



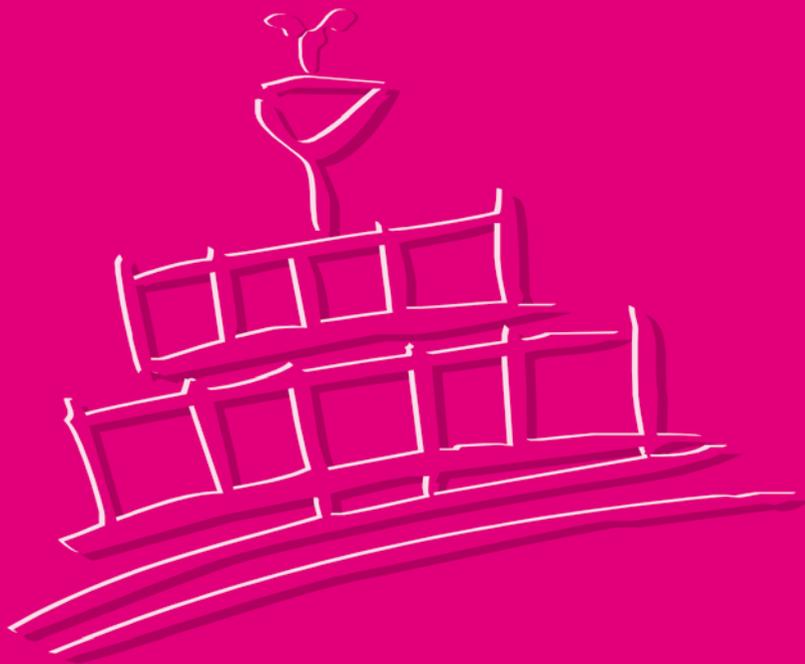
# Bollettino

ORDINE DEI MEDICI  
**CHIRURGHI** E DEGLI  
**ODONTOIATRI** DELLA  
PROVINCIA DI **PERUGIA**

ANNO XLVI

2

2009



Il nostro...  
**Burnaut**

pagina 3

**Certificazioni Mediche  
e decreto Brunetta**  
pagina 5

**Sanità violata**

pagina 8

**Tariffe della  
libera professione**  
pagina 14

**Terremoto in  
Abruzzo**

pagina 29

# BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

Anno XLVI – 2/2009

## SOMMARIO

Il nostro ... Burnout	Pag	3
Certificazioni mediche	»	5
Sanità violata	»	8
Terapia ormonale tiroidea	»	10
Tariffe della libera professione	»	14
Fratture del 3° prossimale	»	16
Crioconservazione del seme	»	18
Disordini alimentari e del peso	»	21
Una nuova sigla si aggira	»	23
Assistenza al cardiopatico	»	24
Audit e governo clinico	»	26
Liste di attesa	»	28
Terremoto in Abruzzo	»	29
Posta dei lettori	»	31

## Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- 1 riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
- 1 avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- 1 essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

## CONSIGLIO DIRETTIVO

### **Presidente**

Dott. Graziano Conti

### **Vice Presidente**

Prof. Fortunato Berardi

### **Tesoriere**

Dott. Antonio Montanari  
(Consigliere Odontoiatra)

### **Segretario**

Dott. Valerio Sgrelli

### **Consiglieri**

Dott. Stefano Caraffini  
Dott. Silvio D'alexandro  
Dott.ssa Maria Antonietta De Santis  
Dott. Andrea Donati (Consigliere Odontoiatra)  
Prof. Cesare Fiore  
Dott. Piero Grilli  
Dott. Alessandro Maria Pio Lamedica  
Dott. Stefano Lentini  
Dott. Sabatino Orsini Federici  
Dott.ssa Stefania Petrelli  
Dott. Gianluigi Sio  
Dott. Tiziano Scarponi  
Dott. Massimo Sorbo

## COLLEGIO

### REVISORI DEI CONTI

### **Membri effettivi**

Dott. Domenico Tazza  
(Presidente)  
Dott. Ezio Bertoldi  
Dott. Dott.ssa Alessandra Fuca'

### **Membro supplente**

Dott. Oreste Maria Luchetti

## COMMISSIONE ODONTOIATRI

### **Presidente**

Dott. Andrea Donati

### **Componenti**

Dott. Leonardo Cancelloni  
Dott. Giovanni Battista Genovesi  
Dott. Marco Marchetti  
Dott. Antonio Montanari

## BOLLETTINO

### **Direttore responsabile**

Dott. Tiziano Scarponi

### **Resp. Editoriale**

Dott. Stefano Lentini

### **Comitato di redazione**

Dott. Antonio Montanari  
Dott. Marco Petrella  
Dott.ssa Stefania Petrelli  
Prof. Fausto Santeusano  
Dott. Massimo Sorbo  
Dott. Domenico Tazza  
Dott. Antonio Tonzani

### **Segretaria di redazione**

Sig.ra Rita Micheletti

### **Fotocomposizione, impaginazione e stampa**

Grafiche Benucci – Perugia

### **Uffici dell'Ordine**

Tel. 0755000214

Fax. 0755153012

**E-mail** [presidente@omceopg.it](mailto:presidente@omceopg.it)

[segretario@omceopg.it](mailto:segretario@omceopg.it)

[uffici@omceopg.it](mailto:uffici@omceopg.it)

[commissioneodo@omceopg.it](mailto:commissioneodo@omceopg.it)

[previdenza@omceopg.it](mailto:previdenza@omceopg.it)

**Sito Internet** [www.omceopg.it](http://www.omceopg.it)

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954  
Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia

# IL NOSTRO...BURNOUT

Tiziano Scarponi

“**D**ottore! Sono oramai cinque giorni che sento un dolore sulla fronte ...”.

“Dottore! Ieri ho scoperto che mio marito ha il vizio del giuoco.....” .

“ Dottore hanno chiamato dalla Radiologia dicendo che prima di domani neanche a parlarne...”.

“ Ha telefonato il commercialista .....”.

Penso che sia esperienza quotidiana di tutti noi il sentir ripetere affermazioni di tale tenore, magari fra uno squillo del cellulare e l'altro. Dapprima si risponde concentrati sull'interlocutore, poi, qualcuno con il passare del tempo perde la concentrazione; può succedere di ascoltare in maniera distratta. Anzi, quelle domande e quelle parole cominciano a risuonare come una cantilena ossessiva, a tratti fastidiosa e possono far venire alla mente pensieri strani:

“ Chi è questo che mi sta parlando davanti? Ma che cosa vuole da me?.....”

Può capitare allora di finire la seduta ambulatoriale o il turno all'ospedale con la testa o troppo piena o troppo vuota, di avere voglia di dormire, no!....Forse di fuggire.

Scusate i toni un po' troppo intimistici, che forse potrebbero apparire fuori luogo in questo bollettino, ma io condivido con Binswanger l'opinione che si possa capire a fondo “l'altro da me” solo attraverso la comprensione della sua soggettività.

Credo inoltre sia giunto il momento di affrontare il problema del burnout non come un capitolo di patologia di un trattato medico o una relazione di un convegno, come se si parlasse della displasia dell'anca o dell'anemia megaloblastica, ma di affrontarlo come un qualcosa di nostro, di una nostra parte..... Il nostro burnout.

L'altro giorno ho chiesto a mio figlio, medico da poco più di un anno, che cosa pensasse della sindrome da burnout e lui dopo avermi guardato con un'espressione stupita mi ha risposto di ignorare completamente di che cosa stessi parlando. Mi sono guardato bene dal replicare, fra me e me ho pensato che era giusto che anche lui facesse la propria esperienza professionale..... Fa parte infatti della propria esperienza professionale il sentire quel fastidio che comincia ogni tanto a prenderti, lo senti crescere dentro di te, dapprima non sai che cosa sia, non riesci ad individuarlo. L'entusiasmo del lavoro, la sensazione di essere il *deus ex machina* per tanta gente fanno in modo di passarci sopra, poi qualche conto comincia a non tornare: un'incomprensione con un paziente, una diagnosi ignorata, la morte prematura di quella ragazza ed altri fatti ancora. L'entusiasmo cala, il senso d'inadeguatezza può arrivare e con esso l'insoddisfazione, l'idea di essere sfruttati e non ripagati nella giusta maniera.

Che si fa allora? Jean Paul Sartre dice: “Noi siamo le nostre scelte” ed infatti qualcuno “sceglie” di passare in un comporta-



## Editoriale

mento aggressivo, di contestazione di tutto e di tutti; altri, da questa fase calda, "scelgono" di passare ad una fase fredda, in cui l'indifferenza e il distacco affettivo ed emotivo regnano sovrani. Certo che Sartre fa presto a parlare di scelte che condizionano l'esistenza, ma quante volte queste scelte sono consapevoli? Quante volte al contrario è il caso, il contesto, qualcuno lo chiama inconscio che determina la scelta?

Non è semplice dare risposte. Quello che mi preme è di rendere reale, concreta e tangibile la sindrome da burnout. Avrei potuto parlare in termini asettici di esito patologico di processo stressogeno che colpisce i soggetti che esercitano una professione d'aiuto. Mi sarei potuto soffermare sulle quattro fasi, iniziando con l'entusiasmo idealistico per arrivare all'apatia passando per la stagnazione e la frustrazione, ma credo di averle illustrate in maniera adeguata non come concetti o categorie nosografiche, ma come categorie esistenziali.

Quanti sono i colleghi con questa problematica? A mio giudizio tanti. Lo si capisce dal tipo di discorsi che vengono fuori ogni qualvolta ci si incontra: la lamentazione continua, l'insofferenza riferita verso i pazienti e verso qualsiasi istituzione ed innovazione, l'ossessivo conto alla rovescia per il pensionamento, oppure il disertare in maniera sistematica qualsiasi momento relazionale fra colleghi.

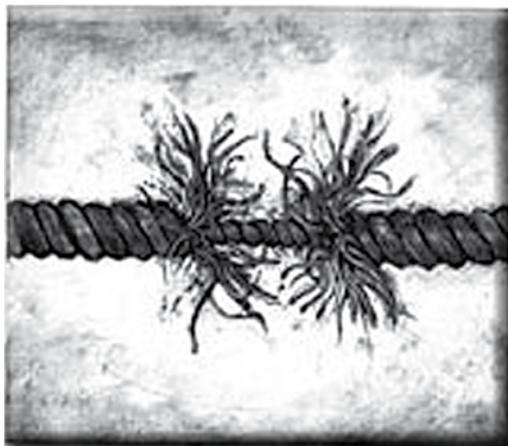
A questo punto ovviamente si impongono delle risposte, anche se ho detto prima che non è semplice, la mia idea è quel-

la di provare ad affrontare il problema in maniera concreta.

Prima di tutto conviene, sotto l'egida ed il sostegno dell'Ordine dei Medici, dar vita ad un gruppo di studio di addetti ai lavori per una ricognizione ed un progetto operativo. La ricognizione serve per valutare quante risorse umane ed economiche occorrono, per stabilire quali canali culturali e istituzionali vanno percorsi, quale strategia adottare per la prevenzione e la terapia. Poi si vedrà.

Per il momento faccio appello a chi ha esperienza e si sente in grado di dare un contributo a tal proposito, di mandarmi per posta elettronica la propria disponibilità e relativi recapiti. Vediamo di costituire questo gruppo operativo. Sono graditi anche commenti e valutazioni in merito a tale iniziativa.

Per contatti via e mail: [scarponi.tiziano@simg.it](mailto:scarponi.tiziano@simg.it)



**ORARI ESTIVI DI APERTURA DEGLI UFFICI DELL'ORDINE  
(LUGLIO - AGOSTO)**

**Dal Lunedì al Venerdì 09.30 – 13.30  
Sabato 09.00 – 12.00**

**CHIUSURA COMPLETA DAL 10 AL 15 AGOSTO 2009**

## CERTIFICAZIONI MEDICHE E DECRETO BRUNETTA, norme intimidatorie o reale utilità

Graziano Conti

**È** recentemente pervenuta al nostro Ordine, da parte della direzione risorse umane di una grande azienda di Perugia, una lettera in cui *“stante il constatato cospicuo invio da parte del personale dipendente di attestati di malattia in occasione del recente fermo produttivo dal 27 marzo al 3 aprile 2009.... si trasmette la completa programmazione annuale delle chiusure collettive della fabbrica, nonché dei periodi di ricorso alla cassa integrazione guadagni, con preghiera di volerne fare condivisione con i Vostri iscritti, affinché siano posti in condizione di rilasciare i certificati di malattia con maggiore cognizione e consapevolezza evitando di essere tratti in inganno da lavoratori in malafede e di essere coinvolti in eventuali contestazioni”*.

