SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA
BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE
1 Convenzioni della SMO
• *di A. De Laurenzi*

MEDICI E COSTUME
4 I medici e la scrittura: commenti su una storia senza fine
• *di L. Persico*
11 E.B.M. Migliorare la pratica clinica
• *di S. Pavoncello*
13 La Bioetica tra utopia e realtà. Bioetica ed Educazione Continua in Medicina
• *di G. De Simone*

ATTUALITA' SCIENTIFICA
15 Ileo Biliare: problemi diagnostici e trattamento chirurgico
• *di F. Boccacini, G. Lai, M. Vahedi, R. Pagani, G. D'Ottavio*

AGENDA DELLA SCUOLA
19 ECM: corsi proposti maggio-giugno 2003
20 Elenco Coordinatori negli ospedali

AVVISI

SONO STATI PROROGATI AL 30 MAGGIO I TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI DOCENZA DEI CORSI SEMESTRALI ANNO ACCADEMICO 2003/2004

CONVENZIONI DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA CON STRUTTURE SANITARIE

di Antonio De Laurenzi
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Grazie all'impegno della Scuola Medica Ospedaliera e alla collaborazione e sensibilità dimostrate dalle direzioni generali, sono state sottoscritte convenzioni tra la Scuola e alcune Aziende ospedaliere, ASL ed altre strutture sanitarie e, precisamente, con l'Azienda S. Camillo-Forlanini, l'Azienda Sanitaria Locale Roma E ed il Policlinico Militare Celio.

Sono inoltre in corso analoghe trattative con altre strutture sanitarie.

Queste nuove convenzioni costituiscono un'ulteriore opportunità per tutti i colleghi che vorranno svolgere attività didattica nell'ambito delle strutture sanitarie.

Viene qui di seguito pubblicato lo schema di convenzione proposto dalla Scuola. ■

Convenzione tra la Scuola Medica Ospedaliera e l'Azienda Ospedaliera ..... per la organizzazione di attività formative destinate a laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria e diplomati in lauree brevi dell'area sanitaria

TRA

La Scuola Medica Ospedaliera (in seguito denominata *SMO)* con sede legale in Roma, Borgo S. Spirito, 3 - 00193 - Roma (C.F. n. 80402110581 P.IVA 02137951006) in persona del suo Presidente e legale rappresentante Prof. Antonio De Laurenzi nato Pentone (CZ) il 26.06.1932, domiciliato per la carica ove sopra, avente i poteri di firma del presente atto ai sensi dell'art. 10 del vigente Statuto

E

L'azienda Ospedaliera .....(in seguito indicata come *Azienda)* con sede in Roma, Via ..... – (C.F./P.

IVA n. ……..) in persona del Direttore Generale Dr. …… nato a ……..il …… e domiciliato per la carica ove sopra, avente i poteri di firma in virtù della deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. ……, confermati con deliberazione del Consiglio Regionale del Lazio n. …….. e successivamente riconfermati con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. ……..;

PREMESSO

- che la *SMO* ha ottenuto il riconoscimento della personalità giuridica, ai sensi dell'ex art. 12 del codice civile, con delibera della Giunta Regionale del Lazio n. 3210 del 5.6.81;
- che con successiva delibera della Regione Lazio n. 12581 del 27.12.89 è stata individuata la *SMO*, "per la sua peculiare funzione didattica, come Istituzione di riferimento e di consulenza per la programmazione, l'organizzazione delle attività di formazione permanente dei medici in servizio, degli altri sanitari laureati e del personale paramedico";
- che anche in virtù della succitata deliberazione la *SMO* possiede tutti i requisiti per lo svolgimento di attività formative del personale sanitario;
- che l'art. 33 comma 3 del Contratto Collettivo Nazionale di lavoro dell'area della Dirigenza medica e veterinaria del comparto Sanità (provvedimento del Presidente del Consiglio dei Ministri 12.9.96 pubblicato sulla G.U. - Serie generale n. 304 del 30.12.96), secondo quanto previsto dall'articolato vigente del Contratto Collettivo Nazionale di lavoro, stabilisce che "l'Azienda o l'Ente, nell'ambito dei propri obiettivi di sviluppo e nel rispetto dei criteri generali definiti nell'art. 5, realizza iniziative di formazione e di aggiornamento professionale obbligatorio anche avvalendosi della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati nel settore";
- che l'*Azienda* e la *SMO* attraverso iniziative singole e collegate intendono utilizzare capacità scientifiche ed organizzative possedute per attività didattica nei confronti del personale dell'area sanitaria;

Tanto premesso

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1

La premessa è parte integrante della presente convenzione.

ART. 2

Le attività formative organizzate dalla *SMO* si svolgeranno secondo le modalità, i contenuti e la durata che saranno deliberate dal Consiglio Direttivo della *SMO* nel rispetto del vigente statuto, previo accordo con la Direzione Generale dell'*Azienda*.

ART. 3

Le attività formative richieste dall'*Azienda* o concordate con essa, saranno attuate dopo valutazione collegiale da parte dei rispettivi rappresentanti. L'*Azienda* infatti si avvale della *SMO* per organizzare attività formative destinate a laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria, diplomati in lauree brevi dell'area sanitaria, ivi comprese quelle attinenti all'ECM.

ART. 4

Per l'attuazione del rapporto di collaborazione di cui al precedente art. 3 il personale docente e' composto da:

a) personale laureato dell'*Azienda*, individuato dal Direttore Generale o da un suo delegato nel quadro del programma delle attività didattiche previste, che espleta a tempo determinato le funzioni di docente;

b) soci docenti della *SMO*

ART. 5

La *SMO* nomina tra i soci docenti facenti parte

dell'*Azienda* uno o più coordinatori d'intesa con il Direttore Generale.

ART. 6

La *Azienda* individua e mette a disposizione per le attività formative idonei locali fra cui le aule didattiche.

ART. 7

La *SMO* riserva in forma gratuita per i dipendenti dell'*Azienda* il 10% dei posti delle attività formative di tipo semestrale e biennale. Per le attività ECM la *SMO* proporrà alla Azienda corsi con accreditamento ECM da essa organizzati. L'iscrizione a questi corsi, che si svolgeranno all'interno dei suoi ospedali, sarà riservata ai suoi dipendenti. L'*Azienda* partecipa o si fa carico delle spese dei corsi sostenute dalla *SMO*.

ART. 8

La *SMO* si impegna *a* mettere a disposizione gli ausili didattici di sua proprietà occorrenti per l'espletamento dei corsi e a provvedere ad eventuali sostituzioni, riparazioni o nuove assegnazioni di ausili didattici.
Gli ausili didattici sono utilizzati nei locali indicati come sede delle lezioni dai proponenti delle attività formative.

ART. 9

Le attività formative dovranno svolgersi per la parte pratica durante l'orario di servizio, al fine di consentire ai discenti il contatto con i pazienti.
La parte teorica si svolgerà al di fuori dell'orario di servizio, ovvero durante le ore destinate all'aggiornamento professionale e all'attività didattica come da contratto collettivo nazionale di lavoro.
Nell'espletamento delle attività formative, dovrà essere tenuta presente la necessità che le attività didattiche, specie quelle di carattere pratico, siano coordinate con le attività specifiche dell'*Azienda*.
Docenti ed allievi hanno l'obbligo, per quanto concerne l'attività da svolgere, all'osservanza delle norme che disciplinano i servizi dell'*Azienda*.

ART. 10

La *SMO* si riserva di dare pubblicità alle iniziative didattiche di qualsiasi tipo, avvalendosi degli organi di stampa e radiotelevisivi, oltre che di altro materiale divulgativo.
Le cerimonie inaugurali e di chiusura dei corsi con relativa consegna dei diplomi saranno concordate con l'*Azienda*.

ART. 11

I discenti durante le giornate in cui si tengono i corsi presso l'*Azienda*, sono assicurati contro gli infortuni nonchè per la responsabilità civile verso terzi oltre che per le malattie professionali riconosciute dall'INAIL tramite polizze assicurative stipulate annualmente dalla *SMO*.

ART. 12

La presente convenzione ha durata triennale a decorrere dal giorno della sottoscrizione e può essere prorogata per un uguale periodo di tempo, salva la facoltà delle parti di recedere dandone comunicazione a mezzo lettera raccomandata spedita con almeno 60 giorni di anticipo rispetto alla scadenza.

ART. 13

La presente convenzione sarà registrata in caso d'uso.
Le spese di bollo sono ripartite fra le parti in misura uguale.

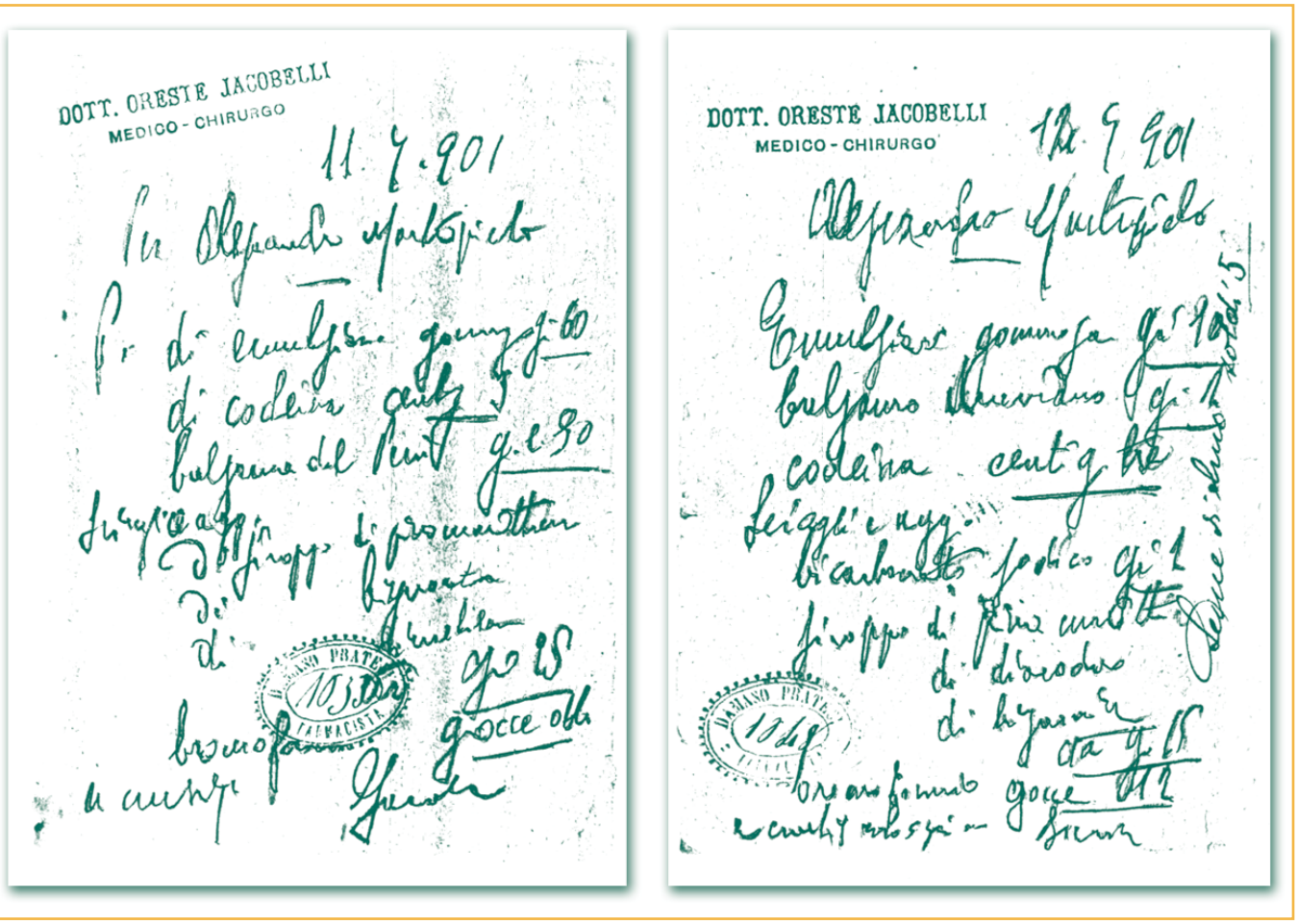
Roma,

Scuola Medica Ospedaliera	Azienda Ospedaliera
	…….....
Il Presidente	Il Direttore Generale
Prof. Antonio De Laurenzi	Dr. ……

