

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXV * NUMERO 3 * MAGGIO/GIUGNO 2014

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 XXXV * NUMERO 3 * MAGGIO/GIUGNO 2014

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 € 10,00 - Atti Congressi € 20,00

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 Settembre 2014.



SOMMARIO

Editoriale		IV
<i>Filomena Casella, Marianna Longo, Marisanta Colucci, Raffaele Di Guida, Giulia Ricciardi, Raffaele Landi</i>		
Cosa rimane della Legge 40/2004?	Pag.	17
Libri ricevuti	Pag.	22
<i>Marianna Longo, Filomena Casella, Pietro Ferrara, Marisanta Colucci, Daniela Maria Taccagna, Raffaele Landi</i>		
La normativa in materia di sostanze stupefacenti dopo la pronuncia di incostituzionalità della Legge Fini – Giovanardi	Pag.	23
<i>Antonio Tagarelli, Anna Piro</i>		
Sui primi tre secoli di studi intorno alla eziologia del latirismo	Pag.	29
Convegni	Pag.	32
<i>Sonia Amoroso e Giovanna Tropeano</i>		
Estimated costs of uterine artery embolization, myomectomy and hysterectomy for uterine fibroids from an Italian hospital perspective	Pag.	33

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".

Cosa rimane della Legge 40/2004?



Filomena Casella, Marianna Longo, Marisanta Colucci,
Raffaele Di Guida, Giulia Ricciardi, Raffaele Landi

A.O.U. SECONDA UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI NAPOLI
SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

Parole chiave: Procreazione assistita, fecondazione eterologa,
Corte Costituzionale.

Key Words: Assisted procreation, heterologous insemination,
Constitutional Court.

Ricevuto in Redazione il 2 giugno 2014

RIASSUNTO

La legge n. 40 del 19 febbraio 2004 in tema di Procreazione Medicalmente Assistita (PAM), sin dalla sua promulgazione ha sollevato forti discussioni soprattutto in rapporto alla “tutela della salute” per quelle coppie che erano impedita alla procreazione per vie naturali.

Un primo intervento sulla norma, di certo necessario, è dato dalla ridefinizione delle Linee Guida del Ministero della Salute che permettono l'accesso alle tecniche di fecondazione assistita anche alle coppie di soggetti affetti da HIV, HCV, HBV, ancorché fertili, di fatto vietato dalla legge.

Quindi, nel 2009 la Corte Costituzionale dichiara l'illegittimità dei comma 2 e 3 dell'articolo 14 della legge, relativi all'obbligo di non formare più di tre embrioni e di evitarne in ogni caso la crioconservazione se non per motivazioni eccezionali e temporanee.

Segue, nel 2012, l'intervento della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo che afferma l'illegittimità del divieto della diagnosi pre-impianto dopo che già dal 2007 alcuni Tribunali italiani avevano autorizzato questa diagnosi in casi specifici, dando un ulteriore colpo alla norma stessa.

In ultimo, nell'aprile 2014, un nuovo intervento della Corte Costituzionale dichiara incostituzionale il divieto della fecondazione eterologa abbattendo, di fatto, le ultime specificità contenute nella norma.

SUMMARY

The law n. 40 of 19 February 2004 concerning Medically Assisted Procreation (MAP), since its enactment has raised strong debates, especially in relation to “health protection” for those couples who were prevented from procreation by natural ways.

A first step on the norm, certainly necessary, is given by the redefinition of the guidelines of the Ministry of Health that provide access to assisted reproductive technology to couple of people living with HIV, HCV, HBV, although fertile, in fact forbidden by law.

So, in 2009 the Constitutional Court declared the illegality of clauses 2 and 3 of Article 14 of the law concerning the obligation to not train more than three embryos, and to avoid in any case the cryopreservation if not for exceptional and temporary motivations.

Following, in 2012, the intervention of the European Court of Human Rights in Strasbourg, which affirms the illegality of the prohibition of pre-implantation diagnosis after that since 2007 some Italian Courts had authorized this diagnosis in specific cases, giving a further blow to the rule.

Finally, in April 2014, a new intervention of the Constitutional Court declared unconstitutional the prohibition of heterologous fertilization breaking down, in fact, the latest specificity contained in the standard.

La recentissima pronuncia della Corte di Cassazione che ritiene illegittimo il divieto di fecondazione eterologa ha comportato il definitivo crollo dell'impianto delle legge 40/04. Con la promulgazione della legge 19 febbraio 2004, n.40, “Norme in materia di Procreazione medicalmente assistita”, entrata in vigore il 10 marzo successivo, per la prima volta in Italia si è provveduto a regolamentare tale materia, che da sempre ha sollevato numerose perplessità giuridiche e deontologiche.

Finalità di tale norma, così come enunciato dalla stessa all'articolo 1, è “favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana” consentendo il “ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito”. La norma, inoltre, specifica che “Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità”.

Le Linee Guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), redatte dal Ministero della Salute, specificano che per “tecniche di procreazione medicalmente assistita si intendono tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di oociti umani, di spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a realizzare una gravidanza. Questi procedimenti includono: la inseminazione omologa, la fecondazione in vitro e il trasferimento embrionale, il trasferimento intratubarico dei gameti, il trasferimento intratubarico degli zigoti, il trasferimento intratubarico degli embrioni, la crioconservazione dei gameti e degli embrioni”.

Fin dalla sua promulgazione tale legge ha sollevato un forte dibattito in special modo sui divieti previsti, quale il divieto della procreazione assistita di tipo eterologo, il divieto alla crioconservazione degli embrioni, il divieto alla formazione di più di tre embrioni ed il connesso obbligo dell'impianto contemporaneo dei tre ovuli fecondati.

Numerose coppie, per ovviare a tali divieti sono ricorse all'autorità giudiziaria. Proprio dalle sentenze emesse da alcuni Tribunali italiani, ma soprattutto dalle pronunce della Corte Costituzionale e dalla Corte di Strasburgo, si è giunti ad un completo stravolgimento della legge 40/04, modificata in quei punti che ne rappresentavano l'essenza stessa.

I punti fondamentali del dibattito giuridico-deontologico, affrontati in sede giudiziale, infatti, sono rappresentati proprio dall'obbligo di non formare più di tre embrioni e dal divieto alla loro crioconservazione, dalla diagnosi pre impianto, dalla decadenza del diritto della madre all'anonimato e dalla fecondazione eterologa.

Presupposto fondamentale per comprendere i limiti di tale legge, è definire i soggetti cui è consentito il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita. L'articolo 4 della legge specifica che *"Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico"*.

Le già citate Linee Guida ministeriali definiscono la sterilità (e di riflesso l'infertilità che sebbene implichi una diversa condizione è equiparata ai fini dell'accesso alle tecniche di PMA) quale *"l'assenza di concepimento, oltre ai casi di patologia riconosciuta, dopo 12/24 mesi di regolari rapporti sessuali non protetti. Tutte le coppie che non ottengono gravidanza nei termini sopra definiti costituiscono la popolazione delle coppie infertili. Questa popolazione è costituita da:*

- *coppie sterili nelle quali siano stati accertati fattori di sterilità di almeno uno dei due coniugi;*
- *coppie con sterilità idiopatica, nelle quali non sia stato possibile accertare un definito fattore responsabile;*
- *coppie subfertili, per ragioni biologiche o per ripetuta abortività spontanea"*.

Tale assunto, quindi, precluderebbe l'accesso alle tecniche di PMA a tutte quelle coppie, non sterili, ma portatori di gravi malattie genetiche.

Un importante passo avanti fatto in tal senso viene dalla revisione delle Linee Guida ministeriali, necessario dopo che le prime sentenze emesse dalla Consulta avevano dichiarato illegittimi più punti della legge 40/04. Nel nuovo testo, conseguente alla decisione del 21 gennaio 2008 n. 398 del TAR del Lazio che annulla per eccesso di potere le Linee Guida di cui al Decreto Ministeriale 21.7.2004, infatti, è consentito l'accesso alle tecniche di fecondazione assistita alle coppie in cui l'uomo sia affetto da HIV, HCV, HBV, ancorché fertile. In tali casi, infatti, *"l'elevato rischio di infezione per la madre o per il feto costituisce di fatto,*

in termini obiettivi, una causa ostativa della procreazione, imponendo l'adozione di precauzioni che si traducono, necessariamente, in una condizione di infertilità ...".

Un primo spinoso problema affrontato da più Tribunali ordinari ed infine dalla Corte Costituzionale, era rappresentato dalla diagnosi pre-impianto, che consiste in un accertamento genetico effettuato su alcune cellule embrionali prima dell'impianto dell'embrione nell'utero materno, per accertare se l'embrione stesso sia o meno portatore di determinate gravi patologie.

Prima dell'entrata in vigore della legge n. 40/2004 la diagnosi preimpianto sugli embrioni prodotti in vitro e destinati al trasferimento in utero era comunemente praticata.

La legge 40/2004 in nessun articolo presenta uno specifico riferimento alla diagnosi pre impianto; l'art. 13 della legge, *"Sperimentazione sugli embrioni umani"*, stabilisce al I comma che *"E' vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano"* ed al II comma che *"La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute ed allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative"*; vieta nel successivo III comma *"la produzione di embrioni a fini di ricerca o di sperimentazione"*, ed indica alcuni specifici interventi invasivi sull'embrione, vietati salvo che non siano giustificati da *"finalità diagnostiche e terapeutiche volte alla tutela della salute ed allo sviluppo dell'embrione stesso"*.

I Tribunali di Cagliari e Firenze, nel 2007, ritenevano ammissibile la diagnosi pre impianto proprio alla luce dell'articolo 13. Con sentenza del 24 settembre 2007, il Tribunale di Cagliari riteneva ammissibile la diagnosi pre impianto sulla base di un'interpretazione conforme alle norme Costituzionali del citato articolo 13. La decisione si basava sia sull'assenza nella norma di una disposizione che facesse specifico riferimento alla diagnosi preimpianto, sia da quanto espresso nell'articolo 14, comma 5 della norma che specifica che *"i soggetti di cui all'art. 5 sono informati sul numero, e – a loro richiesta – sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero"*. La norma, quindi, ai sensi di tale ultimo articolo riconoscerebbe la possibilità di diagnosi pre impianto.

Inoltre, un altro punto fondamentale che viene sollevato da tale sentenza, è relativo all'articolo 6 della legge, relativo al consenso *"Per le finalità indicate dal comma 3, prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro ..."*. Per il Tribunale di Cagliari l'art. 14 della legge va necessariamente ad integrare quanto disposto dall'art. 6 prevedendo, in capo ai soggetti che abbiano avuto accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, il diritto di essere informati sul

numero e, su loro esplicita richiesta, “*sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell’utero*” (art. 14, 5° comma), che diviene, quindi, presupposto indispensabile per un consenso realmente informato e valido. In tal senso, pertanto “*negare l’ammissibilità della diagnosi preimpianto anche quando sia stata richiesta ai sensi dell’art. 14 della legge significherebbe dunque rendere impossibile una adeguata informazione sul trattamento sanitario da eseguirsi, indispensabile invece sia nella prospettiva di una gravidanza pienamente consapevole, consentendo ai futuri genitori di prepararsi psicologicamente ad affrontare eventuali problemi di salute del nascituro, sia in funzione della tutela della salute gestazionale della donna ...*” (Tribunale di Cagliari, sentenza 24.09.2007).

Negando la diagnosi pre impianto, quindi, verrebbe meno il diritto alla piena consapevolezza in ordine ai trattamenti sanitari che, fondati sul libero consenso, presuppongono un’esaustiva informazione su tutti gli aspetti rilevanti del trattamento stesso.

