodursi dando origine ai diversi elementi del sangue. Nei casi pediatrici si è addirittura dimostrato idoneo per sostituire il trapianto di midollo osseo che, come è noto, rappresenta attualmente la terapia di elezione in numerose patologie congenite e neoplastiche. Attualmente, la possibilità di effettuare il trapianto di midollo è vincolata alla disponibilità di un donatore HLA compatibile con il paziente, evento che si verifica con una frequenza del 25% tra fratelli, ma che diminuisce a circa 1:100.000 in soggetti non consanguinei. La relativa immaturità immunologica delle cellule funicoari sembra inoltre essere in grado di superare le tradizionali barriere di compatibilità, permettendo di effettuare trapianti anche tra soggetti non perfettamente identici, fino a 4 alleli HLA identici su un totale di 6.

La prima esperienza clinica di trapianto di sangue placentare risale al 1988; l'intervento fu eseguito a Parigi dall'equipe di Gluckman, in un paziente affetto da anemia di Fanconi, utilizzando i precursori emopoietici contenuti nel sangue del cordone ombelicale donato alla nascita da un fratello sano del paziente. Negli anni seguenti furono eseguiti i primi trapianti da donatori non consanguinei. Queste esperienze cliniche di trapianto di sangue placentare, hanno aperto la strada all'attività di criopreservazione e bancaggio.

Per incrementare la disponibilità di questa eccezionale risorsa è stata data l'autorizzazione all'attività di processazione e crioconservazione di unità di sangue placentare alla Banca di Cellule e Tessuti della U.O. Immunoematologia II di Cisanello, anche in considerazione di un percorso clinico diagnostico consolidato che al suo interno era già disponibile; infatti nella varie fasi di accettazione stoccaggio e distribuzione intervengono tutta una serie di eventi quali la visita di idoneità alla donazione, la validazione virologica, la determinazione del gruppo sanguigno, la tipizzazione HLA, la vitalità cellulare e la conta delle cellule staminali CD34+, che sono strettamente connessi tra loro e che fanno parte delle attività in atto presso questa struttura. Il sangue placentare quindi, una volta prelevato nei vari punti nascita dell'area vasta, viene inviato presso la U.O.

Immunoematologia II di Cisanello dove trova un percorso completo di qualificazione biologica e di idoneità che termina con il bancaggio nei contenitori ad azoto liquido a -196°C . Successivamente verrà reso disponibile ai fini trapiantologici nei circuiti nazionali e internazionali.

Accanto a questa attività di tipo prevalentemente assistenziale, lo sviluppo che caratterizza la Banca di Cellule e Tessuti di Pisa, e che la distingue dalla maggior parte delle strutture analoghe presenti sul territorio nazionale, è sicuramente rappresentato dalla dotazione di una "camera bianca"; si tratta di un locale sterile, a pressione positiva in cui viene controllata la contaminazione particellare e che è costruito in modo da ridurre al minimo l'introduzione, la generazione e la ritenzione di particelle. Strutture di questo tipo sono, in base alle più recenti normative, indispensabili per operare nel settore della manipolazione cellulare a scopo terapeutico.

Quest'ultimo aspetto proietta la struttura nei più moderni sviluppi della ricerca medica, visto il grande interesse che esiste per l'espansione e la differenziazione delle cellule staminali, per la generazione di cellule dendritiche e per la proliferazione di linfociti citotossici.

Sotto questo aspetto la Banca di Sangue Cordonale rappresenta un grande atto di coraggio e di fiducia da parte della Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, che vuole non solo garantire gli elevati standard assistenziali abituali, ma anche investire nella ricerca e nello sviluppo per essere pronta ad affrontare le tematiche che la Medicina moderna proporrà.

La Foniatria a Pisa, verso il futuro

Le radici della Foniatria italiana intesa come scienza medica che si interessa della fisiologia e della patologia della comunicazione umana si trovano in Padre Agostino Gemelli che, fondatore dell'Università Cattolica di Milano e della Società Italiana di Fonologia, Fonetica e Foniatria, diede a tale Società una impostazione soprattutto linguistica.

Dal 1971-72 la Clinica Otorinolaringoiatria di Pisa diviene pronta ad intervenire, con il suo giusto peso, nella diagnosi e nel trattamento terapeutico di tutti i disturbi relativi alla comunicazione verbale e non verbale.