Al di là della originalità della richiesta, che testimonia una forse non chiara conoscenza di quelli che sono i compiti dell'Ordine professionale, la vicenda mi fa tornare alla mente quanto accadde nel 2003 in un caso che allora fece notizia e che ebbi modo di trattare in un articolo su questo Bollettino nel luglio di quell'anno. In pratica centinaia di certificati medici furono allora emessi a degli assistenti di volo Alitalia. Ognuno di loro si era rivolto al medico curante che, ignaro del disegno sotteso, aveva certificati stati di malattia. Fu come se si fossero recati in drogheria di comune accordo, ma ciascuno nella propria città, per acquistare un etto di prosciutto. Una hostess, intervistata dal Corriere della Sera precisò che l'accordo in questo senso, tra gli assistenti di volo, aveva viaggiato via SMS. Né la signora né i suoi colle-

ghi si erano chiesti che cosa sarebbe stato del rapporto di fiducia con il proprio medico. Eppure, ciascuno di loro, in modo premeditato, aveva pensato di eludere lo sciopero, danneggiando l'azienda, ma soprattutto i passeggeri, attraverso una turbativa dove il medico, all'oscuro dell'illecito e doloso progetto, aveva assunto il ruolo dello sprovveduto che si fa manipolare.

Scrivevo allora che non si può certamente non constatare come, in quel caso, in quasi tutti i servizi giornalistici fu messo in risalto il sospetto di falsità dell'atto medico senza considerare che la buona fede del medico non può essere messa in dubbio a priori ogni qualvolta fatti di cronaca ne coinvolgono l'operato e soprattutto quando appare evidente, come in quella vicenda, che la disonestà risiede altrove. Certamente il mandato del medico è quello di assistere il paziente e di prendere atto, non solo dei segni obiettivi di malattia, ma anche di quelli soggettivi riferiti dal paziente stesso e di rilasciarne certificazione, ma proprio per questo il rilascio dei certificati deve essere un atto qualificato perché effettuato nella piena osservanza della deontologia, della validità diagnostica e nel rispetto del rapporto medico paziente.

L'argomento assume una particolare attualità in questi giorni in cui la “vulcanica” attività e le costanti esternazioni del ministro Brunetta hanno per oggetto, nella sua campagna anti fannulloni della pubblica amministrazione, le certificazioni mediche. Nei giorni scorsi infatti il nostro ha avanzato l'ipotesi di comminare fino a cinque anni di detenzione ai medici riconosciuti

## La pagina del presidente

colpevoli di falsa certificazione senza tenere conto che il Codice Penale prevede il reato di falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità (art. 481 C.P.), per la cui violazione sono previste apposite sanzioni a carico dei medici che se ne rendano responsabili. A tale proposito appare stupefacente che la falsità ideologica in certificazione sia di fatto assimilata, in quanto a sanzioni, alla corruzione o, addirittura, alla associazione a delinquere. Avere proposto di aumentare fino a 5 anni la pena massima prevista per una tale fattispecie, vuol dire di fatto additare all'intera opinione pubblica l'intera classe medica, quasi che la stessa fosse protagonista di gravi e illegali comportamenti. L'inasprimento delle sanzioni, infatti, nell'immaginario collettivo è associato a fenomeni di grave e significativo allarme sociale.

Il CORRIERE DELLA SERA titolava un recente articolo sull'argomento *"La carica delle leggi travolge i medici. Dagli immigrati agli statali. Gli obblighi giuridici in aumento. Sono soprattutto i medici di famiglia a dover far fronte ai nuovi impegni dettati dalle norme"*. Nel testo dell'articolo commentando come nel decreto Brunetta fosse entrata la norma che prevedeva sanzioni (pecuniarie, ma anche penali) per le certificazioni di malattia ai dipendenti pubblici notava come si trattasse dell'ultimo di una serie impressionante di obblighi giuridici (con relativa pena per mancato adempimento) che assalgono (e qualche volta travolgono) soprattutto i medici di base, e che contrastano sia con quel Giuramento di Ippocrate, appena rivisto in chiave moderna, che si pronuncia subito dopo la laurea, sia con il codice deontologico e agli obblighi che comporta per il medico. Evidenziava inoltre l'articolo: *che la questione del rapporto tra gli obblighi previsti dalla legge e regole dettate dalla deontologia non è, dunque, nuova, ma si sta complicando. Gli ambulatori dei medici di famiglia sono or-*

*mai un "territorio di confine" dove i professionisti della sanità sono costretti a barcamenarsi fra norme vecchie e nuove, spesso nebuloze, non solo in conflitto con la coscienza, ma a volte in contrasto anche tra di loro. Una giungla che cresce e si infittisce attorno ad un nucleo originario, quello degli obblighi di legge "classici" oppure l'obbligo della visita prima di produrre un certificato di malattia. Ma la visita, dicono i medici, rispondendo al ministro Brunetta, non basta a decidere se, ad esempio, l'emicrania o un altro sintomo dichiarato dal paziente è vero o falso".*

Questo è un fatto. Il medico è tenuto alla visita, ma può anche certificare, specificandolo, sintomi lamentati dal paziente, anzi spesso il certificato medico è redatto sulla base di notizie cliniche fornite dal paziente o di sintomi non sempre obiettivi. Per i medici è spesso impossibile accertare se chi viene con il classico mal di testa o la dismenorrea ce l'ha davvero o no. Ci sono condizioni che spesso non sono rilevabili ma che richiedono i due o tre giorni di riposo.

E' per questo che alcuni esponenti sindacali della Medicina Generale, commentando negativamente il provvedimento del ministro Brunetta ricordano che *"non è contro i medici che si deve agire, ma responsabilizzando i lavoratori, incentivandoli in caso di poche assenze o penalizzandoli se le assenze sono troppo. Naturalmente valutando con criteri certi caso per caso se la assenze sono giustificate o no, alla luce di eventuali comportamenti statisticamente aberranti. In questo senso sono ritenuti assolutamente inutili i certificati medici "brevis", quelli da meno di tre giorni, dentro cui si cela la stragrande maggioranza dei certificati discutibili. Tanto vale abolire i certificati medici brevis, studiare forme di autocertificazione e incentivare i dipendenti virtuosi"*.

Nel concludere non posso che condividere quanto in proposito ha detto il Presidente dell'Ordine di Roma che ribadisce la sua netta opposizione ad una norma

che giudica incongrua, ingiusta ed intimidatoria nei confronti dell'intera categoria medica, nonché priva di reale utilità. Riprendendo l'argomento con cui ho iniziato queste righe non posso non ricordare nel contempo a tutti i colleghi quello che dice l'articolo 24 del nostro Codice Deontologico: "Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti". Rammento altresì che: "i contenuti del certificato medico inteso sono una testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre l'affermazione di particolari diritti soggettivi prevista dalla legge. Dai contenuti di tale definizione deriva che è la valenza giuridico-sociale di un certificato a determinarne il primo fondamentale requisito, la sua veridicità. Tale requisito implica che

*la certificazione di qualsivoglia condizione deve sempre e comunque essere preceduta dalla valutazione clinica del paziente, e che il dato clinico, di rilevanza oggettiva, della cui realtà il medico potrà essere chiamato a rispondere, deve essere tenuto ben distinto dal sintomo lamentato e da eventuali ipotesi diagnostiche e/o prognostiche formulate, in quanto l'elemento caratterizzante della certificazione è rappresentato dal contenuto tecnico-biologico, che ne limita i settori di interesse e ne determina la esclusiva pertinenza medica".* Chiudevo l'articolo del 2003 raccomandando il massimo scrupolo e la massima attenzione a questa parte della nostra attività poiché qualunque sia la natura giuridica della certificazione, il medico deve dichiarare soltanto ciò che ha constatato o a lui risulta e che in buona fede si sente di attestare perché "la disponibilità nei confronti dei pazienti quando non è regolamentata, è abusata, travisata e squalificata. Ciò non fa bene alla categoria e nemmeno al paziente". Credo che queste parole vadano ancora bene oggi.

### **CONSENSO INFORMATO NUOVO ORIENTAMENTO DELLA CASSAZIONE**

L'assenza di consenso, in mancanza di esplicito rifiuto, quando l'intervento ha prodotto un beneficio per la salute del paziente non fa incorrere il medico in responsabilità penali. Ove il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato consenso informato, e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle *leges artis*, sia concluso con esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle eventuali alternative apprezzabili, e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale, tanto sotto il profilo delle lesioni personali quanto sotto quello della violenza privata.

Quella del medico è una professione di "pubblica necessità" ed è per questo che questa attività non ha bisogno, per legittimarsi, di una scriminante tipizzata quale il consenso del paziente al trattamento che escluda l'antigiuridicità di condotte strumentali al trattamento medico, anche se attuate secondo le regole.

**Cassazione Penale Sezioni Unite, 18/12/2008 - 21/01/2009, n. 2437**

# Sanità violata

Fortunato Berardi

Che succede?; che sta accadendo nell'assistenza socio-sanitaria italiana: pubblica e privata?. Dov'è finita la proverbiale correttezza, professionalità, umanità, competenza ed immagine di alcuni operatori sanitari?.

Non passa giorno che, al silenzio ed opacità di tanta buona sanità, si contrappone il fragore mediatico e giudiziario di episodi sconcertanti e riprovevoli. Ovviamente, da biasimare e punire in modo esemplare, una volta accertata, senza ombra di dubbio, la reale attendibilità delle accuse. Come non ricordare l'incredibile vicenda dei ricoveri inutili e dannosi a fini speculativi?; come non biasimare episodio di malasànità, più o meno recenti durante le degenze?; come dimenticare le scorrettezze comportamentali nei confronti di pazienti o congiunti e tante altre vicende deprecabili?. Naturalmente, c'è da addebitare, a quegli sconsiderati operatori sanitari, una assoluta mancanza di attenzione per il paziente e le sue sofferenze, oltre alla eventuale malversazione. Una prassi vergognosa, contrastante in modo netto e violento con ogni azione sanitaria istituzionalizzata o libera, dedicata al benessere individuale o collettivo. Peraltro, i colpevoli di qualsivoglia scorrettezza, debitamente e sicuramente accertata, devono essere adeguatamente perseguiti: sulla vita umana non si deve e non si può lucrare o tenere comportamenti sia inidonei che superficiali. Similmente, malversazioni e furfanterie non devono e non possono avere la minima copertura ed il favore dell'indifferenza da parte di politici, amministratori locali o nazionali e degli ordini professionali.

In alcune sconcertanti vicende speculative legate ai ricoveri non si parla solo di

aziende e di istituzioni raggirate, ma in via prioritaria, ad accuse fondate, permane la responsabilità comportamentale personale che, per i medici, determina anche una immediata sospensione e successiva radiazione definitiva dall'ordine professionale, con l'impedimento permanente all'esercizio di qualsiasi attività medica.

Ebbene, come evitare per il futuro queste ignobili vicende?.

Un meccanismo potrebbe essere quello di fare assistere il paziente dal suo medico curante, al quale si segnala il ricovero, dall'inizio dell'evento morboso alla sua conclusione; con un interessamento personalizzato e costante presso i colleghi che lo hanno in cura ricoverato, per tutto l'iter diagnostico – terapeutico. Indubbiamente, un aggravio professionale per il medico di medicina generale che, comunque, andrebbe adeguatamente retribuito, in modo proporzionale all'impegno numerico.

In alternativa, si può ipotizzare l'istituzione di una "nuova" figura professionale: il "consulente sanitario", pubblico o privato, che agisca in scienza e coscienza nell'esclusivo interesse di uno o più pazienti quando l'individuo malato afferisca alle strutture ospedaliere; esercitando una costante funzione di controllo e garanzia nelle procedure diagnostiche o terapeutiche programmate e consigliate. Insomma, una vigilanza puntigliosa e costante sull'appropriatezza delle prestazioni in regime di ricovero. Tutto questo comporterebbe anche un conforto e supporto del paziente, in una situazione di effettiva fragilità fisica e psichica, con la percezione di sentirsi protetto e seguito da un sanitario, di cui si fida e che conosce, il quale funga da intermediario tra

le sue istanze e le procedure della specializzazione, con operatori pur validi, ma talvolta non noti a lui e congiunti, precedentemente.

Peraltro, i meno giovani ricorderanno certamente il famoso medico di controllo della mutua, attivo prima della riforma sanitaria, che aveva funzioni di controllo e d'informazione per il suo ente assistenziale. Anche se, in quel contesto, contra-

riamente a quanto sarebbe oggi opportuno in specifiche situazioni, il suo compito principale era quello di ridurre i tempi, remunerati, della degenza ospedaliera ed interferiva, solo marginalmente, a scopo informativo, nell'iter diagnostico o terapeutico intrapreso, durante il ricovero, con i colleghi ospedalieri per i singoli pazienti.

