

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXIV * NUMERO 6 * NOVEMBRE/DICEMBRE 2013

Spedizione in a.p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Salerno

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS



HIPPOCRATICA

ANNO XXXIV * NUMERO 6 * NOVEMBRE/DICEMBRE 2013

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

Autorizzazione del Tribunale di Salerno n. 515 del 15/12/1979

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c L. 662/96 - Filiale di Salerno

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

Socio Ordinario € 30,00 - Socio Onorario € 60,00

Numeri arretrati e Supplementi € 5,00 - Atti Congressi € 10,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno (IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

Adriano Berra, Giovanni Biasiucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Salerno, C. D'Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / Napoli.

Norme per i collaboratori

Coloro che desiderano inviare scritti da pubblicare su questa Rivista debbono farli pervenire al seguente indirizzo:

Redazione della Rivista "CIVITAS HIPPOCRATICA"

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

La Direzione della Rivista si riserva la scelta dei lavori da pubblicare nei vari numeri, essendo la precedenza condizionata alla migliore armonizzazione dei contenuti e di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali.

I lavori devono essere inediti e inviati in duplice copia, dattiloscritti a doppio spazio, in una sola facciata. E' auspicabile l'invio del lavoro su floppy disk o Cd Rom in Word per Windows o Macintosh. Le figure devono essere inviate, in un altro file, in formato TIF, JPG o EPS.

Nella prima pagina verranno indicati: il titolo, il nome e cognome per esteso degli Autori, l'Ospedale o Istituto di appartenenza e l'indirizzo dell'Autore al quale inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Ad ogni lavoro bisognerà allegare un riassunto (non più di 200-250 parole) e le parole chiave in italiano ed in inglese.

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all'Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l'importo realtivo al contributo stampa ed estratti.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E' riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

Tipolitografia Tirrena - Via Caliri, 36 - 84013 Cava de' Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Marzo 2014.



SOMMARIO

Editoriale	IV
<i>Anna Stella Ambrosio, Pasquale Bruno, Liliana Cascone, Giovanni D'Antonio, Ferdinando Pellegrino, Luigi Pizza</i>	
Il consenso informato e le responsabilità dell'infermiere	Pag. 95
Libri ricevuti	Pag. 102
<i>Giusepppe Lauriello</i>	
C'era una volta il sanatorio: Nascita e fine di una istituzione benemerita.	Pag. 103
Convegni	Pag. 106
<i>Luigi Capuano, Matteo Cavaliere, Giuseppe Parente, Maurizio Iemma, Alberto Damiano, Gabriella Pezzuti, Dante Lo Pardo</i>	
L'ossigenoterapia iperbarica nella ipoacusia improvvisa neurosensoriale: é utile la sua applicazione di routine?	Pag. 107
Indici	Pag. 112



Editoriale

Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2014.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci
Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno
(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)
o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli
Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989
intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

ASL SALERNO
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
AREA NORD
NOCERA INFERIORE
Direttore: Dott. Luigi Pizza

Il consenso informato e le responsabilità dell'infermiere

Anna Stella Ambrosio*, Pasquale Bruno**, Liliana Cascone***,
Giovanni D'Antonio*, Ferdinando Pellegrino*, Luigi Pizza

Parole chiave: Consenso informato, bioetica, informazione, autodeterminazione, amministratore sostegno.
Key Words: Informed consent, bioethics, information, self-determination, support administrator.

* Dirigente Medico Psichiatra
** Coordinatore Infermieristico Dipartimentale
*** Educatore Professionale

Ricevuto in Redazione il 21 dicembre 2013

RIASSUNTO

In Italia ogni trattamento medico o infermieristico richiede il preventivo consenso informato del paziente. Gli operatori sanitari devono fornire un'informazione integrata. In particolare è coinvolto l'infermiere. Come rilevato in alcuni studi il consenso informato è perseguito in modo non sempre corretto e perciò occorre un lungo lavoro a partire dalla formazione.

SUMMARY

Informed consent and responsibility of the nurse. In Italy, any medical or nursing treatment requires the prior informed consent of the patient. Health care providers must provide integrated information. Particularly the nurse is implicated. According to some studies, informed consent is pursued in ways not always correct, and therefore we need a long process beginning with the formation.

INTRODUZIONE

In Italia, qualunque trattamento sanitario, medico o infermieristico, necessita del preventivo consenso del paziente; è quindi il suo consenso informato che costituisce il fondamento della liceità dell'attività sanitaria.

Consenso informato significa:

- informare prima del consenso
- il soggetto principale non deve essere il proponente, bensì il destinatario.

Ciò ha causato numerose denunce nei confronti del personale sanitario da parte di pazienti che si ritengono danneggiati non per le conseguenze degli errori terapeutici, ma per l'errata od omessa informazione nei loro confronti, riguardo ai rischi ed alle conseguenze della terapia.

Autodeterminazione e consenso informato

Il consenso fornito dal paziente, per la prestazione a cui dovrà sottoporsi, diventa il mezzo tramite il quale si esercita il principio di autodeterminazione, cioè il diritto di ogni essere umano di poter disporre liberamente delle proprie scelte.

La legge 281/1998 tutela il fondamentale diritto degli utenti ad un'adeguata informazione e la legge 145/2001 afferma che non vi è alcuna possibilità di effettuare interventi sanitari senza espressione di consenso libero e informato.

Il coinvolgimento diretto dell'assistito è necessario per il soddisfacimento del suo diritto alla conoscenza dei dati clinici che lo riguardano, ma anche per renderlo parte attiva durante lo svolgimento del suo piano assistenziale.

Come stabilito dalla Corte di Cassazione fin dal 1985, la violazione del dovere dell'informazione è fonte di obbligo di risarcimento del danno. E se l'informazione risulti insufficiente, verrà valutata in sede penalistica (ex.art.48c.p.) quale condotta negligente, imprudente o imperita.

Il medico, inoltre, non è più l'unico professionista chiamato ad occuparsi di informazione e scelte consapevoli rispetto agli interventi sanitari; con lui tutti gli altri professionisti e non solo socio-sanitari, sono chiamati a inserire il proprio intervento in uno scenario di decisioni consensuali, in cui professionisti e assistito, in collaborazione tra loro, formulano le scelte diagnostiche - terapeutiche - assistenziali rispetto alle varie opzioni possibili.

Il codice deontologico infermieristico

In particolare nell'informare l'assistito è implicata la figura dell'infermiere. In proposito nel Codice Deontologico Infermieristico l'art. 23 afferma: l'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi-professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita. E, ancora, l'art. 24 afferma: l'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione alla sua capacità di comprendere.

Sull'argomento si è espresso con chiarezza anche il Comitato Nazionale per la Bioetica nel documento del 20 giugno 1992, il quale ha posto in evidenza l'ineludibilità del consenso informato del soggetto alle cure, con attenzione alla sua qualità di vita e alle modalità di raccolta.

Requisiti di un valido consenso e standard dell'informazione

I requisiti intrinseci di un valido consenso sono: la qualità della comunicazione; la comprensione dell'informazione; la libertà decisionale da parte dell'assistito; la capacità decisionale.

Gli standard di informazione proponibili possono essere di tipo "professionale", "medio", "soggettivo". Il primo (di tipo "professionale") dà un'informazione che soddisfa il criterio di correttezza tecnica secondo lo stato

delle conoscenze mediche, con conseguenti possibili incomprensioni da parte del destinatario dell'informazione. Lo standard "medio" deve essere rapportato a quanto una persona potrebbe comprendere della procedura medica che lo riguarda. Lo standard "soggettivo", in cui l'assistito vuole o può comprendere ciò che ritiene di maggiore significato per lui, con una conseguente personalizzazione di ciò che gli è stato detto. Il consenso va inteso principalmente come consenso esplicito. Atteggiamenti di presunzione vanno circoscritti solo a coloro che trovandosi in stato di incapacità psichica, sono incapaci di realizzare un attuale pericolo di grave danno (stato di necessità art. 54 C.p.p.). L'attuale codice deontologico prevede, inoltre, che il consenso venga oggi espresso in forma scritta, con particolare attenzione alla necessità di riassunzione del consenso informato nei casi in cui, nel corso dell'attuazione del pianoterapeutico, si rendessero necessarie delle modifiche non prese in considerazione precedentemente.

LE FONTI

Le fonti internazionali

Sul tema del consenso informato numerose sono le fonti internazionali. Il primo documento in cui si richiama la necessità del consenso informato del paziente prima di qualsiasi intervento medico, con particolare riferimento al contesto della sperimentazione sull'uomo, è il Codice di Norimberga del 1947, seguito nel 1964 dalla c.d. Dichiarazione di Helsinki della World Medical Association, più volte emendata, stabilendo che "un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato"(art.8), e poi occupandosi di contenuto, limiti ed effetti. La forza giuridica della Convenzione in Italia è attenuata dalla circostanza che la ratifica, avvenuta con la legge n.145 del 2001, non ha trovato ancora attuazione. Diversamente è accaduto per la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, c.d. Carta di Nizza, che, in quanto incorporata nel Trattato di Lisbona entrato in vigore nel dicembre 2009, ne ha assunto la medesima vincolatività. L'art. 3, comma 2, Carta di Nizza, prevede espressamente che nell'ambito della medicina e della biologia deve essere in particolare rispettato il consenso libero ed informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge.

Le fonti nazionali

Nel nostro ordinamento manca una disciplina di carattere generale e sufficientemente esaustiva riguardante il consenso informato, se si escludono la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L.833/1978), che si limita a stabilire che gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari" (art. 33, comma 1, che riproduce l'art. 1 della L. 180 del 1978 sulla riforma dei manicomi), e le leggi speciali

- sul trapianto del rene (L. 458/1967, art. 41),
- sull'interruzione volontaria di gravidanza (L. 194/1978, art. 14),

- sulla rettificazione in materia di attribuzione di sesso (L. 164/1982, art. 2),
- sulla prevenzione e lotta contro l'aids (L. 135/1990, art. 5, commi 3 e 4),
- sulla donazione di fegato da donatore vivente (L. 483/1991),
- sulla donazione di sangue (L. 107/1990 e DSM 15/01/1991)
- sulla radioprotezione (D.Lgs. 230/1995),
- sulla procreazione medicalmente assistita (art. 6 L. 40/2004).

L'obbligatorietà del consenso del paziente trova il fondamento normativo quasi esclusivamente negli articoli della Costituzione. Particolare rilevanza giuridica è riconosciuta a fonti non coercitive quali i pareri del Comitato nazionale di Bioetica (CnB), ma soprattutto il Codice di deontologia medica ed infermieristica.

Evoluzione del consenso informato

Il termine "informed consent", letteralmente tradotto con "consenso informato", fu coniato all'interno di una causa giudiziaria, di grosso rilievo all'epoca nota come processo Salgo vs Leland Stanford Jr (1957). Qui per la prima volta il termine consenso fu declinato congiuntamente a informato, ad indicare il dovere del medico di fornire pertinenti informazioni quale parte integrante del dovere di acquisire il consenso informato. Anche in campo psichiatrico, già nel 1977 con la Declaration of Hawaii, documento promosso dalla World Psychiatric Association, si esplicitava il dovere per lo psichiatra di informare il paziente sulla sua condizione di salute e sulle possibili procedure terapeutiche, permettendogli di fare una scelta consapevole. Si apriva così una nuova epoca, che stava ribaltando il paternalismo medico, fino ad allora imperante, e l'autonomia dell'assistito diventava centrale, portandosi in primo piano. Questo processo stava avanzando molto lentamente per un'importante eredità ippocratica ancora molto presente tra i medici. Infatti, fino a qualche decennio fa, si insegnava agli studenti a glissare, dire indirettamente la diagnosi al paziente, certi del fatto che questo avrebbe giovato all'assistito: "Cerca di essere sempre ambiguo nel formulare le previsioni sul decorso della malattia. In questa situazione devi barcamenarti formulando varie previsioni secondo lo stile delle profezie delle antiche sibille. Con parole di dubbio significato, con espressioni ambigue, riuscirai a tenere in sospenso gli animi, a mitigare le curiosità, ad accontentare gli ingenui. Sii prudente nel formulare la diagnosi, in modo da avere sempre di riserva eventuali giustificazioni in caso di errore" (Knips Macoppe, 1991). Con questo modo di relazionarsi non si intendeva certo ledere i diritti del paziente, piuttosto salvaguardarlo da ciò che non avrebbe potuto sopportare; più che l'autonomia, prevaleva la tutela del bene dell'assistito. E' con il consenso informato che si produce un rovesciamento tra questi due principi, spostando in primo piano quello dell'autonomia rispetto al principio di beneficenza. Il consenso informato non impone la sostituzione di un principio rispetto ad un altro, bensì la complementarietà dei due.

