



ToscanaMedica

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO PER I MEDICI TOSCANI
A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



**L'utilizzo della telemedicina
per una migliore efficienza
dei sistemi sanitari**

G. Russo

**Linee di indirizzo sulla terapia
farmacologica dell'ipercolesterolemia**

Commissione Terapeutica Regione Toscana

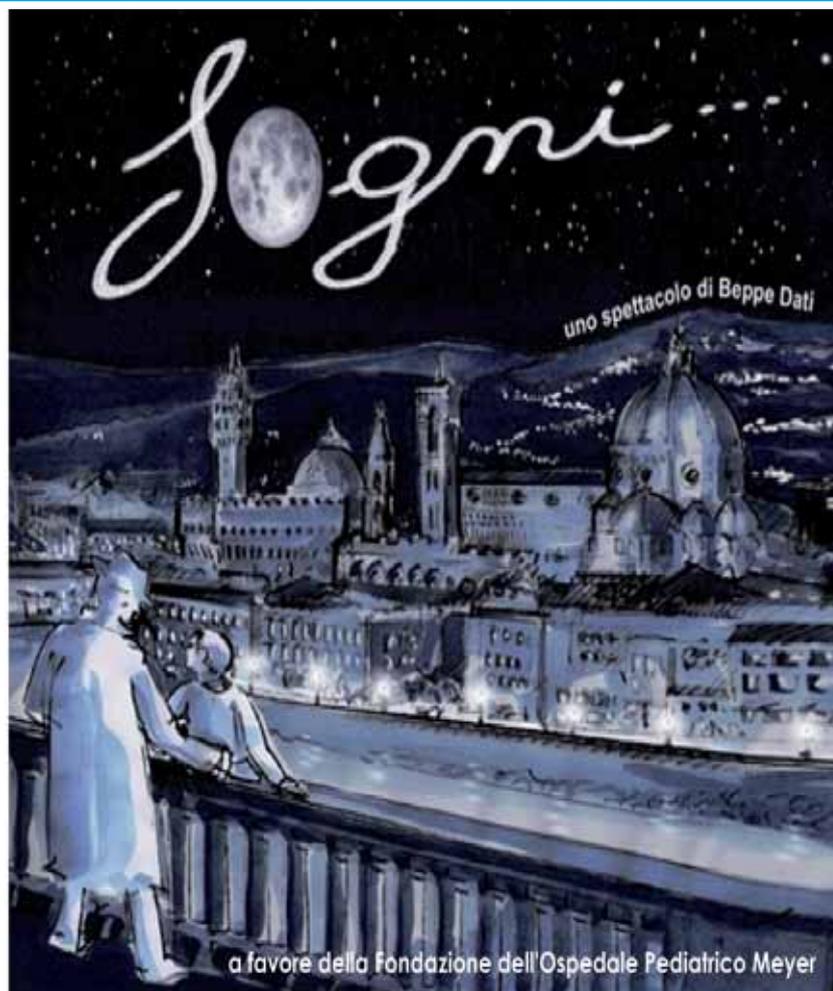
C'era una volta un male incurabile

S. Nigrelli, G. Curciarello, A. Ciciani, S. Di Lollo, F. Perfetto, F. Bergesio

**Il progetto ortogeriatrico
all'interno dell'ospedale
Santa Maria Annunziata di Firenze**

E. Benvenuti, F. Gemmi, S. Giardini, I. Del Lungo,
U.P. Giuseppini, A. Carosella, M. Bardelli, U. Buoncristiano,
S. Cantini, P. Mondini, C. Bircolli, G. Marin, G. Gori, D. Mazzotta

N° 1 GENNAIO 2011



Teatro SASCHALL



Via Fabrizio De Andrè, 5 - Firenze
mercoledì 30 marzo 2011 ore 21

INFO E PRENOTAZIONI:

Paolo Nelli 335 5240214 nellip@bigson.it
Patrizia Giannini 338 5423449 isoni1@internee.it
Pierluigi Bianchi 348 0420926 pierbianchi@email.it

In collaborazione con:



“Sogni” è un viaggio in musica attraverso brani, anni e ricordi legati tra loro dal comune autore di testo e musica: Beppe Dati. Dopo una vita trascorsa a scrivere per gli altri, a comporre melodie e poesie cantate, portate al successo da artisti come Francesco Guccini, Mia Martini, Laura Pausini, Marco Masini, Raf, Paolo Vallesi, ora è lui stesso a interpretare i brani più significativi in uno spettacolo coinvolgente ed emozionante accompagnato da danze, immagini, suggestioni e ospiti a sorpresa.

“Sogni” andrà in scena al Teatro Saschall di Firenze **mercoledì 30 marzo 2011**, organizzato da un nutrito gruppo di club di Lions del territorio di Firenze e Prato per la Fondazione dell'ospedale Meyer. Il ricavato infatti servirà per acquistare un dermatomo pediatrico, strumento chirurgico ad alta tecnologia usato per rimuovere il tessuto necrotico dalle zone gravemente ustionate. **L'evento è patrocinato dall'Ordine dei Medici della Toscana.**

Informazioni e prenotazioni: tel. **338.5623669**, e-mail: **sogniperilmeyer@gmail.com**



Sabato 19 febbraio 2011 torna la grande festa **“Il Meyer per Amico”**. Un'intera giornata di “porte aperte” dell'Ospedale dove tutti i bambini e le famiglie sono invitati gratuitamente a partecipare per divertirsi con laboratori, giochi, spettacoli, spuntini e tante sorprese! Verranno organizzate visite guidate (anche per bambini) per conoscere meglio l'Ospedale Pediatrico Meyer, la sua capacità di “prendersi cura” del bambino ed per conoscere i progetti di accoglienza, di implementazione tecnologica, di cooperazione e di ricerca scientifica.