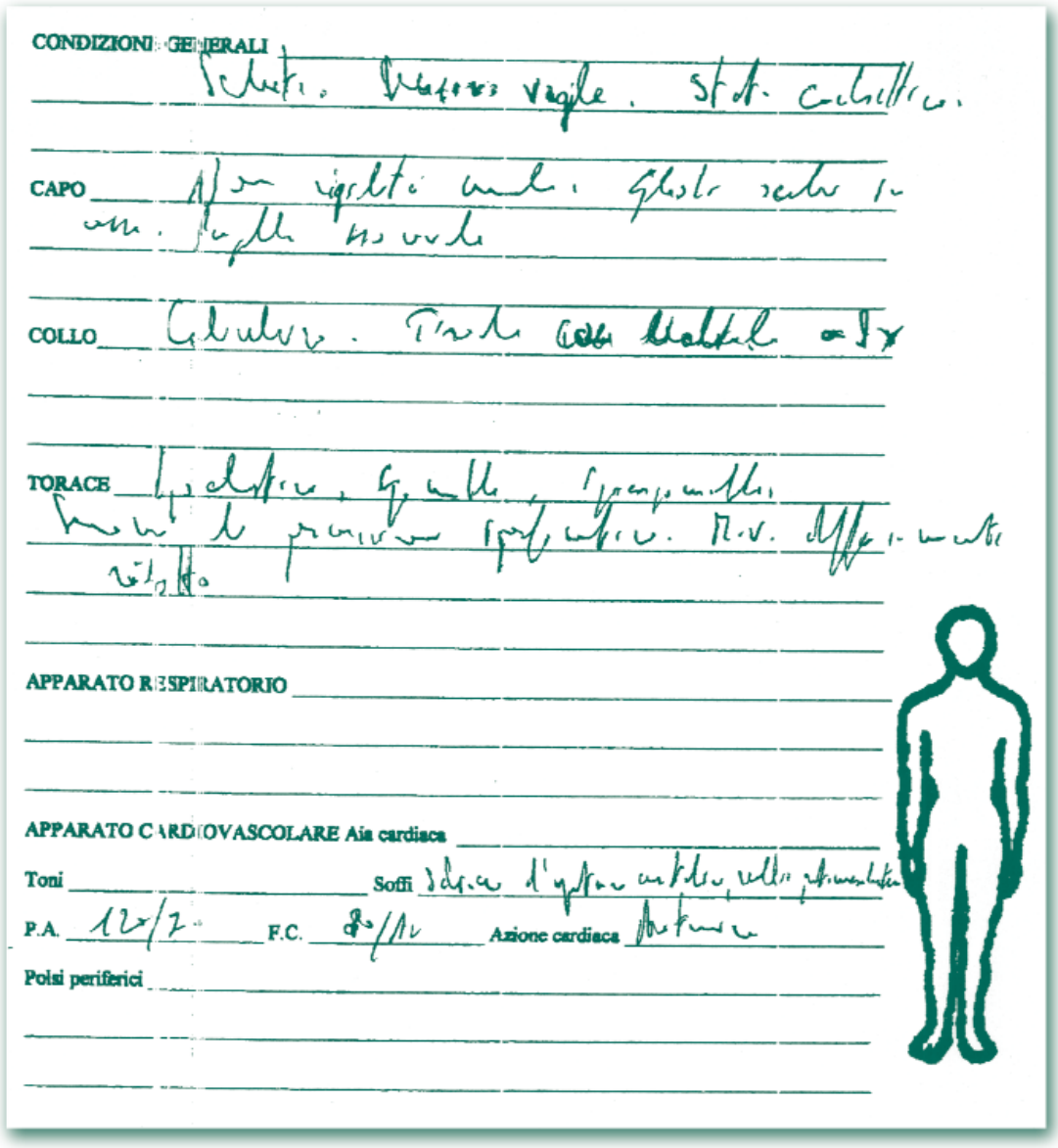
I MEDICI E LA SCRITTURA: COMMENTI SU UNA STORIA SENZA FINE

di Luciano Persico
Primario Medico Emerito - Ospedale San Giovanni - Roma

La nozione che la scrittura manuale dei medici è molto spesso indecifrabile ha una origine che è difficile collocare nel tempo, ma che quanto meno risale ai primordi del secolo testè trascorso, come può evincersi, ad esempio, dall'esame di alcune ricette in nostro possesso, redatte nell'anno 1901 e nelle quali la grafia impiegata non è certo delle migliori. Il malvezzo di prescrivere, di annotare e talora anche di refertare in termini poco comprensibili, è tuttavia andato aggravandosi con il trascorrere degli anni, al punto che ormai è divenuto un luogo comune il riscontro di circostanze in cui la comprensione di ciò che i medici scrivono, sembra essere un appannaggio riservato quasi esclusivamente a loro stessi, anziché ai destinatari cui si rivolgono.
A fronte di questa incivile abitudine, c'è dunque da chiedersi quali siano i motivi che la determinano e quali le conseguenze che essa può comportare.
Sul piano dei motivi, varie eventualità possono essere prese in esame. Tra queste, in primo



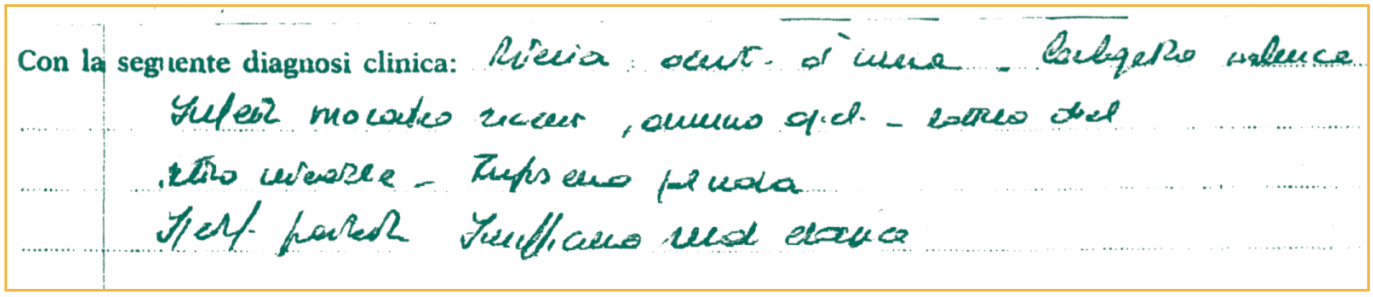
Due ricette del 1901.


CONDIZIONI GENERALI
CAPO
COLLO
TORACE
APPARATO RESPIRATORIO
APPARATO CARDIOVASCOLARE Aia cardiaca
Toni
Soffi
P.A.
F.C.
Azione cardiaca
Polsi periferici

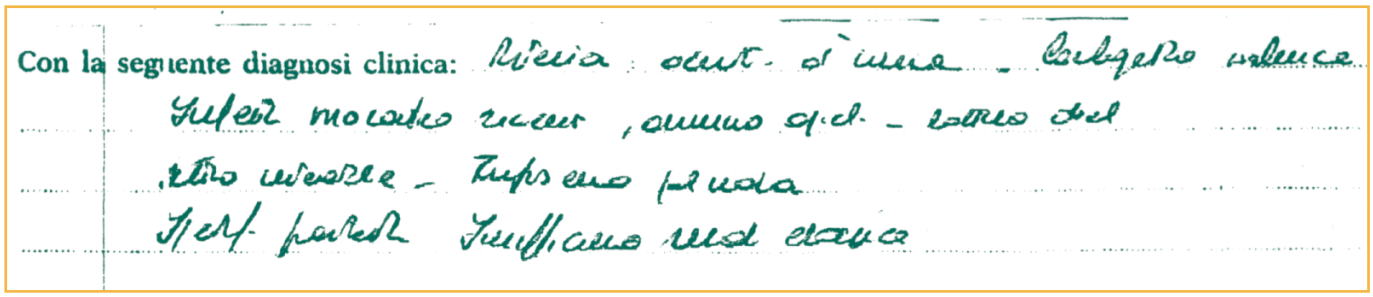
Parte di un esame obbiettivo (da fotocopia di cartella clinica).

luogo, figura di certo una colpevole indifferenza nei riguardi del diritto che gli altri posseggono di comprendere i messaggi che vengono loro inviati, senza dover compiere sforzi di decifrazione, che per di più finiscono sovente per risolversi in un insuccesso.
Se si considera che la scrittura è uno dei mezzi di comunicazione universalmente accreditati e che con il suo impiego, nel nostro campo, vengono espressi pareri diagnostici, fornite notizie cliniche e prescritti mezzi terapeutici in momenti di particolare vulnerabilità psico-fisica di chi ai medici è costretto a fare ricorso, è facile comprendere il disagio ed il disappunto indotti negli interessati da queste missive incomprensibili. Ciò vale per i pazienti che restano confusi sulle modalità con cui attenersi alle prescrizioni, per i farmacisti che leggono con difficoltà il nome dei farmaci indicati nella ricetta, ma ancor più per gli stessi medici che attendono dal rapporto dei colleghi interpellati, informazioni e chiarimenti.
I farmacisti, anche se con un certo fastidio e dopo essersi invano consultati tra loro, cercano di risolvere il problema, se la ricetta è intestata al nome del medico prescrittore, attaccandosi al telefono e chiedendo spiegazioni. Una impresa, questa, che però diviene a dir poco difficile se la ricetta è invece su carta intestata a qualche istituzione