Al momento la U.O. di Otorinolaringoiatria e Foniatria dell'Università di Pisa, oltre ad interessarsi della patologia di competenza strettamente ORL, focalizza la sua attenzione clinica su alcuni aspetti di patologia foniatrica che si ritengono più attinenti alla disciplina Otorinolaringoiatria: La diagnosi e la terapia delle Sordità Infantili, delle disfonie dell'adulto e del bambino ed infine di tutta la patologia disfagica.

Il lavoro clinico, diretto dal sottoscritto, viene seguito, con le relative responsabilità, dal Dott. Fabio Matteucci, dal Dott. Bruno Fattori, dal Prof. PierLuigi Ghilardi ed infine dal Dott. Andrea Nacci borsista universitario.

Il Servizio di Audiologia Infantile e Foniatria della U.O. ORL 3°, in collaborazione con la U.O. di Neonatologia, esegue uno Screening Audiologico sistematico di tutti i neonati, dalla 48° ora di nascita alla 5° giornata di degenza ospedaliera utilizzando metodologie strumentali indagative ed obiettive quali le Otoemissioni acustiche.

Gli screenings audiologici neonatali devono identificare i soggetti ipoacusici al fine di mettere in atto un trattamento capace di curare il deficit uditivo o, in alternativa, ritardarne l'evoluzione o limitarne i possibili danni. Tutti i neonati che, da questa prima valutazione, presentano un sospetto di sordità vengono, in un secondo momento, sottoposti ad indagini acustiche funzionali più selettive (audiometria comportamentale e potenziali evocati acustici) al fine di confermare o meno l'esistenza di una ipoacusia già dai primi mesi di vita e determinarne il tipo e la sua entità.

In tutti i casi in cui viene diagnosticata una sordità neurosensoriale grave o profonda, che possa prevedere una ridotta o impossibile acquisizione del linguaggio, si procede all'applicazione di una protesi acustica secondo criteri audiologici oggi universalmente accettati.

Nei casi invece di scarsa resa protesica, quando cioè il bambino è affetto da un deficit acustico profondo o totale, si procede, secondo criteri di selezione che appartengono a protocolli ormai standardizzati, ad impianto cocleare.

L'impianto cocleare, oggi multicanale, non è una protesi acustica bensì un vero e proprio organo sensoriale artificiale che si sostituisce alla coclea patologica ed il paziente che lo usa, di fatto, per lo meno nella comune accezione del termine, non è più considerato un soggetto sordo. Gli impianti cocleari rappresentano, oggi, la più importante innovazione tecnologica raggiunta per quanto riguarda il trattamento chirurgico delle sordità infantili invalidanti e prevedono per questo, di necessità, una programmazione di terapia logopedica che sfrutti la precedente esperienza acustica, ottenuta nella fase della protesizzazione, e utilizzi al meglio le nuove abilità acustiche raggiunte con l'impianto cocleare.

Bambino con
Impianto
Cocleare
applicato



L'esperienza foniiatrica-logopedica, finora maturata, ci permette di affermare che si possono ottenere risultati eccellenti, molto rapidamente, nel bambino sordo profondo o totale impiantato precocemente.

La deglutizione è un processo fisiologico di particolare complessità e delicatezza, che negli ultimi anni ha risvegliato in tutto il mondo un profondo e rinnovato interesse clinico. Si deve premettere, inoltre, che all'allungamento della vita media della popolazione, che oggi presenta una rilevante percentuale di anziani, alla diffusione di nuove, validissime tecniche chirurgiche con inevitabili riflessi disfunzionali sulle prime vie aerodigestive e, più in generale, alla stessa maggiore attenzione al problema deglutitorio da parte del mondo medico, ha corrisposto un aumento significativo dell'incidenza dei casi di patologia disfagica.

Il nostro approccio diagnostico alle disfagie si basa, oltre sull'ancora oggi valido fondamento dell'esame anamnestico e clinico del paziente, su tecniche di imaging che hanno contribuito ad indubbi miglioramenti nell'inquadramento clinico dei disturbi della deglutizione. Fra le metodiche più utilizzate ricorderei l'endoscopia a fibre ottiche, l'ecografia ed in particolare la videofluoroscopia. Inoltre recentemente, in collaborazione con L'U.O. di Medicina Nucleare dell'Azienda Ospedaliera Pisana, diretta dal prof. G. Mariani, abbiamo messo a punto una metodica scintigrafica, basata sull'assunzione di un bolo di materiale liquido, semisolido o solido radiomercato che permette uno studio semiquantitativo delle varie fasi della deglutizione. E' l'unica indagine che permette non solo di identificare la sede della disfagia, ma anche di analizzare i tempi di transito del bolo nei distretti oro-faringo-esofagei e quantizzare l'entità del bolo residuo o aspirato a livello tracheo-bronchiale.