La bioetica alla base del consenso informato

Un nuovo clima culturale è frutto di un movimento che si è fatto strada nel mondo occidentale a partire dagli anni settanta. Dopo avere interessato vari ambiti della vita sociale, è giunta a lambire anche la dimensione biologica della persona e la sua salute, identificando il paziente quale soggetto più che oggetto delle cure. Questa innovazione culturale è la bioetica; una disciplina che negli Stati Uniti nasce ufficialmente nel 1978 con la pubblicazione della Enciclopedia di Bioetica. La sua peculiarità sta nell'aver portato all'attenzione quell'insieme di problemi morali che pongono oggi le scienze della vita. I prodromi della bioetica risalgono al processo di Norimberga, alla fine del nazismo, quando tutta l'umanità fu chiamata a riflettere sui crimini verificatisi all'interno dei campi di concentramento, in particolare sui limiti valicati dalla sperimentazione clinica. Ma l'illusione del processo di Norimberga durò poco, perché la sperimentazione clinica proseguì anche nei decenni successivi, lontana dai presupposti del codice di Norimberga.

Sul finire degli anni settanta il governo statunitense ritenne inderogabile la definizione dei limiti della ricerca. Nel Rapporto di Belmont del 1979 veniva espressa la prima linea guida per la sperimentazione clinica che avesse come soggetto le persone (Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research). Successivamente la sperimentazione clinica divenne oggetto di raccomandazioni specifiche, in cui la strutturazione del consenso informato del partecipante aveva una collocazione di primo piano.

Ma il Rapporto di Belmont varcò i confini della ricerca, per attestarsi come linea di riferimento in ogni circostanza all'interno di un rapporto fra professionista sanitario e persona. I principi enunciati al suo interno divennero dunque un faro per l'azione dei sanitari. L'espressione "principi fondamentali di etica" si riferisce a quei giudizi che servono di base alla giustificazione a diverse prescrizioni etiche, così come alla valutazione delle azioni umane.

I PRINCIPI DI BASE

Principi di base accettati nella nostra tradizione culturale sono: il rispetto della persona, il principio di beneficenza, il principio di non maleficenza, l'equità e la giustizia.

Il rispetto della persona

Il rispetto della persona comprende almeno due fondamentali convincimenti di natura etica: in primo luogo, che gli individui devono essere trattati come agenti autonomi; in secondo luogo, che le persone la cui autonomia è diminuita hanno diritto ad essere protette. Il principio del rispetto delle persone si divide, quindi in due esigenze morali distinte: riconoscere l'autonomia e proteggere coloro la cui autonomia è diminuita. Una persona autonoma è un individuo capace di riflettere sui suoi obiettivi personali. Rispettare l'autonomia significa dare peso alle opinioni ed alle scelte deliberate dalle persone autonome, astenendosi dall'ostacolare le loro azioni. Mancare di rispetto nei

confronti di una persona autonoma significa negare valore ai suoi giudizi ponderati, rifiutargli la libertà individuale di agire, oppure rifiutare di fornirgli l'informazione necessaria per formulare un giudizio. Tuttavia, non tutti gli esseri umani sono capaci di autodeterminazione. Alcune persone perdono questa capacità, del tutto o in parte, a causa di una malattia o dell'incapacità mentale. Il rispetto degli immaturi e degli incapaci esige che li si protegga lungo tutto il processo di maturazione e finché restano in stato di incapacità.

Il principio di beneficenza

Per trattare le persone in modo morale, bisogna non solo rispettare le loro decisioni e proteggerle contro ogni danno, ma anche sforzarsi di assicurare loro il benessere. La massima ippocratica "non recare danno" è stata per molto tempo il principio fondamentale della deontologia medica.

Tuttavia, bisogna conoscere la causa di un danno se lo si vuole evitare; e nel cercare questa causa le persone potrebbero essere esposte al rischio di ricevere qualche danno.

Il principio di non maleficenza

Questo principio si esprime nel non recare intenzionalmente danno. Ma, come tutti gli altri, questo principio non ha validità assoluta, quindi non necessariamente è connesso con la difesa della vita, ma è compatibile anche con giudizi intorno alla qualità della vita, per quanto questa nozione sia problematica ed ambigua.

Equità e giustizia

Chi dovrebbe ricevere i benefici della ricerca e subirne gli inconvenienti?

Questa è una questione di giustizia, di "equità nella distribuzione", di sapere "che cosa spetta a ognuno". Si ha ingiustizia quando un beneficio a cui una persona ha diritto le è rifiutato senza una ragione valida. Con questi riferimenti essenziali la bioetica ha messo in luce come nella nostra società sia difficile il consenso informato su questioni di principio. Qualche anno dopo la bioetica arriva in Europa, e nel 1997 viene varata la Convenzione di Oviedo, il cui articolo 5 è considerata la pietra miliare del consenso informato: "Qualsiasi evento in campo sanitario non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il proprio consenso libero e informato. Questa persona riceve preventivamente un'informazione adeguata in merito allo scopo ed alla natura dell'intervento, nonché alle sue conseguenze ed ai suoi rischi. La persona interessata può liberamente ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento".

Dopo Oviedo nel 2000 a Nizza venne sancita la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, nella quale vennero espresse le linee di riferimento bioetico con un pronunciamento sul consenso informato rapportato al diritto dell'integrità della persona: "Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati il consenso libero ed informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge".

Il codice deontologico infermieristico: il principio di autonomia

Anche l'azione dell'infermiere è incentrata sull'autonomia dell'assistito, quindi rivolta all'informazione ed al rispetto delle decisioni dell'altro. Lo enuncia in primo luogo il codice deontologico vigente che, in molti articoli del Capo IV promuove l'inserimento dell'intervento infermieristico in un contesto orientato all'autonomia dell'assistito, come riportato anche nel documento Nursing Competencies: "Tutte le procedure assistenziali devono essere eseguite all'interno di un quadro di consenso informato" (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 2000).

Il nuovo Codice Deontologico del 2009 si allinea, in questo, a quanto promosso dal Codice Etico-Deontologico della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (FEPI), emanato nel 2008 quale linea guida per gli enti regolatori infermieristici europei.

- Articolo 1

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute della libertà e della dignità dell'individuo.

- Articolo 6

Rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

- Articolo 7

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

- Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale, sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

E' con l'articolo 14 del nostro codice che echeggia il pluralismo cardine della bioetica; dunque il vero fulcro interna di informazione è l'integrazione con l'equipe anziché l'intervento del singolo professionista.

- Articolo 19

L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Questo articolo è interamente dedicato alla relazione che l'infermiere si impegna a realizzare con l'assistito, si richiamano, infatti, l'informazione e l'educazione quali strumenti di un vero professionista. L'informazione, pensata come livello più elementare e l'altra (educazione) come intervento più strutturato, specifico e mirato, entrambi sono collocabili in tutti i setting infermieristici.

- Articolo 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

E' con l'articolo 20 che inizia la sequenza di norme dedicate a declinare l'impegno dell'infermiere verso

l'autonomia dell'assistito in ogni relazione assistenziale, di breve o più lunga durata. Con una sequenza del tutto originale e allineata alle più moderne teorie pedagogiche, il Codice Deontologico descrive la partenza del processo informativo con l'ascolto della persona; e vuol far emergere come e quanto ogni assistito che si presenta a un professionista non sia un contenitore vuoto, quindi da colmare con una serie di informazioni, bensì un soggetto portatore di una propria storia e di personali conoscenze ed esperienze, che potrebbero anche averlo condotto ad acquisire autonomamente quanta necessaria in termini di conoscenze e abilità per la cura di sé in talune circostanze di salute o malattia.

- Articolo 21

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.

L'articolo 21 aggiunge importanti connotazioni all'informazione ed all'assistito, si richiama quindi al coinvolgimento dei familiari e della comunità di riferimento, quindi, al mantenimento della persona nel suo tessuto sociale e delle sue relazioni effettive nonostante gli eventuali problemi di salute, che in ciò potrebbero svolgere un'indiretta azione limitante. Né può derivare la necessità di coinvolgere le persone nel piano di assistenza tenendo conto della dimensione interculturale.

- Articolo 22

L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito.

- Articolo 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

In riferimento alla libertà individuata e riconosciuta costituzionalmente e richiamata da parte della bioetica e della deontologia sia infermieristica sia etica, la persona può scegliere di non sapere. Di fronte ad un assistito che richiede questa, in genere il team entra in difficoltà: alcuni tendono subito ad affermare che non è possibile, altri a dire che non è realistico che non si voglia sapere. All'origine può essere un meccanismo di difesa rispetto al mettersi a confronto con l'altro con autenticità: si ricorre così ad emettere da subito un giudizio, senza effettuare un accertamento mirato e senza considerare la realtà individuale di un assistito. In effetti vi sono persone che spesso non si sentono in grado di sopportare la vera realtà della loro patologia, ed altre che preferiscono invece affidarsi a terzi; caso comune sono le persone anziane fiduciose nei figli adulti.

- Articolo 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio dei dati si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

- **Articolo 37**

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Con questo articolo includiamo l'ampia problematica delle decisioni cliniche rivolte a quegli assistiti che non sono in grado di assumere al momento, "in prima persona, una scelta al riguardo, come il consenso informato vorrebbe. In questi casi è il medico che si sente interpellato e responsabile dell'assunzione di una decisione, in relazione all'andamento clinico del paziente ed alle sue volontà. Su quest'ultimo aspetto sono maturi oggi i tempi per porre la questione del superamento delle decisioni mediche, a favore di scelte cliniche in team; si intende con ciò, che di fronte alla specificità ed esclusività di cui ogni profilo professionale è portatore, sussistono comunque degli ambiti di decisionalità comune, di pertinenza dell'equipe, per le quali tutto il team, nel suo complesso, si deve collocare in posizione decisionale.

- **Articolo 41**

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico rapporto all'interno dell'equipe.

L'informazione

Secondo l'articolo 23 del Codice deontologico, l'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita. L'informazione clinica non va intesa, infatti, come esclusivamente medica: in realtà la clinica è un ambito comune a molte professioni, per esempio all'infermieristica.

Quindi rientrano tra le informazioni cliniche necessarie all'assistito, almeno quanto la diagnosi medica, la diagnosi infermieristica, e le prescrizioni relative alle attività a seguito dell'insorgere di una determinata patologia. Le informazioni relative al programma diagnostico-terapeutico dovranno essere veritiere e complete, ma limitate a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire ed accettare (CNB, 1992).

Nella fase informativa preliminare all'intervento sanitario ci si può avvalere di strumenti quali opuscoli e brochure. Il metodo più utilizzato è quello della costruzione di schede informative scritte, che sarà poi completata da un colloquio successivo, per verificare la comprensione da parte dell'assistito ed eventualmente offrirgli delle spiegazioni personalizzate. Dopo questa fase è opportuno lasciare all'assistito un tempo di riflessione, di approfondimento, di ricerca, da condividere anche con persone di riferimento. Solo dopo questo periodo di tempo la firma dell'assistito per esprimere il consenso acquisisce senso. Ci sono alcuni soggetti che non sono in grado di esprimere il proprio consenso:

- soggetti in condizioni cliniche critiche;
- individui interdetti o inabili (es. soggetto con disabilità psichica grave);
- anziani incapaci di raggiungere una decisione compiuta per sé;
- persone in assenza di coscienza (es. gravi politraumi).

Ancora una volta la Convenzione di Oviedo, ci farà da orientamento: "Quando a causa di una situazione d'urgenza non si può avere il consenso appropriato, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata" (art.8). "Saranno prese in considerazione le volontà precedentemente espresse nei confronti dell'intervento medico da parte del paziente che, al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la propria volontà" (art.9). In alcuni casi non è possibile raccogliere il consenso dell'assistito, o informarlo preventivamente, in seguito a situazioni di emergenza o imminente pericolo per l'assistito stesso. Questa situazione viene giuridicamente definita come consenso presunto o ricorrenza della stato di necessità: ogni qualvolta sussista un pericolo grave ed attuale e non altrimenti evitabile, il sanitario è tenuto a salvaguardare in primo luogo l'interesse dell'assistito, quindi a mettere in atto ogni tentativo per salvarlo. Vi è poi il caso del paziente che non è in grado di partecipare al consenso informato, perché incompetente su questo versante, per molteplici situazioni cliniche. In campo giuridico si distinguono vari livelli di incompetenza con misure di protezione diversificate, che si concretizzano nella:

- amministrazione di sostegno (legge 6/2004)
- interdizione (art. 414 c.c.) e inabilitazione (art. 415 c.c.).

