

TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

INDICE

L'appropriatezza delle spese e il peso della politica <i>Pietro Claudio Dattolo</i>	2
Fare il giusto <i>Antonio Panti</i>	3
Effetti della marijuana: breve rassegna sul suo uso <i>Marco Cambielli, Saffi Ettore Giustini</i>	4
Firenze leader nel trattamento endoscopico dell'ernia discale: risultati dopo 10 anni di esperienza su 1206 casi trattati <i>Lorenzo Paoli, Alessandro Vagaggini</i>	9
Assistenza sanitaria e sociale verso la fine del ciclo di vita: le politiche possono ridurre i costi e migliorare i risultati <i>Andrea Vannucci</i>	12
L'esperienza di comunicazione del rischio nell'ambito dello studio europeo sulla personalizzazione dello screening del cancro al seno MyPEBS - My Personalized Breast Screening <i>Giulia Maddaleni, Paola Mantellini</i>	15
L'esame fisico, chimico e morfologico delle urine nel moderno Laboratorio "Il rene è muto ma l'urina parla" <i>Alessandra Fanelli, Eva Milletti, Daniela Vitali, Alessandra Mongia, Sara Ciullini Mannurita, Martina Da Ros, Alessandro Bonari, Benedetta Salvadori, Roberta Mannino, Francesca Romano</i>	19
Che cosa è la Medicina Sessuale <i>Anna Ghizzani</i>	23
Oppioidi oltre la "tempesta perfetta" <i>Renato Vellucci</i>	25
Vita dell'Ordine	29



Ordine provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Firenze

8

OTTOBRE 2022

L'appropriatezza delle spese e il peso della politica

di *Pietro Claudio Dattolo*

Qualche giorno fa la Regione Umbria ha emanato un provvedimento avente a oggetto "urgenti misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica" che a mio avviso è preoccupante sia per il modo in cui sono state formulate misure e moniti sia per la sostanza stessa del provvedimento.

Alcune cose scritte in quel documento appaiono probabilmente illegittime e perciò meritano molta attenzione.

Infatti altre Regioni potrebbero essere tentate di andare nella stessa direzione per contenere la spesa farmaceutica, violando alcuni diritti fondamentali quali quello all'informazione dei cittadini sulle problematiche esistenti e sulle soluzioni messe in campo, ossia tagli lineari e ricorso ai farmaci a più basso costo.

Il richiamo stesso all'appropriatezza prescrittiva viene inoltre utilizzato come sinonimo di rispetto degli obiettivi di spesa aziendali e regionali assegnati, scostandosi dai quali gli operatori sono addirittura minacciati di danno erariale, fino al caso dei medici specialisti per i quali si arriva a prevedere la revoca dell'autorizzazione a prescrivere: in altre parole si impedisce al medico di adempiere ai suoi doveri professionali.

Davanti a provvedimenti così netti correrebbe l'obbligo dell'informazione: i cittadini dovrebbero essere al corrente delle misure messe in campo e, se proprio la Regione le reputa come provvedimenti evidentemente ineludibili, sapere quanto

meno cosa li aspetta. In pratica si agisce con la leva della minaccia di contestazioni e addebiti e non con quella della corresponsabilità e del coinvolgimento.

Eppure l'appropriatezza prescrittiva si dovrebbe discutere con i farmacologi clinici prima ancora che con i farmacisti.

Le indicazioni terapeutiche non si fanno mostrando dati di natura economica e soltanto in senso aritmetico e se un farmaco è riconosciuto efficace dall'Agenzia nazionale competente come fa la Regione a stabilire che non possiede i requisiti di efficacia necessari?

In buona sostanza non si può valutare l'utilizzazione delle risorse disgiuntamente dai benefici raggiunti in quanto solo il rapporto obiettivi/risorse ha un significato, non certo un numeratore o un denominatore da soli, qualunque sia il livello al quale si sta operando.

Per le risorse, a denominatore, si devono prendere in considerazione alcuni elementi di base strettamente interdipendenti tra di loro: uso dei farmaci, ricorso alla diagnostica, strutture, personale. In passato, ma in parte ancora adesso, abbiamo assistito all'errore ricorrente di volere razionare soltanto alcuni dei suddetti elementi (magari quelli più "costosi" come i ricoveri in ospedale) senza valutare l'effetto complessivo sugli altri che di norma rispondevano con un maggior consumo di risorse. Quindi non è appropriatezza valutare un consumo e/o mettere un tetto

di spesa a un solo fattore, nella piena consapevolezza dei limiti delle risorse generali. Un atteggiamento virtuoso in questo senso potrebbe anche fare giustizia in tema di utilizzo di molti farmaci di costo maggiore e di note AIFA spesso anacronistiche. Bisogna rinunciare all'innovazione perché non ce la possiamo permettere? Qualche tempo fa era di moda lo slogan "pur di risparmiare non badano a spese". Dobbiamo risparmiare a tutti i costi senza investire nel futuro?

Sembrerebbe di sì se oggi, a parità di indicazioni terapeutiche, un cittadino umbro si trova ad avere un farmaco di vecchia generazione invece di un altro più innovativo. Lo stesso principio vige nella parte del provvedimento dell'Umbria riferito alle gare per i dispositivi medici: anche qui la parola d'ordine è l'omogeneizzazione dei prodotti da utilizzare, senza alcun riferimento all'efficacia dei dispositivi né a una valutazione personalizzata dei bisogni.

Concordiamo sul fatto che si debba contenere la spesa, ma la logica e l'etica che ci guidano, come tante altre volte detto, sono quelle di evitare gli sprechi e non quelle dei tagli.

La Sanità non può che essere una voce economicamente negativa, diretta, come la Difesa, ma gli effetti positivi, indiretti, devono trovare uno strumento di stima per valutarne il quoziente reale nella società da cui la sintesi effettiva dei comportamenti più appropriati e gli effetti sulla sostenibilità generale.

Fare il giusto

di Antonio Panti

Primo MG: *“una giovane collega ancora in formazione ma già con i pazienti alle 15 spegne il cellulare e va a fare surf, non tutti i giorni, ma è un bel segnale impensabile per i medici della passata generazione”.*

Secondo MG: *“ci sta dando lezione di come si fa il MG”.*

Terzo MG: *“immagino la reazione di un anziano medico: la denunciano, vedrai gli passa!”.*

Primo MG: *“noi siamo millennials con la memoria del passato che non hanno i nuovi millennials. Chi ci precede e chi ci segue hanno cervelli agli antipodi”.*

Questo è un breve florilegio di una chat di giovani medici generali alcuni, i più vecchi, infraquarantenni, altri laureati negli ultimi anni, tutti già inseriti in diverse ASL. Al di là del tono un po' goliardico e cinico, trovo interessante analizzare queste esternazioni da più punti di vista. Posso garantire, senza violare alcuna *privacy*, che questi colleghi sono assai preparati, colti e apprezzati dai loro pazienti.

L'osservazione che si presenta per prima è quella di un precoce *burn out*, di un disagio che nasce dall'insoddisfazione per una professione desiderata e rivelatasi ristretta in mille vincoli, serva di una burocrazia asfissiante, oppressa da richieste incongrue, dominata (di questo si lamentano assai) da anziani prepensionati che non vogliono adeguare la professione né gestirla secondo le moderne potenzialità della medicina del territorio.

Una lamentazione corale, espressa con serietà di argomentazioni, anche se carente sul piano delle proposte operative e che rischia di diventare inconcludente se non si trasforma in presenza politica, se non riesce a superare un patente individualismo per imparare ad agire collettivamente e a dare forma attuale al conflitto generazionale che si coniuga con una giustificatissima protesta.

Tuttavia mi sembra che questa diagnosi sia incompleta. Il conflitto tra generazioni è sempre esistito ma, nello stesso tempo, vi è sempre stato un filo conduttore di valori e di usi che hanno creato un ponte o almeno un terreno di reciproca comprensione. È forte l'impressione che questo filo sia interrotto e che le diversità non solo tra anziani e giovani ma anche tra generazioni abbastanza vicine siano realmente dirompenti.

Colpiscono alcuni fatti. Già durante il *lockdown* si era manifestato il fenomeno della *great resignation*, cioè delle dimissioni da lavori pesanti e poco gratificanti. Oggi si parla di *quiet quitting* cioè del prevalere nei giovani di un diverso valore del lavoro. Potremmo dire che va di moda “fare il giusto”, non affaticarsi e lasciare tempo alla propria vita, rinunciare alle soddisfazioni del lavoro per godere di piaceri più personali, del tempo libero, dell'assenza di costrizioni.

Il fatto è che il medico rappresenta forse la massima espressione del professionalismo liberale, quello che

Max Weber considerava figlio dell'etica protestante. I medici anziani, e quelli che li hanno preceduti, sono cresciuti nell'etica del dovere e che questo dovere trovava fondamento nel lavoro in quanto tale, nella sua sacralità, e a questo fine conducevano tutta la *paideia* fin dalla scuola e l'*hidden curriculum* durante gli anni della formazione universitaria, fin dalla prima volta che si indossava un camice bianco.

Non si trattava soltanto di far bene il proprio lavoro, come gli antichi artigiani, o di esercitare al meglio un'arte intellettuale e manuale insieme. È che il lavoro era per il professionista medico il valore portante della vita, prima della stessa famiglia. E, se ci pensiamo bene, non solo tutta la letteratura agiografica sulla medicina ma anche lo stesso Codice Deontologico è informato su questa etica del lavoro che comprende dedizione, studio, disponibilità del proprio tempo, insomma la professione prima di tutto.

Ora se il modello valoriale cambia, anche il ruolo sociale si modifica insieme alla percezione di sé del medico e alle attese sociali. Ne dobbiamo tener conto quando ci apprestiamo ad affrontare la questione medica che esiste, anzi il disagio dei giovani ne è dimostrazione inconfutabile, ma che richiede soluzioni nuove e impensate rispetto al modello secolare di professione che finora abbiamo vissuto.

antonio.panti@tin.it

Effetti della marijuana: breve rassegna sul suo uso

di Marco Cambielli¹, Saffi Ettore Giustini²

¹ Medicina Generale Varese; ² Medicina Generale Pistoia, Commissione Terapeutica Regione Toscana

I fitocannabinoidi sono una famiglia di composti che si trovano nella cannabis, pianta nota per i suoi effetti psicogeni ed euforici; il principale costituente psicotropo della cannabis è il D9-tetraidrocannabinolo (D9-THC). La cannabis per uso medico si differenzia dalla cannabis per uso ricreativo nel contenuto chimico di THC e cannabidiolo (CBD), modalità di somministrazione e sicurezza. L'effetto della cannabis come sostanza farmacologicamente attiva è stato studiato intensamente in diversi stati patologici, tuttavia rimangono delle lacune nelle nostre conoscenze sia di efficacia che di sicurezza. Le indicazioni all'uso della cannabis sono molteplici e l'uso della cannabis in Italia è regolato dal DM n. 279 del 9 novembre 2015. La sostanza attiva di origine vegetale cannabis FM2 è prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze al fine di assicurare la continuità terapeutica ai pazienti in trattamento e la disponibilità del prodotto nazionale, fabbricato secondo le GMP (*Good Manufacturing Practices*) dell'Unione Europea. A causa dell'elevato effetto di primo passaggio epatico, in particolare nel caso di somministrazione orale di cannabis, possono verificarsi interazioni farmacocinetiche con farmaci che sono metabolizzati attraverso gli isoenzimi del sistema del citocromo P450. L'impiego simultaneo degli inibitori degli enzimi di cui sopra può aumentare la biodisponibilità di delta-9-tetraidrocannabinolo e con questo la possibilità di effetti indesiderati. La cannabis viene variamente rimborsata dal Servizio sanitario a seconda delle Regioni. Riguardo l'uso ricreativo della cannabis si richiama un recente documento scientifico della Società Americana di cardiologia che solleva molti dubbi circa le possibili conseguenze sulle capacità cognitive di chi ne fa uso, oltre alla evidenza di aumento di ictus nei consumatori di marijuana.

Parole chiave: uso terapeutico della cannabis in Italia, farmacodinamica della cannabis, sicurezza dell'uso ricreazionale della cannabis

Per migliaia di anni, la cannabis sativa è stata utilizzata come medicinale e per scopi ricreativi. I fitocannabinoidi sono una famiglia di composti che si trovano nella cannabis, pianta nota per i suoi effetti psicogeni ed euforici; il principale costituente psicotropo della cannabis è il D9-tetraidrocannabinolo (D9-THC).

La cannabis per uso medico si differenzia dalla cannabis per uso ricreativo nel contenuto chimico di THC e cannabidiolo (CBD), modalità di som-

ministrazione e sicurezza. Gli effetti farmacologici dei cannabinoidi sono il risultato delle interazioni tra questi composti e i recettori dei cannabinoidi, CB1 e CB2, situati in molte parti del corpo umano. Recettori CB1 sono presenti nel cervello, muscolo, polmone, tratto gastrointestinale, sistema vascolare, organi riproduttivi; recettori CB2 sono presenti in milza ossa e cute, mentre nel fegato, pancreas, midollo osseo, e nel sistema immune sono presenti recettori CB1 e CB2.

Uso medico

L'effetto della cannabis come sostanza farmacologicamente attiva è stato studiato intensamente in diversi stati patologici, tuttavia, rimangono delle lacune nelle nostre conoscenze. I cannabinoidi controllano il **dolore** agendo su diversi recettori con meccanismi differenti; per esempio, il THC ha la capacità di inibire la sintesi delle prostaglandine E-2 e stimolare la lipossigenasi, riduce il rilascio di 5-idrossitriptamina

Tabella I.

Indicazioni terapeutiche di alcuni dosaggi di THC.

