

BOLLETTINO

dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

Direttore: Piergiuseppe Conti

Direttore Responsabile: Piergiuseppe Conti

Redazione: Mario Guidotti, G. Luigi Spata

Comitato di Redazione:

il Consiglio Direttivo dell'Ordine:

P. G. Conti, Presidente;

P. Ferraris, Vice Presidente;

M. Nespoli, Segretario;

G. F. Prada, Tesoriere;

Consiglieri: R. Antinozzi, L. Bianchi,

A. Bonali, F. Brenna, R. Gini,

M. Guidotti, M. Gusmaroli, M. Mariani,

G. Moltrasio, R. Porati, S. Savio,

G. L. Spata, F. Valentini

Revisori dei Conti effettivi: G. Mastroeni,

M. Galli, E. G. Rivolta

Supplente: M. Cassinelli

Commissione Albo Odontoiatri:

I. Casartelli, F. De Simone, M. Mariani,

G. F. Prada, C. Scifo

Volume 78 - Numero 5
Novembre-Dicembre 2001

DIREZIONE - REDAZIONE AMMINISTRAZIONE:

COMO - Via M. Masia, 30

Tel. 031572613 - Fax 031572466

Proprietà Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri di Como

Autorizz.: Tribunale di Como n. 11, aprile 1986

Stampa: CESARENANI s.r.l. - Lipomo (Como)

Spedizione in Abb. post. 70% - Filiale di Como

Norme per gli Autori

Il Bollettino è l'Organo di Stampa ufficiale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Como. La pubblicazione, bimestrale, è inviata gratuitamente agli iscritti all'albo e a tutti gli Ordini dei Medici d'Italia. Il Bollettino pubblica le relazioni tenute dalla Società Medico-Chirurgica della Provincia di Como, editoriali richiesti agli Autori dalla Direzione del Bollettino, lavori originali che tutti possono inviare esclusivamente a: Ordine dei Medici Direzione del Bollettino, Via Masia 30 - 22100 Como - Tel 031 572 613 - Fax 031 572 466. La Direzione valuta l'interesse di manoscritti per il Bollettino e si avvale della consulenza di esperti. Il testo, corredato da riassunto esplicativo, dattiloscritto in duplice copia (nella prima cartella si deve leggere: Istituto di provenienza, titolo del lavoro, cognome e nome per esteso e qualifica professionale degli Autori), deve essere il più conciso possibile; anche la Bibliografia stesa secondo la prassi del Bollettino deve essere attinente ed essenziale. Tabelle e disegni, in inchiostro di china, devono essere numerati progressivamente con numeri romani: le foto (in diapositiva quelle a colori) devono essere contraddistinte progressivamente con numeri arabi. La Redazione si riserva il diritto di limitare il numero delle figure, di correggere eventuali ridondanze e di restituire all'Autore il testo per le opportune modifiche. I lavori non compilati secondo le norme soprascritte saranno respinti agli Autori. Le fotografie sono a carico degli Autori, così come gli estratti (richiesti per iscritto contemporaneamente alla presentazione del lavoro). Agli iscritti all'Ordine di Como non vengono addebitate altre spese di pubblicazione.

SEGNALAZIONI E NOTIZIE

Comunicati della Segreteria	2
Pagina presidente	8

RUBRICHE

Seminari e corsi	10
Elenco supplenti	13
Novità diagnostiche e terapeutiche nella nostra provincia	14
Attività delle associazioni	19

IL BOLLETTINO SCIENTIFICO

I grandi tempi della medicina	19
-------------------------------	----

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Consiglio Direttivo	25
Commissione Medica	29
Commissione Odontoiatrica	32

CENTRO CONGRESSI VILLE PONTI - VARESE

**ETICA E TECNOLOGIA
DELL'INFORMAZIONE**

Il 20 Ottobre 2001 si è tenuto presso il Centro Congressi Ville Ponti di Varese il 2° Simposio internazionale di salute pubblica sul tema "Etica e tecnologia dell'informazione - tra codici deontologici e dottrina di mercato".

Il congresso è stato organizzato dall'Ordine dei Medici di Varese, dall'Ordine dei Medici di Como e dall'Ordine dei Medici del Cantone Ticino.

Dopo l'introduzione del Presidente dell'Ordine di Varese Dott. Pier Maria Morresi che ha posto l'accento sulla rivoluzione nella tecnologia sanitaria e nell'ambito della comunicazione e dell'informazione, con tutti i suoi pregi e anche difetti, ha inizio il congresso.

Il 1° tema trattato è stato "Informazione e consenso: mistificazione, alibi, necessità?".

Relatore il Dott. Guido Robotti Presidente Ordine del Cantone Ticino.

Nel primo intervento è stato evidenziato, anche alla luce di recenti sentenze della Corte di Cassazione, come l'accusa di omessa o insufficiente informazione e di consenso carente ed invalido, è diventato uno degli strumenti di attacco giudiziario contro i Medici, il più delle volte finalizzato ad ottenere risarcimenti più che a raggiungere la verità.

Pertanto il consenso informato, e comunque una corretta informazione da parte del Medico al proprio paziente sia sullo stato di salute che sulla eventuale evoluzione della malattia e dei mezzi utilizzati per la diagnosi e la terapia, è un obbligo per il medico, una necessità deontologica asso-

luta, senza dimenticare che alla base della nostra professionalità la cosa più importante è il rapporto medico-paziente.

Con questo non si può far ricadere sul medico la responsabilità se alcune volte le cose non vanno per il verso giusto; ci vuole chiarezza anche da parte delle Istituzioni, dei politici e degli amministratori e se saranno tutti corresponsabili delle cause dei rischi ai pazienti, gli ammalati e non soltanto i medici saranno più protetti.

Al di là di queste considerazioni la cosa più importante che è emersa da tutti gli interventi è il rapporto reciproco di fiducia medico-paziente il cui presupposto è un'informazione vera, intelligente, empatica.

Il 2° tema presentato è stato "utilizzo e trasmissione dei dati sensibili: potenzialità e limiti".

Il Moderatore, il nostro Presidente dell'Ordine Dott. Piergiuseppe Conti, ha sottolineato l'importanza e la complessità del problema della privacy.

Il problema della riservatezza dei così detti Dati sensibili (materiale cartaceo, cartelle cliniche, schedari, ecc.) risale già al 1981 quando il Consiglio d'Europa fissava nell'art. 6 della Convenzione di Strasburgo un generale divieto di elaborazione automatica di alcune categorie speciali di dati personali - fra cui anche quelli relativi allo stato di salute e alla vita sessuale - se non in presenza di adeguate garanzie e con indicazioni per una disciplina uniforme in materia di banche dati sanitarie automatizzate, pubbliche e private.

Da allora sono state fatte diverse modifi-

che che non hanno comunque fugato tutti i dubbi sul complesso e delicato problema dell'informazione e acquisizione del consenso ai vari trattamenti.

L'unica cosa sicura è che comunque i dati sensibili devono essere protetti e possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del garante per la protezione dei dati personali.

Ritengo sia utile riportare integralmente una proposta sulle caratteristiche di un modulo di informazione e di acquisizione del consenso informato (chirurgico) come proposto dai responsabili del Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Università dell'Insubria Varese.

IL MODULO DI INFORMAZIONE E DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Riteniamo quindi che la stesura di un modulo per l'informazione e l'acquisizione del consenso debba innanzitutto riconoscere che "il consenso, espresso in forma scritta [...] è integrativo e non sostitutivo del processo informativo" (art. 32 Codice Deontologico, 2° comma).

Le caratteristiche di fondo di questi moduli partono dall'assunto fondamentale che il **consenso informato è un processo relazionale**, la cui attestazione può essere fatta:

1. con una verbalizzazione in cartella clinica da parte del medico curante.
2. con i moduli di consenso scritto.

Questi ultimi devono essere compilati quando siano necessari:

- a) grandi interventi, con rischio quod vitam
- b) interventi demolitivi altamente invali-

danti

- c) interventi inerenti la fisionomia e la sfera genito-sessuale
- d) interventi coinvolgenti terze persone in modo diretto

L'attestazione del processo decisionale deve contenere le seguenti parti:

- a) il medico informa il paziente chiarendo qual è l'oggetto dell'informazione attraverso:
 - la motivazione dell'intervento
 - le finalità
 - la tecnica di esecuzione
 - la tipologia dell'intervento: necessario e urgente / necessario ma non urgente / di elezione / di compiacenza
 - le complicanze meritevoli di essere segnalate

Il medico dichiara la sua disponibilità per ogni ulteriore chiarimento.

