

medici & medici

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona
Direttore Responsabile: Fulvio Borromei
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona
N. 13 - Ottobre 2006
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

13
OTTOBRE

Periodico di informazione Medico-Sanitaria

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

INFORMAZIONI

- *Assemblea Ordinaria Annuale*
- *Bando di concorso "Prof. Franco Bianchi"*

BUONA SANITA'

- *Chirurgia mininvasiva*
- *Una nuova tecnica chirurgica per il trattamento degli adenomi ipofisari: endoscopica pura mini-invasiva trans-nasale*
- *Depressione e malattie cardiovascolari*
- *Valutazione prognostica mediante l'utilizzo del Palliative Prognostic Score (PaP) e percorsi assistenziali*



Novembre 2006

Gentile Dottoressa, Egregio Dottore,

ha intenzione di comprare una casa o un appartamento e sta cercando una banca cui appoggiarsi per accendere un mutuo?

Se questo è quello di cui ha bisogno, siamo lieti di informarLa che oggi il Sanpaolo Banca dell'Adriatico Le ha riservato gli interessanti e vantaggiosi mutui della Linea Domus a condizioni del tutto particolari.

Fra queste, potrà ad esempio contare su uno sconto del 60% sulle spese di istruttoria, un tasso sul finanziamento decisamente agevolato, e ancora uno sconto sul compenso per l'eventuale estinzione anticipata del Suo mutuo.

Ad esempio le condizioni valide per il mese di **NOVEMBRE 2006** sono:

DOMUS TASSO FISSO			DOMUS TASSO FISSO		
DURATA MUTUO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO	DURATA MUTUO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	4,75%	18,76	15 anni	5,03%	7,92
7 anni	4,86%	14,07	20 anni	5,21%	6,72
10 anni	4,92%	10,57	25 anni	5,45%	6,11
12 anni	4,99%	9,24	30 anni	5,55%	5,71

DOMUS TASSO VARIABILE		
DURATA MUTUO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO (*)
5 anni	EURIBOR 3 M. + 0,90%	18,63
7 anni	EURIBOR 3 M. + 0,90%	13,88
10 anni	EURIBOR 3 M. + 0,95%	10,37
12 anni	EURIBOR 3 M. + 1,00%	9,03
15 anni	EURIBOR 3 M. + 1,00%	7,68
20 anni	EURIBOR 3 M. + 1,10%	6,41
25 anni	EURIBOR 3 M. + 1,30%	5,77
30 anni	EURIBOR 3 M. + 1,40%	5,34

(*) Euribor 3 mesi rilevato il 30/10/2006 pari al 3,561%

In più, grazie alla nostra esperienza di leader del settore, le formule di mutuo che Le offriamo sono davvero molte, e ciascuna è stata studiata per venire incontro a una Sua specifica esigenza.

Saremo quindi particolarmente lieti di riceverLa presso le nostre Filiali per parlare dei mutui Domus e di tutti gli altri prodotti del Sanpaolo. Non esiti quindi a contattarci, anche per fissare un appuntamento nell'orario a Lei più comodo.

TEAM DOMUS DI ANCONA - VIA MONTEBELLO 57/59 - TEL 071 2280302 - Sig. APPOLLONI ADRIANO

A presto, quindi, e con le nostre più vive cordialità.

SANPAOLO BANCA DELL'ADRIATICO SPA

Direttore Responsabile
Fulvio Borromei

Vice Direttore
Francesco Lattanzi

Coordinatore di Redazione
Maria Beatrice Bilò

Vice Coordinatore
Marco Silvestrelli

Redazione
Vincenzo Berdini
Federico Fabbri
Sergio Giustini
Riccardo Sestili

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Francesco Lattanzi

Segretario

Nicola Battelli

Tesoriere

Quirino Massimo Ricci

Consiglieri

Vincenzo Berdini

Maria Beatrice Bilò

Sergio Cascia

Marcello Maria D'Errico

Giordano Giostra

Sergio Giustini

Arcangela Guerrieri

Maria Giovanna Magiera

Stefano Polonara

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Federico Fabbri (od.)

Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi

Mario Perli

Giovanni Petruzzini

Giuliano Rocchetti

Revisore dei conti supplente

Maria Meleti

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Tiziana Giampaoli

Francesco Montecchiani

Augusto Sertori

Stefano Tucci

In copertina: Valeriano Trubbiani

Sipario tagliafuoco

Teatro delle Muse - Ancona

*Questo numero è stato chiuso il
31 ottobre 2006*

*Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa*

EDITORIALE

*Il lungo cammino della nostra
istituzione Ordinistica Professionale* **4**

INFORMAZIONI

Assemblea Ordinaria Annuale **5**

La medicina predittiva-genetica e salute **6**

Società Italiana di Medicina Generale

Sezione provinciale di Ancona **7**

*Lettera informativa sul nuovo registro
delle malattie professionali* **8**

Associazione Medici Cattolici Italiani

Sezione di Ancona "Sandro Totti" **9**

*Bando di concorso per l'assegnazione di
n.1 premio di laurea "Prof. Franco Bianchi"* **10**

DAL MINISTERO

*Integratori alimentari pubblicizzati per
favorire la riduzione del peso corporeo* **13**

RUBRICA GIOVANI

La formazione fuori sede **15**

BUONA SANITA'

Chirurgia mininvasiva **18**

*Una nuova tecnica chirurgica
per il trattamento degli adenomi ipofisari:
endoscopica pura mini-invasiva trans-nasale* **22**

Depressione e malattie cardiovascolari **24**

*Valutazione prognostica mediante l'utilizzo
del Palliative Prognostic Score (PaP)
e percorsi assistenziali* **27**

CONGRESSI, CORSI, INIZIATIVE

31

Il lungo cammino della nostra istituzione Ordinistica Professionale

di Fulvio Borromei - Presidente OMCeO di Ancona

In una società dove i processi sociali, culturali, l'economia, il mercato, subiscono repentini cambiamenti rendendo più complesso l'adattamento e l'approccio alle varie problematiche anche la nostra professione risente delle ripercussioni di questi cambiamenti.

Possiamo certamente affermare che viviamo in una epoca dove la rapidità degli eventi è direttamente proporzionale con l'instabilità e l'incertezza del nostro vivere quotidiano.

Possiamo applicare questo concetto anche al nostro Ordine.

Abbiamo vissuto fino ad ora in una incertezza tale di una possibile riforma ordinistica che certamente ha influenzato grandemente l'efficacia e l'efficienza della stessa istituzione.

Malgrado ciò l'Ordine ha cercato di svolgere il suo ruolo e di tutelare quei valori etici e deontologici per il quale era nato.

Ora ci troviamo ad una svolta decisiva.

Il decreto Bersani, senza una preventiva consultazione, ha determinato una spinta in avanti (abolizione della tariffa minima con tariffe parametricate al risultato da conseguire, modifiche della legge sulla pubblicità con il controllo degli ordini, possibilità di avere soci di capitale nelle società di servizi sanitari) di cui non possiamo ancora prevedere gli sviluppi futuri.

Al momento tutto l'impianto ordinistico è messo in discussione e la futura riforma non è ancora ben delineata, per cui se è vero che abbiamo buone ragioni per argomentare, la varietà di opinioni a proposito e le differenze delle altre istituzioni ordinistiche non ci permettono di stare tranquilli.

Se la strada della riforma dovesse essere impraticabile o troppo lunga, si potrebbe anche pensare di interagire sul regolamento interno alla Federazione e quindi lavorare su quei dispositivi che non sono oggetto di specifica norma legislativa ex DLCPS n° 233/46 e quindi modificabili con provvedimenti regolamentari, prevedendo coordinamenti regionali e rafforzando il ruolo ordinistico basandosi su una autonomia indiscussa del Codice Deontologico.

Codice che talaltro è in fase avanzata di revisione, visto che entro il 31/12/06 per effetto del decreto, dovremmo averlo modificato e completato, approvandolo con l'intento di rafforzare il suo impianto normativo ad argine di una devoluzione che potrebbe non tenere affatto conto delle nostre peculiarità professionali.

Speriamo che l'intelligenza, il discernimento, la ragione e il buon senso siano davvero dalla parte delle buone ragioni, dell'eticità, della deontologia e della salute dei cittadini.



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Ancona**

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

giovedì 7 dicembre 2006 ore 16,00

Come disposto dall'art. 23 del D.P.R. n° 221 del 5/4/1950, il Consiglio dell'Ordine ha deliberato di indire l'assemblea annuale degli iscritti per mercoledì 6 dicembre p.v. alle ore 7,00, in prima convocazione, e per

GIOVEDÌ 7 DICEMBRE 2006 ore 16,00
IN SECONDA CONVOCAZIONE

presso il JOLLY HOTEL - Via Rupi XXIX Settembre, 14 - ANCONA

con il seguente
ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Relazione del Tesoriere sul Bilancio consuntivo 2005 e presentazione Bilancio preventivo 2007;
- 3) Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti;
- 4) Premiazione per il 50° e 60° anno di laurea;
- 5) Giuramento d'Ippocrate dei neo-laureati, consegna pergamene;
- 6) Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea in prima convocazione è valida se interviene almeno un quarto degli iscritti; in seconda convocazione, è valida qualunque sia il numero degli intervenuti (presenti, o rappresentati per delega), purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio. E' consentita la delega, da apporre in calce al presente avviso e da consegnare al delegato. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. I bilanci sono in visione presso l'Ordine.

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

Tagliando per delega

Il sottoscritto dott./prof. _____

delega a rappresentarlo, nell'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona del giorno 7 DICEMBRE 2006

il dott./prof. _____

(data)

(firma)

La medicina predittiva-genetica e salute

di Serena Autizi

E' il titolo del libro di Giorgio Silvestri, edito dalla Piccin Nuova Libreria (Padova, 2004, euro 12)

L'autore affronta un tema di grande rilievo: la predittiva è medicina personalizzata, quindi più efficace rispetto ad una prevenzione alla cieca com'è, ad esempio, la vaccinazione. Essa è diretta ad individui sani affinché conservino la salute come un patrimonio da non dissipare. Il prof. Silvestri ha iniziato la carriera presso la Clinica di Medicina dell'Università degli Studi di Perugia. Poco dopo aver ottenuto il diploma di laurea, ha frequentato il laboratorio di Immunoematologia del Centro Trasfusionale della Trasfusione Sanguigna, a Parigi, diretto allora dal dott. Jean Dausset. L'immunoematologia, in quell'epoca, era una disciplina agli albori. Lo stesso Dausset ne aveva scritto, nel 1956, il primo trattato al mondo. Silvestri vinse il concorso per il Primario del Servizio di Immunoematologia del famoso ospedale parigino Saint-Louis. Nel 1980 Dausset ricevette, per le sue ricerche sul sistema HLA, il Premio Nobel per la medicina, avendo individuato la prima molecola di questo sistema, denominata "MAC" e, in seguito, "HLA-A2". Il nuovo sistema leucopiastrinico e tessutale svolge funzioni fondamentali. Innanzitutto il riconoscimento del "NOT SELF", l'estraneo con cui viene a contatto l'organismo, che mette in atto con le molecole HLA la difesa più specifica e quindi più valida che esista. Le stesse molecole HLA, infine, hanno favorito la dimostrazione scientifica della unicità e della irripetibilità dell'uomo. Nella prassi, lo studio delle molecole e dei fenotipi HLA, e i test genetici, costituiscono i fondamenti sui quali si basa la medicina predittiva, volta a conoscere l'avvenire biologico umano, pur con probabilità e senza certezza. E' per me un piacere recensire questo volume, essendo stata assistente del Prof. Silvestri negli anni nei quali è stato primario a Jesi, e conservando nei suoi riguardi una profonda stima dal punto di vista umano e professionale. La materia, complessa e difficile, è esposta con stile chiaro che assimila