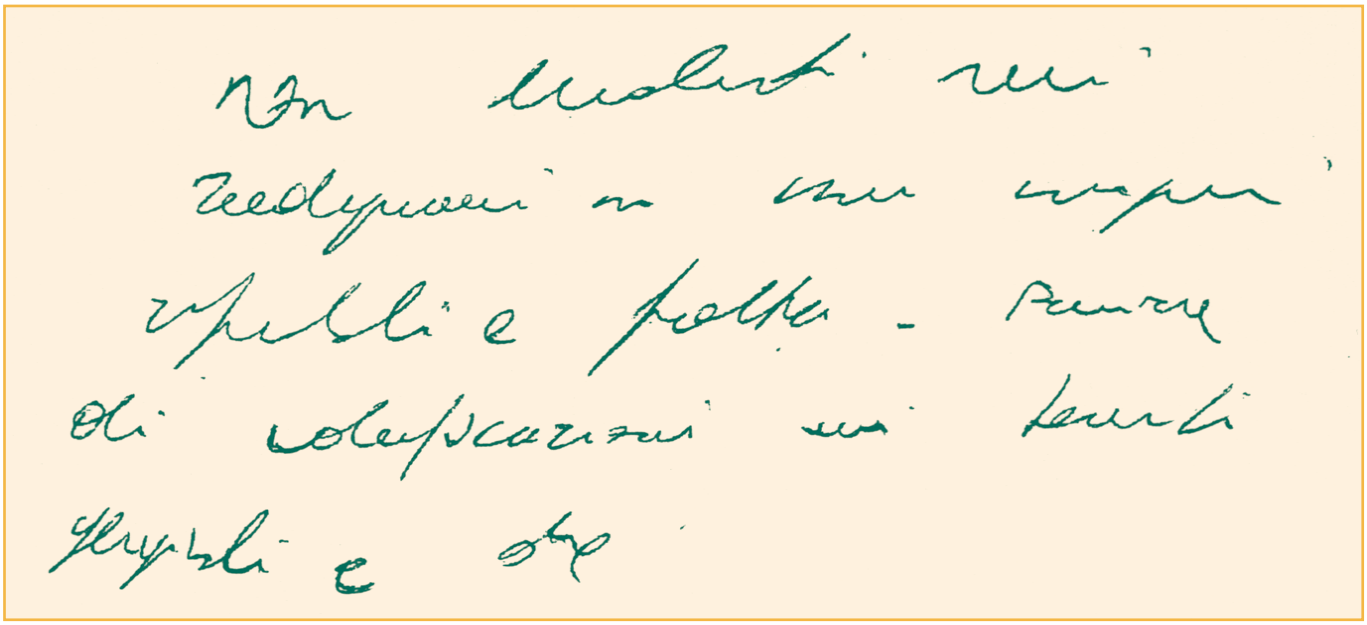
sanitaria, o perfino impossibile se lo sgorbio usato quasi sempre come firma, non si accompagna ad un timbro personale di riconoscimento. Ma può accadere di peggio e cioè che in buona fede, credendo di aver decifrato l'enigma, il farmacista scambi il nome di un prodotto con quello di un altro, a causa di una apparente analogia grafica, e che quindi fornisca al malato inconsapevole, un farmaco che con la sua affezione non ha nulla a che vedere.
Il paziente, da parte sua, allorché sia incerto su come regolarsi, ricorre al sanitario che lo assiste chiedendo lumi, per cui alla fine riesce in genere ad ottenere le informazioni che gli occorrono, se nel frattempo non ha già assunto per sbaglio un farmaco diverso da quello che avrebbe dovuto ricevere.
Ma coloro che si trovano più spesso in grave imbarazzo a causa della cacografia, sono proprio i molti medici cui capita di imbattersi in messaggi che non di rado, in quanto a caratteri calligrafici, stanno tra il cuneiforme ed il cirillico. Basti pensare ad esempio, alle difficoltà che creano e al malcontento che suscitano consulenze o referti di indagini strumentali più o meno illeggibili, al cospetto di un paziente che "sta sulle spine", in attesa che il suo problema clinico venga risolto.
Ciò che più preoccupa, tuttavia, è che il malcostume fin qui messo all'indice, ha trovato ormai da tempo un intollerabile terreno di coltura anche nelle cartelle cliniche ospedaliere. In esse, infatti, sempre più di frequente, i pareri degli specialisti, i rapporti estemporanei dei medici di guardia, le descrizioni degli interventi chirurgici, le notizie riportate nel diario quotidiano della degenza e talora perfino l'esito di ricerche diagnostiche, finiscono per trasformarsi in autentici "rompicapo".
Problemi di comprensibilità, questi, che poi troveranno altri destinatari, quando le copie di tali cartelle, spesso già poco leggibili per difettoso fotocopiaggio, giungeranno a chi cura i pazienti a domicilio. "Intra moenia", però, pur se vivacizzato da proteste quasi sempre inefficaci, il contatto chiarificante con i maldestri redattori, è in qualche modo a portata di mano; "extra moenia", viceversa, come è facile comprendere, la inintelligibilità di ciò che è scritto, crea un impaccio operativo ancor maggiore, oltre che non poco risentimento.
Ma cos'altro si nasconde dietro la indifferenza nei riguardi dell'obbligo di farsi comprendere allorché si comunica per iscritto?
A tale proposito, benché individualmente diverse, molteplici eventualità possono essere chiamate in causa. Va subito anche detto che chi scrive questo articolo non possiede di certo i



Diagnosi clinica riportata in una scheda di dimissione da una unità di medicina interna.

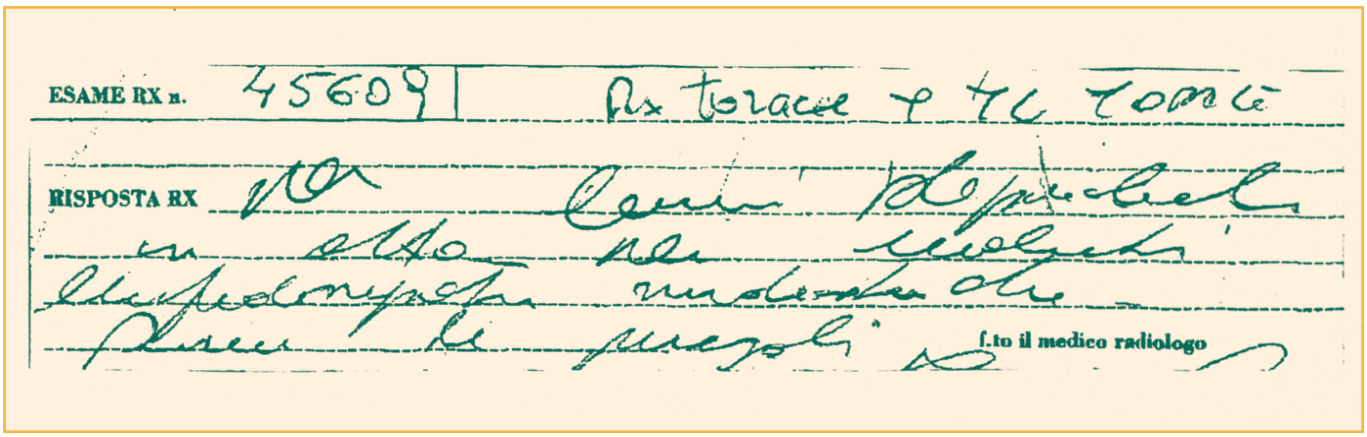


Referto di consulenza fisiatrica.



Referto di un esame radiografico della mandibola.

requisiti istituzionali per svolgere una indagine grafologica, in grado di far risalire ai connotati che configurano la personalità dei cacografi: ciononostante, sulle premesse psicologiche di tale negligenza, qualche impressione e qualche ipotesi è legittimo e ragionavole prospettare e porre in risalto.
In genere è quasi sempre rintracciabile una ostinata abitudine a perseverare nel malcostume calligrafico, giacché malgrado i ricorrenti inviti e le non meno insistenti contestazioni ai trasgressori, essi continuano imperterriti a "far orecchie da mercante", lasciandosi scivolare addosso le proteste come se non li riguardassero.
Benché sia palese a chiunque la fondatezza di tali richiami, il non riconoscerne la accettabilità ed il non esserne indotti a modificare le proprie abitudini, denuncia arroganza di contegno, una visione distorta dei propri compiti oltre che disprezzo per le regole deontologiche.
Resta peraltro non facile comprendere, nei singoli casi, se tutto ciò deriva da una incapacità di autocritica, o da un senso di ridicola onnipotenza a causa del quale si è portati a ritenere che debbano essere immancabilmente gli altri ad adattarsi alle fogge del proprio operato, o da una meschina maniera di imporsi per compensare le proprie frustazioni esistenziali. Ma a prescindere dai tentativi di spiegazione in chiave psicodinamica di un simile comportamento, c'è comunque da sottolineare che

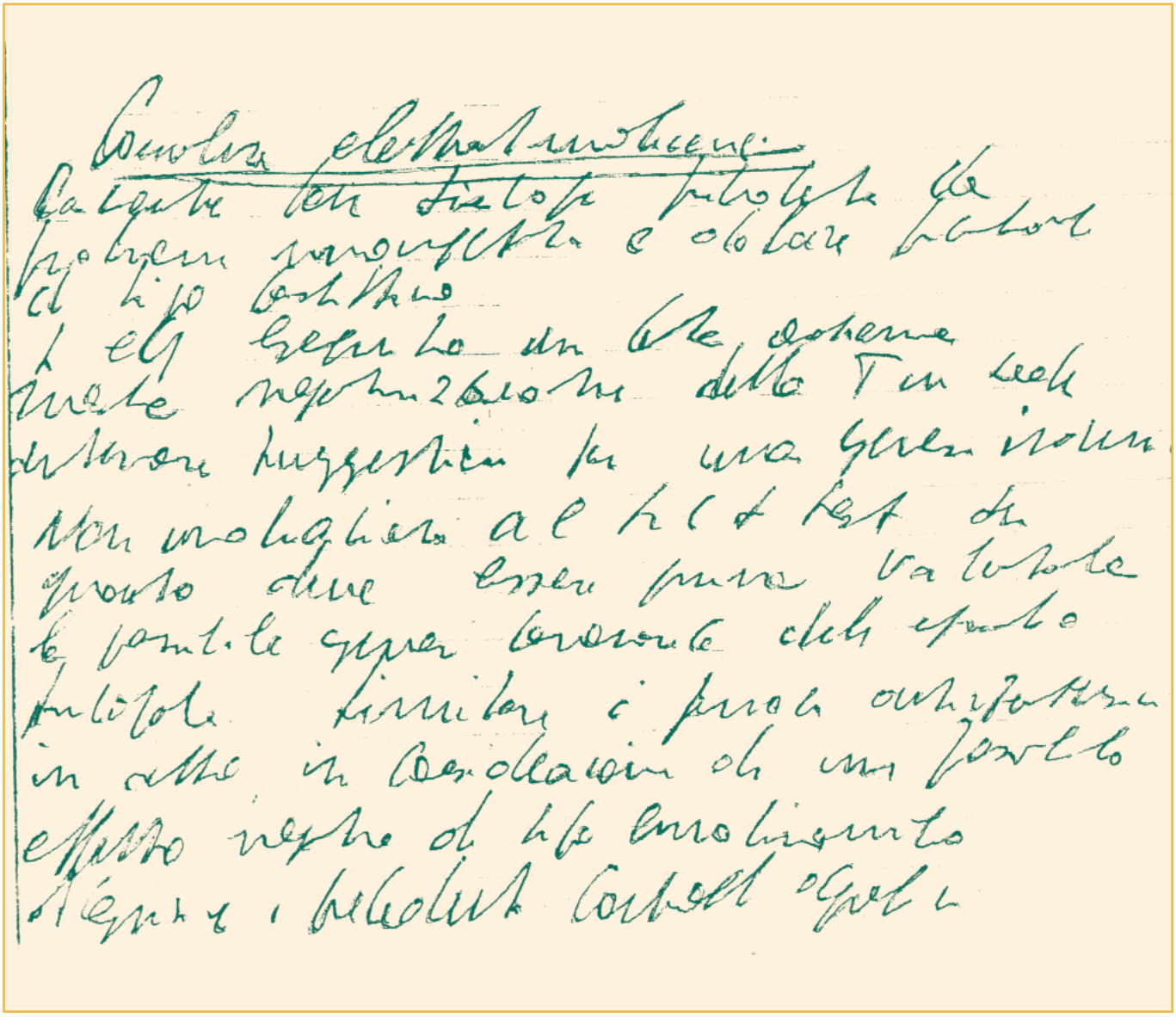


Referto di una radiografia del torace.