Il medico si assume la responsabilità di quanto è stato oggetto dell'informazione.

- b) il paziente attesta che:
 - il medico lo ha informato nei termini sopra esposti
 - ha compreso l'informazione
 - acconsente a quanto è stato oggetto dell'informazione
 - sceglie se avvalersi o meno della possibilità di avere un testimone da lui individuato che sottoscriva l'avvenuto processo decisionale

Questo percorso guida il medico nel compiere quel processo relazionale che precede, dà forma e garantisce responsabilmente sia il medico che il paziente.

Il dovere dell'informazione è compito specifico del medico e a lui compete la responsabilità di fornire le nozioni necessarie. Per questo il modulo dovrebbe iniziare con la dizione "Io sottoscritto Prof/Dott..." e al termine di questa prima

parte è il solo medico a firmare. L'informazione è finalizzata "non a colmare la inevitabile differenza di conoscenze tra medico e paziente, ma a porre un soggetto (il paziente) nella condizione di esercitare correttamente i suoi diritti e quindi di formarsi una volontà che sia effettivamente tale; in altri termini parlo in condizione di scegliere".

3. *L'accettazione della proposta diagnostico/terapeutica compete al paziente, adeguatamente informato.* Per questo la seconda parte del modulo dovrebbe riferirsi al paziente.

4. *Occorre lasciare spazi vuoti nel modulo da compilarsi nel corso dell'acquisizione del consenso.* Ciò in ordine al fatto che non solo ogni caso è diverso dagli altri, ma soprattutto al fine di considerare la compilazione non un mero atto burocratico, ma l'azione finale di un processo che chiede il coinvolgimento responsabile ed attivo di due attori, il medico e il paziente. E quindi, in conclusione, proponiamo un modulo di consenso che riassume quanto detto, fatto salvo che esso è l'atto conclusivo di un percorso condiviso che lo precede e lo rende possibile.

(Modulo consenso vedi pagina a fianco)

Nella sessione pomeridiana è stato affrontato il 3° tema: "Pubblicità e deontologia: verso nuovi confini?".

Direi interessante è stato l'intervento del Dott. Muggli, membro del Comitato FMH Federazione dei Medici Svizzeri.

Nel suo intervento è stato sottolineato il ruolo dell'Ordine dei Medici Svizzeri che si può così sintetizzare:

- 1) Formazione professionale post-universitaria;
- 2) Aggiornamento professionale;
- 3) Pianificazione sanitaria;

4) Regolamentazione all'esercizio dell'attività professionale;

5) Controllo della qualità come garanzia dall'abuso professionale.

Da quanto esposto si può capire la diversità delle competenze dell'Ordine svizzero rispetto a quello italiano.

Il Vice presidente della FNOMCeO Dott. Bianco ha sottolineato l'importanza dell'Ordine nel far rispettare il Codice deontologico e la legge in materia di pubblicità sanitaria, nodo alquanto spinoso che rischia di sfuggire al controllo, soprattutto dopo l'avvento di INTERNET, e tutto questo a salvaguardia della nostra professione, professionalità e a tutela della salute del cittadino.

Esiste comunque un Codice deontologico e questo deve essere rispettato anche e soprattutto nel rapporto, spesso difficile e fatto di incomprensioni e spesso di strumentalizzazioni, con i Max media.

Il 3° Simposio internazionale di salute pubblica si svolgerà a Como nel 2002 e sarà organizzato dal nostro Ordine.

Dr. Gianluigi Spata

Sono usciti gli estremi per la pre-iscrizione ai Corsi per Dirigente di Struttura Complessa Ospedaliera (Ex-idoneità a Primario) per Direttori Sanitari, Area Medico-Chirurgica e Area dei Servizi, della Regione Lombardia, seconda edizione, per l'anno 2002.

Viene effettuato tramite internet.

Chi è interessato deve accedere al sito: www.irefonline.it

CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO CHIRURGICO

Io sottoscritto Dott.

informo il/la paziente Sig./ra

che, **avendo fatto diagnosi di**

si rende urgente/ necessario/ utile il **seguito intervento chirurgico:**

Questo intervento chirurgico

a) consentirà

b) sarà effettuato con questa modalità

c) comporterà i seguenti disagi, effetti collaterali, conseguenze

d) può avere i seguenti rischi prevedibili

Esistono alternative all'atto chirurgico? Sì No

Le possibili alternative all'atto chirurgico sono le seguenti

con i seguenti vantaggi/svantaggi

Ulteriori necessarie osservazioni

Io stesso Dott.

rimango a sua disposizione per ulteriori chiarimenti

Firma del medico **data**

Dichiaro di aver compreso quanto il medico mi ha spiegato e acconsento all'intervento chirurgico nella consapevolezza che il medico si atterrà a quanto è stato oggetto dell'informazione e che mi informerà nel caso di modificazioni del programma terapeutico, a meno che non si trovi ad agire in stato di necessità.

Firma del/la paziente **data**

(o del legale rappresentante)

DECRETO N. 25748 DEL 29.10.2001

PROROGA DEL TERMINE STABILITO CON LA D.G.R. N. 5724 DEL 27.07.2001 PER LA RICLASSIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ ODONTOIATRICA MONOSPECIALISTICA

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la l.r. 31/97 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali";

VISTA la l.r. 3/01 "Modificazioni ed integrazioni a disposizioni legislative regionali in materia di assetto istituzionale, sviluppo economico, territorio, ambiente e infrastrutture e servizi alla persona, finalizzate all'attuazione del DPEFR ai sensi dell'art. 9-ter della l.r. 34/78";

VISTA la l.r. 15/99 "Modifiche e abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo", art. 4 (modifiche di leggi regionali in materia di sanità ed interventi sociali);

VISTA la d.g.r. n. 3312 del 02/02/01 "Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 15/99, relative alle attività sanitarie svolte presso le strutture pubbliche e private";

VISTA la circolare 26/SAN/01, dove viene ulteriormente esplicitato quanto stabilito con la d.g.r. 3312/01, rispetto all'iter procedurale per il rilascio degli atti autorizzativi, alle modalità di verifica del mantenimento dei requisiti minimi autorizzativi, ed al completamento del processo di costituzione della banca dati delle strutture sanitarie lombarde con l'estensione

dell'informatizzazione alle strutture private non accreditate;

VISTA la d.g.r. 5724/01 "Indicazioni per la riclassificazione dell'attività odontoiatrica, degli studi professionali e della chirurgia ambulatoriale" dove, al punto 15 si dà mandato alla Direzione Generale Sanità di assumere le ulteriori determinazioni necessarie a dare piena attuazione della stessa;

VISTO il d.d.g. 23238 del 01.10.2001 "Ulteriori indicazioni in merito alla d.g.r. 3312/01", nel cui allegato 1 viene definito, per l'attività odontoiatrica monospecialistica l'elenco dei documenti da allegare alla richiesta di autorizzazione;

VISTA la nota della Direzione Generale Sanità Prot. H1.2001.0062030 del 02.10.2001 "Indicazioni per la riclassificazione dell'attività Odontoiatrica, a seguito della Delibera di Giunta Regionale n. VII/5724 del 27.07.2001", con la quale vengono date le indicazioni necessarie sull'iter procedurale da seguire per la riclassificazione dell'attività odontoiatrica monospecialistica;

PRESO ATTO delle diverse segnalazioni pervenute anche dalle associazioni degli odontoiatri, sulla necessità di procrastinare i tempi di scadenza previsti nella d.g.r. 5724/01 per la riclassificazione dell'attività odontoiatrica monospecialistica;

CONSIDERATO che la pubblicazione della delibera n. 5724/01 sul BURL n. 36, serie ordinaria del 03.09.01 è antecedente sia alla disponibilità del necessario programma informatico sul sito della Regione Lombardia, sia alla diffusione della nota della Direzione Generale Sanità, Prot. H1.2001.0062030 del 02.10.2001 "indicazioni per la riclassificazione dell'attività Odontoiatrica, a seguito della Delibera di Giunta Regionale n. VII/5724 del 27.07.2001", e quindi il tempo effettivamente disponibile si è ridotto rispetto alla previsione dei 90 giorni, contenuta al punto 9 della citata delibera;

RITENUTO di stabilire in ulteriori 60 giorni, rispetto alla scadenza indicata dalla d.g.r. 5724/01, il tempo utile per la presentazione delle istanze di riclassificazione per l'attività odontoiatrica monospecialistica;