Normalmente la capacità decisionale del soggetto interessato viene giuridicamente ricondotta alla capacità di intendere e di volere. Sul versante sanitario, per capacità decisionale si intende quel soggetto che:

1. è in grado di comprendere le circostanze in cui si trova e le informazioni utili per assumere una decisione riguardante le scelte terapeutiche e assistenziali;
2. conosce le conseguenze prevedibili di una decisione data;
3. comunica la propria volontà in modo coerente, chiaro e comprensibile.

Nel caso in cui il soggetto incapace necessiti di assistenza, si può ricorrere all'Amministratore di Sostegno già presente negli ordinamenti giuridici di altri paesi europei, questo fa riferimento al soggetto che non necessiti di una sostituzione totale e perenne. L'Amministratore di Sostegno deve dare la possibilità al beneficiario di esprimere e sviluppare la propria identità, è una sorta di facilitatore per le decisioni in ambito di salute-malattia. Il soggetto può essere interdetto o inabile.

Nel primo caso ci si riferisce a colui che si trova in condizioni di abituale infermità mentale, che lo rende incapace di provvedere a se stesso, ne deriva la nomina di un tutore che assume le sue veci in tutto e per tutto. A questi dovrà rapportarsi il sanitario anche per la scelta dei trattamenti e per l'adesione scritta sul modulo di consenso. L'interdizione può essere richiesta dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal curatore ovvero dal pubblico ministero (art. 417 c.c.). L'infermità mentale

per l'interdizione, deve essere attuale e abituale, ovvero deve poter essere considerata come un habitus stabile e sufficientemente protratto nel tempo.

Un soggetto inabile, invece, ha un'incapacità giuridica di minore importanza rispetto all'interdizione, in tal caso non c'è un vero e proprio tutore, ma una forma di assistenza affidata ad un curatore, nominato dal giudice per il compimento degli atti giuridici che lo riguardano. Un sanitario, quindi, di fronte a questi soggetti dovrà rapportarsi al tutore e al curatore quali diretti interlocutori al posto dell'interessato come da mandato, anche per quel che concerne l'informazione, affinché la relazione d'aiuto possa rendere il paziente autonomo nella presa delle decisioni e consenta al professionista di assistere nel pieno rispetto dei bisogni, dei valori e delle credenze dell'assistito.

Il consenso informato infermieristico

Su questa tematica possiamo porci numerose domande in cui evidenzieremo molte discrepanze che coesistono tuttora.

- Il consenso informato riguarda il medico o i professionisti sanitari tutti?

Per questa problematica si è posta un'attenzione particolare nell'ambito medico, mentre è scarsamente rintracciabile qualsiasi riferimento al consenso informato infermieristico, la figura dell'infermiere viene spesso vista solo come veicolante il consenso informato per le prestazioni mediche.

- Il consenso informato riguarda le prestazioni o i percorsi?

In realtà, dovrebbe essere rivolto a tutto il percorso assistenziale, che include anche la responsabilità infermieristica.

- Il consenso informato riguarda il singolo o l'équipe?

Se si accetta la visione del consenso informato di percorso e non incentrato sulle singole prestazioni, ne deriva anche che questo più che strumento del singolo professionista, lo sarà dell'intero team di cura. L'équipe dovrà dunque costruire opuscoli informativi da distribuire al paziente. Emerge chiaramente che alla base vi sono una forte disinformazione, disorientamento e inconsapevolezza da parte degli stessi infermieri. Inoltre questa figura appare in modo deviato e a volte il testimone, a volte il vettore del consenso informato, dunque un'attiva comparsa, ma mai un protagonista del consenso informato rivolto all'intervento infermieristico.

- Il consenso informato riguarda il presente?

L'attualità del consenso è uno dei requisiti di validità dello stesso, infatti, deve essere dato nell'imminenza o comunque in prossimità dell'intervento, esso, cioè, deve riguardare una situazione presente e concreta; purtroppo, però, diversamente dagli altri paesi, in Italia, non sono immediatamente vincolanti per gli operatori sanitari le dichiarazioni anticipate di consenso.

Sul punto, tuttavia, si esprime l'art. 37 del Codice Deontologico infermieristico: L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà tiene conto

di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato. La libertà di autodeterminarsi dell'individuo in merito alla propria salute, può assumere contenuto positivo ovvero può configurarsi come libertà negativa, intesa come il diritto del soggetto a non subire contro la propria volontà, atti sanitari di alcun tipo, salvo che essi siano obbligatori per espressa previsione legislativa.

In riferimento ad un articolo di Aveyard del 2005, l'autrice descriveva le modalità con cui gli infermieri perseguono il consenso informato, preliminare alle prestazioni infermieristiche:

Accondiscendenza alla procedura: molte procedure infermieristiche vengono svolte a seguito di una minima o assente spiegazione. Emerge uno svolgimento routinario delle prestazioni, in assenza di informazioni preliminari.

Consenso implicito: molti infermieri ritengono che il consenso informato possa essere implicito.

Informare per ottenere adesione: per alcune prestazioni infermieristiche invasive o che violano l'intimità, l'infermiere informa precedentemente l'interessato.

Maggiore ricorso alle informazioni: gli infermieri forniscono maggiori informazioni ai pazienti riluttanti a sottoporsi a procedure infermieristiche.

Fornire assistenza senza il consenso del paziente: spesso si procede alla prestazione anche se non vi è segno di approvazione da parte dell'interessato.

Disagio verso il paziente che non può esprimere il proprio consenso: è evidente una situazione di disagio che vivono gli infermieri in alcune occasioni, se il paziente oppone resistenza alla procedura.

Fa veramente riflettere che dalla ricerca emergano infermieri che mostrano di preferire un intervento in un clima di consenso del paziente, non ritenendolo, tuttavia, essenziale. Inoltre il mancato consenso non ostacola in realtà l'attuazione della prestazione; dunque il consenso informato si dimostra auspicabile, ma non essenziale. Per cambiare questa stato di cose vi è da lavorare a lungo e intensamente e di sicuro cominciare dalla formazione.

CONCLUSIONI

L'impegno dei sanitari deve essere quello di fornire un'informazione integrata cioè la realizzazione di una comunicazione di team. Questo si può realizzare ottimizzando il processo attraverso cui le informazioni sono organizzate e quindi erogate. Bisogna orientarsi verso i percorsi clinico-assistenziali, dove il consenso informato si riferisce alla successione strutturata di un percorso mirato ad affrontare il problema di salute del cittadino. Di grande importanza per la realizzazione di questo tipo di informazione è la formazione dei sanitari, affinché acquisiscano una maggiore capacità comunicativa come strumento strategico non solo con gli utenti, ma anche con altri operatori poiché è ormai appurato che il lavoro dell'équipe rappresenta uno strumento privilegiato per la valutazione ed il miglioramento della qualità delle cure. È importante, quindi, che vi sia una reale collaborazione tra tutti i membri dell'équipe e che le decisioni sui modi di informare il paziente siano prese nell'ambito del gruppo di

lavoro e preventivamente così da evitare situazioni nelle quali l'infermiere può non essere in grado di rispondere ai quesiti e alle richieste che gli vengono poste. Ogni assistito ha dei propri bisogni da soddisfare che richiedono ai professionisti la capacità di saper adottare linee di condotta differenti e saper scegliere quella più appropriata per affrontare la relazione con un particolare paziente, dunque la relazione e i colloqui all'interno di questa sono i segmenti essenziali.

Inoltre, la comunicazione è riconosciuta come la chiave per migliorare il rapporto tra cittadini ed operatori sanitari, come lo strumento alla base della trasparenza, tutto ciò ha lo scopo di rilanciare e supportare un piano di comunicazione integrata che comprenda una considerazione nuova delle relazioni sanitarie ripensate in una chiave strategica di responsabilità sociale, d'integrazione, di ascolto e soprattutto di interattività.

BIBLIOGRAFIA

1. SANTOSUOSSO A.: *Integrità della persona, medicina e biologia: l'art. 3 della carta di Nizza. Danno e responsabilità* 2002; 8-9: 809-816.
2. RODRIGUEZ D., Aprile A.: *Medicina legale per infermieri*. Carocci Faber, Roma, 2004.
3. SPINSANTI S.: *Bioetica ed antropologia medica*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991.
4. SANTOSUOSSO A.: *Libertà di cura e libertà di terapia. La medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*. Il Pensiero Scientifico, Milano, 1998.
5. MARSICO G.: *Bioetica: storia e contenuti*. In Funghi P., Senatore R.: *A scuola di bioetica*. Franco Angeli, Milano, 2002.
6. CATTORINI P., Sala R.: *L'infermiere e il consenso del malato: questioni di bioetica*. Rosini, Firenze, 1998.
7. Convenzione di Oviedo: *Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina*. 4 aprile 1997.
8. IPASVI: *Codice deontologico dell'infermiere*. 2009.
9. D'Addio L., Vanzetta M., MOCHI Sismondi C.: *Il consenso informato in infermieristica*. Mc Graw Hill, 2010.
10. IADECOLA G.: *Podestà di curare e consenso del paziente*. CEDAM, Padova, 1998.
11. CAVICCHI D.: *Autonomia e responsabilità*. Dedalo Edizioni, Bari, 2007.
12. VERONESI U., De Tilla M.: *Nessuno deve scegliere per noi*. Sperling e Kupfer, Milano, 2007.
13. CALAMANDREI C., D'Addio L.: *Commentario al nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere*. Mc Graw Hill, Milano, 1999.
14. LATTARULO P.: *Bioetica e deontologia professionale*. Mc Graw Hill, 2011.
15. AVEYARD H.: *Il consenso informato per le procedure infermieristiche*. *Giornale italiano di Scienze infermieristiche, Nursing Ethics* 2005; 1(1): 70-79.
16. D'ADDIO L.: *Con gli occhi degli infermieri*. *Janus*, 2001; 1: 74.
17. SALA R.: *Etica e bioetica per l'infermiere*. Carocci Faber, Roma, 2003.
18. BRANCA M.: *Il consenso informato tra bioetica e biodiritto*. *Ragiusan*, 2003; 233/234: 561.
19. Consensus conference sul tema: *Il consenso al trattamento in psichiatria*. *Giornale di Psicopatologia*, 1998; suppl. 2.
20. PERELLI ERCOLINI M.: *Il consenso informato quali implicazioni nell'équipe, quali informazioni, quali Responsabilità*. 2004.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Luigi Pizza

e-mail: l.pizza@aslsalerno.it

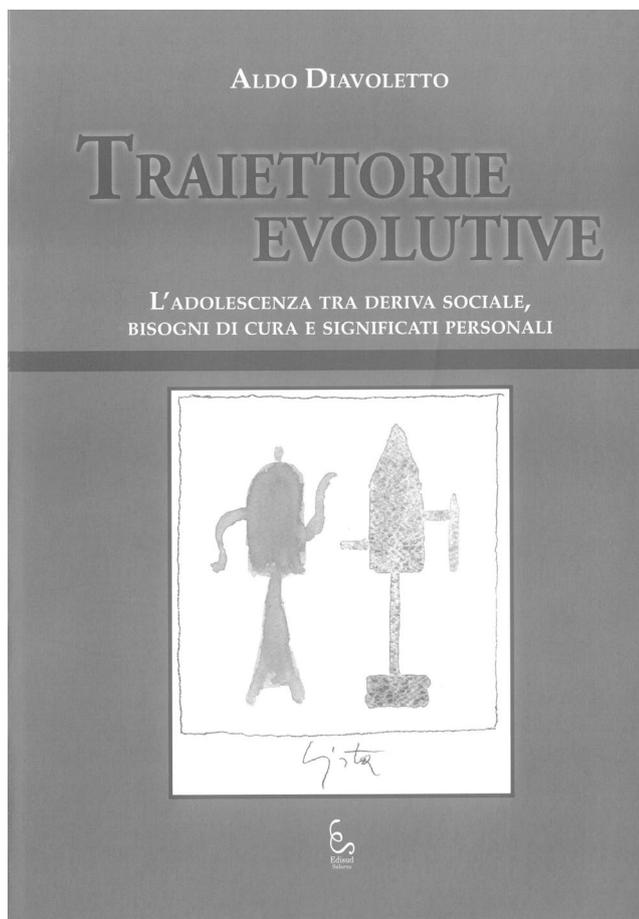
Libri ricevuti

Aldo Diavoletto

Traiettorie Evolutive

L'Adolescenza tra deriva sociale, bisogni di cura e significati personali

Edisud Salerno, 2013, pagg. 182 , € 18,00



Il testo riesce bene nel raggiungere un obiettivo che sin dalle prime battute appare ben delineato; offre infatti un esempio significativo del "senso" che in ambito psichiatrico e psicologico è necessario dare all'adolescenza: dall'accoglienza ai servizi sul territorio; dalla devianza alla psicopatologia; dalla crisi evolutiva ai cambiamenti societari; dalla prevenzione all'intervento.