Indicazione terapeutica	Dose THC	Quantità di Bedrocan (19% THC)
SNC: spasticità da para/tetraplegia, danno spinale, SLA, Corea di Huntington, morbo di Parkinson, ecc.	da 10 mg/die a 20 mg/die	da circa 50 mg/die a circa 100 mg/die
Sclerosi multipla	da 5-10 mg/die fino a 25 mg/die	da circa 25 mg/die a circa 130 mg/die
Malattia di Alzheimer	da 2,5 mg alla sera fino a 5 mg 2 volte al dì	da circa 15 mg/die a circa 25 mg 2 volte al dì
Emicrania, emicrania a grappolo	singola dose da 5 mg durante l'attacco	circa 25 mg in singola dose
Paura/ansia, stress post-traumatico, depressione	da 2,5 mg a 7,5 mg/die	da circa 15 mg a circa 40 mg/die
Disturbi del sonno, apnee notturne	da 2,5 mg a 10 mg/die	da circa 15 mg/die a circa 50 mg/die
Sindrome di Tourette	da 10 mg a 20 mg/die	da circa 50 mg a circa 100 mg/die
Dolore cronico: dolore neuropatico, artrite, dolore fantasma	da 5 mg poi aumentare settimanalmente di 2,5 mg fino a 25 mg/die	da circa 25 mg poi aumentare settimanalmente di circa 15 mg fino a circa 130 mg/die
Fibromialgia	da 2,5 mg poi aumentare settimanalmente di 2,5 mg fino a 15 mg/die	da circa 15 mg poi aumentare settimanalmente di 15 mg fino a circa 80 mg/die
Terapia combinata con oppioidi	da 10 mg a 20 mg/die	da circa 50 mg a circa 100 mg/die
BPCO, asma	3-4 mg 2 volte al dì, prima dei pasti	circa 15-20 mg 2 volte al dì, prima dei pasti
Malattie infiammatorie intestinali croniche: morbo di Crohn, colite ulcerosa, colon irritabile, enteropatia da glutine	da 7,5 a 15 mg/die	da circa 40 mg a circa 80 mg/die
Nausea, vomito da chemioterapia	singola dose da 5-10 o 20 mg 2 ore prima del trattamento, ripetuta ogni 3-4 ore fino ad un massimo di 40 mg/die	singola dose da circa 25-50 o 100 mg 2 ore prima del trattamento, ripetuta ogni 3-4 ore fino ad un massimo di circa 210 mg/die
Anoressia, cachessia	da 2,5 mg a 10 mg 2 volte al giorno prima dei pasti	da circa 15 mg a circa 50 mg 2 volte al giorno prima dei pasti
Incontinenza urinaria, disturbi vescicali	da 5 mg a 25 mg/die	da circa 25 mg a circa 130 mg/die

(5-HT) dalle piastrine e il suo assorbimento sinaptosomiale mentre aumenta la sua produzione cerebrale, influenza il sistema trigeminovascolare nell'emicrania, altera la funzione dopaminergica, inibisce il rilascio presinaptico di glutammato e attiva il recettore transitorio vanilloide potenziale-2 (TRPV2). IL CBD può migliorare gli effetti antinfiammatori (i) diminuendo le specie reattive dell'ossigeno (ROS), i livelli di fattore di necrosi tumorale (TNF-) e citochine pro-infiammatorie; (ii) può indurre nei linfociti l'apoptosi dei linfociti

T; (iii) inibisce la proliferazione dei linfociti T; e (iv) riduce la migrazione e l'adesione di cellule immunitarie, attività che si traducono tutte in una riduzione dello stress ossidativo e dell'infiammazione. La soppressione infiammatoria mediata dal CBD è attribuita ai recettori CB1 o CB2.

Una patologia in cui è la cannabis è stata usata è rappresentata dal dolore cronico, ma diverse revisioni sistematiche hanno mostrato che l'uso di cannabinoidi per il trattamento del dolore cronico ha prove di qualità moderata e la maggior parte dei sin-

goli studi non raggiunge la significatività statistica. Inoltre, altri studi non hanno mostrato prove che la cannabis determini una ridotta intensità del dolore nelle persone con dolore cronico, il che indica l'importanza di sperimentazioni cliniche sempre più ampie, ben progettate e condotte che includano persone con diverse comorbidità per determinare l'efficacia dell'uso di cannabis per la terapia del dolore cronico.

I cannabinoidi sono inoltre utili nel trattamento dell'**anoressia**, della **nausea** e del **vomito** da chemioterapia, radioterapia, terapia per HIV non sensibile ad altri trattamenti, nonostante la loro bassa potenza rispetto ad altri antiemetici disponibili. Essi agiscono come agenti antiemetici interagendo con CB1 e recettori 5-HT3 che si trovano a livello centrale e nel complesso vagale dorsale (DVC), dove il vomito è attivato. I cannabinoidi sono l'unico antiemetico che aumenta l'appetito ed è per questo motivo che sono usati in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, quando il risultato atteso non può essere ottenuto con trattamenti standard.

Ulteriori studi sono però necessari per supportare il promettente effetto dei cannabinoidi come stimolatori dell'appetito e per curare la nausea.

Nei pazienti con **sclerosi multipla** (SM) sono stati usati vari composti cannabinoidi per indicazioni diverse, quali spasticità, rilassamento, tremori, dolore, disturbi del sonno e ansia. L'effetto antinfiammatorio dei cannabinoidi può aiutare a sopprimere l'attività della malattia nella SM riducendo i fattori infiammatori. Ma ulteriori ricerche sono necessario per studiare gli effetti della cannabis nei pazienti con SM e per rispondere a diverse domande relative all'utilizzo, al dosaggio, agli effetti a lungo termine della cannabis e altro ancora. Il cannabidiolo si è dimostrato attivo nella riduzione delle convulsioni in alcune forme di **epilessia**, soprattutto nei bambini, ma gli Autori delle

MOD. A – CONSENSO INFORMATO PER LA TERAPIA CON PREPARATO GALENICO A BASE DI CANNABIS TERAPEUTICA

Io sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ e residente a _____
 in Via _____ n. _____ telefono _____
dichiaro di essere stato correttamente informato dal Dr./Dr.ssa _____
 in merito alla terapia a cui verrò sottoposto/a, con particolare riferimento a:

- **Principi attivi prescritti**
- **Dosaggio**
- **Modalità di somministrazione**
- **Durata del trattamento**
- **Implicazioni medico legali dovute all'assunzione di sostanze psicotrope durante l'utilizzo di macchinari (per esempio guida autovettura)**

ed ai potenziali effetti collaterali ed avversi, ed esprimo liberamente il mio consenso al trattamento.

La necessità di ricorrere alla specialità medicinale sopraindicata è dovuta alla mancanza di valida alternativa terapeutica, avendo il sottoscritto praticato, senza benefici, le alternative disponibili in commercio sul territorio nazionale.

Ricevo e sottoscrivo la dichiarazione di impegno ad aderire alle condizioni di cura.

Data _____

Firma del paziente _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____

Recapito a cui fare riferimento in caso di emergenza _____

Figura 1.
 Scheda per il consenso informato.

rassegne e degli studi richiedono studi randomizzati controllati di adeguata potenza statistica per meglio valutare efficacia e sicurezza. I cannabinoidi sono utilizzati per le **cure palliative** nel cancro per alleviare il dolore, stimolare l'appetito e alleviare la nausea. Negli ultimi anni sono stati condotti ulteriori studi sul potenziale uso dei cannabinoidi come agenti antitumorali e sintomatici nei pazienti oncologici.

Il ruolo del sistema endocannabinoidale non è del tutto chiaro nel cancro, ma diverse ricerche suggeriscono che i recettori dei cannabinoidi e i ligandi endogeni sono sovraespressi nel tessuto tumorale. Tenendo presente quanto sopra, le nostre attuali conoscenze sull'impiego della cannabis suggeriscono che la cannabis si presenta, secondo la letteratura, come un'opzione terapeutica alternativa appropriata

per i pazienti che soffrono di alcuni tipi di epilessia, disturbi del movimento e dolore. Per le persone con sclerosi multipla, disturbi gastrointestinali, anoressia e mal di testa, si raccomandano ulteriori ricerche per migliorare la nostra comprensione degli effetti della marijuana come medicinale e si consiglia cautela quando si considera l'autorizzazione all'uso della marijuana come medicinale. Per i pazienti di età inferiore ai 25 anni, in gravidanza o che presentano una storia di salute mentale e uso di sostanze, è più sicuro peccare per eccesso di cautela ed evitare l'assunzione di marijuana come medicinale.

Riguardo l'uso della cannabis in Italia, nel DM n. 279 del 9 novembre 2015 si precisa che: *"Il medico curante deve sempre tenere conto del rapporto rischio/beneficio nell'uso medico della cannabis considerando che le principali controindicazioni riguardano:*

- *adolescenti e giovani adulti a causa di alterazioni mentali che sono maggiori durante il completamento dello sviluppo cerebrale;*
- *individui con disturbi cardio-polmonari severi in quanto l'uso di cannabis può provocare ipotensione ma anche ipertensione, sincope e tachicardia;*
- *individui con grave insufficienza epatica, renale e soggetti con epatite C cronica a causa di un aumentato rischio di sviluppare o peggiorare una steatosi epatica;*
- *individui con una storia personale di disturbi psichiatrici e/o una storia familiare di schizofrenia in quanto la cannabis può provocare crisi psicotiche;*
- *individui con una storia pregressa di tossicodipendenza e/o abuso di sostanze psicotrope e/o alcol;*
- *individui con disturbi maniaco depressivi;*
- *individui in terapia con farmaci ipnotico sedativi, antidepressivi o in generale psicoattivi in quanto la cannabis può generare effetti additivi o sinergici;*
- *donne che stanno pianificando una*

SCHEDA DI FITOSORVEGLIANZA-MODULO G



Ministero della Salute



Istituto Superiore di Sanità



Agenzia Italiana del Farmaco

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI E A INTEGRATORI ALIMENTARI				
INFORMAZIONI SUL PAZIENTE				
1. INIZIALI	2. ETA'	3. SESSO	4. PESO CORPOREO	5. ORIGINE ETNICA
6. EVENTUALE STATO DI GRAVIDANZA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ settimana ALLATTAMENTO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		7. DATA INSORGENZA REAZIONE		
8. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI		11. LA REAZIONE È MIGLIORATA CON LA SOSPENSIONE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
		12. E' STATA ESEGUITA TERAPIA SPECIFICA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI QUALE? _____		
9. EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI:		13. GRAVITÀ DELLA REAZIONE <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> MORTE		14. ESITO <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> REAZIONE PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MORTE
		10. COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA PRODOTTO E REAZIONE <input type="checkbox"/> CERTA <input type="checkbox"/> PROBABILE <input type="checkbox"/> POSSIBILE <input type="checkbox"/> DUBBIA <input type="checkbox"/> SCONOSCIUTA		
INFORMAZIONI SUL PRODOTTO				
15. PRODOTTO SOSPETTO <i>(indicare la denominazione e la composizione come descritte in etichetta)</i>				
15-a QUALIFICA DEL PRODOTTO <input type="checkbox"/> GALENICO <input type="checkbox"/> PRODOTTO ERBORISTICO <input type="checkbox"/> INTEGRATORE <input type="checkbox"/> ALIMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO: _____		15-b PRODUTTORE		
16. DOSAGGIO / DIE	17. VIA DI SOMMINISTRAZIONE	18. DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____	19. RIPRESA DELL'USO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO RICOMPARSA DEI SINTOMI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL PRODOTTO È STATO ASSUNTO O PRESCRITTO				
21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO				
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI <i>(specificare)</i> _____				
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISPONENTI				
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE				
24. QUALIFICA <input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> SPECIALISTA		25. DATI DEL SEGNALATORE NOME E COGNOME INDIRIZZO TEL. FAX E-MAIL		
26. DATA DI COMPILAZIONE		27. FIRMA		

Figura 2.

Scheda per la segnalazione di eventi avversi.

gravidanza o sono in gravidanza o in allattamento.

Oltre agli effetti avversi sopra menzionati, è importante sottolineare che la cannabis è una sostanza immunomodulante e il suo uso cronico altera l'omeostasi del sistema immunitario..."

Caratteristiche d'uso medico

La sostanza attiva di origine vegetale **cannabis FM2** è prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze al fine di assicurare la continuità terapeutica ai pazienti in trattamento e la disponibilità del prodotto nazionale, fabbricato secondo le GMP (*Good Manufacturing Practices*) dell'Unione Europea.

La cannabis FM2 è costituita da infiorescenze femminili non fecondate, essiccate e macinate contenenti precursori acidi del delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) corrispondenti a una percentuale di THC compresa tra il 5 e l'8% e a una percentuale di cannabidiolo (CBD) compresa tra il 7,5 e 12%.

Norme dettagliate prevedono diverse formalità e la prescrizione da parte di centri autorizzati con un piano terapeutico: la dose di THC varia da patologia a patologia, da 2,5 mg a 25 mg/die, somministrata per via orale (capsule e cartine per decozione, olio) o per via inalatoria con un apparecchio vaporizzatore specifico. È importante considerare la possibilità di interazioni importanti con altri farmaci.

A causa dell'elevato effetto di primo passaggio epatico, in particolare nel caso di somministrazione orale di *cannabis*, possono verificarsi interazioni farmacocinetiche con farmaci,

che sono metabolizzati attraverso gli isoenzimi del sistema del citocromo P450. L'impiego simultaneo degli inibitori degli enzimi di cui sopra può aumentare la biodisponibilità di delta-9-tetraidrocannabinolo e con questo la possibilità di effetti indesiderati.

Sono descritti effetti sedativi sinergici o additivi in seguito alla contemporanea assunzione di sostanze psicotrope come alcol etilico e farmaci come le benzodiazepine, antidepressivi, antiepilettici, barbiturici e oppiacei.

La cannabis viene variamente rimborsata dal Servizio sanitario a seconda delle Regioni.

Uso ricreativo

Si ritiene utile segnalare qui che è stato pubblicato molto recentemente un documento scientifico della Società Americana di Cardiologia (AHA) sull'effetto della marijuana sul cervello, utile per definire meglio il suo profilo di sicurezza per uso ricreativo, in quanto la marijuana è **percepita come una droga innocua** e il suo uso come tale ha guadagnato popolarità tra i giovani e anche in individui meno giovani. La concentrazione di principi attivi nelle formulazioni ricreative è gradualmente aumentata nel tempo e sono diventati disponibili cannabinomimetici illeciti ad alta potenza. Pertanto, il consumo di cannabis nella popolazione generale è in aumento.

I dati provenienti da modelli preclinici dimostrano che i recettori dei cannabinoidi sono espressi ad alta densità nelle aree coinvolte nella cognizione, nella regolazione emotiva

e nel comportamento, in particolare durante i periodi di neurosviluppo attivo e di maturazione cerebrale. Inoltre, prove crescenti evidenziano il ruolo dei percorsi endogeni dei cannabinoidi nella regolazione del rilascio di neurotrasmettitori, della plasticità sinaptica e dello sviluppo neurologico. Nei modelli animali, i cannabinoidi esogeni interrompono questi importanti processi e portano ad anomalie cognitive e comportamentali.