quest'opera a un testo scientifico, costituendo altresì una pregevole fonte di aggiornamento per medici e studenti di medicina. Dopo una trattazione dettagliata del sistema HLA, con aggiornamento delle molecole e degli alleli al 14 gennaio 2004, l'autore si sofferma sulle più diverse applicazioni cliniche del nuovo sistema, con particolare interesse allo studio della compatibilità fra donatore e ricevente nella trasfusione sanguigna, nel trapianto di midollo osseo, di cellule staminali e di organi. Sono accennati gli aspetti di alcune molecole HLA associate a malattie diverse. Ecco alcuni esempi: 1) la Spondilartrite Anchilosante, malattia infiammatoria della colonna vertebrale, multisistemica, è associata al gene di classe I HLA-B27 in circa il 96% dei casi osservati; 2) la Narcolessia, condizione clinica di ipersonnia a eziologia sconosciuta, associata ai geni della classe I HLA-DR2 (nel 100% dei casi osservati in Giappone) e ai geni HLA-DR2 /HLA-DW2, tutti di classe II. Proprio l'associazione così frequente della narcolessia con molecole in specie di classe II ha fatto pensare ad una componente patogenetica autoimmune; 3) il Diabete Mellito I.D. (Tipo I), associato a geni HLA di classe II. Alleli del locus HLA-DQ sono coinvolti in tali associazioni e quindi le molecole HLA-DQ sono implicate quali "fattori di rischio" nell'immunopatogenesi del diabete. L'allele di suscettibilità predominante è il gene HLA-DQ-B1*0302. Il grado di rischio genetico conferito da questa molecola è modulato da altri geni del sistema HLA che aumentano o diminuiscono il rischio relativo alla malattia. Studi del 2000 (Nepom G.T., "HLA and type diabetes, Academic Press, London), hanno dimostrato che la più forte "protezione genetica" è dovuta alla presenza dell'allele DQB1*602; 4) il Cancro della mammella, associato ai geni BRCA1 cromosoma 17, braccio lungo, e BRCA2 cromosoma 13, braccio lungo; 5) il Cancro del colon ereditario non polipoide (HNPCC), riferibile a quattro geni di predisposizione ereditaria; 6) il Retinoblastoma, associato a un gene situato nel cromosoma 13, braccio lungo, è un tumore raro della retina

che talvolta colpisce anche il tessuto osseo. Le metodiche di biologia molecolare hanno permesso la scoperta dell'intero genoma umano nell'aprile dell'anno 2000, prevista invece da alcuni molti anni dopo. L'impiego dei test genetici nello studio della predisposizione di un individuo alle malattie familiari e il loro successivo controllo è certo una nuova frontiera della medicina. Concludendo, è da sottolineare quanto Jean Dausset affermava sin dal 1998: "Tutto è ormai pronto perchè la medicina predittiva possa essere realizzata.

Ma ciò deve avvenire con tutta la riflessione e tutto il rigore necessari". I test genetici comportano aspetti di etica di grande rilevanza. Le conseguenze di un risultato "negativo" danno serenità e fiducia. Il risultato "positivo" invece, può in un momento sconvolgere una vita tranquilla. Al medico devono essere ben noti il carattere e un'eventuale fragilità mentale dell'assistito. Nel consigliare ad usare i test genetico, l'etica nei suoi molteplici aspetti è di gran lunga più importante rispetto ai costi molto elevati (Dausset).



Società Italiana di Medicina Generale ***Sezione provinciale di Ancona***

di Marilena Capriotti

Il 13 marzo 2006 si è tenuta ad Ancona presso la sala dell'Ordine dei Medici, la riunione provinciale della Società Italiana di Medicina Generale sezione provinciale di Ancona, che all'ordine del giorno aveva oltre alla programmazione e al rinnovo delle iscrizioni, anche il rinnovo del Consiglio Direttivo. Erano presenti: Dr M. Capriotti, Dr S. Pierangeli, Dr V. Berdini, Dr F. Borromei, Dr R. Galassi, Dr B. Borioni, Dr S. Cascia, Dr M. Gregorio, Dr G. Gini, Dr E. Fiorini, Dr G. Sampaolo, Dr M. Mar-

chionni, Dr. A. Mazzarini, Dr P. Allegrezza, Dr S. Latini, Dr M.L. Librari; per delega la Dr R. Doria, il Dr M. Fabbretti, il Dr Q. Tommasetti, il Dr C. Alderuccio.

Sono Stati eletti all'unanimità:

Presidente: Dr Marilena Capriotti

Vicepresidente: Dr Maurizio Marchionni

Segretario: Dr Emanuele Fiorini

Tesoriere: Dr Guido Sampaolo

Responsabile area ricerca in Medicina Generale:
Dr. Stefano Pierangeli

Lettera informativa sul nuovo registro delle **malattie professionali**

di Giuliano Tagliavento



REGIONE MARCHE
Giunta Regionale
SERVIZIO SALUTE

Al momento attuale, la certificazione delle malattie professionali, non solo a fini assicurativi, ma anche epidemiologici, è ancora un problema non risolto.

L'INAIL ha recentemente dato seguito alla istituzione del registro delle malattie causate dal

lavoro, ovvero ad esso correlate, previsto dall'art. 10, comma 5, del D.Lgs. n. 38/2000.

Essendo questo registro alimentato tramite sito internet, può costituire una buona occasione per il miglioramento dell'attuale carenza di dati utili per la programmazione dell'attività di prevenzione.

Per tali motivi si chiede la collaborazione per la massima diffusione a tutti i medici della scheda informativa che si allega.

Oggetto:

**REGISTRO NAZIONALE DELLE MALATTIE CAUSATE DAL LAVORO
OVVERO AD ESSO CORRELATE - Art. 10 D.Lgs. n. 38/2000**

Il registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate, previsto dall'art. 10, comma 5, D.Lgs. n. 38/2000 è stato avviato. Si forniscono di seguito le prime informazioni essenziali sull'argomento.

1. Che cosa è il Registro

È un Osservatorio nazionale e, in prospettiva, regionale, nel quale confluiranno le principali informazioni concernenti le malattie di cui all'elenco previsto dall'art. 139 del DPR 1124/1965 (testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali), recentemente revisionato ed aggiornato con DM 27 aprile 2004. Il Registro è istituito presso la banca dati dell'Inail.

2. Quale è la finalità del Registro

È quella di costituire un unico "punto" centrale di organica e facilmente accessibile raccolta di informazioni sulle caratteristiche e dimensioni del fenomeno tecnopatologico nel suo complesso.

3. Chi è tenuto ad alimentare il Registro

Ogni medico, compreso il medico dell'Inail, che riconosca l'esistenza di una delle malattie indicate nell'elenco approvato con il citato DM 27 aprile 2004, è obbligato ad effettuare

la "denuncia/segnalazione", anche se il lavoratore che ne è affetto non è soggetto alla tutela Inail ed anche senza la sua espressa volontà. Destinatari della suddetta "denuncia/segnalazione" sono le Direzioni provinciali del lavoro, le Aziende sanitarie locali e le Sedi Inail, quest'ultime ai fini della implementazione del Registro.

4. Con quali modalità deve essere alimentato il Registro

La norma, nell'istituire l'obbligo di denuncia/segnalazione (art. 139 TU), non ha definito né i contenuti né tantomeno una specifica modulistica finalizzata all'adempimento di detto obbligo. Allo scopo di avere un nucleo di informazioni omogenee, l'Inail ha provveduto ad individuare le "informazioni di base" riguardanti: il medico certificatore, il lavoratore, la malattia nonché la mansione e il settore lavorativo ad essa correlati. Dette "informazioni di base" dovranno essere inserite all'interno del modulo di denuncia/segnalazione Inail il quale è reperibile sul sito: www.inail.it/marche. Per quanto riguarda le "denunce/segnalazioni" dei medici certificatori, è necessario, al momento, che le "informazioni di base" vengano selezionate nell'ambito delle diverse tipologie di certificazioni adottate e codificate dagli operatori amministrativi Inail nella speci-

fica procedura. Le nuove classificazioni sono contenute in un'apposita Guida la quale pure è reperibile nel predetto sito.

5. Quali malattie devono essere oggetto della denuncia/segnalazione

Le malattie oggetto della "denuncia/segnalazione" sono quelle indicate nell'elenco approvato con DM 27 aprile 2004. Considerati gli scopi dell'Istituzione del Registro, l'Inail ha ravvisato l'opportunità che lo stesso possa contenere anche le denunce/segnalazioni di malattie non espressamente indicate nell'elenco di cui al DM 27 aprile 2004, per le quali il medico ha ritenuto, comunque, opportuno effettuarne la segnalazione ai sensi dell'art. 139 T.U. DPR 1124/65. La ricorrenza

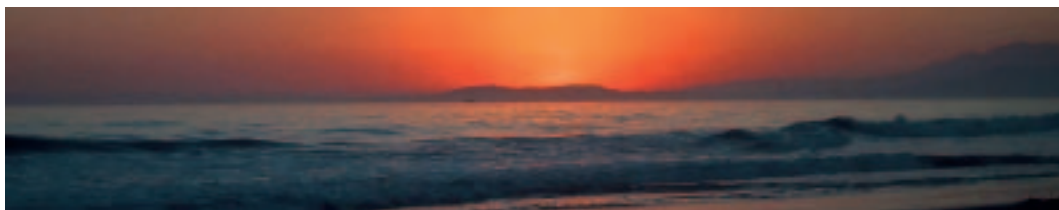
di siffatta casistica potrà rilevare l'evidenza di nuove patologie.

6. Decorrenza del Registro

Il registro ha decorrenza dal 1 gennaio 2006.

7. Consultazione del Registro

Al Registro potranno accedere, in ragione della specificità di ruolo e di competenza, nel rispetto delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, oltre la "Commissione Scientifica" le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le Direzioni provinciali del lavoro e gli altri soggetti pubblici cui, per legge o regolamento, sono attribuiti compiti in materia di protezione della salute e di sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro.



Associazione Medici Cattolici Italiani Sezione di Ancona "Sandro Totti"

di Rosa Anna Rabini - Presidente Sezione A.M.C.I. di Ancona "Sandro Totti"

Il 25 marzo 2006 presso il Centro pastorale Stella Maris di Colle Ameno (Ancona) è stato rinnovato il Consiglio Direttivo della Sezione di Ancona dell'Associazione Medici Cattolici Italiani, che risulta attualmente così composto:

- *Presidente:* dott.ssa Rosa Anna Rabini
- *Vicepresidente:* dott. Massimiliano Petrelli
- *Segretario:* dott. Oliviero Gorrieri
- *Tesoriere:* dott. Giuliano Brandozzi
- *Componenti del Consiglio Direttivo:*
dott. Massimo Beghella Bartoli,
dott.ssa. Rosanna Cordiali,
dott. Stefano Della Bella,
dott. Andrea Doga,
dott.ssa Alessandra Mazzarini.

L'assemblea ha inoltre deliberato di intitolare la Sezione al Dott. Sandro Totti, scomparso due anni fa, che ne è stato per lunghi anni Presidente e rimane per tutti un esempio di medico dotato di autentico spirito di servizio umano e

cristiano nel rapporto con l'ammalato e i suoi familiari. E' stato presentato ai soci il programma della Sezione, che prevede in particolare un impegno di formazione in campo spirituale e bioetico, anche tramite l'organizzazione di corsi accreditati per l'educazione continua in medicina (ECM). Sono già stati organizzati un corso sulla comunicazione nella professione del medico effettuato a Loreto nel settembre 2006 e un altro sulla moralità e legalità nella certificazione medica (Ancona, ottobre 2006). In collaborazione con l'AGe (Associazione Genitori) verranno effettuati nel 2006-2007 interventi nelle scuole per la prevenzione del disagio giovanile e con altre associazioni cattoliche è in fase di progettazione un incontro pubblico sulla RU486 e sulle implicazioni sanitarie ed etiche del suo utilizzo. E' inoltre in fase di allestimento il sito internet della Sezione all'indirizzo: www.amciancona.net.

Bando di concorso per l'assegnazione di n.1 premio di laurea "Prof. Franco Bianchi"

Art. 1

E' indetto il concorso per l'assegnazione di n. 1 premio di laurea dell'importo di euro 1.250,00, offerto dalla Sig.ra Bianchi, in collaborazione con il Centro Regionale di Medicina dello Sport e con il Panathlon Club di Ancona.

Art. 2

Possono partecipare al premio di cui all'art. 1: a) i laureati della Facoltà di Medicina-Chirurgia presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona negli anni solari 2003-2005, che abbiano discusso la propria tesi di laurea in una branca affine alla Medicina Sportiva: Cardiologia, Ortopedia, Fisioterapia, Neurologia; b) gli iscritti ad uno degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della regione Marche; c) coloro che praticano un'attività sportiva amatoriale e/o agonistica; d) coloro che non siano risultati assegnatari di altri premi di laurea o di studio nello stesso periodo.