# Sanità inglese: iniziativa singolare

Fortunato Berardi

**T**eoricamente, chi viene ricoverato in una struttura ospedaliera, dovrebbe uscirne guarito o, se non altro, ancora in vita. Frequentemente, invece, le cose non vanno nel migliore dei modi nell'apparato sanitario britannico, che lascia molto a desiderare e, in certe situazioni, fa rimpiangere quello italiano. Nel Regno Unito siamo arrivati ad una iniziativa a dir poco originale o, quanto meno, insolita: la più importante struttura ospedaliera pubblica del paese ha deciso di far leva, strategicamente, sugli incentivi finanziari, nel tentativo di migliorare la qualità del lavoro in sala operatoria. Insomma, vengono premiati economicamente i chirurghi che non uccidono o danneggiano i loro pazienti. Il progetto-pilota è stato lanciato dall'Imperial College Healthcare Trust di Londra e, invece, non ha riscosso molto successo. La Patience Association, un'associazione creata a difesa dei pazienti, ha biasimato decisamente questa novità. Peraltro, il portavoce della struttura ospedaliera, promotrice dell'idea, ha spiegato che i "bonus" saranno elargiti ai chirurghi con i criteri più obiettivi possibili, valutando il miglioramento delle condizioni dei pazienti dopo gli interventi. Minore sarà il tasso di mortalità e più alta la possibilità di otte-

tere il "premio". Naturalmente, Katherine Murphy della Patience Association, ha espresso la sua indignazione, affermando che i medici hanno già il dovere morale e deontologico di fare del loro meglio; aggiungendo anche come "un buon medico debba sentirsi offeso all'idea che per lui ci siano soldi extra qualora in sala operatoria faccia il massimo". Comunque, secondo gli ideatori di questa singolare iniziativa, il progetto dovrebbe servire anche per migliorare il servizio offerto dagli ospedali inglesi; nei quali non è difficile contrarre un'infezione o morire per un errore dei medici. Farsi ricoverare, essi sostengono, è rischioso come fare uno sport estremo, quale ad esempio il "Bungee jumping". Infatti, riportando una ricerca del 2007, essi ricordano ancora che negli ospedali britannici oltre 90.000 pazienti muoiono ogni anno ed il benessere fisico o psichico di quasi un milione di ricoverati viene gravemente danneggiato, a causa di errori, diagnosi sbagliate, infezioni e complicanze. Lo stesso studio rivela che questo tipo di problemi colpisce tra l'8,7 e il 10% di tutte le degenze ospedaliere e, come nella metà dei casi, si tratti di errori che si possono e si debbono evitare.

# Terapia ormonale tiroidea: quando, quale e quanta?

\* Cristina Fatone, \* Efisio Puxeddu

## **P**arte II – La terapia soppressiva con L-Tiroxina

La terapia soppressiva con L-tiroxina prevede la somministrazione di L-T4 in dosi tali da sopprimere la secrezione ipofisaria del TSH (fino a valori inferiori a 0,5  $\mu\text{UI/ml}$ ), mantenendo nei limiti della norma FT3 ed FT4, configurando un quadro di ipertiroidismo sub-clinico ad eziologia iatrogena. Se per il trattamento sostitutivo con L-Tiroxina esistono solide basi scientifiche che confermano inequivocabilmente la sua efficacia, la terapia soppressiva, ancora oggi, è sostenuta da dati scientifici e pareri di esperti endocrinologi discordanti. L'uso della tiroxina con la finalità di sopprimere i livelli di tireotropina, è previsto in due condizioni specifiche: 1) nel trattamento di soggetti con diagnosi di carcinoma tiroideo differenziato (istotipi papillare e follicolare), dopo l'intervento di tiroidectomia e 2) nel trattamento della patologia gozzigena benigna (gozzo semplice, uni o multinodulare). Nel primo caso, la prescrizione di dosi soppressive di L-tiroxina è raccomandata da tutte le società scientifiche e giustificata dall'effetto inibitorio realizzato sull'attività proliferativa di eventuali cellule neoplastiche residue; per la seconda condizione sussistono invece importanti controversie e pareri discordanti (1). Analizziamo in dettaglio queste due situazioni, peraltro di frequente riscontro nella pratica clinica. Il razionale all'uso della L-Tiroxina nei pazienti tiroidectomizzati per carcinoma tiroideo differenziato, sta da un lato nella correzione dell'ipotiroidismo post-chirurgico e dall'altro nella li-

mitazione della proliferazione delle cellule follicolari neoplastiche eventualmente residue. Le cellule di carcinoma differenziato della tiroide presentano infatti sulla loro membrana recettori per il TSH, come il tessuto tiroideo normale; il legame al suo recettore dell'ormone tireotropo determina un incremento dell'attività proliferativa cellulare. Tali effetti, giustificano l'uso di dosi sopra-fisiologiche di L-T4 capaci di sopprimere i livelli plasmatici di TSH, nel trattamento dei pazienti affetti dalla malattia. Numerosi studi retrospettivi confermano l'efficacia della terapia soppressiva con L-Tiroxina, nel ridurre il rischio di recidiva e di mortalità in pazienti con carcinoma tiroideo differenziato, sebbene l'effetto sia chiaramente evidente nei pazienti ad alto rischio, e meno misurabile in quelli a basso rischio. A conferma una recente meta-analisi sottolinea l'efficacia della terapia TSH-soppressiva nel prevenire eventi clinici maggiori in questa categoria di soggetti. Accanto ai numerosi studi che ne definiscono l'efficacia, altri dati mettono in evidenza gli eventi avversi legati alla soppressione del TSH, che si verificano in tutti i casi di ipertiroidismo subclinico sia iatrogeno che spontaneo (2); tra questi, l'escacerbazione di crisi anginose nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica, l'aumentato rischio di fibrillazione atriale negli ultra-sessantenni e di osteoporosi nelle pazienti in post-menopausa. È stato inoltre evidenziato che il riscontro, anche singolo, di un valore di TSH soppresso, in un soggetto di 60 o più anni, si associa ad un aumentato rischio di mortalità

\* Dipartimento di Medicina Interna, Sezione di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche, Università degli Studi di Perugia

tà per tutte le cause ed in particolare del rischio di mortalità per malattia cardiovascolare. Alla luce dei più recenti dati della letteratura, le Linee Guida del Gruppo Multidisciplinare Regionale per le Neoplasie Tiroidee del Centro di Riferimento Oncologico dell'Umbria (3) propongono le seguenti modalità attuative per la terapia TSH soppressiva nei pazienti affetti da carcinoma tiroideo:

Nei **pazienti a rischio di mortalità molto basso** (cioè con tumore unifocale,  $\leq 1$  cm, senza estensione oltre alla capsula tiroidea, in assenza di metastasi linfonodali e a distanza): non è raccomandata la soppressione del TSH. Nei **pazienti a rischio di mortalità basso** (cioè con tumore di 1-4 cm monofocale e assenza di metastasi linfonodali e a distanza, o con tumore  $< 1$  cm multifocale, in assenza di metastasi): si raccomanda di mantenere il TSH  $< 0.1$  U/ml con FT3 e FT4 nella norma fino al 1° test dopo stimolo; quindi se viene definita la remissione della malattia è consigliabile mantenere un TSH tra 0.5-1

U/ml. Nei **pazienti a rischio di mortalità medio-alto** (tumori

T3 o T4 o tumori di qualsiasi dimensione in presenza di metastasi): è raccomandato mantenere il TSH  $< 0.1$  U/ml con FT3 e FT4 nella norma per 3-5 anni. Successivamente, se viene definita la remissione, è opportuno mantenere il TSH tra 0.5-1

U/ml. In tutti i casi di evidenza di **persistenza o recidiva di malattia**: è raccomandabile mantenere il TSH  $< 0.1$  U/ml con FT3 e FT4 nella norma.

In ogni caso va tenuto conto di età e rischio cardiovascolare dei pazienti da trattare. Rispetto all'uso della terapia soppressiva nella gestione dei carcinomi differenziati della tiroide, l'uso della tera-



pia con L-Tiroxina nella gestione dei pazienti con gozzo semplice, uni-multinodulare è ancora oggi al centro di importanti diatribe, nonostante la diffusione di questa patologia, che seppur in modo geograficamente difforme, raggiunge picchi di prevalenza del 20-30% in alcune regioni d'Italia. Il gozzo semplice, non tossico, caratterizzato da un ingrandimento della ghiandola tiroidea e il gozzo uni-multinodulare eutiroideo, hanno in comune il processo patogenetico, innescato da una cronica stimolazione della ghiandola tiroidea da parte della tireotropina. Qualsiasi condizione determini un'anomalia nel processo biosintetico degli ormoni tiroidei (dalla carenza iodica che è causa del gozzo endemico, a difetti, geneticamente determinati, di specifiche tappe enzimatiche della

sintesi ormonale, che sono causa del gozzo familiare e sporadico) è capace di stimolare l'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide. La riduzione infatti del feed-back negativo normalmente esercitato dagli ormoni tiroidei a livello centrale, determina un'aumentata secrezione del TSH en-

dogeno (che nella maggior parte dei casi resta comunque nei limiti della norma) con conseguente incremento della funzione e della proliferazione delle cellule tiroidee. In questo aspetto del meccanismo patogenetico, si ritrova il razionale dell'utilizzo di L-Tiroxina esogena per inibire la cronica stimolazione della ghiandola tiroidea; restano comunque sconosciuti molti aspetti della patogenesi della patologia gozzigena, che sicuramente esulano dall'effetto del TSH e indubbiamente possono giustificare il fallimento di una terapia soppressiva in molti casi di pazienti trattati. In letteratura sono nu-

## Linee guida

merosi i dati che dimostrano come la soppressione del TSH  $< 0,1$  uIU/ml con L-T4 si associ ad un evidente riduzione di volume di noduli palpabili e ad una significativa riduzione della comparsa di nuovi noduli o della crescita di quelli piccoli coesistenti con una formazione dominante. Ma una riduzione clinicamente significativa ( $>$  del 50%) con uso di L-T4, si ottiene solo in una minoranza di pazienti (meno del 20%). In particolare la riduzione del volume nodulare sembra essere più probabile in noduli piccoli, di recente diagnosi, in noduli con componente colloidale (definita all'esame citologico) e in persone provenienti da aree iodio-deficienti. In realtà la crescita della maggior parte dei noduli sembra essere minimamente dipendente dai livelli di TSH; il miglioramento parziale dei sintomi compressivi e degli effetti estetici ottenuti con la terapia con L-T4, sembra più verosimilmente dovuto alla riduzione del tessuto perinodulare, ancora TSH dipendente. Queste considerazioni sono state confermate da due recenti metanalisi, che hanno analizzato rispettivamente circa 350 e 500 pazienti. Esse hanno dimostrato che la terapia soppressiva ha degli effetti sul volume nodulare, ma difficilmente ne permette una riduzione significativa ( $>$  del 50% rispetto al volume pre-trattamento). Se invece un effetto statisticamente significativo c'è, esso è sulla prevenzione della formazione di nuove formazioni nodulari nell'ambito del parenchima ghiandolare extra-nodulare (4-5). In definitiva, le evidenze scientifiche sull'uso della terapia soppressiva nel management della patologia nodulare tiroidea, sono numerose, ma contrastanti e giustificano l'assenza di un percorso univoco nella pratica clinica. Attualmente sono ben definite le condizioni che sicuramente controindicano l'uso di dosi sovrafisiologiche di L-Tiroxina:

- Gozzo nodulare di grandi dimensioni e di vecchia data, soprattutto se in presenza di segni o sintomi da autonomia funzio-

zionale (TSH  $< 1$  uIU/ml);

- Lesione nodulare clinicamente sospetta o con esame citologico (da agoaspirato eco-guidato) inadeguato;
- Donne in menopausa o uomini con età superiore a 60 anni;
- Pazienti affetti da osteoporosi, patologie sistemiche croniche e patologia cardiovascolare.