Questi dati sono correlati al rischio più elevato di deterioramento cognitivo riportato in alcuni studi osservazionali condotti sull'uomo. Non è chiaro se l'effetto della cannabis sulla cognizione si ripresenti dopo l'astinenza. Tuttavia, questa evidenza, **insieme all'aumento del rischio di ictus riportato nei consumatori di marijuana**, solleva preoccupazioni sui suoi potenziali effetti a lungo termine sulla funzione cognitiva.

Il documento scientifico dell'AHA esamina la sicurezza dell'utilizzazione di cannabis dal punto di vista della salute del cervello, descrive meccanicisticamente come la cannabis può causare disfunzioni cognitive e offre al medico e al consumatore maggiori informazioni sul potenziale effetto negativo della cannabis sul cervello.

Nel complesso, prove cumulative suggeriscono che il consumo di marijuana può avere effetti dannosi sulla salute del cervello, sfidando le convinzioni oggi ampiamente accettate, a più livelli nella società, secondo cui la marijuana sia innocua.

drsaffigiustini@gmail.com

Firenze leader nel trattamento endoscopico dell'ernia discale: risultati dopo 10 anni di esperienza su 1206 casi trattati

di *Lorenzo Paoli, Alessandro Vagaggini*

Servizio di Neurochirurgia, Casa di Cura Villa Donatello Firenze

Negli ultimi 30 anni le tecniche endoscopiche sono divenute il *Gold Standard* in molti campi chirurgici. Il contemporaneo sviluppo dell'*imaging* e dei materiali chirurgici permette di poter trattare endoscopicamente l'ernia discale lombare, attraverso i due approcci, transforaminale e interlaminare.

Parole chiave: ernia lombare, sciatica, endoscopia, lombalgia, chirurgia mininvasiva

La storia

Le procedure endoscopiche sono divenute negli ultimi 30 anni lo strumento chirurgico più innovativo e sicuro in molteplici campi chirurgici. Si è trattato di un cambiamento epocale della medicina sia sul piano terapeutico che su quello diagnostico e preventivo. Come per tutte le innovazioni vi sono state delle "resistenze" scientifiche iniziali alla metà degli anni 80' che però rapidamente hanno lasciato il passo all'evidenza dei risultati clinici, riconoscendo all'endoscopia il ruolo di *Gold Standard*, o meglio, di poter disporre di un insostituibile strumento terapeutico. La costante spinta innovativa della bioingegneria e dell'*imaging* hanno reso possibile negli ultimi anni di adattare la tecnica endoscopica alla cura della patologia degenerativa della colonna vertebrale, in particolare al trattamento dell'ernia del disco lombare. Sin dal 1934, quando Mixer e Bar descrissero per la prima volta un intervento per la rimozione di una ernia discale lombare, raggiunta attraverso

una laminectomia demolitiva su 5 livelli, c'è stata una continua evoluzione delle tecniche e degli strumenti per ridurre progressivamente l'aggressività chirurgica, allo scopo di mantenere il più intatte possibile le strutture neuromuscolari intorno alla colonna vertebrale, essenziali per garantire una vita attiva. Questa

evoluzione ha portato a sviluppare negli ultimi 20 anni la chirurgia mininvasiva, che trova nell'endoscopia la massima rappresentazione (Fig. 1). Tutti sappiamo la portata epidemiologica e i costi sociali della lombosciatalgia e di come nella maggior parte dei casi questa sia determinata dalla compressione diretta delle strutture

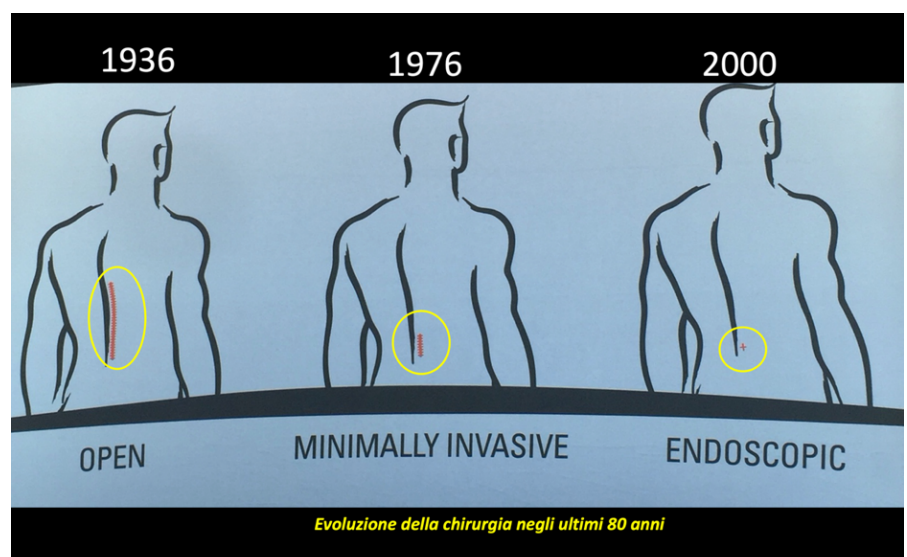


Figura 1.

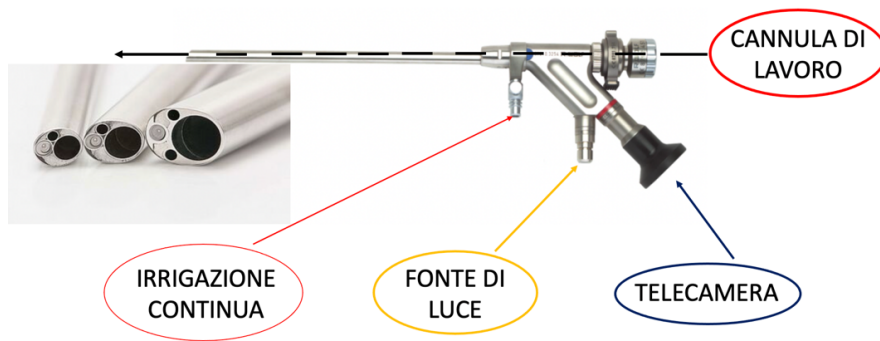


Figura 2.
L'endoscopio monoportale.

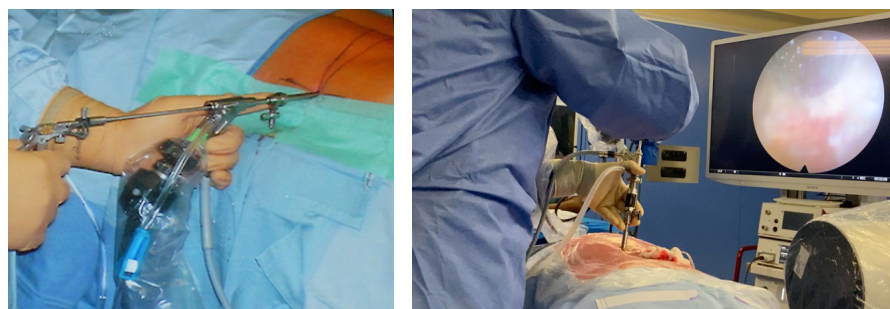


Figura 3.
Alcune fasi dell'intervento.

nervose contenute nel canale vertebrale da parte di un frammento discale. La storia naturale dell'ernia del disco è nella maggior parte dei casi favorevole per riassorbimento spontaneo del materiale discale espulso, tale frequenza è direttamente proporzionale al grado di idratazione del frammento erniato.

L'indicazione al trattamento chirurgico è così riservata a quei casi che non rispondono alla terapia conservativa o in quelli dove sia presente una compromissione neurologica.

La tecnica

L'obiettivo dell'intervento chirurgico è ottenere la risoluzione del dolore mediante la decompressione delle strutture nervose attraverso la rimozione del frammento discale espulso.

La chirurgia endoscopica, PELD (*Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy*) utilizza un dilatatore smusso di 8 mm che viene inserito nella colonna vertebrale attraverso la pelle

con totale rispetto delle strutture muscolo-tendinee, senza trauma tissutale, senza "tagliare" niente, fino a raggiungere il canale vertebrale. Nel dilatatore viene inserito l'**endoscopio monoportale** (tutto in un unico strumento di forma cilindrica, largo 7 mm e lungo 15 cm, che contiene

al suo apice una videocamera con ottica a 25°, un canale di lavaggio e un canale di lavoro) che attraverso il legamento giallo permette di posizionare la telecamera a pochi millimetri dalle strutture nervose (Fig. 2). Questo consente la loro visualizzazione diretta, ingrandita, ad alta definizione, con la possibilità di eseguire sia movimenti di neurodissezione che di neurodecompressione fino alla asportazione in sicurezza del materiale discale (Fig. 3).

Rimossa l'ernia lo strumento viene semplicemente sfilato e durante la sua uscita le strutture muscolari attraversate riprendono la loro normale posizione anatomica, come una tenda che si chiude ed è sufficiente un punto di sutura sulla cute per chiudere il subcentimetrico tramite chirurgico. **Il rispetto delle strutture anatomiche rappresenta il significato più autentico della tecnica endoscopica in generale, di quella vertebrale in particolare.**

L'esperienza Fiorentina

L'esperienza Fiorentina è nata dopo un lungo e impegnativo percorso formativo che è iniziato nel 2008 grazie alla generosità e all'amicizia di colleghi esperti come H. Ulug (Turchia), S. Ruetten (Germania), G. Choi (Corea del Sud) che ci ha permesso di eseguire i primi interventi pres-

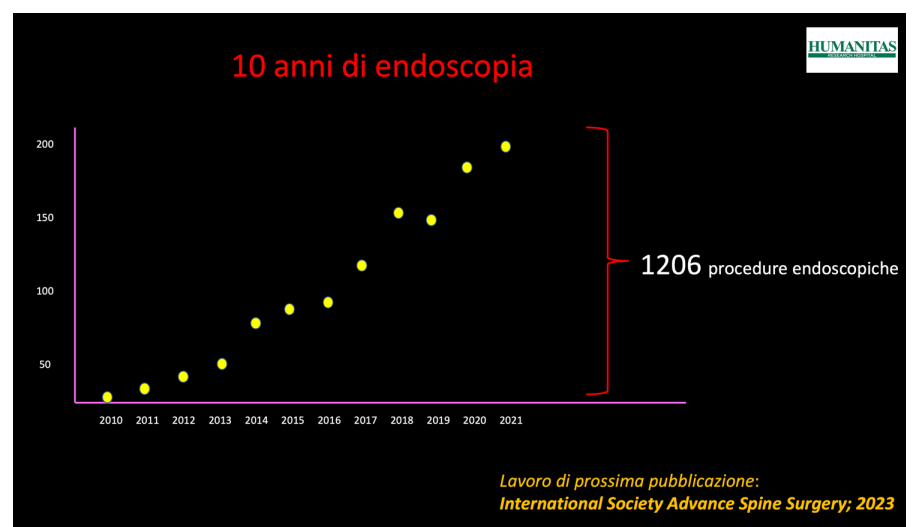


Figura 4.
L'esperienza di Firenze.

Tabella I.

Complicazioni	%	n
Su 1206 pazienti trattati		
Disestesia	8,5%	102
Deficit neurologici	< 0,1%	1
Cauda (transitoria)	< 0,1%	1
Emorragie	0	
Infezioni superficiali	0	
Spondilodisciti	0	
Infrazione durale	2,1%	25
Rimozione incompleta	3,1%	3

so l'Ospedale di Careggi nel 2013. Nei successivi dieci anni sono stati operati a Firenze oltre 1200 pazienti affetti da ernia discale lombare mediante la tecnica endoscopica, rappresentando **la serie chirurgica più numerosa in Italia** (Fig. 4).

La popolazione si è distribuita per il 54% nei maschi, il 46% nelle femmine, con una media di età di 54 anni (16-84). La valutazione pre-operatoria e nel follow-up, mediante l'utilizzo di questionari come la VAS e l'ODI, ha evidenziato l'assoluta efficacia di questa tecnica, con indici di miglioramento del dolore e della qualità della vita indiscutibili.

Dal confronto con i dati presenti in Letteratura su pazienti operati per ernia discale si sono potuti apprezzare gli ulteriori vantaggi di questa metodica: un piccolo accesso cutaneo, l'assenza di perdite di sangue, il tempo chirurgico medio che rimane nella media della chirurgia open (30-40'), l'immediato recupero, la ridotta ospedalizzazione e un più precoce ritorno alle proprie mansioni lavorative.

L'assenza di infezioni, di lesioni durali e di deficit neurologici

post-chirurgici, in una casistica così ampia, testimonia l'intrinseca sicurezza di questa metodica e la possibilità di utilizzarla anche su pazienti obesi, senza modificare l'ampiezza dell'accesso chirurgico, proietta oggi questa tecnica come la metodica di prima scelta nel trattamento delle ernie discali lombari. L'adozione delle tecniche endoscopiche per la patologia lombare nella maggior parte dei centri è resa complessa dalla confluenza di varie circostanze: una difficoltosa curva di apprendimento, una comprensibile resistenza al cambiamento di tecniche sicure e facilmente riproducibili come la microdiscectomia e l'inadeguato riconoscimento economico dei DRG che rischia di far diventare queste realtà chirurgiche elitarie.

Al di là di queste oggettive difficoltà, i risultati straordinari raggiunti con l'endoscopia stanno determinando un crescente interesse verso queste procedure, sia nei pazienti (sempre più informati e documentati), sia nei medici, che negli analisti dei costi sociali.

Basti pensare che il numero delle pubblicazioni scientifiche internazionali sulle tecniche endoscopiche nell'ultimo triennio è cresciuto del 120%; sono nate contestualmente numerose società internazionali, come la *International Society of Endoscopic Spine Surgery* o la *World Endoscopic Spine Society*. Dal 2020 la chirurgia endoscopica fa parte della formazione accademica nelle Scuola di Chirurgia Vertebrale degli Stati Uniti, sotto l'egida del NASS (*North American Spine Society*), dell'ISASS (*International Society of Advancement of Spine Surgery*) e dell'AANS (*American Academy of Neurologic Surgeon*). Le tecniche endoscopiche nella patologia degenerativa

del rachide lombare sono divenute pratiche quotidiane negli Stati Uniti, in Germania, nella Corea del Sud, in Cina, in Giappone.

Conclusioni

Il rispetto delle strutture anatomiche rappresenta il significato più autentico della tecnica endoscopica. Un comportamento chirurgico realmente mininvasivo, che diventa necessario al fallimento degli sforzi conservativi, ne rappresenta la naturale continuazione e rende possibile per la sua delicatezza una rapida ripresa del programma fisioterapico, dando continuità al lavoro pre-operatorio.