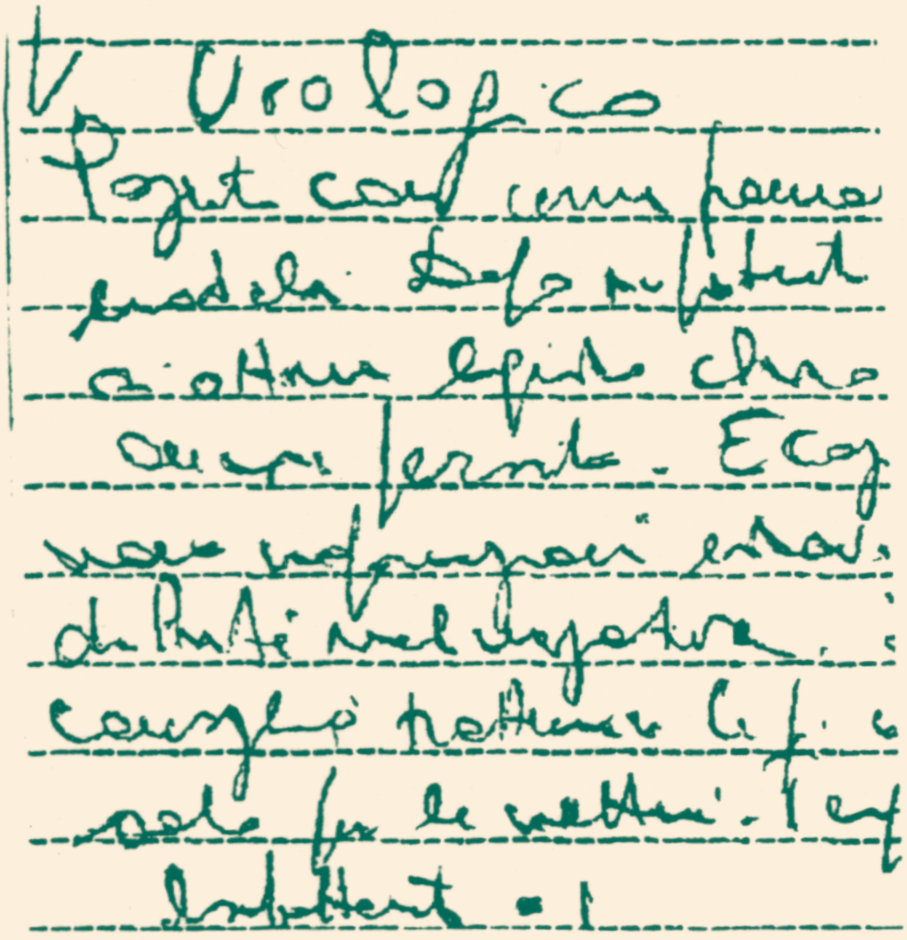
quest'ultimo mette a nudo anche un insufficiente livello di professionalità.
I trasgressori, infatti, non tengono alcun conto delle potenziali implicazioni dannose che per errori interpretativi e/o per incomprensibilità di dati, il malcostume calligrafico può comportare per i pazienti,ostacolando, ritardando o compromettendo la soluzione dei loro problemi diagnostici e terapeutici. Né va sottaciuto che sul piano formale, una condotta del genere finisce per trasformarsi in una manifestazione di autentica villania nei riguardi dei colleghi cui i messaggi sono diretti.
Per giustificarsi di tale malcostume, molti di coloro che ne sono colpevoli chiamano in causa la fretta, imposta dagli impegni professionali assillanti. Un alibi, questo, che però, a nostro avviso, è discutibile oltre che censurabile.
È discutibile perché, anche se la fretta può talvolta essere complice di una così incivile abitudine, quelli che scrivono male per consuetudine, continuano ostinatamente a farlo senza tentare di rinunciarvi, ad onta dei rimbrotti che si levano da ogni parte nei loro riguardi; motivo per cui è inimmaginabile che ogni qual volta essi prendano in mano la penna, siano costretti ad usarla precipitosamente. C'è poi da aggiungere che buona parte degli scritti sotto accusa non provengono solo dagli affollatissimi studi dei medici di base e dagli ambulatori specialistici del SSN, ma anche da altri ambienti, come cliniche e studi privati dove la ressa è certo minore ed ancor di più da molti ospedali. In questi ultimi, ad esempio, a riprova che in genere la fretta non c'entra, quando si richiede in corsia una visita specialistica, il consulente, dopo aver svolto la sua indagine valutativa, si accomoda da qualche parte per registrare in pace il suo giudizio. Orbene, nonostante tutto ciò abbia luogo senza alcuna particolare restrizione di tempo, non di rado vengono alla luce autentiche mostruosità scritturali, la cui lettura rimane quasi sempre privilegio esclusivo di chi le ha partorite.
Una sorte, quella di essere costrette ad ostentare diagnosi illeggibili, che, tanto per citare un altro esempio di provenienza ospedaliera, tocca non di rado anche alla schede di dimissione, le quali non sono certo documenti rilasciati in emergenza, ma redatti al termine del lavoro di corsia e quindi senza necessità di provvedervi con "il laccio al collo" del tempo che stringe.
La fretta che si adduce come alibi per il dilagante fenomeno della "writing malpractice" è inoltre, per di più, anche censurabile, giacché quali che siano gli ambienti e le circostanze in cui referti, pareri diagnostici ed indicazioni terapeutiche vengono forniti per iscritto, la eccessiva precipitosità nel redigerli è sempre da bandire; essa infatti, sia perché accresce la incomprensibilità di ciò che si scrive, sia per l'eventuale imprecisione di giudizi e di proposte cui può condurre, ha come controparte il rischio di danni per gli altri.
Sarebbe tuttavia un errore supporre che il malcostume calligrafico con le implicazioni fin qui illustrate, affligga solo il nostro Paese. Anche all'estero, infatti, si conducono da tempo campagne contro la cattiva scrittura dei medici.

Negli USA, ad esempio, circa 15 anni or sono, K. White e J. Beary della Geogetown University, nel compiere una ricerca sulla qualità delle cure, incontrarono enormi difficoltà nel comprendere ciò che i medici avevano scritto.
Essi decisero allora di indagare sulla leggibilità delle "carte" del loro Ospedale. Orbene, il 16% di tutto ciò che era registrato a mano nelle cartelle, in notificazioni ed in certificati, risultava illeggibile; appariva altresì impossibile decifrare circa il 50% del testo di relazioni nonché la firma di 8 medici su 10. Nel denunciare un tale stato di cose in una lettera al New England Journal of Medicine, essi concludevano sottolineando che il prezzo pagato dalla illeggibilità si traduceva in un calo qualitativo delle cure ed in uno spreco di tempo professionale. (N. Simonetti da Il Medico d'Italia n° 32, aprile 1987).
Nel corso degli ultimi lustri, allo scopo di indurre i medici a farsi carico di una diversa maniera di scrivere e per richiamare nuovamente la loro attenzione sulle conseguenze cui può dar luogo la incomprensibilità dei loro scritti, sporadiche campagne di stampa sono state svolte anche nel nostro Paese, per iniziativa di qualche dirigente di ordini e di associazioni professionali. Ciò è avvenuto non solo con l'ausilio di periodici di

categoria, ma pure con quello di quotidiani a larga diffusione, per coinvolgere anche l'opinione pubblica nel tentativo di fronteggiare questo spinoso problema e di trovare il modo per risolverlo. Tuttavia, sebbene ogni volta le rituali proteste siano tornate a galla con sempre maggiore incisività ed abbia trovato sempre più spazio la denuncia dei disagi e degli inconvenienti che questo intollerabile malvezzo dei medici è in grado di causare, in pratica, per quanto risulta dal diretto monitoraggio, anche personale, del fenomeno, nulla sembra cambiato nel corso degli anni.
Nemmeno i risvolti medico-legali che possono derivarne con le sanzioni penali ed amministrative che essi comportano, appaiono aver posto un freno alla indifferenza con cui vengono accolti gli inviti a cambiare abitudini.
E che tali sanzioni vengano imposte, lo dimostra, ad esempio, una vicenda svoltasi di recente in una località del Texas. Qui un uomo di 42 anni è deceduto in seguito all'uso di un farmaco diverso da quello prescritto e che egli aveva ricevuto per errore dal suo farmacista, a sua volta tratto in inganno dalla mal decifrabile calligrafia con cui il medico aveva stilato la ricetta.
Orbene, oltre alle implicazioni di ordine morale e giuridico che questo caso ha avuto per i responsabili, entrambi, e cioè sia



Referto di consulenza elettrofisiologica (servizio di elettrostimolazione).



Referto di consulenza urologica.

il farmacista che il medico, sono stati condannati al pagamento di 225.000 dollari ciascuno. (Ministero della Sanità; Bollettino d'Informazione sui farmaci, 2000 – VII – 46).

D'altra parte, anche la stessa crescente diffusione della informatica e la sempre più larga disponibilità di computer, dalle quali molti hanno sperato di ottenere quanto meno una parziale bonifica di quella che può ben definirsi la palude degli scritti illeggibili, fino ad oggi non sembra aver dato i frutti previsti, giacché non pochi referti, ricette, pareri e relazioni, continuano a circolare avvolti da un alone di "inviolabilità interpretativa" e quindi destinati a rimanere compresi solo da coloro che li hanno redatti.

Sul piano prognostico, dunque, la situazione non può essere vista che con pessimismo, se anche Aldo Pagni, che in virtù del suo ruolo istituzionale può contare su un monitoraggio panoramico continuo del contegno tenuto dalla classe medica italiana, afferma che "chiedere ai medici una calligrafia tonda e chiara è semplicemente utopico, così come è impossibile insegnare ai pazienti a decifrare le ricette (Il Messaggero, 2.XII.1999).

Un giudizio, questo, cui per completezza, sarebbe opportuno aggiungere, pur essendo consapevole di rincarare la dose, che anche per molti medici, benché avvantaggiati dalla conoscenza del linguaggio tecnico, continuerà a rimanere assai difficile e talvolta perfino proibitivo, comprendere ciò che non pochi dei loro colleghi scrivono, almeno fin quando persevereranno nell'uso di una grafia da analfabetismo comportamentale. Senza piccarsi di lungimiranza, è quindi facile prevedere che il problema della scrittura dei medici ha tutti i requisiti occorrenti per restare irrisolto a tempo indeterminato. ■

E.B.M.
MIGLIORARE LA PRATICA CLINICA

di Settimio Pavoncello
Dirigente I° Livello - Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini - Servizio di Endocrinologia - Roma