Art. 3

Gli aspiranti ai suddetti contributi debbono presentare una domanda presso la segreteria dell'Ordine o a mezzo posta raccomandata, redatta su carta semplice, diretta al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona - Via Michelangelo Buonarroti n° 1 - 60125 Ancona, **entro il: 30 novembre 2006.**

La domanda di ammissione si considera prodotta in tempo utile se consegnata a mano o spedita entro il suddetto termine; in tal caso farà fede il timbro postale.

Art. 4

Nella domanda gli aspiranti devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, pena l'esclusione dal concorso:

- 1) il cognome ed il nome;
- 2) la data ed il luogo di nascita;
- 3) il domicilio eletto ai fini dal concorso con espressa menzione dell'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso;
- 4) il possesso del diploma di laurea conseguita

to presso la Facoltà di Medicina-Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona, nonché la data del suo conseguimento;

5) l'iscrizione ad uno degli Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della regione Marche;

6) di praticare un'attività sportiva o di appartenere ad una Società sportiva, specificando quale;

7) di non aver già percepito altri premi di laurea o di studio banditi da questo Ordine;

8) di non aver riportato condanne penali.

La domanda, a pena di esclusione dovrà essere corredata di copia della tesi di laurea che rimarrà agli atti presso la sede dell'Ordine dei Medici.

Art. 5

La Commissione Giudicatrice è composta da quattro componenti:

- due membri designati dall'Ordine dei Medici-Chirurghi di Ancona;
- un membro designato dal Panathlon Club di Ancona;
- un membro del Consiglio Direttivo del Centro Regionale di Medicina dello Sport "Prof. F. Bianchi", in rappresentanza della famiglia Bianchi che ne diviene Presidente della Commissione.

Al fine dell'individuazione del vincitore del suddetto premio la Commissione prenderà in esame le tesi di laurea presentate dai candidati.

Art. 6

Per la valutazione dei candidati, al fine della individuazione del vincitore, verranno prese in considerazione:

1) il voto di laurea (max 20 punti)

100 = 1.2 punti	106 = 8.4
101 = 2.4	107 = 9.6
102 = 3.6	108 = 10.8
103 = 4.8	109 = 12.00
104 = 6.0	110 = 16.00
105 = 7.2	110 e lode = 20.00

2) curriculum sportivo (punteggio da 1 a 20 a giudizio della Commissione);

3) qualità della tesi (punteggio da 1 a 20 a giudizio della Commissione);

Art. 7

Nel caso in cui non si presentino candidati oppure la Commissione giudicatrice ritenga di non assegnare il premio suddetto, l'importo relativo sarà utilizzato per istituire un successivo bando di concorso che avrà i medesimi criteri.

Art. 8

L'importo relativo alla borsa di studio verrà consegnato direttamente al vincitore dalla Signora Maria Costantina Venturini Bianchi.

Il Presidente

Dr Fulvio Borromei

ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ANCONA

Allegato 1 al bando di concorso

FACSIMILE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente
Ordine dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via Buonarroti, 1
60125 ANCONA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
Domicilio eletto ai fini del concorso: Via _____ n. _____
Comune di _____ (Prov. _____) C.A.P. _____
Tel. _____:

CHIEDE

di partecipare al concorso per l'assegnazione del premio di laurea "Prof. Franco Bianchi" bandito dall'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Ancona.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito presso la Facoltà di Medicina-Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della provincia di _____;
- di praticare le seguenti attività sportive _____:
o di appartenere alla Società sportiva _____
con la qualifica di _____;
- di non aver già percepito altri premi di studio banditi da codesto Ordine;
- di non aver riportato condanne penali;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale variazione del domicilio eletto ai fini del concorso.

ALLEGA alla presente:

copia della tesi di laurea.

Ancona,

FIRMA

Edizioni d'arte, scientifiche • Narrativa • Comunicazione




Humana

La **mente** umana produce piccole e grandi **idee**.

Le **idee** per crescere vanno divulgate ad altri **uomini**.

Humana cerca piccole e grandi **idee**
e le trasforma in piccole e grandi **edizioni**.



Humana editrice • ANCONA

60131 ANCONA • Via Caduti del Lavoro, 12 • tel. 071 2861404 fax 071 2861424 • info@tecneprint.it

Nota del Ministero della Salute del 7/08/06

Integratori alimentari pubblicizzati per favorire la riduzione del peso corporeo

Dall'analisi di un campione di integratori alimentari pubblicizzati per la riduzione del peso corporeo sono state riscontrate diverse inosservanze nei confronti della normativa vigente, con riferimento particolare alle disposizioni dell'art. 7 del decreto legislativo 169/2004.

Dette disposizioni sono state appositamente introdotte con il recepimento della direttiva comunitaria 46/2002/CE attraverso il citato decreto legislativo per rispondere all'esigenza di assicurare una corretta pubblicità degli integratori alimentari propagandati per favorire la riduzione del peso corporeo.

Si richiama pertanto l'obbligo di dare piena attuazione alle disposizioni in questione, per informare correttamente i consumatori sulle proprietà e sul ruolo dei prodotti, non indurre a comportamenti scorretti e non ingenerare false attese. Si richiama altresì, sullo stesso argomento, quanto più espressamente rappresentato con la Circolare ministeriale 25 luglio 2002, n. 4 "Problematiche connesse con il settore degli integratori alimentari: indicazioni e precisazioni" (G.U.).

Premesso quanto sopra, si ritiene comunque opportuno ribadire che:

- il messaggio pubblicitario non deve far passare come secondario il fatto che, ai fini della riduzione del peso, l'obiettivo da perseguire è lo smaltimento del grasso in eccesso, attraverso l'adozione di una dieta ipocalorica adeguata, abbinata ad uno stile di vita attivo;

- il ruolo dei prodotti è quello di coadiuvanti, finalizzati a complementare gli apporti nutrizionali della dieta ipocalorica o eventualmente a facilitarne l'attuazione;
- non sono ammesse quantificazioni temporali dei risultati ottenibili, né indicazioni di alcun tipo in termine di attese di calo ponderale;
- si deve considerare che i prodotti non vanno assunti per un periodo prolungato senza il parere del medico, mentre, per le fasce più sensibili della popolazione, quali ad esempio bambini, donne in gravidanza e allattamento, è consigliabile sentire il parere del medico prima di un eventuale uso.

Resta fermo, ovviamente, che l'etichettatura, il foglietto illustrativo e i messaggi pubblicitari non devono in alcun modo tendere ad attribuire ai prodotti capacità di prevenzione o cura.

Si evidenzia in particolare la necessità che la pubblicità risulti conforme a quanto sopra indicato anche quanto effettuata via internet per il commercio elettronico, situazione che fa registrare spesso delle forti distorsioni.

Gli Assessorati alla Sanità sono invitati ad intensificare i controlli sulle pubblicità che possano contenere messaggi ingannevoli e fuorvianti per i consumatori.

Si conta sulla collaborazione delle Associazioni in indirizzo, per quanto di competenza, nel favorire una comunicazione pubblicitaria corretta e informativa sul ruolo dei prodotti in oggetto.

Si ringrazia per l'attenzione e si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti.





IEFCOSTRE

Istituto Europeo di Formazione
Consulenza Sistemica
e Terapia Relazionale

*Scuola riconosciuta dal MURST
con D.M. del 23/7/2001
pubblicato sulla G.U. del 4/10/2001*

Dal mese di settembre 2006, presso l'Istituto Europeo di Formazione, Consulenza Sistemica e Terapia Relazionale, **sono aperte le iscrizioni** per il Corso in Psicoterapia Sistemica.

Il programma formativo ha una durata di almeno quattro anni per complessive 2000 ore di training.

Il Corso di specializzazione consiste nell'acquisizione dell'ottica sistemico-relazionale con approfondimenti relativi anche ad altri approcci psicoterapici.

Il Corso sviluppa aspetti teorici, aspetti pratici (almeno 3 psicoterapie per ogni allievo), tirocinio pratico nei servizi, prevede un approfondito lavoro sull'allievo.

E' aperto a Medici ed a Psicologi.

A tutti gli effetti equivale ad una Scuola di specializzazione Universitaria e consente di esercitare la professione di Psicoterapeuta.

INFORMAZIONI:

Sede delle Marche
Falconara Marittima
Via N. Bixio 22/A
Tel/Fax: 071 9161510
e-mail: ancona@iefcostre.org

La formazione fuori sede

di Bianca Lattanzi

Salve, mi presento: mi chiamo Bianca e da oggi mi occuperò della Rubrica Giovani del Bollettino dell'Ordine dei Medici di Ancona. Perché io? Perché sono un giovane medico che sta attraversando quel purgatorio posto tra gli anni della laurea e il mondo del lavoro (quello vero) chiamato specializzazione, e visto che lo spirito della rubrica è di mettersi al servizio dei giovani perché non affidarla proprio ad uno di loro? Ovviamente non potendo offrire altro che l'entusiasmo tipico dei miei anni sarò affiancata in questa nuova avventura da Nicola Battelli, veterano della rubrica e sempre disponibile a correre in aiuto al bisogno. Inoltre vorrei ringraziare particolarmente Rossana Berardi, che si è occupata della Rubrica dall'inizio e l'ha condotta per mano fino a qui. La speranza è che questa rubrica diventi un punto di incontro per tutti i giovani medici. Avete uno spazio a disposizione, quindi è giusto che lo sfruttiate. Aspettiamo le vostre domande, dubbi o semplicemente considerazioni sugli argomenti che più vi stanno a cuore. L'indirizzo per contattarci è sempre lo stesso: rubricagiovani@ordinemedici.ancona.it, non siate timidi, fate sentire la vostra voce!

La domanda che sempre più spesso mi vedo rivolgere dai colleghi specializzandi ultimamente è: come posso fare per svolgere un periodo fuori? E visto che di solito non intendo no fuori di testa, ma fuori come sede lavorativa ho pensato di iniziare la mia avventura nella Rubrica Giovani con questo argomento: la formazione fuori sede.

Partiamo dalle leggi in vigore. Il Decreto Legislativo 368/99 recita:

"...nell'ambito dei rapporti di collaborazione didattico-scientifica integrata tra università italiane ed università di Paesi stranieri, la formazione specialistica può svolgersi anche in strutture sanitarie dei predetti Paesi, in conformità al programma formativo personale del medico e su indicazione del consiglio della scuola [...]" (Art. 40 Comma 6).

Quindi partendo dalla famigerata 368 si deduce che in effetti gli specializzandi possono partire e fare un periodo di formazione presso una sede estera. Il tempo massimo trascorribile è di solito di 12 mesi per tutta la durata della specializzazione, anche se esistono esperienze di periodi maggiori a patto che ci sia il benessere del Consiglio di Scuola.

La procedura burocratica è in realtà molto semplice, bastano pochissimi documenti:

- Lettera di richiesta dello specializzando con motivazione indirizzata al Consiglio di Scuola e ovviamente al Direttore della Scuola;
- Lettera di accettazione e conseguente nulla osta del Consiglio di Scuola;
- Lettera di accettazione della struttura ospitante.

Questo è il cosiddetto minimo sindacale. A seconda della Scuola di appartenenza e del relativo Direttore potrebbero essere richiesti anche:

- Programma dettagliato delle attività svolte presso la sede estera;
- Certificati mensili di frequenza per il mantenimento della borsa.

Prima di fare qualsiasi cosa consiglio comunque a tutti di procurarsi una copia dello Statuto della propria Scuola e leggere se ci sono regolamenti interni particolari. Ad esempio in alcune scuole non è possibile partire fin dal primo anno ma bisogna essere iscritti almeno al secondo o al terzo. Lo statuto dovete chiederlo alla vostra segreteria di Scuola (ebbene sì... dovete andare dalla segretaria del Prof.). E' un documento pubblico e fra l'altro le scuole più previdenti lo consegnano a tutti gli specializzandi al momento della loro iscrizione al primo anno.

Quindi in realtà è molto semplice andare all'estero. Il problema è, però, dove andare. Generalmente non esistono collaborazioni strutturate e continuative nel tempo e quindi chi parte spesso lo fa su iniziativa personale oppure sfruttando i contatti e le amicizie dei propri Professori. Il consiglio che mi sento di dare è: provate! Ognuno di noi nel nostro ramo ha di solito un interesse specifico e quindi sa chi sono le "eccellenze" in quella data disciplina. Bene, parlate con i vostri Professori, telefonate e mandate mail e createvi la vostra strada. Un'esperienza fuori sede è comunque formativa, anche e soprattutto da punto di vista umano e



non solo professionale. La scuola di specializzazione ci serve per “crescere”, cerchiamo di crescere al meglio!