PRECISATO che la proroga di 60 giorni del termine di presentazione delle istanze di riclassificazione comporterà, rispetto a quanto previsto sui tempi di adeguamento ai requisiti, così come esplicitato al punto 10 della d.g.r. 5724/01, analoga variazione del termine previsto;

SOTTOLINEATO che, per l'attività odontoiatrica monospecialistica, non è previsto che i nuovi soggetti, non precedentemente autorizzati, debbano richiedere l'autorizzazione alla realizzazione, e quindi il percorso autorizzativo, per questi soggetti, resta limitato all'autorizzazione all'esercizio;

VISTO l'art. 17 della legge regionale n. 16 del 23 luglio 1996, e successive modifiche e integrazioni, che individua le competenze dei Direttori Generali;

VISTA la d.g.r. n. VII/4 del 24 maggio 2000 avente ad oggetto "Avvio della settima legislatura. Costituzione delle Direzioni Generali e nomina dei Direttori Generali";

DECRETA per le motivazioni indicate in premessa:

ART. 1 di prorogare di ulteriori 60 giorni rispetto alle previsioni della d.g.r. 5724/01 il termine per la presentazione delle richieste di riclassificazione, a decorrere dal 3.12.01;

ART. 2 di prevedere che i tempi di adeguamento ai requisiti previsti nell'allegato 1 della d.g.r. 5724/01 inizino allo scadere dei 60 giorni, a decorrere dal 3.12.01;

ART. 3 di stabilire che, per i nuovi soggetti, non precedentemente autorizzati, il percorso autorizzativo, per l'attività odontoiatrica monospecialistica, resti limitato all'autorizzazione alla messa in esercizio, e non preveda quindi la necessità dell'autorizzazione alla realizzazione;

ART. 4 di pubblicare il presente decreto sul sito internet www.sanita.regione.lombardia.it

Dr. Renato Botti

MEDAGLIE D'ORO PER IL 50° DI LAUREA



Il giorno **giovedì 4 ottobre 2001** sono state consegnate ai Medici con 50 anni di laurea le medaglie d'oro che il Consiglio ha deliberato anche quest'anno di consegnare ai Colleghi che hanno raggiunto questo fortunato traguardo. Le medaglie sono state consegnate ai colleghi che hanno potuto intervenire mentre altre sono state date ai parenti inter-

venuti alla cerimonia o ritirate presso la sede dell'Ordine. La presenza di alcune autorità e di numerosi parenti e colleghi ha permesso una favorevole riuscita della manifestazione. Il giuramento di Ippocrate letto da tre giovani colleghe neolaureate ha voluto significare la continuità nella professione coinvolgendo neolaureati e veterani.

ELENCO FESTEGGIATI

1. Dott. ABBRUZZESE VINCENZO
2. Dott. CARPANI LUIGI
3. Dott. CASTRIOTA LUIGI
4. Dott. CERATI ALDO
5. Dott. CIPOLLA MANLIO ITALO
6. Dott. CIRONE GIUSEPPE
7. Dott. CRUCIANI SERGIO
8. Dott. DOTTI GIANCARLO
9. Dott. FINI LIVIO
10. Dott. GAFFURI VITTORIA
11. Dott. GALDI GIANCARLO
12. Dott. GIANNATTASIO GIOVANNI
13. Dott. GIUDICI ITALO
14. Dott. GUIDA AUGUSTO
15. Dott. IMBASCIATI ANTONIO
16. Dott. LANDRIANI FERDINANDO
17. Dott. LICHERI MARIA ANTONIETTA
18. Dott. LOVISETTI STEFANO
19. Dott. LUKACS ALESSANDRO
20. Dott. MARIANI LUIGI
21. Dott. MASSOLA GIAN CARLO
22. Dott. MOLteni ALBERTO
23. Dott. MONTICELLI GIAMPIERO
24. Dott. NICOLI FABIO
25. Dott. PALIAGA GIAN PAOLO
26. Dott. RAVETTA ALBERTO
27. Dott. SPALLINO ANGELO
28. Dott. TAIANA ABBONDIO
29. Dott. TESTA PIETRO
30. Dott. UGONI PIETRO
31. Dott. VIAN ANDREA
32. Dott. ZINGALES ANTONINO

NEO LAUREATE CHE HANNO GIURATO

1. LENARDON ANNA
2. MACERA FRANCESCA
3. PAPACCIOLI DANIELA

NOVARA 28 FEBBRAIO • 1-2 MARZO 2002
CORSO TEORICO-PRATICO:
“FARMACI E RIABILITAZIONE:
RAZIONALE UTILIZZO DEI FARMACI
NEI PROGRAMMI DI RIABILITAZIONE”
COORDINATORI: CARLO CISARI - FRANCO MOLTENI

PROGRAMMA DEL CORSO:

1° GIORNO - GIOVEDÌ 28 FEBBRAIO 2002

- ore 10.00 Apertura lavori
FARMACI PER LA STABILIZZAZIONE CLINICA
- 1ª sessione **Maurizio Bellucci-Sessa** (Torino), **Carlo Bertolini** (Roma)
- ore 10.30 Principi di Farmaco Economia
Mario Eandi (Torino)
- ore 11.00 La terapia antibiotica
Ercole Concia (Verona)
- ore 12.00 Le lesioni gastro-intestinali da Fans
Mario Delpiano (Novara)
- ore 12.30 Discussione
- 2ª sessione **Tiziana Redaelli** (Milano), **Angelo Andina** (Novara)
- ore 15.00 L'ipertensione arteriosa e le dislipidemie
Mauro Campanini (Novara)
- ore 15.45 La trombosi venosa profonda
Franco Piovella (Pavia)
- ore 16.30 Discussione - Pausa caffè
- ore 17.00 La stipsi
Mario Delpiano (Novara)
- ore 17.30 Le disfunzioni vescico-sfinteriche e sessuali
Paolo Di Benedetto (Trieste)
- ore 18.30 Discussione

2° GIORNO - VENERDÌ 1 MARZO 2002

- I FARMACI NELLA RIABILITAZIONE**
DELLE PATOLOGIE DELL'APPARATO LOCOMOTORE
- 3ª sessione **Raffaele Gimigliano** (Napoli), **Pasquale Pace** (Ancona)
- ore 09.00 La terapia medica dell'osteoartrosi
Giovanni Arioli (Mantova)
- ore 10.00 Condrotettori e acido iafuronico
Massimo Toffolo (Venezia)
- ore 10.45 Discussione - Pausa caffè

ore 11.30	I farmaci ad uso topico Giovanni Sguazzini-Viscontini (Novara)
ore 12.00	I farmaci per infiltrazioni e mesoterapia Franco Combi (Milano)
ore 12,45	Discussione
4ª sessione	Carlo Cisari (Novara), Renato Gatto (Alessandria)
ore 15.30	La terapia medica dell'osteoporosi Maurizio Bevilacqua (Milano)
ore 16.30	Discussione - Pausa caffè
ore 17.00	I farmaci antineuropatici in Riabilitazione Michelangelo Buonocore (Pavia)
ore 18.00	Le scale di valutazione del dolore Franco Franchignoni (Verona)
ore 18.30	Discussione

3° GIORNO - SABATO 2 MARZO 2002**FARMACI NELLA RIABILITAZIONE
DELLE PATOLOGIE NEUROLOGICHE**

5ª sessione	Nino Basaglia (Ferrara), Antonio De Tanti (Costamasnaga)
ore 09.00	Antiepilettici Francesco Monaco (Novara)
ore 09.45	Psicofarmaci Riccardo Torta (Torino)
ore 10.30	Discussione - Pausa caffè
ore 11.00	Farmaci per le turbe cognitive Antonio Fraschi (Verona)
ore 11.45	Terapia farmacologica dei disturbi dell'equilibrio: dal sintomo all'etiologia Giorgio Guidetti (Modena)
ore 12.30	Discussione
6ª sessione	Elena Dalla Toffola (Pavia), Ugo Dimanico (Cuneo)
ore 14.30	La spasticità: miorilassanti per via orale Roberto Dattola (Messina) Baclofon intratecale Ivano Dones (Milano) La tossina botulinica Franco Molteni (Costamasnaga)
ore 16.00	Esame finale
ore 16.30	Chiusura lavori

È stato chiesto l'accreditamento professionale individuale previsto dal Ministero della Sanità nell'ambito dell'Educazione Continua del Medico (ECM D.L. 229/99 art. 16).