Questo duplice concetto di gradualità clinica e di assoluta mininvasività rappresenta quindi il livello più alto di ottimizzazione e di armonia della decisione chirurgica con i moderni programmi riabilitativi e antalgici – algologici e fisioterapici – della colonna vertebrale.

La chirurgia endoscopica vertebrale è viva e moderna grazie a un numero crescente di chirurghi appassionati e devoti; il loro entusiasmo suscita costantemente l'interesse per questa metodica e si traduce in una fervente disponibilità formativa. Il futuro della endoscopia si dovrà focalizzare nel rendere più agili le fasi della difficile curva di apprendimento, sviluppando l'attivazione di adeguati programmi di tutoraggio, si dovrà integrare con la chirurgia robotica, la realtà aumentata e la neuronavigazione, per migliorare ulteriormente l'efficacia e l'efficienza dei trattamenti chirurgici, diventando senza dubbio una opzione irrinunciabile all'interno delle sale operatorie di chirurgia vertebrale.

lorenzo.paoli@libero.it

Assistenza sanitaria e sociale verso la fine del ciclo di vita: le politiche possono ridurre i costi e migliorare i risultati

di *Andrea Vannucci*

Professore a contratto di Programmazione, Organizzazione e Gestione delle aziende sanitarie, Università di Siena

“La pandemia ha evidenziato l’importanza delle cure palliative in tutti i sistemi sanitari. L’esigenza di dare sollievo a così gravi sofferenze, la difficoltà delle decisioni da prendere, la complessità dei dolori causati dalla pandemia sono esattamente quei tipi di problemi per i quali le Cure palliative sono proprio state progettate. Le elevate spese sanitarie e di assistenza sociale pro capite in età avanzata non sono semplicemente una conseguenza dell’‘invecchiamento’, ma sono guidate dalle spese alla fine della vita” (Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore Generale Organizzazione Mondiale della Sanità).

Le preoccupazioni per l’impatto dell’invecchiamento della popolazione sui sistemi sanitari e di assistenza sociale includono il timore che le spese aumenteranno rapidamente e che potrebbe esserci una carenza di giovani per sostenere le esigenze della popolazione che invecchia.

È stato però dimostrato nelle ricerche dell’Osservatorio Europeo sull’economia dell’invecchiamento sano e attivo che tali timori sono probabilmente esagerati e che l’invecchiamento della popolazione di per sé porterà solo a un lento e modesto aumento dei bisogni e dei costi di assistenza.

C’è da sottolineare che il fattore chiave dell’aumento dei costi di assistenza degli anziani è la spesa verso la fine della vita. Ciò comporterà un’attenta valutazione della appro-

priatezza dei servizi che mirano solo a curare le malattie rispetto alle cure palliative che invece mirano a ridurre i sintomi, a migliorare la qualità della vita e, con un apparente paradosso, persino ad allungarla come emerge da varie osservazioni.

Quindi, la spesa per l’assistenza sanitaria e sociale è effettivamente più elevata per gli anziani rispetto ai giovani nella maggior parte dei paesi europei ma ciò è dovuto principalmente ai costi elevati verso la fine della vita. Nella maggior parte dei paesi il numero di decessi ogni anno aumenta man mano che la generazione dei “baby boomer” invecchia e si avvicina alla fine della vita. Il fenomeno è fonte di preoccupazione perché se pur l’invecchiamento può avere scarso effetto diretto sui costi, questo aumento del numero di decessi porterà a maggiori necessità e spese a breve e medio termine.

Sviluppare strategie migliori per l’assistenza verso la fine della vita

Sebbene la maggior parte delle persone preferisca non morire in ospedale, l’assistenza ospedaliera è in genere la componente più grande dei costi di assistenza alla fine della vita, spesso superiore al 50% del totale. Mentre in vari casi questa cura è appropriata e necessaria, vi è una crescente evidenza che molti ricoveri ospedalieri possono essere prevenuti e che alcune delle cure fornite in ospedale sono inappropriate per

le persone che si avviano alla fine della vita con bisogni complessi e malattie croniche multiple.

In molti casi mantenere una maggiore indipendenza e ridurre la disabilità in età avanzata è possibile. Alcuni interventi di prevenzione e riabilitazione hanno dimostrato di essere anche economicamente convenienti. Le politiche per raggiungere un invecchiamento sano e attivo durante tutto il corso della vita possono quindi rallentare la crescita dei bisogni e dei costi di assistenza alla fine della vita.

Vi è anche una crescente evidenza che una valutazione qualificata e attenta delle esigenze, così come il supporto per i pazienti e per le famiglie nel fare le migliori scelte, possono sia migliorare le loro esperienze sia ridurre i costi delle cure. Anche se eseguire tali valutazioni è costoso, i risparmi associati sono sostanziali. È stato anche dimostrato che migliore è la valutazione migliore sono i risultati. I metodi di valutazione multidimensionale vanno quindi ben scelti e applicati e la competenza di chi li adotta deve essere adeguata. Le sfide gemelle sono trovare modi migliori per identificare precocemente coloro che sono a rischio di cure ad alto costo e di basso valore e aiutare le persone a fare buone scelte in linea con i loro obiettivi.

Comprendere i *driver* dell’assistenza alla fine della vita e conoscere come le politiche possono aiutare a sostenere scelte migliori può migliorare la qualità della vita verso la fine del-

la vita e può anche rallentare il tasso di crescita della spesa. Uno spostamento dell'equilibrio di intenti dal trattamento delle malattie ad approcci più palliativi non dovrebbe essere visto come una rinuncia alle "cure che curano", ma piuttosto una scelta di vivere nel miglior modo possibile. Le prove dimostrano che un tale cambiamento è spesso in linea con le preferenze del paziente. Cambiare l'equilibrio da cure più curative a più cure palliative normalmente non accorcia la vita, in alcuni casi può prolungarla e quasi sempre la rende migliore.

La Toscana

La necessità di una decisa svolta nelle politiche del fine vita appare in tutta la sua evidenza in una serie di rapporti pubblicati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) negli ultimi anni.

Nonostante ciò a oggi non è cambiato niente; non solo, durante il periodo pandemico le cose sono pure peggiorate: sono diminuiti sia i pazienti in *hospice* sia quelli trattati a domicilio dai servizi di cure palliative.

Come spesso succede si sono registrate forti differenze tra le diverse aree della regione, ma in media in Toscana in *hospice* si trascorre un periodo molto breve: 6 giorni per i pazienti con tumore, 5 per le patologie croniche. Ciò è segno di un accesso tardivo, e non perché non ci sia disponibilità di posti letto, dato che il tasso di occupazione è sotto il 30%.

Va aggiunto, per completare la drammaticità della situazione, che durante la pandemia, disattendendo le indicazioni impartite dagli organi di governo e dalle società scientifiche, i pazienti con COVID-19, o comunque positivi all'infezione da SARS-CoV-2, hanno avuto minori opportunità d'accesso ai servizi palliativi.

Si tratta di una dolorosa disegualianza che non va trascurata, anche in prospettiva futura, per un sistema che si vanta di essere ai livelli più alti nel panorama nazionale.

La differenza che è stata osservata nel 2020, tra i pazienti COVID-19 rispetto a chi non ha contratto la malattia è stata clamorosa: percentuali inferiori all'1% di accesso in *hospice* per i pazienti COVID-19 e una percentuale di pazienti senza alcuna presa in carico dalla rete di Cure palliative che ha raggiunto per questi malati l'80%.

Che il nostro sistema sanitario non abbia ancora saputo ottenere risultati adeguati, nonostante che i dati delle performance in questo campo siano noti, è dimostrato inequivocabilmente dal permanere di un modello di cure per pazienti molto anziani, affetti da una o più patologie croniche e/o neoplastiche giunti alla fine della loro vita, che con troppa frequenza ricorrono all'ospedale laddove peraltro le cure palliative continuano a occupare una posizione marginale.

Che molto lavoro sia ancora necessario a tutti i livelli appare evidente. A cominciare dai medici, che sono riluttanti a consigliare le cure palliative come si può capire osservando che per i malati affetti da tumore il loro impiego non supera il 50% e quando a questa patologia si associa una malattia cronica la percentuale scende fino al 40%. Un riscontro che non ha alcuna logica clinica e rimane inspiegabile.

Il quadro che emerge dall'ultimo rapporto di ARS dovrebbe essere un campanello di allarme per tutti: dai massimi livelli politici fino ai singoli operatori delle varie professioni sanitarie perché si comprenda la necessità di un deciso cambiamento culturale. Se continueremo nel paradigma che vede la cura verso la fine della vita orientata a prendere in considerazione solo gli aspetti biologici, a porre attenzione solo alla malattia e non anche alla persona malata, a utilizzare per pazienti molto anziani, fragili, affetti da più patologie i modelli di cura e assistenza efficaci nelle malattie acute, i risultati continueranno a essere deludenti.

Per fare un esempio: si deve favorire al massimo l'interlocuzione e la comunicazione tra i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri da una parte e i palliativisti dall'altra. Quante volte da questi ultimi è arrivata la giusta lamentela di essere stati coinvolti "troppo tardi", ma anche quante volte un medico curante si è sentito da loro rispondere che era "troppo presto" per una loro presa in carico? Le cure palliative precoci, le cure simultanee sono una chimera o sono realizzabili?

Negli ultimi anni nonostante le evidenze e i buoni propositi l'impatto delle cure palliative resta estremamente marginale, in particolare per i pazienti non oncologici nonostante non manchino le elaborazioni teoriche che prendono atto della transizione demografica ed epidemiologica e i documenti programmatici, quali il Piano Nazionale delle Cronicità, risalente ormai al 2016 e al nostro Piano sanitario sociale integrato della Regione Toscana 2018-2020, purtroppo largamente inattuati.

"Non si commetta al mar chi teme il vento" (Metastasio)

Seppure da anni avvertiamo l'incongruenza di un modello di assistenza e cura che risponde ai bisogni dei cronici con le strutture e i percorsi per gli acuti, niente cambia, neanche i costi economici, oltre che etici, che potremmo risparmiare con una diversa organizzazione.

Purtroppo alle buone intenzioni contenute nel piano nazionale per la cronicità e nel piano socio sanitario toscano non sono seguite pratiche organizzative e percorsi clinici coerenti, come dimostra la percentuale di soggetti affetti da tumore e/o una o più malattie croniche che muore senza che sia stata attivata alcuna modalità di presa in carico da parte della rete di cure palliative.

Le direzioni delle aziende sanitarie e della regione hanno tutte le competenze per fare quel che va fatto, ma devono avere anche la volontà e poi la perseveranza.

Estendere le cure palliative è un'innovazione "*disruptive*", che cioè modifica profondamente equilibri precedenti. Anche se nessuno può negare che si tratta di una scelta ragionevole, le resistenze esistono perché molte risorse vengono riallocate e molti interessi sensibilmente toccati.

Quando parliamo di sostenibilità del SSN non si possono solo invocare maggiori risorse finanziarie.

È pur vero che il Fondo Sanitario Nazionale sottostima le necessità ma ci sono due considerazioni da fare per non rimanere bloccati: la prima, che non è detto che negli anni a venire possa essere aumentato; la seconda, che non si può vivere nell'invarianza organizzativa e che gli impieghi finanziari debbono essere indirizzati in modo che le pratiche che generano più valore siano incentivate e le cure pallia-

tive sono, senza alcun dubbio, tra queste.

Ci vuole quindi piena convinzione politica e determinazione, con la consapevolezza anche che non aver fatto potrebbe un giorno risultare incomprensibile ai pazienti e ai cittadini, approfondendo ulteriormente il solco che già si percepisce tra pazienti e cittadini da una parte e SSN e politica dall'altra.

andrea.gg.vannucci@icloud.com

L'esperienza di comunicazione del rischio nell'ambito dello studio europeo sulla personalizzazione dello *screening* del cancro al seno MyPEBS - *My Personalized Breast Screening*

di Giulia Maddaleni¹, Paola Mantellini²

¹ Laureata in Psicologia Clinico Dinamica presso l'Università degli Studi di Padova, Specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Interazionista di Padova e iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana. Dal 2016 si occupa di formazione sul tema della comunicazione in ambito sanitario e dal 2021 collabora con l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di Firenze alla realizzazione dello Studio MyPEBS, gestendo in particolare gli ambulatori dedicati alla comunicazione del rischio; ² Medico oncologo, Direttore SC Screening e prevenzione secondaria, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica - ISPRO, Firenze. Responsabile della sperimentazione locale dello studio My Pebs.

L'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di Firenze, sulla scorta dell'esperienza mutuata nel contesto dello studio MyPEBS sullo screening mammografico personalizzato, intende condividere alcuni elementi di bilancio provvisorio sul tema della personalizzazione della prevenzione oncologica e della comunicazione del rischio, invitando il lettore ad assumere uno sguardo in prospettiva in grado di cogliere le possibili implicazioni future dell'esperienza in corso.

Parole chiave: tumore mammario, screening mammografico, screening personalizzato, rischio individuale, comunicazione del rischio

L'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) sta compartecipando allo studio europeo randomizzato multicentrico "My Personalized Breast Screening" finanziato nell'ambito del programma *Horizon 2020*, che si propone di valutare l'efficacia di uno screening mammografico basato sulla stratificazione del rischio di insorgenza di carcinoma mammario rispetto al protocollo attualmente in uso che considera l'età come unico criterio di elezione per l'invito alla mammografia (per ulteriori dettagli: <https://www.toscamedica.org/87-toscana-medica/qualita-e-professione/981-lo-screening-mammografico-basato-sul-ri->

schio-individuale-della-donna-lo-studio-europeo-my-personalized-breast-screening-my-pebs - Fig. 1).

Il percorso di arruolamento ha preso avvio in ISPRO nel 2020 e a oggi conta più di mille partecipanti su un totale europeo di 38.000 donne incluse, indicatori numerici da interpretare inevitabilmente in uno scenario post pandemico dello screening generale.