L'evento avrà la collaborazione anche dell'Ordine dei Medici della Provincia di Firenze e una **visita guidata** dell'Ospedale alle ore 10.00 (max 35 persone) sarà **riservata ai colleghi medici aderenti all'Ordine** (prenotazioni alla mail **toscanamedica@ordine-medici-fiorenze.it**).

A partire dalla mattina il parcheggio del Meyer sarà aperto gratuitamente alle famiglie che verranno alla festa. **Tutti gli eventi sono gratuiti**, ci saranno regali per tutti i bambini e intervverranno durante la giornata personaggi famosi del mondo dello sport e dello spettacolo.

Maggiori informazioni: **www.meyer.it/ilmeyerperamico** - **fondazione@meyer.it**.

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ I medici espongono la passione per l'arte <i>F. Napoli</i>	4
EDITORIALE	
■ Appesi al filo della prognosi <i>A. Panti</i>	5
QUALITÀ E PROFESSIONE	
■ Il progetto ortogeriatrico all'interno dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze <i>E. Benvenuti e coll.</i>	6
■ L'utilizzo della telemedicina per una migliore efficienza dei sistemi sanitari <i>G. Russo</i>	9
■ Psiconcologia: epistemologia e programmazione <i>Prima parte</i> <i>L. Fei e coll.</i>	11
■ Il ruolo dello sviluppo di comunità nella salute mentale <i>G. Cardamone e coll.</i>	12
■ L'Ospedale S. Giovanni di Dio a "Torregalli" <i>N. Ianniciello</i>	14
■ Un nuovo ospedale a Firenze <i>S. Boccadoro</i>	15
■ Appropriatazza dei metodi di screening dell'ipercortisolismo cronico (sindrome di Cushing) nella pratica <i>P. Bordonaro e coll.</i>	17
■ Le dipendenze senza sostanze <i>C. Conace e coll.</i>	19
■ Efficacia del gruppo educativo-motivazionale nel trattamento di alcol-dipendenti <i>M. Giuli e coll.</i>	21
RICERCA E CLINICA	
■ La sindrome dell'ovaio policistico <i>F. Galluzzi e coll.</i>	23

■ C'era una volta un male incurabile <i>S. Nigrelli e coll.</i>	25
NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA	
■ Distribuzione dei tumori per sede nel periodo 2004-2005 <i>A. Caldarella e coll.</i>	28
REGIONE TOSCANA	
■ Nuove strade per combattere la cocaina <i>A. Alfano, M. Meini, M. Lanzi</i>	29
■ Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipercolesterolemia <i>Commissione Terapeutica Regione Toscana</i>	31
SANITÀ NEL MONDO	
■ I medici inglesi contro la riforma del NHS <i>G. Maciocco</i>	37
LETTERE AL DIRETTORE	
■ A proposito di Amalgama <i>A. Peirano</i>	39
LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI	
VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani	
NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi	
CONVEGNI E CONGRESSI / CORSI E SEMINARI	
	24-44

ToscanaMedica

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO PER I MEDICI TOSCANI A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Fondato da
Giovanni Turziani
Anno XXIX n. 1 - Gennaio 2011
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
"Strada all'Elba sull'imbrunire" di Gabriele Stringa
Collezione Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Firenze

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2011 € 2,73

Direttore Responsabile
Antonio Panti
Redattore capo
Bruno Rimoldi
Redattore
Simone Pancani
Segretaria di redazione
Antonella Barresi
Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
<http://www.ordine-medici-firenze.it>
e-mail: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it
Editore
Edizioni Tassinari
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it
Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
<http://www.edizionitassinari.it>
Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it.
- Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute.
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- No Bibliografia ma sono un indirizzo email a cui richiederla.
- Non utilizzare acronimi.
- Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale.
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di provenienza.
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha il 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: Edizioni Tassinari, viale dei Mille 90, 50131 Firenze.



I medici espongono la passione per l'arte

La vita è breve, l'arte è lunga, l'occasione è fugace, l'esperienza è fallace, il giudizio è difficile: così, inizia un aforisma di Ippocrate e noi qui lo prendiamo come spunto per un articolato commento alla mostra che il gruppo di medici dediti per passione alle arti visive ha allestito quest'anno nell'ambito del Centenario dell'Ordine dei Medici, presso la sede fiorentina di quest'ultimo.

Non di rado gli autori restano fedeli ad una rappresentazione figurale del mondo circostante, quasi in stretta connessione con la propria necessaria concretezza (nell'esercizio della professione), ma talaltra ricercano proprio una diversità di approccio quasi a compensare una quotidianità avvertita anche pesante di fronte alla malattia. Ecco così le tuffatrici di Lorenzo Bonamassa, tra forme geometriche che scandiscono lo spazio attorno, cromatici e dinamici; oppure, ecco l'avvolgente *sogno* di Elisa Brandigi, tridimensionale, fantasioso, assemblante in modo estroverso oggetti diversi, accanto alle elaborazioni grafiche e cromatiche di Teresa Cella con riferimenti (anche materiali ed estrosi) ad acqua e fuoco.

