

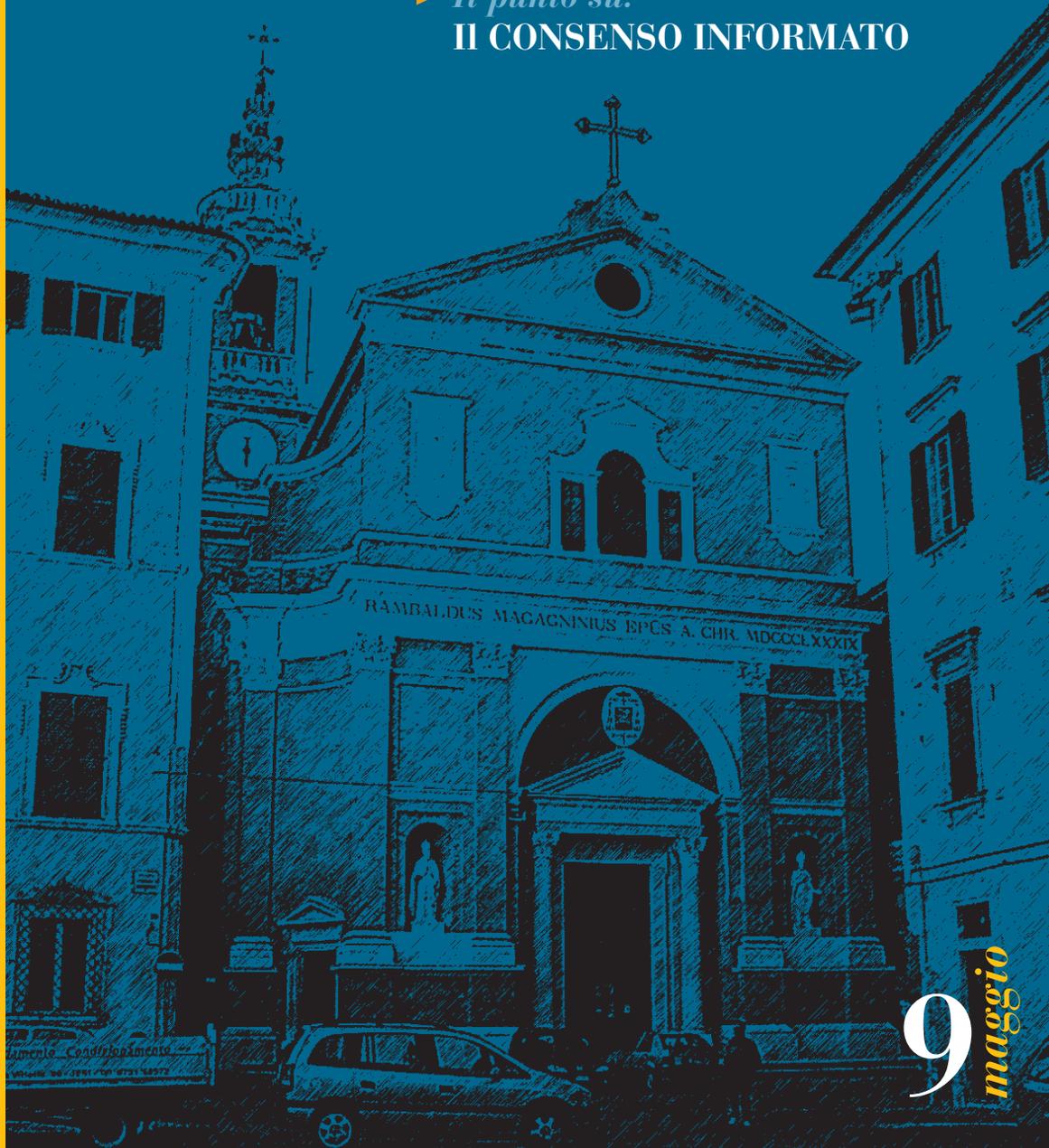
# Medici & Medici

Periodico di informazione Medico-Sanitaria • Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

- ▶ *Buona Sanità:*  
**I TRAPIANTI**
- ▶ *Il punto su:*  
**IL CONSENSO INFORMATO**

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. 9 - Maggio 2005 • Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona • CONTIENESERVO LP.

2005



9 maggio

# Spazi ambulatoriali



disponibili  
anche per frazioni  
di giornata  
o prestazioni singole

## Uscita A14 Ancona Sud

(vicino Hotel Palace)

### Si offre:

- Servizio di prenotazione telefonica orario continuato 8-20
- Servizio di segreteria - fax - e-mail
- Sala riunioni 15-20 posti
- Ampio parcheggio gratuito
- Accesso e servizi handicap
- Aria condizionata

*Per informazioni*

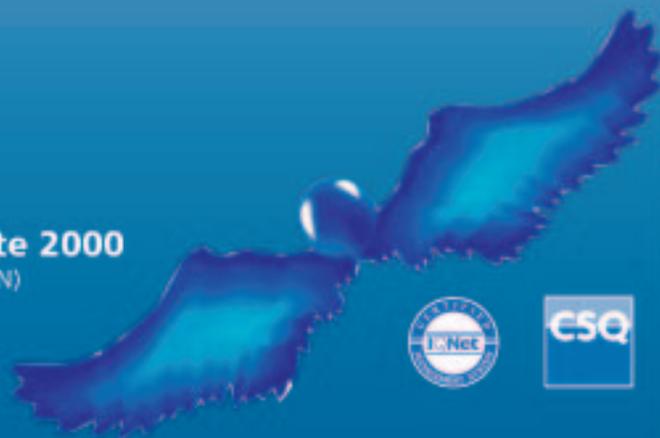
### **Poliambulatorio Salute 2000**

Via Grandi, 10 - 60027 - Osimo (AN)

tel. 0717302251 - Fax 071732455

<http://www.saluteduemila.it>

E-mail: [info@saluteduemila.it](mailto:info@saluteduemila.it)



## *Direttore Responsabile*

Fulvio Borromei

## *Vice direttore*

Gianbattista Catalini

## *Coordinatore di Redazione*

Nicola Battelli

## *Vice coordinatore*

Sergio Giustini

## *Redazione*

Maria Beatrice Bilò

Vincenzo Berdini

Sergio Giustini

Tiziana Pierangeli

Marco Silvestrelli

## *Consiglio Direttivo*

### *Presidente*

Fulvio Borromei

### *Vice Presidente*

Gianbattista Catalini

### *Segretario*

Luigi Venanzi

### *Tesoriere*

Quirino Massimo Ricci

### *Consiglieri*

Nicola Battelli

Maria Beatrice Bilò

Marcello Mario D'Errico

Sergio Giustini

Arcangela Guerrieri

Francesco Lattanzi

M. Giovanna Magiera

Tiziana Pierangeli

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Augusto Sertori (od.)

Stefano Tucci (od.)

## *Revisori dei conti effettivi*

Giuliano Rocchetti

Giordano Giostra

Mario Perli

## *Revisore dei conti supplente*

Vincenzo Berdini

## *Commissione Odontoiatrica*

Federico Fabbri

Augusto Aquilano

Francesco Montecchiani

Augusto Sertori

Stefano Tucci

## *In copertina:*

*Il Duomo di Jesi*

*Questo numero è stato chiuso:  
20 maggio 2005*

# sommario

## *editoriale*

**Riorientare il sistema dell'offerta** ..... 4

## *il punto su...*

**Il consenso informato in medicina** ..... 7

## *bioetica*

**I trapianti nelle Marche** ..... 12

## *dalla FNOMCeO*

**Codice deontologico** ..... 14

**Finanziaria 2005** ..... 16

## *dal Ministero*

**Commissione Oncologica Nazionale:  
corsie preferenziali per i malati** ..... 17

## *informazioni*

**Medicina dello sport** ..... 18

## *buona sanità*

**Il progetto trapianti presso gli Ospedali  
Riuniti di Ancona** ..... 20

**Il trapianto di fegato** ..... 24

**Attività di trapianto di rene** ..... 29

## *rubrica giovani*

**La libera professione** ..... 32

## *avvisi*

**Un appello per la speranza** ..... 34

**congressi e corsi** ..... 35

<http://www.ordinemedici.ancona.it>  
e-mail: [segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.it)



## RIORIENTARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA

### Rapporto etico deontologico tra medici e strutture

di *Fulvio Borromei*

Mi cimenterò ad inserire nel contesto di questo tema i concetti del nostro codice, cercando di dimostrarne l'attualità e l'essenzialità per un corretto Sistema Sanitario.

Così questo tema nell'ambito di una reigegnerizzazione dell'offerta del sistema, mi permette di fare alcune riflessioni di ordine etico deontologico professionale.

Il codice di deontologia medica è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale.

Un sistema di qualità non può esimersi oggi da un corretto rapporto intraprofessionale ( titolo IV).

Certamente il rispetto reciproco apre il capitolo della rapportualità.

Un esempio è ciò che recita l'art. 58:

un medico che presti la propria opera ad un malato in cura presso altro collega è tenuto a dare comunicazione al medico curante o altro medico eventualmente indicato dal pz.

Questo passaggio oltre ad evidenziare l'importanza deontologica ai fini del perseguimento dell'efficacia diagnostica terapeutica permette anche di mirare L'APPROPRIATEZZA sia di un ulteriore approfondimento del caso, che l'utilizzo adeguato di altre risorse professionali.

In un'era dove le risorse sono limitate si comprende l'importanza di questa comunicazione. L'articolo 59 del codice deontologico CONSULENZA e CONSULTO si addentra nella problematica in quanto individua, sia nello specialista che in idonee strutture di specifica qualificazione l'ulteriore valutazione del pz, ponendo a questi quesiti e fornendo docu-

mentazioni che facilitino la risposta.

Ecco come predisponendo strumenti e/o canali che permettano un proficuo scambio di informazioni si possa ottimizzare sia il **tempo clinico del medico** (che oggi raramente viene preso in considerazione, assegnando allo stesso sempre più funzioni e/o compiti impropri; per questo SBUROCRATIZZARE alcune funzioni è di estrema importanza) che realizzare un ventaglio di dati che può rendere più rapida una diagnosi e tempestiva la terapia (come i sistemi informatici, email, portali ecc.).

Gli articoli 62 e 63 del Codice Deontologico stigmatizzano i corretti rapporti tra medici.

#### **Art 62**

Tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione allo ammalato, deve sussistere nel rispetto della autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico terapeutica.

#### **Art 63**

I giudizi clinici comunque formulati durante la degenza in reparti clinico-ospedalieri e in case di cura private e anche dopo la dimissione del malato, devono essere espressi senza ledere la reputazione professionale dei medici curanti. La stessa condotta deve mantenere il medico curante dopo la dimissione del malato.

A conferma di quanto sia importante valorizzare una buona rapportualità tra colleghi vorrei citarvi anche la mia esperienza di MMG.

In una mia esperienza, dapprima i MMG si sono riuniti in gruppi chiamati GTO (gruppi territoriali omogenei) dove si sono confrontati ponendosi il problema di come affrontare alcune tematiche cliniche, di come intraprendere alcuni percorsi diagnostici e/o terapeutici su malattie e/o affezioni di comune riscontro in MG, tenendo conto sia della letteratura esistente, le EBM, gli studi, ma anche dell'esperienza personale e del contesto in cui il MMG andava ad operare.

Affrontammo la diagnosi e la terapia in temi come:

- ipertensione arteriosa
- infezioni basse e alte vie respiratorie
- malattia peptica
- malattie vascolari periferiche
- malattie cerebro vascolari
- diabete mellito
- infezioni vie urinarie

seppur facemmo un discreto lavoro che ci servì a rivisitare alla pari questi argomenti, cercando nel



contempo di essere essenziali ed efficaci, mancava UN ANELLO DI CONGIUNZIONE che era quello del confronto e della condivisione con i colleghi specialisti (ospedalieri e/o universitari).

Così alla luce di questa riflessione nel 2001 nacquero nell'allora ASL 7 i CRITERI ORIENTATIVI DIAGNOSTICI e TERAPEUTICI che sono una serie di percorsi elaborati sia dai MMG che da MEDICI Specialisti OSPEDALIERI.

Il vantaggio evidente di questo metodo di lavoro fu quello di condividere insieme un percorso calato sulla realtà locale che migliorò i rapporti tra medici, ma soprattutto migliorò le cure dei cittadini, portando una maggiore appropriatezza negli interventi.

Il TITOLO VI del codice di deontologia medica tratta i rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e con enti pubblici e privati.

Scorrendo gli articoli di questo titolo si evince di come sia importante una stretta collaborazione tra le istituzioni pubbliche e private e l'Ordine professionale, in quanto gli indirizzi presi non possono essere discordanti con il codice deontologico che il MEDICO sia pubblico che convenzionato è tenuto a rispettare. Infatti qualora si verifici un contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ENTE, il medico deve chiedere il parere e l'intervento dell'Ordine.

La difesa e la dignità professionale deve essere sempre salvaguardata anche quando il medico svol-

ge funzioni di direzione e/o dirigenza sanitaria, l'articolo 70 del Codice parla proprio della DIREZIONE SANITARIA individuando nella COLLABORAZIONE con L'ORDINE professionale un punto cruciale.

L'articolo 71 parla della COLLEGIALITA' tra medici dipendenti e/o convenzionati operanti in strutture pubbliche o private e del reciproco rispetto e collaborazione che deve albergare fra loro.

Sicuramente oggi l'uso appropriato delle risorse rappresenta un momento importante nella gestione sanitaria, anche in questo il nostro codice è attuale, infatti all'art 12 troviamo scritto che le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche ANCHE AL FINE DELL'USO APPROPRIATO DELLE RISORSE sempre perseguendo il beneficio del pz.

Un paziente/cittadino che nel tempo ha ridotto l'asimmetria culturale-informativa con il medico, ma che va educato ad utilizzare anche lui in maniera appropriata i servizi che gli vengono messi a disposizione.

Quindi grande alleanza medico/cittadino, ma anche grande chiarezza nella reciproca rapporto (incontro associazioni dei cittadini e ordine professionale come nell'OSSERVATORIO ordinistico).

Come si evidenzia una diretta responsabilità del medico in questo ambito così vi deve essere una appropriata allocazione delle risorse; dove a mio avviso le sovrapposizioni di competenze professionali diverse, ne rappresenta un dispendio.

In ambito professionale i ruoli devono essere ben armonizzati e non antagonisti per un medesimo obiettivo e ciò lo si può esprimere con il termine di **COMPLEMENTARIETA'** (quindi mettere d'accordo più professionisti con diversi compiti per un medesimo obiettivo).

Tale metodo di confronto va applicato anche con le altre figure sanitarie.

Nell'ottica di un approccio sanitario che mira al raggiungimento dello stato di salute nasce il concetto di **BUDGET** come strumento operativo-gestionale per il raggiungimento di obiettivi di qualità.

In sanità il **BUDGET** non può essere inteso come teito di spesa finanziario il cui solo obiettivo è il contenimento della spesa (esempio quella farmaceutica), è un modello che ricerca così l'efficienza e non l'efficacia sanitaria (non necessariamente spendere meno vuol dire spendere meglio).

Questo rappresenta una concezione riduttiva di **BUDGET**: come **CONTROLLO DI SPESA**.

Si deve intendere il **BUDGET** come raggiungimento di obiettivi sanitari qualitativi ed in questo modello si ridefiniscono i rapporti tra ospedale e territorio, riorganizzando i ruoli e le rispettive competenze.

Ciò permette di offrire un migliore servizio ai pz, anche per la riqualificazione professionale che il confronto culturale determina, riducendo anche la mobilità in uscita verso altre aziende (export di malati).

**QUESTO PUO' ESSERE DEFINITO BUDGET ETICO**

Strumento di programmazione e controllo che definisce obiettivi correlati alla spesa, la quale può essere in aumento o in diminuzione in relazione agli obiettivi individuati.

Fondamenti importanti di questo **BUDGET** sono la **FORMAZIONE** e la **Relazione con il pz** e tutto ciò non tradisce la **Cultura** e la **Tradizione Medica**, pur confrontandosi con gli scenari economici e politici che cambiano e quindi perciò **ETICO**.

Un concetto che scaturisce da queste brevi riflessioni è che in un sistema integrato le componenti professionali mediche hanno pari dignità e nessuna può essere considerata estranea e/o ancillare.

A mio avviso dobbiamo inserire questi con-



cetti etici nel nostro modello operativo, organizzativo e progettuale.