Negli ultimi dieci anni abbiamo assistito all'ingresso dell'acronimo E.B.M. (Evidence-Base-Medicine: Medicina Basata sull'Evidenza Clinica) nella Letteratura Medico-Scientifica, con il risultato di suscitare perlomeno la curiosità di ogni professionista medico impegnato nello svolgimento della propria specializzazione.
E.B.M. sigifica integrare i migliori risultati della ricerca, l'esperienza clinica ed i dati dei pazienti; esso è anche definito da Rosenberg e Donald come "il processo sistematico di riferimento, valutazione ed utilizzo dei dati della ricerca contemporanea, per dare fondamento alle decisioni cliniche".
Partendo da tali definizioni, una delle prime considerazioni da fare è quanto e come la ricerca effettivamente si traduca in un miglioramento nell'assistenza e nella cura dei pazienti ricoverati presso reparti di degenza ospedalieri o visitati negli ambulatori dai medici di medicina generale.
In realtà, la distanza che talvolta separa la ricerca dalla pratica clinica era già stata osservata dall'epidemiologo Archibald Cochrane all'inizio degli Anni Settanta e questa esigenza di avvicinamento tra "ricercatori" ed operatori impegnati nell'assistenza medica quotidiana è stata poi ripresa negli anni novanta dalle Associazioni Scientifiche che si occupano di E.B.M.
In Medicina, la raccolta di prove utili ai fini di un cambiamento sostanziale nella diagnosi (per esempio, l'uso di nuove metodiche) e/o nella terapia di una particolare malattia viene ottenuta mediante l'empirismo di stampo positivistico (comune a tutte le Scienze Naturali), ma anche da studi eseguiti con metodi quantitativi (osservazione e misurazione), quali sono i trial randomizzati e controllati, meta-analisi, studi caso-controllo, studi su coorti e studi osservazionali.
Non tutti gli studi pubblicati sulle riviste mediche nazionali ed internazionali contengono però informazioni di impatto immediato sulla nostra pratica clinica quotidiana.
Nel caso dei trial randomizzati, esiste uno schema di esposizione del lavoro ben codificato che permette al lettore delle riviste che lo adottano nell'accettazione dei lavori (JAMA, BMJ, Lancet, CMAJ, NEJM) di avere un atteggiamento critico nei confronti di quanto sta leggendo, potendo valutare la presenza/assenza delle informazioni necessarie per la credibilità del trial in questione, in relazione alla possibilità applicativa dei dati emergenti nella propria realtà lavorativa.
Esiste poi la possibilità che, per ragioni di tempo (solitamente sempre troppo poco!) a disposizione per l'aggiornamento, mancanza di ampie fonti di informazione medico-scientifica ed altro, si acquisiscano risultati di un trial circa un argomento specifico senza ricercare eventuali altri lavori che potrebbero fornire dati in direzione opposta a quanto da noi già appreso.
Aggiungiamo a tutto questo la possibilità (tristemente non remota !!!) che alcuni trial siano sponsorizzati da Ditte Farmaceutiche e pertanto sollevino il dubbio legittimo circa l'oggettività dei risultati esposti e che alcune riviste, accettando maggiormente studi che evidenzino risultati positivi (in termini di significatività statistica, per esempio sulla maggiore efficacia di un farmaco rispetto ad altri nel trattamento di una condizione morbosa), inducano l'autore a modificare i dati rilevati nel proprio studio.
È per questi motivi preferibile attingere informazioni dalle meta - analisi (quando ne esistano in relazione all'argomento di nostro interesse) che presentino sintesi quantitative dei risultati dei principali trial randomizzati e controllati dello stesso trattamento, in una particolare condizione clinica o malattia (una

fonte particolarmente prolifica è la Cochrane Collaboration, consultabile in internet).
Il reperimento di fonti riconosciute attendibili a livello internazionale (secondo quanto sopra esposto) è reso possibile, ottimizzando il tempo a disposizione per il proprio aggiornamento professionale, tramite l'accesso ad Internet verso Banche dati quali la Cochrane Collaboration, riviste elettroniche come ACP Journal Club, EBM edizione Italiana, Bandolier e la consultazione di Riviste come JAMA, NEJM, Lancet, Annals of Internal Medicine, BMJ (per citare alcune tra le più famose), nonché Database del tipo EBMR (Evidence Based Medicine Reviewers) secondo la OVID Technology con la possibilità di trovare, mediante ricerca avanzata per parole chiave, quanto disponibile nella letteratura internazionale circa l'argomento di interesse specifico, in poco tempo e spesso dal proprio computer.
La necessità quotidiana di un flussso di informazioni valido, l'inadeguatezza di un aggiornamento basato esclusivamente sulle fonti tradizionali (i testi spesso alla data di immissione in commercio contengono già nozioni vetuste !), la discrepanza esistente tra l'esperienza che aumenta con gli anni di pratica medica e la conoscenza che spesso (tristemente !) non cresce in egual misura, l'esigua disponibilità di tempo da dedicare all'aggiornamento professionale personale, sono tutte considerazioni che dovrebbero essere di impulso verso la creazione di un "pabulum" favorevole all'attecchimento di una medicina basata sempre più sull'evidenza clinica nella nostra comunità medico-scientifica.
L'applicazione metodica e costante di un aggiornamento razionale ed efficace potrebbe anche ridurre l'incidenza dell'errore medico (omissione di intervento o intervento inappropriato, cui consegue un evento avverso clinicamente significativo) con una rilevanza notevole in ambito medico-legale (risarcimenti economici dei pazienti lesi, procedimenti penali, costi sociali).
Un aggiornamento medico-scientifico condotto secondo Ebm dovrebbe essere di pertinenza della E.C.M. (Educazione Medica Continua) con la speranza di non dover più tornare a casa dopo aver frequentato un Corso di Aggiornamento con il dubbio di non aver appreso nulla o poco che potrà poi modificare la nostra pratica medica quotidiana.
In ambito Ospedaliero e nella Medicina di base, ove è possibile disporre di un elevato numero di pazienti afferenti, sarebbe auspicabile la progettazione di studi prospettici, con trial randomizzati, formulati per rispondere alle domande poste sia dall'utenza (pazienti stessi) che dai medici operanti nei vari Dipartimenti (ASL per i medici di medicina generale) coadiuvati da epidemiologi clinici per evitare errori sistematici nella raccolta/valutazione dei dati, ricordandoci che SI PUÒ MIGLIORARE SOLTANTO CIÒ CHE È MISURABILE. ■

BIBLIOGRAFIA

- BEGG et al, Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: the Consort statement. *JAMA* 1996, 276: 637-39.
- EGGER M., DAREY SMITH, G- Meta-analysis: potentials and promise. *BMJ* 1997, 315, 1371-74.
- EGGER M. et al, Bias in location and selection of studies. *BMJ* 1998, 316, 61-66.
- ELSTEIN A.S., Heuristics and biases: selected errors in clinical reasoning. *Acad Med* 1999; 74: 791-94.
- HAYNES R.B. et al, Bridges between health care research evidence and clinical practice - *Journal of the American Medical Information Association* 1995, 2, 342-50.
- JADAR A.R. et al - Methodology and reports of systematic reviews and meta-analyses. A comparison of cochrane reviews with articles published in paper-based journals. *JAMA* 1998; 280: 278-80.
- SACKETT D.L. et al, Evidence Based Medicine - Second Edition, *Harcourt Health Sciences*, 2000.
- SACKETT D.L. et al, Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't, *BMJ* 1996; 312: 71-2.
- SACKETT D.L. et al, Finding and applying evidence during clinical rounds: the evidence cart. - *JAMA* 1998; 280: 1336-8.
- SMITH R., What clinical informations do doctors need? - *BMJ* 1996; 313: 1062-8.
- SHANGHNESSY A.F. et al, Clinical jazz: harmonizing clinical experience and evidence based medicine - *J Fam Pract.* 1998; 47: 425-28.
- WEED L., New connections between medical knowledge and patient care - 1997 *BMJ*, 315: 231-35.
- WILKIE T., Sources in science: who can we trust? - *Lancet* 1997; 347, 1308-11.
- RICHARDSON S. et al, The well -built clinical question: a key to evidence-based decisions - *ACP Journal Club*, 1995, November- December , A12-13.

LA BIOETICA TRA UTOPIA E REALTÀ
Accademia dell'Arte Sanitaria, dicembre 2002

BIOETICA ED EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

di Giorgio De Simone
Dirigente Medico - Azienda Sanitaria S. Camillo-Forlanini - Vicepresidente della SMO

L'opportunità cortesemente offertami di partecipare ad un concerto di voci così autorevoli, per trattare di un problema di tanto momento, in una fase storica quanto mai delicata del rapportarsi dell'uomo con il tumultuoso divenire delle conoscenze e della tecnologia, è per me invero preziosa per più di un motivo.
Lo è in particolare per la possibilità di proporre la Scuola Medica Ospedaliera, di cui mi onoro di essere il Vicepresidente, alla ribalta dell'ECM, forte del patrimonio di secolari tradizioni e di fondamentali esperienze sedimentate nel tempo, così come per il piacere di alimentare un sentimento ed un valore, quello dell'amicizia, che Cicerone, insieme con la saggezza, poneva a fondamento del miglior modo di essere dell'uomo.
Il titolo dell'odierno incontro, la bioetica tra utopia e realtà, stimolante provocazione dialettica, coglie l'essenza più intima della questione che dobbiamo poter e saper affrontare, costituendo ad un tempo l'espressione della vitalità di una sfida, con cui da sempre si misurano pensatori, scienziati, cultori a diverso titolo della materia.
È così che ho pensato di proporvi un breve viaggio nel dubbio cercando nelle radici e nel loro divenire, nelle testimonianze del pensiero e delle esperienze, una sorta di lampada di Diogene.
La ricerca etica, è stato giustamente detto, ha il suo movente nell'incertezza, verità quanto mai calzante in ambito di bioetica, laddove l'etica, quale filosofia morale, costume, comportamento, è sospinta verso i confini dell'ignoto.
Quanto tempo è passato da Socrate, Platone, Ippocrate, Galeno, Seneca, per citare solo alcuni padri della impostazione etica del pensiero e dei comportamenti, quanto da Spinoza e Kant.
Eppure quelle fondamentali proposizioni tornano attuali per stimolare l'orgoglio delle coscienze ed anticipare alcuni dei temi centrali di cui si dibatte, quali, in termini di bioetica, il dover far sorgere questa dall'interno per così dire della ricerca, o il doverla considerare una parte dell'etica, come tale fortemente ancorata alla dignità della persona umana, alla sua dignità cioè ontologica, che prescinde dallo stato di sviluppo della persona e dalla qualità della sua vita fisica, dignità della persona nella quale non può non annullarsi la antinomia tra l'etica laica e l'etica cristiana.
Abbiamo tutti chiaro, credo, ma merita ricordarlo, che i problemi bioetici possiedono una peculiarità che dà loro una valenza esponenziale, rispetto a quelli etici sensu strictiori, peculiarità che deriva dall'impetuoso progredire delle conoscenze e dall'avanzare della tecnologia verso nuove frontiere.
Quanta strada è stata percorsa da quando Watson e Crike segnarono una svolta epocale con la decifrazione della struttura del DNA.
Una strada fatta di acquisizioni immunologiche e tecnologiche che hanno reso sempre più diffusa e sicura la pratica dei trapianti, di sviluppo della microchirurgia e della protesica, di costruzione di supporti di straordinaria importanza, quali il navigator o i nanorobot, di approfondimenti sulle stupefacenti potenzialità delle cellule staminali, di conquiste nel campo della genomica (ricordo che sin dal 1084 W.F. Andersson auspicava lo sviluppo della terapia genica), della proteomica, della farmacogenomica, sicché già da oggi si disserta sull'inquinamento genetico e sulla ricerca nell'era post-genomica come ci è capitato di leggere nell'annuncio di un incontro scientifico.
Una strada fatta cioè di pietre miliari, ma disseminata di insidie e di incontri talora sconcertanti, come la notizia che in Inghilterra l'ufficio dei Brevetti della Comunità avrebbe registrato ufficialmente protocolli relativi alla clonazione applicata all'uomo, notizia questa apparsa sulla stampa e secondo la quale un gruppo di nove scienziati americani e canadesi vorrebbe iniettare nell'embrione di un topo, allo stadio iniziale dello sviluppo, cellule staminali prelevate da un embrione umano per studiare dal vivo la differenziazione delle staminali, dando vita ad un chimerismo genico di inquietanti prospettive, non certo alleviate dall'avere il topo un patrimonio genico per l'80% circa simile a quello umano; per non dire poi della notizia che una squadra di bio-