ISCRIZIONI

Iscritti SIMFER		
entro il 31/01/2002	L. 600.000	Euro 310
dopo il 31/01/2002	L. 700.000	Euro 362
Non iscritti SIMFER		

SEMINARI E CORSI

entro il 31/01/2002	L. 700.000	Euro 362
dopo il 31/01/2002	L. 800.000	Euro 414

Medici specializzandi entro il 31/01/2002	L. 300.000	Euro 155
dopo il 31/01/2002	L. 400.000	Euro 207

Per disdette entro il 15/02/2002 verrà rimborsato, a fine Congresso, il 15%.

Dopo tale data, nessun rimborso è previsto.

La ricevuta dell'avvenuto pagamento sarà rilasciata in sede congressuale.

La quota di iscrizione dà diritto a:

kit congressuale - volume abstract - 4 coffee break - 3 colazioni di lavoro - cena sociale

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Carlo Cisari - Novara

tel. 0321.3734868 - fax 0321.3734870 - E-mail: rrf@maggioreosp.novara.it

Franco Molteni - Costamasnaga (Lecco)

tel. 031.8544211 - fax 031.8544347 - E-mail: inghvber@tin.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Piera Cian

C.so Moncalieri, 310 bis - 10133 Torino - tel. 011.6612333 - cell. 333.7904572



ASSOCIAZIONE C.D.O. - CENTRO DI OMEOPATIA

CORSO DI OMEOPATIA CLASSICA

L'Associazione Centro di Omeopatia di Milano informa che è attivo il Corso di Omeopatia Classica Triennale (con IV anno facoltativo), riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia, Odontoiatri e Veterinari. Il corso si articola in lezioni teoriche e pratiche che si svolgono nei fine settimana, per un monte ore totale al termine del triennio di 600 ore. L'attestato rilasciato è riconosciuto dalla Società Italiana di Medicina Omeopatica le cui attività hanno il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Palermo, della Federazione Italiana delle Associazioni dei Medici Omeopatici e della Liga Medicorum Homeopathica Internationalis. I requisiti dei docenti sono a norma con quelli indicati dall'ECH (European Committee for Homeopathy). La scuola organizza inoltre un corso di Tecnica Reperitoriale suddiviso in due livelli e diversi Seminari clinici.

INFORMAZIONI: Cristina Savioni - tel. 02.6425406

ELENCO MEDICI SUPPLENTI

1	BANFI ERICA	ROVELLO PORRO	VIA COMO, 1	02/9623206
2	BELLOCCO DANIELE	CIRIMIDO	VIA M.GRAPPA, 7	347/6009652
3	BETTONI MASSIMO	LAMBRUGO	VIA ROSA, 19	031/608704
4	BRAIDI CAROLLE G.	COMO	VIA ENNIO FERRARI, 32	335/214829
5	CARUGATI ANNA	ROVELLASCA	VIA COMO, 2	02/96749309 - 347/1311771
6	CERA TERESA	CANTU	VIA CAVOUR, 27	347/9690038
7	CERCHIELLO MANFR.	CADORAGO	VIA TOSCANINI, 3	031/885048 - 349/4308298
8	CIPULLI MODESTO	COMO	VIA ST. PER LECCO,37	349/1438070
9	CRAVERA LUISA	LEZZENO	VIA PROVINCIALE	031/914533
10	DANILOVA OLGA	LOCATE VARESINO	VIA GIOFFO, 9	0331/837004
11	DE PATRE PAOLO	BREGNANO	VIA C.VENETO, 6	031/771396
12	DISCACCIATI LUISELLA	ROVELLASCA	VIA MEZZANELLA, 3	02/96342004
13	ELLI MASSIMILIANO	MARIANO COMENSE	VIA S.MARTINO, 50	338/7693823-031/748377
14	GALATI GIORDANO MARIA	COMO	VIA MENTANA, 11	031-261387
15	GHIEMMETTI SONIA	GIRONICO	VIA VERDI, 1/C	031/441422
16	IANNONE GAETANO	COMO	VIA G.CESARE, 2/B	347/1651235- 031/271215
17	ISELLA ANNA	CAVALLASCA	VIA CAVOUR, 10	031-210171
18	LEPADATU CORINA	COMO	VIA OLGINATE, 6	335/63783
19	MARELLI LUCIA	CAGNO	VIA VARESE, 23	031/807039
20	MAYYAS RIAD	ERBA	P.ZZA PADANIA, 12	031/641122
21	MEROLA MASSIMO	COMO	VIA BIXIO, 51	031/572392 - 031/512496
22	MILANA VITO	COMO	VIA MENTANA, 4	031/242235 - 347/4315944
23	MUSOLINO ESPEDITO	ERBA	VIA LEOPARDI, 16	031/3338961
24	PANZERA GIOVANNI	COMO	VIA SEGANTINI, 9	347/7538718
25	PONTI MAURIZIO	ROVELLO PORRO	VIA DANTE, 61	02/96750523
26	PRESTIANNI CHRISTIAN	LOMAZZO	VIA FRIULI, 35	02/96779250
27	RAMPOLDI ALESSANDRO	COMO	VIA VOLTA, 21	031/263302 - 347/4803952
28	RASHSEEN MUHSEEN	FIGINO SERENZA	VIA MEUCCI, 8	031/726380 - 349/2914972
29	RESTELLI LORENZO	COMO	VIA REZZONICO, 8	031/300908
30	ROMOLI ROBERTO	COMO	VIA ALLA CAVA, 4	031/531341
31	SALVADE' ALFIO	COMO	VIA S.ARIALDO, 22	031/281816
32	SANZARI ANNAROSA	COMO	VIA SAGNINO, 34	031/540611
33	SBARBARO PIETRO	COMO	VIA ARTARIA, 18	031/542313 - 339/7325431
34	TOLDI ANNA	CADORAGO	VIA ALFIERI, 2	031/904232
35	TOMASINI LUCIA	COMO	VIA T.GROSSI, 36	031/300208
36	VERGA ROBERTA	LOMAZZO	VIA M.GENEROSO	02/96370836 - 338/5658503

PEDIATRI

1	BRAIDI CAROLLE	COMO	VIA ENNIO FERRARI, 32	335/214829
2	FERRARI MICAELA	COMO	VIA ISONZO, 1	031/591814 - 347/2103346
3	SANZARI ANNAROSA	COMO	VIA SAGNINO, 34	031/540611

Alla Direzione del Bollettino chiedo di segnalare sul prossimo numero del Bollettino la mia disponibilità per sostituire i colleghi di:

MEDICINA GENERALE

PEDIATRIA

(Barrare la casellina che interessa)

Cognome

Nome

Via

n.

CAP

Città

Tel.

E-mail:

Data

Pubblicazione del nominativo sul sito internet dell'Ordine

Sì

No

IL TRATTAMENTO DEL VALGISMO DELL'ALLUCE CON TECNICA MINI-INVASIVA

DOTT. G. BIANCHI - C. CAVENAGO

AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALE S. ANNA" COMO

DIVISIONE DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE SPECIALISTICHE

DIRETTORE: PROF. L. DEL SASSO

La nostra esperienza con la tecnica chirurgica P.D.O. (Percutaneous Distal Osteotomy).

INTRODUZIONE

La moderna chirurgia ortopedica è da tempo fortemente orientata verso la ricerca di approcci cosiddetti "mini-invasivi".

I vantaggi attesi e confermati da queste procedure sono molteplici:

1. La riduzione dei tempi chirurgici,
2. La minor esposizione chirurgica,
3. La riduzione di complicanze,
4. L'impiego di tecniche anestesologiche tronculari.

Il trattamento tradizionale dell'alluce valgo può fare affidamento su un'ampia gamma di soluzioni chirurgiche, riconducibili a tre categorie fondamentali:

1. Interventi sui tessuti molli,
2. Interventi sullo scheletro,
3. Tecniche miste.

Le correzioni dei tessuti molli richiedono un'esposizione ampia, mentre quelle sullo scheletro possono usufruire delle tecniche mini-invasive. Mediante un accesso chirurgico percutaneo o comunque limitato a pochissimi centimetri, è oggi possibile effettuare una corretta osteotomia del primo

metatarso ed una valida fissazione ossea. L'incidenza delle complicanze a breve termine connesse con le procedure a "cielo aperto", che in letteratura varia dal 2 all'8% dei casi (necrosi avascolare dei segmenti osteotomizzati, mobilizzazione dei mezzi di sintesi, infezioni superficiali e profonde), è da considerarsi oggi eccessiva in una procedura elettiva come la correzione chirurgica dell'alluce valgo. Risulta subito evidente il vantaggio offerto dalle tecniche mini-invasive, che minimizzano i rischi dell'esposizione chirurgica e dei tempi operatori prolungati.