Cimentiamoci subito ad esempio sull'utilizzo appropriato del farmaco cercando dei criteri terapeutici condivisi tra ospedale e territorio, che tengano certamente conto delle note AIFA, ma che siano in grado di superarle e aggiornarle in base all'esperienza e agli studi clinici.

In questo modo potremmo correggere utilizzi non appropriati e ridare al farmaco la funzione che gli è propria quale strumento di cura.

Tutto ciò alla ricerca della appropriatezza che è l'obiettivo al quale dobbiamo sottendere.

In questi cinque anni di mandato ho cercato di realizzare (in collaborazione con il Consiglio) una politica di terzietà, cioè di garante nel sistema salute, sia nei confronti delle istituzioni, della professione tutta, che dei cittadini.

Questa politica è stata realizzata anche per quanto riguarda la formazione ECM, dove credo l'Ordine sia indiscutibilmente interessato, non presentandoci come **ORDINE PROVIDER** ed è per questo gli va assegnato un peculiare **RUOLO POLITICO FORMATIVO**.

Quindi il messaggio che voglio dare è quello che non riconoscere questo ruolo significa decretare il fallimento di una politica di garanzia (etica, deontologica, di salute) essenziale per il **FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA SALUTE**.

Il riconoscimento di questo ruolo, non può essere occasionale e/o personale, formale e di circostanza, ma va **CONSOLIDATO**.

Se riuscirò a far passare questo messaggio allora la mia fatica avrà e avrà avuto un senso, oppure mi rimarrà comunque il piacere di essermi cimentato.

**Grazie**

# Il punto su: Il consenso informato in medicina

Avv. Claudio De Feo

Il Tribunale di Milano ha recentemente svolto una interessante analisi in materia di risarcibilità del danno e consenso informato (Sent. n. 3520/05 del 29.3.2005) facendo il riassunto "delle puntate precedenti" sull'argomento.

La premessa della motivazione è costituita dal principio secondo il quale il medico non può intervenire senza consenso, "presupposto indefettibile per un corretto esercizio dell'ars medica."

Dopo avere richiamato gli articoli della Costituzione (13 e 32) e l'articolo 33 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, sui quali detto presupposto si fonda, viene chiarito che il diritto del paziente di formulare un consenso informato all'intervento "appartiene ai diritti inviolabili della persona, ed è espressione del diritto all'autodeterminazione in ordine a tutte le sfere ed ambiti in cui si svolge la personalità dell'uomo, fino a comprendere anche la consapevole adesione al trattamento sanitario (con legittima facoltà di rifiutare quegli interventi e cure che addirittura possano salvare la vita del soggetto)".

L'adesione del paziente peraltro "dev'essere frutto di un rapporto reale e non solo apparente tra medico e paziente, in cui il sanitario è tenuto a raccogliere un'adesione effettiva e partecipata, non solo cartacea, all'intervento. Esso non è dunque un atto puramente formale e burocratico ma è la condizione imprescindibile per trasformare un atto normalmente illecito (la violazione dell'integrità psicofisica) in un atto lecito, fonte appunto di responsabilità".

L'onere di provare l'adempimento di tale dovere incombe esclusivamente al medico (Cass. n. 7027/2001), (Cass. n. 364/1997 e Cass. n. 10014/1994) e deve riguardare:

1. La natura dell'intervento medico e chirurgico;
2. la sua portata ed estensione;
3. i rischi;

4. i risultati conseguibili;
5. le possibili conseguenze negative;
6. la possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi;
7. i rischi di questi ultimi.

E' dunque sufficiente da parte del paziente/creditore/contraente la mera denuncia dell'inadempimento laddove grava invece al medico l'onere di fornire la prova dell'avvenuto assolvimento dell'obbligo stesso.

Tale obbligo ha natura contrattuale ed è posto a carico del medico/debitore/contraente, secondo i principi generali in materia di onere della prova nell'adempimento delle obbligazioni (Cass. S.U. n. 13533/01).

"Ritiene questo giudice", si legge ancora sulla sentenza, "che l'inadempimento dell'obbligo di informazione da parte del medico incida in via diretta sul diritto della paziente all'autodeterminazione in ordine alle scelte che attengono alla propria salute e che tale lesione vada pertanto riconosciuta autonomamente rispetto alla lesione del diritto alla salute, che nella specie non si è verificata". Tale lesione, "rientra nella previsione di cui all'art. 2059 c.c., volta a ricomprendere ogni danno di natura non patrimoniale derivante da lesione di valori inerenti alla persona, secondo la recente interpretazione della Cassazione (sentenze n. 8827/03 e n. 8828/03) e della Consulta (sentenza n. 233/03)". Pertanto, "secondo l'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., oltre al danno morale soggettivo (quale transeunte perturbamento dell'animo) e al danno biologico (quale lesione dell'integrità psicofisica della persona) dev'essere risarcito anche il danno derivante dalla lesione di altri interessi di rango costituzionale, nei quali rientra il diritto di autodeterminazione".

## IL DANNO

Ciò detto, qual è tuttavia il danno risarcibile nella fattispecie?

In proposito il Tribunale afferma che "Alla comprovata lesione dell'interesse di rango costituzionale relativo all'autodeterminazione non consegue ipso iure un danno risarcibile", sicchè non è possibile "ritenere che il danno lamentato dalla paziente sia in re ipsa, nel senso che sarebbe coincidente con la lesione dell'interesse protetto (Cass. n. 8827/03), essendo invece necessaria l'allegazione e la prova dell'entità dello stesso che deve comunque essere apprezzabile per poter dare luogo a risarcimento".



Ma se il danno derivante dalla lesione del diritto all'autodeterminazione non è in re ipsa appare essenziale verificare di volta in volta in concreto se la lesione del diritto all'autodeterminazione abbia dato o meno luogo a danno.

Occorre allora distinguere i casi in cui al mancato consenso non ha fatto seguito una lesione della salute dai casi in cui detta lesione v'è stata.

E ancora occorre distinguere nella seconda ipotesi se vi sia stata o meno colpa medica.

Tale analisi è necessaria *“ai fini di una corretta liquidazione del danno in esame e al fine di contenere i principi che presiedono all'onere di allegazione e di prova con l'esigenza di evitare duplicazioni ed automatismi risarcitori”*.

Date tali premesse è così possibile affermare che - qualora all'esito dell'intervento cui non era stato dato il consenso informato da parte del paziente, in assenza di colpa medica, non consegue alcun pregiudizio alla salute dello stesso, anzi, addirittura, consegua un miglioramento delle sue condizioni psicofisiche (si pensi all'ipotesi in cui l'omessa esecuzione dell'intervento non consentito avrebbe cagionato la morte o una grave menomazione del soggetto) - non sussiste in radice la possibilità di ravvisare alcun danno biologico. Laddove sussista, il danno-conseguenza del

mancato consenso va quantificato secondo i principi già adottati dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 184/86: il criterio di liquidazione dev'essere, per un verso, egualitario ed uniforme (al fine di evitare che, a parità di casi analoghi il giudice liquidi importi notevolmente differenti) e, per altro verso, elastico e flessibile, per adeguare la liquidazione del danno alle peculiarità della fattispecie concreta”.

*“Il giudice non può comunque sottrarsi all'obbligo di motivazione, ai fini della liquidazione del danno, a pena di nullità della sentenza per omessa o insufficiente motivazione e per violazione di legge in relazione agli artt. 1223 e 2059 c.c.”*; ma per quanto riguarda la liquidazione del danno *“il giudice può ricorrere ad un criterio di equità pura, che regoli cioè, solo la fattispecie concreta in esame (criterio generalmente adottato agli albori del danno biologico), ma che può tuttavia tradursi in apodittiche e (ancora una volta) immotivate statuizioni”*.

*“Pertanto il giudice, in tutte le ipotesi in cui sia accertata la lesione del diritto di autodeterminazione, deve esattamente individuare sia il danno risarcibile che un congruo criterio risarcitorio (ciò vale vieppiù nell'ipotesi sub c). Sarà poi compito della cultura giuridica l'esame dei motivati precedenti giurisprudenziali, da cui poter trarre non semplici automatismi tabellari, ma più univoci criteri direttivi nella liquidazione del danno non patrimoniale in esame.*

In definitiva, anche in relazione al danno-conseguenza risarcibile in esame, devono applicarsi le regole ed i principi sull'onere di allegazione e prova del danno subito, selezionando le conseguenze risarcibili dell'illecito, rispetto a quelle non risarcibili, in base ai criteri della causalità giuridica: l'art. 1223 c.c. (richiamato dall'art. 2056 c.c.) limita il risarcimento ai soli danni che siano conseguenza immediata e diretta dell'illecito, ma viene inteso nel senso che la risarcibilità dev'essere estesa anche ai danni mediati e indiretti, purché costituiscano effetti normali del fatto illecito, secondo il criterio della cosiddetta regolarità causale (Cass. S.U. n. 9556/02)". Anche chi si ritiene leso nel proprio diritto ad autodeterminarsi non può sottrarsi alla prova delle circostanze rilevanti che giustifichino il risarcimento del danno ex art. 1223 e 2059 c.c..

Viene citata a questo punto una decisione della Corte Costituzionale (Corte Costituzionale n. 372/94) dove si è stabilito che "è sempre necessaria la prova dell'entità del danno, ossia la dimostrazione che la lesione ha prodotto una perdita di tipo analogo a quello indicato dall'art. 1223 c.c., costituita dalla diminuzione o privazione di un valore personale (non patrimoniale) alla quale il risarcimento deve essere commisurato".

"La Suprema Corte ha ribadito che ogni qualvolta sia provata la lesione di un interesse costituzionale della persona devono essere risarciti il danno morale soggettivo (pecunia doloris o patema d'animo) e i pregiudizi ulteriori e diversi, derivanti da tale lesione, nei quali rientra il diritto di autodeterminazione".

"È dunque onere della parte provare che, dalla lesione - nella specie dal mancato assolvimento dell'obbligo di informazione - siano derivate conseguenze pregiudizievoli di cui si chiede il ristoro e tali conseguenze".

Conseguenze pregiudizievoli che "in relazione alle varie fattispecie, potranno avere diversa ampiezza e consistenza, in termini di intensità e protrazione nel tempo".

E' pur vero, fa rilevare il Tribunale, che la Cassazione (Cass. n. 8827/2003) ha stabilito che trattandosi di "pregiudizio che si proietta nel futuro (diversamente dal danno morale soggettivo contingente) [...] sarà consentito il ricorso a valutazioni prognostiche ed a presunzioni sulla base degli elementi obiettivi che sarà onere del danneggiato fornire", ciò non toglie che il danno in questione deve essere "allegato e provato".

Dunque, la conclusione deve essere quella che



"anche nella fattispecie concreta gravava sull'attrice un preciso onere di allegazione e di prova".

In base ad una serie di argomentazioni il Tribunale giunge alla conclusione che "la lesione dell'interesse protetto, ovvero del diritto di autodeterminazione, abbia dato luogo ad un danno non patrimoniale - inteso sia come danno morale soggettivo (pretium doloris della lesione subita) che quale pregiudizio ulteriore e diverso (derivante dalla predetta lesione) - ma che tale danno sia ontologicamente trascurabile e, comunque, di entità economica non apprezzabile".

Il Tribunale di Milano è pervenuto alla conclusione sopra indicata sulla base dei seguenti riscontri di fatto:

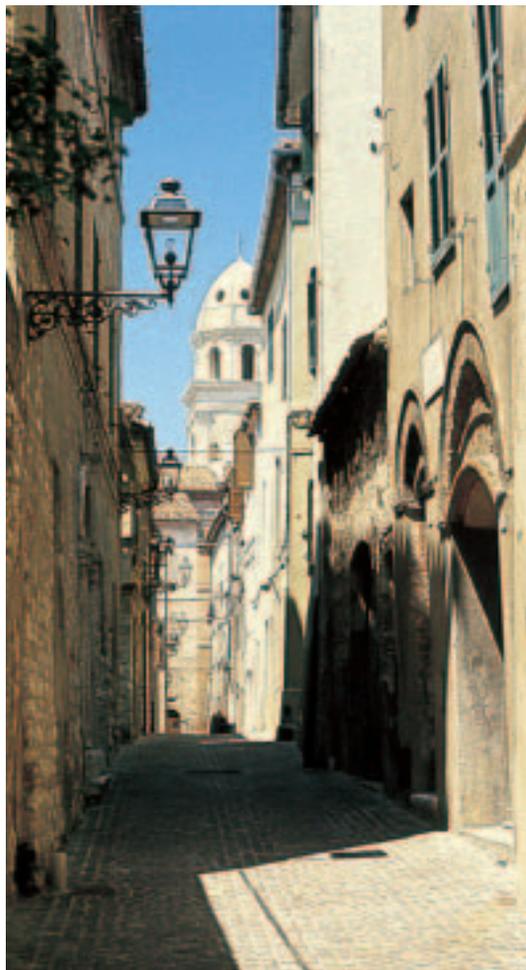
1. non è stata accertata colpa medica;
2. si è verificato un indubbio miglioramento delle condizioni di salute della paziente, che, affetta da carcinoma mammario, è poi definitivamente guarita a seguito dell'intervento.

3. l'intervento praticato fu comunque eseguito secondo la tecnica operatoria più accreditata all'epoca;
4. l'astratto diritto dell'attrice di autodeterminarsi in vista di un possibile intervento "diverso" non sussisteva per l'assenza di un intervento chirurgico alternativo;
5. non sussisteva, neppure in astratto, ipotesi di reato (Cass. n. 8827/03; Corte Cost. n. 233/03). Anche per "una sproporzione tra il male lamentato ed il male che affliggeva la signora T. e che occorreva fronteggiare ad ogni costo";
6. a fronte della lesione del diritto di autodeterminazione della paziente in epoca ampiamente successiva all'intervento ella aveva nuovamente accordato la sua fiducia alla struttura
7. quanto ai pregiudizi (diversi allegati dall'attrice: pirosi, orticaria, vasculite, iperplasie endometriali derivanti dall'uso del Kessar) come illustrato nella relazione peritale "il trattamento adiuvante con Tamoxifene 20 mg die per cinque anni, rappresenta la terapia standard per donne con tumori alla mammella con recettori positivi. La terapia adiuvante può infatti prevenire le recidive e migliorare la sopravvivenza delle donne operate e risultate con recettori positivi". È ben vero che i benefici del Tamoxifene devono essere considerati alla luce dei suoi effetti collaterali ma, come riportato nella letteratura indicata nella relazione tecnica, in generale gli effetti collaterali del farmaco sono di gran lunga superati dai vantaggi, pertanto la "comprovata efficacia del Tamoxifene giustifica il suo uso anche a fronte di tali effetti sfavorevoli". Quanto agli effetti collaterali, infatti, essi "sono di modestissima portata, ampiamente rientranti nelle eventualità attese durante tale terapia; essi, come ben comprensibile, non sono paragonabili per rischio e compromissione a quelli, più comunemente segnalati, di aumento delle possibilità di tromboembolismo venoso e di tumori dell'endometrio. La comprovata efficacia del Tamoxifene giustifica il suo uso anche a fronte di tali effetti sfavorevoli". Inoltre tali effetti collaterali sono cessati con la sospensione del farmaco ed, in ogni caso, come precisano ancora i CTU "seguendo un itinerario decisionale razionale scientificamente fondato, il referto di lieve iperplasia endometriale (10 mm) segnato all'ecografia del 13-12-96 in donna in età post menopausale [nata il 7.6.1930], con genitali interni in fase involutiva e senza sintomi, non rappresentava un

*riscontro che giustificasse la sospensione del farmaco la quale, peraltro, si realizzò dopo sei mesi di trattamento";*

8. infine, l'attrice - affetta da carcinoma alla mammella e comunque sottoposta ad intervento chirurgico di tipo conservativo (quadrantectomia) e non al più devastante e demolitivo intervento di mastectomia - non ha mai allegato di rifiutare l'intervento, se le fosse stato prospettato che, oltre all'asportazione del solo linfonodo sentinella, le sarebbero stati asportati tutti i linfonodi. Sarebbe stato onere dell'attrice (se non provare che avrebbe fatto una scelta diversa) quanto meno allegare circostanze che rendessero plausibile la possibilità che, se adeguatamente informata, ella avrebbe rifiutato l'intervento.