L'approccio all'adolescente è peculiare così come lo è, durante quest'epoca della vita, il confine tra normalità ipotetica e patologia cosicché l'intervento dovrebbe essere spesso orientato esclusivamente al superamento di un arresto evolutivo piuttosto che al trattamento della psicopatologia.

È corretto, quindi, auspicare che l'adolescente stesso venga inteso e preso in carico rispetto a numerose prospettive: biologica, sociale, psicologica, sistemico-familiare, nonché attraverso una migliore sinergia tra i servizi di psichiatria e neuropsichiatria infantile.

L'analisi del mondo adolescenziale e dei suoi bisogni spazia dalla devianza alla normalità esaltando sia i processi "noti" sia quegli aspetti che sono divenuti emergenti nell'ultimo decennio.

In questa prospettiva i comportamenti a rischio o quelli aggressivi riferiscono a quadri clinici strutturati o al contrario a situazioni che rientrano nella "norma" della "crisi adolescenziale" in cui il bisogno di sfidare i limiti e le regole è ancora un segnale di conferma di sé di fronte all'anonimato della vita contemporanea.

Con l'evoluzione della società però, anche il bisogno di trasgredirle è cambiato; così di fronte ad una cultura considerata senza guide e scarsi punti di riferimento fanno capolino la dipendenza online o dipendenza tecnologica o la necessità di arginare nuove difficoltà che emergono a partire dai processi di integrazione culturali conseguenti al fenomeno dell'immigrazione.

A partire da tali presupposti anche i processi riabilitativi mutano: anziché l'azione SUL soggetto, viene proposta l'azione INTORNO al soggetto in modo che l'intervento risulti amplificato. L'obiettivo è la restituzione di competenza al contesto sociale e familiare attraverso la rete di supporto, informazione e comunicazione.

Così ai noti concetti di "fattori di rischio" e "fattori di protezione" viene affiancato il moderno concetto di "resilienza" (mutuato dalla fisica) che integra la funzione dei primi due a partire dalle caratteristiche personali del soggetto; le stesse modalità comunicative (social, internet) non sono più intese come barriere tra giovani e adulti, ma come una cornice, uno specchio a rappresentazione dell'attuale cultura giovanile e della società intera in cui è necessario imparare a ri-orientarsi.

In quest'ottica, l'essenza del presente lavoro rende spontanea l'integrazione tra una visione diffusa e condivisa dell'adolescenza e le nuove prospettive nell'ambito della ricerca sociale, psicologica e medica.

Ilarj Furno, Alessia Gambino

Storia della Medicina

C'era una volta il sanatorio: nascita e fine di una istituzione benemerita

Giuseppe Lauriello

Parole chiave: Tubercolosi, sanatorio, ospedale 'G. da Procida'.

Key Words: Tuberculosis, sanatorium, 'G.da Procida' hospital.

Ricevuto in Redazione l'11 dicembre 2013

RIASSUNTO

L'A. traccia una breve storia delle istituzioni sanatoriali, nate per combattere il flagello della tubercolosi e limitare il pericolo di contagio. Con l'avvento dei chemio-antibiotici l'utilità di tali strutture d'accoglienza comincia a vacillare per cessare del tutto con l'introduzione della rifampicina. Agli inizi degli anni '70 in sostituzione dei sanatori nascono le divisioni di pneumologia inserite nella rete ospedaliera nazionale con compiti di diagnosi e cura che riguardano l'intero apparato respiratorio. L'Ospedale 'G. da Procida' di Salerno ne è uno degli esempi.

SUMMARY

The A. draws a brief history of sanatorium institutions, born to fight the diffusion of tuberculosis limiting the period of contagion. With the introduction of chemioantibiotics the utility of such institutions begins more and more fable just to completely disappear with the introduction of rifampicin. At the beginning of 70's the pneumology departments replace the traditional sanatorium. Their aims are to diagnose and treat entire respiratory system's diseases, and they are included into the national hospital system. The 'G. Da Procida' Hospital in Salerno is one of these.

Dei molteplici programmi operativi che hanno caratterizzato l'organizzazione sanitaria italiana di quest'ultimo centocinquantesimo, non può essere relegata in oblio l'opera benemerita degli istituti sanatoriali. Per vari decenni essi hanno rappresentato baluardi di difesa collettiva ed estremo rifugio della speranza di guarigione da una calamità flagello secolare di popoli: la tubercolosi, una malattia, la cui sola diagnosi nel passato significava un esito ineluttabile.

L'idea dell'allestimento di un sanatorio per il controllo terapeutico della tubercolosi prende l'avvio nella seconda metà del XIX secolo con la nascita della moderna tisiologia. Sorge come speciale casa di cura, riservata al trattamento d'aria ed igienico-dietetico del malato di tisi.

I sanatori inizialmente sono delle istituzioni private, cioè luoghi di cura a pagamento, riservati a una clientela benestante, che li sceglie un po' perché spinta da pressioni familiari, un po' per mascherare con l'espressione "*aver bisogno di un soggiorno in montagna*" il fatto di essere tubercolotici. La loro fortuna è legata all'autorevolezza e alla preparazione dei medici che vi operano, nonché ai favorevoli aspetti alberghieri e turistici che ne ingentiliscono l'accoglienza.

Per la scelta del luogo si prediligono le località più amene, di montagna, collinari o marittime, dal clima salubre, ricche di vegetazione e provviste di paesaggi mozzafiato (alpini o marini), lontano da complessi industriali e dalle città, ma comunque vicini a stazioni ferroviarie o a snodi stradali per facilitare l'accesso ai dipendenti, ai visitatori e ai malati stessi. Nello stesso tempo ci si avvale di zone climatiche, dove massima è la luminosità, l'irraggiamento solare, la presenza di raggi ultravioletti e scarsa l'umidità, con esposizione del fronte terrazzato dell'edificio a sud o a sud est per meglio potersi giovare dei fattori più favorevoli alla salute del malato.

I sanatori non sono riservati a tutti i tubercolotici, ma a quelli *sanatoriabili*, cioè suscettibili di guarigione o quanto meno di un cospicuo miglioramento, tale da giustificare il ricovero.

Il primo sanatorio è costruito nel 1859 in Germania, a Gomersdorf, nella Slesia (oggi in territorio polacco), dal tisiologo tedesco Hermann Brehmer (1826-1889), assertore della validità del trattamento igienico-alimentare. Ed infatti vi si praticano passeggiate all'aria aperta e una doviziosa nutrizione. Il secondo invece del 1875 è costruito da Peter Dettweiler (1837-1904) a Falkenstein in Germania, nella selva boema, alle pendici dei monti Taunus e ai confini con la Cecoslovacchia. Al regime igienico-alimentare

di Brehmer è aggiunto il riposo in veranda. Nello stesso periodo è segnalata la nascita del terzo sanatorio nel Davos, in Engadina (Svizzera), voluto da Carl Spengler (1860-1937). E così, via via sorgono strutture consimili nel 1885 a Rupertsheim (nei Taunus) e a Heilighenschwendli presso Berna, nel 1895 ad Hannover, nel 1896 a Grabowsee, nel 1899 ad Oderberg e mano mano i vari altri.

Con le leggi sociali di Otto Bismarck (1815-1898) degli anni '80 del XIX secolo la tubercolosi viene assicurata in Germania, cosa che favorisce la costruzione di ospedali sanatoriali gratuiti, il primo dei quali è inaugurato dallo stesso Bismarck nel 1892.

Al IV Congresso per lo studio della Tubercolosi, tenutosi a Berlino nel 1899, sono sanciti definitivamente i cardini della cura sanatoriale, da perseguire ai fini del risultato:

- il riposo,
- la cura d'aria,
- l'alimentazione iperproteica e ipercalorica.

In Italia il trattamento sanatoriale è preconizzato da Biagio Castaldi, professore di anatomia patologica nell'Università di Palermo, che, in un articolo apparso nel 1858 sulla *Gazzetta medica degli Stati Sardi*: *'L'influenza salutare del clima delle montagne nella cura della tisi polmonare incipiente'*, sottolinea per la tisi l'utilità curativa del clima di altitudine, dimostrando la propria convinzione con cinque casi da lui trattati con risultati favorevoli. In tale articolo, sostenendo appunto l'efficacia del clima di montagna nel trattamento della tubercolosi, lo definisce: *"potente mezzo per prevenire la malattia, per arrestarne lo sviluppo e per curare negli iniziali periodi del male i già colpiti"*.

Ma i primi sanatori in Italia sono costruiti tardi rispetto alla Germania, Svizzera e Francia e precisamente solo agli inizi del '900.

Contemporaneamente, e dopo prime e remote esperienze napoletane, sorgono anche negli ospedali reparti speciali per tubercolotici.

La tragedia della guerra 1915-18 determina intanto un aumento impressionante della tubercolosi in Italia, che raggiunge il picco dei 73.000 morti nel solo 1918. Il pressante bisogno di trovare una soluzione a questa inaccettabile mortalità è soddisfatto finalmente dal Governo fascista, che il 27 ottobre 1927, emanando una legge finalizzata alla creazione di una Assicurazione contro la tubercolosi, viene a potenziare i Consorzi e i Dispensari antitubercolari già attivi sul territorio.

Ed infatti, con le enormi risorse ricavate dal regime assicurativo, negli anni immediatamente successivi alla promulgazione della legge, si dà avvio a una vasta rete nazionale di sanatori sotto la direzione di Eugenio Morelli, fisiologo, allievo di Forlanini e realizzatore nel 1929 a Roma nel quartiere di Porta Furba della prima Scuola di specializzazione in fisiologia.

La gestione sanitaria ed amministrativa del modello organizzativo antitubercolare per i soggetti assicurati è affidata all'INPS: nel 1937 sono attivi 46 istituti di cura e 19 sono in costruzione, mentre i posti letto nel giro di pochi anni dai 12.000 del 1923 passano a oltre 30.000.

L'accoglimento in un sanatorio, dove il malato dovrà trascorrere un periodo di degenza di mesi, se non di anni (la media è 9 mesi), oltre che per le migliori possibilità di trattamento, è dettato anche da un motivo squisitamente politico-sociale: *"scongiurare il pericolo di contagio per i conviventi e per la comunità in cui l'ammalato vive"*.

Ma il ricovero in un sanatorio per un tempo così prolungato significa per il malato doversi sottoporre al regolamento che disciplina la vita interna dell'istituto, un regime di vita cui deve forzatamente adeguarsi, accettandone il sistema educativo inteso ad istruirlo sul comportamento quotidiano da tenersi durante la degenza. All'ingresso, infatti, l'infermo viene edotto sugli obblighi che gli incombono e deve dare affidamento della propria adesione al sistema. Per osservare un riposo effettivo deve *imparare ad annoiarsi*, perché un ammalato che cerca distrazioni è un soggetto che si cura male e che guarirà meno facilmente. Fondamentale è l'opera del medico direttore, cui incombe la responsabilità e la vigilanza sull'andamento delle cure, del buon ordine e della disciplina: egli è il maestro e l'educatore dei suoi malati e, oltre che il medico, è l'istruttore, il consigliere, l'amico dei suoi ospiti.

Questa nuova condizione di vita imposta per mesi e per anni, fortemente condizionata dal corpo sanitario responsabile dei trattamenti curativi, fa esclamare il Daremberg, fisiologo francese e lui stesso tubercolotico: *"come è invidiabile la sorte dei medici che dirigono uno stabilimento chiuso, dove il malato è sottoposto alla sola influenza medica e messo al riparo da discussioni ed esitazioni che fanno perdere solo tempo prezioso!"*.