ingegneri cercherà di creare una nuova forma di vita in laboratorio, secondo l'annuncio dato da Craig Venter e Hamilton Smith.
Quale è dunque il ruolo della bioetica nel big bang di questi nostri tempi?
Quando nel 1970 l'oncologo Van Renssalaer Potter coniò appunto il termine di bioetica, non immaginava certo quanta crescente attualità avrebbe acquisito con l'andar del tempo.
Diceva A De Tocqueville nel suo "l'antico regime e la rivoluzione" che nulla è tanto superficiale quanto attribuire la grandezza e la potenza di un popolo al solo meccanismo delle leggi, perché in questa materia non è tanto la perfezione dello strumento, quanto la forza dei motivi a dare i risultati.
Il richiamo sembra quanto mai pertinente, atteso che l'esigenza da ciascuno avvertita di una regolamentazione bioetica delle moderne pratiche scientifiche, supera lo sforzo normativo compiuto attraverso la istituzione nel nostro Paese del Comitato Nazionale di Bioetica con decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 28/03/90, anche se purtroppo solo 30 anni dopo la nascita dei Comitatri etici statunitensi; evento, quello testé ricordato, cui vanno ad aggiungersi la definizione delle funzioni dei Comitati etici, quali strutture indipendenti a pubblica garanzia, con il decreto ministeriale n. 86 del 27/04/1992 in recepimento della direttiva CEE 91/507 meglio nota come Good Clinical Practice, nonché la esplicitazione del parere obbligatorio e vincolante dei Comitati etici con i decreti ministeriali n. 162 del 15/07/1997 e con quello del 18/03/1998.
Ho ritenuto opportuno richiamare l'attenzione dell'uditorio sulle considerazioni brevemente espresse perché parlare di bioetica e di educazione continua in medicina esige un ricordo vivo delle radici, una presa di coscienza adeguata per meglio rispondere alle gravose inconbenze alle quali il medico, tra gli altri, è chiamato e pone una pressante esigenza, quella cioè di inserire nell'approccio culturale ed affettivo ad ogni atto medico, una costante riflessione sulle scelte e sui comportamenti, nel solco di quel che già affermava Aristotele circa la decisione fondata sulla percezione.
La crescente attenzione che oggi viene posta sui problemi di rilevanza medico-legale che l'incessante divenire dello scenario adombra come nuovi e spesso di non facile soluzione, è certo da salutare positivamente per richiamare quelle norme di prudenza, perizia e diligenza, che costituiscono l'architrave della professione e che vivono nelle proposizioni del programma di educazione continua in medicina, sapere, saper fare, saper essere.
Mi sia consentito dire che nessuno, più del medico, dovrebbe sentire questo insieme di imperativi categorici, questa tensione etica, che costituiscono elemento fondante della sua dignità e che ben si accordano con quanto asseriva Emanuel Kant, l'essere cioè l'idea giusta se la norma cui risponde può essere resa universale e con il principio per cui Iustitia est ad alterum.

Se quindi è al contesto che ho cercato di delineare che occorre riferirsi, l'educazione continua in medicina non può prescindere:

1) da una ricognizione culturale che informi le coscienze o, se del caso, le formi (absit iniuria verbis);
2) da una attenzione più insistita verso i principi e le norme del codice di Deontologia Medica, per la sua naturale connotazione etica;
3) dal dovere di inserire nel codice mentale e comportamentale una sorta di monitoraggio sul tasso di prudenza, perizia e diligenza;
4) dalla dimestichezza con una onesta autovalutazione;
5) dal non prestarsi ad una cultura che, come è stato rilevato, si basa su posizioni paradossali al punto che il diritto, da fonte di ordinamento, rischia di divenire fonte di dissoluzione (vedi ad esempio le contraddizioni delle leggi sulla famiglia o della legge 194);
6) dall'adeguare il livello di conoscenza a problemi emergenti, quali quelli posti dalle tecniche di fecondazione artificiale, di maternità surrogata, di interventi sull'embrione e sul feto o dalle cure verso la fase terminale della vita.

Mi piace ricordare che è possibile cogliere nel panorama qualche segnale incoraggiante.
Penso in particolare alla frequenza crescente con la quale in ogni ambito di iniziative scientifiche specialistiche si pone l'accento sulle implicazioni medico-legali; un proposito, questo, che deve rappresentare una costante allorché si propongano nuovi eventi formativi, come aspetto di una più ampia disamina di ordine bioetico; tanto più che in non poche istituzioni ospedaliere si vanno costituendo delle unità di Risk-management, non solo con funzioone di medicina difensiva per gli addetti ai lavori, ma soprattutto con lo scopo di tutelare i pazienti attraverso il miglioramento qualitativo delle prestazioni ad essi fornite.
Il viaggio nel dubbio si conclude, almeno per questa sera, ripensando alla affermazione socratica "io so di non sapere", ricordandosi di un ammonimento sempre attuale "primum non nocere" ed esortando tutti noi a cercare nell'intimo quelle ragioni che la ragione non conosce. ■

ILEO BILIARE: PROBLEMI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTO CHIRURGICO

di F. Boccaccini, G. Lai, M. Vahedi, R. Pagani, G. D'Ottavio
Divisione Chirurgica 2 (Primario Dott. G. D'Ottavio) - Ospedale San Carlo di Nancy - IDI Sanità - Roma

Introduzione

Delle varie forme di occlusione intestinale l'ileo biliare rappresenta un evento piuttosto raro con una frequenza oscillante tra l' 1% ed il 5%, a seconda degli Autori [1,3,5,9,10,11], ma insidioso in quanto nonostante i notevoli progressi delle metodiche diagnostiche e di quelle chirurgiche, questa affezione è associata ad un tasso eccessivamente elevato di morbosità e di mortalità [1-4].

La malattia colpisce prevalentemente l'età senile ed il sesso femminile, con un rapporto medio F:M di 5:1 [6], probabilmente per la maggior frequenza della calcolosi biliare e per la progressiva frequenza di complicanze infiammatorie con il progredire dell'età. Inoltre è spesso associato, come del resto avviene anche nella colelitiasi, ad una elevata frequenza di altre importanti affezioni sistemiche quali l'obesità, il diabete e le malattie cardiovascolari [7].

L'occlusione intestinale, di tipo meccanico, solitamente è dovuta al passaggio, attraverso una fistola bilio-digestiva spontanea, di uno o più calcoli dalla via biliare nell'apparato gastroenterico e, conseguentemente, al loro arresto nel lume intestinale nella gran parte dei casi a livello dell'ileo distale (90%), più raramente interessando il duodeno (S. di Bouveret) (5%) od il colon (5%) [8,12], soprattutto nel suo segmento sigmoideo [13].

Generalmente la fistola biliare interna risulta essere secondaria alla colelitiasi ed alle sue complicanze che si instaurano conseguentemente a fenomeni di colecistite acuta e/o cronica oppure di colangite.

La malattia frequentemente decorre in forma subclinica; manifestazioni cliniche si presentano solo nel 15% dei casi [8], spesso con un quadro subdolo e, comunque, condizionato dal livello della fistola e dalle dimensioni del calcolo. Il primo sintomo ad insorgere è il dolore che risulta essere intermittente, peristaltico, esacerbato dai cambiamenti di posizione del paziente e dagli sforzi, che a volte progredisce con il calcolo e che si irradia inizialmente a tutto l'addome tendendo poi a localizzarsi in fossa iliaca destra [14]; spesso è presente vomito che è di tipo alimentare se il calcolo si arresta al di sopra della papilla di Vater, biliare se al di sotto, fecaloide nelle ostruzioni basse.

Prendendo spunto da un caso, non risoltosi spontaneamente, giunto alla nostra osservazione, abbiamo voluto rivedere le problematiche diagnostiche e le controversie sui possibili trattamenti chirurgici anche alla luce dei dati desunti dalla letteratura internazionale più recente.

Caso Clinico

S.M., sesso femminile, di anni 68, giunta alla nostra osservazione con diagnosi di "Sindrome dolorosa addominale e quadro subocclusivo".

A.P.R..- riferisce ipertensione arteriosa e diabete mellito in trattamento con terapia medica; da circa 10 anni sa di essere affetta da calcolosi renale e colecistica. Riferisce allergia al metamizolo sodico.

A.P.P.- paziente paucisintomatica (vaghi disturbi dispeptici e, saltuariamente, modesto dolore epigastrico); giunge alla ns. osservazione trasferita dal reparto di Dermatologia di altra struttura ospedaliera dove era ricoverata per Lichen Ruber Planus. Riferisce che alcuni giorni prima del ricovero erano comparsi dolori addominali diffusi accompagnati da astenia e, occasionalmente, vomito biliare. Il giorno antecedente il trasferimento si è verificato un progressivo peggioramento delle condizioni generali con episodi di vomito fecaloide, febbricola (37,4°C) e chiusura dell'alvo a feci e gas.

E.O.- La paziente al ricovero si presenta in condizioni generali discrete. L'addome è disteso, trattabile, non dolente alla palpazione dei piani superficiali e di quelli profondi. Il segno di Blumberg è negativo. All'ascoltazione la peristalsi è assente. All'esplorazione

digito-ano-rettale l'ampolla risulta vuota. Posizionato un sondino naso-gastrico (S.N.G.) si evidenzia un ristagno di materiale gastro-enterico di circa 2000 cc.
Gli esami di laboratorio mostrano la presenza di: modesta leucocitosi con neutrofilia, iperglicemia, iperazotemia.
Si esegue una Rx diretta addome che rileva la presenza di livelli idro-aerei di alcune anse digiuno-ileali, localizzati in fossa iliaca destra ed assenza di aria libera sottodiaframmatica. A completamento dell'esame diretto dell'addome si esegue anche una ecotomografia che evidenzia una distensione delle anse del tenue su tutto l'ambito addominale senza alcuna dilatazione del colon. Tale reperto si accompagna alla presenza di gas nelle vie biliari e di litiasi colecistica. Non si evidenziano calcoli all'interno del lume ileale.
Si decide, quindi, di procedere ad intervento chirurgico d'urgenza, nel corso del quale è possibile confermare i referti della ecografia e porre diagnosi di ileo biliare. Con una enterolitotomia a circa 100 cm dall'ansa di Treitz si asporta un calcolo ovalare del diametro massimo di circa 4,5 cm; si effettuano contestualmente una colecistectomia con asportazione del tragitto fistoloso colecisto-duodenale a livello del ginocchio superiore e sutura delle brecce duodenale e ileale a punti staccati in doppio strato.
A conclusione dell'intervento si esegue un controllo della tenuta della breccia suturata mediante iniezione ed insufflazione di Blu di metilene attraverso il SNG. Si chiude la parete per strati, lasciando un drenaggio. Il decorso post-operatorio è stato regolare con comparsa di un isolato picco febbrile (38,4°C) in II giornata p.o., canalizzazione alle feci in V giornata p.o., rimozione del drenaggio in VIII giornata p.o. e dimissione della paziente in X giornata.