Un'ultima nota per chi non lo sapesse già: quando uno specializzando italiano va a lavorare in Europa può esercitare sia attività di ricerca che clinica. Inoltre in alcune strutture, facendo richiesta con debito anticipo, si può ottenere un cofinanziamento. In pratica si diventa a tutti gli effetti un Resident (ovvero specializzando) della nazione ospitante, si percepisce il loro stipendio ma si lavora anche come loro...non sempre è la scelta più facile o conveniente, ma anche questi sono punti di vista! Al contrario, per chi stesse già pensando di volare verso gli Stati Uniti, sappiate che là la nostra abilitazione non è riconosciuta e quindi possiamo svolgere solo ed esclusivamente attività di ricerca, però lì vanno forte!!!

Bene... questo per quello che riguarda la formazione all'estero. Un giorno qualcuno mi ha chiesto: e se voglio andare per un periodo in un'altra scuola italiana?

Tra me e me ho detto: questo sarà senz'altro più facile! Non potevo commettere errore più grande. Infatti ho scoperto che l'Università Politecnica delle Marche ha stabilito un protocollo d'intesa con la Regione Marche (come da decreto legislativo n.502, articolo 6 comma 2) tale per cui noi specializzandi possiamo fare un periodo presso un'altra sede italiana, ma la borsa di Studio ci viene sospesa. Tutte le mensilità perse ci verranno restituite al ritorno in sede. Il periodo trascorso nell'altra scuola viene definito “missione” e viene riconosciuto, ma di fatto siamo sospesi momentaneamente dalla specializzazione e quindi non ci spetta la borsa di studio. E la domanda sorge spontanea: ma se già le spese aumentano perché mi trasferisco

fuori sede e in più mi viene sospesa la borsa, a fine mese come ci arrivo? Accettiamo suggerimenti sia dall'Università che dalla Regione Marche. Ma ancora meglio viene da chiedersi: perché all'estero si e in Italia no? Dopo aver pensato a lungo non ho trovato nessuna risposta adeguata. Qualcuno a dire il vero mi ha detto: ci sono 33 scuole di specializzazione in Ancona, non si capisce cosa vada a cercare fuori! Ma preferisco soprassedere su qualsiasi tipo di commento. Però sono ancora in cerca di risposte valide e ancora una volta accetto suggerimenti dell'Università e dalla Regione. Un'ultima nota su questa quanto mai incresciosa situazione: dopo aver raccolto informazioni in giro per l'Italia ho scoperto che questa realtà è decisamente, e fortunatamente, solo nostra. Nelle altre scuole di Italia è possibile trascorrere un periodo presso un'altra sede italiana senza la sospensione della borsa. Chissà...magari quel famoso, o piuttosto famigerato, Protocollo d'Intesa andrebbe rivisto e adeguato alle attuali esigenze formative degli specializzandi, ma ovviamente questo è solo un suggerimento. Per il momento la strada più percorribile è quella di richiedere l'accreditamento della struttura dove vorreste andare da parte del Consiglio di Scuola. La domanda di inserimento nel percorso formativo deve poi essere sottoposta al Consiglio di Facoltà. Qualora ci fosse il benessere da parte di tutti gli organi competenti la borsa di studio può essere mantenuta anche soggiornando in una struttura italiana. Occorre ovviamente, da parte della struttura ospitante, l'accettazione di inserimento nella rete formativa. So che può sembrare una procedura un po' laboriosa, ma posso garantirvi che grazie ad un Direttore “Illuminato” tutto è possibile. Inoltre questo percorso è parzialmente previsto anche dalla legge (Decreto Ministeriale 11 Maggio 1995 art.2).

L'ultimo capitolo della formazione fuori sede riguarda le esperienze nei Paesi in via di Sviluppo (PVS).

Di solito per questo tipo di esperienza non c'è la fila alla porta e credo che sia comprensibile. Rimane il fatto che esiste una minoranza di medici che vogliono partire e andare a lavorare in Africa, in America Latina o in Asia. Inoltre non possiamo sapere quello che ci riserverà il futuro e se associazioni come Medici Senza Frontiere o Emergency ancora esistono è perché, alla fine dei conti, qualcuno di noi è nato per fare quella vita. Anche gli specializzandi possono partire e fare esperienze di alcuni mesi nei PVS. Dal punto di vista burocratico il percorso è identico a quello per l'Europa. I PVS sono "paesi stranieri" e rientrano quindi nella legge 368. Solitamente quello che si chiede in più è una lettera di richiesta formale da parte della struttura ospitante per lo specializzando in partenza. Anche in questo caso è difficile avere una lista di destinazioni. Quasi sempre si fa riferimento ad ospedali o missioni che si conoscono per passaparola o per interposta persona. Esiste un'associazione che lavora in Africa e che prevede programmi specifici per gli specializzandi. Il nome è Medici con l'Africa CUAMM e sul sito internet troverete tutte le informazioni utili per partire con loro. A titolo personale vi dico che per andare nei Paesi in Via di Sviluppo ci vuole un minimo di preparazione e non solo la voglia di far bene o di provare il brivido dell'avventura. Di problemi ce ne sono già abbastanza senza aggiungere specializzandi impulsivi pronti ad imparare sulla pelle degli altri. Prima di partire pensiamo a quello che possiamo dare noi a loro e non il contrario. Detto questo, lo spagnolo e il portoghese sono due lingue molto utili. Una conoscenza delle malattie infettive è ovviamente gradita e anche una minima capacità di gestire le risorse, se da noi sono limitate figuratevi là! Per chi fosse effettivamente interessato a questo tipo di carriera sappiate che i corsi di medicina tropicale riconosciuti a livello europeo non sono poi tantissimi. Ne esistono di diversi tipi e di diverse durate (nonché di diversi costi!). I più famosi sono quelli di Liverpool e Barcellona ma ce ne sono molti altri tra i quali uno anche a Brescia della durata di 12 settimane. Associazioni come Emergency e Medici senza Frontiere richiedono un curriculum di base che è meglio iniziare a costruire subito se si è veramente decisi. Vi consiglio di fare un giro sui siti internet, così potrete rendervi conto di persona di cosa stiamo parlando.

Un ultimo appunto: da due anni l'Ordine dei Medici di Ancona ha istituito la Borsa di Studio "Giorgio Fanesi" che consiste in un finanziamento proprio per giovani medici (non necessariamente specializzandi) che vogliano portare avanti un progetto all'estero. Quest'anno sono state presentate 3 domande a fronte delle 5 Borse disponibili, quindi 2 sono andate perse. Mi sembra una cosa a dir poco vergognosa, e la colpa, mi dispiace dirlo, in questo caso è solo nostra. Non riesco a credere che in tutto la provincia di Ancona non ci sia neanche un giovane medico che abbia voglia di realizzare un progetto presso una sede estera. Cerchiamo di svegliarci, perché ritengo che nessuno abbia il diritto di lamentarsi se noi per primi non sfruttiamo le possibilità che ci vengono messe a disposizione. Inoltre questo mi fa pensare che veramente pochi di noi leggano il Bollettino dell'Ordine, che ha, nei numeri passati, ampiamente pubblicizzato il bando per la borsa di studio. Lasciatemelo dire: questo è un segno di scarsissima professionalità e anche di poca educazione civica. Se vogliamo essere trattati da medici e non da studenti innanzi tutto iniziamo noi a comportarci come tali.

Dopo tutti questi discorsi la mia speranza è che qualcuno di voi sia volato a fare la valigia e che gli altri ci stiano pensando seriamente. La specializzazione all'inizio sembra lunghissima, in realtà quando meno te lo aspetti sei arrivato alla fine e spesso, guardandoti indietro, ti accorgi di quante cose in più avresti potuto fare se solo ti fossi svegliato un anno prima. Cerchiamo di vivere questi anni da protagonisti, per quanto possibile. Per chinare la testa e accettare lo stato dei fatti purtroppo nella vita c'è sempre tempo. Ma forse quel tempo non è ora, e forse non è il nostro.

Bene... questo, per il momento, è tutto. Se qualcuno fosse interessato a qualcosa in particolare o volesse fare domande l'indirizzo lo conoscete, risponderò a tutti. Adesso tocca a voi! Alla prossima.

biancadoc@hotmail.it

INDIRIZZI UTILI

www.msf.it

www.emergency.it

www.mediciconlafrica.org

www.specializzandi.org

Chirurgia mininvasiva

di Mario Guerrieri

INTRODUZIONE

Nella storia della medicina gli anni "90" verranno ricordati per l'affermazione della chirurgia mininvasiva. Nessuna tecnica chirurgica si era imposta in tempi così brevi e con un consenso così generalizzato, rivoluzionando l'approccio chirurgico nel trattamento di patologie benigne e maligne di grande rilievo epidemiologico, sia addominali (chirurgia laparoscopica) che extra-addominali (come per esempio nella microchirurgia endoscopica transanale e nella chirurgia tiroidea): consente infatti di ottenere i medesimi risultati della chirurgia tradizionale "a cielo aperto", con gli stessi tempi operatori, attraverso una via d'accesso che riduce al minimo il trauma chirurgico.

Il minimo dolore, la migliore escursione respiratoria, il minore rischio di complicanze legate alla breve immobilità a letto, la pronta ripresa della funzionalità gastro-intestinale con precoce alimentazione, offrono un eccellente comfort postoperatorio del paziente rispetto alla chirurgia tradizionale. La mininvasività propria della metodica consente peraltro una minore depressione del sistema immunitario e un minore bisogno di ricorrere a trasfusioni di sangue, mentre il minimo trauma parietale ha ridotto l'incidenza delle infezioni della ferita e dei laparoceli. Ne consegue una riduzione della degenza e della fase di convalescenza, con un rapido ritorno alle attività lavorative. Infine, considerando che l'intervento viene condotto attraverso tre o quattro piccole incisioni di 5 o 10 mm, il risultato estetico finale può essere considerato eccellente.

Questi fattori si sono dimostrati efficaci anche nel ridurre i costi complessivi del trattamento per il singolo paziente e la collettività, rivestendo così un ruolo chiave nella moderna riorganizzazione della spesa sanitaria.

Tutti questi vantaggi sono quindi associati ad un intervento che, al di là della via di accesso mininvasiva, ha la stessa estensione e portata di quelli tradizionali.

La Clinica di Chirurgia Generale e Metodologia Chirurgica dell'Università Politecnica delle Marche, diretta dal Prof. Mario Guerrieri,

che opera presso gli Ospedali Riuniti "Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" di Ancona, è stata uno dei primi centri ad eseguire questi interventi e vanta tra le più ampie casistiche italiane ed europee con oltre 10.000 pazienti.

NOTE STORICHE

La chirurgia "mininvasiva" o "videochirurgia", utilizza una telecamera miniaturizzata e piccoli strumenti chirurgici che, introdotti nella cavità dell'organismo ed in particolare in quella addominale, attraverso orifizi di pochi millimetri di diametro, consentono di eseguire gli interventi.

Già i Medici delle antiche civiltà avevano sottolineato l'importanza di poter esaminare e studiare nel vivente l'interno del corpo umano. Da sempre studiosi e ricercatori hanno ideato e realizzato gli strumenti più vari al fine di poter osservare le cavità viscerali, cercando soprattutto di superare i danni termici provocati dalla sorgente luminosa, che ha rappresentato il primo grosso limite delle metodiche endoscopiche.

Il primo tentativo, di una certa rilevanza, risale al 1901 a Dresda ad opera di Kelling, che con l'ausilio di un cistoscopio, esaminò il peritoneo di un cane insufflato con aria. Negli anni successivi, grazie allo sviluppo delle ottiche e degli apparati di illuminazione, la metodica ebbe una certa diffusione, tanto che in Germania fu aperta una scuola di laparoscopia. Kalk, fondatore di questa scuola, realizzò nel 1929 un nuovo sistema di lenti che permise la visione obliqua a 135°. Invenzione fondamentale, perché oggi ben sappiamo quale importanza abbiano le ottiche oblique nella chirurgia laparoscopica avanzata. Nella metà degli anni '60, per consentire quella ideale distensione della cavità addominale (che è una cavità virtuale) necessaria per una ottimale visibilità ed operabilità, fu messa a punto, sempre in Germania, una macchina per l'insufflazione automatica di gas nell'addome, capace anche di controllare la pressione intraddominale ed il flusso. Agli studi condotti dal fisico Hopkins, sempre in questo periodo, si devono



i progressi relativi alla luminosità ed alla nitidezza delle immagini. L'introduzione nel 1952 ad opera di Fourestier, Gladu e Calmierre, di una sorgente luminosa fredda condotta da fibre ottiche, eliminò i rischi termici.