L'U.O. 3° Otorinolaringoiatria-Foniatria Universitaria si interessa, oltre dell'inquadramento clinico e logopedico-rieducativo delle varie forme di disfagia (disfagia atipica, neurogena, disfagia in corso di scialopatie, presbifagia, ect.), anche dei problemi sollevati da alcune più recenti tecniche chirurgiche oncologiche delle prime vie aerodigestive come gli interventi di laringectomia ricostruttiva che possono determinare alterazioni della deglutizione che necessitano di un corretto inquadramento ed intervento riabilitativo.

Altro ambito di interesse specifico sono le disfonie. Si tratta di alterazioni qualitative e quantitative della voce parlata o cantata (disodie), conseguenti ad una modificazione strutturale e/o funzionale di uno o più organi coinvolti nella sua produzione o ad inadeguatezza delle relazioni dinamiche fra le varie componenti dell'apparato pneumo-fonatorio.

Una patologia emergente è rappresentata dalle laringiti croniche con disfonia, da reflusso gastro-esofageo, una malattia quest'ultima che colpisce il 20% della popolazione e che presenta stretti legami con il modello della vita occidentale (stress ed alimentazione eccessiva e sbagliata).

L'indagine foniiatrica è incentrata sull'esame laringostroboscopico che permette di analizzare nei dettagli le caratteristiche fisiologiche e patologiche della vibrazione glottica, che si basano sulla teoria muco-ondulatoria (Figura Kay). Ricca di implicazioni e di innovazione è anche la tecnologia di rilevazione di numerosi parametri fonatori come lo spettrogramma, il fonetogramma, lo studio dei parametri aerodinamici ed elettromiografici, che aprono orizzonti di insospettabile ampiezza nella ricerca sulla voce e nella valutazione delle disfonie.

La nostra U.O. esegue oltre 1000 valutazioni l'anno clinico-strumentali di tipo foniatico, per patologie sia organiche, che funzionali della voce, a cui seguono trattamenti terapeutici chirurgici e/o rieducativi logopedici. Fra le varie tecniche di fonochirurgia da noi eseguite, sottolineiamo l'importanza dell'intervento di Tiroplastica di tipo I, che trova indicazione nelle insufficienze glottiche, ed in particolare nelle paralisi mono o bilaterali di varia origine, anche iatrogena (chirurgia della tiroide, del polmone, etc.). E' una tecnica chirurgica in grado di determinare una netta riduzione dello spazio glottico, con risultati brillanti sia sul piano anatomico, sia funzionale, che noi eseguiamo in anestesia locale, inserendo una piccola protesi in Sylastic premodellata (protesi di Montgomery), attraverso una finestra aperta nella cartilagine tiroidea, sotto diretto controllo laringostroboscopico. (Figura 3).

Nei disturbi della comunicazione non trattabili chirurgicamente, come le dislalie organiche e funzionali, le disfluenze, le disartrie e anartrie, i disturbi della voce cantata ed artistica, i disturbi dell'apprendimento e di lettoscrittura, eseguiamo programmi riabilitativi specifici, sotto la guida della nostra équipe logopedica.