La possibilità di prendere parte al percorso viene anticipata nella lettera di invito allo screening, al momento dell'accettazione viene poi consegnata l'informativa dello studio per offrire un'occasione di lettura autonoma nel tempo dell'attesa e prima

dell'esame mammografico è predisposto un colloquio approfondito con uno sperimentatore. La strutturazione strategica di un accompagnamento in step successivi, oltre a un chiaro obiettivo di tipo informativo, intende sostenere l'autonomia decisionale delle donne. L'approccio diventa consulenziale e la logica valutativa dello screening *respondents/nonrespondents*, tradizionalmente basata su un dato di adesione stimato rispetto a un invito allargato senza alcun tipo di mediazione da parte dei professionisti, non risulta più applicabile in quanto emerge prepotentemente una dimensione di reciprocità. Questo cambio di paradigma si inserisce peraltro in

tempi contrassegnati dalla crescente necessità di aumentare l'alfabetizzazione medica della popolazione generale, difatti anche nello svolgimento delle sedute di arruolamento allo studio è stato spesso rilevato un approccio marcatamente nozionistico alle questioni mediche. Un gap concettuale di matrice educativa-culturale, che è possibile arginare attraverso un'operazione delicata di ritraduzione da parte del personale sanitario di concetti medico-scientifici in termini fruibili e al contempo sufficientemente eloquenti da fa-

vorire nell'utenza scelte quanto più possibile consapevoli, un'impresa certo non semplice e senza garanzia di risultato. La diffusa difficoltà a comprendere come la scienza operi ai confini dell'ignoto confrontandosi con domande nuove per trovare risposte inevitabilmente provvisorie, rischia spesso di produrre scelte fondate su false credenze o inesattezze. Perdipiù quello di stima del rischio è un concetto probabilistico, dunque sprovvisto di certezza predittiva, usato funzionalmente come criterio di scelta per organizzare il program-

ma di screening variando la frequenza temporale dei controlli e gli eventuali esami di approfondimento da abbinare all'esame mammografico. La nozione di protocollo medico viene spesso reificata e la possibile variazione di percorso introdotta dallo studio accolta con disorientamento, in quanto lo screening standard ormai in vigore da tempo ha creato un effetto di abitudine difficile da controvertere: è stato assimilato come l'unico possibile dunque quello giusto. A un livello comunicativo è necessario selezionare ac-

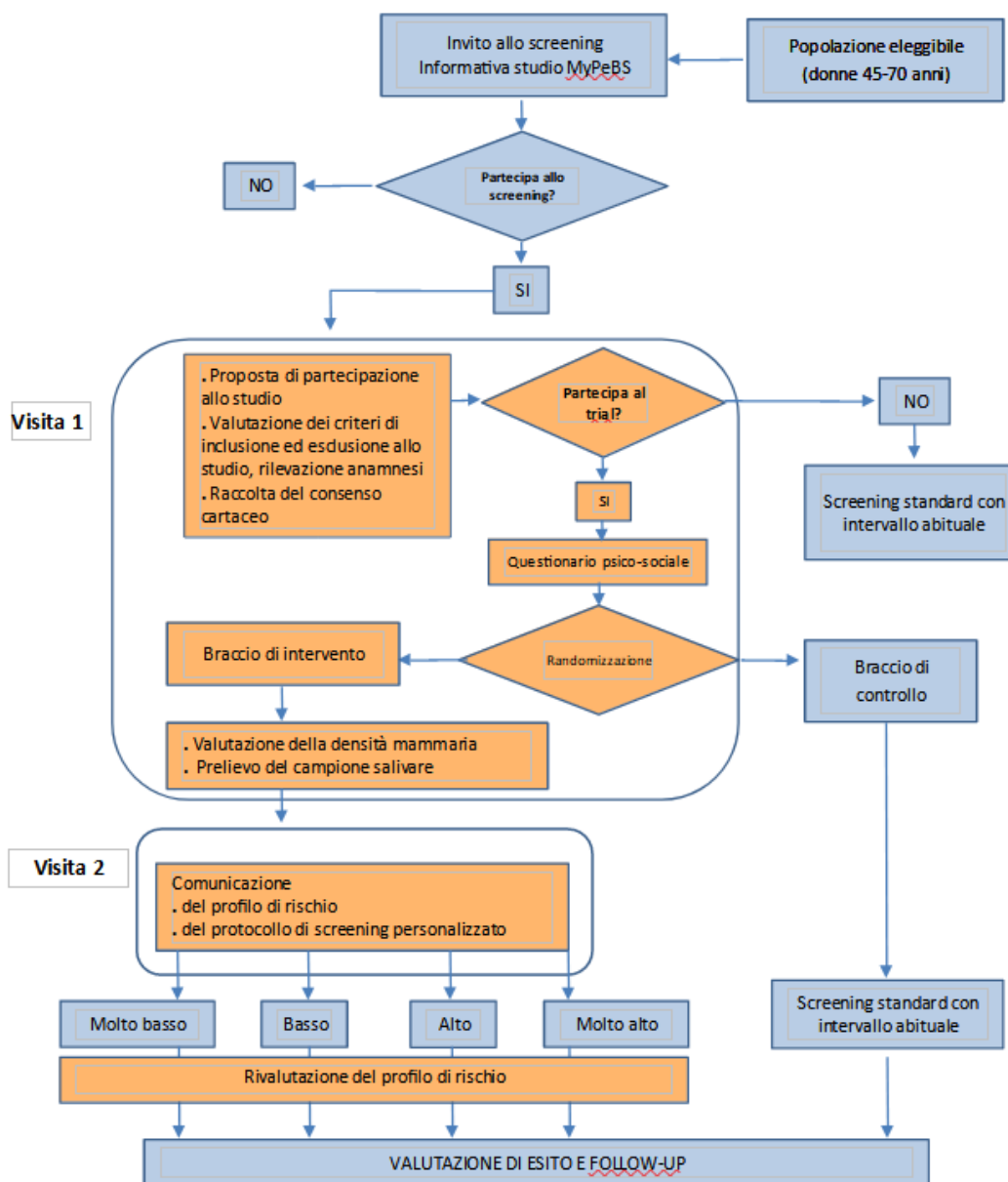


Figura 1. Schema del progetto MyPeBS (centri italiani).

Tabella I.

Sintesi degli esami proposti alle donne arruolate nel braccio di intervento a seconda del profilo di rischio.

^ La risonanza magnetica (RMI) è effettuata fino ai 60 anni di età uniformandosi alle linee guida NICE 2015 sull'alto rischio mammario che prevedono la sua esecuzione fino a quella età nelle donne con seno molto denso.

Rischio a 5 anni	Rischio basso	Rischio medio	Rischio alto	Rischio molto alto
Definizione come una percentuale (a 5 anni)	Rischio < 1%	$1 \leq \text{Rischio} < 1.67\%$	$1.67\% \leq \text{Rischio} < 6\%$	Rischio $\geq 6\%$
Mammografia	Dopo 4 anni	Ogni 2 anni	Ogni anno	Ogni anno
Esame aggiuntivo	-	Ecografia se alta densità mammaria	Ecografia se alta densità mammaria	RMI [^] ogni anno fino all'età di 60 anni

curatamente le parole da utilizzare e assicurarsi che le signore le abbiano correttamente comprese. Così facendo il consenso informato viene posto nella sua dimensione sostanziale, giuridica come adempimento (Legge 22 dicembre 2017 n. 219) ma anche relazionale come preludio di una presa in carico, inaugurando uno scenario ben diverso da quello della prestazione screening strettamente intesa come episodica.

Parlare di "personalizzazione" in riferimento alle pratiche di screening impone alcune specifiche: il sostantivo non allude a un atto medico ritagliato sul singolo come sarebbe comunemente inteso nell'ambito della cura, in quanto non vi è alcuna malattia e permane uno sguardo statisticamente orientato pertinente al contesto specifico della prevenzione. Piuttosto è da intendersi come specificazione della subpopolazione di appartenenza della donna in base al rischio stimato e conseguente indirizzamento sul percorso di prevenzione adeguato per la casistica di riferimento.

Date queste premesse è pur vero che da un punto di vista relazionale-comunicativo ciò significa comunque, seppur di un solo passo, avvicinarsi alla clinica: il paziente come portatore di una diagnosi non c'è, ma la relazione medico-utente comincia a esistere più concretamente per entrambi e non può dirsi esaurita nel tempo dedicato al controllo. Il

rapporto con l'utenza cambia, viene a crearsi l'occasione per approfondire il punto di vista delle donne e valorizzare il loro diritto di scegliere liberamente in ordine ad atti che coinvolgono il proprio corpo. Il professionista dunque è chiamato a riconoscere e a confrontarsi con la complessità dell'utente, il suo sistema di credenze, le sue contingenze personali, il retroscena culturale cui appartiene. Di conseguenza variano anche le necessità formative degli operatori sanitari della prevenzione verso l'acquisizione di competenze conversative, intese come abilità dialogiche di orientare lo scambio comunicativo con le donne al fine di facilitare decisioni consapevoli, la messa in atto concreta di un orientamento etico professionale che inevitabilmente si muove tra prescrizioni di senso (*cosa sarebbe opportuno che la donna facesse*) e il rispetto delle esigenze espresse dalle utenti (*le ragioni soggettive fondanti le scelte di salute che le donne attuano*). Un'ulteriore annotazione, significativa in termini di responsabilità, riguarda le conseguenze che lo screening al seno basato sulla stratificazione del rischio potrebbe generare nella popolazione femminile target. Non è possibile dare per scontata la volontà delle donne di conoscere il proprio livello di rischio, né stimare a priori il tempo soggettivamente giusto per accogliere un'informazione di questo tipo. Il rischio è convenzio-

nalmente suddiviso in quattro livelli (basso, medio, alto, molto alto – Tab. I) ma questa ripartizione ha poco a che vedere con il senso e il significato che ogni donna, in maniera del tutto soggettiva, attribuisce a ciascuna categoria. È possibile inoltre che l'esito della valutazione del rischio non si riveli sintonica rispetto alla preoccupazione personalmente sperimentata circa la salute del proprio seno che, come spesso le donne raccontano, è molto influenzata dall'esperienza ravvicinata con la malattia di persone affettivamente importanti. Nondimeno occorre tener di conto l'impatto della restituzione sul rischio in termini di adesione/evitamento ai/dei controlli di screening futuri che, verosimilmente, potrebbe riverberare anche su altre scelte di carattere preventivo. L'esperienza ambulatoriale di comunicazione del rischio presso ISPRO, che a oggi ha interessato più di 400 partecipanti randomizzate nel gruppo sperimentale, ha consentito di raccogliere alcune osservazioni con ricadute potenzialmente critiche. Ciascun livello di rischio, a eccezione di quello medio che risulta il più coerente con il percorso ordinario in quanto non comporta variazioni nella agenda screening, è oggetto di una diversa problematizzazione. La possibilità di rientrare nel rischio basso viene interpretata con sentimenti contraddittori: da un lato è quella più auspicabile, dall'altro

sottende il dubbio che sia rischioso contraddire il presupposto comune per il quale "più ci si controlla meglio è". Nelle donne a rischio alto invece, sebbene possano manifestare preoccupazione, prevale spesso la rassicurazione associata alla possibilità di avere garantita una presa in carico adeguata. In questi casi è ancor più importante fornire una corretta chiave di interpretazione dell'esito, di modo che la donna accolga il responso non come sentenza ma come esortazione motivata a essere scrupolosa nell'automonitoraggio e rispondente ai controlli mammografici annuali predisposti. Rispetto alla categoria di rischio molto alto, a oggi è difficile fare inferenze generali, in quanto fortunatamente sono emerse poche casistiche.

Un'ultima osservazione allargata riguarda la ricorrente tendenza a sovrastimare l'importanza dell'analisi dei polimorfismi genetici rispetto

ad altri fattori specifici correlati al cancro al seno presi in esame nella valutazione integrata MyPEBS (storia familiare, ormonale e riproduttiva, densità mammaria, precedenti biopsie, assunzione di alcol e fumo). Le abitudini inerenti lo stile di vita che esercitano una funzione protettiva, quali l'alimentazione e il movimento, vengono facilmente surclassate come indicazioni scontate senza generare una riflessione personale. Un dato questo rilevante se si vuol lavorare affinché il senso stesso della prevenzione oncologica venga assimilato come parte delle pratiche, individuali e sociali, di costruzione della salute.

Nell'attesa di conoscere gli esiti dello studio, è auspicabile cominciare a tessere una riflessione sulle possibili conseguenze dell'utilizzo di un approccio personalizzato nell'ambito della prevenzione del tumore al seno. Un cambiamento che, nella

prospettiva delle donne, comporterebbe il passaggio dall'identificazione con una moltitudine indistinta (*le donne devono controllarsi ogni X anni*) all'interpretazione della specifica categoria di rischio di appartenenza (*io devo controllarmi ogni X anni perché*). Come operatori sanitari, agendo di anticipazione, dobbiamo porci una domanda: come si trasformerebbe l'esperienza dello screening per l'utenza e per gli stessi operatori?

Contribuiscono alla realizzazione di questo progetto i colleghi Daniela Ambrogetti, Noemi Auzzi, Francesca Battisti, Eva Carnesciali, Fiorella Ciuffi, Patrizia Falini, Francesca Peruzzi, Francesco Regini, Vincenzo Mazzalupo di ISPRO e Federica Fantozzi, Alessia Carmela Tripodi, Andrea Stella, Valeria Pisu della Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese.

g.maddaleni@ispro.toscana.it

L'esame fisico, chimico e morfologico delle urine nel moderno Laboratorio

"Il rene è muto ma l'urina parla"

di Alessandra Fanelli¹, Eva Milletti², Daniela Vitali², Alessandra Mongia², Sara Ciullini Mannurita², Martina Da Ros², Alessandro Bonari², Benedetta Salvadori², Roberta Mannino², Francesca Romano²

¹Direttore SOD Laboratorio Generale, AOU Careggi, Firenze; ²SOD Laboratorio Generale, AOU Careggi, Firenze

L'esame fisico, chimico e morfologico delle urine è l'esame di Laboratorio di primo livello per patologie renali, metaboliche e infettive; è a basso costo, è ampiamente diffuso per le numerose informazioni che fornisce e per la facilità di raccolta ed esecuzione del campione. Le nuove tecnologie rendono il moderno esame delle urine uno strumento modulabile alle diverse esigenze cliniche.

Parole chiave: urine, esame fisico-chimico, sedimento urinario, microscopio a contrasto di fase, luce polarizzata

Johannes Anglicus, frate, arrivato a Roma, venne subito convocato per guarire il Papa Leone IV. I suoi consiglieri, per accertarsi delle conoscenze e competenze del frate, gli fecero assaggiare le urine del Papa. Capi subito che gli erano state date le urine di una donna in gravidanza (Dal romanzo "La Papessa").