L'inizio della "moderna laparoscopia" si può far coincidere con gli studi effettuati dal Prof. Semm, ginecologo dell'Università di Kiel, alla cui inventiva si deve l'introduzione della termocoagulazione, di lenti ad angolo, di forbici ad uncino, delle legature preannodate, degli apparecchi di aspirazione e irrigazione, dei porta-aghi. Semm e la sua scuola misero a punto negli anni '60 e '70 alcune metodiche oggi standardizzate, come le tecniche di sutura. Dopo il primo periodo in cui la laparoscopia è stata diagnostica ed, occasionalmente operativa, specie in ambito ginecologico, nel 1987 Mouret, ginecologo, esegue a Lione la prima colecistectomia laparoscopica, uno degli interventi oggi più comunemente eseguito. La procedura presenterà indubbi vantaggi per il paziente tanto che negli anni a seguire si consoliderà progressivamente fino a diventare la più importante innovazione degli ultimi anni in chirurgia.

La colecistectomia è stata la chiave che ha aperto le porte della chirurgia generale alla laparoscopia. La diffusione delle indicazioni è avvenuta "a pioggia": nel corso di un decennio è stata via via dimostrata la fattibilità per la quasi totalità degli interventi addominali.

Di pari passo abbiamo assistito ad uno straordinario impegno produttivo da parte delle industrie con la presentazione di strumenti specifici sempre più sofisticati. L'applicatore di clips di titanio rappresenta il metodo più semplice per il clampaggio di vasi o di dotti. Le suture meccaniche lineari, taglia e cucì, monouso, hanno carica sia vascolare che parenchimale. I caricatori sono costituiti da una se-

rie di tre linee sfalsate, per lato, di punti di titanio e da una lama incorporata per la sezione del tessuto. La particolare conformazione del punto garantisce l'ottima emostasi, assicurando un'adeguata irrorazione sanguigna alla trancia di sezione. Suture meccaniche circolari permettono la confezione di anastomosi intracorporee come quelle colo-rettali. Tra gli strumenti più recentemente introdotti, i bisturi ad ultrasuoni e quelli a radiofrequenza, consentono una più accurata dissezione con una più agevole preparazione delle strutture vascolari, un miglioramento dell'emostasi e quindi una estrema mininvasività dei tessuti.

CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

La rivoluzione affrontata dalla tecnica laparoscopica in campo chirurgico è stata paragonata a quella ottenuta dall'avvento dell'anestesia generale. Di fatto le procedure laparoscopiche hanno acquisito di diritto il ruolo di gold standard nel trattamento di diverse patologie addominali.

Oggi possiamo già differenziare una chirurgia laparoscopica di base ed una chirurgia laparoscopica avanzata. La prima, per la quale possiamo identificare per esempio gli interventi di colecistectomia e di appendicectomia, è appannaggio della quasi totalità dei reparti chirurgici, mentre quella avanzata, per la quale possiamo identificare tutti gli interventi maggiori quali quelli di resezione intestinale, viene eseguita solo in centri specializzati con attività e casistiche scaturite da oltre un decennio di esperienza.

1. Oltre che la calcolosi della colecisti è possibile il trattamento laparoscopico in tempo unico di una eventuale calcolosi associata della via biliare principale. L'approccio laparoscopico alla via biliare principale viene di preferenza condotto per via transcistica.

Quando ciò tuttavia non è possibile, viene praticata una coledocotomia laparoscopica attraverso cui si eseguono le manovre di esplorazione e bonifica. A tal fine, la tecnologia moderna rende possibile la visualizzazione diretta dell' interno della via biliare nonché l' esecuzione di atti chirurgici (rimozione tramite cestello di Dormia, frammentazione dei calcoli per mezzo di litotritore) tramite uno strumento flessibile a fibre ottiche (coledoscopia) del diametro di tre millimetri.

2. Nel trattamento chirurgico della malattia del reflusso gastro-esofageo, l' impiego delle tecniche laparoscopiche e i risultati ottenuti hanno confermato che la plastica antireflusso secondo Nissen condotta per via laparoscopica porta agli stessi, eccellenti risultati dell' intervento eseguito per via tradizionale.

3. La chirurgia dello stomaco, del fegato, del pancreas, della milza, del rene e del surrene, fino all' avvento della laparoscopia era caratterizzata da ampie incisioni laparotomiche o lombotomiche con notevole trauma operatorio ed elevata percentuale di complicanze. I vantaggi di condurre l' intervento per via laparoscopica sono quelli della metodica mininvasiva. Una delle prime resezioni del pancreas per via laparoscopica con preservazione della milza, realizzate in Italia, è stata eseguita dalla nostra equipe chirurgica, in una paziente di 23 anni, giocatrice professionale di pallacanestro, che ha poi potuto riprendere l' impegno agonistico in tempi brevissimi dall' intervento. Particolarmente ampia è la casistica che riguarda l' asportazione della ghiandola surrenalica per via laparoscopica con oltre 280 interventi eseguiti con tecnica mininvasiva in collaborazione con la Clinica di Endocrinologia dell' Università Politecnica delle Marche.

4. Le resezioni del colon-retto per via laparoscopica, con degenza media di 5 giorni, rappresentano una delle applicazioni più complesse della chirurgia laparoscopica avanzata. Le indicazioni, nei centri internazionali più qualificati, riguardano sia la patologia benigna (morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, malattia diverticolare) che la patologia neoplastica maligna, essendo risultata oncologicamente adeguata, anche negli stadi più avanzati. Lo sviluppo crescente della chirurgia laparoscopica ha infatti creato una rivoluzione anche in campo oncologico. I primi trials prospettici internazionali hanno dimostrato come non esistano differenze

statisticamente significative sulle percentuali di recidive e sopravvivenza a distanza tra pazienti che, a parità di stadiazione, vengano trattati con l' accesso laparoscopico o con quello tradizionale. **Con la chirurgia laparoscopica i criteri di radicalità oncologica (lunghezza dei pezzi asportati, rispetto dei margini liberi di resezione e numero di linfonodi asportati in blocco con il tratto di intestino resecato) sono risultati infatti ampiamente rispettati.** Recentemente questi dati sono stati confermati da un' autorevole studio randomizzato multicentrico nord americano in oltre 800 pazienti (Clinical Outcomes of Surgical Therapy, COST randomized trial). Inoltre, per l' amplificazione dell' immagine in laparoscopia, particolarmente accurata è risultata la tecnica "nerve sparing" nell' ottica di ottenere una riduzione delle complicanze della sfera genito-urinaria secondarie a lesioni della innervazione autonoma.

5. La riparazione laparoscopica dei difetti della parete addominale (trattamento di ernie inguinali bilaterali e/o recidive, di ernie ombelicali e dei laparoceli) è risultata particolarmente efficace.

6. E' infine possibile il trattamento della patologia degli annessi uterini e dell' utero, così come si possono eseguire viscerolisi di aderenze postoperatorie, linfadenectomie, laparoscopia esplorative.

CHIRURGIA MININVASIVA TRANSANALE

Un altro esempio di queste nuove tecniche e tecnologie avanzate è la Microchirurgia Endoscopica Transanale (tecnica cosiddetta TEM). Questa metodica consente l' asportazione dei tumori del retto attraverso la via transanale mediante un particolare rettoscopio operativo: il trauma per il paziente è veramente minimo e si possono anche evitare situazioni "mutilanti" come la costituzione di una stomia. Possono essere operati pazienti con polipi benigni del retto o tumori maligni allo stadio iniziale ed è particolarmente indicata nei pazienti anziani che per le condizioni generali sono ad alto rischio per un intervento addominale tradizionale.

L' intervento di TEM può essere eseguito anche in anestesia loco-regionale ed ha una degenza di 24-48 ore. La Clinica di Chirurgia Generale e Metodologia Chirurgica di Ancona vanta una casistica di oltre 500 pazienti curati provenienti da tutta Italia. Nei pazienti affetti

da tumori maligni del retto viene eseguita, da oltre 10 anni, un ciclo di radiochemioterapia preoperatoria, in collaborazione con il Dipartimento di Oncologia e Radioterapia dell'Ospedale di Torrette.

CHIRURGIA MININVASIVA DELLA TIROIDE

La chirurgia mininvasiva della tiroide o MIVAT (da Minimally Invasive Video Assisted Thyroidectomy) è indicata in caso di noduli della tiroide non superiori ai 3 cm di diametro, anche bilobari, e comunque in tiroidi non voluminose. E' fattibile anche in caso di noduli maligni, a patto che il tumore non abbia dato metastasi.

Attraverso una piccola incisione alla base del collo (1,5 cm) si introducono gli strumenti operatori e una telecamera di cinque millimetri di diametro. A questo punto la tecnica operatoria è molto simile a quella tradizionale: unica differenza sono gli strumenti chirurgici, particolarmente dedicati e il dover controllare l'intervento attraverso un monitor. La metodica non prevede l'insufflazione di gas nei tessuti del collo.

La MIVAT permette un ingrandimento del campo operatorio, fino a tre volte, rendendo

così più sicuro l'intervento: il fatto di poter "vedere così bene" facilita l'identificazione delle strutture 'nobili' vicine alla tiroide come i nervi ricorrenti, responsabili della motilità delle corde vocali, e le paratiroidi, che regolano il metabolismo del calcio, attraverso la produzione del paratormone. L'approccio mininvasivo si traduce quindi in una maggiore precisione e sicurezza, nell'assenza di dolore alla ferita, in un ridotto tempo di degenza e in un vantaggio estetico (cicatrice quasi inesistente, rispetto alla incisione classica "a collare" della tiroidectomia tradizionale).

I risultati di questi lusinghieri successi clinici sono stati oggetto di pubblicazioni scientifiche e relazioni a congressi internazionali del settore ove l'equipe di Ancona è costantemente presente.

I referenti sono:

*Clinica di Chirurgia Generale
e Metodologia Chirurgica*

*Prof. Mario Guerrieri, Dott. Roberto Campagnacci, Dott. Angelo De Sanctis,
Dott. Marco Di Emiddio, Dott.ssa Pamela Zenobi, Dott.ssa Maddalena Baldarelli.*



Una nuova tecnica chirurgica per il trattamento degli adenomi ipofisari: endoscopica pura mini-invasiva trans-nasale

di C. Carlucci *, M. Iacoangeli, L. Fasanella *, M. Scerrati

L'adenoma ipofisario è tra i più frequenti tumori intracranici (15%), dal greco "aden" ghiandola ed "oma" tumore, è un tumore benigno epiteliale che tuttavia può provocare squilibri ormonali i cui effetti possono portare a gravi quadri clinici.

L'ipofisi è una ghiandola localizzata nel basi-cranio anteriore, in una piccola cavità dell'osso sfenoide detta sella turcica e controlla la secrezione ormonale di prolattina, GH, ACTH, LH-FSH, TSH, ADH, con effetti sul metabolismo, sulla crescita, sull'attività sessuale.

L'adenoma ipofisario è un tumore benigno a lenta crescita e che si classifica in due tipi in base alla funzione: non secernenti e secernenti, ed ulteriormente classificati in base all'ormone prodotto, ed in base alle dimensioni (microadenomi < 10 mm, macro >10).

La maggior parte dei macroadenomi sono non secernenti e quindi rimangono silenti per lungo tempo, quando si manifestano danno disturbi legati all'effetto massa, con compressione sulle strutture circostanti come il chiasma ottico con riduzione del campo visivo, il seno cavernoso o la ghiandola ipofisaria stessa con conseguente ipopituitarismo. I microadenomi secernenti si manifestano in base all'ormone prodotto: se sono GH-secernenti possono provocare gigantismo ed acromegalia, se sono ACTH-secernenti si realizza la malattia di Cushing con ipertensione, diabete, obesità, amenorrea, etc.; se sono Prolattina-secernenti (i più frequenti) inducono amenorrea e galattorrea, negli uomini diminuzione della libido, se sono TSH-secernenti determinano ipertiroidismo.

La diagnosi di adenoma ipofisario deve essere ipotizzata in base all'anamnesi, sarà poi un'equipe di specialisti ad inquadrare e trattare il paziente: il neurochirurgo, l'otorinolaringoiatra, l'endocrinologo, il radiologo, l'oculista ed infine l'anatomo-patologo.