Considerazioni critiche e Discussione

Inizialmente, la sintomatologia dell'ileo biliare è piuttosto vaga ed intermittente, probabilmente perché il calcolo determina una occlusione parziale del lume intestinale durante la progressione al suo interno. Successivamente, ma non sempre, si verifica una occlusione completa accompagnata dalla comparsa di distensione delle anse intestinali e vomito. L'intervallo tra l'esordio sintomatologico ed il ricovero ospedaliero è, mediamente, di 5 giorni così come viene riportato da Kurtz et coll. [15] nella loro analisi retrospettiva riguardante un periodo di 45 anni.
Affinché le formazioni litiasiche possano determinare l'ileo biliare, è indispensabile che i calcoli abbiano delle dimensioni maggiori di 2,5 cm. La sede più frequente di ostruzione è rappresentata dall'ileo distale, che rappresenta la porzione di minor calibro del tenue e quella che ha la minor forza peristaltica rispetto ai tratti più a monte. In letteratura sono riportati, tuttavia, casi di ileo biliare determinati da calcoli aventi dimensioni inferiori: ciò può essere spiegato o con la concomitante presenza di riduzione di calibro del lume intestinale così come avviene in caso di neoplasie, enterite di Crohn, divericolite o stenosi post-radioterapia [8,16,17] oppure, più semplicemente, con il fatto che il calcolo spesso è di forma asimmetrica e che non sempre il suo asse maggiore si dispone lungo l'asse maggiore del lume intestinale. L'incidenza di una calcolosi multipla è riportata con percentuali variabili fra il 3 ed il 40% a seconda degli Autori [1,4,7,10,11,15,18]. A tal proposito, indicativa è la presenza di un calcolo sfaccettato, piuttosto che ovoidale, morfologia questa che dovrebbe indurre il chirurgo ad eseguire una accurata palpazione manuale dell'intero intestino dal duodeno fino al retto [1,7].
L'insorgenza subdola ed il polimorfismo sintomatologico, giustificano il fatto che in circa il 60% dei casi non è possibile fare una precisa diagnosi pre-operatoria [1,4,7,11,15,18], oppure questa risulta tardiva, ritardando così il giusto approccio chirurgico e quindi influenzando negativamente la prognosi.
La diagnosi radiologica di ileo biliare si basa principalmente sui classici segni descritti da Rigler ("triade di Rigler") [19] evidenziabili con la radiografia diretta dell'addome a vuoto:

- aerobilia;
- occlusione intestinale;
- immagini radiopache ectopiche, la cui sede può variare cambiando la posizione del malato.

Già la presenza di due soli dei tre segni può però essere considerata patognomonica di questa malattia [7,10,15] poiché questa triade è presente in modo completo solo nel 10% dei casi [20]. I tre elementi semeiologici possono essere scarsamente apprezzabili sui radiogrammi diretti dell'addome. Nell'ileo biliare l'occlusione si accompagna ad un ristagno di liquidi maggiore di quello che ha luogo in altre forme di ileo meccanico: la via biliare provvede, infatti, al riassorbimento dell'aria deglutita che si accumula al di

sopra dell'ostruzione per cui, nel lume intestinale rimane solo il liquido ristagnante [21].
L'aerobilia richiede, per verificarsi, la pervietà del dotto cistico o la presenza di fistola coledoco-duodenale. Nella maggior parte dei pazienti l'ostruzione del dotto cistico rappresenta l'evento fisiopatologico che determina la colecistite ed eventualmente porta alla formazione di una fistola bilio-enterica. Ciò spiega perché l'aria è frequentemente assente dall'albero biliare. Va ricordato, tuttavia, che l'aerobilia non è specifica dell'ileo biliare in quanto può essere dovuta anche a cause diverse da essa.
Il calcolo è riconoscibile con l'indagine radiologica solo nel 25-33% circa dei casi [20]; i grossi calcoli, in grado di determinare l'ileo biliare, hanno generalmente un sottile guscio calcareo, scarsamente apprezzabile però se sovrapposto a strutture scheletriche nel radiogramma antero-posteriore con paziente nella posizione supina. Anche nel nostro caso il calcolo è rimasto misconosciuto.
Alcuni autori ritengono indispensabile il ricorso ad indagini contrastografiche [20], non sempre giustificabili nei pazienti con addome acuto anche perché determinano un allungamento dei tempi diagnostici
È per questo che la metodica ecotomografica assume un ruolo di particolare importanza, essendo in grado di integrare efficacemente le informazioni ottenute con l'Rx diretta dell'addome, poichè di fronte ad un addome povero di contenuto gassoso, è in grado di dimostrare la distensione liquida delle anse intestinali e di identificare la presenza di aerobilia associata a "colecisti vuota", anche in caso di una sua scarsa rappresentazione radiologica. Inoltre, a volte, è in grado di dimostrare l'eziologia dell'ostruzione, visualizzando direttamente il calcolo all'interno dell'ansa dilatata, calcolo che appare come formazione ecogena con cono d'ombra posteriore a localizzazione intraluminale, anche quando questo risulti radiotrasparente all'esame radiologico diretto dell'addome. Ciò a conferma del fatto che, benché considerato un campo di esplorazione arduo per l'ecografia, l'intestino, in determinate condizioni patologiche, viene facilmente analizzato con questa tecnica, tanto che con essa le sue alterazioni possono essere talora identificate anche in prima istanza. Il ricorso all'ecografia permette altresì di evitare l'esecuzione di esami radiologici con mezzo di contrasto. Un ulteriore vantaggio è rappresentato dalla possibilità di ottenere una diagnosi differenziale tra l'ileo biliare ed altre affezioni che possono essere causa di aerobilia. È evidente che il raggiungimento di una diagnosi precoce incide positivamente sulla prognosi della occlusione intestinale che è, a tutt'oggi, gravata da una elevata letalità post-operatoria.
Per quanto riguarda il trattamento chirurgico, non c'è uniformità di indirizzo. L'intervento chirurgico rimane comunque il trattamento di scelta. Nell'ostruzione dell'intestino tenue è richiesta una enterolitotomia, con una incisione longitudinale praticata sul versante antimesenterico in prossimità del punto in cui si è arrestato il calcolo [15,18].
Si procede poi ad una accurata chiusura della enterolitotomia, solitamente con una sutura trasversale, per evitare un restringimento del lume intestinale. Talvolta, in presenza di una perforazione può rendersi necessaria una resezione intestinale.
L'espulsione manuale del calcolo attraverso la valvola ileo-cecale è da sconsigliarsi per il pericolo di ledere la mucosa intestinale e di determinare rotture misconosciute della parete del viscere. Per gli stessi motivi è inopportuno provare a risolvere l'ostruzione ricorrendo alla frantumazione intraluminale del calcolo [2,7,15,18].
Il problema più dibattuto dell'ileo biliare è se sia più corretto trattare contemporaneamente l'ostruzione e la fistola biliare (trattamento in un tempo), risolvere l'ostruzione e rimandare la correzione della fistola ad un secondo momento (trattamento in due tempi) oppure non correggerla affatto. Malgrado alcune fistole tendano a chiudersi spontaneamente una volta che il calcolo sia passato giustificando, quindi, la sola enterolitotomia, la insorgenza di colangiti conseguenti alla permanenza della fistola e la maggiore frequenza di carcinoma della colecisti, hanno convinto alcuni Autori ad eseguire la colecistectomia con la riparazione della fistola o contestualmente alla enterolitotomia o a distanza da essa durante un secondo intervento chirurgico [1,7]. Noi abbiamo ritenuto di risolvere il problema in un tempo, preoccupati dalla presenza di calcoli nella colecisti (seppure di diametro inferiore a quello responsabile dell'occlusione) oltre che dalla possibile insorgenza di episodi infettivi nell'immediato periodo post-operatorio, ciò che si verifica più spesso specie nei pazienti anziani e defedati.
Purtroppo la disomogeneità delle casistiche rende difficilmente con-

frontabili tra loro i risultati ottenuti dai vari Autori.
Recentemente, è stato proposto il trattamento chirurgico combinato videolaparoscopico e tradizionale a cielo aperto allo scopo di minimizzare il trauma operatorio, facilitare la guarigione e prevenire la possibile insorgenza di complicanze post-operatorie potenzialmente letali. Tra i vantaggi della laparoscopia c'è la miglior visione del campo operatorio, una più breve convalescenza ed una riduzione dei costi sanitari. Uno degli svantaggi è dato dalla difficoltà di poter esaminare l'intero intestino nel caso si ipotizzi il passaggio su esso di più calcoli. La tecnica laparoscopica era stata controindicata nei pazienti con ostruzione intestinale per il rischio di lesioni viscerali sia nella fase di induzione dello pneumoperitoneo sia al momento dell'inserzione dei trocar. A questo problema si è ovviato praticando una mini-laparatomia di circa 1 cm ed utilizzando un trocar a punta smussa fissato con dei punti alla fascia (trocar di Hasson).

Conclusioni

L'ileo biliare è una affezione piuttosto rara e, ancora oggi, di difficile diagnosi pre-operatoria per quanto debba essere sempre sospettato in presenza di un caratteristico quadro subocclusivo intermittente in un paziente colelitiasico con pregressi episodi colecistitici.
La sintomatologia non è caratteristica della affezione in esame, ma è comune agli altri quadri di ileo meccanico; più spesso colpisce pazienti anziani in condizioni generali scadute, con molteplici malattie associate, a volte marcatamente disidratati, nei quali non è sempre possibile raccogliere dati anamnestici attendibili o eseguire più fini indagini diagnostiche. L'uso dell'ecografia nelle urgenze addominali, associata all'esame radiologico diretto dell'addome, può permettere la diagnosi pre-operatoria di ileo biliare senza dover ricorrere ad altri presidi diagnostici.
Per quanto riguarda l'indirizzo chirurgico, la maggior parte delle casistiche internazionali vedono una netta prevalenza dei pazienti trattati con la sola enterolitotomia, rimanendo esiguo il numero di casi in cui è stato risolto anche il problema della fistola bilio-digestiva. Nel caso da noi descritto abbiamo preferito risolvere il problema della fistola contemporaneamente all'enterolitotomia per la presenza di litiasi residua all'interno del lume della colecisti. Tuttavia nelle casistiche più recenti, peraltro sempre modeste, la maggior parte degli Autori consigliano di procrastinare l'intervento di riparazione della fistola bilio-digestiva dopo aver portato il paziente nelle migliori condizioni generali possibili per affrontare un intervento che potrebbe riservare delle difficoltà tecniche non indifferenti. Di recente si è supposto che grazie alle nuove metodiche operative, la casistica degli interventi realizzati in due tempi con l'enterolitotomia effettuata per via videolaparoscopica, sia destinata ad accrescersi.
A nostro giudizio, tuttavia la necessità di una accurata ispezione di tutto il lume intestinale (ad esempio per escludere una calcolosi multipla) oltre ad alcune difficoltà intrinseche alla tecnica laparoscopica rendano ancora preferibile, se non in mani particolarmente esperte, la tecnica laparotomica su quella mininvasiva. ■