L'esame delle urine è molto probabilmente il più antico esame di Laboratorio della storia della Medicina. Gli egizi per primi pensarono al significato biologico delle urine e suggerirono che si trattava dell'espressione di un qualche potere di competenza delle particelle che circondano l'area della vescica. In seguito, illustri scienziati, primo fra tutti Ippocrate, capirono il fondamentale concetto che le modificazioni di aspetto e contenuto delle urine costituiscono la spia di modificazioni in atto nel corpo umano, cioè che le urine sono un utilissimo e prezioso strumento per capire la fisiopatologia dell'organismo inte-

ro, soprattutto per la diagnosi di patologie relative a reni, fegato e vescica. Nel corso dei secoli, la scienza dell'osservazione delle urine, l'uroscopia, divenne il più importante percorso diagnostico delle malattie e, a cavallo tra il 1600 e il 1700, vennero costruiti i primi rudimentali microscopi, ponendo le basi per l'esame del sedimento urinario e il moderno esame delle urine.

Oggi, secondo le più recenti Linee Guida del Gruppo Interdisciplinare Laboratorio e clinica Apparato Urinario (GIAU, 2011) inerenti la fase pre-analitica, l'esame fisico, chimico e morfologico delle urine può essere richiesto per diagnosi, monitoraggio ed esclusione di patologie del rene e delle vie urinarie di varia natura.

Poiché l'urina è un liquido con caratteri fisici, chimici e corpuscolati molto labili, il campione raccolto alla prima minzione del mattino (da mitto intermedio, dopo accurata pulizia dei genitali e nell'apposito contenitore, facendo attenzione a

non inquinare il campione) deve essere analizzato nel più breve tempo possibile, entro e non oltre le 4 ore se conservato a temperatura di 20°C e non oltre le 6 ore alla temperatura di 4°C. Una buona fase pre-analitica è, perciò, un passaggio indispensabile per un esame delle urine affidabile. Se, ad esempio, la raccolta non è della prima minzione del mattino, le urine risultano poco concentrate (bassa osmolalità) e alcuni elementi rari possono non essere identificati. Se non è stata effettuata l'igiene personale o non è stato raccolto il mitto intermedio, si possono avere contaminazioni (muco, batteri, creme, spermatozoi).

La fase analitica, dettagliatamente descritta nelle Linee Guida del GIAU del 2016, prevede, attraverso l'utilizzo di analizzatori automatici, la determinazione di colore e torbidità, l'analisi fisico-chimica tramite utilizzo di strisce reattive (*dip-stick*) e l'analisi della componente corpuscolata.

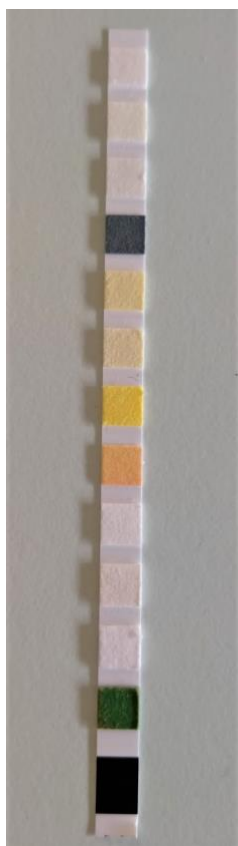


Figura 1.

Striscia reattiva per esame chimico-fisico impiegata per la determinazione dei seguenti parametri (dall'alto verso il basso della striscia): bilirubina, urobilinogeno, chetoni, acido ascorbico, glucosio, proteine, emoglobina, pH, nitriti, esterasi leucocitaria, compensazione del colore, densità relativa.

Il colore e la torbidità sono determinati attraverso il passaggio del campione in una cella con un sensore per questi due parametri, dopo che il campione è stato illuminato con una luce bianca.

Le strisce reattive (Fig. 1) per l'analisi fisico-chimica sono costituite da un supporto su cui sono fissati tasselli reattivi che contengono reagenti enzimatici, capaci di produrre variazioni colorimetriche in contatto con i vari componenti urinari (tecnica *dry chemistry*) e sono in grado di indicare, in pochissimo tempo, fino a 12 parametri. La successiva lettura delle strisce reattive avviene tramite l'analizzatore automatico a elevata cadenza analitica. La completa automazione del processo di

analisi comporta vari vantaggi, quali: l'analisi diretta del campione da urina nativa, la standardizzazione delle procedure operative, l'elevata produttività a flusso continuo h24, la possibilità di impostare allarmi per dati anomali su campioni che necessitano di ulteriori approfondimenti.

Il maggior grado di precisione e accuratezza fornito dagli analizzatori automatici, insieme alle conoscenze cliniche, ha inoltre permesso di individuare, fra i parametri forniti dall'esame fisico-chimico, alcuni di indubbia utilità clinica, quali densità relativa, emoglobina e pH; alcuni utili solo in particolari condizioni cliniche, quali glucosio e chetoni; alcuni utili e di verifica analitica per il professionista di Laboratorio, quali esterasi, nitriti e ascorbato.

L'analisi della componente corpuscolata è parte integrante dell'esame delle urine e permette, insieme alla valutazione dei parametri ematici, la corretta diagnosi delle malattie renali e la valutazione del loro decorso nel tempo. Nel sedimento urinario si possono trovare cellule ematiche (eritrociti e leucociti), cellule epiteliali (squamose, transizionali e tubulari), cilindri (ialini,

granulari, cerei, lipidici, eritrocitari, leucocitari, epiteliali, pigmentati, con inclusi di cristalli o microorganismi, misti), lipidi, cristalli [di ossalato di calcio, acido urico (Fig. 2), urati amorfi, fosfati amorfi, calcio fosfato, fosfato triplo, colesterolo, cistina, 2,8 di-idrossiadenina, da farmaci], microorganismi [batteri, miceti (Fig. 3), parassiti, protozoi], altro (muco, spermatozoi, contaminanti). L'analisi del sedimento per la valutazione della componente corpuscolata viene effettuata su urina nativa, tramite un sistema digitalizzato per l'acquisizione e l'archiviazione delle immagini. Il sistema è composto da un microscopio automatizzato accoppiato a una fotocamera che acquisisce 500 fotogrammi per campione. Le immagini delle singole particelle vengono digitalizzate e, attraverso l'utilizzo di un software di riconoscimento (in base alle caratteristiche di dimensione, forma, contrasto e contenuto), vengono classificate in 12 categorie (eritrociti, leucociti, aggregati leucocitari, cellule epiteliali squamose, cellule epiteliali non squamose, batteri, cristalli, cilindri, miceti, spermatozoi, muco).

I professionisti di Laboratorio, gra-

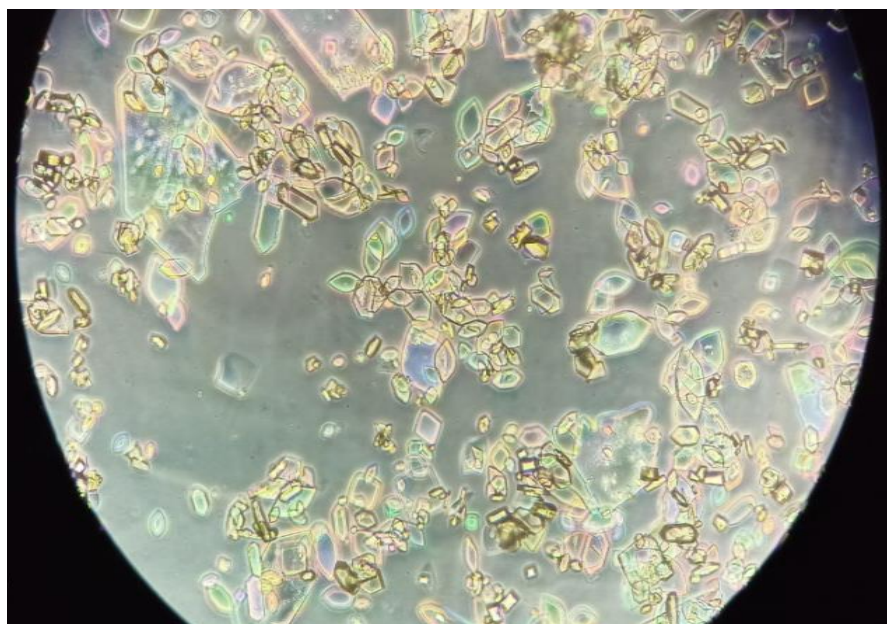


Figura 2.

Cristalli di acido urico.

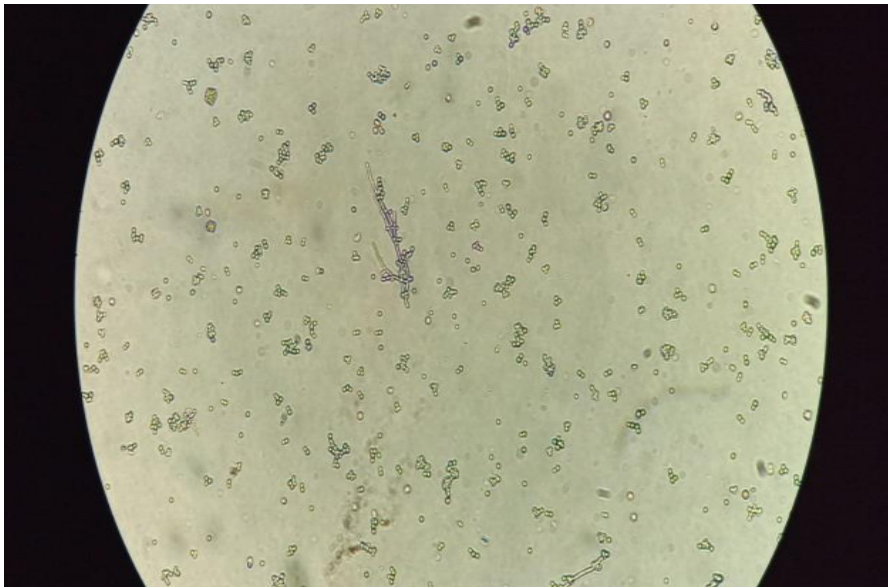


Figura 3.
Ife e miceti.

zie alle loro competenze, verificano a video gli elementi corpuscolati, identificando le sottoclassi di elementi con eventuale conferma microscopica, valutano sulla base di regole preimpostate la coerenza o la discrepanza con i dati dell'esame fisico-chimico, valutano la necessità di approfondimenti diagnostici da effettuare con altre tecnologie di alta specializzazione, come il microscopio a contrasto di fase con luce polarizzata o lo spettrofotometro a infrarossi, in uso presso il Laboratorio Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

Esempio di percorso orientato per patologie specifiche, con risposte focalizzate al quesito clinico, è la valutazione della morfologia dei globuli rossi urinari nei pazienti con ematuria isolata: utilizzando il microscopio ottico a contrasto di fase con luce polarizzata, si possono differenziare le ematurie glomerulari (nefrologiche), a seguito del ritrovamento di emazie dismorfiche e mal conservate, da quelle non glomerulari (urologiche), a seguito di riconoscimento di emazie ben conservate o isomorfiche. Altro esempio è lo studio della cristalluria: in pazienti in cui la microscopia del sedimento urinario rivela la presenza di

cristalli sconosciuti, questi possono essere identificati mediante analisi del campione con spettroscopia a infrarossi in trasformata di Fourier (FTIR-ATR), come è stato fatto, ad

esempio, per l'identificazione dei cristalli di amoxicillina rappresentati in Figura 4.

I risultati dell'esame fisico, chimico e morfologico delle urine si concretizzano nel referto che, oltre ai risultati strumentali, presenta note, commenti descrittivi e interpretativi di ausilio al clinico nell'inquadramento della patologia a carico dell'apparato urinario. Per una corretta impostazione, ma soprattutto per una standardizzazione del referto dell'esame fisico, chimico e morfologico delle urine, il GIAU ha pubblicato nel 2019 le Linee Guida relative alla **fase post-analitica**.

Nel prossimo futuro, la diagnostica urinaria si affinerà ulteriormente grazie all'introduzione nel Laboratorio di sistemi diagnostici modulari e integrati per l'esecuzione dell'esame fisico, chimico e morfologico delle urine. Sulla base di regole pre-impostate personalizzabili e di software dedicati, sarà possibile

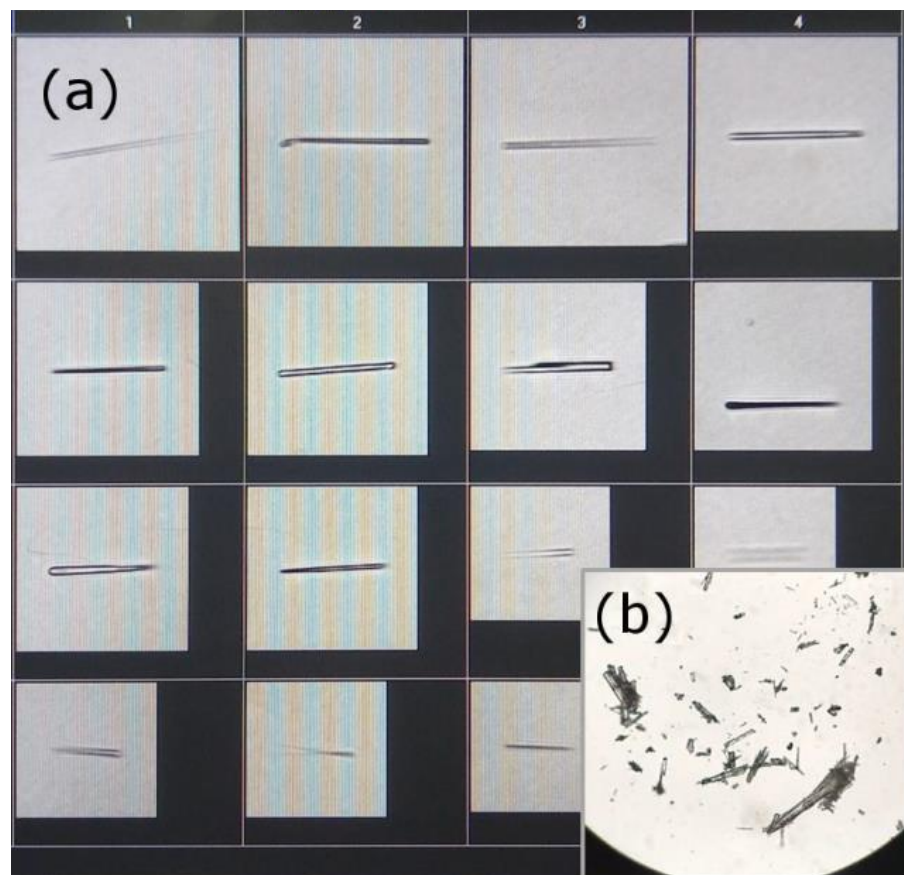


Figura 4.
Cristalli di amoxicillina: (a) Strumento; (b) Microscopio ottico.

selezionare, integrare ed elaborare i dati ottenuti con metodiche e strumentazioni diverse, rispondendo così alla necessità di associare elevate prestazioni a una migliore funzionalità operativa.