Spetta all'endocrinologo l'inquadramento clinico generale e la gestione del paziente nelle varie fasi peri-operatorie; il radiologo che deve

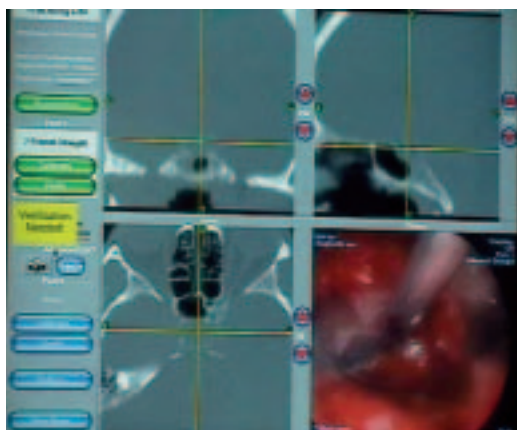


avere aggiornate competenze neurologiche dovrà studiare il paziente con le tecniche di neuro-immaging più appropriate come l'RM e la TC per il sistema di navigazione.

I tumori che non si riescono a controllare con la terapia farmacologica sono da trattare chirurgicamente. Le tecniche chirurgiche si sono notevolmente evolute negli anni, l'asportazione degli adenomi ipofisari è iniziata nel 1889 con Horsley che utilizzava la via transurica per arrivare all'ipofisi, per poi passare all'accesso transfenoidale sublabiale di Cushing nel 1909.

Nel 1962 è stato introdotto il microscopio operatorio da Hardy, che ha standardizzato l'approccio transfenoidale, che con poche variazioni, è la tecnica ancora oggi maggiormente utilizzata. Tuttavia è la recente introduzione nella pratica clinica dell'endoscopia che ha permesso una significativa evoluzione tecnologica. Questa innovativa tecnica mini-invasiva è stata messa a punto da un otorinolaringoiatra e da un neurochirurgo (Carrai e Jho) nel 1996. Questo nuovo approccio endoscopico nasale puro sarebbe da preferire, in quanto essendo mini-invasivo comporta un minimo traumatismo.

Attualmente si preferisce utilizzare l'approccio mini-invasivo alla sella turcica poiché ol-



tre al minimo traumatismo dei tessuti sani circostanti, sono minimi gli effetti collaterali, minore la degenza ospedaliera, minor il discomfort per il paziente, ma con la stessa possibilità di radicalità chirurgica.

L'approccio consiste nel passaggio diretto, sotto guida endoscopica, attraverso la via naturale delle cavità nasali ed il seno sfenoidale fino a raggiungere la sella turcica e l'ipofisi.

L'intervento chirurgico è supportato dal sistema di neuro-navigazione, che favorisce ulteriormente il rispetto delle strutture anatomiche e fornisce maggiore "confidenza" e "radicalità", poiché localizza perfettamente la lesione ed i suoi rapporti con strutture anatomiche importanti come l'arteria carotide, il seno cavernoso, il chiasma ed i nervi ottici, le pareti sellari ed il clivus, e la regione sovra e para sellare.

L'approccio iniziale nasale viene eseguito dall'otorinolaringoiatra, che corregge le eventuali deviazioni settali ed identifica gli osti dei seni sfenoidali, procede all'abbattimento della parete anteriore del seno sfenoidale bilateralmente, con asportazione del setto intersinusale e della parte posteriore del setto nasale al fine di esporre il pavimento sellare e permettere così al neurochirurgo di abbattere il pavimento sellare, incidere la dura ed asportare l'adenoma, liberandolo dalle strutture anatomiche limitrofe.

La cavità viene quindi sondata con il sistema di navigazione ed ispezionata con le ottiche endoscopiche da 30° e 45° per verificare la radicalità chirurgica o la rimozione di residui tumorali. Si tampona quindi la cavità con spugna e colla di fibrina e si ricostruisce il pavimento sellare con setto cartilagineo e mucopericondrio. Il tamponamento nasale è legge-

ro e non impedisce al paziente di respirare, per cui è minimo il disagio.

Nel post-operatorio il paziente dovrà essere seguito dal punto di vista endocrinologico per la eventuale comparsa di disordini ormonali, l'oculista dovrà controllare i deficit visivi e campimetrici se presenti nel preoperatorio o se comparsi nel postoperatorio, infine andranno effettuate RM cerebrali di controllo sia nell'immediato post-operatorio, che a distanza.

Da 2 anni è attivo un Centro di Chirurgia Mini-invasiva del Basi-cranio particolarmente orientato verso le patologie sellari e parasellari presso l'Unità Operativa ORL dell'Ospedale di Civitanova Marche (MC), in collaborazione con la Clinica di Neurochirurgia dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona.

Tra gli interventi eseguiti, 27 sono state le procedure di asportazione di adenoma ipofisario con tecnica endoscopica pura a quattro mani (otorino-neurochirurgo) per via transfenoidale con sistema di navigazione; tutti gli interventi sono stati eseguiti con successo e senza complicanze maggiori, con una degenza ospedaliera media di soli 5 giorni.

Il Centro di Chirurgia Mini-invasiva del Basi-Cranio è composto dai neurochirurghi Prof. M.Scerrati e Dott. M.Iacoangeli; dagli Otorinolaringoiatri Dott. L.Fasarella, Dott. C.Carlucci, Dott. G.F.Di Candia, Dott. G.Tamburini, Dott. A.Ciabattoni; dall'endocrinologo Dott. P.Santori, dal neuroradiologo Dott. A.Galassi, dall'oculista Dott.ssa Pollastrelli e dall'anatomopatologo Prof.ssa Scarpelli.

*Clinica Neurochirurgia dell'Università
Politecnica delle Marche di Ancona
*Unità Operativa di Otorinolaringoiatria
dell'Ospedale di Civitanova Marche*

Depressione e malattie cardiovascolari

di Guido Sampaolo, MMG

Il legame tra le Sindromi Depressive (SD) e le Malattie dell'Apparato Cardiovascolare (MCV) è noto da tempo in medicina; tuttavia l'accostamento tra le manifestazioni della depressione e le malattie cardiovascolari è stato più oggetto di racconti aneddotici e di osservazioni empiriche che di studi sistematici. Del resto le peculiarità del sistema nervoso e dell'apparato cardiovascolare sono state terreno fertile per lo sviluppo delle reciproche Branche Specialistiche.

Orfane della Medicina Interna, le Specializzazioni invece di tentare connessioni, si sono chiuse nel loro stretto ambito (fino a generare super o sub - specializzazioni). Ma la cura dell'essere umano, inteso come entità bio - psico sociale, non può prescindere dal considerare le delicate interazioni neuropsicoendocrine e immunitarie che si verificano all'insorgere di una depressione o di un infarto.

Non è un caso che nel linguaggio comune esista una forte confusione semantica tra i ruoli svolti dal cuore e dal cervello. Espressioni come "avere un cuore" nel linguaggio dell'uomo della strada significa molto spesso soltanto "possedere dei sentimenti"; chi afferma che "il mio cuore sta soffrendo" non sta rivelando di essere affetto da una cardiopatia, quanto piuttosto di avere una pena d'amore; quando un Cardiologo vuol spiegare al paziente che ne è affetto che cos'è la fibrillazione atriale dice che "ha un cuore matto" (parafrasando più o meno consciamente Little Tony); nel linguaggio comune "avere un cuore grande così" non vuol dire essere affetti da una miocardiopatia dilatativa, ma essere generosi; Geppetto rimproverava a Pinocchio di "essere senza cuore", cioè di non provare alcun amore filiale... e via così. Si potrebbe citare una serie pressoché infinita di scambio di ruoli lessicali tra mente e cuore in cui la sede dei sentimenti, delle idee e del pensiero è spesso localizzata nel cuore piuttosto che nel cervello.

Ma questo è solo un retaggio culturale? Esistono evidenze scientifiche che descrivano le connessioni tra apparato cardiovascolare e si-

stema nervoso, ne spieghino le interazioni e ne svelino i meccanismi patogenetici offrendo spunti a nuovi approcci terapeutici?

L'organizzazione ancestrale del nostro sistema nervoso centrale fa sì che di fronte ad una situazione stressante che ri - proponga il dilemma combattere/fuggire, vi sia una attivazione del sistema simpatico con iperinnervazione di catecolamine e di quello diencefalo - ipofisario con iperinnervazione di CRF a cui segue la secrezione dell'ACTH, della POMC e della beta-endorfina con conseguente produzione surrenalica di cortisolo. Non è un caso quindi che nei pazienti sottoposti a continui stressors ed ancor di più nei depressi sia frequente il riscontro di ipertrofia ipofisaria e surrenalica ed ipercortisolemia, accanto ad una ridotta risposta all'ACTH dopo stimolo con CRF (dovuta alla down regulation recettoriale anteipofisaria) ed una mancata soppressione del cortisolo al test con desametasone. E' stato ipotizzato che l'attivazione del sistema nervoso simpatico e diencefalo ipofisario sia alla base di una maggiore incidenza dell'ipertensione nei depressi ed anche uno dei meccanismi che determinano una maggior frequenza di lesioni dell'endotelio e dell'intima vasale nei depressi.

Le Piastrine presentano una alterata reattività ed una degranulazione precoce nei pazienti depressi ed un aumento della densità dei legami per il recettore per la 5 HT; quando attivati tali recettori determinano il meccanismo a cascata che porta all'occlusione vasale che scatena la sindrome coronarica o l'ictus. I depressi trattati con SSRI mostrano una normalizzazione di tale iper-reattività piastrinica.

Nei depressi la Variabilità della Frequenza Cardiaca (HRV, definita come la deviazione standard dei successivi intervalli R-R del ritmo sinusale) è significativamente ridotta rispetto ai non depressi. Normalmente l'HRV riflette il bilancio delle varie interferenze sul nodo del seno da parte del sistema simpatico e parasimpatico. Il Rischio Relativo di morte improvvisa nei pazienti con IMA (Infarto Acuto del Miocardio) recente è significativamente più elevato nei pazienti con scarsa HRV, come ap-

punto i depressi. Alcuni studi hanno imputato la riduzione della HRV al deficit di acidi grassi Omega-3. La somministrazione di supplementi di Omega-3 è in grado di ridurre le aritmie ventricolari; non esistono tuttavia studi che abbiano valutato l'efficacia degli Omega-3 nel ridurre le aritmie su pazienti depressi con ridotta HRV.

L'ipertensione arteriosa è più frequente nei depressi, ma anche la depressione affligge più di sovente gli ipertesi. L'attivazione del sistema nervoso simpatico è alla base del meccanismo fisiopatologico che determina l'ipertensione essenziale. Livelli elevati plasmatici di Noradrenalina (che può essere considerata marker di ipertono simpatico) sono stati riscontrati nei depressi. Il profilo autonomico dei depressi è caratterizzato da ridotta iniezione colinergica associata ad aumentata alfa e beta adrenergica. E' esperienza comune la cosiddetta "ipertensione da camice bianco" causata dalla reazione ansiosa alla visita medica.

E' noto che la presenza di extrasistoli ventricolari (Premature Ventricular Contraction, PVC) sia un fattore prognostico negativo dopo un IMA. Gli stress psicologici aumentano le PVC ed il rischio di Fibrillazione Ventricolare (FV) dopo una Sindrome Coronarica Acuta (SCA). Lo studio CAST già dal 1981 dimostrava l'inutilità della soppressione farmacologica con farmaci anti aritmici delle PVC: l'effetto pro aritmico posseduto dagli anti aritmici tendeva ad aumentare la mortalità nel gruppo trattato (per tutte le classi di farmaci anti aritmici) rispetto al gruppo non trattato. Lo studio CAST II dimostrava che il trattamento farmacologico della depressione è più efficace e meno dannoso della terapia anti aritmica classica nel sopprimere le PVC nei depressi che hanno su-

bito una SCA.

La depressione è presente in media in 1 paziente su 5 tra quelli ricoverati per IMA (l'incidenza varia dal 10 al 47% nei vari studi). Lo sviluppo di una depressione aumenta la mortalità da 2 a 3 volte dopo SCA o procedura di rivascolarizzazione, indipendentemente dagli altri fattori di rischio noti. Dal 60 al 70% dei pazienti che sviluppano una depressione nella fase di ospedalizzazione per SCA continuano ad essere depressi a distanza di mesi od anni. La depressione deve quindi essere considerata un Fattore di Rischio Indipendente per MCV; spesso è una complicanza della MCV che ne peggiora fortemente la prognosi e la qualità di vita con conseguente peggior compliance alla terapia ed alle misure di prevenzione secondaria.