La sentenza, infine, conclude “*ritiene questo giudice che i dati normativi richiamati consentano, con particolare riferimento al diritto alla piena consapevolezza dei trattamenti sanitari, al diritto alla salute e al principio di uguaglianza, tutti coinvolti nel caso di specie, un’interpretazione costituzionalmente orientata che riconosca la praticabilità della diagnosi genetica preimpianto nei casi in cui la stessa sia stata richiesta ai sensi dell’art. 14 comma 5 della legge. In questo specifico caso, infatti, il necessario bilanciamento degli interessi costituzionalmente garantiti impone un’opzione interpretativa dei dati normativi che, rendendo ammissibile la diagnosi preimpianto, assicuri un’adeguata tutela del diritto della futura gestante ad esprimere un consenso consapevole in ordine al trattamento sanitario ancora in itinere (impianto in utero dell’embrione prodotto in vitro), essendo un’esaustiva informazione sullo stato di salute degli embrioni destinati all’impianto indispensabile, oltre che nella prospettiva di una gravidanza pienamente consapevole, in funzione della necessaria tutela della salute gestazionale della donna, come ampiamente argomentato prima*” (Tribunale di Cagliari, sentenza 24.09.2007).

L’8 maggio 2009 la Corte Costituzionale, con sentenza n. 151, interveniva in merito alla legge 40/2004, dichiarando illegittimi i comma 2 e 3 dell’art. 14, relativi al divieto di produrre più di tre embrioni, all’obbligo di impianto simultaneo di tutti gli embrioni prodotti ed al divieto di crioconservazione degli embrioni stessi. Più specificamente la Corte “*dichiara l’illegittimità costituzionale dell’art. 14, comma 2, della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), limitatamente alle parole «ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre»; dichiara l’illegittimità costituzionale dell’art. 14, comma 3, della legge n. 40 del 2004 nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, come stabilisce tale norma, debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna*”.

Il presupposto su cui si fonda la decisione della Corte è rappresentato dalla tutela della salute della donna; infatti, considerando che le possibilità di successo della fecondazione assistita sono legate agli embrioni, alle condizioni soggettive ed all’età della donna, alla luce dei limiti previsti dalla legge 40/04 relativamente al numero di embrioni da produrre, diviene concreta la possibilità di dover reiterare la stimolazione ovarica, per l’insuccesso del primo impianto, con il conseguente aumento dei rischi, per la donna.

Per la Corte, quindi, la norma, ponendo tale limite, contrasta sia con l’articolo 3 della Costituzione, in quanto il Legislatore in situazioni differenti riserva il medesimo trattamento, non considerando che le possibilità di riuscita della tecnica sono legate a fattori individuali che di volta in volta il sanitario deve vagliare; sia con l’articolo 32 della Costituzione per il danno alla salute della donna laddove siano necessari più cicli di stimolazione ovarica.

Il 28 agosto 2012, per la prima volta la Corte Europea si esprimeva sulla compatibilità della legge 40/2004 con i diritti convenzionali della Carta Europea dei diritti dell’uomo. Il caso era relativo ad una coppia portatrice di fibrosi cistica che nel 2010 si rivolgeva alla Corte di Strasburgo data l’impossibilità di accedere, poiché coppia fertile, alle tecniche di PMA e, conseguentemente, l’impossibilità di poter sottoporre l’embrione o gli embrioni a diagnosi preimpianto. La scelta di ricorrere a tali tecniche era finalizzata ad evitare di incorrere, per la seconda volta, in un aborto terapeutico nel caso che la diagnosi prenatale evidenziasse la presenza di fibrosi cistica nel feto.

La Corte Europea rileva, nella propria decisione, l’incoerenza dell’ordinamento italiano, che, da un lato consente ai sensi della legge 194 del 1978 (o meglio, in virtù della sua prassi applicativa) la diagnosi prenatale e, quindi, eventualmente (nel caso in cui la patologia del feto si rifletta negativamente sulla vita o sulla salute psico-fisica della madre) l’interruzione volontaria della gravidanza, mentre esclude la diagnosi preimpianto (se non per le coppie aventi accesso alla PMA). La Corte, infatti, afferma che “*le système législatif italien en la matière manque de cohérence. D’une part, il interdit l’implantation limitée aux seuls embryons non affectés par la maladie dont les requérants sont porteurs sains; d’autre part, il autorise ceux-ci d’avorter un foetus affecté par cette même pathologie*”.

L’irragionevolezza del divieto costituisce, pertanto, ad avviso della Corte Europea, un’ingerenza sproporzionata nel diritto alla vita privata e familiare dei ricorrenti, in violazione dell’art. 8 della Carta Europea. Inoltre, invocando anche l’art. 14 della Carta Europea per i diritti dell’uomo, i ricorrenti lamentavano di subire una discriminazione rispetto non soltanto alle coppie infertili, ma altresì a quelle fertili in cui l’uomo è portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili (H.I.V., epatiti B e C), unicamente per le quali le Linee Guida della legge 40, riformulate nel 2008 dal Ministero della Salute, hanno concesso la possibilità di avvalersi delle tecniche di PMA.

Nel novembre 2012 si è tentato di stravolgere un altro punto della norma, il comma 2 dell’articolo 9, con

l'approvazione della Camera di un emendamento che consentiva anche alle donne che hanno fatto ricorso a tecniche di PMA di disconoscere il proprio figlio alla nascita. Il disegno di legge n. 2348, cui l'emendamento fa riferimento («Norme riguardanti interventi in favore delle gestanti e delle madri volti a garantire il segreto del parto e i diritti del neonato»), approvato in prima lettura alla Camera, non ha ottenuto approvazione definitiva entro la fine della XVI legislatura.

L'intento del legislatore, con l'art. 9, II comma, che esclude la possibilità che la madre del nato da procreazione assistita possa richiedere di non essere nominata al momento della nascita, era legato al tentativo di evitare l'utilizzo della maternità surrogata, fenomeno, tra l'altro, vietato dalla stessa legge 40/2004. La possibilità dell'anonimato, invece, è concessa alla donna che partorisca naturalmente, ai sensi dell'art. 30, I comma, D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396, quando ella non voglia o non possa assumersi da sola la responsabilità derivante dalla maternità.

La logica che sottende tale divieto, inoltre, è rappresentata dall'evidenza, per il legislatore di una contraddizione tra il sottoporsi, da parte della donna, alle pratiche per la procreazione medicalmente assistita, ed una successiva indisponibilità a riconoscere il nato.

Il divieto espresso dalla norma è stato fortemente criticato da chi ritiene che ciò sia fonte di discriminazione tra madre naturale (che potrà sempre invocare l'art. 30, I comma, D.P.R. n. 396/2000) e colei che abbia fatto ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Tuttavia, l'anonimato invocato si scontra con l'attuale orientamento delle Corti europee, favorevoli a garantire al nato la conoscenza delle proprie origini.

Tale orientamento si sta affermando sempre più anche per la possibilità, prevista nella gran parte dei Paesi europei, del ricorso alla fecondazione eterologa. La legge 40/2004 vieta espressamente tale forma di procreazione assistita (art. 4, comma 3, L. n. 40/2004). Le ragioni alla base di tale divieto, considerato che questa possibilità tecnica era comunemente applicata prima dell'entrata in vigore della legge, consentita dal codice di deontologia medica ed approvata dal Comitato Nazionale per la Bioetica, non sono rappresentate dalla tutela del bene giuridico della "salute" dei componenti della coppia, quanto, piuttosto, dall'interesse del concepito.

Il legislatore, in ogni caso, ha disciplinato gli aspetti giuridici conseguenti al ricorso a questa pratica, per quanto vietata, statuendo l'impossibilità per il padre legale di disconoscere il nato, adducendo l'inesistenza di una discendenza biologica, come possibile ai sensi dell'articolo 235 del codice civile.

La problematica avente ad oggetto la tutela del diritto del nato da fecondazione eterologa di conoscere le proprie origini biologiche può porsi, in Italia, soltanto per le ipotesi di PMA di tipo eterologo precedenti all'introduzione della legge 40/2004 o per i casi in cui tale procedura sia stata compiuta all'estero.

In base al parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) *“Conoscere le proprie origini biologiche nella procreazione medicalmente assistita eterologa”*

espresso il 25 novembre 2011, il segreto sulle modalità della procreazione è opzione non raccomandabile, contraria alla stabilità della famiglia ed al rispetto della vita privata di ciascuno dei suoi componenti.

Il CNB ha espresso, infatti, l'auspicio che i genitori informino il figlio sulla modalità della sua procreazione, con responsabilità e lealtà. Si afferma, dunque, l'opportunità per il nato da PMA eterologa di conoscere la modalità del proprio concepimento.

Proprio il tema della fecondazione eterologa è ritornato al centro del dibattito mai sopito in merito alla legge 40/2004, in quanto il 9 aprile 2014 un nuovo intervento della Corte Costituzionale dichiara incostituzionale il divieto previsto dalla legge delle pratiche di fecondazione eterologa.

Con la sentenza n. 162, pubblicata il 10 giugno 2014, la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimo il divieto di accedere a tecniche di fecondazione assistita di tipo eterologo in quanto contrasta con i principi costituzionali tutelati dagli artt 2, 3, 13, 29 e 31 relativamente alla libertà di autodeterminarsi su aspetti di assoluta rilevanza personale che attengono la sfera fisica, morale e familiare e dall'articolo 32 relativamente alla tutela della salute.

L'articolo 4, comma 3, della legge 40/04 è giudicato in contrasto con l'art. 3 della Costituzione poiché *“avendo la legge n. 40 del 2004 lo scopo di «favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana», il divieto dallo stesso stabilito realizzerebbe un diverso trattamento delle coppie affette da sterilità o da infertilità, nonostante esse versino in situazioni sostanzialmente omologhe e, quindi, debbano avere l'eguale possibilità di ricorrere alla tecnica più utile di PMA, al fine di porre rimedio alla patologia dalla quale sono affette”*.

La Corte, inoltre, specifica che *“la scelta di ... diventare genitori e di formare una famiglia che abbia anche dei figli costituisce espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi, libertà che, come questa Corte ha affermato ... è riconducibile agli artt. 2, 3 e 31 Cost., poiché concerne la sfera privata e familiare. Conseguentemente, le limitazioni di tale libertà, ed in particolare un divieto assoluto imposto al suo esercizio, devono essere ragionevolmente e congruamente giustificate dall'impossibilità di tutelare altrimenti interessi di pari rango (sentenza n. 332 del 2000). La determinazione di avere o meno un figlio, anche per la coppia assolutamente sterile o infertile, concernendo la sfera più intima ed intangibile della persona umana, non può che essere incoercibile, qualora non vulneri altri valori costituzionali, e ciò anche quando sia esercitata mediante la scelta di ricorrere a questo scopo alla tecnica di PMA di tipo eterologo, perché anch'essa attiene a questa sfera”*.

Un punto fondamentale della sentenza n. 162 è relativo al contrasto tra le previsioni della norma con l'articolo 32 della Costituzione e, nello specifico, al più ampio concetto di salute che è da ritenersi comprensivo anche della salute psichica oltre che fisica, così come ribadito dalla Corte in più occasioni. Tale nozione di salute, inoltre, corrisponde a quella sancita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo

la quale “*Il possesso del migliore stato di sanità possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano*”.

Da tale considerazione deriva che “*non sono dirimenti le differenze tra PMA di tipo omologo ed eterologo, benché soltanto la prima renda possibile la nascita di un figlio geneticamente riconducibile ad entrambi i componenti della coppia. Anche tenendo conto delle diversità che caratterizzano dette tecniche, è infatti, certo che l'impossibilità di formare una famiglia con figli insieme al proprio partner, mediante il ricorso alla PMA di tipo eterologo, possa incidere negativamente, in misura anche rilevante, sulla salute della coppia ...*”.

La Corte affronta, poi, il problema del “*diritto all'identità genetica*” specificando che è possibile riferirsi alla normativa specifica per l'adozione ed alle successive disposizioni.