Pier Luigi Duvina tratta il suo soggetto con tecnica elaborata e preciso uso del segno grafico che delinea forme e spazi. Domenico Lo Russo recupera certa esperienza professionale nei confronti di mezzi tecnici ricavandone un'opera dal personalissimo riconoscibile stile; mentre Giuliana Mencucci tende ad una stilizzazione di forme in un mare punteggiato da vele rese con un colore violentemente aggressivo.

Quest'anno sono numerose le opere fotografiche che della realtà offrono personali approcci, ora documentativi ora interpretativi. Vittorio De Leonardis si spinge avanti nella manipolazione tecnica, ottenendo immagini morbide nel segno e nel colore, suggestive. Giovanni Donato mostra invece un soggetto ripetuto, il treno a vapore, ove è proprio lo sbuffo con le sue forme a divenire protagonista. Libero nella natura appare lo sguardo di Stefano Guidi, con le colorate scene marine di grande respiro e le suggestive inquadrature, mentre negli scatti di Paolo Lotti affiora l'ironia, volutamente accostando fra loro immagini di Firenze

ora antica ora contemporanea.

Anche Francesco Murdaca propone un unico soggetto, la corsa, cioè forme sfuggenti, movimento e dinamica, successione, quindi tempo. Infine, per i fotografi, Vannuccio Vannucci porta in primo

piano la figura umana, ricerca antropologica, oltre a due audaci scorci su Firenze.

Nell'ambito di una pittura più figurativa, Giuseppe Balboni propone una successione di movimenti che è grafica, ma anche specifico interesse per il corpo umano; Filippo Cianfanelli presenta una inquadratura della Firenze meno nota ma viva, con delicatezza di mano e correttezza d'insieme; come pure Giorgio Cotrozzi, che con semplici e precise composizioni dà corpo a due suggestivi angoli medioevali di borgo; echi da una rinnovata tradizione labronica si scorgono nella marina di Adriano Danti, marcata dai colori vivaci e solari; più complessa Annamaria Gatta nella sua natura morta *nutrizionista*, tra il fondo tendenzialmente astrattivo e gli oggetti maggiormente descritti. Una figurazione tradizionale nelle sue forme ultime sorregge Giovanni Guidi con la vista ariosa e luminosa dell'Arno a Varlungo, come pure riprende allusività classiche l'allegoria sportiva di Marcello Manzoli che ci riporta ad un mondo passato, quasi da altorilievo.

Lo sport ritorna negli acquarelli di Salvatore Pagliarello dedicati al Beach volley (pochi tocchi dinamici e luminosi, ricchi di sintesi); la natura è ancora protagonista nell'opera di Rodolfo Perri, con un semplice ma intenso tramonto, concretizzante un'emozione; Fernando Prattichizzo ci propone due schematiche nature morte, ordinate e con chiari riferimenti al mondo della medicina praticata; infine, Lorenzo Taddei propone cavallo e cavaliere in autunno, al trotto, immagine pacata, serena, silenziosa, forse un pò malinconica.

Unico scultore della mostra di quest'anno è Giovanni Cancellieri, con una opera in ceramica che con le sue figure spezzate e prone allude al dramma dell'uomo.

In conclusione, una mostra allestita con passione e che può rimandare ancora a Ippocrate: *Dal cervello e dal cervello solo sorgono i piaceri, le gioie, le risate e le facezie.*

FEDERICO NAPOLI



Appesi al filo della prognosi

ANTONIO PANTI

“**C**hi si dispone a prevedere quali malati guariranno e quali periranno deve possedere un'approfondita conoscenza di tutti i sintomi ed essere in grado di valutarli commisurandone l'efficacia reciproca". Così Ippocrate definisce nel "Prognostico" la scientificità della prognosi, sottraendola al vaticinio, alla profezia e all'astrologia.

Oggi il Codice Deontologico impone al medico di "fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e eventuali alternative diagnostiche terapeutiche", di "attenersi alle conoscenze scientifiche" "secondo il principio di efficacia delle cure", ispirandosi "ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche". Il filo conduttore, attraverso i secoli, è chiaro: la conoscenza e la coscienza hanno per fine il bene e il rispetto dell'uomo. La trasparenza della scienza ne è il presupposto.

Ma negli ultimi tempi la scienza ha complicato la vita ai medici. All'inizio del Settecento Alessandro Knips Macoppe, successore di Morgagni nella cattedra patavina, nei suoi "Aforismi" consigliava ai medici di "predire l'avvenire sempre in parole equivoche". I malati vogliono certezza sugli esiti dei loro mali per cui il medico è bene che "li tenga a bada profetizzando con oscure e ambigue predizioni", cosicché la colpa degli esiti avversi "sia data al male e non al medico". Ebbene, dopo tre secoli, la scienza dà sostegno alla deontologia. Le cause dei mali sono conosciute e il loro destino è quasi sempre chiaro. Il medico non ha che informare i pazienti per indirizzarne le scelte e rispettarle.