Mancando invece l'evidenza di un'assoluta efficacia di questa terapia, il suo uso andrebbe limitato ai seguenti casi:

pazienti provenienti da aree geografiche iodio-deficienti;

pazienti giovani ( $<$  di 40-50 anni) con piccoli noduli ( $<$  di 2-3 cm) con caratteristiche di benignità all'esame citologico (noduli iperplastici o adenomatosi o colloidali);

pazienti con gozzi nodulari, senza evidenza di autonomia funzionale (TSH nella norma o scintigrafia negativa per aree di ipercaptazione zonale). In questi casi, la terapia deve prevedere un dosaggio di L-Tiroxina compresa tra 1,6-2 mcg/Kg/die, con controllo dell'assetto ormonale tiroideo regolare, il primo a 3 mesi, quindi ogni 6 mesi. Il trattamento non deve mai essere completamente soppressivo (è opportuno mantenere il TSH tra 0,1-0,5), per evitare gli effetti collaterali che ne possono derivare (vedi sopra). In linea teorica, gli effetti di tale trattamento, vanno monitorati per un periodo di 12-24 mesi e la terapia va proseguita se vi è evidenziata una riduzione volumetrica dei noduli; va invece interrotta se viene definita un'ulteriore crescita delle formazioni nodulari (con necessità di ripetere un esame citologico o valutare l'opportunità chirurgica). In condizioni di stabilità volumetrica dei noduli, si raccomanda invece di valutare l'atteggiamento proliferativo delle formazioni nei successivi 12-24 mesi in assenza di terapia, per riprenderla eventualmente di fronte ad una ripresa della crescita. È comunque consigliato sospendere la terapia prima del compimento di 60 anni di età, sia per gli uomini che per le donne. Chiarite queste rac-

comandazioni, non va comunque dimenticato che, solo in una minoranza dei casi il trattamento soppressivo con L-T4 determina una riduzione del volume nodulare clinicamente significativa; le cause della variabilità nella risposta alla terapia non sono ben definite, ma questo dato è pienamente giustificato dalla ben nota eterogeneità anatomo-patologica, molecolare e clinica caratteristica della patologia nodulare tiroidea. In conclusione, sulla base delle indicazioni teoriche e delle osservazioni appena riferite, l'uso della terapia soppressiva nella gestione del gozzo (uni-multinodulare) benigno, va considerato dopo un'attenta e ponderata valutazione di ciascun singolo caso. In particolare il trattamento di una problematica che normalmente non è causa di sintomi o segni importanti, di cui non si può prevedere con certezza l'evoluzione, e per cui non è provata l'efficacia della stessa terapia, che peraltro non sempre è senza

effetti collaterali, impone una sua applicazione personalizzata a casi selezionati sotto stretto follow-up medico.

Roti E, Minelli R, Gardini E, Braverman LE. The use and misuse of thyroid Hormone. *Endocr Rev* 14:401-423, 1993.  
Toft AD. Clinical practice. Subclinical hyperthyroidism. *N Engl J Med*. Aug 16;345(7):512-516, 2001.  
<http://www.croumbria.org/gruppi/gruppi-multidisciplinari-regionali-gmr/neo-plasie-tiroidee.html>.  
Castro MR, Caraballo PJ, Morris JC. Effectiveness of thyroid hormone suppressive therapy in benign solitary thyroid nodules: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2002 87: 4154-4159.  
Richter B, Neises G, Clar C. Pharmacotherapy for thyroid nodules. A systematic review and meta-analysis. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2002 31:699-722.

## COLLEGHI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI

(elenco aggiuntivo dei nominativi pubblicati nel numero precedente)

**Dott. PAGANELLI Gloria**

Tel. / Fax 075/694889

INDIRIZZO: Ponte Pattoli (PG) - Via Del Pino 54

Cell. 3381461676

SOSTITUZIONI: Medicina Generale

**Dott.ssa MANCINI Maura**

e-mail: maura.mancini@hotmail.it

Cell. 3498446657

INDIRIZZO: Perugia - Via G. Prezzolini 15

Cell. 3284642375

SOSTITUZIONI: Medicina Generale

**Dott.ssa CERQUAGLIA Claudia**

e-mail: cerly@libero.it

TITOLI: Spec. in MEDICINA INTERNA

Cell. 3498131883

INDIRIZZO: Perugia - Via Annibale Vecchi 173

Tel. 07540426

SOSTITUZIONI: Med.na Gen.le - Med.na Spec.ca

**Dott. CICCONE Vincenzo**

e-mail: dott.enzo81@libero.it

Cell. 3394038002

INDIRIZZO: Perugia - Via Del Macello 61

Tel. 0755010268

SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria

**Dott. RUGGIERO Pier Daniel**

e-mail: pierdaniel@libero.it

Cell. 3927846181

INDIRIZZO: Perugia - Via Del Lavoro 11

SOSTITUZIONI: Medicina Generale

**Dott.ssa KALANTAR HORMOZI Mozhdeh**

e-mail: mozhdehkalantar@yahoo.it

Corso di Perfezionamento: FLEBOLOGIA

Cell. 320-8997291

INDIRIZZO: Perugia - Via Elvira 44

Tel. 075-5140787

SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria

**Dott. PIERGIANNI Gabriele**

TITOLI: Specialista in igiene e medicina preventiva

Cell. 3478667016

INDIRIZZO: Perugia - Via Della Cometa, 10

Tel. 075-5724059

SOSTITUZIONI: Me.na Gen.le - Med.na Spec.ca

**Dott.ssa BORDONE Elena**

TITOLI: Specialista in PEDIATRIA

Cell. 3495041864

SOSTITUZIONI: Medicina Generale - Pediatria

**Dott.ssa BROGNO Consuelo**

e-mail: consuelob79@gmail.com

Cell. 3476082417

INDIRIZZO: Perugia - Via Eugubina, 9

SOSTITUZIONI: Medicina Generale

**Dott.ssa RADICCHIA Valentina**

e-mail: valentina.radicchia@libero.it

Cell. 338-5347909

INDIRIZZO: Perugia - Via della Treggia, 128

Tel. 075-5899142

SOSTITUZIONI: Medicina Generale

# Tariffe e onorari dei medici chirurghi e degli odontoiatri per prestazioni rese in regime di libera professione

**I**l Consiglio dell'Ordine, in base ad una analoga iniziativa assunta dall'Ordine di Firenze ha approvato un documento di indirizzo in materia di tariffe e onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche in regime di libera professione. Il documento, partendo dalla constatazione che con il cosiddetto "Decreto Bersani" è stato abrogato il tariffario professionale, richiama l'attenzione dei medici e degli odontoiatri sul disposto dell'art. 54 del Codice Deontologico, che afferma alcuni importanti principi in tema di onorari professionali. In primo luogo, il principio fondamentale della intesa diretta fra medico e paziente in tema di onorari, poi il principio della decorosità dell'onorario e della sua previa prospettazione al cittadino. Il documento approvato dal Consiglio intende fornire suggerimenti e raccomandazioni ai medici e agli odontoiatri per prevenire il contenzioso medico-paziente che molto spesso origina da mere ragioni economiche e affronta anche la questione delle prestazioni gratuite, troppo spesso utilizzate come semplice strumento di accaparramento della clientela. L'Ordine, quindi, invita tutti gli iscritti a consultare il documento e ad attenersi, quale strumento di ausilio per un comportamento deontologicamente corretto nei confronti degli assistiti.

### **ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

#### **DOCUMENTO DI INDIRIZZO**

La materia degli onorari professionali per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche è stata recentemente og-

getto di "liberalizzazione" ad opera del cosiddetto "Decreto Bersani".

Infatti in precedenza, in forza della Legge 21/02/1963 n. 244 e del DPR 17/02/1992, era previsto in via normativa, un tariffario minimo per le prestazioni di cui trattasi, cui i medici e gli odontoiatri erano tenuti ad attenersi, non potendo praticare tariffe a valori inferiori a quelli previsti dalle citate norme.

L'art. 2 del Decreto Legge 04/07/2006 n. 223, convertito con modificazioni nella Legge 04/08/2006 n. 248 ha però abrogato le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali, l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime.

Di conseguenza, è abrogata la Legge n. 244 del 1963 e non sono più in vigore i minimi tariffari fissati con il DPR 17/02/1992.

Prendendo atto del mutamento del quadro normativo di riferimento, il Codice Deontologico, nella sua ultima revisione del 2006, all'art. 54 detta alcuni importanti principi in tema di onorari professionali.

In primo luogo, viene stabilito il principio primario e fondamentale dell'intesa diretta fra medico e paziente, nel senso che viene fortemente privilegiato il rapporto fiduciario anche dal punto di vista della fissazione dell'onorario, a corollario di un corretto e trasparente rapporto fra il professionista e il cittadino.

Inoltre viene stabilito che l'onorario deve essere decoroso, nel senso che deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenuto conto delle competenze professio-

nali e dei mezzi impiegati allo scopo. Infine viene previsto l'obbligo da parte del professionista di far conoscere preventivamente il suo onorario all'assistito. Questo principio rappresenta il completamento del primo enunciato, in quanto l'intesa diretta fra medico e paziente circa l'onorario non può che discendere da una programmazione del piano terapeutico, valutato anche sotto l'aspetto economico.

In buona sostanza, quindi, l'art. 54 del Codice Deontologico impone al professionista di tenere un comportamento chiaro e trasparente fin dall'inizio con l'assistito, per quanto riguarda gli aspetti economici della prestazione, che ben si accorda con la liberalizzazione tariffaria imposta dalla legge n. 248/2006.

In questo quadro normativo profondamente mutato pare dunque necessario ridefinire le caratteristiche e soprattutto gli strumenti da utilizzare per il rilascio del **parere di congruità** a favore di un medico richiedente.

È opinione di quest'Ordine che, in assenza di leggi limitanti o impositive, il corrispettivo economico per una prestazione professionale non può che essere giuridicamente congruente.

Non può essere misconosciuto, tuttavia, che "congruità della prestazione" viene spesso associato a "corretto ed equo compenso per la prestazione", generando a cascata conseguenze giuridiche di non lieve entità, dal procedimento ingiuntivo di riscossione sino a veri e propri contenziosi in cui materia del contendere non è la correttezza della prestazione ma il suo costo.

Va inoltre ulteriormente sottolineato, come già detto, che il Codice Deontologico pone vincoli ad una totale deregulation, rimarcando sull'eticità di un onorario, frutto di un, almeno teorico, preventivo accordo tra le parti.

Su questa valenza deontologica l'Ordine non può che prendere posizione, dovendo tutelare da un lato la dignità del-

la prestazione e del sanitario che la effettua e dall'altro, e soprattutto, il diritto ad una scelta realmente consapevole ed informata da parte del cittadino-utente, parte comunque debole del rapporto professionale, scelta che non può ovviamente prescindere dalla conoscenza o dalla presunzione di conoscenza del corrispondente corrispettivo economico della prestazione professionale a cui lo stesso si sottoporrà

### P.Q.M.

L'OMCeO PG, a fronte di specifica richiesta da parte di un suo iscritto, fornirà parere favorevole di congruità dell'onorario richiesto per le prestazioni professionali da lui o lei eseguite:

- a) nel caso di preventivo accordo tra le parti o nel caso in cui sia dimostrabile che il cittadino-utente fosse comunque a conoscenza degli onorari delle prestazioni per cui si è sottoposto a cura;
- b) nel caso di assenza di accordo tra le parti, qualora l'onorario richiesto non ecceda una cifra ritenuta ragionevole, e ciò tenendo conto, tra gli altri, della natura e complessità della prestazione e dalle peculiarità dell'operatore, ritenendo che tali importi potessero essere anche latamente note al cittadino che si sottopone alle ascritte prestazioni;
- c) nel caso di assenza di accordi tra le parti e presenza di significativi scostamenti dalle qualificazioni di cui sopra, qualora il richiedente fornisca motivata e circostanziata documentazione che giustifichi e l'essenza di tale differenza e l'assenza di preventive intese in merito;

**in ogni caso rimane insindacabile facoltà dell'Ordine richiedere ulteriore documentazione o motivazioni a sostegno di una richiesta di parere di congruità ovvero ometterne la concessione qualora ritenga insufficiente o inadeguata la documentazione prodotta o le motivazioni addotte.**