Per la Corte, quindi, “*Il divieto in esame cagiona, in definitiva, una lesione della libertà fondamentale della coppia destinataria della legge n. 40 del 2004 di formare una famiglia con dei figli, senza che la sua assolutezza sia giustificata dalle esigenze di tutela del nato, le quali, in virtù di quanto sopra rilevato in ordine ad alcuni dei più importanti profili della situazione giuridica dello stesso, già desumibile dalle norme vigenti, devono ritenersi congruamente garantite. La regolamentazione degli effetti della PMA di tipo eterologo praticata al di fuori del nostro Paese, benché sia correttamente ispirata allo scopo di offrire la dovuta tutela al nato, pone, infine, in evidenza un ulteriore elemento di irrazionalità della censurata disciplina. Questa realizza, infatti, un ingiustificato, diverso trattamento delle coppie affette dalla più grave patologia, in base alla capacità economica delle stesse, che assurge intollerabilmente a requisito dell'esercizio di un diritto fondamentale, negato solo a quelle prive delle risorse finanziarie necessarie per potere fare ricorso a tale tecnica recandosi in altri Paesi ...*”.

Il tema della procreazione medicalmente assistita solleva numerose problematiche sotto diversi profili quali il coinvolgimento di interessi delicati, quali la vita, la libertà di autodeterminazione, la libertà sessuale, il diritto alla procreazione, la tutela della salute, la tutela dell'embrione, la riservatezza, la famiglia. Circa tali interessi sono radicate nella nostra società diverse opinioni etiche, religiose e/o politiche che spesso generano un immobilismo determinato da veti incrociati.

Proprio per la complessità della delicata materia, alla luce dei numerosi interventi provenienti dalle sedi giudiziarie Italiane ed Europee, non può che auspicarsi una modifica delle legge 40/2004 che vada a bilanciare gli interessi di tutti i soggetti coinvolti e che non esprima esclusivamente un'ottica di tutela dell'embrione a discapito del diritto alla salute psico-fisica della coppia.

In tal modo, consentendo anche l'accesso alla fecondazione eterologa, strada ormai aperta dalla recentissima sentenza della Corte Costituzionale, si verrebbe ad estinguere anche il fenomeno del “turismo procreativo” che consente, ma solo a coloro che sono in grado di sostenerne i costi, di accedere ai trattamenti di fecondazione assistita di tipo

eterologo all'estero, determinando, di conseguenza, una discriminazione per censo.

BIBLIOGRAFIA

1. AULETTA T.: *Fecondazione artificiale: problemi e prospettive*. Il quadrimestre, 1986; 1:1
2. BALDINI G.: *Procreazione assistita eterologa e diritti della persona tra principi costituzionali e pronunce della CEDU*. <www.dirittifondamentali.it>, 8 maggio 2012
3. CAMINITI E.: *Sulla questione di legittimità costituzionale del divieto di fecondazione eterologa*. Fam. e dir., 2012; 3:298
4. D'AMICO M.: *La decisione della Corte Costituzionale fra aspetti di principio e ricadute pratiche*, in M. D'AMICO, I. PELLIZZONE (a cura di), *I diritti delle coppie infertili*. FrancoAngeli, Milano, 2010
5. D'AMICO M.: *Sull'incostituzionalità del divieto di fecondazione eterologa*, in M. D'AMICO, B. LIBERALI (a cura di), *Il divieto di donazione dei gameti. Fra Corte Costituzionale e Corte Europea dei Diritti dell'Uomo*. FrancoAngeli, Milano, 2012
6. DOGLIOTTI M., FIGONE A.: *Procreazione assistita, fonti, orientamenti, linee di tendenza. Commento alla legge 19 febbraio 2004, n. 40*. Biblioteca del diritto di famiglia, Ipsoa, 2004
7. NICOLUSSI A.: *Fecondazione eterologa e diritto di conoscere le proprie origini*, in F. Vari (a cura di), *La fecondazione eterologa tra Costituzione italiana e Convenzione europea dei diritti dell'uomo*. Torino, 2012
8. PATTI S.: *La fecondazione eterologa e l'evoluzione dell'ordinamento giuridico italiano tra giudice e legislatore*, in *La fecondazione assistita. Riflessioni di otto grandi giuristi*. Milano, 2005
9. VILLANI R.: *La procreazione assistita. La nuova legge 19 febbraio 2004, n. 40*. Giappichelli, Torino, 2004
10. VILLANI R.: *La procreazione medicalmente assistita in Italia: profili civilistici*, in *Trattato di Biodiritto* (diretto da S. Rodotà - P. Zatti), II, Milano, 2011

Indirizzo per corrispondenza:
Prof. Raffaele Landi
e-mail: raffaele.landi@unina2.it

Libri ricevuti

Giuseppina Volpe, Amelia Volpe, Patrizia Volpe, Gelsomina Carbone

Le Favole del Gufetto

Ed. Gutenberg, 2014, pagg. 80



Fondazione Adolfo Volpe

Le Favole del Gufetto



Giuseppina Volpe
Amelia Volpe
Patrizia Volpe
Gelsomina Carbone

Dall'esigenza di fare qualcosa di importante per sostenere la ricerca in favore di bambini sofferenti è nata l'idea di scrivere questo libro di favole che da una parte fanno sognare i piccoli malati trasportandoli nel mondo della fantasia, dall'altra danno un apporto concreto consentendo di raccogliere fondi.

Così la collega pediatra Giuseppina Volpe, con la collaborazione delle sorelle Amelia, docente di italiano, e Patrizia, docente di educazione artistica, e di Gelsomina Carbone, docente di matematica, che, in particolare, ha curato l'impaginazione, ha dato vita a questo volumetto in cui le favole prendono spunto dai racconti tradizionali per essere poi ambientate nel mondo attuale con le problematiche, le difficoltà ed il dolore che affliggono la nostra umanità.

Ed ecco allora la tragedia vissuta dal popolo afgano o da quello libanese, il problema degli anziani e dell'insidia verso i minori, ma contemporaneamente vediamo danzare la ballerina del soldatino di piombo, giocare tra le onde la balena di Pinocchio e volare la rondine del principe felice.

Il ricavato delle vendite del libro verrà devoluto al Reparto di Neuroncologia e Pediatria Oncologica dell'A.O. "Santobono – Pausillipon", che collabora con l'Istituto di Biotecnologie Avanzate del CEINGE, per finanziare la prosecuzione di alcuni importanti progetti di ricerca.

Con questo primo "Service" si è inaugurata la Fondazione "Adolfo Volpe: una vita per la Chirurgia" che si prefigge, tra gli altri vari scopi, di contribuire, promuovere e favorire la ricerca scientifica oltre a sostenere economicamente i giovani medici, aiutandoli nei loro studi post-universitari.

La Fondazione è dedicata al Prof. Adolfo Volpe (1915-2007), Primario di Chirurgia e Pronto Soccorso degli Ospedali Riuniti "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, Libero Docente di Patologia Speciale Chirurgica e Semeiotica Medica della II Università degli Studi di Napoli, nonché fondatore e Presidente Onorario del nostro Centro Studi "Civitas Hippocratica".

Per ulteriori informazioni e per ottenere "Le Favole del Gufetto" rivolgersi al Presidente della Fondazione Dott.ssa Giuseppina Volpe (giuseppinavolpe@libero.it).

M.C.

La normativa in materia di sostanze stupefacenti dopo la pronuncia di incostituzionalità della Legge Fini – Giovanardi

Marianna Longo, Filomena Casella, Pietro Ferrara, Marisanta Colucci, Daniela Maria Taccagna, Raffaele Landi

A.O.U. SECONDA UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI NAPOLI
SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

Parole chiave: Stupefacenti, tabelle, prescrivibilità.

Ricevuto in Redazione il 2 giugno 2014

Key Words: Drugs, tables, prescriptible.

RIASSUNTO

Nel febbraio u.s. la Corte Costituzionale, con sentenza n° 32 del 25.02.14, ha dichiarato incostituzionale la Legge “Fini-Giovanardi”, ovvero il D.L. n. 272 del 30.12.2005, convertito nella legge n. 49 del 21.02.2006. Tale norma dal 2006 ha disciplinato il consumo personale, il commercio, la vendita e la coltivazione delle sostanze stupefacenti nel nostro Paese.

Va preliminarmente premesso come tale pronuncia della Corte Costituzionale non riguarda il contenuto della Legge Fini-Giovanardi, l'incostituzionalità è riferita, infatti, all'art. 77 Cost., ovvero la procedura di conversione dei decreti legge, quindi a motivi tecnico formali.

La legge 49/06 modificava in modo sostanziale quanto previsto dal T.U. 309/90, ovvero la cosiddetta legge “Iervolino-Vassalli”, che in particolare distingueva le sostanze stupefacenti tra ‘leggere’ e ‘pesanti’ e riteneva illecito l'uso personale di queste sostanze, elencate in apposite tabelle, e prevedeva sanzioni di tipo amministrativo.

La legge Fini-Giovanardi aveva di fatto abolito la distinzione tra sostanze stupefacenti leggere e pesanti unificando le tabelle emanate dal Ministero della Salute, prevedendo un inasprimento delle sanzioni nonché una diminuzione della quantità massima consentita per uso personale.

In marzo il Consiglio dei Ministri ha varato un provvedimento, il D.L. n°36 del 20.03.14, in materia di sostanze stupefacenti, che ha modificato le tabelle delle sostanze stupefacenti, ridistribuendo le sostanze, considerando anche le circa 500 nuove molecole classificate a partire dall'anno 2006 oltre ad intervenire sulle sanzioni.

SUMMARY

In February u.s. the Constitutional Court, judgment no. 32 of 2/25/14, declared unconstitutional the “Fini-Giovanardi” law, i.e. the D.L. no. 272 of 12/30/2005, converted into Law no. 49 of 02/21/2006. This law, since 2006 has regulated the personal consumption, trade, sale and cultivation of drugs in our country.

It should first be specified as the judgment of the Constitutional Court does not concern the content of the law Fini-Giovanardi, but the unconstitutionality is referred to in Article 77, i.e. the procedure for conversion of legal decrees for formal and technical reasons.

Law 49/06 changed substantially the provisions of the T.U. 309/90, the so-called “Iervolino-Vassalli” law, which

distinguished the drug between “light” and “heavy” and judged illegal the use of these substances, listed in tables, and provided administrative sanctions.

The Fini-Giovanardi law had abolished the distinction between light and heavy drugs unifying tables issued by the Ministry of Health, providing stricter sanctions as well as a decrease in the maximum amount permitted for personal use.

In March, the Council of Ministers approved a measure, the D.L. no. 36 of 03/20/2014 concerning drugs, which modified the tables of drugs, redistributing substances, considering the approximately 500 new substances classified from the year 2006 and acts on penalties.

La disciplina delle sostanze stupefacenti nel nostro Paese è ancora una volta notevolmente mutata in seguito alla sentenza della Corte Costituzionale n° 32 del 25.02.14, che ha dichiarato incostituzionale il D.L. n. 272 del 30.12.2005, convertito nella legge n. 49 del 21.02.2006, ovvero la cosiddetta Legge “Fini-Giovanardi”.

La materia è particolarmente complessa proprio in relazione alle conseguenze di tale pronuncia: il punto focale è rappresentato dalla necessità, stante la pronuncia di incostituzionalità della normativa fino ad oggi vigente, di tornare a quanto previsto dalla precedente normativa di merito, integrando e tenendo in considerazione quanto, dal 2006 ad i nostri giorni, l'evoluzione scientifica in materia di sostanze stupefacenti ha prodotto, soprattutto per la necessità di inserire le nuove molecole nelle tabelle previste nella precedente normativa (DPR 309/90).