In realtà le cose sono più complesse. Oggi la scienza scopre la "medicina personalizzata", la *tailored therapy*, e la genetica consente di individuare i soggetti sensibili a un determinato farmaco che la farmacogenomica avrà predisposto. Un progresso enorme, anche se pone, dati i costi, problemi economici terribili, "scelte tragiche", come avevano previsto fin dagli anni Settanta Calabrese e Bobbit.

Ma la scienza consente anche di individuare mutazioni genetiche che aumentano il rischio di

alcune patologie, ad esempio quelle oncologiche. Di fronte a specifiche mutazioni femminili, la probabilità di vivere più a lungo perché non si avrà un tumore al seno o alle ovaie, si realizza asportando le ovaie o, se del caso, le mammelle. Un recente studio, pubblicato su JAMA, conferma queste ipotesi. Tuttavia non si può stabilire quale donna, tra le portatrici della mutazione, avrà realmente il tumore. Allora, come ben osserva Roberto Satolli sul Corriere, qual è la soglia di rischio per cui si debba ricorrere con certezza all'asportazione di organi essenziali, dal forte significato simbolico, la cui mancanza provoca altre patologie? Né sono pensabili studi randomizzati. Che fare? "Sapere aude", è stato detto, ma in questo caso conoscere nell'incertezza aumenta l'angoscia della decisione.

La deontologia impone al medico di dire la verità al cittadino perché decida. Il medico è coinvolto perché il paziente gli chiede se sottoporsi all'accertamento genetico e poi cosa fare di fronte alla risposta ricevuta; infine di effettuare l'eventuale terapia. Il medico deve informare il cittadino dei rischi che corre nel venire a conoscere non il suo destino ma la probabilità di un possibile male. Qualche notizia in più nella lotteria della vita. E' troppo facile accusare il medico di un consiglio sbagliato.

Si parla sempre di consenso informato non riflettendo abbastanza sul fatto che il problema tra medico e paziente è: chi prende le decisioni? Se il cittadino deve decidere sulla sua vita prima lo si deve ascoltare, poi informare mediante un processo comunicativo biunivoco – la medicina narrativa – infine condividerne le scelte. Bisogna aggiungere una *tailored ethic* alla medicina personalizzata, come prassi quotidiana.

Viviamo un'epoca di transizione; come dice Isaiah Berlin, "quando il razionalismo si spinge troppo oltre si manifesta un'ondata di ritorno che nasce da ciò che di irrazionale vi è nell'uomo". In effetti ciascuno si dovrebbe responsabilizzare delle proprie scelte e delle conseguenze di queste. Però conoscere il futuro è un rischio troppo grande per l'uomo. Forse, rinunciando a qualche trionfalismo, questo i medici dovrebbero spiegare alla gente.

TM



Enrico Benvenuti, geriatra, dal 2007 è Professore a contratto in Geriatria presso l'Univ. di Firenze Facoltà di Medicina e Chirurgia e presso la Scuola di Spec. Dal 2009 è referente del "Progetto Sperimentale Ortogeriatrics", con letti funzionali in area chirurgica d'urgenza (OSMA-Az. di Firenze), che si occupa dell'anziano con frattura di femore dal momento in cui giunge in ospedale fino alla dimissione.



Il progetto ortogeriatrico all'interno dell'ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze

Introduzione

L'eccezionale allungamento della vita richiede una profonda revisione degli attuali modelli di organizzazione sanitaria. Solo mantenendosi in un'ottica di recupero funzionale nei confronti dell'anziano, è possibile governare un processo di mutamento sociale con caratteristiche di emergenza. La frattura di femore è una delle principali cause di disabilità e mortalità nella popolazione anziana. La mortalità è stimabile in circa il 5% in fase acuta e pari al 15-25% ad un anno; la disabilità nel cammino è permanente nel 20% dei casi con un elevato tasso di istituzionalizzazione (20-25%) e solo il 30-40% riacquista un'autonomia compatibile con le precedenti attività della vita quotidiana. Numerosi studi supportano l'idea che per migliorare gli outcomes clinici legati alla frattura di femore sia necessario un approccio radicalmente diverso da quello tradizionale, basato sulla gestione integrata di competenze ortopediche, geriatriche e riabilitative. È questo il modello ortogeriatrico. La British Geriatric Society considera l'ortogeriatrics la migliore offerta di cura per i pazienti anziani con frattura di femore.

Definizione del paziente ortogeriatrico

Il paziente che si frattura il femore nella maggioranza dei casi è un soggetto che cade per un disequilibrio durante la marcia e analizzando bene la storia clinica è frequente rilevare che da tempo era in atto un lento declino funzionale oppure una ridotta resistenza agli sforzi. Tutto

questo richiama ad una tipologia di paziente che si identifica con il soggetto "fragile". Circa il 20-30% dei soggetti che si ricoverano per frattura di femore sono affetti da demenza diagnosticata. Il dato epidemiologico delle cadute legate a cause cardiovascolari è di difficile interpretazione. E' probabilmente sottostimato perché l'amnesia retrograda determina il mancato riconoscimento degli episodi sincopali da parte del paziente e/o dei suoi familiari.