**Questi i presupposti in fatto ed in diritto che hanno portato alla decisione.**







# Bioetica

di Massimiliano Marinelli



**L'attivazione del Centro dei Trapianti degli Ospedali Riuniti di Ancona, rappresenta un evento per le Marche e una grande opportunità per la stessa Azienda sanitaria**

## UN EVENTO

Meno di quindici anni fa, il 40% dei reni espianati in Francia venivano trapiantati a pazienti italiani e il 50% dei trapianti in Austria avevano come beneficiari pazienti italiani. Nel 1992 per trapianti di rene e fegato effettuati all'estero sono stati pagati rimborsi per 200 miliardi di lire.

Da allora molte cose sono cambiate: la legge 1 aprile 1999 n. 91 ha dato notorietà ed impulso alla risoluzione del complesso dei problemi legati ai trapianti d'organo, allineando l'Italia ad altri Paesi europei e ci si è resi conto che il problema dei trapianti è soprattutto organizzativo.

In passato si avvertiva la scarsità delle segnalazioni di donatori cadavere da parte delle rianimazioni.

Le cause dipendevano da un complesso fenomeno multifattoriale legato agli standard qualitativi dell'organizzazione sanitaria e anche dal sistema territoriale dell'emergenza medica, la cui carenza in molte città e regioni determinava la dispersione dei neurotraumatizzati in strutture sanitarie spesso inadeguate sia alla loro terapia, sia all'espletamento delle procedure connesse alla donazione degli organi nel caso del loro decesso.

Si rilevava inoltre un'inadeguata regolamentazione delle modalità di espressione di volontà da parte dei potenziali donatori, con un'eccessiva e talvolta disarmante burocratizzazione. Ed infine si assisteva ad una sistematica disinformazione con l'assurda confusione tra i concetti di coma e di morte cerebrale;

Oggi non è più così ed ora anche le Marche, che è ai primi posti in quanto a numero di potenziali donatori, si è attivata per un proprio Centro Trapianti.

La possibilità per i marchigiani di essere inseriti nella lista trapianti della propria Regione rappresenta, quindi, un evento epocale. Non si tratta certamente di rendere *autartica* la Regione Marche nell'ambito della trapiantologia, quando l'esistenza di *data base* e di procedure di rete condivise portano ad ottimizzare l'organo da trapiantare,

inviandolo al ricevente più idoneo al di là di anguste differenze territoriali. Ciò che appare importante è la prossimità dei marchigiani con il proprio Centro Trapianti. Per un paziente sapere di poter essere curato nella propria Regione, nel medesimo ospedale da una intera organizzazione che ha il compito di seguirlo nel tempo, tentando per quanto possibile di mantenere la funzionalità dell'organo, inserirlo nelle liste, accompagnandolo sino al momento del trapianto e gestendo la delicata fase post-trapianto ha un grandissimo valore etico. Di fronte allo smarrimento di chi si sente talvolta sbattuto da un punto tecnologico ad un altro, con la necessità di rappezzare ogni volta una speranza scucita e di dover ricostruire nuovi e difficili rapporti umani, l'impegno di una Regione che riafferma in questo modo il patto di solidarietà con il proprio cittadino rappresenta un punto di riferimento per ognuno di noi.

## UNA OPPORTUNITÀ PER L'INTERA AZIENDA SANITARIA

Proprio per la complessità organizzativa legata alla rete dei trapianti, la struttura di un Centro deve possedere caratteristiche di eccellenza e adottare una metodologia multidisciplinare di lavoro e di responsabilità che si riverbera positivamente sulla intera azienda sanitaria che lo accoglie. La struttura ospedaliera che ospita un Centro Trapianti non è più quella di prima: ha fatto un salto qualitativo che non è puramente tecnologico, ma ottiene il valore più alto nel nuovo livello dei rapporti umani che si instaurano tra i protagonisti dell'equipe dedicata al trapianto.

## IL TRAPIANTO D'ORGANO È UN BUON MOTIVO PER STARE INSIEME

Lavorare quotidianamente in una grande azienda che scandisce la routine in un ampio numero di contatti umani, può produrre, talvolta, una dispersione

delle motivazioni al lavoro comune, favorendo la gratificazione con il singolo rapporto con il paziente. Il trapianto d'organo è invece un buon motivo per stare insieme.

E' in tutti noi la consapevolezza che donare un organo è uno dei gesti di più alta moralità che un essere umano può compiere.

Ecco, allora, l'inquietudine premurosa per fare in modo che tale gesto non vada sprecato, ma si attui in tutte le sue potenzialità, salvando una vita.

La consapevolezza dell'importanza di ogni momento e di ogni contributo alla organizzazione del trapianto rende solidali le maglie della rete.

Affinchè l'effetto virtuoso dei buoni motivi per stare insieme si diffonda nell'ambito aziendale, sono necessari la visibilità all'interno dell'ospedale del servizio deputato al recupero degli organi, un'adeguata informazione e preparazione del personale di coordinamento e un corretto feed back all'amministrazione e al personale dell'ospedale circa la destinazione degli organi.

## BIOETICA E TRAPIANTO

Non è questo il luogo e il momento per affrontare i temi più delicati delle frontiere etiche dei trapianti di organi o di tessuti come quello dei xenotrapianti, o dei trapianti di tessuto nervoso o di cellule staminali embrionali. Si tratta oggi di ribadire semplicemente che le priorità etiche sui trapianti d'organo, si fondano sulla preparazione scientifica e organizzativa che scandisce ogni azione di quanti hanno a che fare con il trapianto, qualsiasi sia il loro ruolo.

La preparazione e la formazione scientifico-tecnica di tutti gli operatori interessati, il riconoscimento dei motivi che obbligano l'intervento, ossia le indicazioni al trapianto, il consenso del donatore, il rischio operatorio in se stesso e nelle concrete condizioni di realizzazione, il ricevente, il suo consenso, il rischio d'una sua limitata sopravvivenza o comunque la qualità di vita umana post-trapianto, la pianificazione delle attrezzature e dell'economia sanitaria sono tutti momenti di alto significato etico per garantire un Centro Trapianti a servizio dei cittadini marchigiani.

## PUBBLICITA' SANITARIA: QUESTA SCONOSCIUTA!

di Federico Fabbri

Prendendo spunto dalle segnalazioni di colleghi riguardo presunte irregolarità in tema di pubblicità sanitaria, l'Ordine attraverso le sue Commissioni medica e odontoiatrica ha necessariamente dovuto svolgere una serie di controlli da cui è emerso un dato allarmante: la maggior parte dei colleghi iscritti nell'utilizzare le svariate forme di pubblicità non conosce la normativa che la regolamenta (Legge 175/92 e vari decreti di aggiornamento).

A complicare ulteriormente il quadro sta il fatto che essendo la pubblicità sanitaria un appetibile ambito commerciale, il territorio è battuto da tutta una serie di agenti di varie società operanti nel settore a caccia di contratti.

Troppo spesso purtroppo il fine primario di questi personaggi è di ottenere la sottoscrizione del contratto da parte del sanitario senza curarsi minimamente di leggi e norme vigenti esponendo così l'incauto collega firmatario alle conseguenti sanzioni delle istituzioni preposte (Ordine, NAS, Comune).

Tra le molteplici forme di pubblicità sanitaria utilizzabili, quelle che più frequentemente comportano il rischio di incappare in "errori" sono le inserzioni elenchi telefonici, pagine gialle e le targhe professionali affisse sull'edificio dove si esercita.

Tutte le forme di pubblicità ivi comprese queste sopra menzionate, necessitano di autorizzazione comunale previo nulla-osta dell'Ordine, competente per territorio; la domanda va redatta su apposito modulo predisposto dalla regione.

I canoni da rispettare in quanto a contenuti, dimensioni, forme ed estetica sono riportati nel suddetto modulo o facendo direttamente riferimento all'Ordine.

Quindi cari colleghi vi raccomando caldamente di non accettare passivamente proposte di pubblicità senza esservi prima consigliati in proposito con l'Ordine competente per territorio.



# dalla FNOMCeO

## STORACE: GLI AUSPICI DI DEL BARONE

Milano, 23 apr. (Adnkronos Salute) - "Conosco Storace bene e da tempo. Sono convinto che come ministro della Salute potrà fare bene. Non ha molto tempo per agire, ma in certi casi la fretta può trasformarsi in uno stimolo positivo". Così Giuseppe Del Barone, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo) sulla nomina dell'ex governatore del Lazio al dicastero che fu di Girolamo Sirchia.

"Mi auguro - ha spiegato Del Barone all'Adnkronos Salute - che più che per le cose ovvie Storace lotti per le necessità delle categorie: in primis per quelle dei medici, "chiudendo tutti i contratti e difendendoli, senza mettersi nella schiera di chi li colpevolizza sulla base di chiacchiere e non di fatti". Quanto alla prevenzione e agli stili di vita, "spero che per promuoverli il nuovo ministro trovi una strada che passi per la prudenza e non per la dittatura". L'ultimo auspicio del numero uno della Fnomceo riguarda i farmaci 'senza marca': "Storace dovrebbe cercare di inculcare nei medici la cultura dei medicinali generici avendo come scopo non soltanto il risparmio per il Ssn, ma anche la possibilità di recuperare fondi da investire in ricerca".



## CODICE DEONTOLOGICO: INTERVISTA AL PRESIDENTE

*La Commissione della FNOMCeO per la revisione e l'aggiornamento del Codice di Deontologia, guidata da Aldo Pagni, presenterà a fine mese ai Presidenti degli Ordini alcune novità in tema di Fecondazione assistita, eutanasia, svolgimento dell'attività professionale, comparaggio, pubblicità sanitaria. Pubblichiamo l'opinione di Giuseppe Del Barone raccolta in intervista dal Corriere Medico.*

### Codice controcorrente

Niente più divieti sulla fecondazione assistita; norme più restrittive sul comparaggio, sì alla pubblicità medica. Sono alcune delle novità del codice deontologico sulle quali di qui a fine mese i presidenti degli ordini dei medici sono chiamati a pronunciarsi. Ne parliamo con il presidente della Fnomceo Giuseppe Del Barone, premettendo che le innovazioni sono state vagliate dalla commissione di saggi guidata da Aldo Pagni. E così il conflitto d'interesse (articolo 27) si allarga a tutti gli iscritti e non si limita più ai soli convenzionati e dipendenti: tocca gli ambiti della ricerca scientifica, dell'aggiornamento, della prescrizione di farmaci ed esami, dei rapporti con la pubblica amministrazione.

Riscritta anche la norma sul comparaggio (articolo 28): per la prima volta si spiega che è vietato "subordinare il proprio comportamento prescrittivo ad accordi economici o di altra natura non improntati a principi di lealtà, appropriatezza e autonomia (...) per trarne profitto a sé o ad altri". All'articolo 39 si specifica che il trapianto da donatore vivente è metodologia aggiuntiva al trapianto da cadavere: è un adeguamento alla legge sulla donazione di organi.

L'articolo 41 specifica che l'obiettore di coscienza non può sottrarsi dal procurare un aborto se è in pericolo la salute della donna, l'intervento è indifferibile e non c'è chi si presti al suo posto.

Il medico, infine, può farsi pubblicità diretta o indiretta ma deve sottostare ai principi di correttezza dell'informazione, responsabilità e decoro professionale. «Gli articoli definitivi saranno redatti nel consiglio nazionale della Fnomceo di metà giugno a Matera - precisa Del Barone - tra i principi ispiratori della revisione è la difesa a oltranza del ruolo dell'ordine».

## **E sulle medicine non convenzionali ci sono novità?**

«Le discipliniamo. A Terni la Fnomceo ha definito atti medici tutte le prestazioni offerte nel quadro dell'alternativo; il medico deve erogarle fornendo ampia informativa in anticipo e chiedendo il consenso».

## **Il comparaggio non riguarda più solo chi prescrive troppo ma anche chi si fa condizionare dall'Asl?**

«Sì, dalla proposta il medico esce più vulnerabile perché il novero delle situazioni di punibilità è ampliato».

## **Può essere punito anche un sindacato se firma accordi che prevedono guadagni al medico che lesina terapie?**

«In linea teorica rispondo sì, la punibilità potrebbe essere estesa».

## **Sull'eutanasia ci sono prospettive di clamorose aperture?**

«Se ci provassero sarei il più convinto fautore del no. C'è un'apertura contro l'accanimento terapeutico. Ma tutto andrebbe subordinato al volere del paziente attestato nel cosiddetto testamento biologico: a vent'anni il signor Rossi dice che fare di lui se ha una malattia grave; ma anche nel caso non volesse essere curato per più di tre giorni, qualora una volta ammalatosi il medico in terza giornata ravisasse di poterlo salvare, potrebbe astenersi dalle cure? In realtà ci sono margini di discrezionalità per il medico (e più si allargano più sono guai); d'altro canto siamo tenuti a prestare cure dal giuramento d'Ippocrate e a quello, a mio parere, l'ordine dovrebbe attenersi nel giudicare eventuali "misfatti"?».

## **Fecondazione eterologa, per omosessuali e single, post menopausa o post morte del partner: ieri le vietavate, oggi no?**

«La legge sulla procreazione assistita lede la libertà d'azione del medico; certo, è un punto d'incontro tra posizioni diverse, ma si rischia di imporre il tradimento del codice, che invece per noi è la strada maestra, con buona pace dei bacchettoni».

## **No all'infibulazione se produce menomazioni permanenti. E il dottor Omar Abdulkadir che a Careggi propone un intervento cruento ma senza conseguenze apparenti?**

«Quel dottore applica il concetto del minor danno. Da una parte dobbiamo intervenire contro ogni procedimento che danneggi il paziente, dall'altro si deve tener conto della religiosità di un popolo e di tradizioni imposte in buona fede. Dobbiamo proprio

fare distinguo? Per me l'infibulazione è contro la donna e la sua integrità e dico no a tutto ciò che è contro la donna e la sua integrità».

## **Articolo 67, no alle società miste tra medici e altri sanitari: che ne pensa lei che è a capo del coordinamento di tutte le professioni sanitarie?**

«Premesso che questo articolo non va liquidato a cuor leggero, ma si deve parlare tra tutti, mi sono anche espresso contro la decisione di affidare reparti psichiatrici a psicologi: se si snaturano le cose, e tutti possono fare tutto, è la fine della medicina. Già l'équipe prevista in convenzione snatura il rapporto medico-malato e interpreta come rafforzamento del vincolo fiduciario il dover tenere aperto uno studio dodici ore per la comodità del paziente che viene per le ricette o tutt'al più per via di una confusione che si fa con il ruolo del pronto soccorso (quella sì struttura preposta ad affrontare le urgenze), ma non viene per essere visitato dal suo medico. Lei mi dirà: in America hanno messo i pronto soccorso anche nei supermarket. Con quali professionalità? Andiamo al sodo, tutto ciò che ci porta a erogare prestazioni a 360 gradi per 24 ore ha poco a che fare con la qualità delle cure al paziente e molto con la spersonalizzazione del rapporto fiduciario. Che ha un obiettivo: senza l'appoggio delle famiglie degli assistiti ben presto nessun medico prenderà i voti per fare politica e, tra parlamento svuotato dalla lobby medica e ordini smantellati, entro pochissimi anni conosceremo che cos'è una sanità disegnata solo da gente che non vi opera e la considera un dippiù».



## FINANZIARIA 2005: LE NORME CHE INTERESSANO LA SANITÀ

### Fondo sanitario nazionale in aumento

E' fissato in 88.195 milioni di euro per il 2005, in 89.960 per il 2006 e in 91.759 per il 2007, mentre 2 miliardi di euro sono stanziati per il 2005 per il ripiano dei disavanzi degli anni 2001-2002-2003. Uno stanziamento speciale di 50 milioni di euro è destinato all'ospedale Bambin Gesù di Roma. Un finanziamento analogo di 15 milioni di euro è destinato alla Fondazione "Centro San Raffaele del Monte Tabor" di Milano. Ai fini del contenimento della spesa farmaceutica l'Agenzia del farmaco controllerà i tetti di spesa, stabilirà modalità per il confezionamento ottimale di farmaci introducendo la prassi delle "confezioni d'avvio" vale a dire per farmaci la cui somministrazione iniziale esclude il proseguimento della cura, evitando così prescrizioni quantitativamente eccessive. Un milione di euro costerà la campagna informativa dell'Agenzia per promuovere i farmaci generici. Il Ministero emanerà disposizioni ed effettuerà controlli sulle strutture sanitarie sulle modalità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

### Incrementi di spesa entro il 2%

Tra le voci che hanno una ricaduta più o meno diretta sul Servizio sanitario nazionale, la norma che fissa al 2% il limite di incremento della spesa per la Pubblica amministrazione nel suo complesso, interessando così le amministrazioni centrali dello Stato, le Regioni, gli Enti locali, il Servizio sanitario nazionale in tutte le sue articolazioni. Il limite è da intendersi per il triennio 2005-2007, anche se per il 2005 è ammesso un incremento del 4,5 equilibrato da aumenti massimi del 2% per gli anni successivi.