La singolare atmosfera che si respira nei sanatori, la separatezza dall'ambiente esterno, l'impatto psicologico sui ricoverati stimola la nascita di un particolare genere di letteratura, il cui esempio più riuscito è certamente *"La montagna incantata"* di Thomas Mann (1875-1955). Ma molti sono i romanzi, in genere americani, spesso scritti da donne e poco conosciuti in Italia che si ispirano alla vita sanatoriale e alla particolare psicologia dei ricoverati:

- Ships that pass in the night* (1894) di B. Harraden (1864-1936),
- Die kameraden* (1937) di E.M. Remarque (1898-1970),
- Growth of a man* (1938) di Mazo de La Roche (1879-1961),
- The plague and I* (1948) di B. Mac Donald (1908-1958),
- The rack* (1958) di A.E. Ellis (1902-1983),
- Heaven has not favorites* (1961) ancora di Remarque.

I problemi sociali e psicologici, le situazioni morali e materiali risultanti da questa vera e propria segregazione volontaria prolungata in una cerchia umana ristretta, che implica una cura in un'istituzione chiusa, sono stati oggetto non solo di produzioni letterarie, ma anche di molti studi scientifici da parte della stessa classe medica.

Dagli anni 30 in poi, intanto, specialmente con la gestione INPS, il sanatorio diviene non soltanto luogo di raccolta di tubercolotici, ma struttura sanitaria specializzata nel trattamento attivo della tbc, in virtù di queste nuove e promettenti metodologie e tecniche operatorie in grado di assicurare guarigioni definitive oltre che un deciso calo della mortalità. Ed è proprio negli anni '30, anche per la presenza della Scuola di formazione voluta da Morelli, che nasce una nuova figura di specialista: il tisiologo, un medico che ha competenza esclusiva sui particolari e molteplici presidi terapeutici posti a disposizione dal progresso scientifico contro la tubercolosi.

La tisiologia come branca specialistica è la prima a staccarsi dal seno della grande madre della medicina interna. L'arma del tisiologo è l'apparecchio per pneumotorace, la cui tecnica sempre più perfezionata nelle sue mani, riesce a conseguire risultati spettacolari nel corso dei decenni di applicazione.

L'introduzione del pneumotorace terapeutico, nonostante sia stato divulgato da Forlanini (1847-1918) nel 1882 (C. FORLANINI: *A contribuzione della terapia chirurgica della tisi. Ablazione del polmone? Pnx artificiale?* Gazzetta degli Ospedali, 1882; 3: 537 e succ.), non incontra inizialmente eccessivo favore. La sua applicazione nel primo trentennio di vita dei sanatori è del tutto sporadica. Diviene rutinaria solo dopo il primo conflitto mondiale unitamente ai presidi chirurgici, che vanno affacciandosi proprio in quegli anni nelle proposte terapeutiche della tubercolosi. Il pneumotorace, condotto secondo le direttive del Morelli (1881-1960), allievo di Forlanini e ideale continuatore del suo metodo e della sua dottrina, in un'epoca di assoluta mancanza di un mezzo di offesa contro il bacillo di Koch, identificato nel 1882, e dove la climatoterapia e le cure mediche generali mostrano i loro limiti, resta l'unica possibilità di vita e dà nuovo vigore alla scienza tisiologica. Al 7° Congresso Internazionale sulla Tubercolosi, tenutosi a Bordeaux nel 1931, R. Bournaud si esprime in questi termini: *"Aver assistito per anni con penoso sentimento d'impotenza all'estensione lenta e inesorabile di una lesione in una bella ragazza, in un uomo d'ingegno, in una madre di famiglia, senza che la cura sanatoriale riuscisse a influenzarla, di fronte a una febbre tenace, che giorno dopo giorno li consuma e non saper prescrivere che pillole antipiretiche accompagnate a parole di speranza e ritrovarsi di colpo in possesso di un metodo che permette d'intraprendere la lotta con reali possibilità di successo, è una soddisfazione che, al di là del sentimento professionale, investe l'orgoglio di sentirsi uomo"* (R. BOURNAUD: *Etat actuel du traitement de la tuberculose pulmonaire*, 1931).

Nei primi decenni di applicazione si registrano risultati positivi del 20-30%. Ma, affinandosi la tecnica e procedendosi a un'accurata selezione dei casi, tale percentuale si innalza sensibilmente. Anzi la Scuola napoletana del Monaldi (1899-1969), sposando il pneumotorace (perfezionato con pneumolisi intrapleurica secondo Jacoboëus (1879-1937), con i primi farmaci antibatterici scoperti contro la tubercolosi: streptomina (1944) e isoniazide (1952), raggiunge successi elevati e lusinghieri.

Con l'introduzione dei chemio-antibiotici negli anni '50 e con il passaggio dalla terapia degli effetti alla terapia delle cause, anche l'importanza e la necessità di un trattamento fisio-meccanico e di un luogo di ricovero destinato ai soli tubercolotici comincia a vacillare. Già nel 1955 Small sostiene che: *"la cura con pnx è ormai passata nel dimenticatoio in tutti gli Istituti. Il pericolo di complicazioni pleuriche e la perdita della funzione polmonare dovuta a un pnx riespanso sono considerati un prezzo troppo alto da pagare"* (M. J. SMALL: *Ann. Int. Med.* 1955; 3: 539).

L'introduzione in terapia dell'*etambutolo* e della *rifampicina* negli anni '60, con i quali si assiste a guarigioni fino allora inimmaginabili, che spazzano via decisamente tutti i trattamenti collassanti, distruggono i germi in breve tempo, annullano i pericoli del contagio e consentono al malato di curarsi in via ambulatoriale, decreta anche la fine dei sanatori, che di fatto scompaiono agli inizi degli anni '70. Sono sostituiti da più snelle e moderne divisioni di pneumologia, che ritornano ad occupare il posto che loro spetta negli ospedali generali. Il medico tisiologo è ora uno specialista pneumologo. I tanti anni di studi e di esperienze sulla fisiopatologia e sulla clinica della tubercolosi gli hanno conferito una competenza tale su tutto ciò che riguarda l'apparato respiratorio da farne un esperto insostituibile.

L'attuale ospedale "Giovanni da Procida" di Salerno nasce come sanatorio nel 1939, uno degli ultimi tasselli del colossale programma di lotta contro la tubercolosi voluto da Morelli. Lo scoppio della seconda guerra mondiale lo inaugura però come ospedale militare e come tale resta per tutta la durata del conflitto.

Soltanto nel 1945, dopo un breve periodo di amministrazione alleata anglo americana, passa sotto la gestione dell'INPS, riprendendo le funzioni per cui era stato realizzato di struttura finalizzata alla cura della tubercolosi.

Nel 1972 cessa di essere sanatorio per divenire "Ospedale specializzato autonomo per malattie respiratorie".

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Lauriello

e-mail: giuseppelauriello@libero.it

Convegni

- 8 febbraio 2014 – Pagani (SA)
“Curare e prendersi cura” - La centralità della Persona nella patologia oncologica
Segreteria Scientifica: Mario Ascolese
Segreteria Organizzativa: AMCI
www.amcinocerasarno.it

- 21-22 febbraio 2014 – Vietri sul Mare (SA)
“Riniti Asma BPCO“ - VII edizione
Segreteria Scientifica: Adriano Berra
Segreteria Organizzativa: iDea Congress
 Tel. 06.36381573 – e-mail: info@ideacpa.com

- 15 marzo 2014 – Salerno
“Le prigionie del SE: l’adolescente ritirato in casa”
Segreteria Scientifica: Davide Amendola
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri Salerno
 Tel. 089.226566 – Iscrizione on-line: www.ordinemedicisalerno.it

- 21-22 marzo 2014 – Salerno
“3° Corso Dipendenze e Patologie Croniche: Update 2014”
Segreteria Scientifica: Antonio De Luna
Segreteria Organizzativa: Pragma
 Tel. 340.8084523 – e-mail: rosannaovallesco@pragmaproduction.com

- 26 marzo 2014 – Napoli
“La terapia dell’epatite cronica C tra duplice, triplice e pazienti complessi”
Segreteria Scientifica: Vincenzo Iovinella
Segreteria Organizzativa: Galileo Eventi
 Tel. 334.9808092 – e-mail: info@galileoeventi.it

- 27-28 marzo 2014 – Livorno
“Ecografia clinica nelle Malattie Infettive”
Segreteria Scientifica: Spartaco Sani
Segreteria Organizzativa: Ti.Gi. Congress
 Tel. 0564.412038 – e-mail: dario@tigicongress.com

- 28 marzo 2014 – Salerno
“Le malattie reumatiche: un universo in evoluzione”
Segreteria Scientifica: Dario Caputo, Paolo Moscato
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri Salerno
 Tel. 089.226566 – Iscrizione on-line: www.ordinemedicisalerno.it

- 24-25 maggio 2014 – Salerno
“Aggiornamenti in nutrizione umana”
Segreteria Scientifica: Rosalba Mattei, Francesco Buoniconti
Segreteria Organizzativa: Top Congress
 Tel. 089.255179 – e-mail: congressi@topcongress.it

- 30 – 31 maggio 2014 – Vietri su Mare (SA)
XV Giornate Pediatriche Salernitane”
Segreteria Scientifica: Pio Vicinanza, Carlo Montinaro
Segreteria Organizzativa: Dafne Congressi
 Tel. 0964.342229 – e-mail: congressi@dafneservizi.it

L'ossigenoterapia iperbarica nella ipoacusia improvvisa neurosensoriale: é utile la sua applicazione di routine?

Luigi Capuano, Matteo Cavaliere, Giuseppe Parente, Maurizio Iemma, Alberto Damiano*, Gabriella Pezzuti*, Dante Lo Pardo*

Parole chiave: Improvvisa perdita dell'udito neurosensoriale, ossigenoterapia iperbarica, steroidi.
Livello di evidenza: 2°

Key Words: Sudden sensorineural hearing loss, hyperbaric oxygen therapy, steroids.
Level of Evidence: 2a

RIASSUNTO

La ipoacusia improvvisa con perdita dell'udito nella sua forma neurosensoriale è una vera emergenza clinica a patogenesi sconosciuta. Molti regimi terapeutici sono stati descritti, ma, attualmente, non abbiamo alcun consenso per quanto riguarda la migliore modalità di trattamento. Lo scopo di questo studio è di esaminare la necessità di applicazione di routine della terapia con ossigeno iperbarico in questo tipo di entità nosologica.

Si tratta di uno studio retrospettivo valutato con audiogrammi tono-puro riferiti a 150 pazienti (150 orecchie malate) prima e dopo il trattamento. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi in base alla terapia ricevuta, ovvero Gruppo A: steroidi per via endovenosa e vasoattiva convenzionale, Gruppo B: terapia con solo ossigeno iperbarico (OTI), Gruppo C: terapia associata steroidi + OTI. I pazienti in ciascun gruppo di trattamento sono stati suddivisi in sottogruppi in base al tempo di inizio della terapia. I risultati del loro recupero dell'udito sono stati classificati in tre gradi: Soddisfacenti, Buoni, Scadenti.

La percentuale di pazienti che ha risposto meglio alla terapia fino ad arrivare al recupero completo era la più alta nel gruppo con trattamento combinato, rispettivamente 84% e 58%, a prescindere dai livelli acustici iniziali. In tutti i gruppi, i guadagni medi dei casi in cui la terapia è stata iniziata nelle prime due settimane erano significativamente più alti ($p < 0,05$). In tutti i gruppi è apparso un dato evidente: l'ipercolesterolemia (> 240 mg/dL) determina le risposte significativamente peggiori ($p < 0,05$).

Si consiglia l'applicazione di routine di ossigeno iperbarico in combinazione con steroidi per via endovenosa per tutti i pazienti con idiopatica e improvvisa perdita dell'udito nella sua forma neurosensoriale. Possibilmente per ottenere i migliori risultati, questa terapia deve essere iniziata il più presto possibile e non a caso oramai la Società Italiana di Medicina Iperbarica include le sordità improvvise tra quelle patologie da trattare in categoria A ovvero Urgenti ed indifferibili.

A. O. U. "SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI
D'ARAGONA" SALERNO
DIPARTIMENTO AREA CRITICA
*S.S.D. DI TERAPIA IPERBARICA E MEDICINA
SUBACQUEA
Responsabile: Dott. Dante Lo Pardo
U.O.C. DI OTORINOLARINGOIATRIA
Direttore: Prof. Maurizio Iemma

Ricevuto in Redazione il 27 dicembre 2013

SUMMARY

Idiopathic sudden sensorineural hearing loss is a clinical emergency of unknown pathogenesis. Many therapeutic regimens have been described but, currently, we have no consensus regarding standard treatment modalities. The purpose of this study was to investigate the necessity of routine application of hyperbaric oxygen therapy for sudden sensorineural hearing loss.