Va, tuttavia, sottolineato come la citata sentenza n° 32 del 25.02.14 identifichi profili di incostituzionalità non già nei contenuti della cosiddetta Legge Fini – Giovanardi, bensì per ragioni più prettamente formali, sulla base del dettato dell'art. 77 Cost., ovvero la procedura di conversione dei decreti legge. Nel 2006, infatti, furono inseriti nella legge di conversione del decreto numerosi emendamenti che, secondo la Corte Costituzionale, erano estranei all'oggetto ed alla finalità del testo di partenza; veniva, in altre parole, a mancare il nesso di interrelazione funzionale tra decreto legge, stilato dal Governo, e successiva legge di conversione.

Al riguardo, il secondo comma dell'art. 77 della Costituzione prevede che allorquando, in casi straordinari di necessità e di urgenza, il Governo adotti provvedimenti provvisori con forza di legge, debba nella medesima giornata

presentarli alle Camere al fine di consentirne la conversione; Camere che, anche se sciolte, sono appositamente convocate e si riuniscono entro cinque giorni.

Evidente appare, nella questione sottoposta ai giudici di merito, la carenza del fondamentale requisito del caso *straordinario di necessità e di urgenza*, stante l'estraneità della norma censurata rispetto alla materia disciplinata da altre disposizioni del Decreto Legge in cui è inserita.

La riforma, difatti, era stata attuata inserendo in un Decreto Legge concernente le Olimpiadi invernali di Torino, con un maxi-emendamento al disegno di legge per la conversione, norme prive di correlazione con l'oggetto del provvedimento d'urgenza adottato dal Governo.

Il riconoscimento dei presupposti di cui all'art. 77, secondo comma, della Costituzione richiede una coerenza costitutiva delle norme contenute nel Decreto Legge dal punto di vista oggettivo e materiale, ovvero dal punto di vista funzionale e finalistico.

L'inserimento di norme eterogenee all'oggetto od alla finalità del Decreto interrompe il legame logico-giuridico tra la valutazione operata dal Governo sul profilo di urgenza a provvedere ed i provvedimenti provvisori con forza di legge.

La legge 49/06 modificava in maniera sostanziale quanto previsto dal T.U. 309/90, ovvero la cosiddetta legge "Iervolino-Vassalli" che, dall'epoca della sua emanazione, aveva già subito diverse modifiche, sia da parte di pronunce della Corte Costituzionale che in seguito al referendum abrogativo nel 1993.

In particolare, il D.P.R. 309/90 distingueva di fatto le sostanze stupefacenti tra 'leggere' e 'pesanti' e riteneva illecito l'uso personale di queste sostanze, suddivise in apposite tabelle, e prevedeva sanzioni di tipo amministrativo.

La produzione e lo spaccio delle sostanze stupefacenti erano, invece, sanzionate con pene differenti, in base alla distinzione tra 'droghe leggere' e 'droghe pesanti', nonché in base alla quantità posseduta.

La legge "Fini-Giovanardi" aveva di fatto abolito la distinzione tra sostanze stupefacenti leggere e pesanti, unificando le tabelle emanate dal Ministero della Salute, prevedendo un inasprimento delle sanzioni nonché una diminuzione della quantità massima consentita per uso personale.

Era, in particolare, previsto il raggruppamento delle precedenti 4 tabelle di cui al T.U. 309/90 in due sole tabelle.

In seguito alla pronuncia della Corte Costituzionale, il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin presentava il D.L. n° 36 del 20.03.14, convertito nella legge n° 79 del 16 maggio 2014, e pubblicato in Gazzetta Ufficiale n° 115 del 20.05.14.

Andando a colmare il vuoto creato dalla pronuncia di incostituzionalità della legge "Fini-Giovanardi", il testo ripristina le tabelle con la suddivisione degli stupefacenti in base agli effetti, come previsto dal DPR 309/90.

Tra le principali novità ritroviamo:

- sanzioni minori per il cosiddetto spaccio di lieve entità (reclusione da 6 mesi a 4 anni e multa da mille a 15mila euro);

- inserimento tra le droghe 'leggere' di tutte le specie di Cannabis, senza distinzione tra Indica, Sativa, Ruderalis o ibride;
- inserimento di tutte le droghe sintetiche riconducibili per struttura chimica od effetti tossicologici al tetraidrocannabinolo (THC), principale principio attivo della cannabis, nella tabella I tra le droghe pesanti;
- possibilità per il giudice di applicare (al posto di detenzione e multa) la pena del lavoro di pubblica utilità (di durata equivalente alla condanna detentiva) nel caso di piccolo spaccio od altri reati minori commessi da un tossicodipendente.

Quali le novità apportate dalla cosiddetta Legge "Fini - Giovanardi"?

Equiparazione legislativa delle sostanze stupefacenti
Passaggio (riduzione) da 4 a 2 tabelle di sostanze stupefacenti
Reintroduzione del concetto quantitativo nella distinzione tra consumo personale e spaccio
È punito chi acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque illecitamente detiene sostanze stupefacenti che appaiono destinate ad un uso non esclusivamente personale, o per quantità, in particolare se superiore ai limiti massimi consentiti
Pene detentive da 6 a 20 anni in caso di condanna per spaccio e traffico di stupefacenti
Detenzione attenuata per fatti di lieve entità: reclusione da 1 a 6 anni
In caso di condanna per fatti di lieve entità, nell'impossibilità di fruire della sospensione condizionale della pena, può essere chiesto il lavoro di pubblica utilità per un periodo corrispondente alla pena inflitta
Per il consumo personale sono sempre previste sanzioni amministrative fino ad un anno
Per il consumatore socialmente pericoloso sono previste misure di sicurezza quali l'obbligo di presentazione alla PG, il divieto di frequentare locali pubblici, il divieto di condurre veicoli a motore
Arresti domiciliari in luogo della custodia cautelare per il tossicodipendente che sia in trattamento o che intenda sottoporvisi
Affidamento terapeutico in prova esteso alle pene sino a 6 anni, anche se tale periodo è residuo di maggior pena
La certificazione dello stato di tossicodipendenza non è più di esclusiva competenza del servizio pubblico, ma può essere certificato anche da strutture private, ai fini delle misure alternative al carcere e della sospensione dell'esecuzione della pena

TABELLE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE	
TABELLA I: sostanze stupefacenti o psicotrope in grado di indurre dipendenza	TABELLA II: farmaci contenenti sostanze in grado di indurre dipendenza
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Oppio ed oppiacei;</i> ✓ <i>Coca ed alcaloidi;</i> ✓ <i>Amfetamine e derivati;</i> ✓ <i>Levomethorfanolo;</i> ✓ <i>Levorfanolo;</i> ✓ <i>Indolici;</i> ✓ <i>Cannabis indica;</i> ✓ <i>Ogni altra pianta (allucinazioni o gravi distorsioni sensoriali)</i> ✓ <i>Ogni altra sostanza che agisca sul SNC</i> 	<p style="text-align: center;">Sez. A Sez. B Sez. C Sez. D Sez. E</p> <p style="text-align: center;"><i>Sost. analgesiche-oppiacee, All. III bis, barbiturici e sost. ipnotico sedative, sost. di corrente impiego terapeutico che inducono grave dipendenza psico-fisica</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Barbiturici, BDZ e derivati pirazolo-pirimidinici, sostanze che inducono dipendenza minore della sezione A</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Sostanze della sez. B da sole o in associazione con altri principi attivi BDZ per uso par., non iniettabili, alcaloidi tot. dell'oppio con morfina non > 0,05% in peso, sost. delle sez. prec. che, x quantità e modalità d'uso, danno rischi inferiori</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Sostanze delle sez. precedenti, da sole o in associazione, che per modalità d'uso presentano rischi di abuso di gravità inferiore</i></p>
ALLEGATO III BIS	
<i>Farmaci utilizzabili per il trattamento di dolore severo da patologia neoplastica o degenerativa:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Tabella II (A-D)</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Buprenorfina</i> • <i>Fentanyl</i> • <i>Codeina</i> • <i>Ossicodone</i> • <i>Idrocodone</i> • <i>Metadone</i> • <i>Morfina</i> • <i>Levorfanolo</i> • <i>Diidrocodeina</i> • <i>Ossimorfone</i> • <i>Idromorfone</i> 	

Il testo emanato, come detto, ridefinisce le tabelle ridistribuendo le sostanze stupefacenti, e tra queste le circa 500 nuove molecole classificate a partire dall'anno 2006 (con i nuovi inserimenti riportati nella sezione B della tabella I), ed interviene sulle sanzioni.

Le tabelle di interesse penalistico, in particolare, tornano ad essere quattro: la prima e la terza raggruppano le droghe "pesanti", la seconda e la quarta quelle "leggere" sulla scorta del precedente DPR 309/90.

Appare opportuno a questo punto porre l'attenzione su una recentissima pronuncia della Corte di Cassazione,

Sez. VI Penale, in merito alla detenzione delle sostanze stupefacenti che, con sentenza 8 aprile – 9 maggio 2014, n. 19243 sottolinea come: "... *In materia di stupefacenti, la valutazione in ordine alla destinazione della droga, ogni qualvolta la condotta non appaia indicativa della immediatezza del consumo, viene effettuata dal giudice di merito tenendo conto di tutte le circostanze oggettive e soggettive dei fatti, secondo parametri di apprezzamento sindacabili in sede di legittimità soltanto sotto il profilo della mancanza o della manifesta illogicità della motivazione (Sez. VI, Sentenza n. 44419 del 13/11/2008). La Corte di*

merito, senza vizi logici, ha superato persuasivamente la precedente decisione assolutoria - che aveva ritenuto di non potere escludere la destinazione al consumo personale della droga rinvenuta e limitata a quella rinvenuta sulla persona del ricorrente - innanzitutto considerando che anche questa (pari a complessivi gr. 1,58), al momento del controllo nell'autovettura da lui occupata, si presentava in parte riposta in un calzino ed in parte in mano con dose spezzettata, circostanza che induce comunque una parziale destinazione a terzi; inoltre, attribuendo all'imputato anche quella di maggiore consistenza (pari a gr. 5,80) rinvenuta nell'appartamento da lui abitato, ancorché nascosta sotto l'armadio dei propri genitori ... Deve darsi conto d'ufficio - da un lato - degli effetti conseguenti alla intervenuta sentenza costituzionale n. 32/2014, versandosi nel caso in esame nella applicazione di una fattispecie coinvolta da detta pronuncia, secondo la quale rivive l'ipotesi di cui all'art. 73 co. V DPR n.309/90 prevista anteriormente alla riforma dichiarata costituzionalmente illegittima e che fissa per le sostanze «leggere» la più favorevole forbice edittale compresa tra i sei mesi ed i quattro anni di reclusione oltre la multa; - dall'altro - della modifica intervenuta con il d.l. n. 146/2013 conv. con l. n. 10 del 2014 che, in relazione alla fattispecie in esame, considerandola ipotesi autonoma e non più circostanziale, ha fissato i limiti edittali tra un anno e cinque anni di reclusione oltre la multa ... l'individuazione della disposizione più favorevole al reo va operata con riferimento al caso concreto, confrontando i risultati che deriverebbero dalla applicazione delle due normative che si sono succedute ... Non v'è dubbio che, nella specie, sia la rivivente formulazione dell'art. 73 co. V, DPR n. 309/90 ad essere - ai sensi dell'art. 2 co. IV c.p. - concretamente più favorevole al ricorrente in ragione del ridotto limite edittale previsto per le droghe «leggere» ... Nondimeno, essendosi determinato il trattamento sanzionatorio sulla base del minimo edittale previsto dalla norma nel frattempo dichiarata incostituzionale, la rideterminazione della pena in base alla predetta più favorevole ipotesi può essere compiuta (ai sensi dell'art. 620 lett. I) c.p.p. - da questa stessa Corte e fissata in mesi sei di reclusione ed euro 1.032 di multa ...».