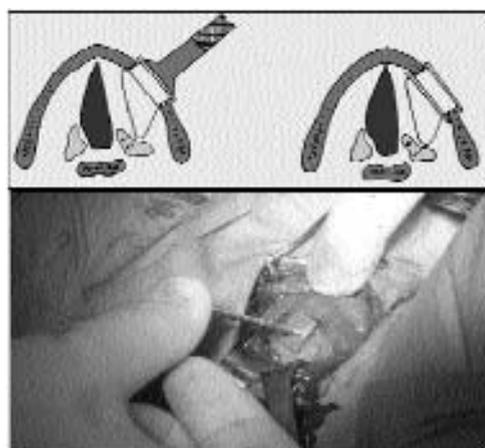


Figura 3: tiroplastica



Chirurgia e consenso informato: un equilibrio ancora difficile

Germania, 1894: il Tribunale dell'Impero annullava una sentenza assolutoria, pronunciata per un medico il quale aveva praticato la resezione di un ginocchio, affetto da tubercolosi articolare, a un fanciullo, contro la volontà del padre. L'intervento fu considerato illecito, perché "salvo casi urgenti, un atto operatorio deve essere autorizzato dal paziente o dai suoi". In effetti l'art. 223 del Codice Penale Germanico comminava sanzioni penali al medico per lesioni personali volontarie, se egli interveniva senza il necessario consenso del paziente o del suo tutore. Lo stesso anno, nel commentare questa sentenza, un medico legale tedesco, il Thiersch, ne approvava il principio ispiratore, ma contestava poi che un intervento operatorio potesse essere considerato come lesione personale nel senso della legge penale. Ma certo, ammetteva l'autore, "se questi interventi medici non dovessero rientrare tra le lesioni personali, vi sarebbe una lacuna nella legge ed essi non verrebbero mai puniti." (Da F. Strassmann: "Manuale di Medicina Legale" tradotto da M. Carrara. UTET, Torino, 1901).

New York, 1914: la Sig.ra Schoendorff citava in giudizio la Society of New York Hospital perché, nel corso di una laparotomia che doveva essere solo esplorativa, il chirurgo, riscontrata la presenza di un tumore, aveva deciso di asportarlo senza avere ottenuto il preventivo consenso. Nell'occasione, il giudice Cardozo stabilì la regola, secondo cui "ogni essere umano adulto e sano di mente ha diritto di decidere cosa può essere fatto sul suo corpo, e un chirurgo che esegue un'operazione senza il consenso del paziente commette battery [violenza privata] per cui è tenuto al risarcimento". Codesta sentenza pose le basi della dottrina del consenso informato nel diritto statunitense.

Italia, 1992: la Corte di Cassazione confermava la condanna del chirurgo che aveva eseguito un intervento di resezione totale del retto, con istituzione di ano preternaturale (intervento nei confronti del quale la paziente aveva espresso un preventivo dissenso), anziché quello concordato di asportazione transanale di adenoma villosa, in assenza di necessità ed urgenza terapeutica che potessero giustificare un così drastico cambiamento intraoperatorio di programma. "Il chirurgo che in assenza di necessità ed urgenza terapeutiche, sottopone il paziente ad un intervento operatorio di più grave entità rispetto a quello meno cruento e comunque di più lieve entità del quale lo abbia informato preventivamente e che solo sia stato da quegli consentito, commette reato di lesioni volontarie, irrilevante essendo sotto il profilo psichico la finalità pur sempre curativa della sua condotta, sicché egli risponde del reato di omicidio preterintenzionale se da quelle derivi la morte." (Cass Sez. V Pen. 5693/92).

La sentenza del 1992 si riferisce ad una fattispecie simile a quella decisa dal giudice Cardozo nel 1914 (intervento diverso dal concordato, con malato ormai reso incosciente dall'anestesia) ed afferma del pari un simile principio: il consenso del paziente ha ruolo legittimante nei confronti dell'atto medico rivolto alla tutela della salute di costui. Ma mostra pure singolari somiglianze con l'altra sentenza del Tribunale Imperiale Germanico del 1894 per ciò che concerne la pena inflitta. E, come la lontana sentenza germanica, anch'essa ha determinato gravi preoccupazioni dei medici e forti contrasti tra i giuristi. Senza voler addentrarsi nel campo del diritto, che è fuori delle competenze del medico legale, si può ricordare che in sede dottrina si è sostenuta la tesi che l'intervento chirurgico non consentito costituisca una violazione del diritto di autodeterminazione: e perciò dovrebbe

essere ricondotto tra i delitti contro la libertà morale della persona (in particolare, violenza privata: art 610 cp) e non già tra i delitti contro la vita e l'incolumità individuale (art 582 cp: lesioni personali volontarie – art 584 cp: omicidio preterintenzionale). Il punto debole di questa tesi è che l'art 610 cp richiede il presupposto dell'aver agito con violenza o minaccia, difficilmente riscontrabile nell'attività medico-chirurgica. Ad ogni modo, di là dalle contrastanti argomentazioni giuridiche, ripugna al comune sentire la conclusione della Suprema Corte che qualifica la morte conseguente all'intervento non consentito come omicidio preterintenzionale, un delitto tra i più gravi del nostro ordinamento, punito con la pena della reclusione da 10 a 18 anni.