In questo contesto, lo specialista di Laboratorio è chiamato a svolgere un ruolo fondamentale: oltre a competenze cliniche e morfologiche adeguate al livello diagnostico, dovrà avere una conoscenza appro-

fondita delle tecnologie e la capacità di lavorare in team multidisciplinari, rapportandosi con i colleghi di altre specialità al fine di elaborare percorsi diagnostici condivisi.

fanelli@aou_careggi.toscana.it

Che cosa è la Medicina Sessuale

di Anna Ghizzani

Ricercatore Clinica Ostetrica Università di Siena; libera professione, iscritta all'Ordine dei Medici di Siena

La Medicina Sessuale tratta disfunzione erettile, anorgasmia, perdita d'interesse, eiaculazione precoce, ansia anticipatoria, conflitti di coppia, dolore ai rapporti e riabilitazione dopo un tumore. Le disfunzioni nascono da una patologia organica o da una patologia dell'umore, che si sovrappongono nelle condizioni organiche perché chi sa di avere capacità limitate non può evitare l'ansia dell'incontro.

Parole chiave: disfunzione erettile, eiaculazione precoce, perdita d'interesse, ansia anticipatoria, dolore ai rapporti

La Medicina Sessuale è un'associazione tra la Medicina tradizionale e la Psicoterapia comportamentale che lavorano in sinergia per la diagnosi e la cura delle disfunzioni sessuali.

Le difficoltà del comportamento sessuale che si possono affrontare sono la disfunzione erettile, l'anorgasmia, la perdita d'interesse, l'eiaculazione precoce, il vaginismo, l'ansia anticipatoria, i conflitti di coppia, il dolore ai rapporti e la riabilitazione dei pazienti che abbiano superato un tumore. La Medicina Sessuale tratta uomini, donne, coppie, singoli e persone a orientamento etero o omosessuale. La formazione medica è necessaria per fare la diagnosi eziologica della disfunzione e stabilire una terapia comportamentale e/o farmacologica.

Le disfunzioni sessuali riconoscono due tipi di cause: la patologia organica e la patologia dell'umore. La sovrapposizione delle due eziologie avviene di frequente nelle patologie organiche che danno problemi d'erezione o di dolore, perché chi sa di avere capacità limitate non può evitare l'ansia dell'incontro.

Va da sé che la patologia organica debba essere curata in quanto tale. Quando come effetto collaterale si ha un danno dei sistemi vascolare o

neurologico delle pelvi, la somministrazione di un farmaco specifico per l'erezione o una terapia per contrastare l'atrofia vaginale migliora la risposta erotica genitale. Ciò consente al paziente di seguire le prescrizioni comportamentali e superare le cause immediate di disfunzione.

L'eziologia funzionale comprende cause immediate, come l'ansia anticipatoria, e cause profonde, come il disagio verso la sessualità. L'esperienza clinica maturata da Helen S Kaplan dimostra come la rimozione delle cause immediate attraverso la modificazione del comportamento migliori rapidamente e stabilmente la disfunzione senza bisogno di affrontare le cause profonde. Questo modello di trattamento si basa sulle teorie dell'apprendimento e impiega prescrizioni adattate alle disfunzioni sessuali. L'intervento di terapia comportamentale focalizzato sul sintomo sessuale prevede una scaletta di esercizi progressivi che facilitano il contatto fisico intimo che vengono presentati e discussi in ambulatorio ma che vengono rigorosamente fatti in privato.

Quando all'eziologia organica si associa uno stato d'ansia, è necessario creare una sinergia tra l'atto medico, con farmaci per l'erezione o a con-

trasto dell'atrofia, e la scaletta delle prescrizioni comportamentali che allontanano la paura del fallimento.

Il lavoro con la coppia

La Medicina Sessuale dà grande valore prognostico alla relazione di coppia in quanto il "sistema coppia" ha le potenzialità per risolvere la disfunzione, non solo quella che risale al passato ma anche quella nata nella relazione attuale. Per il modus operandi della terapia sessuale comportamentale è fondamentale che l'interazione intima della coppia sia ristrutturata consigliando interventi che partano dalle reali capacità di ciascun partner, cosa fondamentale per evitare reazioni d'ansia o addirittura fallimenti. Va sottolineato che anche quando il partner portatore del sintomo è individuato senza dubbi, gli esercizi comportamentali vengono sempre strutturati prevedendo la partecipazione del partner funzionale. La chiave di volta che sostiene e consente la progressione dell'interazione fisica è la creazione di un'atmosfera sicura che consenta la sperimentazione di un contatto intimo durante il quale il paziente sintomatico e il partner si sentano a proprio agio e non temano di fallire.

In questo modo, le aspettative negative, la delusione e l'ansia anticipatoria sono messe a tacere e il comportamento disfunzionale può essere superato. Una risoluzione positiva ce la possiamo realisticamente aspettare quando l'armonia della coppia aiuti a mantenere vivo l'interesse per la sessualità pur in presenza di una disfunzione. Relativamente al ruolo giocato dalle cause funzionali, cioè intrapsichiche o relazionali, la difficoltà di superare la disfunzione sessuale sta nella gravità del conflitto tra i partner o nella gravità dell'alterazione psicologica, come nelle nevrosi d'ansia.

Il lavoro con il paziente singolo

Nonostante che lavorare con la coppia sia il principio fondante della Medicina Sessuale, capita con una certa frequenza di avere richieste di aiuto da parte di persone che pur non avendo una relazione di coppia significativa e stabile, desiderano risolvere le loro difficoltà sessuali.

Una persona disfunzionale si ritrova sola quando la difficoltà deriva da un disagio verso il sesso o se ha provocato la rottura della relazione. In entrambi i casi, desiderio e disagio per una nuova storia sono la molla che

porta il paziente in terapia. La scaletta degli interventi comportamentali per i pazienti singoli è leggermente diversa da quella per le coppie; spesso per loro si prescrive materiale erotico per mantenere vivo l'interesse in mancanza di un partner. Questo non cambia il principio degli interventi proposti, che si basano sempre sulla graduale e progressiva desensibilizzazione dai comportamenti ansio- geni con esercizi che, in questo caso, non necessitano della presenza di un partner.

Come nasce la Medicina Sessuale?

La Medicina Sessuale moderna comincia all'inizio degli anni '70 con il lavoro di Helen Singer Kaplan, la mia maestra alla Cornell Medical School di NY. HS Kaplan ha strutturato le terapie comportamentali per come le conosciamo oggi prendendo spunto dalle osservazioni di Masters e Johnson sulla fisiologia della risposta sessuale e da quelle di Semans sulla risposta orgasmica maschile. A lei si deve il principio di calibrare la prescrizione comportamentale partendo dalla capacità del paziente, allo scopo di scongiurare reazioni d'ansia ed evitare fallimenti o ricadute.

Le terapie sessuali consistono in una serie di interventi per le diverse disfunzioni; gli esercizi vengono somministrati secondo un programma di apprendimento progressivo che è scomponibile in tanti passi, mentre la sequenza delle fasi intermedie è disegnata volta per volta sullo specifico problema di ciascun paziente. Ad HS Kaplan si deve l'osservazione che l'ansia agisce "qui e ora" ed è sempre la causa immediata di disfunzione, indipendentemente dall'eziologia. Da qui la raccomandazione, di cui abbiamo già detto, di creare prescrizioni adeguate alla capacità del paziente per proteggerlo da reazioni d'ansia acuta ed eventuali fallimenti. Nel caso di un paziente ipersensibile, è difficile ottenere un miglioramento con gli interventi comportamentali da soli perché lo stato d'ansia gli impedisce di sostenere la tensione provocata dalla progressione di esercizi sempre nuovi. Per la buona riuscita della terapia, a questi pazienti più fragili si offre un sostegno farmacologico che controlli la reazione acuta e consenta loro di impegnarsi nelle prescrizioni comportamentali.

annaghizzani@gmail.com

Oppioidi oltre la “tempesta perfetta”

di Renato Vellucci

Dirigente Medico, Direttore FF SODc Cure Palliative e Terapia del Dolore, AOU Careggi, Firenze, Professore A.C. Università di Firenze

Una “tempesta perfetta” si è abbattuta sugli Stati Uniti e sul Canada, le sono stati attribuiti differenti epiteti tra i quali la “crisi degli oppioidi” e “l’epidemia da oppioidi”. In questi paesi all’aumento della prescrizione di questi farmaci per la cura del dolore e per le cure palliative è coinciso un parallelo aumento dell’uso illecito degli oppioidi prescritti e della morbilità e mortalità correlata all’uso di questi farmaci. Dati scientifici del 2022 forniscono un nuovo punto di vista che sollecita riflessioni e una nuova presa di coscienza sulle prospettive d’uso dei farmaci oppioidi non solo per gli Stati Uniti, ma anche per nostro Paese.

Parole chiave: oppioidi, eccesso prescrittivo, legge 38/2010, cure palliative, dolore oncologico

Da circa due decenni, una “tempesta perfetta” si è abbattuta sugli Stati Uniti e sul Canada. Diversi epiteti le sono stati attribuiti tra i quali la “crisi degli oppioidi” e “l’epidemia da oppioidi”. In questi Paesi all’aumento della prescrizione di questi farmaci per la cura del dolore e per le cure palliative è coinciso un parallelo aumento dell’uso illecito degli oppioidi prescritti e della morbilità e mortalità correlata all’uso di questi farmaci. In termini di vite umane perse si contano numeri superiori ai morti della Prima e della Seconda guerra mondiale sommati insieme. Il costo annuale della “crisi degli oppioidi” è stato stimato in circa un trilione di dollari solo nel 2017, equivalente a uno sbalorditivo 5% del prodotto interno lordo degli Stati Uniti. Nonostante il Canada sia molto diverso dagli Stati Uniti, le caratteristiche e la frequenza dei decessi per overdose da oppioidi è per molti versi simile e sovrapponibile nei due Paesi. Negli Stati Uniti la maggior parte delle overdosi fatali da oppioidi è stata registrata negli uomini, nel 2020 si sono verificate 49.682 overdosi pari al 71% di tutte quelle registrate. Nel-

lo stesso anno in Canada il 75% dei decessi per overdose ha colpito gli uomini. Questo fenomeno è stato descritto come una “epidemia a tripla ondata” di decessi, derivante da aumenti sovrapposti della mortalità attribuibili a tre classi di oppioidi: oppioidi da prescrizione, eroina e nuovi oppioidi illeciti di origine sintetica. Sebbene il COVID-19 abbia momentaneamente attratto l’attenzione del mondo sanitario, dei media e della popolazione, l’epidemia da dipendenza da oppioidi e gli episodi di decessi per overdose sono stati aggravati dalle conseguenze del COVID-19, che ha colpito praticamente tutti gli aspetti della vita e della società. È un dato di fatto che negli Stati Uniti e Canada la prescrizione di oppioidi per persona in milligrammi di morfina equivalenti è quadruplicata tra il 1999 e il 2011. Nel 2012, i medici di entrambi questi sistemi sanitari hanno redatto 275 milioni di prescrizioni per farmaci oppioidi, che equivale a una prescrizione per ogni cittadino adulto vivente negli Stati Uniti e nel Canada. Questo livello prescrittivo non era mai stato raggiunto nel mondo. Nel nostro Paese

era da poco arrivata la legge 38 del 2010, la cui applicazione era al decollo per le caratteristiche intrinseche del nostro federalismo sanitario. Nella Figura 1 si osserva il confronto sul consumo di farmaci oppioidi tra l’Italia e gli altri partner europei rispetto a Stati Uniti e Canada con una discrepanza molto evidente. Questo eccesso prescrittivo è ancor più evidente e meno comprensibile per gli Stati Uniti, tenuto conto che le altre nazioni (Fig. 1) hanno prevalentemente popolazioni più anziane, con un sistema sanitario universale. In quegli anni nel nostro Paese venivano introdotte formulazioni di oppioidi contenenti antagonisti come il naloxone e per questo praticamente inabusabili, negli Stati Uniti questo non accadeva, al contrario si affermava un movimento d’opinione che si compiaceva dei risultati ottenuti. L’ambiente politico e culturale statunitense, all’epoca in cui è cominciata questa “crisi degli oppioidi”, non era favorevole a intervenire tempestivamente. In questa situazione i produttori di oppioidi hanno strategicamente donato una piccola

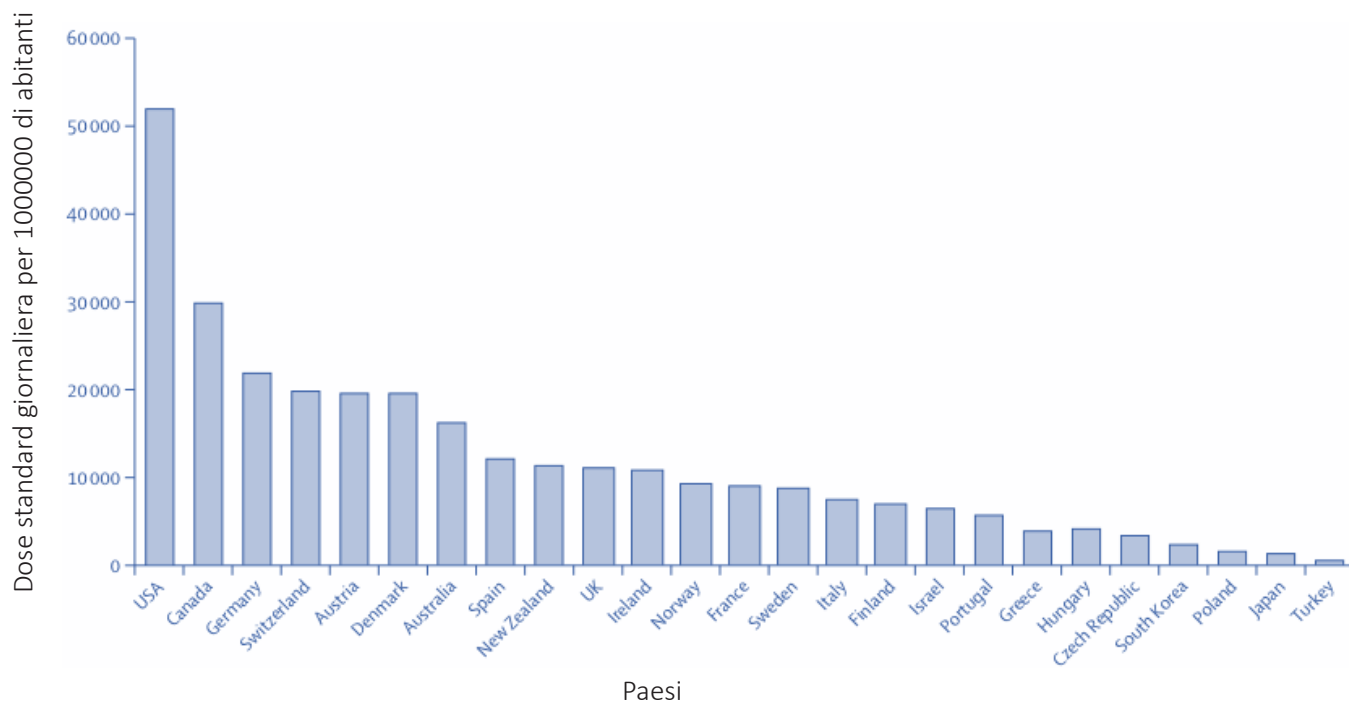


Figura 1. Consumo internazionale di farmaci oppioidi prescritti nel periodo 2010-12 per persona.