Le modifiche alla normativa in tema di sostanze stupefacenti impongono l'obbligo di puntualizzare circa le norme specifiche per la dispensazione di taluni farmaci, ovvero le sostanze contenute all'Allegato III-bis del T.U. 309/90, costituiti principalmente da farmaci analgesici oppiacei per la terapia del dolore severo, ovvero il trattamento farmacologico del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Tali molecole – sino al 2010 – erano inserite nella Tabella A.

L'art. 90 del Codice Europeo dei medicinali (D. Lgs. 249/2006) stabilisce che i medicinali soggetti a prescrizione medica speciale sono quelli per i quali il DPR 309/90, prevede specifiche modalità di distribuzione e prescrizione.

L'evoluzione normativa in tema di stupefacenti è stata particolarmente profonda e volta soprattutto ad agevolare l'accesso ai medicinali per la terapia del dolore, attraverso varie e successive misure di semplificazione, l'ultima delle

quali è rappresentata dalla L. 38/2010 (G.U. n. 65 del 19.03.2010), entrata in vigore il 03.04.2010, integrata dal D.M. 31.03.2010, pubblicato in G.U. n. 78 del 03.04.2010.

Per quanto attiene ai farmaci, è stata istituita una nuova *tabella dei medicinali* che consente la tracciabilità dalla produzione, prescrizione, distribuzione fino alla dispensazione degli stessi allorché contengono sostanze stupefacenti o psicotrope, con particolare riferimento alle prescrizioni di medicinali per la terapia del dolore e impiegati in corso di trattamento per la disassuefazione dagli stati di dipendenza.

Le modalità di prescrizione e dispensazione restano, pertanto, invariate per tutte le terapie con medicinali a base di stupefacenti, così come le modalità di gestione dei medicinali da parte degli operatori del settore farmaceutico.

La L. 38/10 apporta significative novità invece per quanto attiene l'accesso alle cure palliative. Le semplificazioni in precedenza previste per i soli *“pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa”*, infatti, sono state estese a tutti i *“malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni”*.

Sono trasferiti dalla sezione A alla sezione D della tabella dei medicinali le composizioni medicinali utilizzate in terapia del dolore ed elencate nell'allegato III-bis, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale. Con tale modifica non solo si recepiscono definitivamente nel Testo Unico degli stupefacenti le modifiche apportate dall'Ordinanza del 16.06.2009, mantenendo, invece, nella sezione A le preparazioni orali a base di metadone e buprenorfina.

Per quanto attiene la prescrizione – nell'ambito del SSN – di farmaci previsti dall'allegato III-bis, nel trattamento di pazienti affetti da dolore severo può essere utilizzato il ricettario del SSN, potendo il Ministero della Salute aggiornare, con proprio decreto, l'elenco dei medicinali ricompresi in tale allegato. Appare opportuno a questo punto esaminare brevemente le cinque sezioni della *tabella dei medicinali*, all'interno della quale sono indicati i medicinali a base di sostanze attive stupefacenti o psicotrope, ivi inclusi i loro principi attivi di corrente uso terapeutico, umano o veterinario.

Nella sezione A della tabella dei medicinali sono indicati i medicinali contenenti le sostanze analgesiche oppiacee naturali, di semisintesi e di sintesi; i medicinali di cui all'allegato III-bis al presente testo unico; i medicinali contenenti sostanze di corrente impiego terapeutico per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di grave dipendenza fisica o psichica; i medicinali contenenti barbiturici che hanno notevole capacità di indurre dipendenza fisica o psichica o entrambe, nonché altre sostanze ad effetto ipnotico-sedativo ad essi assimilabili. Nella sezione B della tabella sono indicati i farmaci che contengono sostanze di corrente impiego terapeutico per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica di intensità e gravità minori di quelli prodotti dai medicinali elencati nella sezione A;

i medicinali contenenti barbiturici ad azione antiepilettica e quelli contenenti barbiturici con breve durata d'azione; i medicinali contenenti le benzodiazepine, i derivati pirazolopirimidinici ed i loro analoghi ad azione ansiolitica o psicostimolante che possono dar luogo al pericolo di abuso ed indurre farmacodipendenza.

Nella sezione C della tabella sono indicati i farmaci contenenti le sostanze elencate nella tabella dei medicinali, sezione B, da sole o in associazione con altre sostanze attive ad uso farmaceutico, per i quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica. Nella sezione D della tabella sono indicati i medicinali contenenti le sostanze elencate nelle sezioni A o B, da sole od in associazione con altre sostanze attive ad uso farmaceutico quando per la loro composizione qualitativa e quantitativa e per le modalità del loro uso, presentano rischi di abuso o farmacodipendenza di grado inferiore a quello dei medicinali compresi nella tabella dei medicinali, sezioni A e C, e pertanto non sono assoggettate alla disciplina delle sostanze che entrano a far parte della loro composizione; i medicinali ad uso parenterale a base di benzodiazepine; i medicinali per uso diverso da quello iniettabile, i quali, in associazione con altre sostanze attive ad uso farmaceutico non stupefacenti contengono alcaloidi totali dell'oppio con equivalente ponderale in morfina non superiore allo 0,05 per cento in peso espresso come base anidra; i suddetti medicinali devono essere tali da impedire praticamente il recupero dello stupefacente con facili ed estemporanei procedimenti estrattivi; in considerazione delle prioritarie esigenze terapeutiche nei confronti del dolore severo, composti medicinali utilizzati in terapia del dolore elencati nell'allegato III-bis, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale.

Nella sezione E sono indicati, infine, i medicinali contenenti le sostanze elencate nelle sezioni A o B, da sole o in associazione con altre sostanze attive ad uso farmaceutico, quando per la loro composizione qualitativa e quantitativa o per le modalità del loro uso, possono dar luogo a pericolo di abuso o generare farmacodipendenza di grado inferiore a quello dei medicinali elencati nella tabella dei medicinali, sezioni A, B, C o D.

Per quanto riguarda gli obblighi dei medici nella prescrizione di farmaci appartenenti alla sezione A della Tabella dei medicinali (art. 43 – DPR 309/90 mod.), il professionista dovrà utilizzare la ricetta a ricalco per i medicinali non erogati dal SSN, mentre potrà utilizzare sia la ricetta a ricalco che quella SSN per la prescrizione di medicinali erogati a carico del Servizio Sanitario (es. morfina fiale o buprenorfina fiale o compresse).

La prescrizione dei medicinali indicati nella sezione A può comprendere un solo medicinale per una cura di durata non superiore a trenta giorni, ad eccezione della prescrizione dei medicinali di cui all'allegato III-bis per i quali la ricetta può comprendere sino a due farmaci diversi tra loro o uno stesso medicinale con due dosaggi differenti per una cura di durata non superiore a trenta giorni.

Nella ricetta dovranno essere indicati cognome e nome dell'assistito; la dose prescritta, la posologia e la via di somministrazione; l'indirizzo e il numero telefonico dello studio del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata; la data e la firma del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata; il timbro personale del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata.

Da quanto riportato si evince come la pronuncia della Corte Costituzionale non abbia riportato pedissequamente la normativa in tema di sostanze stupefacenti a quanto previsto dal precedente DPR 309/90 ma l'intervento del Governo, con la promulgazione del D.L. n° 36 del 20.03.14, convertito nella legge n° 79 del 16 maggio 2014, e pubblicato in Gazzetta Ufficiale n° 115 del 20.05.14, ha reso più snella la norma adattandola alle esigenze attuali, richieste soprattutto per l'erogazione dei farmaci per la cura di gravi patologie.

BIBLIOGRAFIA

1. LEO L.: *Sul momento consumativo delle fattispecie di acquisto e vendita di sostanze stupefacenti*. Diritto penale e processo. IPSOA 2005; n. 2
2. MARANI S.: *Disciplina penale degli stupefacenti. Condotte, sanzioni, profili processuali*. Altalex Editore, 2012
3. Ministero dell'Interno: *Relazione annuale antidroga*. Direzione Generale per i servizi antidroga, 2007
4. PORTELLI F.: *L'attività meramente informativa via internet in materia di sostanze stupefacenti non è reato*. Diritto dell'Internet. IPSOA 2008; n. 3
5. RICCIOTTI ROMANO, RICCIOTTI MARIA MADDALENA: *Gli stupefacenti*. Cedam, 1993;
6. Ricetta ministeriale speciale, in Farmacie Comunali Riunite <www.fcr.re.it>
7. RUGA RIVA CARLO: *La nuova legge sulla droga: una legge stupefacente in norme della sicurezza pubblica*. Riv.it.dir e proc.pen: Giuffrè Editore, 2006; n. 1
8. ZAINA CARLO ALBERTO: *La nuova disciplina delle sostanze stupefacenti*. MAGGIOLI, 2006

Indirizzo per corrispondenza:
Prof. Raffaele Landi
e-mail: raffaele.landi@unina2.it



ordine dei medici
e degli odontoiatri
della provincia di salerno



Salerno

LE GIORNATE
DELLA XV edizione
SCUOLA MEDICA
SALERNITANA

23|24|25
ottobre 2014

23
OTTOBRE

GIOVEDÌ

SALERNO
SALA CONVEGNI ORDINE DEI MEDICI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SALERNO
VIA SS. MARTIRI SALERNITANI 31

CONVEGNO

“MEDICINA e MUSICA”

24
OTTOBRE

VENERDÌ

CAMPUS DI FISCIANO
AULA MAGNA VINCENZO BUONOCORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO
VIA GIOVANNI PAOLO II, 132

CONSEGNA PREMI INTERNAZIONALI
“SCUOLA MEDICA SALERNITANA”

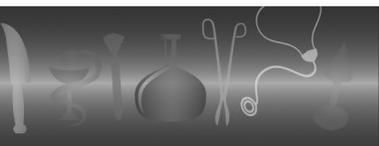
GIURAMENTO DI IPPOCRATE

25
OTTOBRE

SABATO

SALERNO - GRAND HOTEL
LUNGOMARE TAFURI I

CONVEGNO INTERNAZIONALE
“CELLULE STAMINALI”



Storia della Medicina

Sui primi tre secoli di studi intorno alla eziologia del latirismo

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Unità di Ricerca Neuroimmagini, IBFM-CNR, Germaneto, Catanzaro

Parole chiave: Disturbi neuromuscolari, intossicazione, cicerchie, latirismo, Lathyrus sativus.

Ricevuto in Redazione il 30 giugno 2014

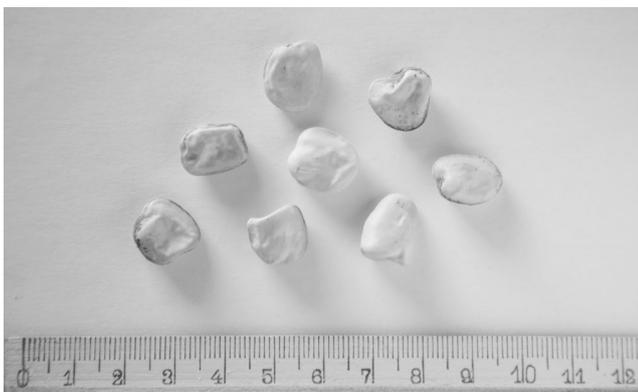
Key Words: Neuromuscular injures, intoxication, chickling vetch, lathyrism, Lathyrus sativus

RIASSUNTO

I disturbi neuromuscolari agli arti inferiori, provocati da alimentazione basata quasi esclusivamente sui semi di alcune leguminose, sono discussi negli scritti ippocratici. Solo nel Seicento l'intossicazione da cicerchie inizia ad esprimersi come malattia sociale vedendo nei soggetti appartenenti alle classi meno abbienti coloro che sono maggiormente colpiti perché portati a nutrirsi di pane di farina di *Lathyrus sativus*. Le epidemie dovute a questo genere di piante, per lo più foraggere, sono descritte e discusse nei due secoli successivi. Tra i molti lavori pubblicati, emerge quello (1873) di Arnaldo Cantani, Direttore della Clinica Medica dell'Università di Napoli che, oltre a migliorare lo studio neurologico di questa intossicazione alimentare, attribuisce ad essa un nome il cui etimo ne ricorda l'eziologia: latirismo.