Per quasi un decennio l'orientamento della giurisprudenza della Corte di Cassazione e dei giudici di merito è sembrato mantenersi aderente ai principi enunciati dalla sentenza richiamata. Negli ultimi anni, tuttavia, la Cassazione pare essersene distaccata. Sicchè, allo stato, una soluzione unitaria e convincente del problema delle conseguenze penali del trattamento chirurgico non consentito non appare ancora matura.

Riguardo ai nuovi orientamenti, cui si è accennato, una prima sentenza da considerare è la n° 585/2001 della IV Sezione Penale. Questo il fatto. Una paziente fu sottoposta, secondo quanto convenuto, a intervento chirurgico per l'asportazione di una cisti ovarica. Nel corso dell'intervento, però, venne inaspettatamente accertata la presenza di una grossa massa tumorale, che il chirurgo decise di rimuovere insieme all'utero, sebbene non ricorressero situazioni di urgenza e non fosse stato acquisito a riguardo un preventivo consenso. Sfortunatamente, durante l'esecuzione furono recisi i vasi iliaci esterni e lesi anche i vasi ipogastrici, con conseguente decesso della donna. L'accertamento peritale riconobbe la grave imperizia del chirurgo. Rispetto al caso del 1992, la differenza principale consiste nella circostanza che la patologia riscontrata in sede operatoria era inattesa (anzichè già ben nota) e che la paziente, pur non avendo prestato un "consenso allargato" (autorizzando il chirurgo a procedere secondo il suo giudizio, in caso di "sorprese" operatorie), non aveva neppure opposto un preventivo dissenso riguardo allo specifico atto chirurgico che poi fu intrapreso.

La Corte, ribaltando l'interpretazione a suo tempo data degli artt 582 e 584 cp (lesioni personali volontarie e omicidio preterintenzionale), ha così sentenziato: "L'omicidio preterintenzionale è configurabile solo in caso di condotta intenzionalmente diretta a provocare delle lesioni personali, che involontariamente provoca la morte della vittima. Deve però escludersi l'intenzionalità della condotta lesiva nei casi in cui il medico rilevi, nel corso dell'intervento chirurgico, una situazione nuova e diversa che, pur non contrassegnata da urgenza terapeutica, potendo essere affrontata in tempi diversi, venga invece affrontata immediatamente senza il consenso del paziente (per evitargli disagi o per prevenire pericoli futuri). L'intenzionalità manca anche nei casi in cui, per errore di valutazione, il chirurgo ritenga urgente una situazione che realmente non lo sia". Di fatto il chirurgo fu condannato per omicidio colposo, a motivo della sua condotta imperita che cagionò la morte della paziente, non diversamente da quanto sarebbe accaduto se il consenso fosse stato prestato validamente (poiché comunque il consenso non esonera dall'obbligo di bene operare). In altre parole, nella fattispecie in discussione, al consenso non viene attribuito alcun ruolo nella legittimazione dell'atto medico. La sentenza n° 585/2001 ha suscitato commenti contrastanti. Nell'opinione di chi scrive, non si può che condividere il pensiero di Mauro Barni: "del fatto che la Corte di Cassazione abbia respinto l'ipotesi dell'omicidio preterintenzionale e accolto quella dell'omicidio colposo, non vi è che da prendere atto con sollievo... una meno drastica soluzione era dunque opportuna, ma forse non così demolitiva nello smantellamento del consenso informato".

Una seconda sentenza, che ancora più sconvolge i precedenti assetti, è la n° 3122/2002 della I Sezione Penale. Un paziente era in nota operatoria per un intervento per ernia ombelicale, cui

aveva consentito. I curanti però gli avevano celato il sospetto di un tumore maligno, avanzato in seguito a esami effettuati in precedenza. Al tavolo operatorio, confermata la presenza del tumore, si procedette a duodeno-cefalopancreasectomia. Insorsero complicanze e il paziente venne a morte. Il chirurgo fu imputato di omicidio preterintenzionale (art 584 cp), condannato in primo grado per violenza privata e morte conseguente ad altro delitto (artt 610 e 586 cp) e successivamente condannato in appello per la prima imputazione. La Corte di Cassazione affermò invece il (nuovo) principio “secondo cui la volontà del soggetto interessato... svolge un ruolo decisivo soltanto quando sia eventualmente espressa in forma negativa... ciò significa che il medico è legittimato a sottoporre il paziente affidato alle sue cure al trattamento terapeutico che giudica necessario alla salvaguardia della salute dello stesso, anche in assenza di esplicito consenso”.