INDICAZIONI

Le indicazioni sono esattamente quelle delle osteotomie distali pure del primo metatarso. In altre parole, tutte le volte che la pianificazione preoperatoria indica il trattamento dell'alluce valgo mediante correzione assiale del primo metatarso con osteotomia distale, quest'ultima può essere eseguita con tecnica mini-invasiva percutanea.

LA NOSTRA ESPERIENZA

Dal marzo 1999 al giugno 2001 sono

stati trattati con osteotomia distale percutanea (P.D.O.) 27 pazienti affetti da valgismo della 1^a metatarso-falangea di origine biomeccanica idiopatica dell'adulto.

Un'altra serie di pazienti è stata trattata con altre tecniche (resezione-artroplastica, altre osteotomie, interventi sui tessuti molli), in base ai diversi aspetti della patologia e alle diverse indicazioni poste.

Abbiamo condotto uno studio prospettico e la nostra casistica è riportata nella tabella I. Sono stati valutati clinicamente e radiograficamente i primi 23 pazienti che hanno raggiunto un follow-up minimo di 6 mesi.

Tabella I- Casistica

Pazienti	N = 27	
Sesso	M = 2	F = 25
Età minima	34 anni	
Età massima	79 anni	
Età media	54 anni	
Lato	Dx = 12	Sin = 15
Follow-up minimo	6 mesi	
Follow-up massimo	30 mesi	
Pazienti valutati (F.U. > 6 mesi)	N = 23	

La valutazione dei risultati si basa su parametri clinici, radiografici e su criteri soggettivi, desunti dalla letteratura.

La nostra esperienza ci ha permesso di constatare il raggiungimento di risultati buoni ed ottimi nella totalità dei casi esaminati.

Tutte le osteotomie sono giunte a completa consolidazione entro i 6 mesi, permettendo comunque la deambulazione in carico libero e con calzature normali entro sei settimane.

La completa astensione da procedure chirurgiche sulle parti molli ha evitato i rischi

connessi con questo tipo di chirurgia, in particolare non abbiamo osservato casi di ipercorrezione, a volte presenti nelle tecniche chirurgiche miste.

È importante ricordare che i risultati di questa tecnica debbono essere considerati preliminari dato che ci si riferisce ad una tecnica innovativa ed il follow-up è compreso tra i 6 e i 30 mesi.

Possiamo affermare che questa tecnica consente di eseguire una corretta osteotomia "mini-invasiva" per risolvere il valgismo dell'alluce.

BIBLIOGRAFIA

1. Magnan B., Montanari M., Bragantini A., Fieschi S., Bartolozzi P. – Trattamento chirurgico dell'alluce valgo con tecnica "mini-invasiva" percutanea (P.D.O.: Percutaneous Distal Osteotomy) – in Malerba F., Dragonetti L., Giannini S. (ed.) – L'alluce valgo – Bologna, 91 – 104, 1997.
2. Mc Glamry E.D., Banks A.S., Downey M.S. – Comprehensive textbook of foot surgery – Vol. 1, 18, 469 – 484, 1992.
3. Giannini S., Ceccarelli F., Girolami M., Coppola G. – Vie chirurgiche nel trattamento dell'alluce valgo – 74° Congresso S.I.O.T., Tavola Rotonda "Alluce valgo". Chirurgia del piede, Vol14, n°6,347-353,1990.
4. Todd WW.F. – Osteotomies of the first metatarsal head. Reverdin, Reverdin modifications, Peabody, Mitchell, and Drato – in Gerbert J. (ed.) – textbook of bunion surgery – Mt. Kisco, NY, 170 – 172, 1981.
5. Trnka H.J., Hoffmann S., Wiesauer H., Kaider A., Salzer M., Ritschl P. - Kramer versus Austin osteotomy: two distal metatarsal osteotomies for correction of hallux valgus deformities – Orthopaedics Int. Edit., Vol. 5, n°2, 110 – 116, 1997.
6. Milano L., Marconetto M., Visca G., Perretti G. - Trattamento chirurgico dell'alluce valgo: metodiche sulle parti molli- 74° Congresso S.I.O.T., Tavola Rotonda "alluce valgo". Chirurgia del piede, Vol.14, n°6; 355 – 361, 1990.
7. RuchJ.A. – The preoperative discussion of complications in hallux valgus surgery – 1° Semina-

- rio Internazionale Italo-Americano di Chirurgia del piede, Bologna, 101- 108, 1995.
8. Bosch P., Markowski H., Rannicher V. – Technik und erste ergebnisse der subkutanen distalen metatarsale-I-osteotomie , Orthopaed. Praxis, 26, 51-56, 1990.
9. Jimenez A.L.- Metatarsal surgery. Current procedures – 1° Seminario Internazionale Italo-Americano di Chirurgia del piede, Bologna, 126-138, 1995.
10. Mann R.A., Coughlin M.J. – L'alluce valgo dell'adulto – in: Coughlin M.J., Mann R.A. (ed) _ Chirurgia del piede e della caviglia – 7a Ed., Roma, 147-264, 2001.

PROGETTO "SOPRAVVISSUTI"

A CURA DI LAURA D'INCALCI

Un progetto a favore dei "sopravvissuti" alla poliomielite è stato avviato dalla Fondazione Valduce con il sostegno del Rotary Club. Non è nuovo l'affronto della problematica legata al virus, dagli esiti gravemente invalidanti, da parte del Rotary che già da diversi anni aveva attivato efficaci interventi per la diffusione del vaccino antipolio in ogni parte del mondo; anche per la Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata dell'Ospedale Valduce la malattia, che ha conosciuto il periodo di maggior diffusione negli anni '60, aveva fornito l'occasione per l'allestimento - nella sede di Costamasnaga - di un servizio riabilitativo che già a quel tempo si configurava all'avanguardia.

Oggi, sempre nell'ottica di un'attenzione al mondo dei disabili e ai risvolti sanitari e sociali inerenti, il Rotary Club Erba Laghi ha dato vita ad un'iniziativa, congiunta con il Rotary Club South Philadelphia, mirata alle problematiche dei "sopravvissuti alla poliomielite" che tipicamente si sviluppano a distanza di alcuni decenni dall'insorgenza della malattia.

Tale progetto è stato presentato lo scorso 27 settembre presso il centro riabilitativo Villa Beretta di Costamasnaga: il dottor Alberto Lissoni, primario di Villa Beretta e il dottor Franco Molteni, che sviluppa la ricerca clinica nello stesso centro, hanno illustrato gli intenti e i metodi della ricerca attraverso un collegamento in videoconferenza con il Moss Rehabilitation Hospital di Philadelphia che avvierà una collaborazione sullo stesso programma "polio survivors".

Alcuni dati sono del resto indicativi circa l'entità del fenomeno: nel mondo i sopravvissuti negli anni '50-'60 sono 20 milioni, 50.000 dei quali sono in Italia e mezzo milione negli Usa. L'inedita iniziativa, che si svilupperà in collaborazione tra l'Ospedale Valduce "Villa Beretta" di Costamasnaga, la Fondazione Valduce di Como e il MossRehabilitation Hospital di Philadelphia, intende così for-

nire alla classe medica, ed in particolare ai Medici Specialisti in Riabilitazione, lo stato dell'arte nel campo della valutazione e del trattamento della disabilità conseguente alla poliomielite che si differenzia con il passare degli anni. Attraverso strumenti formativi fruibili a distanza (CD rom), tali informazioni potranno poi avere diffusione mondiale grazie all'azione congiunta del Rotary International. Verrà quindi istituzionalizzato all'Ospedale Valduce "Villa Beretta" un programma di rivalutazione e trattamento specificamente dedicato ai portatori di esiti di poliomielite.

In questo modo i pazienti potranno trovare la massima attenzione da parte del mondo sanitario e possibilmente concrete risposte ai loro nuovi problemi.



UNITÀ OPERATIVA DI NEUROCHIRURGIA

**OSPEDALE GENERALE DI ZONA "MORIGGIA PELASCINI"
ITALIA HOSPITAL SPA - GRAVEDONA**

Il trattamento chirurgico della sindrome del tunnel carpale comporta un significativamente lungo tempo di recupero e di assenza dal lavoro a causa della ferita chirurgica a livello del palmo della mano.

La "liberazione endoscopica del tunnel carpale" costituisce un notevole miglioramento nel trattamento di questi pazienti sia per la velocità di recupero che per la sicurezza del trattamento.