Systematic review of retrospective cohort studies. This is a retrospective study in evaluating pure-tone audiograms of 150 patients (150 diseased ears) before and after treatment. Patients were divided into three groups according to the therapy received: Intravenous Steroid (Group A), Hyperbaric Oxygen (Group B), Intravenous Steroid + Hyperbaric Oxygen (Group C). Patients in each treatment group were subdivided into subgroups by time of therapy initiation. The outcomes of their hearing recovery were classified into three recovery grades: good, fair and poor.

The proportion of patients responding to therapy and those with complete recovery was the highest in the combined treatment group, respectively 84% and 58%, regardless of the initial hearing levels. In all the groups, mean gains of cases in whom therapy was started in the first 2 weeks were significantly higher ($p < 0.05$). In all the groups, the hypercholesterolemia (> 240 mg/dL) determined responses significantly worse ($p < 0.05$).

We recommend the routine application of Hyperbaric Oxygen in conjunction with Intravenous Steroid for all the patients with Idiopathic sudden sensorineural hearing loss. For best results, this therapy must be started as soon as possible (within 14 days).

INTRODUZIONE

La idiopatica ed improvvisa perdita dell'udito nella sua forma neurosensoriale (ISSNHL) è una emergenza clinica caratterizzata da almeno 30 decibel (dB) di perdita dell'udito oltre tre frequenze contigue che si manifesti entro 3 giorni. La sua eziopatogenesi non è del tutto nota. I ricercatori hanno

suggerito le seguenti cause della malattia: infezione virale, crisi vascolare acuta, rottura della membrana intracochleare, malattia immunitaria dell'orecchio interno.

A causa dell'incertezza dell'eziologia, nel corso degli anni sono state utilizzate molte modalità di trattamento. Poiché Wilson et al. già verificarono l'efficacia dei corticosteroidi su ISSNHL da uno studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, essi sono stati infatti ampiamente utilizzati per il trattamento di questa malattia.

Tuttavia, proprio a causa del ruolo limitato dei corticosteroidi nella patogenesi complessa di questa patologia, i pazienti sono stati sottoposti a regimi terapeutici diversi nel corso degli anni: vasodilatatori, anticoagulanti, anche l'Ossigeno Iperbarico (HBO).

Nonostante una serie di fonti bibliografiche sull'applicazione clinica di tali terapie, una revisione attenta dei risultati con i diversi regimi terapeutici dà risultati contrastanti. Attualmente non vi è alcun consenso per quanto riguarda le modalità di trattamento standard per ISSNHL.

La terapia con HBO (detta anche OTI), in combinazione con i vari agenti farmacologici, ha guadagnato una grande popolarità negli ultimi 10 anni, ma non vi è ancora un consenso universale per la sua utilità terapeutica a causa probabilmente della scarsità di strutture iperbariche disponibili prontamente sul territorio. Avendone l'opportunità presso la nostra Azienda Ospedaliera Universitaria, abbiamo avviato questo studio che ha lo scopo di valutare la necessità di applicazione di routine della terapia di HBO per ISSNHL.

MATERIALI E METODI

Il nostro studio ha incluso pazienti con ISSNHL giunti presso la nostra U.O.C. ORL tra gennaio 2010 e dicembre 2012 spesso afferenti dallo stesso P.S. e trattati in urgenza.

Si tratta di uno studio retrospettivo comprendente la valutazione delle audiometrie su pazienti prima e dopo il ciclo terapeutico di trattamento. Lo studio è stato approvato dal comitato etico. I soggetti soddisfacevano i seguenti criteri di inclusione:

1. unilaterale improvvisa insorgenza di perdita dell'udito neurosensoriale con deficit di almeno 30 dB in tre frequenze consecutive verificatasi entro 3 giorni,
2. sconosciuta causa di perdita dell'udito,
3. nessun precedente intervento chirurgico nel rispettivo orecchio,
4. nessuna variazione in perdita dell'udito,
5. compatibilità clinica alla esposizione iperbarica previo consenso.

I pazienti giunti alla nostra osservazione oltre i 90 giorni dalla comparsa dei sintomi sono stati esclusi dallo studio.

Su tutti abbiamo effettuato esame audiometrico alla presentazione iniziale (giorno 0) e nei giorni 30, 60, 90 e 180 dopo l'inizio del trattamento.

Sono state osservate soglie a 250, 500, 1.000, 2.000, 4.000 e 8.000 Hz.

Configurazioni dell'audiogramma sono stati classificati come upsloping (perdita dell'udito che colpisce 250, 500 Hz o

più), piatti (meno di 20 dB di differenza tra la massima e la soglia più bassa), downsloping (perdita dell'udito che colpisce 4.000, 8.000 Hz o più) e profonde (soglie di 90 dB o più in ciascuna frequenza di prova) con pressoché totale perdita dell'udito.

• Gruppi di trattamento

I pazienti inquadrati come ISSNHL sono stati classificati in base alle terapie ricevute in tre gruppi :

1. steroidi per via endovenosa (IVS) (Gruppo A),
2. solo HBO (Gruppo B),
3. IVS + HBO (Gruppo C).

I pazienti in ciascun gruppo di trattamento sono stati poi suddivisi in sottogruppi in base al tempo di inizio della terapia (entro 3 giorni, tra 3 giorni e due settimane, tra 2 e 6 settimane, oltre le 6 settimane).

Il protocollo steroide includeva metilprednisolone per via endovenosa a scalare ovvero 40 mg per 4 giorni, 20 mg per altri 4 giorni.

Il gruppo che ha ricevuto la terapia con HBO in camera iperbarica multi-posto multi-ambiente ha rispettato il seguente schema terapeutico: una seduta al giorno dal lunedì al venerdì, per un totale di 15 applicazioni alla posologia di 2,5 ATA per 80 minuti di esposizione con cicli di ossigeno in maschera per 25 min' intervallati da 3/5 min' di respirazione in aria.

• Criteri di valutazione

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una audiometria a tono puro da 250 Hz a 8 kHz. I test audiometrici conformi alla specifica ISO 8253 (metodi di prova audiometrica acustica; tono e conduzione ossea audiometria pura di base, International Organization for Standardization, Ginevra, Svizzera). La media del tono puro (PTA) per ogni audiogramma è stata valutata calcolando la media delle soglie a 500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz.

L'esito del recupero soggettivo è stato classificato in tre gradi:

1. ripristino dell'udito buono entro 15 dB rispetto al sufficiente all'orecchio malato controlaterale inalterato;
2. sufficiente livello uditivo migliorato di oltre 10 dB, ma non oltre i 15 dB;
3. assente, nessun cambiamento e/o miglioramento ≤ 10 dB o addirittura deteriorato dopo il trattamento.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando l'analisi della varianza (ANOVA) e il chi-square test seguito da test esatto di Fisher. Le differenze sono state considerate significative per $p < 0.05$.

RISULTATI

Il nostro studio ha incluso 150 pazienti (150 orecchie malate), che sono giunti all'osservazione presso la Clinica Otorinolaringoiatrica del nostro Ospedale.

Essi sono stati distinti in Gruppi:

1. Gruppo IVS (Gruppo A),
2. Gruppo HBO (Gruppo B),
3. Gruppo IVS+HBO (Gruppo C),

ciascuno costituito da 50 pazienti.

Non vi era alcuna differenza statisticamente significativa tra i tre gruppi rispetto alle caratteristiche basali ($p > 0.05$) (Tab. 1).

	Group A	Group B	Group C
No. of patients	50	50	50
Age (mean \pm SD)	53.12 \pm 15.49	52.24 \pm 16.15	54.05 \pm 15.70
Gender (M/F)	29/21	27/23	28/22
Side (right/left)	28/22	24/26	27/23
Pretreatment PTA (dB)	70.12 \pm 22.78	68.24 \pm 23.56	69.14 \pm 23.28
Smokers (%)	64	62	66
Cigarettes/day (mean \pm SD)	15.91 \pm 5.40	14.98 \pm 5.50	15.45 \pm 5.30
Wine drinkers (%)	26	24	28
Wine/day (ml mean \pm SD)	453.70 \pm 193.61	445.56 \pm 198.45	460.74 \pm 190.23
Dizziness (%)	8	6	8
Comorbidities (%)			
Arterial Hypertension	54	58	56
Hyperglycemia	20	24	22
Hypercholesterolemia	12	10	12
Dysthyroidism	6	4	4

Tabella 1: Group A: IVS Group, Group B: HBO Group, Group C: IVS + HBO Group

• Tipo di audiogramma

Non ci sono state differenze statisticamente significative in termini di numero di tipi audiogramma tra i gruppi di trattamento ($p > 0,05$). Sono stati confrontati per sesso età media e malattie metaboliche del tipo diabete di tipo I.

In tutti i gruppi, la percentuale di pazienti con completa guarigione era il più alto in upsloping.

Non c'è stata alcuna differenza statisticamente significativa tra i gruppi in termini di tempo di inizio della terapia. In ogni gruppo di studio, i guadagni medi dei casi in cui la terapia è stata iniziata nelle prime due settimane sono stati significativamente più alti.

Nella Figura 1 è rappresentato il tasso di recupero dell'udito legato al tempo di inizio della terapia in tutti i 150 pazienti.

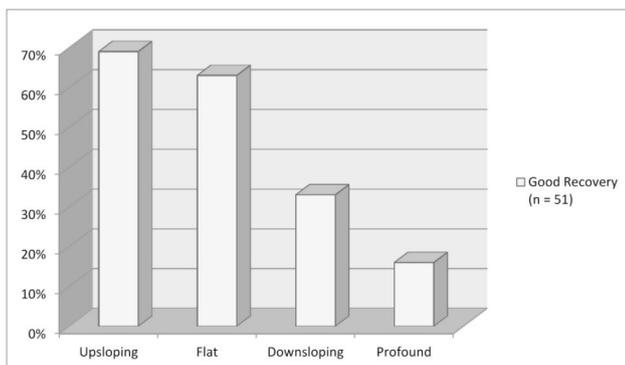


Figura 1: Tasso di recupero dell'udito in relazione ai tipi di audiogramma in tutti i gruppi

• Risposta alla terapia

La proporzione di pazienti con recupero completo è stato il più alto (58%) nel Gruppo HBO+IVS (29/50), seguita (24%) dal Gruppo HBO (12/50) e (20%) dal Gruppo IVS (10/ 50) (Fig. 2).

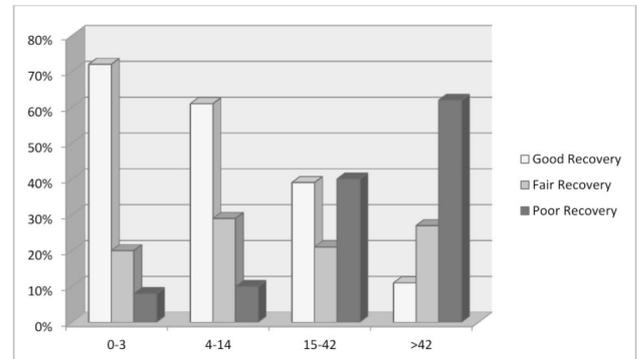


Figura 2: Tasso di risposta alla terapia. Gruppo A: IVS Group, Gruppo B: HBO Group, Gruppo C: IVS+HBO Group

Il rapporto dei pazienti che hanno risposto alla terapia è stato il più alto nel Gruppo HBO+IVS (42/50) 84%, seguito dal Gruppo HBO (35/50) 70% e dal Gruppo IVS (34/50) 68% (Fig. 3).

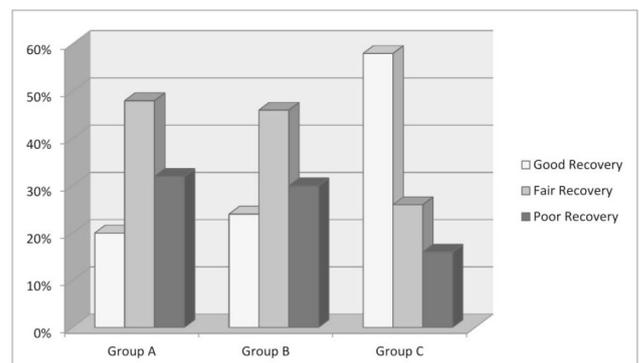


Figura 3: Tipo di risposta alla terapia. Gruppo A: IVS Group, Gruppo B: HBO Group, Gruppo C: IVS+HBO Group.

Aumenti medi di ciascun gruppo sono stati confrontati con altri gruppi. Il significativo guadagno del Gruppo A è risultato statisticamente simile al Gruppo B ($p > 0,05$); Il Gruppo C è stato significativamente migliore rispetto al Gruppo A e Gruppo B ($p < 0,05$) (Fig. 4).