Nel caso di specie, colpisce il fatto, non rilevato dalla Corte, che il paziente non fosse stato messo in realtà in grado di esprimere il suo dissenso, poiché l'ipotesi di una patologia tumorale – che pure era stata presa in considerazione dai curanti sulla base di risultanze di esami preoperatori – non gli fu mai prospettata. Si è altresì fatto notare che se il paziente fosse stato correttamente informato, avrebbe eventualmente potuto decidere di rivolgersi ad un chirurgo e ad un ospedale diversi da quelli prescelti per un banale intervento di ernia ombelicale, nel rispetto del “diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura” ribadito dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Ma ciò che preme rimarcare è il principio, qui affermato dalla Suprema Corte, per il quale “il medico è legittimato a sottoporre il paziente, affidato alle sue cure, al trattamento terapeutico che giudica necessario alla salvaguardia della salute dello stesso, anche in assenza di esplicito consenso”. In altre parole, fondamento giuridico della facoltà di curare non è più individuato nel consenso dell'avente diritto (come proclamato nella sentenza n° 5693/92), ma nella nozione di autolegittimazione dell'atto medico, riconducibile al riconoscimento di una sorta “di stato di necessità... intrinseco ontologicamente all'attività terapeutica”.

A quanto sembra, il pendolo in un decennio (decorso dalla sentenza n° 5693/92 alla sentenza n° 3122/2002) ha percorso per intero il suo arco. Con il risultato tuttavia, di alimentare l'incertezza del diritto, perché la nuova giurisprudenza non ha sostituito la precedente, ma con essa convive, per cui la stessa fattispecie rischia di essere decisa secondo difformi principi da un giudice di merito all'altro e da una all'altra sezione della Corte di Cassazione. Si attende quindi una parola definitiva da una pronuncia della Suprema Corte a sezioni riunite. L'auspicio del medico legale è che i Giudici delle Leggi sappiano operare un saggio bilanciamento della tutela degli interessi in gioco. Da un parte riconducendo sotto il profilo psicologico della colpa (e non già del dolo) la condotta del medico che intervenga senza il dovuto consenso ed, eventualmente, riconoscendo più ampi (sebbene non indefiniti) spazi allo stato di necessità – ma, dall'altra, valorizzando appieno l'irrinunciabile principio di autonomia del paziente.

Termine anno sociale 2003-2004: nuovi impegni per la nostra sezione



Associazione Mogli Medici Italiani
SEZIONE DI PISA

Con l'Assemblea Generale delle iscritte tenutasi il 15 giugno u.s. presso la sede dell'Ordine dei Medici si è concluso il nostro Anno Sociale 2003-2004.

E' stato un anno molto impegnativo per la nostra sezione che tra l'altro al suo inizio aveva rinnovato per un triennio tutte le cariche sociali.

In ottemperanza al nostro statuto dal settembre 2003 è stato un susseguirsi di manifestazioni culturali, socio-sanitarie e ludiche. Il compito dell'AMMI è quello di promuovere l'educazione sanitaria e culturale, ma anche di stimolare più stretti rapporti fra le famiglie dei sanitari organizzando viaggi, incontri conviviali, divertimenti sportivi, ecc.

Sono questi momenti di aggregazione che ci consentono di stringere legami di amicizia e di scambiarsi opinioni sui problemi di tutti i giorni.

Il ruolo perciò della nostra Associazione è ancora oggi più di ieri attuale ed importante per sostenere la solidarietà fra le famiglie dei Sanitari, ma anche per il compito di educazione e di informazione sanitaria.

Purtroppo l'informazione sanitaria si presenta spesso distorta dagli interessi dei media, creando falsi timori e allarmismi inutili, distogliendo l'attenzione del cittadino comune dai veri problemi della sanità. Il problema attuale più importante della sanità è che ci si stà allontanando dal vero esercizio dell'arte medica che si vuole sostituire con l'introduzione per ogni patologia delle linee guida, dei protocolli, degli algoritmi; il processo di limitazione dell'arte medica si completa con l'organizzazione della razionalizzazione delle risorse, dei premi per chi risparmia e dell'aziendalizzazione sanitaria.

Tutti questi nuovi concetti vengono a snaturare l'atto medico e il rapporto fiduciario medico-paziente.

Sono questi problemi che la nostra sezione cercherà di affrontare nel prossimo Anno Sociale per fare emergere gli eventuali rischi e pericoli di questi nuovi criteri di diagnosi e cura per gli utenti sanitari.