La metodica comporta una incisione di circa 1 cm a livello di una piega del polso attraverso la quale viene introdotto un dispositivo a fibre ottiche che consente, sotto controllo diretto, la recisione del legamento del carpo.

Il paziente può utilizzare subito la mano e può riprendere la propria attività lavorativa nell'arco di una settimana, non avendo disturbanti ferite chirurgiche.

Tale metodica viene utilizzata presso la nostra Unità Operativa ed è possibile accedervi, dopo visita ambulatoriale, in regime di "day-surgery" telefonando allo 0344/92111 e facendo riferimento all'UO di Neurochirurgia.

Dott. Luciano Arnaboldi

LABORATORIO DI NEUROPSICOLOGIA

CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO E FISIOTERAPICO

MARIANO COMENSE - VIA AMENDOLA, 6

DIRETTORE SANITARIO: DOTT. PAOLO VERGANI

Con la presente intendiamo rendere noto che presso il Centro Medico, dal mese di Ottobre 2001, sarà operativo un **LABORATORIO DI NEUROPSICOLOGIA**.

La struttura si occuperà di:

a) diagnostica neuropsicologica mirata ad individuare

- disturbi della memoria
- disturbi del linguaggio
- disturbi delle funzioni cognitive superiori
- disturbi della percezione visuo-spaziale
- disturbi della concentrazione
- disturbi dell'attenzione (selettiva e generalizzata)
- disturbi del calcolo

b) neuroriabilitazione cognitiva mirata sui versanti

- riabilitazione dei disturbi del linguaggio
- riabilitazione dei disturbi dell'attenzione
- riabilitazione dei disturbi della memoria
- riabilitazione delle aprassie
- riabilitazione dei disturbi visuo-spaziali
- riabilitazione dei disturbi dell'organizzazione spazio-temporale
- attivazione e potenziamento delle capacità di ragionamento
- attivazione cognitiva dei pazienti affetti da demenza

Il Laboratorio si avvarrà di una équipe multidisciplinare composta dalle seguenti professionalità:

- Medico specialista neurologo
- Psicologo clinico
- Psicologo cognitivo
- Psicometrista
- Esperto in software per la riabilitazione neuropsicologica e cognitiva
- Terapista del linguaggio e di neuropsicologia.

Potenziali utenti saranno:

- soggetti affetti da demenza
- soggetti con disturbi/difficoltà di tipo neuropsicologico
- soggetti in età evolutiva con disturbo specifico di apprendimento

Il giorno 20 ottobre 2001 l'Assemblea dell'Associazione Medici Cattolici della Provincia di Como ha eletto le cariche ed il Consiglio Direttivo per il prossimo triennio, che sarà così composto:

Presidente:	Dott. Raffaele Giura
VicePresidenti:	Dott. Giovanni Galimberti Dott. Mario Guidotti
Segretario:	Dott.ssa Natalia Prada Veronesi
Consiglieri:	Dott. Paolo Ferraris Dott. Domenico Santoro Dott. Lodovico Boncinelli Dott. Pietro Tettamanti Dott.ssa Grazia Gianformaggio

MARCATORI TUMORALI

DR. PIETRO BRUNATI

LABORATORIO D'ANALISI OSPEDALE "VALDUCE" COMO

Si tratta di un gruppo estremamente eterogeneo di composti che possono costituire un segnale della presenza e dello sviluppo di un tumore, o che caratterizzano una neoplasia. Ai marcatori è richiesto di evidenziare le eventuali differenze tra i soggetti con o senza neoplasia e di descrivere qualitativamente o quantitativamente alcuni aspetti della crescita neoplastica.

Il marcatore tumorale "ideale" dovrebbe presentare le seguenti caratteristiche:

- differenziazione sicura al 100% fra soggetti sani e malati;
- identificazione di tutti i soggetti malati, possibilmente in una fase molto precoce;
- organospecificità, dando quindi indicazioni sulla localizzazione della neoplasia;
- correlazione fra stadio di sviluppo ed il livello di marcatore circolante;

- correlazione con le varianti cliniche presentate dal paziente durante il corso della terapia;
- correlazione fra concentrazione del marcatore e prognosi.

In realtà i comuni marcatori tumorali possono essere identificati dal punto di vista operativo con la seguente definizione:

1. Sono sostanze espresse sia dai tessuti neoplastici che dai tessuti normali.
2. Vengono prodotti in maggior quantità dai tessuti tumorali (quindi sono indicatori quantitativi e non qualitativi del tumore); esistono peraltro numerose eccezioni a questa regola (es.: epatocarcinomi non produttori di AFP, tumori prostatici molto indifferenziati che non producono PSA).
3. Sono presenti nel sangue in quantità proporzionale alla massa del tumore.

4. Sono misurabili nel sangue anche nei soggetti senza tumore.

Esistono vari criteri di classificazione dei marcatori tumorali:

- **biochimica;**
- **secondo le caratteristiche biologiche;**
- **secondo la specificità tissutale.**

Prenderemo in considerazione, anche perché ci sembra la classificazione operativamente più utile, quella “secondo la specificità tissutale”.

In base a questa classificazione si distinguono:

1. **Marcatori con elevata specificità d'organo;**
2. **Marcatori con specificità per tipo cellulare;**
3. **Marcatori correlati quantitativamente con un dato tipo istologico.**

Marcatori con elevata specificità d'organo

Tireoglobulina	Tiroide
PSA	Prostata
HCG	Sinciziotrofoblasto

Marcatori con specificità per tipo cellulare

Principali neoplasie che possono esprimere il marcatore

Calcitonina

Carcinoma midollare della tiroide, Carcinoidi, Tumori endocrini del tubo digerente, SCLC

NSE

SCLC, Tumore di Wilms, Melanoma, Linfomi, Teratomi, Timoma

Serotonina e metab.

APUDomi

Marcatori prevalentemente associati ad un dato tipo istologico

Carcinomi di tipo squamoso

SCC, TPA, Cyfra 21.1, TPS, TPAcyk

Adenocarcinomi

CEA

Markers mucinici:

CA 19.9, CA 15.3, MCA, CA 50, CA 195

Come detto, i prodotti delle neoplasie non sono differenti dalle sostanze fisiologica-

mente prodotte dalle cellule normali, per tale motivo esiste sempre “un rumore di fondo” per ogni marcatore ed è quindi necessario considerare una “soglia discriminante” fra il “normale” ed il “patologico”. Il concetto di soglia è stato messo in discussione e diversi autori suggeriscono di adottare, anziché un valore di cut-off, la specificazione dei livelli di probabilità di malattia corrispondenti a diverse concentrazioni crescenti del marcatore. Il problema è poi accentuato dal fatto che esistono patologie non neoplastiche caratterizzate da elevati livelli di marcatori (vedi tabella).

Patologie non neoplastiche con elevati livelli di marcatori

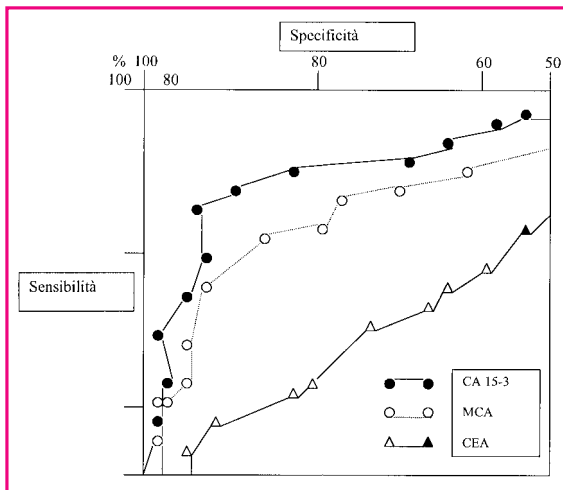
Patologie	Marcatori
Epatopatie croniche	CEA, TPA, Marcatori mucinici
Ittero	CEA, TPA, CA 19.9
Pancreatiti	CA 19.9, CA-125
Versamenti	CA-125
Broncopneumopatie	CEA, TPA
Nefropatie croniche	CEA, TPA
Iperitiroidismo	Tireoglobulina
Endometriosi	CA-125
Ipertrofia prostatica	PSA, PAP
Psoriasi	SCC
Malattie reumatiche	CA 19.9
Diabete	CA 19.9

La validità di un marcatore tumorale, in particolare di un valore singolo, dipende da alcuni fattori i quali sono strettamente correlati al valore soglia adottato:

La sensibilità di un marcatore tumorale che definisce la probabilità che il test sia positivo in presenza di un determinato tumore.