Le fratture ossee da "fragilità": il parere dell'ortopedico

La frattura da fragilità, epifenomeno della "fragilità" in senso globale dell'anziano, si verifica durante un'attività che normalmente non arrecherebbe danno ad un osso sano e giovane (trauma inefficiente, ad esempio una caduta dalla postura in piedi o da una piccola altezza). È la manifestazione acuta più eclatante dell'osteoporosi. I siti scheletrici maggiormente interessati nella frattura da fragilità ossea sono: l'anca, il rachide, l'epifisi distale del radio e la spalla. La scelta della tecnica chirurgica migliore e del materiale da utilizzare concretizzano l'attività del chirurgo ortopedico per ridurre il rischio di complicazioni e favorire la mobilizzazione precoce.

Il "Progetto Ortogeriatrics" all'interno dei letti funzionali di ortopedia dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze

Nell'estate 2009 è avvenuto il trasferimento dell'U.O. Geriatria dell'Azienda Sanitaria 10 di Firenze (ex INRCA-"I Fraticini") dall'Ospedale

E. BENVENUTI, F. GEMMI*, S. GIARDINI,
I. DEL LUNGO, U.P. GIUSEPPINI**, A.
CAROSELLA**, M BARDELLI**,
U. BUONCRISTIANO***, S. CANTINI***,
P. MONDINI#, C. BIRICOLTI\$, G. MARIN^,
G. GORI, D. MAZZOTTA*

U.O. Geriatria Azienda Sanitaria Firenze (ASF),
P.O. Santa Maria Annunziata (S.M.A.)

* Direzione Sanitaria P.O. S.M.A.

** U.O. Ortopedia ASF P.O. S.M.A.

*** U.O. Anestesia e Rianimazione ASF, P.O. SMA

Assistenza Infermieristica P.O. S.M.A.

\$ U.O. Riabilitazione Funzionale A.S.F., P.O. S.M.A.

^ S.S. Reumatologia P.O. N.S.D. (Nuovo San Giovanni di Dio)

Piero Palagi verso l'Ospedale Santa Maria Annunziata (Bagno a Ripoli-Firenze). La Direzione Sanitaria di Presidio ha chiesto al gruppo di occuparsi della stesura di un progetto sperimentale ortogeriatrico da applicare all'interno del Presidio, considerato il nuovo piano organizzativo ospedaliero, secondo il modello dei letti funzionali suddivisi per intensità di cura.

Il lavoro è iniziato nell'ottobre del 2009. Il nostro modello organizzativo **prevede la presa in carico** del paziente da parte del geriatra direttamente in area chirurgica d'urgenza. In ottica multidisciplinare, il geriatra lavora a fianco dell'ortopedico e dell'anestesista, specie nei primi giorni di ricovero.

I criteri di accesso per l'ortogeriatrics sono l'età superiore a 75 anni e la comorbidità valutata applicando la scala di Charlston. Sono considerati eleggibili coloro che ottengono un punteggio superiore a 3 a questa scala. L'età superiore a 90 anni, la demenza diagnosticata, il Morbo di Parkinson e i parkinsonismi, l'emiplegia costituiscono un criterio autonomo per l'ingresso in ortogeriatrics. Il soggetto clinicamente instabile, e quindi considerato momentaneamente inoperabile, è ricoverato dal Pronto Soccorso in area medica a tutoraggio geriatrico.

Sono dedicati al progetto tre geriatri a tempo pieno. È garantita la presenza del geriatra nelle dodici ore diurne, compreso il sabato e la mattina nei giorni festivi.

Il gruppo di lavoro ortogeriatrico è costituito dall'ortopedico, dal geriatra, dall'infermiere, dal fisioterapista e dell'assistente sociale.

Sono stabiliti incontri bisettimanali del gruppo dove vengono messi a fuoco i molteplici problemi del paziente anziano, steso il piano assistenziale e riabilitativo durante la degenza e programmata la dimissione secondo un percorso standardizzato. E' il gruppo ortogeriatrico, tenuto conto di tutti gli aspetti valutativi e delle varie competenze, che indirizza il paziente verso il rientro a domicilio (organizzando la fisioterapia domiciliare da iniziare entro 72 ore dalla dimissione e fornendo direttamente gli ausili necessari) oppure proponendo una riabilitazione ospedaliera (nei casi in cui sia presente un labile compenso o una instabilità clinica) o extraospedaliera.

Il ruolo del geriatra in ortogeriatrics

Il compito dell'ortogeriatrics è quello di:

- preparare al meglio il paziente, sin dal momento del ricovero, in vista dell'intervento chirurgico;
- stabilizzare clinicamente il paziente e trattare le complicanze mediche nel pre e post operatorio (insieme all'anestesista e, quando necessario, il cardiologo);
- favorire l'intervento chirurgico perché sia il più possibile tempestivo;
- ridurre il dolore (in collaborazione con l'anestesista e l'ortopedico);

- identificare i fattori inibenti il recupero funzionale dopo l'intervento chirurgico, per modificarli;

- ottimizzare il percorso riabilitativo dentro e fuori l'ospedale;

- migliorare la comunicazione tra gli operatori, con il paziente ed i suoi familiari.

l'PEG-OG all'interno del "Progetto Ortogeriatrics" - OSMA

In ottica multidimensionale, è stato messo a punto uno strumento per il controllo di qualità in ortogeriatrics: il sistema l'PEG-OG (Indici di Processo ed Esito in Geriatrics - OrtoGeriatrics. Deriva da uno precedente chiamato l'PER (Indici di Processo ed Esito in Riabilitazione), creato per il controllo di qualità in strutture riabilitative per l'anziano.