# Le fratture del terzo prossimale dell'omero

\*Luciano Ferrini

Il giorno 04.04.2009, presso l'Ospedale di Spoleto – ASL N°3 – si è tenuto il III° Incontro Scientifico dell'OTODI – UMBRIA. Detta associazione scientifica raccoglie l'insieme dei medici ortopedici ospedalieri operanti nelle Strutture Complesse di Ortopedia e Traumatologia degli Ospedali dell'Umbria. L'argomento oggetto dell'incontro è stato: "Le fratture del terzo prossimale dell'omero". La motivazione della scelta di questo argomento è duplice: dapprima l'incremento progressivo della frequenza di questa lesione, dovuto sia all'aumento medio dell'età che degli incidenti della strada e sul lavoro, successivamente per la difficoltà oggettiva del trattamento di una parte di esse. La frequenza è intorno al 4-5% di tutte le fratture, le donne sono colpite più degli uomini, il numero aumenta considerevolmente con l'età. Il trauma per lo più è accidentale, può essere sia a bassa energia (anziani) che ad alta energia (giovani), si può verificare sia con meccanismo diretto che indiretto. Il quadro clinico è abbastanza tipico: dolore spontaneo violento, netta limitazione funzionale sia dei movimenti attivi che passivi, tumefazione locale con deformità più o meno evidente a seconda della scomposizione o meno della frattura, ecchimosi. I primi esami strumentali sono quelli classici radiografici che debbono essere molto accurati ed eseguiti su



tutti i piani per individuare il numero dei frammenti ossei e la loro dislocazione. Utile in alcuni casi ben selezionati eseguire una TC, specialmente tridimensionale, che permette di studiare meglio il numero dei frammenti, i loro spostamenti e l'eventuale lussazione della testa omerale non sempre ben interpretabile con le radiografie standard. Le classificazioni più utilizzate in campo internazionale sono quella di Neer (1970), quella della AO (1974) e da ultimo quella di Hertel (2004). Queste classificazioni ci guidano nella scelta del trattamento e ci danno anche dei segni prognostici. Fortunatamente l'80% delle fratture in esame sono semplici, non scomposte o con spostamenti tollerabili morfologicamente e funzionalmente. Pertanto il trattamento consiste in una immobilizzazione con tutori di vario

tipo (Desault, Velpeau, ecc.) mantenuti per tre-quattro settimane a seconda della tipologia della frattura. Indispensabile una mobilizzazione attiva e passiva da iniziare quanto prima onde evitare la rigidità articolare e la comparsa di evidenti aderenze. L'utilizzazione di apparecchi gessati toraco-brachiali trova attualmente spazio solo nei giovani; negli adulti non vengono più utilizzati sia per l'obiettivo difficoltà di mantenere con essi una pur difficile riduzione della frattura, sia per l'attuale intolleranza dei pazienti a questi mezzi di immobilizzazio-

\*Presidente dell' O.T.O.D.I. UMBRIA

ne. Il 20% delle fratture sono invece così complesse che necessitano di un trattamento chirurgico. Le più semplici, come quelle a due frammenti, vengono trattate con la riduzione e la successiva stabilizzazione con fili metallici di Kirschner o viti, a cielo chiuso o con piccole incisioni. Le più complesse, come quelle a tre o quattro frammenti, si trattano con la riduzione più accurata possibile, per quanto difficile, e la successiva applicazione o di un chiodo endomidollare o di una placca. In questi ultimi tempi viene prevalentemente utilizzata una placca a stabilità angolare che presenta numerosi vantaggi tra i quali: la forma anatomicamente già preordinata per una perfetta applicazione, un basso profilo ottenendo una riduzione significativa dell'ingombro, materiale in lega di titanio che unisce la leggerezza alla solidità e resistenza alle varie forze meccaniche, numerosi fori per l'applicazione delle viti nelle varie direzioni per solidarizzare i vari frammenti della frattura. La utilizzazione di questo mezzo di osteosintesi, anche se non ha risolto tutti i problemi inerenti queste fratture complesse, è stato certamente un grosso passo in avanti. Se la

comminuzione della frattura con i relativi spostamenti dei frammenti è di entità tale da non permettere alcuna soddisfacente riduzione si esegue l'intervento di protesi di spalla, intervento di certo impegnativo e non sempre risolutivo di tutte le problematiche.

Dopo il trattamento chirurgico segue una immobilizzazione varia nel tempo a seconda della tipologia della frattura, della qualità dell'osso, della stabilità o meno dei mezzi di sintesi. La riabilitazione è certamente un momento delicato e difficile del trattamento di queste fratture; il successo è legato per buona parte alla buona volontà e all'impegno del paziente nonché alla competenza e alla dedizione del fisioterapista.

La complicazione più temibile di queste fratture complesse è la necrosi avascolare dovuta sia alla scomposizione grave delle fratture stesse con ovvio danno al circolo vascolare che alla struttura ossea osteoporotica che non consente una sintesi stabile.

Quando questa complicazione, che talvolta è asintomatica, dà dolore importante e significativa limitazione funzionale è bene eseguire un intervento di artroplastica.

## **Convegno Nazionale di Medicina dello Sport**

**La medicina dello sport e la società:  
lo sport non solo per i campioni**

**Palazzo dei Priori - Sala dei Notari  
Perugia**

**25 - 26 - 27 Giugno '09**

# Crioconservazione del seme : risultati dopo quattro anni di attività

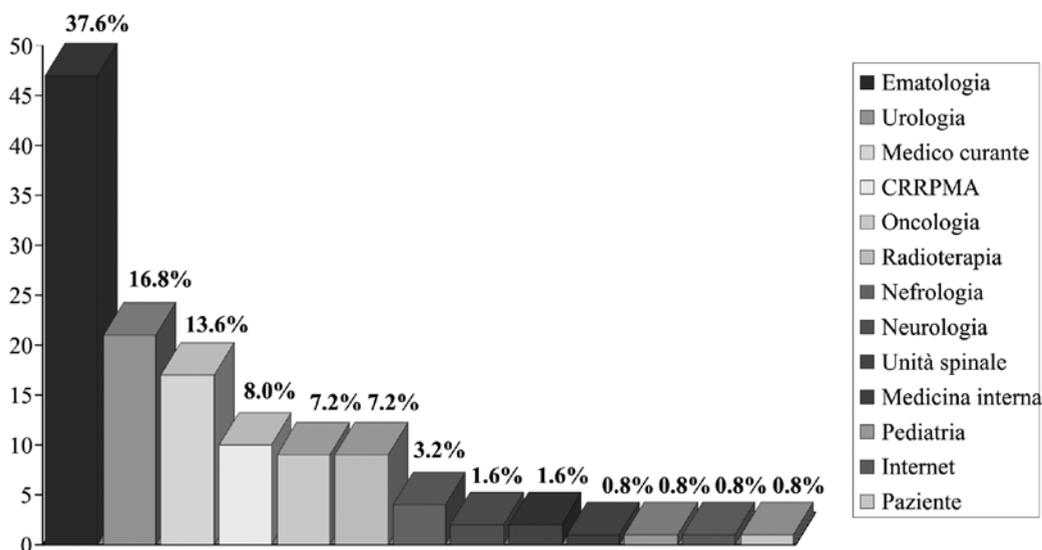
\* F.Tiziani, M.Mariani, N.Barnocchi, S.Pizzasegale, G.F.Brusco

La crioconservazione del liquido seminale e/o del tessuto testicolare ci permette di conservare i gameti maschili per un tempo indefinito e rappresenta uno strumento importante per i pazienti che si sottopongono a trattamenti sia medici o chirurgici potenzialmente in grado di indurre sterilità. La crioconservazione del liquido seminale può avvenire esclusivamente per spontanea volontà del soggetto che effettua il deposito ed al solo scopo di fecondazione in vitro omologa. E' indispensabile far sottoscrivere al paziente un consenso informato in cui sia precisato, fra l'altro, il periodo di scadenza ( un anno ) al termine del quale il paziente, se lo desidera, deve rinnovare il deposito e dichiarare

che il seme crioconservato è di proprietà esclusiva di colui che deposita e che può essere richiesto e ritirato solo dal legittimo proprietario( legge 40/2004 ). Dal settembre 2004 al dicembre 2008 presso il Laboratorio di Crioconservazione del Centro di Riferimento Regionale per la Procreazione Medicalmente Assistita dell'Azienda Ospedaliera di Perugia le richieste di autoconservazione del liquido seminale e/o frammenti biotipici testicolari sono state ben 257 ( età media dei ptz 25 anni, range tra 16 - 36 anni ) di cui :

- Crioconservazione del liquido seminale : 210 ptz, 81,7%
- Frammenti biotipici testicolari :47 ptz, 18,3%

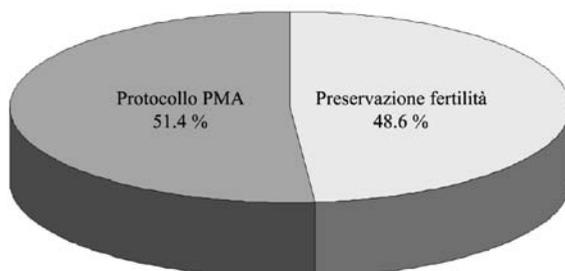
## Provenienza dei pazienti



\* Centro Di Riferimento Regionale Per La Procreazione Medicalmente Assistita - Azienda Ospedaliera Di Perugia

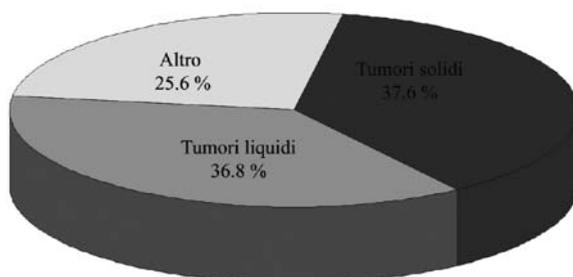
### Finalità del congelamento del seme

- Preservazione fertilità : 125 ptz, 48.6%
- Protocollo PMA: 132 ptz , 51.4%



### Motivo del congelamento del seme ( nei 125 ptz con preservazione della fertilità )

- Tumori liquidi : 47 ptz, 37,6%
- Tumori solidi : 46 ptz, 36,8%
- Altro : 32 ptz, 25,6%



La medicina e biologia della riproduzione hanno compiuto passi da gigante negli ultimi tempi tanto da permettere gravidanze anche in assenza di spermatozoi nel liquido seminale. Tuttavia il congelamento dei gameti rimane un momento importante ed insostituibile nella cura e nella prevenzione della infertilità. In ambito umano la prima utilizzazione di seme crioconservato risale al 1953 ed è dell'anno successivo la comunicazione della prima gravidanza ottenuta. Da allora si è assistito ad un continuo perfezionamento della tecnica di congelamento e dell'orga-

nizzazione dei campioni stoccati, che ha portato poi negli anni sessanta alla creazione delle prime "banche del seme". In questo modo si potrà procedere alle varie tecniche di fecondazione, sia in vivo che in vitro, quando si è sicuri della validità funzionale dei gameti maschili e della loro capacità di produrre embrioni trasferibili e di grado accettabile. I principali tumori che vengono riscontrati nei pazienti che depositano gli spermatozoi presso le banche del seme sono i tumori testicolari (seminoma, carcinoma embrionale, coriocarcinoma, teratoma e tumori misti), linfo-

## Dall'Azienda Ospedaliera

mi di Hodgkin, linfomi non Hodgkin, leucemie, pazienti affetti da patologie neoplastiche o autoimmuni che si sottopongono a terapie in grado di causare sterilità transitoria o permanente, pazienti affetti da patologie urologiche che si devono sottoporre ad interventi chirurgici in grado di alterare i meccanismi dell'eiaculazione, pazienti che si sottopongono a vasectomia, pazienti mielolesi, pazienti inseriti in programmi di procreazione medicalmente assistita e pazienti con difficoltà psicologiche per la raccolta del campione di liquido seminale. Nelle patologie neoplastiche testicolari il "periodo finestra" utile per una corretta crioconservazione è quello fra l'intervento chirurgico di orchietomia e l'inizio della chemio o radioterapia, in caso di altre patologie tumorali, degenerative o autoimmuni il deposito del seme deve essere comunque eseguito prima di qualunque terapia che possa interferire con la spermatogenesi e con l'integrità del genoma (Gandini et al., 2003). Lo scopo di questo articolo

è far conoscere l'attività svolta e ringraziare i colleghi dei vari reparti nonché i medici di medicina generale, che hanno accolto il nostro appello diffuso nel bollettino dell'Ordine dei Medici ( Tiziani et al, 2005 ). Questo assume un significato particolare nel caso dei pazienti affetti da patologie neoplastiche i quali si trovano ovviamente in un momento di grandissimo sconforto fisico e psicologico e poter garantire un futuro fertile a tali pazienti può rappresentare uno spiraglio di serenità e di incoraggiamento per affrontare le difficoltà del momento.

- Gandini et al., 2003, Testicular cancer and Hodgkin's disease: evaluation of semen quality, Hum.Reprod,2003-18 ( 4): 796

- Tiziani et al, 2005, Crioconservazione del liquido seminale : come, quando e perché, Bollettino Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Perugia, anno XLII ( 2 )

## REPERIBILITÀ DEL CHIRURGO OSPEDALIERO

Il chirurgo in servizio di reperibilità chiamato dal collega già presente in ospedale che ne sollecita la presenza in relazione ad una ravvisata urgenza di intervento chirurgico deve recarsi subito in reparto a visitare il malato. L'urgenza ed il relativo obbligo di recarsi subito in ospedale per sottoporre a visita il soggetto infermo vengono a configurarsi in termini formali, senza possibilità di sindacato da parte del chiamato. Il medico deve dunque intervenire senza avere la possibilità di obiettare.