Le possibili deroghe riguardano solo le spese per investimenti, se sostenute attraverso meccanismi di alienazione di beni immobili. La linea di contenimento della spesa pubblica la si ritrova anche nel rinnovo dei contratti, le cui risorse sono incrementate di 292 miliardi nel 2005 e di 396 miliardi nel 2006, mentre sono demandati a decreti del Presidente del Consiglio i criteri ed i limiti per le assunzioni a tempo indeterminato di personale nella Pubblica amministrazione (limite del 20% nel 2005, del 20% nel 2006, del 50% nel 2007). Contratti a tempo determinato e con la formula del coordinato continuativo, nota come co.co.co. possono essere accesi dagli Enti

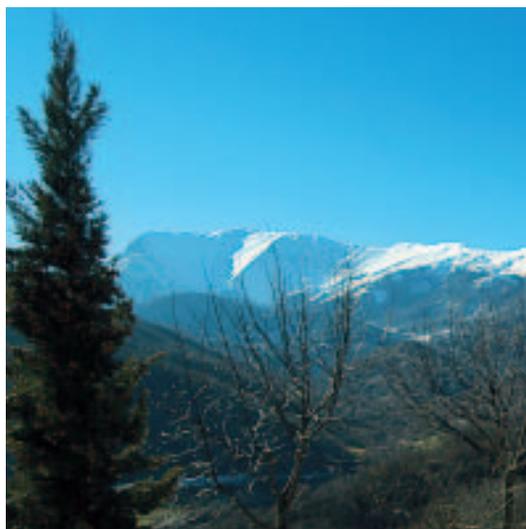
di ricerca, dall'Istituto superiore di sanità, dall'Istituto per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro, dagli Istituti zooprofilattici, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dall'Agenzia del farmaco, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

### Personale del settore sanitario

I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari non dipendenti continueranno ad operare in virtù di accordi convenzionali con il Servizio sanitario nazionale che avranno durata giuridica di quattro anni e durata economica di due anni, ad eccezione della prima applicazione della norma, la cui scadenza è comunque fissata al 31 dicembre 2005. Si conferma l'attuale regime di rapporti tra Stato e Regioni per l'attuazione degli accordi contrattuali, ma anche per l'applicazione di misure atte a contenere la spesa sanitaria.

### Tessera sanitaria

Vedrà la luce entro il 31 dicembre 2005, termine fissato anche per la consegna a tutti i soggetti interessati, in virtù di azioni congiunte tra i Ministeri dell'Economia, della Salute e dell'Innovazione tecnologica, anche per l'implementazione del NSIS, Nuovo Sistema Informativo Sanitario. La conferma del progetto viene infatti proprio da Lucio Stanca, Ministro per l'Innovazione e le Tecnologie, per il quale il nuovo sistema consentirà risparmi considerevoli per le Regioni e del le Asl, oltre che consentire un monitoraggio continuo sui singoli cittadini, dando così un contributo alla diffusione della prevenzione.





## dal Ministero

### PRECISAZIONE SU CAMPAGNA INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI

In merito alla prossima campagna di informazione ed educazione al consumo di alcol nei giovani promossa dal Ministero della Salute, si precisa quanto segue:

l'opuscolo "Alcol: sai cosa bevi? Più sai meno rischi!" è stato redatto dall'Istituto Superiore di Sanità, massimo organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e Centro di collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcol-correlati. Le informazioni ivi contenute sono basate sulle evidenze prodotte dal mondo della ricerca scientifica, dalle Società scientifiche, seguendo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Commissione Europea e coincidono, peraltro, con quanto pubblicato nelle linee guida per una sana alimentazione italiana dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (Inran) - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali scaricabili dal sito [www.Inran.it](http://www.Inran.it);

tale opuscolo, che comunque non rientra nella normale programmazione della prossima campagna di informazione e prevenzione del consumo di alcol nei giovani del Ministero della Salute, essendo già stato distribuito nell'aprile 2004 dallo stesso Istituto Superiore di Sanità, è stato pubblicato un anno fa dal sito del Governo, di propria iniziativa, in occasione della celebrazione dell'"Alcohol prevention day" e sullo stesso sito è rimasto, in formato scaricabile, fino a ieri;

in ogni caso, le iniziative di informazione ed educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche sono previste dagli art. 2-3 della legge n.125 del 30 marzo 2001, legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati che, tra l'altro, dispone che il Ministro della Salute trasmetta una relazione annuale al Parlamento;

l'alcol è dannoso alla salute a seconda delle dosi, per cui va usato con moderazione, ma l'uso deve essere sempre, comunque, evitato nei giovani al di sotto dei 16 anni, tanto che la legge prevede espressamente il divieto di somministrazione di bevande alcoliche nei locali pubblici ai minori di anni 16. Questo è il messaggio, da tutti condiviso,

compreso l'Inran, che sarà contenuto nella campagna di informazione del Ministero della Salute che partirà il 21 aprile prossimo e che, da un anno, compare nell'opuscolo realizzato e diffuso dall'Istituto Superiore di Sanità.



### MINISTRO SIRCHIA A COMMISSIONE ONCOLOGICA NAZIONALE, CORSIE PREFERENZIALI PER I MALATI

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha insediato la Commissione oncologica nazionale ed ha indicato tra le priorità del nuovo Piano oncologico nazionale l'attuazione di canali di accesso preferenziale alle strutture sanitarie per i pazienti oncologici.

Il Ministro Sirchia ha inoltre ricordato la necessità di raggiungere in tutto il Paese uguali standard qualitativi nel trattamento del cancro ed ha invitato la Commissione a studiare un progetto di rinnovo delle apparecchiature per la diagnosi. Tra i punti cardine del Piano oncologico che dovrà essere proposto alle Regioni entro giugno ci sono la diffusione dei Centri di riferimento, il potenziamento della prevenzione, dell'informazione e della comunicazione, il potenziamento della ricerca clinica e la maggiore diffusione sul territorio della terapia del dolore e delle cure palliative.

# A proposito della Legge Regionale n.47 del 01 agosto 1997

## Interventi per la promozione e lo sviluppo della pratica sportiva e delle attività motorie-ricreative

di Fabio Santelli

### PALESTRE ed IMPIANTI SPORTIVI

La Legge Regionale N° 47 prevede alcuni Articoli ed un Regolamento, quelli di interesse medico sono riassunti di seguito:

**Art.1** Finalità; comma d) la tutela sanitaria dell'attività sportiva.

**Art.7** Requisiti degli impianti; comma d) utilizzazione di un responsabile sanitario.

**Regolamento: Articolo 9**, comma 3) In ogni impianto deve essere, inoltre, prevista la presenza di un direttore sanitario, in possesso di laurea in medicina e preferibilmente specializzato in medicina dello sport che svolge le seguenti funzioni:

a) compila una scheda sullo stato fisico di ciascun utente, evidenziando eventuali limiti rispetto alle attività svolte nel centro;

b) dispone l'allestimento del locale di pronto soccorso, curando la presenza e la disposizione delle suppellettili e degli strumenti da lui ritenuti necessari, nonché la presenza di eventuali farmaci e presidi, rendendo i primi inaccessibili ai non addetti;

c) cura l'eventuale somministrazione dei farmaci di cui alla lettera b), in modo che la stessa avvenga sotto il proprio diretto controllo;

d) predispone gli eventuali interventi di pronto soccorso, avvalendosi degli operatori appositamente formati;

e) collabora con il direttore tecnico nella personalizzazione dell'attività ginnica di ciascun utente.

Questa era la parte della legge e del regolamento che interessa direttamente la professione medica. Nuove possibilità di lavoro per giovani medici, o anche la possibilità per medici non più giovani di sentirsi ancora in attività. La Regione Marche aveva promulgato una legge al passo con i tempi, e soprattutto una legge che difende veramente la salute dello sportivo.

Tutto il mondo medico sportivo regionale, ha appreso con stupore la notizia della proposta di abolizione della figura del responsabile sanitario nelle palestre. Il ruolo del medico è insostituibile nella programmazione e gestione della salute, e lo è anche se la salute passa attraverso la palestra o il centro sportivo, meglio ancora se il medico è uno specialista in medicina dello sport. Il medico dello sport in una palestra di fitness collabora con il responsabile tecnico nella programmazione e personalizzazione del carico di lavoro sportivo, gestisce l'infortunistica e garantisce la preparazione degli istruttori nel pronto intervento, ma soprattutto costituisce un baluardo forte ed insostituibile contro la diffusione di una errata e sconsiderata pratica all'uso dei cosiddetti integratori o sostanze proibite usati per migliorare la performance fisica, in altre parole sostanze doping. E' lecito pensare che la proposta di abolizione di questa figura nella palestra sia scaturita dai gestori delle palestre, i quali vedono il medico come un intruso e un capitolo di spesa inutile.

Il medico dello sport, in quanto professionista della sport-terapia non può essere sostituito da nessuna altra figura professionale, soprattutto se per sport si intende anche un mezzo educativo e preventivo, e non deve essere visto come colui che va in palestra per rilasciare il certificato di idoneità non agonistica, tale pratica per legge nazionale può essere affidata ad altre figure. L'istituzione della figura del Responsabile Sanitario della palestra di fitness non può essere considerata una spesa inutile o eccessiva; ma un professionista attento alle esigenze di salute degli utenti e consultabile per ogni problematica che potrà intercorrere ad ogni sportivo. Dovrà gestire le cartelle sportive individuali e sarà un utile mezzo di valutazione e programmazione del lavoro sportivo. Nessuno può ignorare o far finta di non conoscere il mercato degli integratori in parte consentiti e l'uso improprio che ne viene fatto, nessuna altra figura se non il medico dello sport è in grado di garantire una efficace prevenzione all'uso sconsigliato.

rato di sostanze proibite. Nel 2004 la Federazione Medico Sportiva Italiana ha compiuto 75 anni di attività al servizio dello sport italiano e della salute degli atleti con un bagaglio culturale che tutto il mondo ci invidia, non per nulla il Laboratorio Antidoping di Roma è il secondo al mondo per affidabilità e mole di lavoro, ed appartenere a questa Associazione ci onora. Una Legge Regionale che preveda l'utilizzo dello specialista in Medicina dello sport nelle attività delle palestre, diverrebbe una legge all'avanguardia, proiettata nel futuro della popolazione Marchigiana, altrimenti annullando questa figura rimarrebbe una legge di scarso valore sociale ed un brutto surrogato per la prevenzione della salute dei nostri praticanti attività sportiva e motoria. La speranza che la prossima Giunta Regionale dopo le prossime elezioni, dovendo decidere sulla attuazione di questa legge, operi con lungimiranza e non agisca rappresentando gli interessi di chi opera nello sport soltanto per fini economici personali.



## Comunicato INPS

In merito alla giustificabilità dell'assenza dei lavoratori alle Visite Mediche di Controllo (VMC) disposte su richiesta del datore di lavoro o dei medici dell'Istituto, si ritiene opportuno ricordare ai colleghi come, in base alla normativa vigente:

- a) Non siano previste ipotesi di esclusione dall'obbligo dell'osservanza delle fasce orarie di reperibilità per cui, sia ai Medici INPS sia a quelli delle ASL e delle strutture di ricovero convenzionate o private, non è consentito, neppure in presenza di particolari affezioni, il rilasciare "autorizzazioni" preventive a non rispettare dette fasce.
- b) La giustificabilità dell'eventuale assenza del lavoratore dal proprio domicilio, durante le fasce orarie, sia compito esclusivo del Medico Legale INPS che, per poter esprimere un giudizio conforme a quanto previsto dalla normativa vigente, necessita dell'acquisizione di una serie di informazioni, sanitarie e circostanziali.

Nel caso in cui l'assenza a VMC sia stata determinata dal contestuale accesso del paziente presso l'ambulatorio del medico di base ed al fine di evitare ai pazienti ingiuste penalizzazioni o il disagio di dover ritornare nello studio del proprio medico con conseguente aggravio "burocratico" della attività ambulatoriale dei colleghi, si è ritenuto utile predisporre uno "schema base" (che si allega) indicante le informazioni indispensabili per una corretta valutazione della giustificabilità.

L'utilizzo dell'allegato schema base non è certo da intendersi vincolante purchè la certificazione, altrimenti redatta, contenga tutte le informazioni utili allo scopo; si tiene a precisare che, in assenza di tali informazioni, non sarà possibile esprimere un positivo giudizio di giustificabilità.

Si rammenta altresì come il rilascio della suddetta certificazione debba essere contestuale alla visita ambulatoriale in quanto dovrà essere prodotta dal lavoratore a questo Istituto in data immediatamente successiva al giorno dell'assenza a controllo domiciliare.

La normativa di riferimento è consultabile telematicamente sul sito Internet dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale ([www.inps.it](http://www.inps.it)) ed è visionabile, su supporto cartaceo ed informatico, presso tutte le Sedi ed Agenzie dell'Istituto.

Ringraziando per la collaborazione si rimane a disposizione dei colleghi per ulteriori chiarimenti.

**Dott. Nella Pantaleoni**



## BUONA SANITÀ



**I lettori troveranno da questo numero in poi articoli che riguardano attività mediche cliniche e chirurgiche che si svolgono negli Ospedali Riuniti Umberto I – Lancisi – Salesi di Ancona e che informano i colleghi di quanto viene realizzato nei reparti dello stesso nosocomio e/o articoli culturali professionali che evidenzino i dibattiti scientifici e le riflessioni che nascono tra professionisti che vi lavorano. Questa idea nasce da un incontro tra il Direttore Generale Dr Paolo Menichetti e il Presidente dell'OMCEO di Ancona Dr Fulvio Borromei il quale vuole sempre più accreditare l'Ordine come punto di riferimento per i professionisti della provincia e diffondere attraverso il suo organo di stampa Medici & Medici la buona pratica medica. Nasce così la RUBRICA DELLA BUONA SANITÀ. Tale iniziativa trova il contributo della dirigenza aziendale e del nostro comitato di redazione e una volta avviata verrà estesa anche al territorio affinché tutti abbiano una voce attraverso il nostro Bollettino.**

La redazione

# Il progetto Trapianti presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona

di Gianluca Serafini

**Nel 1998, l'Italia era all'ultimo posto in Europa, insieme alla Grecia, come numero di donatori e trapianti per milione di popolazione. Nel dicembre 2004, l'Italia conquista il terzo posto, davanti a Nazioni che per anni hanno costituito un punto di riferimento nel settore trapiantologico.**

Questo mutamento di tendenza è dovuto alla legge 1 aprile 1999 n. 91 e ai decreti collegati, che hanno apportato forti innovazioni all'intera materia e determinato, un po' seguendo l'esempio della Spagna, un forte impulso alla donazione e conseguentemente alla disponibilità degli organi e quindi alle attività di Trapianti.

### LE INNOVAZIONI PRODOTTE DALLA LEGGE

Sotto il profilo strutturale-organizzativo, a livello nazionale, la legge ha affidato al Centro Nazionale Trapianti la delega del Ministro della Salute in materia e ai Centri Regionali di Riferimento quella delle Regioni,

in modo da creare una rete operativa H24 adattandola alle necessità, alle realtà esistenti, alle professionalità presenti, nei singoli territori istituendo le figure dei Coordinatori delle strutture per i Prelievi e formalizzando la costituzione della Consulta permanente per i Trapianti. La Conferenza Stato-Regioni ha poi stabilito che le Regioni si dovevano raggruppare in tre aree, che sono:

- il Nord Italia Transplant NITp (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Marche)
- l'Area Interregionale Trapianti AIRT (Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia)
- l'Organizzazione Centro-Sud Trapianti OCST (Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna), per permettere la migliore allocazione possibile degli organi prelevati, per gestire le urgenze e per realizzare programmi comuni.

Sotto il profilo etico-procedurale, è stato introdotto un nuovo principio di acquisizione dell'assenso/dissenso al prelievo medesimo da parte dei cittadini.