SUMMARY

Hippocratic writings report the neuromuscular injures on the legs by a diet exclusively based on certain types of vetch. Only in seventeenth century the poisoning by chickling vetch begins as a real social disease, and poor people are the more affected because they are forced to feed on bread which is made by spur of *Lathyrus sativus*. The epidemics by these fodder plants are both described and discussed during the next centuries. Among many published works, that (1873) by Arnaldo Cantani is the most important, maybe. He is the Director of Medical Clinic Department in the University of Naples. Surely, this work improves the neurologic studies on this diet poisoning, and assigns to it a name showing a root word remembering its etiology: "lathyrism".



Semi di cicerchia

Il disturbo neuromuscolare agli arti inferiori dovuto all'ingestione prolungata dei semi di alcune leguminose mature è conosciuto dall'antico Mondo Greco. Infatti, il *Corpus Hippocraticum* è particolarmente istruttivo a tal riguardo quando, sia nel II che nel VI libro delle "Epidemie", riporta il seguente passo: *Ad Eno, durante una carestia, coloro che mangiavano continuamente leguminose divennero impotenti negli arti inferiori; la cosa fu persistente; inoltre chi mangiava dell'ervo ebbe dolori alle ginocchia*¹. Questo evento è collocabile tra l'ultimo decennio del V secolo e la prima metà del IV secolo a.C. e avviene ad Eno (Ainos), città della Tracia che, proprio in quell'epoca, conosce guerre e carestie². E a tal proposito, mentre Plinio il Vecchio (27 - 79) commenta le qualità velenose del *lathyrus*³ (cicerchia), Galeno (c130 - c200) così commenta il passo ippocratico: *Non esser consentaneo alla ragione l'attribuire*

- 1 CORPUS HIPPOCRATICUM: *Epidemie*, II, 4, 3. *Epidemie*, VI, 4, 11. Cfr GRMEK MIRKO DRAZEN. "Le malattie all'alba della civiltà occidentale. Ricerche sulla realtà patologica nel mondo greco preistorico, arcaico e classico". Bologna: Il Mulino; 1985, pp. 381-382.
- 2 MAY JOHN MAUNSELL FRAMPTON. *Ainos, its history and coinage*. Oxford: Oxford University Press; 1955, cap. XII, pp. 531-536.
- 3 SEMIDALOV VENIAMIN. *O latirizme (On lathyrism)*. Meditsinskoe Obezrenie; 1893, 39: 734.

i morbi comuni soltanto alla forza dell'aria. Que' che in Eno la fame spinse a far uso di legumi, restarono male affetti nelle gambe: que' che d'orobo si nutrirono, ebbero de' dolori nelle ginocchia⁴. Inoltre, Galeno focalizza l'attenzione su due termini chiave, *ospriophagèontes* e *orobophagèontes*: il primo designa le persone che mangiano *ospria* cioè leguminose; il secondo designa quelle che mangiano uno specifico legume, l'*ervo* (lenticchia bastarda) corrispondente all'*orobos* (*Ervum ervilia*) dei testi classici, pianta da foraggio conosciuta in Grecia fin dai tempi preistorici⁵. Anche Avicenna (980 - 1037) fa cenno agli effetti di queste leguminose⁶.

Le prime informazioni su questa sindrome neurotossica risalgono al Seicento e più esattamente al periodo della Guerra dei Trent'anni (1618 - 1648) quando in molte contrade manca il pane di frumento e le popolazioni per nutrirsi usano quello costituito, parzialmente o totalmente, da farina di semi di alcune leguminose foraggere, più diffusamente e precisamente di cicerchia bianca (*Lathyrus sativus*) e cicerchia cece (*Lathyrus cicera*)⁷. Un particolare riguardo merita Bernardino Ramazzini (1633 - 1714), fondatore della Medicina del Lavoro, il quale, nella sua "Opera Omnia Medica et Physiologica", descrive l'intossicazione da cicerchie fra i sudditi del Ducato di Modena nel capitolo che titola "Constitutio epidemica urbana anno 1691", ecco le sue parole: [...] *in quelle città, Castrovetro [Castelvetro, provincia di Modena] e Scandiano [provincia di Reggio Emilia], c'era un accidente simile a quello che Ippocrate descrive nella città di Eno di Tracia, cioè un indebolimento alle ginocchia a causa di un legume, l'ervo*⁸. Questo legume è anche detto [...] *moco, orobo, lero, straccabue, girlo e regiolo; la sua erba è usata per ingrassare i buoi*⁹.

Nel corso del Settecento, tra gli Autori che scrivono sui danni provocati da queste particolari leguminose, si ricordano Georg David Duvernoy (1691 - 1759), Heinrich Hirzel (XVIII secolo) e Johann George Puihn (1762 - 1793): il primo attribuisce al *Lathyrus cicera* la [...] *rigidità degli arti inferiori e la zoppia* [...] a chi si nutre di questo legume¹⁰; il secondo descrive la [...] *paralisi delle ginocchia e delle piante dei piedi* [...] dopo aver consumato semi della suddetta pianta¹¹; il terzo enfatizza la [...] *rigidità delle ginocchia che si piegano verso l'interno oltre alla debolezza dei piedi* [...], dopo aver mangiato il *lathyrus*¹², non specificando la specie. Invece, Ottaviano Targioni Tozzetti (1755 - 1826) ascrive al *Lathyrus sativus* l'epidemia di "storpio delle gambe" accorsa in Toscana nel 1784 e nel 1785. L'Autore aggiunge che la popolazione si ammala perché si nutre di pane costituito per 2/3 da farina di questo "latiro" e 1/3 di orzo oppure di segale, per un periodo non inferiore a tre mesi. Così scrive: [...] *nel 1785 la cicerchia essendo stata adoperata nel mescolo del pane, soverchiamente per tre mesi, da alcune famiglie di contadini, produsse ad essi debolezza e storpio delle ginocchia; malattia già attribuita al "Lathyrus cicera", conosciuta da Ippocrate con il nome di "crurum impotentia" che Ramazzini*¹³ *chiama ervo*.

Nel secolo successivo, un'altra epidemia di "indebolimento alle ginocchia", dovuta alle cicerchie, colpisce, nel 1829, la città di Blois (Francia centrale)¹⁴ mentre nel 1841 Auguste Chevallier (1876 - 1956) scrive un lungo ed attento lavoro sul *Lathyrus cicera*¹⁵. In questi anni è interessante l'epistolario tra Michele Tenore (1780 - 1861) e Nicola Pellicciotti (XVIII secolo). Il primo afferma che anche gli animali quando mangiano i frutti maturi di *Lathyrus alatus* come pure di *Lathyrus sativus* possono diventare paralitici ma non hanno alcun danno se si nutrono di altre parti della pianta verde; il secondo fa alcune osservazioni sulla paralisi provocata dall'uso del "latiro" e descrive l'epidemia del 1847 a Gessopalena (provincia di Chieti) dove i 30 soggetti colpiti dall'intossicazione si nutrono di pane di farina, unicamente o parzialmente, di cicerchia e specificatamente di *Lathyrus climentum*. Inoltre, Pellicciotti mette in rilievo che le famiglie agiate non mangiando cicerchie non sono colpite dalla "paraplegia da Lathyrus"¹⁶. Circa trent'anni dopo questa descrizione, vengono ricoverati nella Clinica Medica dell'Università di Napoli tre

4 WENKEBACH SEBASTIAN E., PFAFF ROBERT F. *Corpus Medicorum Graecorum V, 10, 1*. Leipzig, Berlin: Teubner; 1934, pp. 338-340.

5 DIERBACH JOHANN HEINRICH. *Die Arzneimittel des Hippokrates, oder: Versuch einer systematischen Aufzählung der in allen hippokratischen Schriften vorkommenden Medikamenten*. Hildesheim: G. Olms; 1824, pp. 41-42.

6 SEMIDALOV VENIAMIN. *O latirizme (On lathyrism)*. Meditsinskoe Obezrenie; 1893, 39: 734.

7 HUBER JOHANN CHRISTOPH. *Historische Notizen über den Lathyrismus*. In: "Friedrich's Blätter für gerichtliche Medizin"; 1886, pp. 34-36.

8 RAMAZZINI BERNARDINO. *Opera Omnia Medica et Physiologica*. Londra: P. e I. Vaillant; 1718, III edizione, pp. 89-105, "Constitutio epidemica urbana anno 1691", p. 99.

9 TOMMASEO NICOLÒ, BELLINI BERNARDO. *Dizionario della lingua italiana*. Torino: L. Piomba; 1865.

10 DUVERNOY GEORG DAVID (tesi di laurea). *De lathyrus quadau venenata specie in comitatu montbelgardensi cults*. Università di Basilea; 1770.

11 HIRZEL HEINRICH. *Über das getreide und brot; aus dem französischen, nebst der geschichte einer giftigen art erbsen von den ubersetzer*. Zurigo: Linguet e Tissot, vol. 8; 1780.

12 SEMIDALOV VENIAMIN. *O latirizme (On lathyrism)*. Meditsinskoe Obezrenie; 1893, 39: 734.

13 TARGIONI TOZZETTI OTTAVIANO. *Istituzioni botaniche del dottore Ottaviano Targioni Tozzetti, pubblico professore di botanica e agricoltura*. Firenze: G. Piatti; 1813, pp. 88-89.

14 BONTÉ FRÉDÉRIC, FIOT NICOLE. *Deux épidémies en Blésois au XIXe siècle et leur traitement pharmacologique*. Revue d'Histoire de la Pharmacie. 87e annee, n. 322; 1999, pp. 193-198.

15 CHEVALLIER AUGUSTE. *Le pain dans la confection duquel il entre de la farine de semences de Lathyrus cicera, peut il être nuisible a la santé? Les animaux peuvent ils être nourris avec ce vegetal?* Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legale; 1841, serie 1, n. 26, pp. 126-148.

16 MANZI AURELIO. *Il contributo scientifico di Pasquale Gravina*. In: ORSINI PASQUALE, MANZI AURELIO (a cura di). "Pasquale Gravina. Scritti di Botanica (1811-1812)". Pettorato sul Gizio (AQ): Associazione Culturale Pietro de Stephanis; 2012, pp. XXV-XLV.

fratelli, di venti, dieci e otto anni, provenienti da Arienzo (provincia di Caserta) i quali accusano, in misura diversa, “debolezza alle gambe”. Dopo una attenta indagine anamnestica, clinica e strumentale, il Direttore Arnaldo Cantani (1837 - 1893), così si esprime quando pubblica questa personale esperienza medica su *Il Morgagni* ¹⁷, un anno dopo il loro ricovero. Le sue parole: *i pazienti [...] hanno qualche cosa di atassico e qualche cosa di paralitico. La paralisi interessa solo i muscoli della colonna vertebrale e quelli dei due arti inferiori, ed è prevalentemente sviluppata in alcuni gruppi muscolari e meno in altri [...]; potremmo concludere che i muscoli più deboli erano [...] tra gli estensori [...] e flessori [...] del femore [...], della gamba [...] e delle dita. [...] I muscoli assolutamente più paralizzati di tutti erano il bicipite del femore, il semimembranoso ed il semitendinoso. [...] Era poi molto distinta [...] la debolezza dei muscoli spinali. E' dunque una specie di paraplegia, che però non interessa in egual grado tutti i muscoli dei due arti inferiori, mentre sono pure colpiti da paralisi i muscoli spinali.* Dopo lo studio microscopico del tessuto muscolare, Arnaldo Cantani così si esprime quando tenta di classificare la malattia nei suoi tre pazienti: *Trattasi [...] veramente di una paralisi miopatica e non neuropatica.* E dopo aver accertato nella cicerchia *Lathyrus clymenum* la causa dei disturbi neuromuscolari, si pronuncia sui danni di questa leguminosa, essenzialmente foraggera, quando viene consumata dall'uomo giornalmente e per periodi non brevi: *E' veramente vicina l'idea, che sotto l'influenza dell'abuso della cicerchia in forma di pane la massa muscolare possa venir disturbata nella sua nutrizione [...] o che contenga de' principi nocivi, velenosi per la vita e vegetazione della fibra muscolare.* Arnaldo Cantani conclude il suo lavoro su una malattia di cui conosce la storia vivendone per la prima volta direttamente l'evoluzione clinica, con queste parole: *Ho creduto di dare a questa malattia [...] il nome di LATIRISMO, LATHYRISMUS, che ricordando la causa vera della paralisi serve a determinarne esattamente il concetto che era in quei nomi antichi di scarso significato come “crurum exsolutio”, “crurum impotentia”, “crura imbecillia” e “storpio delle gambe”.*

Il termine “latirismo”, dunque, come “saturnismo”, “alcolismo”, “ergotismo” e “favismo” portandosi dietro il nome dell'elemento tossico (cicerchia, piombo, alcool, segale, fava) che causa la malattia, corrisponde certamente meglio ai bisogni della scienza del XIX secolo.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Antonio Tagarelli

e-mail: antonio.tagarelli@cnr.it

¹⁷ CANTANI ARNALDO. *Latirismo (Lathyrismus). Lezione clinica illustrata da tre casi clinici del Professore Dottor Arnaldo Cantani.* *Il Morgagni* - Rivista Settimanale- Anno 1873, 15: 745-765.