Questo strumento valuta il profilo clinico-funzionale del paziente all'ammissione ed alla dimissione, i processi dell'organizzazione e gli eventi clinici avversi ("eventi sentinella") durante il ricovero, ed infine, l'esito del ricovero cioè il percorso che il paziente dovrà seguire alla dimissione.

La valutazione fisioterapica

Nel nostro modello lavorativo abbiamo messo a punto una valutazione fisioterapica che centra il proprio obiettivo sul recupero funzionale dopo l'intervento chirurgico (Tabella 1). La *Cumulated Ambulation Score* è una scala funzionale che valuta alcune *performance* del soggetto da utilizzare in fase precoce ospedaliera. Si somministra ogni giorno per i primi tre giorni dopo l'intervento chirurgico. Utilizzando questo sistema valutativo strettamente funzionale, è possibile differenziare i pazienti per percorsi riabilitativi definiti da seguire al momento della dimissione.

La dimissione: un atto complesso

La proposta di un percorso riabilitativo ed assistenziale per un soggetto anziano dopo una frattura di femore è sempre un atto complesso, anche quando si tengano presenti criteri precisi fondati sulla valutazione clinica e funzionale del paziente. Quella della frattura di femore è un tipo di disabilità che insorge improvvisamente e non sempre le famiglie sono in grado di rispondere dal punto di vista organizzativo in modo rapido alla nuove esigenze del loro parente anziano. Quando non è possibile il rientro a domicilio (al momento della dimissione) per motivi strettamente socio-assistenziali, si procede comunque al trasferimento del paziente in una struttura riabilitativa, intermedia o di lungodegenza. Proprio in questi casi, si potrebbe prevedere un tipo di riabilitazione da eseguire nelle RSA sfruttando la possibilità del ricovero temporaneo, come avviene in alcune regioni del Nord Italia. Attualmente questa modalità è preclusa nella Regione Toscana.

Tabella 1 - Scheda fisioterapica in uso presso l'Ortogeriatría dell'Ospedale di S.M.A. dell'ASF

NOME PAZIENTE	TIPO INTERVENTO	DATA INTERVENTO	INIZIO FKT	CARICO CONCESSO	BARTHEL ANAMNESTICO			MMSE							
					/100			/30							
DATA	I	II	III	IV	V										
POSIZIONE SEDUTA															
TRASF LETTO/POLTR	Max_Med_Min_Sorv_Aut	Max_Med_Min_Sorv_Aut	Max_Med_Min_Sorv_Aut	Max_Med_Min_Sorv_Aut	Max_Med_Min_Sorv_Aut										
DEAMBULAZIONE Ausilio/distanza	Max_Med_Min_Sorv_Aut	Max_Med_Min_Sorv_Aut	Max_Med_Min_Sorv_Aut	Max_Med_Min_Sorv_Aut	Max_Med_Min_Sorv_Aut										
VAS deambulazione															
ANCA/GINOCCHIO	ROM	F	VAS	ROM	F	VAS	ROM	F	VAS	ROM	F	VAS	ROM	F	VAS
Flessione															
Estensione															
Rotazione interna															
Rotazione esterna															
Abduzione															
Adduzione															
Flessione Ginocchio															
Estensione ginocchio															
CUMULATED AMBULATION SCORE															
Performance	I giorno			II giorno			III giorno								
Trasferirsi da supino a seduto e viceversa															
Trasferirsi da seduto in piedi e viceversa															
Camminare con ausilio appropriato															
TOTALE															
AGGIORNAMENTO FISIOTERAPICO															
Note: _____															

Fisioterapista _____															

Il trattamento dell'osteoporosi: un percorso già attivo

Tutti i pazienti con frattura di femore presentano un elevatissimo rischio di ri-frattura nella medesima sede o in altri distretti ossei nei mesi ed anni successivi. Per questo, all'interno dell'OSMA è stata messa a punto una procedura (in linea con il progetto regionale toscano TARGET) che tiene conto di questo dato, per ridurre il rischio di una nuova frattura.

La valutazione e l'inizio della terapia medica più appropriata per l'osteoporosi inizia durante il regime di ricovero secondo protocolli condivisi dal team di lavoro ortogeriatrico in collaborazione con il reumatologo e l'ortopedico, e prosegue dopo la dimissione inviando il paziente in ambulatori del territorio dedicati per l'osteoporosi, ad un mese dalla dimissione. I pazienti che presentavano un

deficit funzionale prima della frattura vengono seguiti in un ambulatorio di follow-up ortogeriatrico anche per il problema dell'osteoporosi.

Conclusioni

Il paziente ortogeriatrico è prevalentemente un paziente "fragile". Per questa ragione in seguito ad un evento acuto e fortemente disabilitante come la frattura di femore necessita di un approccio multidimensionale. Da qui, la creazione di un modello lavorativo come quello ortogeriatrico che ha lo scopo di favorire l'intervento chirurgico precoce, prevenire e trattare le maggiori complicanze nel pre e post operatorio, favorire la comunicazione tra i vari operatori, con il paziente ed i familiari, intraprendere un trattamento riabilitativo precoce per ottimizzarne il percorso dopo la dimissione. **TM**

Università degli Studi di Firenze - Clinica di Malattie Infettive MEDICINA TROPICALE E COOPERAZIONE SANITARIA XII Corso di Perfezionamento, a.a. 2010/2011

Sede: aula didattica della Piastra dei Servizi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Viale Morgagni 85, 50134 Firenze.