La legge poi individua un ruolo specifico degli operatori coinvolti nella attività di donazione trapianto, considerando tali attività di trapianto non solo come espressione individuale di solidarietà umana, ma come obiettivo specifico del servizio sanitario nazionale. La norma attribuisce di fatto al personale sanitario il dovere, non la facoltà, di adoperarsi per la piena realizzazione degli obiettivi terapeutici connessi con tale attività. Il mancato rispetto della norma, oltre a responsabilità disciplinari, può avere risvolti di ordine penale. Da ciò emerge l'obbligo dei sanitari dell'unità operativa di terapia intensiva di segnalare alla direzione medica ospedaliera, tempestivamente, la presenza di un potenziale donatore, men-

tre spetta alla direzione medica di presidio adempire alle proprie funzioni previste dalla normativa, ivi compreso il ruolo di vigilanza sull'attuazione del succitato obiettivo specifico del SSN. In tali ambiti, le Direzioni Mediche si avvalgono della collaborazione dei coordinatori locali, cui il legislatore ha affidato compiti promozionali e di coordinamento operativo delle attività finalizzate alla donazione.

La legge 91/1999 pone come obiettivo prioritario poi *la capillare informazione* sul tema del prelievo e trapianto di organi e tessuti ed individua nelle Aziende sanitarie ospedaliere e territoriali i soggetti attivi, assieme ad enti locali, scuole, associazioni di volontariato, società scientifiche, ecc., nel processo di promozione delle iniziative atte a diffondere tra i cittadini la conoscenza delle disposizioni della legge stessa e delle possibilità terapeutiche collegate al trapianto di organi e tessuti.

L'effetto degli elementi innovativi succitati, insieme al diffondersi fra la gente di una responsabile cultura della donazione sotto la spinta dei progressi della medicina, ma anche sotto l'impulso del vivo ed attento dibattito etico che non ha risparmiato anche gli aspetti medici e biologici delle attività di donazione e trapianto d'organi, le Marche, come molte altre regioni in questi ultimi anni hanno visto aumentare esponenzialmente il numero degli organi prelevati. Ciò è molto importante perché soddisfa un criterio basilare: "senza donatori non ci sono Organi e senza organi non ci può essere attività di trapianto".

L'avvio delle attività di trapianto nella nostra regione è pertanto resa in primis possibile grazie alla capacità delle Marche di mostrarsi regione donatrice.

**Alcuni dati**

**I PRIMI TRAPIANTI**

rene	a Boston nel 1954 (Murray)
fegato	a Denver nel 1963 (Starzl)
polmone	a Jackson nel 1963 (Hardy)
pancreas	a Minneapolis nel 1966 (Kelly)
intestino	a Minneapolis nel 1967 (Lillehei)
cuore	a Cape Town nel 1967 (Barnard)

**I TRAPIANTATI NEL MONDO**

447.182	rene
19.685	pancreas
112.929	olt da cadavere
3.291	lirt

**SOPRAVVIVENZA PIÙ LUNGA CON TRAPIANTO FUNZIONALE**

rene	35 anni
fegato	28 anni
rene-pancreas	16 anni
pancreas	15 anni

**RECORD OLT**

Donatore giovane	8 gg
Donatore anziano	97 anni
Ricevente più giovane	12 gg
Sopravvivenza	28 anni
Sopravvivenza therapy free	15 anni

**LA SITUAZIONE NELLE MARCHE**

alla data 1/gennaio/2005 139 pazienti sono in attesa di trapianto

95	per il rene
23	per il fegato
11	per il cuore
6	per i polmoni
4	per il pancreas



## IL PROGRAMMA DONAZIONE-TRAPIANTI

Nella nostra Azienda, l'avvio del "Programma donazione-trapianti", sotto l'aspetto organizzativo, ha significato:

- **investire sulle professionalità medico/chirurgiche ed infermieristiche**, garantendo la corretta consistenza numerica, attuare i necessari programmi formativi imperniati sull'acquisizione di tecniche chirurgiche, sulla gestione del follow-up del trapianto, etc;
- **assicurare la disponibilità delle attrezzature** per le sale operatorie, le terapie intensive e per tutti i servizi di supporto che concorrono alla varie fasi delle attività di trapianto;
- **rivisitare i processi organizzativi interni** tenendo conto che l'attività di trapianto deve essere considerata una attività aggiuntiva rispetto alla normale routine per la non programmabilità dell'attività stessa, e tenendo conto dell'enorme assorbimento di risorse (professionali e tecnologiche) che non trovano sempre adeguata copertura nei DRG corrispondenti (quando esistono).

Tale elencazione non è legata ad una successione temporale degli interventi da prevedere, bensì ad un approccio complessivo che esalta la qualità e la quantità di risorse umane e tecnologiche necessarie, senza alcuna priorità.

In questo contesto la Direzione Sanitaria ricopre un ruolo propulsivo e di guida, un compito che si concretizza in un'azione riorganizzativa e di coordinamento attuata tramite una decisa attività di comunicazione interna all'Azienda, finalizzata innanzitutto a perseguire il migliore utilizzo delle risorse già disponibili e con l'intento di ricercare una forte interazione operativa tra gli attori coinvolti. La naturale conseguenza è il raggiungimento di livelli di performance soddisfacenti per l'intero sistema aziendale.

E' esattamente in quest'ottica (formazione, approccio multidisciplinare, analisi dei processi, ecc.) che si è affrontato questo nuovo, importante impegno per l'organizzazione complessiva dell'ospedale.

In questo campo gli obiettivi individuati sono stati quelli di concretizzare, per l'anno in corso, procedure di trapianto epatico, renale e di pancreas.

### LE FASI DEL PROGRAMMA

- formazione del personale sanitario delle aree maggiormente interessate dall'attività di trapianto;
- costituzione di un'equipe di lavoro tecnica

multidisciplinare che deve gestire tutte le fasi del trapianto di fegato, di rene e pancreas;

- l'analisi dei processi e la descrizione del percorso del paziente trapiantando-trapiantato;
- valutazione delle risorse aggiuntive, in termini di personale, attrezzature necessarie per avviare l'attività di trapianto;
- costruzione della lista di attesa;
- redazione della carta dei servizi per trapianto di fegato e rene.

### I GRUPPI MULTIDISCIPLIARI PER IL TRAPIANTO DI FEGATO

I gruppi multidisciplinari, coordinati dalla Direzione Medica Ospedaliera, composti dai vari specialisti, si riuniscono periodicamente per:

- *definire i protocolli* contenente gli accertamenti diagnostici necessari affinché il paziente con malattia epatica grave possa essere iscritto nella lista d'attesa e non abbia controindicazioni gravi all'intervento di trapianto. Il protocollo, che prevede esami laboratoristici e strumentali;
- *organizzare* specifici PAC (Percorso Ambulatoriale Complesso), DH o ricoveri ordinari, per garantire le indagini necessarie;
- *analizzare* le problematiche relative alla disponibilità di sangue ed emocomponenti che potrebbero rendersi necessari durante l'esecuzione del trapianto;
- *diffondere* linee guida sull'appropriatezza dell'utilizzo di sangue ed emoderivati e verifica della stessa.

Il modello organizzativo proposto è quello definito "**Hub and spoke**" che prevede la stretta collaborazione fra il **Centro che effettua i trapianti** e i **Centri periferici**, di dialisi (nel caso del rene) e le Unità Operative di Gastroenterologia e Malattie Infettive della Regione nel caso del fegato.

### I COMPITI DEL CENTRO TRAPIANTI

- valutazione dei pazienti da inserire nella lista d'attesa su proposta dei centri periferici la cui idoneità finale all'intervento viene accertata congiuntamente dal chirurgo che effettuerà l'intervento e dal gruppo tecnico specifico per il rene o fegato secondo le linee guida disponibili condivise con i referenti dei vari centri;
- aggiornamento periodico dei dati clinici dei pazienti in lista l'intervento di trapianto renale e la gestione dell'immediato periodo post-operatorio;
- follow-up dei pazienti dopo l'intervento, in collaborazione con i centri di provenienza del paziente secondo modalità condivise;
- consulenza ai centri periferici per la gestione di

- eventuali complicanze;
- invio al Centro Nazionale Trapianti (CNT) dei dati relativi all'attività del programma;
- aggiornamento del registro Regionale e nazionale dei trapianti.

### I COMPITI DEI CENTRI PERIFERICI

- propongono al Centro Trapianti i pazienti da inserire nella lista d'attesa;
- sottopongono i candidati a tutti gli accertamenti necessari per garantire la buona riuscita dell'intervento in collaborazione con il Centro Trapianti;
- inviacono con cadenza trimestrale al laboratorio NITp di Milano i campioni di sangue per la ricerca di anticorpi citotossici preformati e per l'effettuazione delle prove di compatibilità donatore-ricevente;
- inviacono con cadenza trimestrale al Centro Trapianti l'aggiornamento clinico dei pazienti in lista;
- segnalano tempestivamente al Centro eventuali variazioni dello stato di salute dei candidati che richiedano la momentanea sospensione dalla lista per ragioni di sicurezza;
- effettuano i periodici controlli dei pazienti trapiantati secondo modalità concordate con il Centro Trapianti e condivise.

I Centri periferici afferenti devono anche identificare un Medico referente per l'attività di trapianto renale o di trapianto epatico, comprendente sia la fase pre-trapianto che quella successiva all'intervento.

Le basi della collaborazione fra Centro Trapianto e i Centri Periferici afferenti saranno comunque definite attraverso riunioni appositamente convocate, con la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti, per concordare e condividere le modalità operative.

### IL PERCORSO DEL PAZIENTE TRAPIANTATO

*La sequenza operativa: segnalazione di donatore al NITp - allertamento Centro Trapianti selezione e chiamata del ricevente - attivazione dei trasporti: equipe prelievo e ricevente prelievo - trapianto (entro 10 ore dalla segnalazione)*

Nel momento in cui scatta la segnalazione della disponibilità di un organo compatibile e idoneo al trapianto, il candidato all'intervento viene chiamato e deve presentarsi presso il reparto di Chirurgia nel più breve tempo possibile portando con sé gli ultimi accertamenti eseguiti. In questa sede, il paziente viene preparato e visitato anche dall'anestesista.

L'intervento chirurgico viene effettuato in una delle sale operatorie autorizzate dall'Istituto Superiore di Sanità. Avviene poi il trasferimento dalla Sala Operatoria presso una delle due stanze della Rianimazione dedicate. I locali e l'impiantistica corrispondono ai criteri previsti dalla normativa vigente.

Quando le condizioni del paziente trapiantato sono stabili, il paziente viene trasferito presso la degenza ordinaria della chirurgia o di nefrologia. La degenza media post trapianto si aggira attorno ai 15 gg. Alla dimissione si programmano controlli frazionati nel tempo presso l'ambulatorio di chirurgia dei trapianti.

**Per concludere, l'attività di Trapianto è un processo multifasico che inizia con la donazione e la gestione di ogni fase può influenzarne l'esito. E' anche un'attività di alta specializzazione e di grande impegno organizzativo e di risorse.**

**La buona riuscita dipende dal contributo di tutti gli attori del Sistema Sanitario**



# Il trapianto di fegato oggi

Prof. Andrea Risaliti

Equipe della Chirurgia di Trapianti d'Organo:  
S. De Luca, A. Vecchi, P. Garelli, N. Cautero

## INTRODUZIONE

Se è vero che il primo trapianto della storia fu eseguito dai Santi Cosma e Damiano che trapiantarono la gamba di un saraceno a un cristiano morente, se è vero che l'uomo ricerca nei miti e nelle leggende le radici del vivere quotidiano, il trapianto di fegato (OLT) può essere considerato come un mito divenuto realtà. Fu Thomas Starzl nel 1963 ad eseguire il primo trapianto nell'uomo e vi arrivò dopo 200 interventi sperimentali sul cane. Si trattava di un bimbo di 3 anni affetto da atresia delle vie biliari, che morì durante l'intervento per grave emorragia da coagulopatia. Ciò impressionò l'equipe chirurgica al punto da stabilire un protocollo terapeutico pro-coagulante per i casi successivi. Due mesi dopo, Starzl eseguì con successo il secondo trapianto di fegato su un paziente afroamericano, affetto da epatocarcinoma non resecabile. In 1° giornata postoperatoria un osservatore annotò nei suoi appunti: "il fegato produce un'abbondante quantità di bile, il paziente sembra aver un aspetto migliore dei chirurghi che l'hanno operato". Visse 22 giorni, più o meno come i tre trapianti successivi. In conseguenza di questi insuccessi, si decise di interrompere il programma per tre anni al fine di approfondire gli studi. Ma le basi del trapianto di fegato erano state tracciate. Infatti, oggi il trapianto ortotopico di fegato (OLT), con oltre 113.000 casi eseguiti nel mondo, rappresenta l'opzione terapeutica di prima scelta per le malattie epatiche allo stadio terminale, sia acute sia croniche. Sono state ormai ben standardizzate le indicazioni e le controindicazioni, nonché la gestione operatoria e postoperatoria. Nell'era pretrapianto, l'insufficienza epatica era associata ad esito fatale nella quasi totalità dei casi, con una sopravvivenza spontanea del 10-20% in caso di insufficienza epatica fulminante e del 50% a 12

mesi in caso di cirrosi scompensata. Per contro, la sopravvivenza dei pazienti sottoposti a trapianto di fegato è attualmente superiore all'85% ad 1 anno e maggiore del 70% a 5 anni, con record di sopravvivenza di 29 anni.

## INDICAZIONI

Dal momento in cui non è più disponibile alcun trattamento alternativo efficace, il trapianto di fegato deve essere considerato come opzione terapeutica in ogni paziente affetto da insufficienza epatica avanzata e manifestazioni cliniche di cirrosi. Da un punto di vista eziologico, si possono distinguere 5 gruppi principali, alquanto variegati: 1) le cirrosi scompensate; 2) l'epatite fulminante; 3) gli errori del metabolismo; 4) le malattie neoplastiche primitive; 5) le malattie epatiche in assenza di cirrosi.

Le cirrosi scompensate riconoscono come momento eziologico: a) le malattie epatocellulari (cirrosi post-necrotica, alcolica, fibrosi cistica, autoimmune, criptogenetica); b) le malattie colestatiche (atresia biliare, cirrosi biliare primitiva, colangite sclerosante); c) le malattie di origine vascolare (sindrome di Budd-Chiari, malattia veno-occlusiva).

L'epatite fulminante può riconoscere una genesi: a) virale; b) indotta da farmaci (acetaminofene, alotani, sulfonamidi e fentoina); c) esordio acuto di malattie metaboliche (malattia di Wilson, sindrome di Reye).

Gli errori metabolici congeniti più comunemente implicati nel processo cirrogeno sono costituiti da: a) deficit di alfa-1 antitripsina; b) tesaurismi glicogeniche; c) emocromatosi; d) malattia di Wilson.

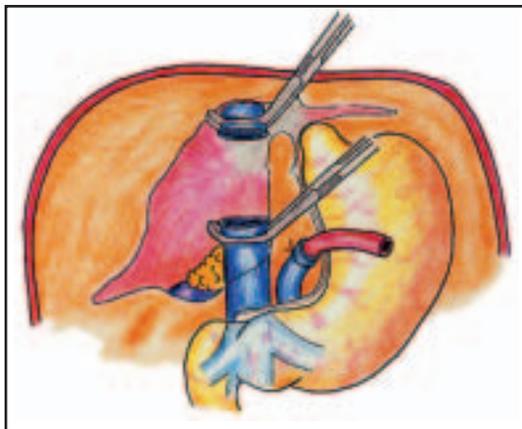
Le malattie neoplastiche primitive (HCC su cirrosi) devono necessariamente rispondere ai requisiti dettati dalla Associazione Italiana per lo Studio delle Malattie del Fegato.

Le malattie epatiche in assenza di cirrosi comprendono: a) la polineuropatia amiloidotica familiare, in cui è necessario valutare la situazione del cuore, visto il suo frequente coinvolgimento; b) l'iperossaluria primitiva tipo I, che può richiedere anche un trapianto renale combinato; c) il fegato policistico, allorché esista una epatomegalia massiva associata o meno a grave ipertensione portale.