BIBLIOGRAFIA

1) ANDERSSON Å, ZEDERFELDT B.: Gallstone ileus. *Acta Chir. Scand.* 1969; 135: 713-7.
2) ASCHOFF A.J.,KRAMER S.C. et coll.: Diagnosis of gallstone ileus. *Z. Gastroenterol.* 1998 Sep; 36(9): 853-8.
3) BALTHAZAR E.J. et coll.: Gallstone ileus. The importance of contrast examination in the roentgenographic diagnosis. *AJR* 1975; 125: 374-9.
4) BALTHAZAR E.J. et coll.: Air in the gallbladder: a frequent finding in gallstone ileus. *AJR* 1978; 131: 219-22.
5) BAUERMEISTER G., AEPLER A.: Recurrent gallstone ileus: enmterolithotomy alone or synchronous complete management. *Zentralbl. Chir.* 1998; 123 Suppl. 2: 78-9.
6) BERLINER S.D. et coll.: One-stage repair for cholecyst-duodenal fistula and gallstone ileus. *Arch. Surg.* 1965; 90: 313-6.
7) BRYK D. et coll.: Fluid filled small bowel loops in gallstone ileus: clinical and experimental observations. *Invest. Radiol.* 1977; 12: 357-63.
8) COLVER R.M.: Laparoscopy: basic technique, instrumentation and complications. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1992; 2: 35-40.
9) DAY E.A., MARKS C.: Gallstone ileus. Review of the literature and presentation of thirty-four new cases. *Am. J. Surg.* 1975; 129: 552-8.
10) DEITZ D.M., BLAINE A. et coll.: Improving the outcome in gallstone ileus. *Am. J. Surg.* 1986; 151: 572-6.
11) FITZGIBBONS R.J. et coll.: Open Laparoscopy. In: Zucker K.A., ed. *Surgical Laparoscopy*. St. Louis: Quality Medical Publishing, 1991; 216-22.
12) GIUFFRÈ J.C.: Intestinal obstruction due to gallstone. *Dis. Colon Rectum* 1972; 15: 426-30.
13) GULLINO D. et coll.: Complicanze delle fistole biliari interne spontanee. *Min. Chir.* 1977; 32: 1221-38.
14) van HILLO M., van der VLIET J.A. et coll.: Gallstone obstruction of the intestine: an analysis of ten patients and a riview of the literature. *Surgery* 1987; 101: 273-6.
15) KASAHARA Y., UMEMURA H. et coll.: Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature. *Am. J. Surg.* 1980; 140: 437-40.
16) KURTZ R.J., HELMANN T.M. et coll.: Gallstone ileus, a diagnostic problem. *Am. J. Surg.* 1983; 146(3): 314-7.
17) KURTZ R.J. et coll.: Patterns of treatment of gallstone ileus over a 45 years period. *Am. J. Gastroenterol.*. 1985; 80: 95-8.
18) LAGO T.F., RUMI A., TESTONE G.: Colecistiti acute, fistole e peritoniti biliari. Progressi Clinici in Chirurgia 1(3). Piccin Ed. Padova, 1985.
19) LA MEIR M., VAN MOLHEM Y.: Recurrence of gallstone ileus with Crohn's disease. *Acta. Chir. Belg.* 2001Jan-Feb; 101(1): 35-7.
20) MILLER J.D.R., COSTOPOULOS L.B. et coll.: Gallstone ileus of the colon. *Br. J. Radiol.* 1965; 38: 960-1.
21) MILSOM J.W., MacKEIGAN J.M.: Gallstone obstruction of the colon. *Dis. Colon Rectum* 1985; 28: 367-70.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

CORSI PROPOSTI PER MAGGIO - GIUGNO 2003

CORSO	OSPEDALE	ORE	QUOTA ISCR.	DURATA	CREDITI
CHIRURGIA ORALE E IMPLANTARE *(Resp. Motta)*	FATEBENEFRATELLI	35	309,87	05/05/2003 10/06/2003	37
EMERGENZE ARITMICHE E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE *(Resp. Romoli)*	OSP. CIV. COLLEFERRO	20	206,58	06/05/2003 27/05/2003	20
PSICOLOGIA CLINICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE *(Resp. Grassi)*	ASL RM D	40	210,00	06/05/2003 10/06/2003	33 Med. 38 Psi.
QUALITÀ IN SANITÀ: SIGNIFICATO, LOGICHE E STRUMENTI *(Resp. Franco)*	ASL RM E	30	206,58	06/05/2003 09/05/2003	28
ENDOSCOPIA TORACICA *(Resp. Sanguinetti)*	OSP. SAN FILIPPO NERI	21	206,58	07/05/2003 18/06/2003	23
CHIRURGIA DELLE VARICI IN DAY HOSPITAL *(Resp. Marchese)*	CRISTO RE	25	260,00	08/05/2003 12/06/2003	18
CORSO TEORICO PRATICO DI TERAPIA INTENSIVA RESPIRATORIA *(Resp. Cademartori)*	OSP. SAN FILIPPO NERI	22	206,58	08/05/2003 10/07/2003	21
LA TRACHEOSTOMIA *(Resp. Cinini, Caruso)*	OSP. S. SPIRITO	20	206,58	08/05/2003 29/05/2003	17
LA CONSULENZA TECNICA NELLE CONTROVERSIE IN TEMA DI INVALIDITÀ CIVILE - LEGGE 222/84 *(Resp. Ciferri)*	DIREZIONE PROV. INPS - RIETI	28	154,94	08/05/2003 26/06/2003	24
CORSO TEORICO CLINICO DI MEDICINA PSICOSOMATICA *(Resp. Bernini, Germani)*	AZ. S. GIOVANNI ADDOLORATA	36	258,23	09/05/2003 14/06/2003	33 Med. 37 Psi.
LA CHIRURGIA DEI TERZI MOLARI, STEP BY STEP *(Resp. Di Dio)*	FATEBENEFRATELLI	32	309,87	12/05/2003 21/06/2003	30
SESSUOLOGIA CLINICA. AGGIORNAMENTI: PERVERSIONI SESSUALI E TRANSESSUALISMI *(Resp. Giampà, Valentini)*	S. CAMILLO	28	300,00	12/05/2003 16/05/2003	22 Med. 27 Psi.
ECOGRAFIA ADDOMINALE DI INTERESSE CHIRURGICO *(Resp. E. Santangeli, S. Santangeli)*	OSP. CIVILE FROSINONE	30	300,00	21/05/2003 18/07/2003	32 Med.
CHIRURGIA ONCOLOGICA DEL DISTRETTO CRANIO-MAXILLO FACCIALE *(Resp. Pesucci, Bellocchi, Montemari)*	S. CAMILLO	40	309,87	23/05/2003 21/06/2003	38 Odo. 38 Med.
CHIRURGIA OCULISTICA IN DAY SURGERY E AMBULATORIALE *(Resp. Sciuto, Fuschini, Pasquinangeli)*	OSP. OFTALMICO	30	206,58	09/06/2003 13/06/2003	32
CHIRURGIA ORALE AMBULATORIALE *(Resp. Condorelli)*	POLO ODONTOIATRICO ROMA D	45	258,23	09/06/2003 11/07/2003	50 Med. 50 Odo.
PERCORSI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI IN GINECOLOGIA ONCOLOGICA *(Resp. Sbiroli, Vizza, Cutillo)*	IST. TUMORI REGINA ELENA	49	206,58	09/06/2003 07/10/2003	50
DAL LABORATORIO GENETICO ALLA CONSULENZA GENETICA: UN PERCORSO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO *(Resp. Pergola)*	CONSULTORIO GENETICO ASL RM E	24	206,58	16/06/2003 27/06/2003	*
I FARMACI DEL DOLORE CRONICO *(Resp. Di Lazzaro, Vasa)*	AZ. OSP. S. GIOVANNI-ADDOLORATA	20	206,58	16/06/2003 17/06/2003	*

* Corso registrato presso il Ministero ed in attesa di crediti.

AGENDA DELLA SCUOLA

AGGIORNAMENTO ALL'ELENCO DEI COORDINATORI NEGLI OSPEDALI

- **CTO**
  G. Gattini - G. De Marinis
- **CLINICA VILLA BETANIA**
  D. Rossetti
- **ISTITUTO MATERNO REGINA ELENA**
  U. Scozzafava
- **ISTITUTO NAZIONALE DI RICOVERO E CURA - INRCA**
  D. Del Sindaco
- **ISTITUTO TUMORI REGINA ELENA**
  A. Pompili - M. Appetecchia
- **OSP. ADDOLORATA**
  L. Del Zoppo - A. Ingratta
- **OSP. CRISTO RE**
  F. Gasparri
- **OSP. G. EASTMAN**
  P. Fioritti - U. Rubei - E. Accivile
- **OSP. FATEBENEFRATELLI**
  D. Manfellotto - A. Motta - M. Di Dio
- **OSP. FORLANINI**
  P. Battistoni - M. Tronci - P. Petrini
- **OSP. G.B. GRASSI DI OSTIA**
  B. Condorelli - G. Fillari
- **OSP. ISRAELITICO**
  C. Pitigliani
- **OSP. OFTALMICO**
  F. Rosa - M.L. Penniello
- **OSP. S. CAMILLO**
  V. Miele - M.G. Graziani - A. Caviglia - P.G. Pino - G. Minardi - A. Clementi
- **OSP. S. CARLO DI NANCY**
  D. Moscato - S. Martorelli
- **OSP. S. EUGENIO**
  V. Blandamura - M. Minelli - N. Gioacchini
- **OSP. S. FILIPPO NERI**
  M. Vitillo - V. Altamura - S. Mancini
- **OSP. S. GALLICANO**
  A. Morrone
- **OSP. S. GIOVANNI**
  P. Dell'Agli - F. De Pascalis - G. Scaffidi
- **OSP. S. M. DELLA PIETA'**
  A. Iaria
- **OSP. S. PERTINI**
  R. Schirripa
- **OSP. S. PIETRO**
  P. Alimonti
- **OSP. S. SPIRITO**
  P. Ortensi - A.M. De Luca
- **NUOVO REGINA MARGHERITA**
  C. De Nuccio
- **POLICLINICO CASILINO**
  R. Bruni
- **POLICLINICO MILITARE DI ROMA**
  V. Contreas - N. Sebastiani
- **POLICLINICO UMBERTO I°**
  V. Renda - C. Mocci
- **OSP. CIV. ALBANO (REGINA APOSTOLORUM)**
  A.E. Catucci
- **OSP. CIV. ANZIO - NETTUNO**
  V. Monti
- **OSP. CIV. BRACCIANO**
  R. Boccascino
- **OSP. CIV. CIVITAVECCHIA**
  G. Turchetti
- **OSP. CIV. COLLEFERRO**
  B. Romoli
- **OSP. CIV. FRASCATI - MARINO - ROCCA PRIORA**
  V. Valentini
- **OSP. CIV. MONTEROTONDO**
  M. Rolloni
- **OSP. CIV PALOMBARA SABINA - TIVOLI**
  S. Cicia - M. Poerio
- **OSP. CIV. SUBIACO**
  U. Napoleoni
- **OSP. CIV. VELLETRI**
  M. Ferraro
- **OSP. CIV. ANAGNI**
  R. Cerreto
- **OSP. CIV. CASSINO**
  C. Mancone
- **OSP. CIV. FROSINONE**
  M. Beverati - G. Pizzutelli - A.Tremiterra
- **OSP. CIV. ISOLA LIRI - SORA**
  E. Zaccardelli
- **OSP. CIV. PONTECORVO**
  M. Di Cicco
- **OSP. CIV. CORI - FONDI - LATINA - PRIVERNO - SEZZE**
  A. Centra
- **OSP. CIV. FORMIA - GAETA - MINTURNO**
  F. Destrero
- **OSP. CIV. DI AMATRICE - RIETI**
  L. Angelini
- **OSP. CIV. MAGLIANO SABINA**
  A. Silvestri
- **OSP. CIV. ACQUAPENDENTE**
  R. Sani
- **OSP. CIV. CIVITA CASTELLANA**
  G. G. Giuri
- **OSP. CIV. VITERBO**
  S. Pompilio - D. Leone

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: A. De Laurenzi
- Vice-Presidenti: R. Picardi, G. De Simone
- Tesoriere: E. Giovannini
- Consiglieri Elettivi: S. Cademartori, L. Cardillo, M. A. Centra, E. Marovello, M. Moretti, S. Pavoncello, L. Persico, Q. Piacevoli, C. Sbiroli
- Consiglieri di Diritto: L. Benedettelli, F. Condò, G. M. Iadarola, M. Luminari, G. Nisticò, T. Pellegrini, A. Perrone, G. Visco
- Revisori dei Conti: P. Colombo, G. Vassallo, F. De Santis
- Consulente Amministrativo: S. Rijli

BOLLETTINO DELLA SMO

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- Direttore Responsabile: A. De Laurenzi
- Direttore Scientifico: L. Persico
- Comitato di redazione: L. Cardillo, G. Di Pietroantonio, D. Manfellotto, S. Pavoncello, L. Persico, V. Rulli, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta
- Grafica e impaginazione: F. Iacoponi
- Stampa: Nuova Editrice Grafica S.n.c.