Inoltre è del tutto irrilevante che dall'indebita condotta di rifiuto derivi un effettivo pregiudizio per i beni finali presi in considerazione della norma. In altre parole non conta se la persona è guarita anche senza l'intervento del chirurgo.

Infatti il rifiuto d'atti d'ufficio, questo il reato di cui risponde il sanitario, consuma con la violazione del suddetto obbligo di responsabilità che non è tecnicamente connessa all'effettiva ricorrenza della prospettata necessità ed urgenza dell'intervento chirurgico.

Attenzione, rischia dunque il carcere (come nelle fattispecie in oggetto: sei mesi di reclusione oltre le spese processuali) il chirurgo reperibile che, chiamato da un collega per una presunta urgenza, non si reca immediatamente in ospedale per visitare il paziente, a prescindere dal fatto che si tratti di un caso grave oppure no.

**Cassazione – sesta sezione penale - 30 dicembre 2008 numero 48379.**

# Nuovi servizi per nuovi bisogni: il modello di rete integrata per la ricerca, il trattamento e la prevenzione dei Disordini del Comportamento Alimentare e del Peso della ASL 2 e Azienda Ospedaliera di Perugia.

Laura Dalla Ragione \*

**I** Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in particolare Anoressia, Bulimia e BED (Disturbo da abbuffate compulsive) rappresentano anche in Umbria un problema di notevole gravità, con un incremento costante nella fascia compresa tra la prima adolescenza e l'età prepuberale ma anche con un aumento dell'esordio in età adulta. I dati umbri di prevalenza dei DCA non si discostano purtroppo dal dato nazionale e ci indicano un aumento di questa patologia, che ha assunto le caratteristiche di vera e propria epidemia sociale.

C'è concordanza nella comunità scientifica internazionale sull'età di insorgenza dei DCA, che si colloca tra i 10 e i 25 anni. In tale intervallo di età la popolazione femminile, censita in Umbria al 2000, è di 59.616 individui. Secondo le proiezioni della Commissione Ministeriale, il numero, senz'altro sottostimato, di casi di DCA nella regione, è di circa 5mila pazienti. Un numero altissimo quindi di persone, perlopiù giovanissime, che si trovano con i loro familiari ad affrontare una



Palazzo Francisci di Todi

patologia grave, insidiosa e che necessita di un trattamento complesso e combinato. La patologia in questi ultimi anni non è solo aumentata, ma si è anche profondamente modificata. In primo luogo la percentuale è composta prevalentemente da bulimia (70%), mentre l'anoressia restrittiva coinvolge il 30% delle pazienti;

negli ultimi anni, però, l'osservazione clinica ci mostra che le pazienti trasmigrano da un sintomo all'altro e possono attraversare tutte e tre le patologie. Nell'ultimo decennio inoltre si è abbassata l'età di esordio della patologia e sempre più frequenti sono i casi clinici di anoressia e altri DCA in bambine dagli 8 anni in poi, comunque prima dei cambiamenti somatici e psichici indotti dalla pubertà. Sono inoltre aumentati i casi del disturbo nel mondo maschile, che ne era sino a pochi anni fa solo eccezionalmente coinvolto. Secondo le indicazioni degli esperti internazionali e nazionali in materia la terapia dei DCA deve essere concepita in termini interdisciplinari ed integrati. Sono necessarie strutture di

\*Resp. Centro DCA Palazzo Francisci Todi ASL 2 e Centro DAI Città della Pieve, Resp. Scientifica del Progetto DCA Ministero della Salute.

## Rete integrata interaziendale

cura, in cui collaborino sistematicamente figure professionali diverse: internisti, nutrizionisti, psichiatri, psicologi clinici, dietisti secondo un modello organizzativo-tecnico a rete dipartimentale di assistenza articolata in diversi livelli di trattamento, in modo tale da fornire alle pazienti un percorso assistenziale coordinato e complessivo, valutando attentamente l'utilizzazione dei vari gradi di assistenza durante le diverse fasi della terapia.

Di fronte ad un problema così complesso, la ASL 2 e l'Azienda Ospedaliera di Perugia hanno costituito una rete integrata per i DCA che prevede i seguenti quattro livelli con un'equipe unica di intervento: Unità ambulatoriali (Palazzo Francisci Todi, Dimisem Perugia, Centro DAI Città della Pieve)

Servizi di degenza residenziale e semiresidenziale riabilitativa per una degenza media di tre mesi. Centro Palazzo Francisci DCA Todi, Centro DAI Città della Pieve **Unità di ricovero Ospedaliero attrezzata per il trattamento della fase acuta della patologia Reparto Dimisem Azienda ospedaliera di Perugia.** La rete integrata si è resa possibile attraverso diversi li-



Sede di Città della Pieve

velli di collegamento e interazioni tra istituzioni e tra diverse Unità organizzative, nella costituzione di un'equipe unica multidisciplinare, che garantisce la reale presa in carico del paziente e l'accoglienza dei suoi familiari. I servizi offerti dalla rete interaziendale, che si sono recentemente ampliati con l'apertura del centro per l'Obesità e Disturbo da Alimentazione Incontrollata della ASL 2 di Città della Pieve, riescono a dare una risposta differenziata e appropriata a questi nuovi che riguardano fasce di popolazione sempre più larghe. Il modello della Regione dell'Umbria nel campo dei DCA costituisce un esempio di eccellenza nazionale che ha fatto sì che venisse affidata a tale rete integrata il Progetto nazionale dei Ministeri

della Salute e della Gioventù "Le Buone Pratiche nella cura e nella prevenzione dei DCA" per gli anni 2008-2010 che ha come obiettivo la costruzione di una mappa nazionale dei Servizi dedicati ai DCA, una azione di sorveglianza sui Centri Pubblici dedicati a tale patologia e la redazione di Linee guida nazionali sull'argomento.

### STUDI MEDICI ED ODONTOIATRICI CON DIPENDENTI E RELATIVI ORDINI PROFESSIONALI Comunicazione nominativo RLS all'INAIL

La Federazione Nazionale, facendo seguito alla comunicazione n. 9 del 27/04/09, così come pubblicato dal sito dell'INAIL, rende noto il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, con nota del 15 maggio 2009, ha disposto lo slittamento del termine per la comunicazione all'INAIL del nominativo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) al 16 agosto 2009, in considerazione dell'evoluzione della normativa ancora in corso.

# Una nuova sigla si aggira per l'Umbria

Marco Petrella

**A**US ...Agenzia Umbria Sanità. Di solito si scrivono articoli su le cose che uno conosce. Questo è un articolo in cui si chiede di sapere.

Approfitto della mia posizione eccentrica per ammettere impudicamente la mia ignoranza. Sono eccentrico perché non ho vissuto dall'infanzia, né studiato qui in Umbria, quindi molti nomi e legami a tutti noti mi sfuggono e non riesco a collocarli facilmente quando se ne parla. Sono eccentrico perché mi occupo di epidemiologia, quindi i miei contatti con il resto del mondo sanitario sono molteplici, ma collaterali, non interni. Sono eccentrico perché il mio terreno principale di azione è la prevenzione, che una volta nominata con il dovuto rilievo all'inizio di un documento, come una volta accadeva alla resistenza, poi viene per il resto ignorata dovendo parlare di cose serie.

Qui mi aspetto il primo rimprovero: ci saranno tanti documenti regionali, delibere o addirittura leggi in cui si dice per filo e per segno cosa sia l'AUS, ma io faccio un altro mestiere e per quel poco che ho letto ho capito poco. Se sono il solo, ignorate il resto dell'articolo (anzi esso non sarà stato neppure pubblicato).

Nel concreto, però, io l'ho incontrata l'AUS, o meglio il suo fantasma. Anche io comune mortale mi sono trovato con altri operatori a cercare risorse finanziarie e strumentali per far funzionare le attività di cui mi occupo e ad un certo punto è stata nominata l'AUS: "di questo ora si occupa l'AUS". Quindi in un primo momento ho capito che si era finalmente deciso che in questa piccola regione alcuni investimenti e alcuni acquisti andavano centralizzati, per ovvi motivi di efficienza e di omogeneità.

Bene, non mi sembra cosa da poco. I me-

dici che devono assumere sempre maggiore consapevolezza, insieme ai temi della efficacia e della appropriatezza, della questione della compatibilità economica, dovrebbero essere informati su questa nuova strategia, sapere per quali acquisti e con quali modalità viene coinvolta l'AUS. Dal di fuori devo dire che ho visto alcune questioni entrare nell'AUS, come in una scatola nera, e uscirne molto tempo dopo. Diversamente da un famoso comico, io se capisco mi arrabbio di meno. Fatemi capire.

Ma certo l'AUS non poteva essere solo questo. Agenzia è un termine che non si usa a caso. Di altre agenzie regionali ho sentito parlare, nel bene e nel male, e si trattava di strutture con ben più corpose, anche se a volte confuse, competenze. E infatti da un po' di tempo a questa parte il fantasma dell'AUS (dal vero no, non l'ho mai vista) si incontra sempre più spesso. *Questa competenza passerà all'AUS, poi se ne riparla. Lui entrerà nell'AUS, quindi l'AUS si occuperà anche di questo. Quando l'AUS funzionerà le relazioni tra Regione e Aziende saranno diverse... e così via ...*

E allora? E' un braccio tecnico dell'Assessorato? E' un ente terzo che medierà sul piano istituzionale tra Assessorato e Aziende? E' un luogo di accorpamento o solo di coordinamento?

A me piacerebbe che fosse un posto dove professionisti (dell'amministrazione, dell'economia e della medicina), in condizioni di provata autonomia fornissero pareri su come risparmiare senza distruggere e sviluppare senza sprecare. Ai voi che leggete cosa piacerebbe? Ma soprattutto, che qualcuno (chi sta lavorando alla nascita e allo sviluppo di questa Agenzia) ci spieghi, magari a parole sue.

# L'assistenza al paziente cardiopatico operato

Dott. Francesco Sapia, Dott. Emilia Virginia Manini

L'intervento cardochirurgico è per definizione un intervento di chirurgia maggiore, gravato nella maggior parte dei casi da un'imponente trasposizione di fluidi e da un largo impiego di mezzi tecnologici. Questo comporta un notevole "de-

rangement" dalla fisiologia normale per l'organismo umano, cosicché al termine dell'intervento il paziente costituisce un'entità fisiopatologica complessa per motivi in parte preesistenti all'intervento ed in parte conseguenti ad esso.

Il paziente cardochirurgico è generalmente anziano (età media 68-72 anni) con ovvia riduzione della efficienza di tutti i sistemi ed organi vitali e dei meccanismi di restaurazione dell'omeostasi, affetto da patologie croniche tipiche dell'età avanzata (BPCO, ipertensione arteriosa, ins. Renale, diabete mellito, ins. Epatica).

Il nostro paziente è un cardiopatico cronico con un quadro patologico che dura da anni con una funzionalità cardiaca deteriorata, che comporta uno stato di ipoperfusione cronica degli organi vitali. Su tale paziente interviene lo stress chirurgico in generale e cardochirurgico in particolare.

Quest'ultimo incide sul metabolismo miocardico determinando ulteriori variabili gradi di disfunzione miocardica tran-

sitoria.

E' necessario tener conto che la realizzazione di un intervento cardochirurgico comporta l'uso di potenti farmaci (inotropi, vasodilatatori, diuretici, anestetici, antiipertensivi, anticoagulanti ecc.) che

interagiscono con altrettanti presidi usati dai pazienti nei trattamenti domiciliari pre intervento con azioni, effetti collaterali, tossicità, sinergismi, antagonismi la cui farmacodinamica e cinetica che può essere difficilmente prevedibile. A tutto ciò si aggiunge l'ipoalbuminemia, infiammazione generalizzata (dovuta al passaggio del



sangue attraverso condotti artificiali della macchina cuore-polmone).

La emodiluizione, la manipolazione del miocardio con edema cellulare, la soluzione cardioplegica, la sindrome da perfusione, l'ipotermia necessaria alla realizzazione di buona parte degli interventi e l'alterazione dell'equilibrio acido-base: Non si ha la presunzione di essere esaustivi, ma è evidente, da quanto descritto a grandi linee, che il paziente al termine dell'intervento cardochirurgico si trova in un equilibrio precario e richiede un complesso ed avanzato sistema di monitoraggio, nonché la competenza di personale medico ed infermieristico notevolmente addestrato.

I primi momenti che seguono l'intervento

infatti sono caratterizzati da un'estrema labilità emodinamica che può manifestarsi anche solo per lo spostamento del paziente dal tavolo operatorio all'unità di trasporto in terapia intensiva postoperatoria cardiocirurgica (TIPOC).