Convegni

- 5-6 settembre 2014 – Praiano (SA)
“Le reti oncologiche”
Segreteria Scientifica: G. Pistolese, C. Savastano
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno
e-mail: segreteria.ecm.sa@g.mail.com
- 20 settembre 2014 – Telesse Terme (BN)
“Attualità in tema di Epatologia”
Segreteria Scientifica: V. Guadagnino
Segreteria Organizzativa: Viaggi Stregati
Tel. 0824.63307 – e-mail: info@viaggistregati.it
- 2-4 ottobre 2014 – Palermo
“50° Congresso Nazionale Società Italiana di Storia della Medicina”
Segreteria Scientifica: A. Bargoni
Segreteria Organizzativa: Ignazio Vecchio
e-mail: ignazio.vecchio@libero.it
- 14 ottobre 2014 – Salerno
“Epatologia a Salerno oggi”
Segreteria Scientifica: M. Colucci, M. Persico
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno
e-mail: segreteria.ecm.sa@g.mail.com
- 18 ottobre 2014 – Salerno
“Scienze Criminologiche: Vittimologia, Investigazione e Politica della Sicurezza”
Segreteria Scientifica: UNIPOSMS
Segreteria Organizzativa: Segreteria Didattica
Tel. 800177502
- 23 ottobre 2014 – Salerno
“Medicina e Musica”
Le Giornate della Scuola Medica Salernitana – XV edizione
Segreteria Scientifica: M. Colucci, P. Vicinanza
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno
e-mail: segreteria.ecm.sa@g.mail.com
- 25 ottobre 2014 – Salerno
“I molteplici volti delle cellule staminali”
Le Giornate della Scuola Medica Salernitana – XV edizione
Segreteria Scientifica: G. D’Angelo
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno
e-mail: segreteria.ecm.sa@g.mail.com
- 29-31 ottobre 2014 – Salerno
“Intervento precoce nei disturbi mentali gravi dei giovani e Servizi di Salute Mentale”
V Congresso Nazionale AIPP
Segreteria Scientifica: W. Di Munzio
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno
e-mail: segreteria.ecm.sa@g.mail.com
- 7 novembre 2014 – Salerno
“Ictus cerebrale: la rete”
Segreteria Scientifica: R. Napolitano
Segreteria Organizzativa: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno
e-mail: segreteria.ecm.sa@g.mail.com

Estimated costs of uterine artery embolization, myomectomy and hysterectomy for uterine fibroids from an Italian hospital perspective

Sonia Amoroso e Giovanna Tropeano

Key Words: Cost analysis, uterine artery embolization, myomectomy, hysterectomy

Parole chiave: Analisi dei costi, embolizzazione delle arterie uterine, miomectomia, isterectomia

Ricevuto in Redazione il 2 giugno 2014

SUMMARY

Symptomatic fibroids have traditionally been treated with abdominal hysterectomy or abdominal myomectomy. Uterine artery embolization has proven to be an excellent treatment option for most women, with clinical success rates comparable to conventional surgical procedures. Earlier articles have also reported that embolization has lower hospital costs and a higher cost/effectiveness ratio than hysterectomy or myomectomy.

We undertook this study to determine and compare the costs of embolization, abdominal hysterectomy and abdominal myomectomy from an Italian hospital perspective.

We reviewed the medical records of 320 consecutive women with symptomatic fibroids who were treated between January and December 2011 at our institution. The mean hospital cost of embolization was € 2.270,00, which was significantly lower than that estimated for myomectomy (€ 3.658,00) and hysterectomy (€ 3.744,00) ($P < .001$). Lost productivity costs associated with myomectomy (€ 3.844,00) and hysterectomy (€ 5.184,00) were significantly higher than those for embolization (€ 1.296,00) ($P < .001$).

Our results suggest that embolization is more financially advantageous than conventional surgery as a treatment for fibroids in Italy.

RIASSUNTO

Il trattamento tradizionale dei fibromi uterini sintomatici è rappresentato dall'isterectomia o dalla miomectomia laparotomica. L'embolizzazione delle arterie uterine è una procedura radiologica utilizzata come alternativa all'isterectomia ed alla miomectomia, con un'efficacia clinica paragonabile a quella delle terapie chirurgiche convenzionali.

Precedenti analisi economiche della letteratura internazionale hanno documentato minori costi ospedalieri ed un rapporto costo/efficacia più favorevole per l'embolizzazione rispetto all'isterectomia ed alla miomectomia. Ci è sembrato di conseguenza utile valutare i costi relativi all'embolizzazione e confrontarli con quelli dell'isterectomia e della miomectomia effettuate per via laparotomica nel contesto socio-sanitario italiano.

Abbiamo analizzato 320 cartelle cliniche appartenenti a

donne con fibromi uterini sintomatici che sono state trattate nel periodo compreso tra gennaio e dicembre 2011 nel nostro Policlinico. Il costo ospedaliero medio dell'embolizzazione è risultato pari a € 2.270,00, più basso rispetto a quello stimato per la miomectomia (€ 3.658,00) e per l'isterectomia (€ 3.744,00) e statisticamente significativo rispetto ad entrambe le procedure chirurgiche ($P < .001$). La perdita di produttività associata alla miomectomia (€ 3.844,00) e all'isterectomia (€ 5.184,00) è risultata maggiore e statisticamente significativa rispetto a quella stimata per l'embolizzazione (€ 1.296,00) ($P < .001$).

Questi risultati suggeriscono che, anche nel contesto socio-sanitario italiano, l'embolizzazione dei fibromi risulta economicamente vantaggiosa rispetto alla chirurgia tradizionale.

INTRODUCTION

Uterine fibroids are benign smooth muscle tumours that occur in 20-40% of women of reproductive age and in about half of these cause clinical significant symptoms including heavy bleeding, pelvic pain, pressure and bloating and subfertility. Symptomatic fibroids have traditionally been treated with abdominal hysterectomy (AH) or abdominal myomectomy (AM), both invasive, surgical procedures with long recovery times. In recent years, a variety of alternative approaches have been developed to try to reduce cost, morbidity, and the lifestyle impact of conventional surgical procedures. Undoubtedly the most significant innovation has been the advent of uterine artery embolization (UAE) as a minimally invasive, uterine-sparing therapy for symptomatic fibroids. Several large case series and randomized controlled trials have demonstrated that UAE is safe and effective, with low complication rates, reduced hospital stay lengths and recovery times, and clinical success rates comparable to conventional surgical procedures. A number of studies have also reported that UAE is a cost-saving alternative to both AH and AM. To date, however, no study has examined the relative costs of UAE, AM and AH as a treatment of uterine fibroids in the Italian healthcare system. Thus, the purpose of this study was to estimate the hospital and lost productivity costs of UAE versus AH and AM from an Italian hospital perspective.

MATERIALS AND METHODS

Approval for this study was obtained by the local Institutional Review Board. We reviewed the Agostino Gemelli University Hospital administrative database to identify all women with a principal diagnosis of symptomatic uterine fibroids who were treated with UAE, AH, or AM between January and December 2011. Patients' medical records were reviewed to obtain information on the type of treatment they received and all resources used during hospital stay. Women undergoing additional procedures at the same time were excluded from analysis.

All women in the study were admitted on the day before treatment. All had pre-procedure diagnostic tests including complete blood count, general laboratory parameters, blood group, X-ray chest, electrocardiogram, and urine pregnancy test. Before the procedure, prophylactic cefazolin 2g was given intravenously and a Foley catheter was placed.

The AM and AH procedures were performed in the operating room under general anaesthesia. A uniform protocol in technique was adhered to for each procedure. The surgical staff included two attending gynaecologists, one nurse and one anaesthesiologist. After surgery, patients were transferred first to the recovery room and then to the gynaecology ward. According to our postoperative care protocol, postoperative pain was managed using an infuser with morphine 20 mg, 2 ml/h for 24 hours, and blood was drawn for complete blood count and general laboratory parameters on postoperative day 1 and postoperative day 3. Length of stay ranged from three to eight days, and some patients required further laboratory testing secondary to blood loss.

The UAE procedures were performed in the angiography suite under conscious sedation with an intravenous combination of midazolam and fentanyl. All procedures were performed in a standardized fashion. The radiological staff included one interventional radiologist, one technician, one nurse and one anaesthesiologist. For each procedure, one 4- or 5-F catheter for catheterization of iliac arteries, one 3-F catheter for selective catheterization of both uterine arteries, iodinated radiograph contrast, and a variable amount (average two vial for procedure) of 355-500 µm polyvinyl alcohol particles (Contour; Boston Scientific) were used. After UAE, women were transferred to the gynaecology ward for overnight stay. According to our post-embolization pain management protocol, patients were treated with non steroidal anti-inflammatory drugs (ketorolac, two doses at 30 mg) intravenously and an infuser with morphine 10 mg, 2 ml/h during the first 12 hours. Subsequently patients were given acetaminophen 1 g and ketorolac 10mg orally every 6 hours until discharge. UAE patients had blood sampling for complete blood count, erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein on postprocedure day 1 and were generally discharged 24 hours after the procedure. Six weeks after discharge, all patients in the study had clinical follow-up at the local gynaecology outpatient clinic. Clinical follow-up data, including time to recovery from treatment, were collected in case record forms.

COST MEASURES

The main outcome measure was the hospital cost for each procedure, which was estimated by applying unit costs to overall health care resource use during hospital stay. Total hospital costs were divided between direct and indirect costs. Direct hospital costs included: 1) costs of the hospital personnel (physicians, nurses and technicians) directly involved in the performance of treatment (calculated on the basis of the mean cost for each qualification); 2) costs of drugs and radiological/surgical supplies used before, during and after treatment (calculated on the basis of the weighted average cost derived from the stock accounts); 3) procedure room costs; 4) costs of complementary examinations performed before, during and after treatment. The indirect hospital costs included: 1) costs of the physicians and nursing staff on the gynaecology ward (calculated on the basis of the mean cost for each qualification); 2) hotel costs (food service, laundry, use of water, electricity etc.), and 3) general management and administrative costs.