## VALUTAZIONE DEL RICEVENTE

Una valutazione completa dell'idoneità del candidato a OLT deve includere un giudizio sulla necessità, sull'urgenza e sulla fattibilità tecnica del trapianto stesso. Il percorso diagnostico prevede numerose inda-

gini ematochimiche e strumentali (vedi tabella a pag. 28), volte a escludere condizioni coesistenti che possono rendere il rischio perioperatorio inaccettabile. A questo proposito si possono distinguere controindicazioni assolute e relative a OLT. Le prime sono rappresentate da: 1) infezione incontrollabile al di fuori del sistema epatobiliare; 2) tumori maligni extra epatici; 3) malattia metastatica; 4) anomalie congenite non correggibili con importante limitazione sulla vita del paziente; 5) grave malattia cardio-polmonare non trattabile; 6) uso attivo di droghe e alcol. Le controindicazioni relative comprendono: 1) età superiore a 70 anni; 2) infezioni da HIV; 3) malattia cardio-polmonare avanzata; 4) obesità severa (body max index >35 kg/mq). La valutazione psico-sociale riveste un ruolo di primaria importanza, in quanto è necessario appurare se il candidato al trapianto sarà in grado di osservare, responsabilmente, tutte le cure future. La valutazione dello stile di vita del paziente, della sua stabilità psicologica, della sua percezione di invalidità e del grado di supporto della famiglia richiedono una interazione con un servizio di sostegno psichiatrico-sociale. Quanto detto è particolarmente significativo in pazienti con malattia alcolica epatica, nei quali la capacità di astenersi dall'alcol, nel periodo post trapianto, può essere valutata sulla base di tale capacità nei 6 mesi precedenti all'iscrizione in lista e dalla volontà di affrontare il problema in discussioni esplicite. La decisione di procedere con il trapianto di fegato, sulla base dei criteri di selezione e delle linee guida condivise con il Centro Interregionale di Riferimento del Nord Italia Transplant Program (NTIp), spetta al Collegio Medico Interdisciplinare, che è formato da chirurghi trapiantologi, anestesisti, gastroenterologi, infettivologi, patologi, psicologi, rappresentanti della Direzione Sanitaria e da un tutore che presenta il caso al comitato di selezione. In questa sede, devono essere soppesati serenamente tutti gli elementi clinici per giungere a una decisione razionale ed unanime. I risultati del protocollo diagnostico, tuttavia, potrebbero non essere conclusivi; la decisione di escludere un candidato può essere comunque difficile, soprattutto quando l'evento alternativo al trapianto è la morte certa del paziente. In ogni caso, per accedere alla lista d'attesa, i candidati devono soddisfare alcuni criteri minimi, come un punteggio Child-Turcotte-Pugh di almeno 7 oppure con un score secondo Meld >10. Una volta approvato l'inscrimento in lista, al paziente viene assegnata una



**Fig.1: Epatectomia per trapianto di fegato secondo tecnica tradizionale. La vena cava retroepatica è stata asportata assieme al fegato: si notino i due clamp vascolari che chiudono i monconi del vaso.**

specificità che regola secondo norme di trasparenza e di etica il timing del trapianto. La conoscenza della storia naturale della malattia è essenziale per decidere il momento adatto al trapianto: lo sviluppo di complicanze legate alla cirrosi porta a una maggiore priorità di lista, anche se ciò si traduce in un aumento della mortalità chirurgica e un aggravio significativo dei costi di gestione. Questo apparente paradosso è di difficile soluzione con l'attuale carenza di organi e la corretta strategia per migliorare i risultati nel paziente critico va ricercata promuovendo lo sviluppo delle unità epatologiche intensive.

### TRAPIANTO DI FEGATO CON TECNICA STANDARD

Quando viene identificato un donatore idoneo per un ricevente (rispettando i criteri di compatibilità ABO, di status e di tempo di attesa) si deve procedere ad una rapida rivalutazione del candidato per escludere eventuali controindicazioni insorte durante il periodo in lista. L'intervento sul ricevente consiste nell'epatectomia del fegato nativo seguito dall'impianto del fegato del donatore. L'epatectomia può risultare difficile, soprattutto nei pazienti che hanno subito precedenti interventi all'addome superiore e con ipertensione portale. Dopo la mobilizzazione delle strutture ligamentose del fegato, si procede ad isolare il coledoco, l'arteria epatica e la vena porta; quindi si identifica la vena cava inferiore sotto-diaframmatica e sotto-

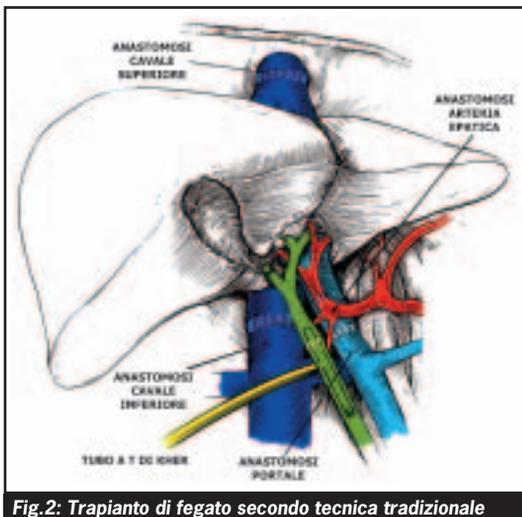


Fig.2: Trapianto di fegato secondo tecnica tradizionale

epatica. Si procede quindi alla sezione del coledoco e, dopo opportuno clampaggio, alla sezione degli elementi vascolari: il fegato, viene così rimosso in blocco con la vena cava inferiore retro-epatica (figura 1). Nel frattempo, il fegato del donatore, mantenuto ad una temperatura di circa 4° C per mezzo di una soluzione di conservazione perfrigerata, viene preparato su banco, rimuovendo le connessioni con il diaframma, asportando i residui di ghiandola surrenale, legando le vene freniche e surrenaliche e preparando le strutture ilari. Il fegato del donatore viene quindi portato sul campo operatorio e si confezionano le 2 anastomosi termino-terminali cavali. Una volta che l'anastomosi termino-terminale con la vena porta è terminata, si rimuovono i clamp vascolari e il fegato viene riperso attraverso il flusso portale. In alcuni casi selezionati (epatectomia difficile con importante emorragia, ipertensione portale grave, ipotensione marcata conseguente al clampaggio della vena cava, funzione renale pre-trapianto compromessa, insufficienza epatica fulminante), viene utilizzato il by-pass veno-venoso prima dell'epatectomia, allo scopo di decomprimere il sistema venoso splanchnico e favorire il ritorno venoso degli arti inferiori. Tale procedura richiede l'incanalamento della vena femorale, della vena porta e della succlavia. Dopo la ripersione portale del fegato, si può sviluppare la cosiddetta "sindrome da ripersione", che consiste in una insufficienza ventricolare destra associata ad alte pres-

sioni di riempimento, ipotensione sistemica e aritmie. Tale evenienza è di natura transitoria ed è secondaria al rilascio di potassio e di acidi provenienti dal fegato conservato, dalla congestione venosa splanchnica e degli arti inferiori. L'anastomosi della arteria epatica viene confezionata tra l'arteria epatica del graft e l'arteria epatica nativa alla giunzione gastroduodenale, facendo ricorso a tecniche microchirurgiche. Dopo il declampaggio arterioso, si ricostruisce la continuità della via biliare, con una sutura coledoco-coledocica termino-terminale oppure ricorrendo a una coledocodigiunostomia alla Roux (figura 2).

### TRAPIANTO DI FEGATO CON TECNICA PIGGYBACK

Rappresenta oggi la tecnica più comunemente impiegata e si differenzia dalla precedente in quanto la vena cava inferiore retro-epatica viene mantenuta in situ (figura 3). Pertanto, durante l'epatectomia, devono essere legate tutte le vene epatiche accessorie che si gettano direttamente dal parenchima epatico alla cava inferiore; si procede all'isolamento della cuffia delle 3 vene sovraepatiche, che verrà poi utilizzata per l'anastomosi termino-terminale con la vena cava sovraepatica del graft. Subito dopo, la vena cava inferiore sottoepatica del graft viene legata con un semplice laccio (figura 4). Le fasi successive del trapianto ripercorrono quelle della tecnica standard.

### TRAPIANTO DI FEGATO SPLIT LIVER

Dal 1977 è attivo nel NITp il programma di trapianto di fegato con procedura split liver. Qualora un donatore presenti i criteri d'idoneità previsti dal protocol-

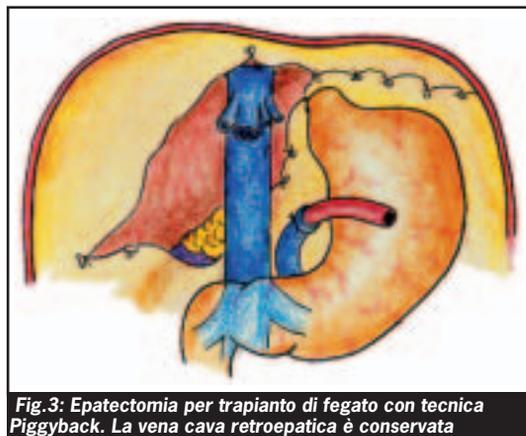
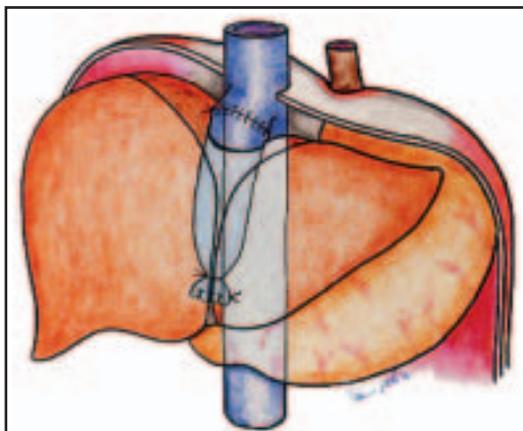


Fig.3: Epatectomia per trapianto di fegato con tecnica Piggyback. La vena cava retroepatica è conservata

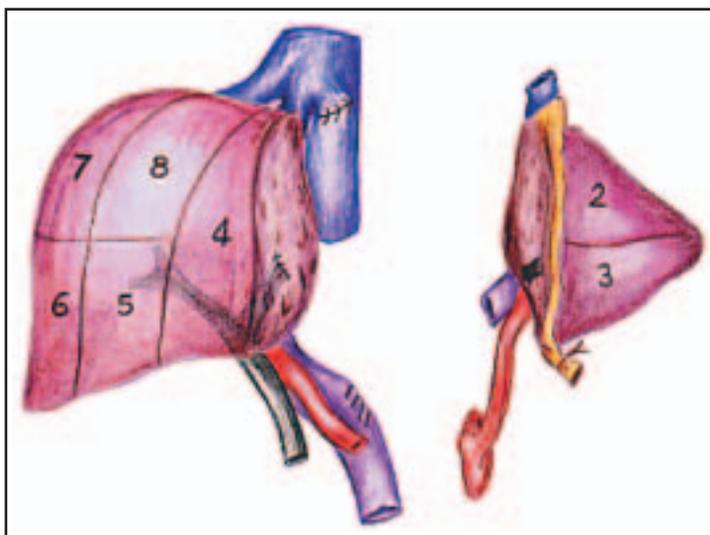


**Fig.4: Trapianto di fegato secondo tecnica Piggyback**

lo condiviso, il fegato può essere diviso in due parti, che vengono destinate a 2 diversi riceventi. Solitamente il ricevente del lobo destro (comprendente i segmenti IV-V-VI-VII-VIII), è un adulto di taglia appropriata alla massa epatica da trapiantare; il II e III segmento vengono invece riservati al trapianto pediatrico (figura 5). Questa tecnica ha permesso di trapiantare un numero elevato di bambini, riducendo drasticamente le liste e i tempi d'attesa.

#### TRAPIANTO DI FEGATO DA DONATORE VIVENTE

Di recente, anche in Italia, è possibile effettuare la donazione di una parte di fegato da donatore vivente. Questa tecnica è stata studiata e sviluppata con



**Fig.5: Split-Liver. Il fegato è stato diviso in due parti: quella sinistra per un ricevente pediatrico, la parte destra più grande per un ricevente adulto**

un'ampia casistica dapprima in Giappone, dove rappresenta la metodica di trapianto di prima scelta, e successivamente nel mondo occidentale. Sul donatore vengono verificate le motivazioni della donazione, la conoscenza dei fattori di rischio e dei risultati che questa opzione può offrire. È necessaria l'esistenza di un legame affettivo stabile con il ricevente (in assenza di consanguineità o di legame di legge) e la reale disponibilità a un consenso libero e informato. L'Azienda Sanitaria, sede del centro trapianti, nomina una parte terza che conduce questa verifica e la sottopone, per il giudizio definitivo, al medico provinciale e quindi al giudice in veste monocratica. Il donatore può ritirare il suo consenso in qualsiasi momento, senza dover motivare la sua scelta; in tal caso il candidato rimane comunque in lista d'attesa per un trapianto di fegato da donatore cadavere.

#### RISULTATI DEL CENTRO TRAPIANTI DI UDINE

La nostra personale esperienza si basa su 270 OLT, di cui 15 con tecnica split liver, 5 combinati a trapianto di rene e 4 trapianti da donatore vivente. La sopravvivenza ad 1 anno è stata dell'80% (la media riportata dal Registro Europeo è del 79%), a 5 anni del 70% (la media riportata dal Registro Europeo è del 69%). La sopravvivenza attuariale a 8 anni è del 70%. In una nostra recente indagine, abbiamo analizzato la qualità della vita nel paziente affetto da malattia epatica avanzata in attesa di trapianto e la qualità della vita nel trapiantato a 5 anni. Attraverso il questionario LEIPAD sono stati analizzati condizioni fisiche, livello di autonomia, ansia e depressione, funzioni cognitive, rapporti sociali e soddisfazione di vita; con il questionario BSI sono stati valutati ansietà fobica, ideazione paranoie, psicotismo, sensibilità interpersonale, ostilità, ansietà, depressione, ossessività-compulsività e somatizzazione. Da questo studio è emerso un miglioramento significativo ( $p < 0.05$ ) delle condizioni fisiche tra la fase pre-trapianto e il 3°, 4° e 5° anno post-trapianto.

**ACCERTAMENTI PRE-TRAPIANTO DI FEGATO**

**ESAMI STRUMENTALI - PROCEDURE**

- ECG
- Rx torace
- Ecografia epatica con studio doppler dei vasi arteriosi e portali
- EGDS
- TAC spirale trifasica o RMN addominale su indicazione clinica
- EEG
- TAC cranio, inclusi seni paranasali, o RMN cerebrale su indicazione clinica
- Ortopantomografia e bonifica dentaria se indicata dalla ortopantomografia
- Visita pneumologica e broncoscopia su indicazione clinica
- Spirometria
- Ecocardiografia con stima della pressione polmonare
- Visita cardiologia e coronarografia su indicazione clinica
- Eco-doppler dei TSA
- Colonscopia (pz. Età >50 aa., tranne altra indicazione clinica)
- Visita ginecologica + PAP test
- Mammografia (pz.età > 40 aa., tranne altra indicazione clinica)
- Valutazione psicologica

**LABORATORIO E SIEROLOGIA**

- Gruppo ematico
- HLA
- Ab anti toxo, EBV, CMV, HIV, VDRL, Mantoux (5U)
- Pattern sierologico per HBV, se HBsAg +; Ab anti HDV, HBV-DNA
- Ab anti HCV e se positivi HCV-RNA con genotipo virale

**MARKERS NEOPLASTICI**

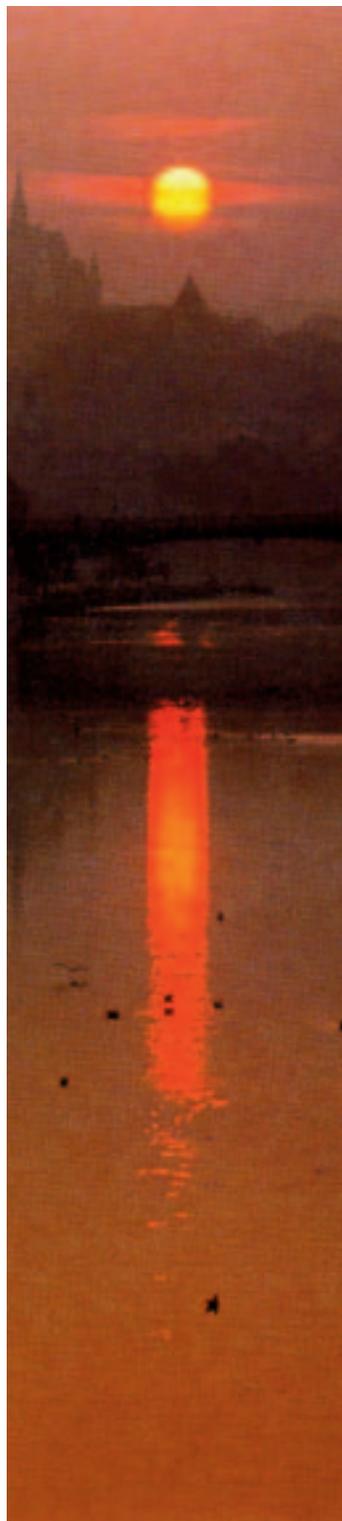
- CEA, aFP, PSA (pz.>50 aa.)