Direttore del Corso: prof. Alessandro Bartoloni (e-mail bartoloni@unifi.it, Tel 055/7949431).

Struttura: il Corso si articola in 4 moduli di quattro giorni ciascuno con orario dalle 9:00 alle 18:00 (14-15-16-17 marzo 2011; 11-12-13-14 aprile 2011; 16-17-18-19 maggio 2011; 13-14-15-16 giugno 2011).

Obiettivi: fornire le basi culturali sia per assicurare una risposta qualificata alla domanda di salute nei viaggiatori internazionali e negli immigrati che per facilitare l'inserimento dell'operatore in programmi di cooperazione sanitaria internazionale.

Informazioni e iscrizioni: Segreteria Corsi di Perfezionamento, AOU Careggi, Nuovo ingresso Careggi, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze, Tel: +39 055/4598772-776, Fax: +39 055/7496699, e-mail: segr-perfez@polobiotec.unifi.it, sito <http://www.med.unifi.it/cmpro-v-p-485.html>.

ECM: in fase di accreditamento per medici-chirurghi e infermieri.

L'utilizzo della telemedicina per una migliore efficienza dei sistemi sanitari



Giancarmine Russo,
Segretario generale e
legale rappresentante
SIT, Società Italiana
Telemedicina e sa-
nità elettronica. Via
Giovanni Squarcina,
3 - 00143 Roma. Tel.:
++39 06 51 9511 -
Fax: ++39 06 50 330
71 - E-mail: info@
sanitaelettronica.it
- Web: www.sanitae-
lettronica.it

I sistemi sanitari di tutti i Paesi occidentali devono ormai affrontare le sfide dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento esponenziale delle patologie cronico-degenerative, tanto che ormai si parla apertamente di emergenza cronica.

Lo stesso concetto di salute, come diritto sancito dalla costituzione, si è evoluto nell'accezione di stato di benessere, concretizzandosi in una richiesta di servizi alla persona quantitativamente maggiore, più qualificata e personalizzata. L'intervento medico si sta spostando dalla cura della malattia clinicamente conclamata (medicina d'attesa) alla "cura" dei fattori di rischio (medicina di iniziativa), anticipando il momento dell'intervento e generando un aumento esponenziale delle prestazioni di counselling, diagnostiche e terapeutiche. In buona sostanza si è chiamati a fare di più con minori risorse. Pertanto è necessario incrementare l'efficienza del sistema, razionalizzando i servizi, diminuendo i costi e migliorando l'efficacia degli interventi.

Per realizzare tali obiettivi l'utilizzo appropriato delle nuove tecnologie infotelematiche può costituire la chiave di volta per migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle cure, garantendo una migliore efficienza al sistema assistenziale che è chiamato a gestire una mole sempre maggiore di informazioni e di interventi tanto da richiedere, verosimilmente, anche un mutamento organizzativo ed una ridefinizione dei ruoli e dei compiti dei vari attori della filiera assistenziale.

La telemedicina o medicina telematica, come a noi piace chiamarla, è l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso alle tecnologie di telecomunicazione computer assistite, in situazioni in cui il professionista della salute ed il paziente (o due o più professionisti) non si trovino nella stessa località o vi si trovino in momenti diversi.

La telemedicina, quindi, ferma restando la

centralità del paziente e del suo stato di salute, implica:

- l'erogazione di una prestazione sanitaria;
- la presenza e il coinvolgimento di operatori sanitari, a cui, a titolo diverso, viene demandata la gestione

delle prestazioni;

- l'uso delle moderne tecnologie di comunicazione in grado di garantire la trasmissione di informazioni corrette, sicure e quindi di qualità.

ALCUNE APPLICAZIONI

La telemedicina non è più fantascienza. Esistono numerosi campi di applicazione già sperimentati e valutati come efficaci. Eccone riportati alcuni, entrati ormai nella comune pratica clinica:

La telecardiologia

I sistemi attualmente in uso permettono un costante collegamento tra il medico di medicina generale e un centro servizi posto all'interno di strutture ospedaliere, che ha il compito di fornire l'assistenza di uno specialista, consentendo l'elaborazione e la refertazione di informazioni generate da strumenti diagnostici (ad esempio, l'elettrocardiogramma).

Attraverso l'utilizzo di dispositivi medici portatili, in grado di registrare segnali ECG, pressione arteriosa e pulsazioni è possibile tenere sotto controllo lo stato di salute di pazienti cardiopatici anche al proprio domicilio o durante la normale attività, con un notevole miglioramento della qualità di vita. I dati vengono inviati ad una stazione ricevente, posta in un reparto ospedaliero di cardiologia, in grado di effettuare automaticamente la registrazione dei tracciati e di comunicare con il paziente ed il medico curante in caso si registri-no sintomi di anomalie. In ambito cardiologico è anche possibile monitorare a distanza l'attività dei *pacemaker* impiantati in pazienti sofferenti di aritmie cardiache, consentendo di intervenire sui parametri di controllo del dispositivo, qualora i

dati ricevuti non fossero ottimali per il trattamento del paziente stesso.