Dopo una SCA la depressione peggiora fortemente la qualità di vita intesa come: ritorno al lavoro, ripresa delle funzioni sociali e pubbliche, attività e soddisfazione sessuale, modifica dello stile di vita e compliance terapeutica. In particolare l'incidenza maggiore di depressione dopo una SCA è a carico del sesso maschile; l'uomo viene colpito nell'immaginario stereotipo del "macho": aver subito un evento cardio vascolare viene ritenuto altamente minatorio per la potenza sessuale del maschio, danneggiando quell'integrità psico - fisica reputata come condizione necessaria per esprimere una efficace potenza sessuale.

Se dunque SD e MCV sono legati da meccanismi bio - umorali, comportamentali e psico - sociali, può il trattamento della SD migliorare la prognosi e la qualità di vita? Due studi randomizzati hanno tentato di rispondere a tale domanda.

Lo studio SADHART (Sertraline Anti Depres-



sant Heart Attack Trial) ha valutato 369 pazienti ricoverati in ospedale per SCA (74% con IMA, 26% con Angina Instabile) che rispondevano ai criteri del DSM IV per depressione maggiore e che sono stati trattati con un SSRI (Sertralina) per 24 settimane. Questo studio ha dimostrato l'efficacia e la sicurezza della sertralina nei pazienti affetti da MCV, un netto miglioramento della qualità di vita, una riduzione dell'attività piastrinica indipendente dalla concomitante assunzione di aspirina o clopidogrel, ma nessun effetto significativo in termini di riduzione della mortalità nel follow-up protratto fino a 24 settimane.

Lo studio ENRICHED (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease) ha valutato su 2481 pazienti che hanno sviluppato una sindrome depressiva insorta entro 30 giorni dopo un IMA l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale, l'efficacia del trattamento farmacologico con SSRI e quella del trattamento convenzionale (inibitori MAO, Triciclici). Dopo un follow-up durato 28 mesi questo studio ha mostrato che tutti e tre i regimi di trattamento erano efficaci poiché i pazienti mostravano una miglior gestione dello stress post evento ed uno score della scala di Hamilton per la depressione nettamente migliorato, ma solo i pazienti trattati con SSRI presentavano una miglior sopravvivenza rispetto al gruppo "convenzionale".

La fase acuta della SCA viene oggi correttamente trattata nel più breve tempo possibile in regime ospedaliero mediante tutta la moderna tecnologia disponibile con l'obiettivo di ottenere quanto prima e quanto più efficacemente una rivascolarizzazione. Brillanti obiettivi sono stati ottenuti dalla moderna Cardiologia nel trattamento delle SCA: l'abbattimento della mortalità, il recupero della vitalità miocardica, la precoce ripresa funzionale e l'ottima prognosi post evento. Il tutto con investimenti finanziari notevoli e giustamente spesi per ottenere tali risultati. Ma se nel paziente affetto da SCA emerge una Sindrome Depressiva la prognosi peggiora drammaticamente; peggiora anche la qualità di vita e la compliance. Il depresso tende a non curarsi, a non seguire il corretto stile di vita, a non sottoporsi ai necessari follow-up clinici e strumentali.

I massicci investimenti economici effettuati nella fase acuta dell'IMA possono così essere vanificati dall'emergenza della SD concomitante: a questo punto diviene chiara una inappropriata allocazione delle risorse. Cardiologi

e Medici di Medicina Generale (MMG) dovrebbero porre attenzione alla possibilità dell'insorgenza della depressione nel momento del ricovero e nel follow-up di una SCA, poiché essa rappresenta in questa particolare popolazione un FATTORE di RISCHIO al pari del Colesterolo o dell'Iperensione.

Concludendo: nel prendersi cura della persona affetta da MCV non ci si può dimenticare la dimensione neuro psicologica che caratterizza la drammaticità dell'acuzie e ne condiziona le sequele. Non ci si può limitare a curare la SCA o l'Ictus tralasciando altre dimensioni, come quella del vissuto, dello stress e dell'ansia. Pena un grave insuccesso terapeutico a lungo termine dopo il breve apparente successo sull'intervento acuto. Perché prendersi cura è molto diverso che curare semplicemente: non ci si limita a compiere la scelta scientificamente più valida, ma compiere col paziente un percorso che affronti le variabili e le difficoltà che una determinata affezione provoca nel singolo essere umano, stabilendo con lui un'alleanza terapeutica. Nell'epoca dell'alta tecnologia e dell'iperspecializzazione è questo il compito della Medicina Generale (MG): ricondurre nell'uomo malato le varie manifestazioni patologiche e cercare la strada diagnostica e terapeutica più appropriata per quel paziente in questo contesto sanitario.

La Medicina Generale si trova a dover raccogliere questa sfida: riaccostare le diverse componenti patologiche che si presentano nell'uomo malato alla ricerca dell'unitarietà della causa, o quanto meno affrontarle e curarle tenendo presente che si manifestano nella stessa persona. Figlia minore della Medicina Interna ha raccolto (magari inconsciamente) il testimone lasciatole da questa disciplina sempre più negletta.

Al MMG spetta quindi il compito di studiare le MCV nel contesto socio - bio - culturale della persona che ne è affetta, valutare il "supporto sociale" posseduto dal paziente, rilevare i sintomi d'ansia e depressione, trattare la depressione alla stregua di un fattore di rischio.

Alla MG è ora affidato - e sempre più deve esserlo - il difficile compito di scoprire le molteplici dimensioni delle patologie e le manifestazioni meno accessibili alle singole branche specialistiche.

Ecco il mio segreto:

non si vede bene che col cuore.

L'essenziale è invisibile agli occhi.

IL PICCOLO PRINCIPE - A. De Saint Exupéry

Valutazione prognostica mediante l'utilizzo del Palliative Prognostic Score (PaP) e percorsi assistenziali

di Galassi Roberto, Moscatelli Manuela*, Tartufo Ebe*

RIASSUNTO

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare e validare l'utilizzo del Palliative Prognostic Score (PaP score) presso l'Unità di Cure Palliative di Loreto. Contemporaneamente sono stati considerati alcuni aspetti del percorso assistenziale (utilizzo di morfina, utilizzo di tecniche anestesiológicas per il controllo del dolore, posizionamento di catetere venoso centrale (CVC), emotrasfusione, numero di visite specialistiche, intervento della psicologa) al fine di verificare eventuali differenze tra i tre gruppi di pazienti individuati dal PaP score. Si è cercato inoltre sugli stessi aspetti del piano terapeutico differenze tra pazienti in precedenza seguiti dal medico e quelli conosciuti solo all'entrata in hospice.

I risultati ottenuti mostrano una valida caratterizzazione prognostica da parte del PaP score nel nostro hospice. L'analisi degli aspetti del percorso assistenziale considerati mostrano un maggior utilizzo di morfina ed un maggior numero di consulenze dello psicologo nei gruppi B e C (gruppi con prognosi media maggiore ai trenta giorni). Non ci sono differenze nel posizionamento di CVC, tecniche anestesiológicas ed emotrasfusioni tra i tre gruppi.

La conoscenza in precedenza del paziente evidenzia un maggior utilizzo di CVC ed un minore ricorso ad emotrasfusioni

Parole chiave: cure palliative, Palliative Prognostic Score, predizione di sopravvivenza.

INTRODUZIONE

I programmi di cure palliative hanno tra le loro finalità quella di una adeguata informazione del paziente e dei familiari associata ad una adeguata pianificazione terapeutica e delle risorse.

Questo può essere ottenuto attraverso una caratterizzazione prognostica del paziente neoplastico in fase avanzata: negli ultimi anni sono stati ricercati fattori prognostici nella terminalità della malattia tumorale in ambito clinico, biochimico e sintomatologico.

Un gruppo cooperativo italiano ha costruito una caratterizzazione prognostica validata in due differenti casistiche e denominata **Palliative Prognostic (PaP) Score** che prevede l'insieme di fattori prognostici clinici, biochimici e sintomatologici con l'identificazione di tre gruppi di pazienti con differente aspettativa di vita. Vengono considerati 34 parametri ed una analisi multivariata consente di assegnare un punteggio compreso tra 0 (migliore prognosi) e 17.5 (peggiore prognosi) suddivisi in tre livelli a ciascuno dei quali corrisponde una previsione di sopravvivenza in giorni (0-5 = 64 giorni, 5.5-11 = 32 giorni, 11.5-17.5 = 11 giorni). Il punteggio individuale è dato dalla somma degli score dei singoli parametri.

Si è pertanto cercata una valutazione ed una validazione del PaP Score all'interno dell'Hospice Loreto gestito da Medici di Medicina Generale. All'interno delle diverse classi di ri-



schio si è poi cercata una valutazione di alcuni aspetti del percorso assistenziale quali l'utilizzo della morfina, il posizionamento di catetere venoso centrale (CVC), il numero di emotrasfusioni praticate, la terapia del dolore con tecniche anestesiológicas, il numero di consulenze specialistiche richieste; questo al fine di valutare se un diverso PaP Score determini un diverso approccio e quindi un differente piano terapeutico da parte del medico. In terzo luogo sono stati valutati gli stessi aspetti del percorso assistenziale all'interno della stessa classe di rischio in rapporto alla conoscenza o meno del paziente da parte del medico curante: la caratteristica dell'hospice di Loreto di essere gestita da Medici di Medicina Generale (MMG) consente una valutazione per una eventuale differenziazione tra i pazienti che sono stati da sempre seguiti dal proprio medico di MMG ed i Pazienti che afferiscono alla struttura da altri comuni e quindi sconosciuti in precedenza al medico che li prende in cura. Infine si è valutato il diverso impegno dello psicologo tra le diverse classi di rischio.

MATERIALI E METODI

Il presente studio osservazionale prospettico in aperto è stato effettuato valutando tutti i pazienti afferiti consecutivamente presso l'Hospice di Loreto (AN) dal gennaio 2005 al dicembre 2005. E' stato impiegato il Palliative Prognostic Score che veniva compilato dal medico che aveva in cura il paziente il giorno successivo all'entrata in Hospice (questo al fine di disporre della componente ematochimica). Al secondo giorno del ricovero i pazienti erano quindi inseriti in una delle tre classi di rischio (A, B, C). Al momento del decesso del paziente veniva compilata una cartella che individuava alcuni aspetti del piano terapeutico (utilizzo di morfina, utilizzo di tecniche anestesiológicas per il controllo del dolore, posizionamento di CVC, emotrasfusione, numero di visite specialistiche, intervento della psicologa). Per ciascun gruppo è stato creato un grafico di sopravvivenza (giorni di permanenza presso l'hospice) e successivamente i dati dei tre gruppi sono stati sovrapposti per un confronto.

Gli aspetti del piano terapeutico che si è deciso di studiare sono stati valutati calcolando la percentuale di utilizzo all'interno del gruppo con deviazione standard: nello stesso gruppo inoltre sono state confrontate le percentuali di tali aspetti del piano terapeutico tra pazienti in precedenza conosciuti e trattati dal medico rispetto ai pazienti non precedentemente conosciuti (l'hospice di Loreto è gestito da Medici di Medicina Generale e per tale motivo in tale struttura possono afferire pazienti già in precedenza seguiti nel territorio). I dati sono stati confrontati mediante le percentuali in quanto i tre gruppi presentavano una diversa numerosità.

RISULTATI

Sono stati studiati 80 pazienti di cui 45 maschi e 35 femmine (tabella 1).

I risultati dell'applicazione del PaP score sono stati evidenziati mediante un grafico di sopravvivenza con sovrapposizione dei dati relativi ai tre gruppi (tabella 2).

Gli aspetti del piano terapeutico studiati (utilizzo di morfina, utilizzo di tecniche anestesiológicas per la terapia del dolore, posizionamento di CVC, emotrasfusione, numero di consulenze, intervento della psicologa sul paziente o sui familiari) sono stati visualizzati mediante il calcolo della percentuale di utilizzo di tale aspetto nel gruppo. L'insieme dei dati è stato quindi assemblato per evidenziare differenze possibili nell'utilizzo di tali aspetti all'interno dei tre gruppi. La diversa numerosità del campione all'interno dei tre gruppi ci ha fatto preferire una visualizzazione delle percentuali di utilizzo dei parametri scelti (tabella 3).