parte dei loro profitti a importanti istituzioni: ospedali, università, musei, gallerie d'arte ed eventi sportivi. Queste donazioni hanno aumentato la credibilità dell'industria e sulla scorta della risposta aggressiva delle istituzioni all'epidemia di cocaina e crack che imperversava negli Stati Uniti, alcuni importanti opinionisti hanno minimizzato le preoccupazioni per l'eccessiva prescrizione di oppioidi, rafforzando i messaggi tranquillizzanti dell'industria. Per comprendere fino in fondo cosa accade in quegli anni bisogna considerare come da sempre la pratica medica aveva utilizzato gli oppioidi principalmente per il dolore post-operatorio, per il dolore oncologico e per le cure palliative. Il grande incremento prescrittivo si lega a un ampliamento delle indicazioni sotto la spinta degli enti regolatori, dei medici e dei dentisti statunitensi e canadesi. Questo impulso ha esteso la prescrizione degli oppioidi a tutte le condizioni di dolore non oncologiche, anche quelle più comuni come una distorsione di caviglia o

il mal di denti. Gli echi di quanto accaduto negli Stati Uniti e nel Canada non si sono arrestati in questi Paesi, ma hanno condizionato in maniera crescente l'ambito internazionale attraverso un continuo martellamento mediatico e scientifico, che non ha risparmiato il mondo delle Fiction hollywoodiane, con la miniserie Dopesick. In questo contesto per definire la coesistenza in Europa di una "crisi degli oppioidi" la Federazione europea del dolore (EFIC) ha condotto un'indagine diretta agli esperti del settore. Contemporaneamente è stata eseguita una revisione narrativa per definire meglio il problema. I risultati di questa indagine hanno messo in luce che non vi è alcuna chiara indicazione che l'Europa stia affrontando una crisi di oppiacei nella misura descritta per gli Stati Uniti. Esistono recenti dati sull'aumento dei decessi correlati agli oppioidi in Inghilterra e Scozia in qualche modo simili a quelli degli Stati Uniti. Tuttavia, esiste una fondamentale differenza, infatti la maggior parte dell'aumento della

mortalità nel Regno Unito dipende dall'uso illegale dell'eroina e del metadone, mentre non esistono in alcun modo legami con gli oppioidi prescritti nel dolore. Sulla base di uno studio condotto da Aubry nel 2022, oggi è possibile affermare che è giunto il tempo di voltare pagina rispetto al concetto di "epidemia da oppioidi" made in USA. Gli oppioidi non sono né buoni né cattivi in senso assoluto, piuttosto, sono una classe di farmaci che è sì essenziale per la pratica medica ma gravata da rischi, che ormai largamente noti possono essere fronteggiati adeguatamente. Alcuni Paesi, in particolare quelli a basso reddito, non prescrivono oppioidi sufficienti a coprire le esigenze dei loro malati e dovrebbero incrementare il loro utilizzo per rispondere ai bisogni di chi soffre. L'attuazione di restrizioni sulle prescrizioni di oppioidi può evitare casi di dipendenza, ma è in grado di danneggiare i pazienti che soffrono e potrebbero beneficiare a scopo terapeutico degli oppioidi prescritti. A ogni modo le politiche

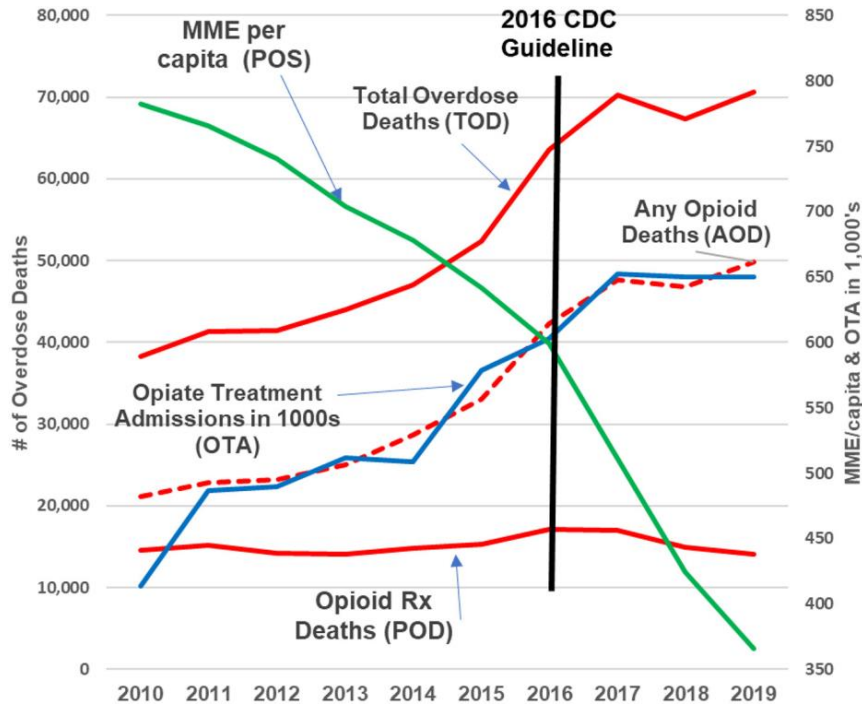
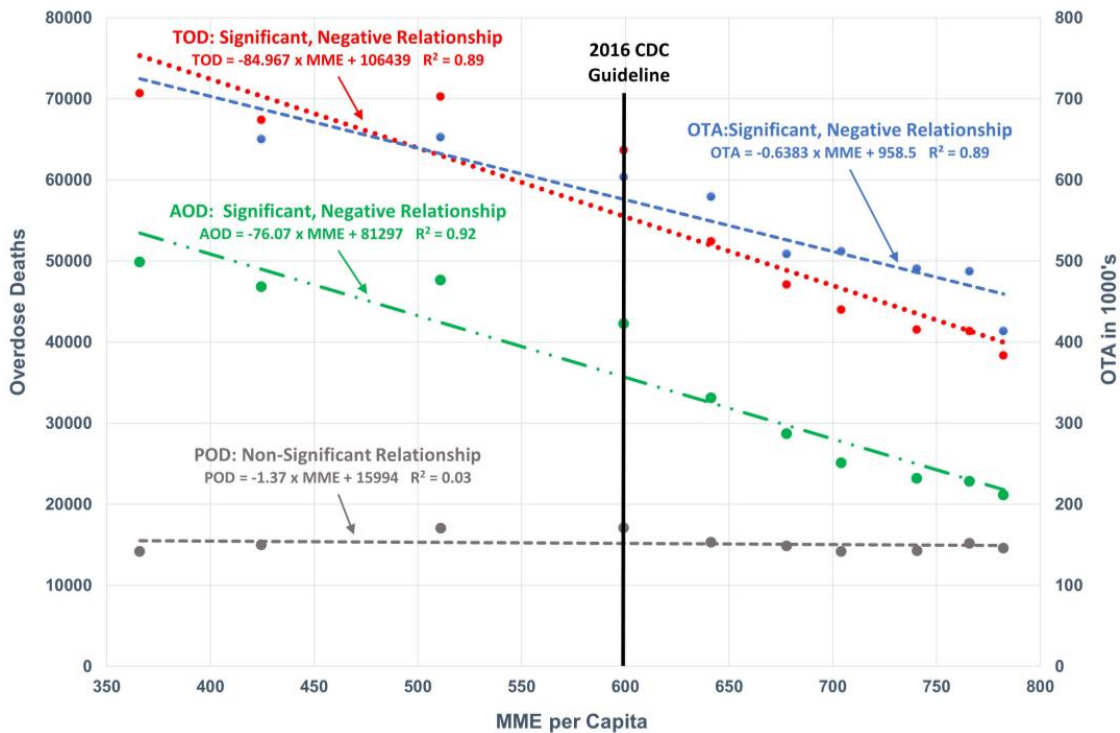


Figura 2.

Aggiornamento 2010-2019. La linea verde rappresenta la prescrizione di oppioidi (POS, MME/capite); le linee rosse sono le morti per oppioidi (POD, AOD e TOD); la linea blu rappresenta la dipendenza da oppiacei (OTA). Nell'ultimo decennio, poiché la linea verde (oppioidi da prescrizione) è diminuita del +50%, i decessi da prescrizione di oppiacei sono rimasti stabili mentre la dipendenza da oppiacei, qualsiasi decesso totale da oppiacei e per overdose ha continuato ad aumentare "in modo esponenziale".



MME: milligrammi equivalenti di morfina; TOD: decessi totali per overdose; AOD: decessi per overdose da oppioidi; POD: decessi per overdose da oppioidi prescritti; OTA: ammissioni al trattamento oppioideo.

Figura 3.

Modelli di regressione 2010-2019: illustra la regressione di OTA, POD, AOD e TOD come funzioni di POS. Sono state trovate relazioni significative e negative per OTA, AOD e TOD. Non esiste alcuna relazione significativa tra POD e POS.

di prescrizione dovrebbero essere sensibili alle diverse e talvolta opposte esigenze di molteplici sottopopolazioni di individui. In Italia additata negli scorsi decenni come scarsa prescrittrice d'oppioidi, la situazione oggi si è ribaltata, mettendo in luce una diffusa struttura di monitoraggio dell'appropriatezza. I dati pubblicati quest'anno da Aubry dicotomizzano la correlazione diretta tra vendita di oppioidi da prescrizione (POS), ammissioni al trattamento con oppioidi (OTA), decessi da oppioidi da prescrizione (POD), decessi totali per overdose (TOD) dal 2010 al 2019. Questa

visione integrata riportata in Figura 2 offre un quadro chiaro che rivela che i rapporti diretti tra oppioidi prescritti e il corrispondente aumento della dipendenza e dei decessi per overdose presente dal 1999 al 2010, adesso non esiste più. Sulla base dei dati aggiornati dal 2010 al 2019, le relazioni si sono invertite o sono inesistenti (Fig. 3), di conseguenza i percorsi di cura e le politiche di salute pubblica dovrebbero essere adeguati di conseguenza. Queste conclusioni offrono un nuovo punto di vista non solo valido negli Stati Uniti, ma anche a maggior ragione nel nostro Paese.

L'Italia è da sempre parca nella prescrizione degli oppioidi (Fig. 1), ma con medici attenti all'appropriatezza (sinonimo di rimborsabilità), che esercitano un monitoraggio prescrittivo costante. Per queste ragioni e per i dati di Aubry è possibile proseguire senza tentennamenti sulla strada della lotta al dolore, pensando agli oppioidi come una opportunità, da valutare caso per caso, per riabilitare precocemente i malati e riposizionarli, quanto meglio e presto, nel loro contesto sociale d'appartenenza.

renato.vellucci@gmail.com

Docenti cercasi per il progetto "Curvatura Biomedica"

Il progetto "Curvatura Biomedica" consiste in un ciclo di lezioni per gli studenti delle ultime classi del Liceo e sta avendo un grande successo in tutta Italia.

Il nostro Ordine è stato uno dei primi a raccogliere l'invito del MIUR e della FNOMCeO per la sua realizzazione e infatti da quattro anni sta collaborando con il Liceo Castelnovo di Firenze e ha confermato la propria disponibilità anche per il prossimo triennio.

Molti colleghi hanno partecipato e partecipano al progetto venendo incontro alle molteplici richieste di collaborazione, ma è importante ampliare la platea dei medici che intendono manifestare la propria disponibilità.

I colleghi interessati a partecipare al progetto in qualità di docenti possono aderire [compilando il questionario](#), indicando le aree tematiche e/o la propria specializzazione.

La docenza è a titolo gratuito, ma il lavoro svolto è considerato utile ai fini ECM. La durata delle lezioni, che solitamente si svolgono nei mesi di novembre, gennaio, marzo e maggio di ogni anno, è di 1 ora e 15 minuti.

Il Coordinatore del Progetto è il Consigliere Mauro Ucci.

Errata corrige

Nell'articolo "Ambulatorio per la diagnosi la cura e lo studio della nefrolitiasi, dall'approccio multidisciplinare alla medicina di precisione", pubblicato sul numero 7-2022 di Toscana Medica per errore alcune affiliazioni sono state pubblicate sbagliate. Riportiamo di seguito le corrette affiliazioni:

Alfonso Crisci

Urologia, AOU Careggi, Firenze

Niceta Stomaci

Direttore SOC Urologia, AUSL Toscana Centro Firenze

Antonio Mottola

Direttore Urologia, Ospedale "San Giuseppe", Empoli

Niccolò Fabbri

Nutrizione Clinica

Viviana Palazzo

SOD Genetica, AOU Meyer, Firenze

L'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri organizza
i seguenti eventi per tutti gli iscritti:

Calendario eventi

Direttore Responsabile
Pietro Claudio Dattolo

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Monica Marongiu

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 0750612 - telefax 055 481045
m.marongiu@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Fondato da
Giovanni Turziani

Editore
Pacini Editore Srl- via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacinimedicina.it

Advertising and New Media Manager
Manuela Mori: Tel. 050 3130217 • mmori@pacinieditore.it

Responsabile Editoriale
Lucia Castelli: Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacinieditore.it

Redazione e Impaginazione
Margherita Cianchi: Tel. 050 3130231 • mcianchi@pacinieditore.it

Edizione digitale novembre 2022

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: m.marongiu@omceofi.it



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). Il fascicolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>