L'efficacia diagnostica, ossia la capacità di differenziare precisamente tra sani e malati è, con la sensibilità, determinante per valutare il significato clinico di un parametro.

La specificità indica la percentuale di persone sane che otterrebbero un risultato effettivamente negativo. Da essa dipende la possibilità o meno di utilizzare un marcatore tumorale come parametro per un'azione di screening.



Ottimale potrebbe essere: specificità del 95% come obiettivo ed un opportuno adeguamento del valore della sensibilità.

L'interpretazione clinica del dato analitico è gravemente limitata da diversi fattori che concorrono a rendere difficile l'identificazione di un livello di cut-off:

- la variabilità biologica interindividuale propria di ogni analita;
- la variabilità analitica.

Parlando della variabilità analitica essa è funzione del metodo e della strumentazione usata per ottenere il dato.

Nella pratica attuale, il dosaggio dei marcatori tumorali avviene per mezzo di tecniche immunometriche. Nonostante la spinta a produrre migliori test per il dosaggio dei marcatori già noti e a ricercarne di nuovi dotati di maggiore specificità, i problemi analitici che si pongono sono dati da:

1. mancanza di standardizzazione (tranne che per CEA, AFP e beta-HCG) con risultati, espressi in unità arbitrarie dall'industria produttrice, diversi a secondo del kit usato con conseguente mancanza di confrontabilità;
2. relativa imprecisione, soprattutto sui livelli decisionali, dei metodi, con CV in-

tra ed interdosaggio del 5 e del 10% ottenuti analizzando lo stesso campione più volte con lo stesso kit: l'imprecisione analitica e la variabilità intra-individuale condizionano, come vedremo, l'uso dei marcatori nel follow-up del malato oncologico.

Tenendo conto di tutte queste problematiche è chiaro che la scelta del valore soglia può privilegiare arbitrariamente le caratteristiche di sensibilità o di specificità di un dato marcatore.

Per cercare di superare questo scoglio, dal concetto di valore soglia tout-court si è passati ad un concetto dinamico che tiene conto, per ogni marcatore, di più valori soglia:

- **Livello di normalità:** è il livello soglia classico che coincide con il limite superiore dell'intervallo di riferimento media $+2/3$ DS nel caso di distribuzione gaussiana o 95-99° percentuale nel caso di altre distribuzioni. In linea di massima questo valore è piuttosto basso e pertanto l'informazione clinica viene limitata da bassa specificità (falsi positivi per condizioni non neoplastiche).
- **Livello di patologia:** calcolato sulla base della distribuzione del marcatore nei pazienti con patologia benigna. I valori superiori sono segnale di patologia, anche se non necessariamente neoplastica.
- **Livello d'allarme:** calcolato sulla base della distribuzione del marcatore nei pazienti con neoplasia avanzata; valori superiori sono segnale di patologia neoplastica.
- La scelta di questi 3 livelli decisionali dovrebbe minimizzare l'incidenza dei falsi positivi che rappresentano il limite maggiore all'uso del cut-off singolo.

Circa la generale utilità clinica dei marcatori tumorali, senza voler entrare in maniera ap-

Valori soglia comunemente accettati per alcuni Marcatori Tumorali

	U.M.	soglia di Normalità	soglia di Patologia	soglia di Allarme
CEA	ng/mL	3	10	15
AFP	ng/mL	6	30	100
CA 19-9	U/mL	37	65	90
CA 125	U/mL	35	65	100
CA 15-3	U/mL	30	40	50
MCA	U/mL	12	15	20
TPA	U/L	80	200	300
CYFRA	ng/mL	3	4	5
SCC	ng/mL	2	3	5
HCG	mU/mL	2	6	10
PSA	ng/mL	8	8	12
NSE	ng/mL	12	20	30
TG	ng/mL	60	200	400
CT	pg/mL	25	30	40

profondità negli specifici marcatori, si possono trarre le seguenti conclusioni:

SCREENING:

I marcatori tumorali come detto hanno specificità e sensibilità limitate. **Non devono quindi essere usati per programmi di screening sulla popolazione generale.**

In alcuni casi i marcatori possono essere usati per screening di popolazioni selezionate a maggior rischio:

- CT nei consanguinei dei pazienti con cancro midollare della tiroide;
- AFP nell'epatopatia cronica evolutiva;
- PSA nei maschi adulti in fasce di età da definire (valutazione costo/efficacia ancora da valutare).

DIAGNOSI DI TUMORE PRIMITIVO

(diagnosi differenziale fra tumore e malattia benigna in pz. Sintomatico): anche in questo caso la limitata sensibilità e specificità rendono i marcatori poco utili in fase diagnostica.

L'eccezione è data da marcatori dotati di alta specificità tissutale da impiegare in particolari patologie:

- cancro a piccole cellule NSE
- cancro midollare della tiroide CT

- cancro del testicolo AFP, HCG
- cancro dell'ovaio AFP, HCG
- corioncarcinoma HCG
- neoplasie endocrine secernenti specifici ormoni.

TUMORE PRIMITIVO GIÀ DIAGNOSTICATO

In questo caso, con tutti i limiti già esposti, le indicazioni possono essere date da:

- avere un valore basale prima della terapia;
- avere indicazioni sull'estensione della malattia;
- avere indicazioni aggiuntive circa l'istotipo per tumori nei quali diversi istotipi producono marcatori diversi (es.: tumori ovarici);
- avere indicazioni prognostiche aggiuntive.

MONITORAGGIO DELLA TERAPIA

Rappresenta sicuramente l'indicazione principale per l'uso dei marcatori tumorali in quanto possono essere indicatori di risposta o di fallimento della terapia efficaci e più precoci rispetto agli indicatori clinico strumentali correttamente utilizzati.

La definizione di protocolli di utilizzo e di criteri decisionali costituisce una promettente area di sviluppo per l'uso clinico dei mar-

catori tumorali. Anche in questo caso devono essere tenute in considerazione problematiche sia di tipo biologico che di tipo più strettamente analitico.

Le problematiche biologiche sono:

- espressione del marcatore tumorale;
- la sua variabilità biologica;
- la sua emivita;
- la diversa efficacia nell'indicare la risposta o il fallimento della terapia (es.: nel cancro mammario metastatico la risposta alla terapia è indicata più precocemente dal TPS ed il fallimento dal CA 15.3).

Le problematiche analitiche sono:

- la diversità dei metodi adottati dai vari laboratori con conseguente non correlazione del dato analitico ottenuto in laboratori diversi;
- l'imprecisione analitica che condiziona la cosiddetta **"differenza critica"**.

La differenza critica rappresenta la massima differenza attribuibile all'intervento combinato delle variabilità biologica intraindividuale ed analitica.

Essa è tipica di ciascun laboratorio (in quanto la variabile principale è data dall'imprecisione analitica) ed è di fondamentale importanza per rapportare il dato attuale al precedente e quindi valutarne l'evoluzione;

- da quanto detto risulta chiaro che i dati relativi al follow-up dovrebbero essere ottenuti presso il medesimo laboratorio.

Per quanto riguarda il **MONITORAGGIO A BREVE TERMINE DOPO LA TERAPIA PRIMARIA**, in generale, si può dire che:

- livelli elevati persistenti dopo una terapia ritenuta radicale suggeriscono la possibile presenza di malattia occulta, residua o disseminata;
- la riduzione dei livelli (anche nell'ambito di normalità) possono indicare la capacità del tumore di esprimere il marca-

tore (caratterizzazione fenotipica);

- il marcatore può incidere sulle decisioni cliniche in modo critico (restaging, terapia adiuvante, periodicità del follow-up).

Nel MONITORAGGIO A LUNGO TERMINE DOPO TERAPIA:

- l'incremento del livello di un marcatore tumorale può suggerire la ripresa di malattia;
- l'incremento del livello del marcatore può precedere di parecchi mesi l'evidenza clinico-strumentale della ripresa di malattia;
- nel caso di neoplasie curabili in fase avanzata il marcatore può incidere in modo critico sulle decisioni cliniche (trattamento precoce della ripresa di malattia).

In definitiva i marcatori tumorali rappresentano una classe di analiti che, nelle mani dell'oncologo, possono essere molto utili nel monitoraggio della storia clinica della neoplasia.

Per le loro caratteristiche di scarsa specificità, salvo che per qualche eccezione, essi sono invece praticamente inutili nello screening e nella diagnosi precoce delle neoplasie.