Tabella 1: numero pazienti studiati

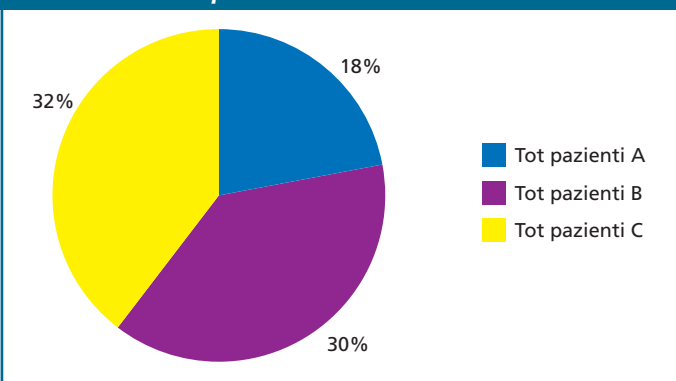


Tabella 2: sopravvivenza delle tre differenti categorie di rischio

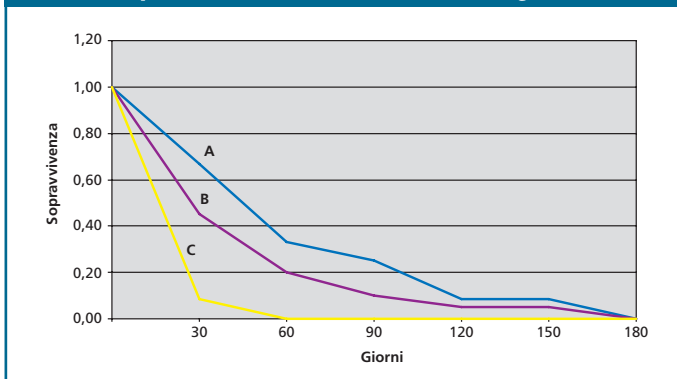
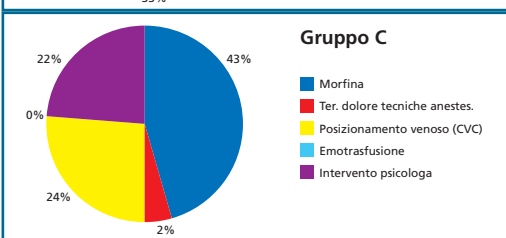
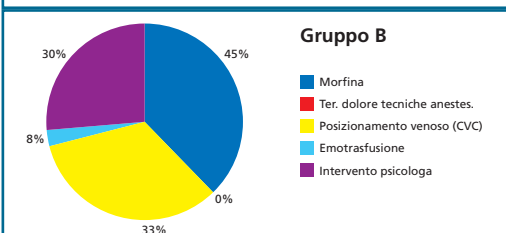
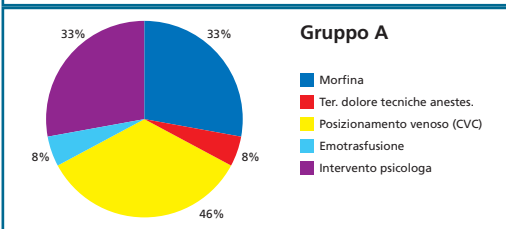
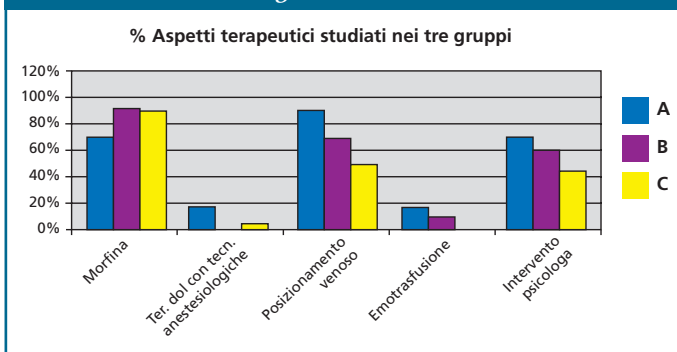


Tabella 3: percentuale degli aspetti terapeutici studiati all'interno delle tre categorie di rischio



E' stato inoltre fatto per ciascun gruppo uno studio percentuale di alcuni aspetti del piano terapeutico (utilizzo di morfina, utilizzo di tecniche anestesilogiche per il controllo del dolore, posizionamento di CVC, emotrasfusione, intervento della psicologa) tra pazienti in precedenza trattati da parte del medico responsabile rispetto a pazienti in precedenza sconosciuti (tabella 4).

DISCUSSIONE

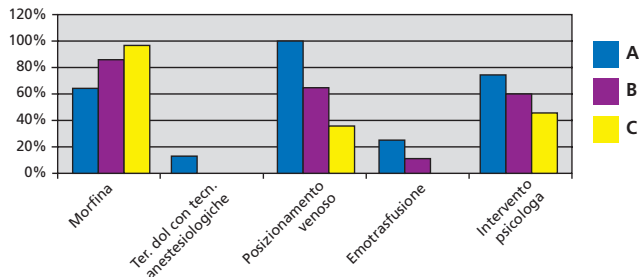
In questo studio l'equipe dell'Unità di Cure Palliative ha cercato di verificare anzitutto la validazione del PaP score all'interno dell'Hospice di Loreto. Il PaP score è uno strumento già utilizzato e validato in altri centri italiani. Il nostro gruppo ha cercato una verifica di tali dati. I risultati ottenuti evidenziano una buona risposta dello score utilizzato per una valida caratterizzazione prognostica. All'interno dei tre gruppi siamo andati a verificare e misurare alcuni aspetti del piano terapeutico (utilizzo di morfina, utilizzo di tecniche anestesilogiche per il controllo del dolore, posizionamento di CVC, emotrasfusione, intervento della psicologa) e contemporaneamente siamo andati a verificare eventuali differenze nell'utilizzo di tali strumenti tra pazienti in precedenza seguiti dal medico tutor (pazienti assistiti da anni nel territorio dal medico responsabile del caso) rispetto ai pazienti sconosciuti.

L'insieme dei dati raccolti permette al nostro gruppo numerose riflessioni sulla propria attività. L'analisi dell'utilizzo della morfina evidenzia elevate percentuali: in particolare nei gruppi B e C abbiamo il 90% di utilizzo di morfina o oppioidi forti. L'utilizzo di tecniche anestesilogiche per la terapia del dolore presenta una bassa incidenza nei tre gruppi e comunque maggiore nei pazienti in precedenza seguiti dal medico. Il posizionamento di CVC è molto elevato in particolare nei pazienti del gruppo A e nei pazienti in precedenza assistiti

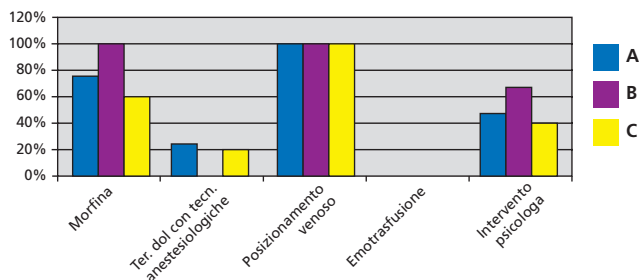
dal medico: questo dato in parte è legato alla contiguità logistica con i colleghi anestesisti e dall'altra da una scelta di fondo dell'equipe di garantire per quanto possibile la migliore autonomia anche in fase terminale. L'utilizzo di emotrasfusioni risulta limitata a pochi pazienti nei gruppi A e B di pazienti in precedenza non conosciuti. L'intervento della psicologa con i pazienti o familiari è maggiore nei gruppi A e B ed in particolare nei pazienti non trattati precedentemente. Un dato importante è la possibilità di utilizzo del PaP score per una caratterizzazione prognostica. E' chiaro che a questa si lega la possibilità di una migliore informazione del paziente e della famiglia, di una adeguata pianificazione terapeutica ed un controllo delle risorse. L'insieme dei dati raccolti su alcuni aspetti della pianificazione terapeutica permette anche se solo percentualmente di avere una misura di una parte di lavoro svolto, una discussione tra pari nell'equipe per cercare una modifica di alcuni aspetti in maniera condivisa e soprattutto un confronto con i dati che abbiamo già iniziato a raccogliere per il prossimo anno solare. Gli aspetti riguardanti la conoscenza o meno in precedenza del paziente mostrano per i pazienti già conosciuti un maggior utilizzo di CVC e di tecniche anestesiológicas per il controllo del dolore e contemporaneamente

Tabella 4: percentuali degli aspetti terapeutici studiati all'interno delle tre categorie di rischio confrontando i dati tra pazienti in precedenza seguiti e quelli non seguiti dal medico responsabile

Aspetti terapeutici nei tre gruppi in pz non trattati precedentemente

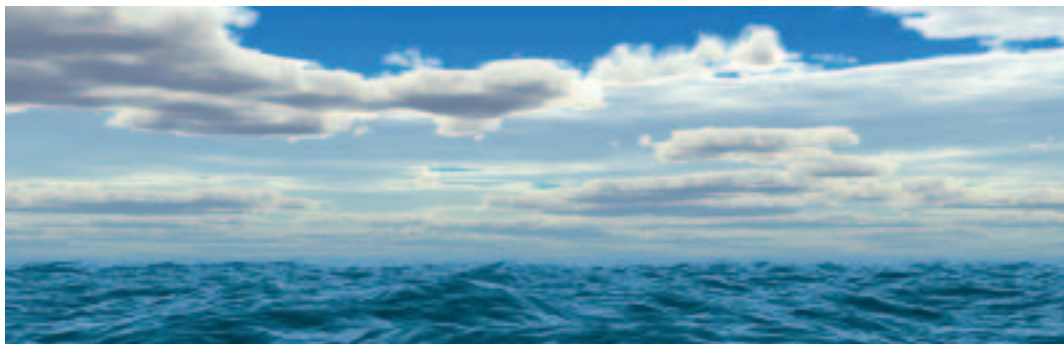


Aspetti terapeutici nei tre gruppi in pz trattati precedentemente



un minor utilizzo di emotrasfusioni. Sarà interessante seguire nel tempo questi dati per confermare o meno il "bias" negativo evidenziato in altri studi derivante dalla conoscenza in precedenza dal paziente in fase terminale.

Medico di Medicina Generale, Unità Cure Palliative Loreto, AUSL Ancona
 * Centro Elaborazione Dati, AUSL Ancona





LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

**Inserimento, gestione per obiettivi,
valutazione, sviluppo, formazione,
conduzione e motivazione
dei collaboratori**

Evento ECM n. 8437-166089
medico 24 crediti

Evento ECM n. 8437-166090
psicologo 21 crediti

Evento ECM n. 8437-166091
infermiere 22 crediti

**SESTRI LEVANTE
15-16-17 novembre 2006**

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Direzione MEDICARE**

Via Dante, 121 - 26100 Cremona
Tel 0372 33142 - Fax 0372 33834
direzione@medicareformazione.it
www.medicareformazione.it



ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LA RICERCA SUL CANCRO
Comitato Marche
www.airc.it

Incontri con la Ricerca
25 novembre 2007
Pesaro

**Peppino di Capri
e la sua Orchestra**
30 novembre ore 21.15
Teatro delle Muse di Ancona

Arance della salute
27 gennaio 2007
nelle principali Piazze

Azalee della Ricerca
13 maggio 2007
nelle principali Piazze

Presepe Vivente Natale 2006
26 dicembre 2006 • 1 e 6 gennaio 2007

*Parco della Chiesa San Raimondo
Via Grandi - Candia ANCONA*

Anche quest'anno la Parrocchia San Giuseppe di Candia propone alla città di Ancona e alla provincia tutta, durante le prossime feste natalizie, il Presepe Vivente.

Un'iniziativa, nata per sostenere le urgenti opere di restauro della chiesa e dei locali parrocchiali, che nelle passate rappresentazioni ha riscosso notevole partecipazione e consenso, visto che sia nella organizzazione che nelle rappresentazioni, sono impegnati attivamente, un gruppo di medici iscritti a quest'ordine, mi è parso utile portare a conoscenza di questa valida iniziativa tutti i colle-

ghi mediante il nostro bollettino, in attesa di salutarci personalmente.

PER IL COMITATO DEL PRESEPE VIVENTE DI CANDIA
Dr. Giovanni Pieroni



medici & medici



www.ordinemedici.ancona.it
segreteria@ordinemedici.ancona.it