**MICROBIOLOGIA**

- Tampone nasale per ricerca stafilococco MRSA

**ESAMI EMATOCHIMICI**

- Emocromo con formula leucocitaria e conta dei reticolociti, sideremia, transferrina, ferritina
- PT, PTT, fibrinogeno, AT III, PTH, osteocalcina, 25(OH) vit.D, 1,25(OH)<sub>2</sub> vit.D, idrossiprolinuria
- VES, PCR, glicemia ed emoglobina glicosilata, azotemia, creatinina, calcemia, fosforemia, Na, K, Cl, Mg, uricemia, colesterolo, trigliceridi, esame urine, urinocoltura, coprocoltura con esame parassitologico
- ALT, AST, fosfatasi alcalina, gGT, Bil tot e diretta, elettroforesi proteica, amilasi
- Alfa-1 antitripsina, ceruloplasmina, cupremia
- Auto-anticorpi: ANA, SMA, MIT, LKM, tiroide, TSH, FT4
- Nei pazienti HCV Ab +: dosaggio C3,C4, fattore reumatoide, ricerca crioglobuline



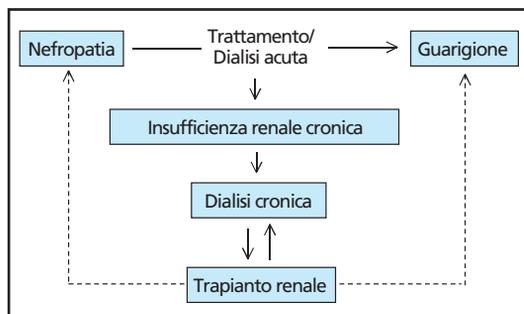
# L'attività di trapianto di rene nella Regione Marche

Dott. Giovanni M. Frascà

Il trapianto renale è ormai diventato una consolidata forma di terapia dell'insufficienza renale cronica ed è entrato a far parte stabilmente del percorso del paziente nefropatico che necessita di terapia sostitutiva, rappresentando una concreta opzione di trattamento in aggiunta alla dialisi, rispetto alla quale presenta innegabili vantaggi in termini di sopravvivenza dei pazienti e di qualità di vita.

Un programma di trapianto renale in grado di rispondere appieno alle esigenze e alle aspettative dei pazienti, non può prescindere da una visione che collochi proprio il paziente al centro del processo e che tenga conto compiutamente della sua storia clinica. Infatti, anni di terapia farmacologica e di restrizioni dietetiche e, spesso, anni di trattamento dialitico, possono comportare una serie di conseguenze a carico di vari organi e apparati che, se non riconosciute e, possibilmente corrette, possono avere ripercussioni sull'esito del trapianto.

Il paziente sottoposto a trapianto renale, inoltre, richiede controlli regolari e continui dopo l'intervento per l'adeguamento della terapia immunosoppressiva, che deve essere adattata ai singoli pazienti e spesso alle diverse situazioni cliniche nel medesimo paziente, per mantenere il difficile equilibrio tra



l'immunodepressione necessaria per la tolleranza verso l'organo trapiantato e la prevenzione delle crisi di rigetto da un lato, e i possibili effetti collaterali legati ai farmaci o all'eccessiva immunodepressione dall'altro.

Dal dicembre 1975, quando è stata approvata la legge che consentiva il prelievo e il trapianto da donatore cadavere, nel nostro Paese sono stati effettuati oltre 10.500 trapianti di rene, con un'attività in continua crescita grazie alla capillare organizzazione dell'attività di donazione e alle campagne di sensibilizzazione della popolazione, che hanno consentito di disporre di un numero crescente di organi. I risultati ottenuti dai Centri Italiani negli ultimi anni sono superiori alla media dei Centri Europei, con una sopravvivenza del rene ad un anno superiore al 91%, contro valori medi di 87% del resto di Europa, a testimonianza del buon livello raggiunto dalle strutture che operano nel nostro Paese.

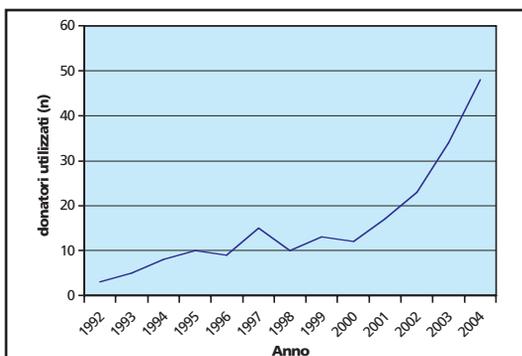
Sul piano organizzativo, l'attività di Trapianto è coordinata a livello nazionale dal Centro Nazionale che ha sede presso l'Istituto Superiore di Sanità, al quale fanno riferimento tre Centri Interregionali: il Nord Italia Transplant program (NITp), l'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT), e l'Organizzazione Centro-Sud Trapianti (OCST). L'attività delle organizzazioni interregionali si articola poi attraverso Centri Regionali di Riferimento che coordinano l'attività di prelievo e di trapianto degli organi a livello delle singole regioni e alle quali afferiscono i Centri Trapianto. La regione Marche fa parte dell'organizzazione Nord Italia Transplant program (NITp) della quale condivide le modalità di gestione delle liste d'attesa e i criteri di allocazione degli organi, che sono stati definiti per garantire la massima trasparenza ed equità, e possono essere consultati in dettaglio all'indirizzo <http://www.nitp.org>.



## ATTIVITÀ DI DONAZIONE NELLA REGIONE MARCHE

Al dicembre 2003 nella regione Marche vi erano 416 pazienti portatori di trapianto renale e 1.095 pazienti in trattamento sostitutivo con emodialisi o con dialisi peritoneale. Nel corso del 2003 si sono inoltre registrati 247 nuovi casi di uremia (164 per milione di abitanti) e sono deceduti 212 pazienti in trattamento, con un saldo positivo di 35 pazienti.

All'inizio di gennaio 2005 il numero di pazienti marchigiani in lista d'attesa per trapianto renale risulta di 95 persone (circa il 9% dei pazienti in trattamento sostitutivo) una percentuale inferiore alla media di quanto si riscontra nei vari registri. In base ai dati riportati si stima che circa il 20-25% dei pazienti in trattamento sostitutivo sia idoneo al trapianto che, riportato alla regione Marche, corrisponde a 200-250 pazienti possibili candidati all'intervento.



Attività di donazione nella Regione Marche

Negli ultimi anni è sensibilmente cresciuta in regione l'attività di donazione con un totale di 53 donatori effettivi nel 2004 e 48 donatori utilizzati, che hanno consentito l'effettuazione di 90 trapianti di rene in Centri localizzati nell'area del Centro Inter-regionale NITp (Nord Italia Transplant).

## CONTROINDICAZIONI AL TRAPIANTO DI RENE

Nonostante gli enormi progressi compiuti, il trapianto renale è un intervento che comporta ancora una certa quota di rischio legato all'intervento in sé e alla terapia immunosoppressiva necessaria per evitare il rigetto dell'organo trapiantato, per cui esistono alcune controindicazioni, riportate nella tabella.

### Controindicazioni all'intervento di trapianto renale

#### Controindicazioni assolute

- Severa vasculopatia sistemica
- Cardiopatia severa  
*(eventuale doppio trapianto rene-cuore)*
- Cirrosi epatica  
*(eventuale doppio trapianto rene-fegato)*
- Neoplasia intrattabile
- Infezione cronica intrattabile
- Tossicodipendenza - abuso di alcolici
- Problemi psichiatrici gravi
- Attesa di vita < 2 aa per qualunque causa

#### Controindicazioni relative

- Età > 65 aa *(necessaria una valutazione specifica per i pazienti più anziani)*
- Pregressa neoplasia  
*(necessaria una verifica della guarigione)*
- Infezione da HIV  
*(esiste un protocollo nazionale specifico)*
- Infezioni attive  
*(necessario verificare l'eradicazione)*
- Malattie autoimmuni in fase attiva  
cardiopatia ischemica  
*(necessaria una valutazione specifica)*

I risultati a distanza in termini di sopravvivenza e di qualità di vita del paziente possono essere influenzati inoltre da diverse condizioni cliniche che richiedono particolare attenzione e devono essere valutate attentamente prima dell'intervento di trapianto. Esse comprendono:

- a) la presenza di cardiopatia ischemica, in particolare nei pazienti con età > 50 anni o con una lunga storia di ipertensione arteriosa non controllata e/o diabete mellito.
- b) epatopatia cronica, associata a virus B o C dell'epatite.
- c) reflusso vescico-ureterale o altre anomalie dell'apparato urinario.
- d) litiasi renale a stampo.
- e) iperparatiroidismo secondario severo e non controllato dalla terapia farmacologica e dialitica.

Lo studio e la valutazione approfondita dei pazienti candidati al trapianto sono elementi indispensabili per la riuscita dell'intervento e per il miglioramento delle condizioni cliniche e della qualità di vita dei pazienti. Questa attività viene svolta sulla base a

specifiche linee guida elaborate dalla Società Italiana di Nefrologia (SIN), dalla Società Europea di Dialisi e Trapianto (EDTA) e dalla Società Americana di Trapianto (ATS) che prescrivono i criteri e le indicazioni da seguire per garantire i migliori risultati possibili in termini di sicurezza per il paziente e esito a distanza.

### ARTICOLAZIONE DEL PROGRAMMA DI TRAPIANTO DI RENE

La realizzazione di un programma di trapianto di rene è un processo complesso al quale concorrono numerose figure professionali e si articola in tre fasi principali:

**a) fase pre-trapianto.** E' caratterizzata dallo studio di pazienti nefropatici in trattamento dialitico e dalla valutazione di tutti i possibili fattori di rischio sulla base delle linee guida.

Questa fase può richiedere approfondite indagini strumentali se esistono condizioni di rischio e il trattamento chirurgico di patologie che possono esporre a complicanze dopo il trapianto, per effetto della terapia immunodepressiva (ad es. nefrectomia in presenza di calcolosi infetta, paratiroidectomia, ecc.).

Le figure coinvolte in questa fase sono prevalentemente:

- i nefrologi responsabili della gestione della lista d'attesa;
- i nefrologi che seguono i pazienti in trattamento dialitico;
- l'equipe chirurgica deputata al trapianto;
- l'equipe anestesilogica;
- il laboratorio di immunologia per la tipizzazione tissutale e la ricerca di anticorpi citotossici;
- i diversi consulenti (cardiologi, epatologi, ecc.) che si rende necessario coinvolgere nella valutazione finale di idoneità, a seconda dei casi.

### b) fase dell'intervento di trapianto.

E' articolata nei seguenti modi:

- segnalazione e valutazione dei possibili donatori da parte dei Centri di Rianimazione o di Neurochirurgia; coordinamento degli adempimenti di legge per l'autorizzazione al prelievo degli organi da parte del Centro Regionale di Trapianto e della Direzione Sanitaria;
- selezione del ricevente effettuata sulla base della compatibilità immunologica (effettuata dal Centro di Immunogenetica) e delle condizioni cliniche dei candidati (effettuata dai Nefrologi responsabili della gestione della lista d'attesa);
- preparazione del candidato all'intervento chirurgico, compreso il trattamento dialitico pre-operatorio e la somministrazione della terapia immunosoppressiva pre-intervento, effettuato dai Nefrologi del Centro dove viene effettuato l'intervento;
- Intervento chirurgico (Chirurgo e Anestesisti);
- Degenza post-trapianto (equipe chirurgica e Nefrologica).

**c) fase post-trapianto.** Comprende il follow-up con i controlli periodici per l'adeguamento della terapia immunosoppressiva, effettuati in regime ambulatoriale, e il trattamento delle possibili complicanze. Le figure coinvolte in questa fase sono i Nefrologi.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, con la collaborazione dell'Assessorato regionale alla Sanità, ha compiuto un enorme sforzo organizzativo per riunire le diverse figure professionali coinvolte nell'attività di trapianto e consentire la loro integrazione, non solo all'interno della struttura aziendale, ma anche a livello dell'intera Regione con la creazione di un rapporto di stretta collaborazione con le strutture ospedaliere che assistono i pazienti in dialisi, per rispondere nella maniera migliore alle esigenze delle persone in trattamento dialitico, facilitando al massimo il percorso del paziente e assicurando la migliore assistenza possibile in ogni fase del programma.



**L'equipe di Nefrologia e Dialisi:**  
G.M. Frascà  
E. Balestra,  
L. Bibiano,  
E. Fanciulli,  
A. Francioso,  
P. Freddi,  
G. Gaffi,  
F. Petroselli,  
A.M. Ricciatti,  
D. Taruscia



## Rubrica Giovani

di Rossana Berardi e Nicola Battelli

### Cosa farò da grande? La libera professione

Come anticipato nel precedente bollettino, da questo numero cominceremo ad affrontare un tema di estrema importanza per i giovani medici: **“cosa farò da grande?”** sviluppando, nell'arco dell'anno, tre diversi capitoli:

#### LA LIBERA PROFESSIONE

#### L'ATTIVITA' OSPEDALIERA

#### LA RICERCA

In questo numero, in particolare, cercheremo di affrontare i principali aspetti relativi alla **Libera Professione**.

Dal 1991, i medici specialisti che operano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e che vogliono anche lavorare privatamente oltre il normale orario di lavoro, devono scegliere tra due modalità: la libera professione intramuraria o intramoenia, oppure la libera professione extramuraria o extramoenia.

Nella **libera professione intramuraria**, o **intramoenia**, il medico può utilizzare le strutture ospedaliere e gli ambulatori pubblici o privati-accreditati. L'onorario è fissato dal medico specialista in accordo con il Direttore Sanitario della Azienda ove si opera. Alla stessa Azienda, il cittadino deve rivolgersi per prenotare le prestazioni sanitarie e le visite specialistiche con il medico in regime intramurario. Nella **libera professione extramuraria**, o **extramoenia**, il medico utilizza strutture o studi privati. In questo caso il medico, che non utilizza strutture pubbliche, non ha l'obbligo di “girare” parte del suo incasso alla Asl.

A partire dal 31/12/1998, è stata introdotta una limitazione alla libera professione (**riforma Bindi = D.L. 229/99**): i medici neo-assunti potevano scegliere solo la libera professione intramoenia, mentre i medici già strutturati dovevano scegliere se esercitare la libera professione intra o extramoenia e se optavano per quest'ultima avrebbero subito penalizzazioni economiche e nelle aspirazioni di carriera. Per la carenza di strutture e

per difficoltà organizzative di numerose aziende sanitarie, successivamente è stata concessa la possibilità di esercitare la libera professione intramuraria anche nel proprio studio previa autorizzazione del Direttore Generale. Del tutto recentemente è stato introdotto un nuovo provvedimento legislativo (**138/2004**) che ha eliminato l'irreversibilità nell'opzione di esclusività e le penalizzazioni di carriera a chi non aveva optato per il rapporto di esclusività.

Per i medici iscritti alle scuole di specializzazione, per tutta la durata della formazione a tempo pieno **è inibito l'esercizio delle attività libero-professionali esterne alle strutture assistenziali in cui si effettua la specializzazione** ed ogni rapporto convenzionale o precario con il Servizio Sanitario Nazionale (D. L. 257/91, art. 5 comma 1).