In quest'ultimo campo, in attesa di marcatori sempre più sensibili e specifici, estremamente interessanti appaiono gli studi sui marcatori genetici (oncogeni, oncosoppressori e loro prodotti), le cui mutazioni appaiono significativamente associate al rischio neoplastico.

Ma anche in questo campo siamo ancora agli inizi e la complessità e/o la mancanza di standardizzazione delle metodiche ne rendono ancora difficile l'uso in routine.

Bibliografia

Chan D. W., Sell S.:

Tumor Markers.

In *Tietz textbook of Clinical Chemistry*, 3^a Ed., Ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1999, pp. 722-749.

MARCATORI TUMORALI ED UTILITÀ CLINICA**TIROIDE**

A	TG	Follicolare diffuso
	CT	Midollare
	CEA	Midollare
B	TPA	Indifferenziato

POLMONE

A	NSE	Microcitoma
	CEA	Adenocarcinoma
B	CYFRA	Epidermoide
	TPA	Epidermoide
	SCC	-
	CT	Microcitoma
	ACTH	Microcitoma, Ca Gr. Cellule

MAMMELLA

A	CA 15.3
	MCA
B	TPA
	CEA
	CA 549

PANCREAS E VIE BILIARI

A	CA 19.9
	CA 195
B	CA 50
	CEA

FEGATO

A	AFP	Epatocarcinoma
	Specifici	
	Neoplasia	Metastasi epatiche
	Primaria	
B	Ferritina	-

STOMACO

A	CA 19.9
	CA 72.4
B	CEA
	CA 195

COLON RETTO

A	CEA
	CA 19.9
B	TPA
	CA 195

PROSTATA

A	PSA
	PSA-free
B	-

VESCICA

A	TPA	Urinario
	CA 19.9	Urinario
B	TPA	Plasmatico
	CA 19.9	Plasmatico
	CEA	Urinario

TESTICOLO

A	AFP	Non-seminomi
	β -HCG	Non-seminomi
		20% seminomi
B	-	-

OVAIO

A	AFP	Seno-endodermico
		Embrionale
	β -HCG	Corioncarcinoma
		Embrionale
	CA 125	Sieroso
	CA 72.4	Mucinoso
	CA 19.9	Mucinoso
B	CEA	

UTERO

A	SCC	Esocervice
	CA 125	Endocervice
	β -HCG	Tumori Trofoblastici
B	CEA	-

Consiglio Direttivo

VERBALE N. 19

VERBALE DELLA RIUNIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO DEL GIORNO 23 LUGLIO 2001

L'anno 2001, il giorno 23 del mese di luglio alle ore 21.00, si è riunito presso la sede dell'Ordine in Como, Viale Masia, 30, il Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

Sono presenti i Consiglieri:

Dott. Piergiuseppe Conti
Presidente
Prof. Mario Nespoli
Segretario
Dott. Gianfranco Prada
Tesoriere
Dott. Lanfranco Bianchi
Dott. Attilio Bonali
Dott. Francesco Brenna
Dott. Dott. Marzio Gusmaroli
Dott. Massimo Mariani
Dott. Gabriele Moltrasio

ORDINE DEL GIORNO

1. Lettura ed approvazione del verbale della seduta precedente;
2. Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni A. Medici;
3. Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni A. Odontoiatri;
4. Comunicazione del Presidente;
5. 50° di laurea dei medici chirurghi laureatisi negli anni 1950-1951, assegnazione fornitura medaglie;

6. Delibere amministrative;
7. Varie ed eventuali.

Alle ore 21.00, il Presidente, verificata la regolarità della convocazione, fatto l'appello dei Consiglieri e riscontrata la presenza degli stessi in numero legale, dichiara aperta la seduta e passa alla trattazione degli argomenti all'O.d.G.

DELIBERA N. 289

Letture ed approvazione del verbale della seduta precedente

Il Segretario dà lettura del verbale n. 18 del 19 giugno 2001 che viene approvato all'unanimità.

DELIBERA N. 290

Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni Albo Medici

- Il Consiglio, relatore il Presidente, delibera
- di iscrivere all'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia i seguenti sanitari neolaureati:
Besana Ciani Isabella
Bettoni Massimo
Bernasconi Matteo
Bianchi Filippo
Bruno Jolansa
Cappelletti Anna
Filipponi Andrea
Izzo Stefano
Lanni Marco
Marino Barbara
Maroni Daniela Loreta
Matrone Roberta
Occhiuto Maria Teresa
Prestianni Christian
Recaldini Elena
Sancassani Viviana
Sarpau Silvia
 - di cancellare dall'Albo dei Medici Chi-

Commissione Medica

VERBALE N. 11

VERBALE DELLA RIUNIONE DELLA COMMISSIONE MEDICA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO DEL GIORNO 18 GIUGNO 2001

Il giorno 18 del mese di giugno dell'anno 2001 convocata con lettera raccomandata del 13 giugno 2001, prot. n. 552 si è riunita presso la Sede dell'Ordine in Como, Viale Masia n. 30, la Commissione Medica del Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Sono presenti i seguenti componenti la Commissione:

Dr. Piergiuseppe Conti
Presidente
Dott. Paolo Ferraris
Vice Presidente
Dott. Mario Guidotti
Segretario
Dott. Lanfranco Bianchi
Dott. Attilio Bonali
Dott. Francesco Brenna
Dott. Roberto Gini
Dott. Gabriele Moltrasio
Dott. Romano Porati
Dott. Gianluigi Spata
Dott. Francesco Valentini

ORDINE DEL GIORNO

1. Lettura ed approvazione del verbale della Seduta precedente;
2. Celebrazione procedimento disciplinare

- nei confronti del Dott. AB;
3. Esame ed approvazione parcelle;
4. Varie ed eventuali.

Alle ore 21, dopo appello dei presenti, il Presidente verificata la regolarità della convocazione e la sussistenza del numero legale, dichiara aperta la Seduta.

Preso atto dell'assenza del Prof. Mario Nespoli, Segretario dell'Ordine, e visto il 2° comma dell'art. 31 del D.P.R. 05.04.1950 n. 221, le funzioni di Segretario della Seduta vengono assunte dal Dott. Mario Guidotti, quale meno anziano di età fra i Consiglieri presenti.

DELIBERA N. 24 LETTURA ED APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE

Il Segretario dà lettura del verbale della Seduta precedente, n. 10 del 7 maggio 2001, che viene approvato all'unanimità.

DELIBERA N. 25 CELEBRAZIONE PROCEDIMENTO DISCIPLINARE NEI CONFRONTI DEL DOTT. AB

- In data 29.08.00 l'Ordine riceveva dall'Ordine dei Medici di Varese l'esposto inviato dalla Dr.ssa CD nei confronti di un medico del Servizio di Radiologia dell'Ospedale Sant'Antonio Abate di Gallarate, il cui Dirigente Responsabile è il Dott. AB, nostro iscritto.
- Con raccomandata del 26.10.00 prot. n. 1102, il Presidente dell'Ordine dei Medici, Dott. Piergiuseppe Conti, invitava il Dott. AB, ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 05.04.1950 n. 221, a presentarsi il giorno 15 novembre 2000;

Commissione Odontoiatrica

VERBALE N. 9 VERBALE DELLA RIUNIONE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRICA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO 1 AGOSTO 2001

Il giorno 1 del mese di agosto dell'anno 2001, alle ore 21 convocata con lettera raccomandata del 25 luglio 2001, prot. n. 683 si è riunita presso la Sede dell'Ordine in Como, Viale Masia 30, la Commissione Odontoiatrica dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

Sono presenti i seguenti componenti la Commissione:

Dr. Gianfranco Prada
Presidente
Dr. Ivano Casartelli
Segretario
Dr. Massimo Mariani
Dr. Carlo Scifo
Dr. Francesco De Simone

ORDINE DEL GIORNO

1. Lettura ed approvazione del verbale della seduta precedente;
2. Esame e liquidazione parcelle;
3. Varie ed eventuali.

Alle ore 21, il Presidente, verificata la regolarità della convocazione, fatto l'appello e riscontrata la sussistenza

del numero legale, dichiara aperta la Seduta.

DELIBERA N. 32 LETTURA ED APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE

Il Segretario dà lettura del verbale della Seduta precedente, n. 8 del 5 giugno 2001, che viene approvato all'unanimità.

**DELIBERA N. 33
ESAME E LIQUIDAZIONE PARCELLE**
La Commissione Odontoiatrica, viste le parcelle presentate dai Dr.ri AB e CD, delibera di concedere visto di equità.

Esaurito l'Ordine del Giorno la Seduta viene dichiarata chiusa alle ore 22.00.