I primi 30 minuti in TIPOC sono pertanto dedicati alla stabilizzazione emodinamica.

Si tratta di un lavoro di equipe che quanto più codificato, sperimentato, tanto meglio e più rapidamente riesce con chiara suddivisione dei compiti fra tutto il personale (cardiochirurghi, cardioanestesisti, infermieri intensivi).

La prima ora è costituita da "minuti che contano" ed ogni atto deve essere compiuto da ciascuno al meglio, singolarmente e contemporaneamente, in modo che ogni provvedimento intrapreso sia volto a mantenere un'adeguata pressione di perfusione sistemica, ragionevoli livelli di riempimento cardiaco, ritmo cardiaco ideale, un'adeguata ossigenazione, correzione di eventuali alterazioni metaboliche, idro-elettriche e reintegro delle perdite ematiche. A questa prima ora di lavoro apparentemente frenetico, ma mai disordinato, seguono quelle che nella letteratura anglossassone vengono definite "the eight golden hours". È il periodo di tempo in cui è necessario compiere ogni sforzo per ottimizzare la funzione cardiaca, la respirazione, l'emostasi, la funzionalità renale, l'omeostasi termica metabolica, idro-elettrica fino a raggiungere quei parametri che costituiscono i criteri che permettano il risveglio del paziente e lo svezzamento dal respiratore automatico. Questo periodo di restaurazione della funzionalità cardiaca è particolarmente importante perché ad esso seguono circa 16 ore che vengono definite "The challenging time" in cui, per cause molteplici e non sempre facilmente individuabili, il cuore diviene "not compliant" vale a dire "rigido" e non tollera manipolazioni delle determinanti della performance car-

diaca, rimanendo in un relativo "low output state", con frazione di eiezione fissa e gittata cardiaca controllata solo dalla frequenza cardiaca. Questa condizione è ovviamente tanto più evidente quanto meno è stato possibile ottimizzare la funzionalità cardiaca durante il "golden period". Il nadir del "challenging time" è circa intorno alla 13 ora dal termine della Circolazione extracorporea (CEC), dopodiché si verifica un graduale e continuo ritorno della performance cardiaca ai livelli osservati nelle prime 8 ore, o al contrario può deteriorare fino a rendere necessaria una assistenza cardiaca meccanica (dal più semplice contro pulsatore aortico alla assistenza ventricolare). Speciale considerazione durante il periodo che il paziente trascorre in TIPOC, deve essere rivolta a due evenienze: il sanguinamento (che deve essere valutato ora per ora, non dovrebbe superare i 2-3 ml/kg/ora e presentare un trend in riduzione) e il tamponamento cardiaco la cui diagnosi spesso è estremamente difficile. In entrambi i casi può essere necessario riportare il paziente in sala operatoria.

L'esperienza accumulata nella gestione dei pazienti sottoposti ad interventi standard, ci ha consentito di affrontare negli ultimi due anni, il trattamento dei soggetti con shock cardiogeno.

In tali pazienti, con l'introduzione dell'ECMO (cuore artificiale extra-toracico), abbiamo sostenuto il circolo e la funzione polmonare per consentire al miocardio di recuperare la sua attività contrattile in modo da consentire di essere avviati ad un trapianto o cuore artificiale intratoracico.

Questo breve quadro di insieme dovrebbe esprimere la complessità della gestione del cardiopatico operato.

Una gestione che solo con l'esperienza, il costante aggiornamento e la collaborazione di tutti può diventare routine e raggiungere buoni "standards" di qualità.

# Audit e governo clinico in medicina generale la sperimentazione regionale umbra

Tiziano Scarponi

Il 20 maggio scorso presso la Sala Partecipazione del Consiglio Regionale si è tenuto un importante convegno in cui sono stati illustrati i risultati di una ricerca condotta dalla SIMG nel triennio 2005-2008.

### PREMESSA.

Con la delibera della Giunta Regionale dell'Umbria n. 2021 del 30/11/2005 è stato formalizzato un accordo quadro tra ( OERU ) Osservatorio Epidemiologico Regionale Umbro e Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), nel quale la stessa SIMG si impegnava a fornire da un database di ricerca della Medicina Generale, denominato Health Search-Thales (HSD), informazioni relative alla pratica clinica dei MMG. L'obiettivo era quello di promuovere una cultura della ricerca in medicina generale, migliorandone la qualità ed affinandone la metodologia; orientare gli obiettivi alla ricerca del miglioramento delle performance professionali ed agli obiettivi di salute della popolazione contenuti nel Piano Sanitario Regionale con particolare riferimento ad obiettivi di governo clinico; promuovere il coinvolgimento dei ricercatori, estenderne il reclutamento nella rete regionale umbra ed avviare una adeguata e specifica formazione; progettare in una piattaforma comune di ricerche specifiche di rilevante significato epidemiologico, clinico e professionale.

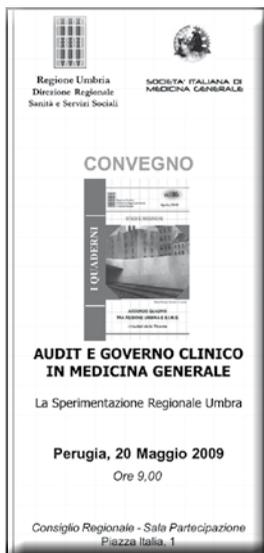
A tal proposito è stato istituito un Comitato Scientifico nel quale, nel corso delle diverse sedute tenutesi nell'anno 2006, si è invitata la parte SIMG a sviluppare uno studio pilota configurante le ipotesi di lavoro dei ricercatori umbri. Tale studio è stato sottoposto ad un giudizio di fattibilità da parte del Comitato Scientifico. Su tale ipotesi di lavoro si è proceduto ad effettuare nel primo anno dello studio le analisi relative all'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG) nell'anno 2005. Tali analisi sono state considerate come test preliminare e successivamente adottate con alcuni correttivi dalla Commissione Tecnico-Scientifica (CTS). L'obiettivo era quello di produrre i primi indicatori di qualità della cura (processo ed appropriatezza prescrittiva) sui quali ipotizzare progetti orientati agli obiettivi del Governo Clinico. Nel corso del secondo e terzo anno dello studio si è proceduto a valutare questi indicatori estesi al periodo 2006-7 per verificare eventuali variazioni, nonché ad estendere il set di indicatori in base ad un percorso

di audit clinico.

di audit clinico.

### RAZIONALE

Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento della spesa sanitaria che è il risultato di vari fattori, come l'invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione delle patologie, e l'allargamento delle indicazioni terapeutiche. Pertanto, in una



sanità dove la domanda di salute cresce e le risorse sono limitate, l'ottimizzazione degli interventi medico-sanitari rappresenta la sola via percorribile per assicurare un servizio di qualità adeguato alle esigenze di salute. L'appropriatezza dei processi di cura, in questo contesto, è un aspetto fondamentale della qualità assistenziale, rappresentando il punto di equilibrio tra sicurezza, efficacia e risparmio.

A tal fine il coinvolgimento dei MMG può consentire di ottenere un miglioramento della qualità della cura e, contemporaneamente, una riduzione complessiva della spesa sanitaria attraverso vari meccanismi:

- la diagnosi precoce di malattia;
- il monitoraggio delle patologie e delle possibili complicanze;
- la riduzione delle terapie inadeguate;
- l'incremento delle terapie necessarie.

Per il raggiungimento di tali obiettivi, gli **indicatori di performance**

sono stati ideati come uno strumento valido per migliorare le attitudini degli stessi MMG, che possono in tal modo confrontarsi con dati di pertinenza clinica più legati alla loro pratica ed ai problemi che essi incontrano giornalmente, ma anche con gli operatori sanitari che devono implementare e valutare programmi di sanità pubblica.

Essi vengono utilizzati per misurare la performance sanitaria in diversi Paesi europei attraverso l'identificazione di soggetti che ricevono una terapia sub-ottimale ed il monitoraggio di interventi atti ad un cambiamento del comportamento diagnostico-terapeutico tra i medici prescrittori.

La ricerca ha coinvolto 27 MMG ricercatori umbri in un periodo di osservazione di 3 anni (2006,07,08) appartenenti alla rete di Health Search, Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina

Generale (SIMG), che ha provveduto alla raccolta ed alla sistematizzazione dei dati provenienti dal proprio database. Le patologie poste sotto osservazione sono state: diabete mellito - ipertensione arteriosa rischio cardiovascolare - scompenso cardiaco.

Gli indicatori di performance sono stati estrapolati dal DVSS (Documento di Valutazione dei Servizi Sanitari) della regione Umbria.

La ricerca è stata finanziata dai fondi dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale Umbria. ed i risultati estesi sono pubblicati nel Quaderno n.16 della collana "Studi e ricerche" della Regione Umbria.

## CONCLUSIONI

I dati relativi a questo progetto di monitoraggio dell'attività dei MMG indicano un progressivo miglioramento della performance assistenziale dei MMG Umbri. Essi hanno aumentato la loro proporzione tra i MMG ricercatori del network da 11 a 27. L'aumento del numero dei ricercatori ha portato ad una copertura pari al 4,4% della popolazione adulta della Regione, che viene ritenuto un tasso di copertura particolarmente significativo per questo tipo di ricerche. A fronte di tale incremento positivo, si è potuto ugualmente osservare un miglioramento non scontato nella qualità della registrazione. Da rilevare negli indicatori di processo un notevole miglioramento di performance nella registrazione di colesterolo ed emoglobina glicata nei diabetici con variazioni delta significative; per l'esito intermedio altrettanto significativo è il miglioramento su raggiungimento dei target per PA e LDL. Tutto ciò equivale in pratica ad una significativa riduzione di rischio CV globale nella popolazione dei diabetici, soggetti notoriamente ad alto rischio cardiovascolare.

## “Liste di attesa”

\* Massimo Sorbo

I tempi di attesa per effettuare prestazioni sanitarie si possono ridurre coinvolgendo maggiormente i Medici che lavorano nel territorio e che per questo hanno il diritto/dovere di dare indicazioni oltre che partecipare ai percorsi diagnostico-terapeutici suggeriti dalle Linee-Guida basate sulla “evidence based medicine”.

Noi Specialisti Convenzionati riteniamo che il problema della lunghezza delle liste di attesa, in particolare per alcune branche specialistiche, si possa risolvere agendo su due direttrici: la prima quella di controllo della domanda, con il per-

seguire criteri di appropriatezza che devono essere raggiunti gradualmente attraverso la condivisione tra le varie componenti mediche interessate (Medici di Medicina Generale, Specialisti Ambulatoriali, Specialisti Dipendenti); la seconda direzione da intraprendere non può essere disattesa come avviene da decenni, con la mancata pubblicazione di ore di specialistica convenzionata a favore di contratti “libero-professionali”, che tamponano in modo temporaneo le esigenze dei servizi che sono persistenti e durature negli anni.

Come sindacato S.U.M.A.I. (sindacato unico medicina ambulatoriale italiana) denunciemo il persistere nella provincia di Perugia di un atteggiamento di chiusura nei confronti della categoria degli Spe-

cialisti Ambulatoriali, che riteniamo ingiustificata sotto tutti i punti di vista sia contrattuali che professionali.

Le risorse sanitarie limitate del S.S.R. dell'Umbria è la risposta più facile che viene adottata ogni volta dalla Direzione delle Aziende Sanitarie per non dare risposte alle nostre richieste.

Non condividiamo tale posizione di parte

pubblica in quanto riteniamo che i cosiddetti “sprechi” in sanità siano ancora presenti, ed inoltre crediamo che le “priorità” dei servizi da erogare, e le loro modalità, siano questioni aperte e da discutere tra tutti i soggetti interessati.

Una politica sanitaria rivolta alla Me-

dicina del Territorio con investimenti appropriati è la strada obbligata da percorrere se vogliamo nel nostro paese una assistenza sanitaria adeguata in termini di qualità ed efficienza. Una organizzazione migliore nei Distretti e nei Servizi Aziendali significa dare risposte adeguate alla domanda di salute dei cittadini, con il vantaggio di evitare ricoveri ospedalieri impropri, ed in tempi medio-lunghi avere anche un risparmio economico a favore del bilancio Regionale. Questi argomenti, accennati in modo molto sintetico, non ci sembrano superficiali e chiediamo per questo lungimiranza ed attenzione da parte del decisore pubblico perché si intraprenda insieme un percorso virtuoso con l'obbiettivo raggiungibile di liste di attesa ragionevolmente brevi in tutte le branche specialistiche.