Sia nel caso della libera professione intramoenia che extramoenia, i medici sono tenuti a rilasciare la ricevuta fiscale dell'importo ricevuto. Tale importo è in parte detraibile dall'annuale dichiarazione dei redditi. E proprio relativamente a quest'ultimo punto pensiamo sia utile, soprattutto per i medici più giovani, conoscere il significato di alcuni termini importanti per chi intende intraprendere la strada della libera professione:

- **Fattura:** è un documento fiscale con il quale il **titolare di partita IVA** dichiara di aver percepito una somma di denaro come onorario per la sua prestazione professionale **da altri soggetti titolari di partita IVA (società, aziende, enti, cliniche, laboratori, studi...)**.
- **Ricevuta:** documento fiscale con il quale una persona **non titolare di partita IVA** dichiara di aver ricevuto una somma di denaro **da un'altra persona (o ente, società, clinica...)**. La ricevuta non ha requisiti stabiliti per legge (ma deve riportare data, nomi, cifre ecc...).
- **Ritenuta d'acconto (R.A.):** è una somma di denaro che il datore di lavoro è obbligato a versare allo Stato come 'sostituto d'imposta' del lavoratore non titolare di partita IVA. La R.A. viene calcolata come il 20% del compenso totale pattuito. La R.A. rappresenta un anticipo sulle imposte sul reddito che il lavoratore dovrà pagare allo Stato per l'anno in corso (per questo si dice che il datore di lavoro funge da sostituto d'imposta). Il datore di lavoro alla fine dell'anno (in realtà nei primi mesi del successivo) rilascia al lavoratore un certificato dei versamenti delle R.A. effettuati durante tutto l'anno.
- **Lavoro occasionale:** può essere svolto da sog-

getti non titolari di partita IVA; è di due tipi individuati dalla legge:

- **Lavoro occasionale puro:** prestazione unica o comunque straordinaria, priva di qualsiasi risvolto di continuità e coordinazione presso il datore di lavoro, non c'è nessun limite economico previsto;
- **Collaborazione occasionale:** esiste in questo caso un coordinamento con il committente; questo tipo di collaborazione è però normata (legge Biagi) in modo tale che, superato il limite di 5000 euro oppure il numero di 30 gg lavora-

tivi all'anno, scatta per il committente l'obbligo di contribuzione previdenziale (trattenuta dalla paga ovviamente) e di apertura della Partita IVA (perché non è più un lavoratore occasionale ma un vero e proprio libero professionista).

Speriamo che queste informazioni possano esservi utili! Ricordiamo ancora una volta il nostro indirizzo di posta elettronica e Vi invitiamo a inviarci i Vostri suggerimenti e consigli:

[rubricagiovani@ordinemedici.ancona.it](mailto:rubricagiovani@ordinemedici.ancona.it)

*È consigliato consultare e verificare con il proprio consulente le tematiche sopra descritte*



## Avvisi

### CONVENZIONE PER ODONTOIATRI

*Si informano i colleghi che ci è giunta una comunicazione della Società Nazionale Mutuo Soccorso "Cesare Pozzo" di Ancona, di una possibile convenzione con tutti gli odontoiatri legalmente abilitati all'esercizio dell'odontoiatria e iscritti all'Ordine dei medici-chirurghi e odontoiatri della Provincia di Ancona; per aderire a tale convenzione si può fare richiesta, tramite raccomandata A.R., direttamente alla "Cesare Pozzo" che provvederà a sottoporre agli interessati il piano di convenzione.*

**Dr Federico Fabbri**

*Presidente Commissione Odontoiatrica*

*Il giorno*

**16 GIUGNO 2005**

*alle ore 17.00*

*presso la*

**FACOLTA' DI MEDICINA-CHIRURGIA**

AULA F - Università Politecnica delle Marche  
Torrette di Ancona

verrà presentato il libro del

**Dr. SANDRO TOTTI**

**IL MARTIRIO DI UN PAPA**  
*sulle tracce della deportazione  
di Pio VI*

*presentazione della professoressa*

**Marisa Saracinelli**

# UN APPELLO PER LA SPERANZA

## Rivolto alla sensibilità e alla generosità degli Italiani

**MCE**

Movimento Cittadini Europei

**AIFAVIN**

Associazione Italiana Famiglie  
delle Vittime di patologia Neoplastica

### 9 EURO PER UNA VITA

I DOTTORI MAURIZIO MEME', COORDINATORE NAZIONALE C.E./A.I.Fa.Vi.N., ANESTESISTA, GIANCARLO PICCININI, PRIMARIO CHIRURGO E FRANCESCO SICOLO, GASTROENTEROLOGO, ISCRITTI AL MOVIMENTO, TUTTI IN SERVIZIO PRESSO L'OSPEDALE DI CIVITANOVA MARCHE, HANNO PRESTATO LA PROPRIA OPERA COME VOLONTARI PRESSO L'OSPEDALE "OUR LADY OF CONSOLATA" KISUBI UGANDA. PER CIO' CHE HANNO VISTO SI FANNO PROMOTORI DI UNA SOTTOSCRIZIONE CON LA COLLABORAZIONE DEL MOVIMENTO:

**IN UGANDA ALCUNI BAMBINI NON HANNO ACCESSO ALLE CURE PERCHE' I LORO GENITORI NON HANNO 9 EURO PER PAGARE LA RETTA DI DEGENZA OSPEDALIERA!**

**LE CONDIZIONI IGIENICHE DEI REPARTI DI DEGENZA E DELLA SALA OPERATORIA SONO MOLTO PRECARIE.**

**SI PUO' DORMIRE SOLO SE NON SI E' VISTO O NON SI SA: ORA LO SAI!**

**PERCHE' LA SOLIDARIETA' NON SIA SOLO UNA PAROLA OFFRI IL TUO AIUTO.**

**Dott. Maurizio Memè**

Coordinatore Nazionale C.E./A.I.Fa.Vi.N.



Questo bambino, operato per volvolo, ce l'ha fatta

### L'AIUTO DIRETTO VERSO REALTÀ BEN IDENTIFICATE È IL PIÙ EFFICACE

I progetti da attivare sono:

- creazione di un fondo "9 euro per una vita" per pagare la retta di degenza ai bambini che si rivolgono all'Ospedale di Kisubi: costo stimato per due anni 40.000 euro.
- costruzione e attrezzatura per un nuovo reparto di maternità - infanzia e un nuovo blocco operatorio: costo stimato 200.000 euro (il progetto del reparto è disponibile a richiesta).

**C.C. presso la banca di Credito Cooperativo di Falconara Marittima**

**Cod. C.I.N. y , A.B.I. 08086 , C.A.B. 37351 conto n. 000010196021**

**Intestato a Movimento Cittadini Europei pro Kisubi Hospital.**

**I risultati della sottoscrizione e il loro utilizzo verranno pubblicati mensilmente sul sito**

**[www.volontariatomarche.it/mtdc](http://www.volontariatomarche.it/mtdc)**

**Il movimento Cittadini Europei garantisce il corretto utilizzo di ogni singolo euro.**

**A richiesta verrà rilasciata certificazione della donazione effettuata.**

Referente: dott. Maurizio Memè,  
via Friuli 7 60100 Ancona  
Tel. 071200976 – 3388650219  
e.mail: maurmem@tin.it





## Congressi e Corsi

### For. T. INRCA

Centro di Formazione  
BLSD-IRC  
Gruppo Italiano  
di Rianimazione  
Cardiopulmonare



La scadenza per le domande  
di partecipazione al

## CORSO RESIDENZIALE DI FORMAZIONE BLSD

*Supporto di base delle funzioni  
vitali e defibrillazione precoce*

è stata prorogata al **30/06/2005**

La domanda di partecipazione deve  
pervenire on-line, collegandosi al sito  
[www.ecmmarche.it](http://www.ecmmarche.it) ed entrando  
nel link dell'INRCA.

Al corso sono stati assegnati **n.7**  
crediti ECM per i Medici Chirurghi  
e **n.9** crediti ECM per gli Odontoiatri

Per ulteriori informazioni:

#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

For. T. INRCA  
60131 ANCONA - Via della Montagnola, 81  
Camporeale Saverio  
Cell. 347 3402040 - Fax 071 8003154  
E-mail: [cmpdvd@tiscali.it](mailto:cmpdvd@tiscali.it)

#### SEGRETERIA ECM

Agenzia Formazione INRCA  
60124 ANCONA - Via Santa Margherita, 5  
Tel. 071 8004762-8004865 - Fax 071 35944  
E-mail: [formazione@inrca.it](mailto:formazione@inrca.it)

## Scuola di Specializzazione in Psicoterapia per medici e psicologi

(abilitato dal MURST con decreto pubblicato a pagina 53  
sulla Gazzetta Ufficiale del 19/06/2002, Serie generale n.142)

**Sono aperte le iscrizioni  
all'Anno Accademico 2005/2006**

Il Corso inizia a settembre e si conclude  
nel giugno successivo.

Per iscriversi alla Scuola è necessario  
un colloquio di ammissione.

Il Corso si svolgerà nel fine settimana  
per un totale di 12 week-ends  
(sabato e domenica)  
e di 2 stages di 9 giorni l'uno  
(in aprile e settembre)

Le ore per anno di corso sono 500.

Di queste, 350 didattiche  
(parte generale e speciale)  
mentre 100 di tirocinio (in diverse sedi in Italia)  
e 50 di supervisioni e formazione personale.

Durante la frequenza di un Corso di specializzazione non è necessario acquisire crediti ECM, e si può continuare la propria attività professionale. Si possono inoltre acquisire diverse Specializzazioni (in merito si è espressa la Corte Costituzionale). Il costo per anno di corso è di 4.000 euro, comprensivo tutte le attività didattiche e formative, versabile in due rate, all'inizio di ogni semestre.

*Informazioni e iscrizioni:*

S.M.I.P.I. - Società Medica Italiana  
di Psicoterapia ed Ipnosi, Via Porrettana 466,  
40033 Casalecchio di Reno (BO),  
Tel. 051.573046 - Fax 051-932309,  
[www.smipi.it](http://www.smipi.it) - E-mail [inedita@tin.it](mailto:inedita@tin.it).

Società Italiana di Ipnosi (SII)  
 Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore (CSTD), Università di Milano  
 Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

## XII° Corso di Formazione e Perfezionamento

# L'IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE CRONICO

La Società Italiana di Ipnosi (SII), capitolo nazionale della International Hypnosis Society (IHS), in collaborazione col Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore (CSTD) dell'Università degli Studi di Milano, promuove il **XII° Corso di Formazione e Perfezionamento Clinico in Ipnosi con finalità Antalgiche**. Il Corso ha lo scopo di garantire ai partecipanti l'acquisizione delle conoscenze teorico-tecniche necessarie per trattare efficacemente con ipnosi le patologie algologiche di maggiore rilevanza clinica.

Il Corso avrà carattere intensivo, comprenderà lezioni, esercitazioni pratiche e filmati originali, con un numero limitato di allievi e per una durata di 50 ore complessive. La partecipazione al Corso è riservata agli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri o all'Albo degli Psicologi.

**ECM:** accreditamenti richiesti (precedente edizione: 50 crediti).

**A chi è rivolto il Corso:** Algologi, Anestesisti, Psichiatri, Psicologi, Neurologi, Fisiatri, Ginecologi, Internisti, Oncologi, Odontoiatri e Medici di Base.

### Principali argomenti trattati:

*Algologia:* Psiconeurobiologia del dolore – Teorie del dolore – Misura del dolore – Stress, personalità e dolore – Elementi di psicopatologia e semeiotica psichiatrica – Elementi di medicina psicosomatica – Le cefalee – Le algie oro-facciali – Il back pain – Il dolore neuropatico e da deafferentazione – Il dolore oncologico ed il paziente terminale – Principi di terapia antalgica – Psicodinamica del dolore cronico.

*Ipnosi:* Storia e teorie dell'ipnosi – Neurobiologia e neuropsicologia dell'ipnosi – Fenomenologia ipnotica – Tecniche d'induzione della trance – Ipnosi diretta ed indiretta – L'uso della metafora in ipnosi – Fondamenti di analgesia ipnotica – Principi d'ipnositerapia antalgica: indicazioni, controindicazioni – Tecniche avanzate d'ipnositerapia nel controllo del dolore e nelle cure palliative – Tecniche ericksoniane – Principi e tecniche d'ipnoanalisi – Il sogno in ipnositerapia – Esercitazioni e casistica clinica.

### Informazioni generali:

Il Corso si svolgerà a Milano presso il Centro Congressi Fondazione Stelline – Corso Magenta 61 – nei giorni **8-9 ottobre 2005, 12-13 novembre 2005, 17-18 dicembre 2005, 14-15 gennaio 2006**. Il termine ultimo per l'iscrizione è fissato al 15 settembre 2005, mentre una quota ridotta è prevista per chi si iscrive entro il 31 luglio 2005. La S.I.I., nell'intento di assicurare la diffusione dello studio dell'ipnosi tra i più giovani, ha previsto anche una riserva di posti a favore di neo-laureati e specializzandi, a condizioni particolarmente favorevoli.

### Docenti:

**GIUSEPPE DE BENEDITTIS** – Professore Associato di Neurochirurgia, Università di Milano. Direttore del Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore (CSTD), Università di Milano. Vice-Presidente della S.I.I.

**GUGLIELMO GULOTTA** – Professore Ordinario di Psicologia Giuridica, Università di Torino. Consigliere Nazionale della S.I.I.

**CAMILLO LORIEDO** – Aiuto I Clinica Psichiatrica Università "La Sapienza" di Roma. Presidente della S.I.I. Presidente della European Hypnosis Society (E.H.S.).

**CONSUELO CASULA** – Psicoterapeuta, S.I.I., Milano.

### Informazioni e Iscrizioni

*Segreteria Scientifica:* Prof. Giuseppe De Benedittis, Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore, Università di Milano, Policlinico – Via F.Sforza 35, 20121 Milano – tel. 02.55035518 (ore 11,30-12,20) - 02.55033624 (segr.tel.) – fax 02.55035518 – email: [g.debeneditis@unimi.it](mailto:g.debeneditis@unimi.it)

*Segreteria Organizzativa:* R.M. Società di Congressi, Via Ciro Menotti 11, 20129 Milano  
 tel. 02.70126308 - fax 02.7382610 - email: [info@rmcongress.it](mailto:info@rmcongress.it)

accademia  nazionale di medicina  
corso residenziale

I tumori ereditari:  
un esempio di integrazione

Ancona, 10/6/2005

Direttore: Riccardo Celleno

→ Sede  
Ridotto del Teatro delle Muse  
Piazza della Repubblica - Ancona

5 crediti ECM per medici



III° CONVEGNO  
Aggiornamenti in  
**Medicina della  
Riproduzione**

**Ancona**  
**28 Maggio 2005**

Aula D,  
Polo Didattico-Scientifico  
Facoltà di Medicina  
Torrette (AN)





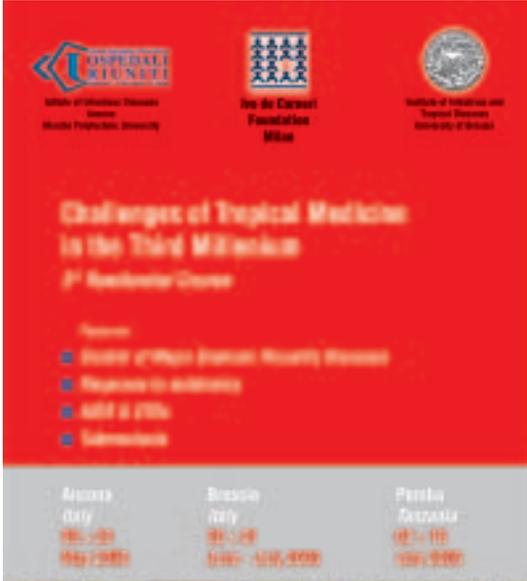



CONGRESSO  
*Portonovo 2005*

ESM

**ECOGRAFIA,  
COLOR DOPPLER  
ED IMAGING INTEGRATO:  
Stato dell'arte**

4/9 LUGLIO 2005  
HOTEL EXCELSIOR LA FONTE - PORTONOVO (AN)



**Challenges of Tropical Medicine  
in the Third Millennium  
2<sup>nd</sup> International Course**

Topics:

- Update of Major Tropical Parasitic Diseases
- Resistance to Antibiotics
- HIV & AIDS
- Tuberculosis

Assenza Italy 18-1-2005 1000/2000	Brescia Italy 28-1-2005 1500-1200/2000	Perugia Assenza 02-1-1995 1000/2000
--	---	--



**1<sup>st</sup> International Course**  
 18-1-2005  
 1000/2000  
**2<sup>nd</sup> International Course**  
 28-1-2005  
 1500/2000



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

# Medici & Medici