The secondary outcome were lost productivity costs associated with each procedure, which were estimated by applying an average daily wage to the number of work days missed due to inpatient stay for treatment and recovery from treatment. This approach, termed the "human capital approach", assumes that the cost of time loss at employment due to ill health is equivalent to gross daily wage. We calculated an average value of gross daily wage using data from the National Institute of Statistics (ISTAT) on gross earning for each hour effectively worked for women aged 35-54 years in Italy (ISTAT 2011). The mean gross earning for each hour effectively worked was € 18,41. Considering a workday of 8 hours, the estimated average gross daily wage was € 147,28.

Data were analyzed with the use of the Student t test and the Mann-Whitney test. A P-value < .05 was considered to be statistically significant.

RESULTS

According to the type of treatment they received, women were assigned to three groups: AH (n= 68), AM (n=200) and UAE (n=52) groups. The mean patient age was 47.9±2.1 years for the AH group, 37.0±3.1 years for the AM and 43.5±5.3 years for the UAE group. Women in the AM group were significantly younger than the women in the other two groups (P<.002).

The mean operative time of UAE (37.2±9.0 minutes) was significantly shorter than those of AH (91.0±21.7 minutes) and AM (70.1±25.1 minutes) (P<.001).

The mean hospital stay for EAU (1.1±0.2 days) was significantly less than for AM (4.0±1.7 days) and AH (4.5±3.1 days) (P<.001). Conversely, there was no significant difference in mean hospital stay between the AM and AH groups (P<.09).

No patients required re-admissions or emergency room visits up to six weeks after discharge. The mean recovery time was 30.7±6.7 days for the AH group, 22.1±8.6 days for the AM group and 7.7±5.0 days for the UAE group (P<.001).

Table 1 - Total hospital costs for AH, AM and UAE (mean values)

<i>Hospital Costs</i>	<i>AH</i>	<i>AM</i>	<i>UAE</i>
Direct Costs			
Physician staff (€)	280	280	205
Nursing/technician staff (€)	68	68	37
Laboratory (€)	174	174	117
Procedure room (€)	281	195	287
Drugs, radiological/surgical supplies (€)	84	84	814
Total direct costs (€)	887	801	1460*
Indirect Costs			
Physician staff (€)	1568	1568	416
Ward personnel (€)	636	636	141
Hotel cost (€)	396	396	150
General management (€)	257	257	103
Total indirect costs (€)	2857	2857	810*
Total Hospital Costs (€)	3744	3658	2270*

* $P < .05$ compared with the other two groups

Direct, indirect and total hospital costs per procedure are shown in Table 1. The mean direct hospital cost of UAE (1460€) was 39.2% higher than that of AH and 45.1% higher than the direct cost of AM. The majority (55.7%) of the direct cost of UAE was in costs of disposable radiological consumables, whereas the major component of the direct costs of AM (43.4%) and AH (39.2%) were costs of the surgical staff. Conversely, because of the substantially shorter length of stay, the indirect costs of UAE were significantly lower than those of AM and AH ($P < .001$). This resulted in total hospital cost (sum of the direct and indirect costs) for UAE being 39.4% lower than for AH and 37.9% lower than for AM.

Lost productivity costs associated with the three procedures are presented in Table 2. Due to the shorter duration of hospital stay and recovery period, lost productivity costs for UAE were 75.0% and 66.3% lower than those for AH and AM.

Table 2 - Lost productivity costs for AH, AM and UAE (mean values)

	<i>AH</i>	<i>AM</i>	<i>UAE</i>
Hospital stay (days)	4.5	4.0	1.1
Recovery time (days)	30.7	22.1	7.7
Lost productivity costs ^o (€)	5184	3844	1296*

^o Number of missed work days x estimated average gross daily wage (147,28 €)

* $P < .05$ compared with the other two groups

DISCUSSION

Because symptomatic uterine fibroids are a common problem among women of reproductive age, and a variety of treatment options are currently available, evaluating the financial impact of different fibroid treatments on the hospital is of crucial importance. Several prior publications have examined hospital costs for UAE versus conventional surgery for fibroids in the United States and other countries within Europe. To our knowledge, this study is the first to evaluate the relative hospital costs of AM, AH and UAE for the management of symptomatic fibroids in Italy.

Our results suggest that, as a treatment for uterine fibroids, UAE is a less expensive option to the hospital than conventional surgical procedures. We found that, although the direct costs of UAE were higher than those of AH and AM, this difference was well compensated by the savings achieved by the shorter hospital stay, resulting in total hospital costs significantly lower for UAE as compared with AH and AM. Further, since UAE, AH and AM have the same diagnosis-related group (DRG) code (359) and the same DRG reimbursement (€ 2.540,00) in the Italian statutory hospital activity database, the hospital net income (DRG reimbursement minus total hospital costs) was greater for UAE (+€ 279,00) than for AH (-€ 1.195,00) and AM (-€ 1.109,00). Also, because of the reduced length of hospital stay associated with UAE, the hospital had the additional cost benefit of increased room availability to treat other patients.

Our study results also suggest that, due to reduced invasiveness and shorter hospitalization and recovery period, UAE is even more advantageous than AM and AH when costs associated with loss of productivity are taken into account.

One potential limitation to this study is that our findings may be typical for the Italian healthcare system. However, our results are in line with those of prior economic analyses performed in other countries, which reported lower hospital and lost productivity costs for UAE compared with AH and AM. Another limitation of this study is that no long-term follow-up data were available in terms of subsequent additional procedures required in each group for continued or recurrent fibroid symptoms. In particular, many perceived benefits of UAE would be nullified if a large proportion of patients had to undergo re-intervention. However, results from our long-term outcome study on 176 women treated with UAE indicated that the 7-year cumulative rates of treatment failure and re-intervention were only 18% and 15%, respectively.

In conclusion, the present economic analysis shows that UAE may be more financially advantageous than AH and AM for the hospital and the community in Italy. Because of these economic benefits and the proven safety and long-term efficacy, UAE appears to be an option that all gynaecologists should wish to discuss with their patients.

REFERENCES

1. AL-FOZAN H, DUFORT J, KAPLOW M, VALENTI D, TULANDI T: *Cost analysis of myomectomy, hysterectomy, and uterine artery embolization*. Am J Obstet Gynecol, 2002; 187: 1401-1404
2. BAIRD DD, DUNSON DB, HILL MC, COUSINS D, SCHECTMAN JM: *High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence*. Am J Obstet Gynecol, 2003; 188: 100-107
3. BAKER CM, WINKEL CA, SUBRAMANIAN S, SPIES JB: *Estimated costs for uterine artery embolization and abdominal myomectomy for uterine leiomyomata: a comparative study at a single institution*. J Vasc Interv Radiol, 2002; 13: 1207-1210
4. BEINFELD MT, BOSCH JL, ISAACSON KB, GAZELLE GS: *Cost-effectiveness of uterine artery embolization and hysterectomy for uterine fibroids*. Radiology, 2004; 230: 207-213
5. BUTTRAM VC JR, REITER RC: *Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management*. Fertil Steril, 1981; 36: 433-445
6. DE CAROLIS S, FELICI P, LANZONE A, VELLA C: *Benchmarking: Percorsi assistenziali in ostetricia e ginecologia*. Casa Editrice Poletto, 2003
7. DEMBEK C, PELLETIER EM, ISAACSON KB, SPIES JB: *Payer Costs in patients undergoing uterine artery embolization, hysterectomy, or myomectomy for treatment of uterine fibroids*. JVIR, 2007; 18: 1207-1211
8. FERNANDEZ H, FARRUGIA M, JONES SE, MAUSKOPF JA, OPPELT P, SUBRAMANIAN D: *Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England*. J Minim Invasive Gynecol, 2009; 16(1): 40-46
9. GUARNACCIA MM, REIN MS: *Traditional surgical approaches to uterine fibroids: abdominal myomectomy and hysterectomy*. Clin Obstet Gynecol, 2001; 44(2): 385-400
10. GOLDBERG J, BUSSARDA, MCNEIL J, DIAMOND J: *Cost and Reimbursement for three fibroid treatments: abdominal hysterectomy, abdominal myomectomy, and uterine fibroid embolization*. Cardiovasc Intervent Radiol, 2007; 30: 54-58
11. GOODWIN SC, SPIES JB, WORTHINGTON-KIRSHR: *Uterine artery embolization for treatment of leiomyomata. Long-term outcomes from the FIBROID Registry*. Obstet Gynecol, 2008; 111: 22-33
12. HIRSTA, DUTTON S, WU O, BRIGGS A, EDWARDS C, WALDENMAIER L et al.: *A multi-centre retrospective cohort study comparing the efficacy, safety and cost-effectiveness of hysterectomy and uterine artery embolisation for the treatment of symptomatic uterine fibroids. The HOPEFUL study*. Health Technol Assess, 2008; 12(5): 1-248
13. ISTAT 2011: *La struttura del costo del lavoro in Italia. Anno 2008*. www.istat.it
14. MOSS JG, COOPER KG, KHAUND A, MURRAY LS, MURRAY GD, WU O et al.: *Randomised comparison of uterine artery embolization (UAE) with surgical treatment in patients with symptomatic uterine fibroids (RESTrial): 5-years results*. BJOG, 2011; 118(8): 936-44
15. RAVINAJH, HERBRETEAUD, CIRARU-VIGNERON N, BOURET JM, HOUDART E, AYMARD A et al.: *Arterial embolization to treat uterine myomata*. Lancet, 1995; 346: 671-672
16. RAZAVI MK, HWANG G, JAHED A, MODANLOO S, CHEN B: *Abdominal myomectomy versus uterine fibroid embolization in the treatment of symptomatic uterine leiomyomas*. AJR Am J Roentgenol, 2003; 180: 1571-1575
17. SCULPHER MJ, O'BRIEN BJ: *Income effects of reduced health and health effects of reduced income: implications for health state valuation*. Med Decis Making, 2000; 20: 207-215
18. SPIES JB, COOPER JM, WORTHINGTON-KIRSCHR, LIPMAN JC, MILLS BB, BENENATI JF: *Outcome of uterine embolization and hysterectomy for leiomyomas: Results of a multicenter study*. Am J Obstet Gynecol, 2004; 191: 22-31
19. SPIES JB, BRUNO J, CZEYDA-POMMERSHEIM F, MAGEE ST, ASCHERSA, JHARC: *Long-term outcome of uterine artery embolization of leiomyoma*. Obstet Gynecol, 2005; 106: 933-939
20. SUBRAMANIAN S, SPIES JB: *Uterine artery embolization for leiomyomata: resource use and cost estimation*. J Vasc Interv Radiol, 2001; 12: 571-574
21. TROPEANO G, DISTASIC, AMOROSO S, VIZZIELLI G, MASCILINI F, SCAMBIA G: *Incidence and risk factors for clinical failure of uterine leiomyoma embolization*. Obstet Gynecol, 2012; 120: 269-276
22. TROPEANO G, AMOROSO S, SCAMBIA G: *Non-surgical management of uterine fibroids*. Hum Reprod Update, 2008; 14(3): 259-274
23. TROPEANO G, LITWICKA K, DI STASI C, ROMANO D, MANCUSO S: *Permanent amenorrhea associated with endometrial atrophy after uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids*. Fertil Steril, 2003; 79: 132-135
24. TROPEANO G, DISTASIC, LITWICKA K, ROMANO D, DRAISCI G, MANCUSO S: *Uterine artery embolization for fibroids does not have adverse effects on ovarian reserve in regularly cycling women younger than 40 years*. Fertil Steril, 2004; 81: 1055-1061
25. VOLKERS NA, HEHENKAMP WJ, SMIT P, ANKUM WM, REEKERS JA, BIRNIE E: *Economic evaluation of uterine artery embolization versus hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: results from the randomized EMMY trial*. J Vasc Interv Radiol, 2008; 19(7): 1007-1016

Indirizzo per corrispondenza:

Dott.ssa Sonia Amoroso

e-mail: amorososonia@virgilio.it