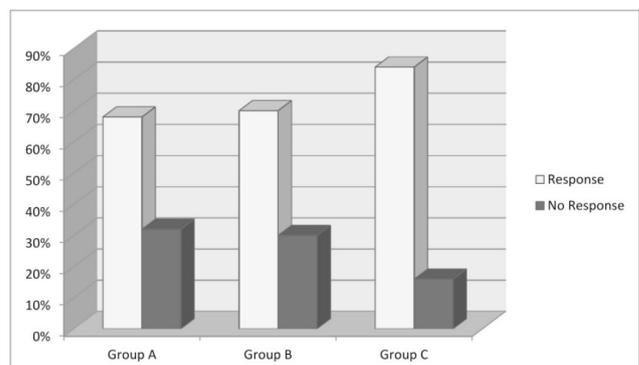


Figura 4: Risposta alla terapia nei tre gruppi

In tutti i gruppi, i risultati non sono stati influenzati in modo significativo ($p > 0,05$) dall'età, dall'associazione con vertigini, ipertensione, diabete, disfunzioni tiroidee e abitudine al fumo. E' invece l'ipercolesterolemia (>240 mg/dL) a determinare le risposte significativamente peggiori ($p < 0,05$), in tutti i gruppi (Fig. 5).

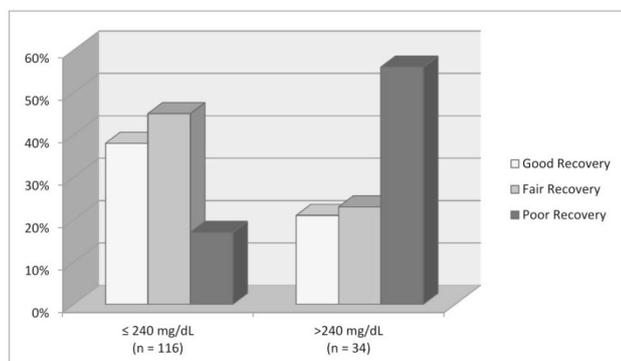


Figura 5: Tipo di risposta nei tre gruppi in relazione al tasso di colesterolemia

La Tabella 2 presenta i livelli iniziali di perdita dell'udito classificati con tre scale (≤ 70 , 71-90 e ≥ 91 dBHL) ed esprime i valori di guadagno misurato dal PTA dell'udito.

Initial hearing levels (dBHL)	Mean hearing gain at 500, 1.000, 2.000 and 4.000 Hz			P-value
	Group A	Group B	Group C	
≤ 70	n 13 20 \pm 2.3	n 13 19 \pm 2.5	n 10 28 \pm 2.2	< 0.05
71-90	n 17 24 \pm 3.7	n 19 25 \pm 3.5	n 19 30 \pm 3.6	< 0.05
≥ 91	n 20 26 \pm 2.7	n 18 27 \pm 2.7	n 21 34 \pm 2.7	< 0.05

Tabella 2: Livelli iniziali di perdita dell'udito e valori di guadagno nei tre gruppi.

I risultati del trattamento combinato (IVS e HBO) erano significativamente migliori ($p < 0,05$). Questi risultati suggeriscono che l'aggiunta di HBO può avere un ulteriore vantaggio sia nella grave perdita di udito sia nella meno grave.

DISCUSSIONE

La OTI è stata introdotta per la terapia nei disordini dell'orecchio interno già nei primi anni 1970. La ricerca ha riscontrato il beneficio derivante dalla HBO applicata alla ISSNHL per una maggiore tensione di ossigeno (pO_2) nel sangue e poi, tramite la diffusione attraverso la legge di Henry, l'aumento consequenziale della pO_2 nei fluidi dell'orecchio interno che nutrono gli elementi neurali nella coclea.

Inoltre, i ricercatori considerano la terapia con HBO un intervento relativamente sicuro sui pazienti a patto che si escludano controindicazioni assolute come l'enfisema boloso, il pneumotorace, la epilessia. Quando poi la OTI è combinata con steroidi, gli effetti positivi si potenziano con la riduzione della permeabilità vascolare, dell'edema e delle risposte infiammatorie. La stessa terapia steroidea concomitante può aiutare a prevenire gli effetti collaterali della otite sierosa, improbabile ma possibile complicanza della OTI.

Tuttavia, i ricercatori devono ancora stabilire con certezza l'efficacia della HBO nel trattamento di ISSNHL.

Bennett et al. (14), hanno eseguito una ricerca sistematica della letteratura con studi randomizzati controllati e metanalisi combinati sulla base di una revisione Cochrane. Gli autori hanno concluso che la HBO ha migliorato le ipoacusie neurosensoriali, ma non hanno trovato significatività statistica rispetto ai controlli. Pertanto, l'applicazione di routine di HBO a pazienti con ISSNHL non era giustificata.

Come la maggior parte degli studi retrospettivi, il numero di pazienti reclutati per l'indagine non era lo stesso; ciò potrebbe contribuire alla differente interpretazione del ruolo di HBO.

Diversi autori(14,15), hanno valutato che i pazienti suddivisi in diversi gruppi di trattamento (steroidi, HBO, steroidi+HBO, ecc.) non hanno mostrato alcuna differenza significativa nel miglioramento dell'udito se misurato in base alla frequenza di ottava o media di tre-quattro e, in generale, frequenza di PTA. Invece, Liu et al.(16), classificati i pazienti con ISSNHL in base ai loro livelli iniziali di perdita di udito in tre scale di disabilità uditive (meno grave, grave e profondo), hanno evidenziato che l'aggiunta di HBO comporta maggior beneficio per i pazienti con ISSNHL che inizialmente si presentano con sordità profonda (≥ 91 dB). Allo stesso modo, diversi gruppi investigativi hanno sostenuto che la HBO più il trattamento convenzionale migliora significativamente l'esito della terapia, anche se la gamma di frequenza effettiva che coinvolge il miglioramento dell'udito può variare tra i vari gruppi. Ad esempio, Topuz et al. (17) hanno mostrato risultato migliore a frequenze di 250, 500, 1.000 e 4.000 Hz e nella perdita dell'udito superiore a 61 dBHL, mentre Fujimura et al. (18) hanno riscontrato significativamente esiti di migliore recupero nei pazienti con una perdita di udito iniziale di 80 dBHL o superiore.

Questi risultati suggeriscono che la HBO può giocare un ruolo determinante nel trattamento di pazienti con ISSNHL grave e profonda.

Sulla base di questi dati della letteratura, con la nostra esperienza abbiamo voluto dimostrare che il trattamento combinato (IVS + HBO) migliora significativamente l'esito, indipendentemente dai livelli acustici iniziali.

Confrontando il risultato con tre gradi di recupero (buoni, sufficienti e scarsi/nulli), l'aggiunta di HBO alla terapia steroidea ha aiutato più pazienti nell'ottenere buoni recuperi rispetto ai pazienti trattati con steroidi o solo HBO. Pertanto, l'aggiunta di HBO all'IVS nel nostro studio è apparso fondamentale. Solo l'associazione HBO + l'IVS ha prodotto miglioramenti comparabili, così solo la HBO diventa necessaria quando la terapia steroidea completa è controindicata e/o impossibile da attuarsi. Abbiamo anche dimostrato che l'ipercolesterolemia è fattore prognostico sfavorevole. Nessuna differenza significativa è stata trovata invece con la prevalenza di abitudini voluttuarie come il fumo oppure la presenza di ipertensione e diabete.

Abbiamo avuto anche conferma che le concentrazioni di colesterolo totale, colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità e l'apolipoproteina B possono essere fattori importanti nella patogenesi di improvvisa perdita dell'udito

neurosensoriale, e dovrebbero essere valutati durante l'indagine dei pazienti con questa condizione.

Per quanto riguarda il tempo di inizio della terapia, nel nostro studio abbiamo riscontrato che qualsiasi terapia deve iniziare il più presto possibile (entro 14 giorni dall'inizio del ISSNHL).

Secondo i nostri risultati, l'aggiunta di HBO alla terapia IVS è la cura migliore per l'ottenimento di guadagni medi come risposta al trattamento. I nostri risultati sono in accordo con quelli di Fujimara et al. e Topuz et al. (17,18).

L'efficacia dello steroide associato all'HBO può essere dovuta alla maggiore efficacia nel risolvere l'edema e l'infiammazione. Considerando tutti gli studi condotti finora, nella ISSNHL se l'evento principale è vascolare, virale o associato a meccanismi di stress cellulare, si verifica un processo infiammatorio e una insufficienza vascolare secondaria nella coclea. Perché si svolga una normale attività cocleare è necessaria tassativamente una normotensione di ossigeno, in particolare per il vascularis stria e l'organo di Corti che, come è noto, hanno un elevato fabbisogno di energia. Sembra dimostrato che la tensione di ossigeno perilinfatica diminuisce significativamente nei pazienti con SSNHL. Pertanto, se più ossigeno viene consegnato ad una regione in cui, a causa di edema e infiammazione, è presente ipossia, attraverso la diminuzione dell'edema l'ischemia è invertita portando ad aumentare la tensione di ossigeno intracocleare.

CONCLUSIONI

La nostra esperienza, allo stato attuale dei dati, evidenzia che la OTI (Ossigenazione Iperbarica) e la concomitante terapia steroidea risultano il miglior trattamento per la ISSNHL.

Ci sentiamo quindi di affermare che l'utilizzo della HBO in ausilio alla terapia steroidea in venam è in grado di fornire i migliori risultati terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

1. SHAIA F.T., SHEEHY J.L.: *Sudden sensori-neural hearing impairment: a report of 1,220 cases*. Laryngoscope 1976; 86: 389–398.
2. PERLMAN H.B., KIMURA R., FERNANDEZ C.: *Experiments on temporary obstruction of the internal auditory artery*. Laryngoscope 1959; 69: 591–613.
3. GUSSEN R.: *Sudden hearing loss associated with cochlear membrane rupture. Two human temporal bone reports*. Arch. Otolaryngol. 1981; 107: 598–600.
4. MCCABE B.F.: *Autoimmune sensorineural hearing loss*. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1979; 88: 585–589.
5. WILSON W.R., BYL F.M., LAIRD N.: *The efficacy of steroids in the treatment of idiopathic sudden hearing loss. A double-blind clinical study*. Arch. Otolaryngol. 1980; 106: 772–776.
6. RAUCH S.D.: *Clinical practice. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss*. N. Engl. J. Med. 2008; 359: 833–840.
7. CONLIN A.E., PARNES L.S.: *Treatment of sudden sensorineural hearing loss: I. A systematic review*. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2007; 133: 573–581.
8. CONLIN A.E., PARNES L.S.: *Treatment of sudden sensorineural hearing loss: II. A meta-analysis*. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2007; 133: 582–586.
9. NAROZNY W., SICKO Z., PRZEWOZNY T. et al.: *Usefulness of high doses of glucocorticoids and hyperbaric oxygen therapy in sudden sensorineural hearing loss treatment*. Otol. Neurotol. 2004; 25: 916–923.
10. National Institute of Health: *Sudden Deafness*. Bethesda, Md: National Institutes of Health; 2000. NIH publication 00-4757.
11. ALIMOGLU Y., INCI E., EDIZER D.T. et al.: *Efficacy comparison of oral steroid, intratympanic steroid, hyperbaric oxygen and oral steroid + hyperbaric oxygen treatments in idiopathic sudden sensorineural hearing loss cases*. Eur Arch Otorhinolaryngol 2011; 268: 1735–1741.
12. LAMM H., KLIMPEL L.: *[Hyperbaric oxygen therapy in internal ear and vestibular disorders. Preliminary report]*. HNO 1971; 19: 363–369.
13. LAMM K., LAMM C., ARNOLD W.: *Effect of isobaric oxygen versus hyperbaric oxygen on the normal and noise-damaged hypoxic and ischemic guinea pig inner ear*. Adv. Otorhinolaryngol. 1998; 54: 59–85.
14. BENNETT M.H., KERTESZ T., YEUNG P.: *Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus*. Cochrane Database Syst. Rev. 2007; CD004739.
15. BENNETT M., KERTESZ T., YEUNG P.: *Hyperbaric oxygen therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus: a systematic review of randomized controlled trials*. J. Laryngol. Otol. 2005; 119: 791–798.
16. LIU S.C., KANG B.H., LEE J. C. et al.: *Comparison of therapeutic results in sudden sensorineural hearing loss with/without additional hyperbaric oxygen therapy: a retrospective review of 465 audiological controlled cases*. Clin. Otolaryngol. 2011; 36: 121–128.
17. TOPUZ E., YIGIT O., CINAR U. et al.: *Should hyperbaric oxygen be added to treatment in idiopathic sudden sensorineural hearing loss?* Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2004; 261: 393–396.
18. FUJIMURA T., SUZUKI H., SHIOMORI T. et al.: *Hyperbaric oxygen and steroid therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss*. Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2007; 264: 861–866.
19. WENG T., DEVINE E.E., XU H. et al.: *A clinical study of serum lipid disturbance in Chinese patients with sudden deafness*. Lipids Health Dis. 2013; 3: 12:95.
20. NAGAHARA K., FISCH K., YAGI M.: *Perilymph oxygenation in sudden and progressive sensorineural hearing loss*. Acta Otolaryngol. 1983; 96: 57–69.
21. TSUNOO M., PERLMAN M.B.: *Temporary arterial obstruction. Effects on perilymph oxygen and microphonics*. Acta Otolaryngol. 1960; 67: 460–466.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Dante Lo Pardo