## Il terremoto in Abruzzo e i medici e le istituzioni

Il grave sisma che ha colpito l'Aquilano non ha certamente risparmiato i medici, molti dei quali hanno perso abitazione, studio e familiari. La solidarietà che la Nazione sta esprimendo può e deve avere una presenza anche nell'ambito della categoria. Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO nella riunione del 17 e 18 Aprile 2009 ha adottato una serie di decisioni in merito agli interventi di sostegno alle zone terremotate tra cui:

- 1) La istituzione e la partecipazione ad un coordinamento tra le professioni sanitarie rappresentata dal sito web [www.sanitàsolidale.org](http://www.sanitàsolidale.org) con il quale medici, infermieri, ostetriche, veterinari, psicologi e tecnici di radiologia, attraverso le proprie Federazioni di Ordini e Collegi, hanno inteso costruire e mettere a disposizione delle Istituzioni un centro di raccolta e di ulteriore diffusione di tutte quelle notizie e comunicazioni che possano rendere più efficaci e tempestivi gli aiuti alle popolazioni, non solo nell'immediato, ma anche durante tutto il periodo della ricostruzione.

- 2) La costituzione di un "Comitato di Garanti della Regione Abruzzo", Organismo che avrà il compito di gestire sia i fondi stanziati dalla FNOMCeO e dagli Ordini, sia quelli versati a titolo personale, garantendo che tale gestione avvenga nella più completa trasparenza, composto da: Presidente: Maurizio Ortu, Presidente OMCeO L'Aquila, Vice Presidente: Cosimo Napoletano, Presidente OMCeO Teramo, Segretario: Ezio Casale, Presidente OMCeO Chieti, Tesoriere: Enrico Lanciotti, Presidente OMCeO Pescara. Oltre ai presidenti dei quattro Ordini abruzzesi, fanno parte del Comitato anche Gabriele Peperoni e Raffaele Iandolo, rispettivamente Segretario e Tesoriere della FNOMCeO, e Luigi Di Fabio, Presidente CAO de L'Aquila.

- 3) Lo stanziamento di una somma corrispondente all'1% dei contributi di spettanza della Federazione pari a circa € 87.000,00 (ottantasettemila), da devolvere al Comitato dei Garanti di cui sopra affinché sia in

grado di allestire servizi comuni in favore sia degli iscritti che della popolazione dell'area terremotata e per contribuire all'immediato rilancio dell'attività delle strutture sanitarie operanti nelle zone colpite.

- 4) Considerato che, anche a causa della natura istituzionale della Federazione questo stanziamento non poteva non avere un carattere di generalità, e ritenuto invece, che occorresse dare una risposta immediata e più diretta alle esigenze dei professionisti colpiti dagli eventi sismici, al fine di consentire il più sollecito ripristino della loro attività di medici ed odontoiatri, specialmente per coloro che hanno a carico l'onere di gestione dei propri studi, vi è stata anche la rinuncia, da parte dei componenti del Consiglio Nazionale, e la devoluzione all'unanimità, a titolo personale, dei gettoni di presenza relativi alle riunioni del 17 e 18 aprile, al netto delle ritenute di legge, allo stesso Comitato dei Garanti .

- 5) L'invito agli Ordini, con un apposito atto di indirizzo, di disporre similmente aiuti economici per l'Abruzzo nei loro bilanci. Con nota n. 0029630 del 30 aprile 2009, il Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ha espresso una valutazione complessivamente favorevole rispetto alle iniziative della Federazione e, sulla base dell'Atto di indirizzo della FNOMCeO, anche a quelle di competenza degli Ordini Provinciali, sottolineando che è necessario che le deliberazioni che saranno assunte dai rispettivi Consigli Direttivi — così come previsto nell'ultimo cpv. della lettera ministeriale — che vengano sottoposte a ratifica alla prima riunione utile dell'Assemblea degli iscritti.

- 6) La predisposizione di due conti correnti: uno per gli interventi esclusivamente istituzionali e uno per le offerte di carattere personale e liberale che è il seguente:

**"FNOMCeO L'Aquila - Versamenti Individuali" - c/c n. 000056923436 cod. I.B.A.N. : I T 2250623003202000056923436 - Agenzia di Roma 1- CARIPARMA**

### INIZIATIVE DELL'ORDINE DI PERUGIA

Per quanto riguarda il nostro Ordine il Consiglio, preso atto della Delibera di indirizzo della FNOMCeO che indica a tutti gli Ordini le modalità con le quali si consente il prelievo di risorse di bilancio da destinare a tutti quei progetti di sostegno, fattivo e solidale, per una pronta ripresa delle attività di assistenza sanitaria alle popolazioni colpite, sta valutando la possibilità, senza apportare modifiche al Bilancio già approvato, di destinare a tale intento la somma che ogni anno, in luogo delle onoranze funebri agli iscritti deceduto o alle onorificenze agli iscritti, viene devoluta per iniziative di carattere benefico, oltre a versamenti, a titolo personale dei singoli Consiglieri.

### ATTIVITA' DELLA REGIONE UMBRIA

Approfittiamo dell'occasione per portare a conoscenza degli iscritti anche l'iniziativa della Regione Umbria, che con nota 68273 del 28/04/09 ha dato particolari disposizioni per l'accesso all'assistenza sanitaria in Umbria dei cittadini provenienti dalle zone colpite dal sisma nella Regione Abruzzo. In pratica si ritiene necessario dare un sostegno concreto di solidarietà alla popolazione abruzzese che, temporaneamente, risulta residente o domiciliata nella Regione Umbria. I cittadini ai quali dovrà essere garantita l'assistenza sono quelli residenti nei Comuni della Regione Abruzzo interessati dagli eventi sismici, individuati con apposito decreto del 16 aprile 2009. In deroga a quanto previsto dall'ad. 57 dell'A.C.N. del 23/03/2005 per i medici di medicina generale ed all'art. 56 dell'A.C.N. del 15/12/2005 per i pediatri di libera scelta, d'intesa con le OO.SS. di categoria, i medici sopra enunciati forniscono assistenza gratuita ai cittadini vittime del sisma. I medici di medicina generale ed i pediatri di libera garantiranno tutte le prestazioni sanitarie aggiuntive di propria competenza, legate a situazioni di urgenza e necessità. Gli stessi medici dovranno prescrivere le eventuali prestazioni necessarie (farmaceutica, specialistica ambulatoriale, assistenza integrativa ecc..) su ricettario del SSN. Analogamente dovranno procedere i medici specialisti nel caso in cui sia richiesta

la loro prescrizione. Si stabilisce inoltre che tali cittadini sono esonerati dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa del Servizio sanitario nazionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Preso atto che la Regione Abruzzo per l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per tali cittadini ha individuato il codice T09, si dà indicazione di utilizzare nelle prescrizioni il medesimo codice. Resta inteso che tali utenti hanno diritto a tutte le prestazioni sanitarie a carico del SSN. Il diritto ad ottenere tali prestazioni dovrà essere accertato dal Servizio Anagrafe della Azienda USL di competenza che provvederà ad iscrivere tali cittadini senza l'assegnazione del medico. La verifica dovrà essere effettuata attraverso un documento di identità; qualora l'utente ne sia sprovvisto gli operatori dovranno utilizzare tutti gli strumenti a disposizione per la corretta identificazione di tali soggetti, a partire dall'interrogazione del sistema TS. Inoltre, in tali casi, l'assistito dovrà autocertificare le condizioni di diritto all'assistenza secondo un apposito modello.

Il Servizio Anagrafe Sanitaria provvederà a rilasciare:

- il tesserino sanitario senza l'assegnazione del medico, che il cittadino dovrà utilizzare per accedere alle prestazioni di cui ha bisogno;
- il tesserino per l'attestazione del diritto all'esenzione sopra descritta.

Si dà indicazione, infine, di non addebitare o fatturare alla Regione/Azienda USL di competenza le prestazioni erogate a tali cittadini. Tuttavia esse dovranno essere tenute in evidenza in attesa di eventuali provvedimenti a livello centrale riguardanti le modalità con le quali si dovranno sostenere le spese in questione.

Il provvedimento rimane valido fino al 31 dicembre 2009. Trascorso tale termine, qualora non sia conclusa l'emergenza e al fine di dare continuità all'azione di solidarietà, sarà cura della Regione Umbria, di concerto con le OO.SS. di categoria, trovare forme di erogazione di assistenza adeguate alla problematica che si porrà in essere.

Riceviamo dal dott. Giani di Città di Castello, Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio e in Ortopedia e Fisiocinesiterapia, storico ed ammirato Medico di Medicina Generale, e pubblichiamo questa lettera.

Caro Presidente,

*nell'ultimo Bollettino ho letto con rammarico che il prof. Timio non fa più parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine. E' più che giusto il ricambio innovativo e dare spazio a giovani come nuove forze creative. Detto questo però mi auguro che il professore continui a scrivere i suoi articoli di arte e cultura, ma ancora di più quelli come l'ultimo sul dolore, sofferenza, angoscia che con profondo sentimento umano e culturale sembra avere risposto alla domanda di aiuto di un paziente malato che rimproverava a un amico che cercava di consolarlo che lui non poteva, perché non provava il suo stesso dolore. E' così vero che anche in età avanzata spesso si prova sofferenza e angoscia senza essere compresi. In quei momenti ci si può rivolgere e chiedere aiuto al solo uomo, perché lui stesso l'ha provato. Purtroppo questa possibilità vale solo per i credenti, oppure no? Con l'augurio che si continui a leggere i suoi articoli sempre interessanti e molto apprezzati spero non solo dal sottoscritto, ma da tutti i colleghi, porgo cordiali saluti e complimenti all'autore. Un vecchio e antico medico, affezionato lettore.*

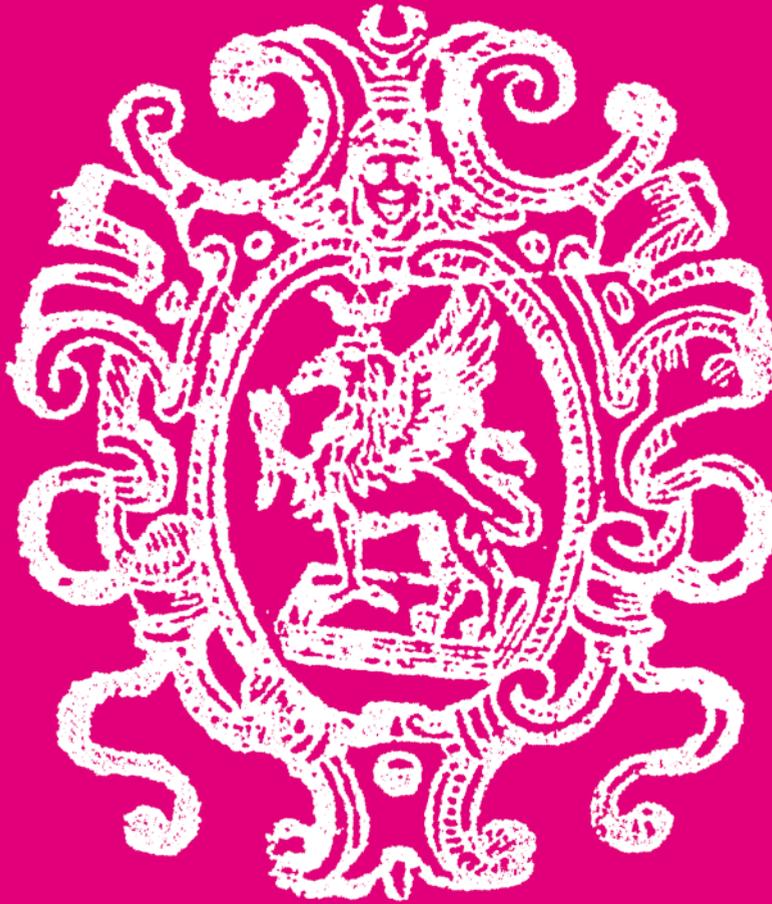
*Ferdinando Giani, iscritto n. 632, albo Medici*

*P.S. Spero che lo scritto sia decifrabile, il computer per noi vecchi è un oggetto misterioso. Naturalmente non generalizzo e invidio i fortunati che lo usano.*

Caro dott. Giani,

“vecchio e antico medico, affezionato lettore”, pubblico con piacere la Tua lettera. Non temere, il prof. Timio non fa più parte del Consiglio Direttivo, ma il Bollettino è aperto ai Suoi contributi, come a quello di tutti gli iscritti disponibili a collaborare. Il Comitato di Redazione è pronto a valutare ogni articolo. Permettimi di rallegrarmi, come ho avuto modo di fare tante volte a voce, per la Tua continua attenzione e la Tua attiva partecipazione alla vita dell'Ordine che deve essere di esempio e di riferimento anche a tanti colleghi più giovani. Con stima ed affetto.

Graziano Conti



(Emblema del Collegio dei Medici e Filosofi - sec. XVIII)