Terapia Iperbarica A.O.U. Salerno

e-mail: dante.lopardo@sangioannieruggi@tin.it

Vol. XXXIV

Anno 2013

INDICI

Rivista bimestrale del
Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica" - Salerno

Indice degli Autori

A		L	
Abate Marianna	47	Landi Raffaele	23
Ambrosio Anna Stella	95	Lauriello Giuseppe	11, 37, 103
Ascolese Mario	61	Leo Emilio	57
Ax Giuseppe	1, 5, 9	Lo Pardo Dante	107
B		Longo Marianna	23
Battimelli Giuseppe	14, 35	M	
Boccia Antonella	47	Magli Michele	1, 5, 9
Bruno Federico	9	Mecarini Eleonora	9
Bruno Pasquale	95	N	
Buonocore Roberta	1	Natale Alfonso	15
C		O	
Capobianco Maria	21	Orlandi Agostino	1, 5
Capuano Luigi	107	Ottaviani Nicoletta	1, 5, 9
Cascone Liliana	95	P	
Casella Filomena	23	Pace Alfonso	21
Caserta Daniela	47	Palmese Salvatore	15
Caso Corrado	28	Parente Giuseppe	107
Cassi Riccardo	69	Pellegrino Ferdinando	8, 65, 95
Catalano Alberto	84	Petrogalli Floriana	73
Cavaliere Matteo	107	Pezzuti Gabriella	107
Cecchini Giulio	73	Piro Anna	53
Cerino Ivan	88	Pizza Luigi	8, 21, 95
Ciccione Vincenzo	1, 5	Ponticiello Lucia	23
Contaldo Rita	15	R	
Curcuruto Antonio E.	15	Ravera Bruno	69
D		Roberto Giuseppe	21
D'Agostino Francesca	21	S	
D'Antonio Giovanni	95	Sapia Carmela	47
Damiano Alberto	107	Scarano Daniele	15
De Falco Antonio	70	Scibilia Andrea C.	15
De Santis Mario	77	Siano Giulio	1
Della Rosa Chiara	1, 5, 9	Sorrentino Anna	47
Di Pace Bruno	29, 31, 33, 34, 41, 43	T	
Diavoletto Aldo	47, 102	Taccagna Daniela Maria	23
F		Tagarelli Antonio	53
Faletti Giancarlo	91	Tosi Pierluigi	79
Ferrara Pietro	23	Tortora Della Corte Matteo	72
Furno Ilarj	65, 102	V	
G		Vanacore Anna	23
Gambino Alessia	65, 102	Visciano Vincenzo	15
Giordano Alfonso	82	Z	
Gravante Sabina	5	Zottoli Giuseppina	47
I			
Iannone Manuela	9		
Iannotti Mario	86		
Iemma Maurizio	107		

Parole Chiave

A		F	
Adolescenza	47, 102	Facciale, lipoatrofia	41
Addome	1	Farmacia	37
Amministratore sostegno	95	Farmacologica, terapia	41
Aneurisma dell'arteria renale post-traumatico	5	Fasciotomia percutanea	31
Angiografia a sottrazione digitale	1, 9	Fitness cognitivo-emotivo	65
Antropologia	14		
Aortica, dissecazione	23	G	
Aponeurectomia	31	"G. da Procida", ospedale	103
ARDS	15	Giro cingolato anteriore	57
Arteria renale, aneurisma post-traumatico	9		
Autodeterminazione	95	H	
		I	
B		Improvvisa perdita dell'udito neurosensoriale	107
Bioetica	14, 35, 95	Informazione	95
Biopolitica	35	Iperbarica, ossigenoterapia	107
Bisogni di cura	102		
BPCO	11	L	
Bronchite cronica	11	Linee guida	23
Burn-out	65	Lipoatrofia facciale	41
		Livelli produttivi	79
C			
Campi di applicazione	33	M	
Carenza di risorse	79	Malattia di Dupuytren	31
Chirurgia plastica	33, 34	Medicina difensiva	91
- - , storia della	34	- monastica	37
Comitato etico	61	Melanocitico, nevo congenito	29
Consenso informato	95	Mezzi di contrasto	5
Corteccia prefrontale	57	Mobilità attiva	21
Costi della medicina difensiva	91	Mobilità passiva	21
- - sanità	73	Modelli teorici ed operativi	47
Cuticell Epigraft	43	Multidisciplinarietà	33
Cura, bisogni di	102		
		N	
D		Neurosensoriale, improvvisa perdita dell'udito	107
Danno polmonare da ventilazione meccanica	15	Nevo melanocitico congenito	29
Degenerazione maligna	29	Nocebo	57
Deontologia	61		
Deriva sociale	102	O	
Dermofassectomia	31	Oppioidi endogeni	57
Dissecazione aortica	23	Ospedale "G. da Procida"	103
Direttore di U.O.C.	86	Ossigenoterapia iperbarica	107
Diritto alla vita	35		
Diritti umani	35	P	
Dolore toracico	23	Pancreas	5
Dopamina	57	Percutanea, fasciotomia	31
DSA	1, 9	Personalismo	35
Dupuytren, malattia di	31	Placebo	57
		Plastica, chirurgia	33, 34
E		- , storia della chirurgia	34
Economia	84, 88	Pneumologia, storia della	11
- in sanità	77	Pressione esofagea	15
Etica	61, 77, 88	- transpolmonare	15
Etico, comitato	61	Psichiatria	47
- , sistema sanitario	82		

R

Relativismo	14
Renale, trauma	9
Resilienza	65
Response ability	65
Riduzione delle risorse	86
Rischio clinico	84
Risorse, carenza di	79
- , riduzione delle	86

S

Sanatorio	103
Sanità, costi della	73
- , economia in	77
Serotonina	57
Sifilide	53
Sifilitico	53
Sinonimi	53
Sistema sanitario etico	82
Sociale, deriva	102
Società	14
Soggettivismo	14
Sostanza grigia periacqueduttale	57
Speciale	37
Steroidi	107
Storia della chirurgia plastica	34
- - pneumologia	11
Stravasato attivo	1
Stress	65

T

Terapia farmacologica	41
Tomografia computerizzata multistrato	1, 5, 9
Toracico, dolore	23
Trauma	1
- renale	9
Tubercolosi	103

U

Udito neurosensoriale, improvvisa perdita dell'	107
U.O.C., Direttore di	86
Ustioni di secondo grado	43

V

Vascolizzazione	5
Ventilazione meccanica	15
- - , danno polmonare da	15
VILI	15
Vita, diritto alla	35

Indice dei Contenuti

Volume XXXIV	Gennaio - Febbraio 2013	n. 1
La TC multistrato nella diagnosi di stravaso attivo nei traumi addomino-pelvici <i>Siano G., Della Rosa C., Buonocore R., Ciccone V., Orlandi A., Ax G., Ottaviani N., Magli M.</i>	pag.	1
TC multistrato con tecnica trifasica nella quantificazione dell'enhancement del pancreas Normale a differente concentrazione di lezzo di contrasto <i>Gravante S., Ottaviani N., Della Rosa C., Orlandi A., Ciccone V., Ax G., Magli M.</i>	pag.	5
TC multistrato in un caso di aneurisma post-traumatico dell'arteria renale <i>Mecarini E., Bruno F., Iannone M., Della Rosa C., Ax G., Ottaviani N., Magli M.</i>	pag.	9
Le tappe della malattia polmonare ostruttiva cronica nella storia della medicina <i>Lauriello G.</i>	pag.	11
I dati dell'Eurisper sui temi bioetici <i>Battimelli G.</i>	pag.	14
Recenti progressi in ventilazione meccanica nel danno polmonare acuto <i>Palmese S., Natale A., Scarano D., Scibilia A.C., Visciano V., Curcuruto A.E., Contaldo R.</i>	pag.	15
Volume XXXIV	Marzo – Aprile 2013	n. 2
Rilevazione della mobilità attiva relativa all'utenza della UOSM di Sapri negli anni 2005/2012 <i>Pace A., D'Agostino F., Roberto G., Capobianco M. e Pizza L.</i>	pag.	21
Su due casi di morte per dolore toracico non correttamente diagnosticato <i>Casella F., Ferrara P., Longo M., Ponticiello L., Taccagna D.M., Vanacore A., Landi R.</i>	pag.	23
Nevo melanocitico congenito <i>Di Pace B.</i>	pag.	29
La malattia di Dupuytren <i>Di Pace B.</i>	pag.	31
I limiti della Chirurgia Plastica <i>Di Pace B.</i>	pag.	33
La storia della Chirurgia Plastica <i>Di Pace B.</i>	pag.	34
Bioetica, Biopolitica e Diritti umani <i>Battimelli G.</i>	pag.	35
L'Arte Medica e Farmaceutica <i>Lauriello G.</i>	pag.	37

Volume XXXIV

Maggio – Agosto 2013

n. 3/4

L'AIDS e la Chirurgia Plastica*Di Pace B.*

pag. 41

Le ustioni di secondo grado nella popolazione pediatrica*Di Pace B.*

pag. 43

Modelli teorici e operativi per una psichiatria dell'adolescenza*Diavoletto A., Abate M., Boccia A., Caserta D., Sapia C., Sorrentino A., Zottoli G.*

pag. 47

Il sifilitico nei suoi sinonimi tra malattia e letteratura*Tagarelli A., Piro A.*

pag. 53

The placebo and nocebo effect*Leo E.*

pag. 57

Etica e pratica clinica*Ascolese M.*

pag. 61

Stress lavorativo, resilienza ed efficacia professionale*Pellegrino F., Furno I., Gambino A.*

pag. 65

Volume XXXIV

Settembre – Ottobre 2013

n. 5

Atti del Convegno "Etica ed Economia in Sanità"**Saluti***Cassi R., Ravera B., De Falco A.*

pag. 69

Presentazione*Tortora Della Corte M.*

pag. 72

I costi della sanità*Cecchini G., Petrogalli F.*

pag. 73

Etica ed economia in sanità*De Santis M.*

pag. 77

Interventi per mantenere i livelli produttivi in carenza di risorse*Tosi P.*

pag. 79

Per un sistema sanitario etico*Giordano A.*

pag. 82

Rischio clinico ed economia*Catalano A.*

pag. 84

Il Direttore di U.O.C. di fronte alla riduzione delle risorse*Iannotti M.*

pag. 86

Può l'etica conciliare la buona medicina con la buona economia?*Cerino I.*

pag. 88

I costi della medicina difensiva*Faletti G.*

pag. 91

Il consenso informato e le responsabilità dell'infermiere

Ambrosio A. S., Bruno P., Cascone L., D'Antonio G., Pellegrino F., Pizza L.

pag. 95

C'era una volta il sanatorio: nascita e fine di una istituzione benefica

Lauriello G.

pag. 103

**L'ossigenoterapia iperbarica nella ipoacusia improvvisa neurosensoriale:
è utile la sua applicazione di routine?**

Capuano L., Cavaliere M., Parente G., Iemma M., Damiano A., Pezzuti G., Lo Pardo D.

pag. 107

Libri ricevuti

Essere o non essere leader.

Miniguia per emergere nella vita familiare, sociale, lavorativa

Pellegrino F.

pag. 8

Meteoropatie

Corrado C.

pag. 28

Toghe in corsia

Corso di Cultura Gestionale per Medici Dirigenti e Avvocati

CIMO-ASMD

pag. 46

Traiettorie Evolutive

L'Adolescenza tra deriva sociale, bisogni di cura e significati personali

Aldo Diavoletto

pag. 102