Il teleconsulto

Si basa sull'utilizzo di un sistema integrato di comunicazione che trasmette dati e immagini (radiografie, TAC, RMN, ecografie, esami di laboratorio, "vetrini", preparati istologici etc.) tra due o più centri medici e, utilizzando sistemi di videoconferenza, permette di fornire la cosiddetta "second-opinion" sulla diagnosi effettuata da un medico. Tale sistema è ormai diventato di fondamentale importanza quando uno dei centri medici è "di frontiera": basti pensare alle piccole isole, ai centri posti in zone impervie o isolate (comunità montane, valli etc.), alle strutture di assistenza in zone di guerra, alle navi o alle carceri di massima sicurezza.

La teledialisi

Esistono sistemi di monitoraggio a distanza che consentono di verificare i parametri misurati dagli apparecchi terapeutici e di controllo usati comunemente per la terapia dialitica presso il reparto, l'unità di dialisi ad assistenza limitata, il domicilio del paziente.

Il telemonitoraggio delle patologie croniche

In casi di asma, broncopneumopatie, scompenso ed aritmie cardiache, diabete, morbo di Parkinson, ulcere cutanee degli arti inferiori o altre malattie croniche (così come per pazienti convalescenti dopo interventi chirurgici), è possibile monitorare costantemente o a intervalli regolari l'evoluzione delle patologie e delle terapie somministrate, attraverso strumenti che registrano i parametri caratteristici del paziente e li inviano a una struttura predisposta.

La telemedicina perinatale

Alcuni sistemi applicati nei reparti di terapia intensiva neonatale consentono di utilizzare un supporto informativo (la cartella neonatale) orientato per problemi, così da consentire ad ogni operatore una conoscenza trasparente dell'indagine diagnostica e terapeutica. È inoltre possibile il telecontrollo delle apnee, con il trasferimento dei segnali d'allarme dal letto verso il centro di controllo ospedaliero, così come il controllo delle gravidanze a rischio mediante l'invio a distanza del tocardiogramma.

La teleriabilitazione

La teleriabilitazione consente al paziente di svolgere nella propria abitazione un programma riabilitativo personalizzato attraverso un computer, una web-cam e con dei sensori specifici adattati a lui, che inviano segnali alla postazione situata presso il centro di riabilitazione. Qui si effettua il controllo sulla corretta esecuzione dell'esercizio e il paziente viene informato sulla necessità o meno

di effettuare correzioni nell'esecuzione del suo programma. Viene utilizzata in caso di trauma cranico, ictus, lesioni del midollo spinale e, nelle forme più innovative, si avvale anche della moderna robotica.

I vantaggi nell'utilizzo di questi nuovi strumenti messi a disposizione della collettività sono evidenti e in alcuni casi veramente eclatanti. Facciamo solo alcuni esempi.

Il paziente può accedere molto più facilmente alla medicina specialistica, grazie alla riduzione dei tempi necessari alla diagnosi e all'identificazione della terapia corretta. La riduzione degli spostamenti necessari implica inoltre non solo un risparmio di tempo e denaro, ma in certi casi, per pazienti anziani o con difficoltà motorie, rappresenta un notevole miglioramento della qualità di vita.

Per gli operatori e le strutture sanitarie, la diffusione della telemedicina rappresenterebbe prima di tutto una grande opportunità di aggiornamento rapido e qualificato, potendo accedere in maniera tempestiva a consulenza specialistica di qualità. La riduzione delle visite a domicilio e la minor necessità di spostamenti permetterebbe, a seguito di una riorganizzazione delle metodiche di lavoro, l'aumento del numero di pazienti esaminati e trattati, ovvero un aumento della produttività. Il follow-up dei pazienti migliorerebbe sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.

Il Servizio Sanitario trarrebbe giovamento sia da un punto di vista economico che qualitativo dei servizi erogati. La riduzione del numero di ricoveri e delle giornate di degenza totali, nonché la maggiore appropriatezza degli interventi sanitari erogati, accompagnati da un adeguamento ed una riorganizzazione dei servizi offerti, porterebbe infatti come conseguenza una riduzione dei costi per paziente ed un incremento del livello di prestazione offerta al cittadino, in termini di qualità e appropriatezza della cura.

In conclusione le odierne tecnologie sono ormai mature per garantire una medicina esercitata con strumenti telematici ed informatici anche nella normale pratica clinica, tuttavia non si è ancora assistito ad una sua implementazione su vasta scala per problemi di frammentazione, dimensioni ridotte, nello spazio e nel tempo, dei progetti, mancanza di chiare modalità di finanziamento, tali da consentire investimenti a lungo termine. Occorre quindi operare in fretta un deciso cambio di rotta e la Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica si rende da subito disponibile verso le Istituzioni, all'implementazione ed alla diffusione della medicina telematica nel sistema sanitario nazionale e regionale, attraverso un dibattito costruttivo sui diversi problemi ancora aperti, anche utilizzando i propri esperti e consulenti ed i propri collegamenti a livello europeo ed internazionale. **TM**

Psiconcologia: epistemologia e programmazione

Prima parte



Leonardo Fei, laureatosi a Firenze nel 1982, psichiatra e diplomato in Medicina Psicosomatica, è stato Dirigente Medico fino al 2008 presso l'U.O. di Psichiatria Universitaria di Firenze. Sotto l'egida di Gianni Amunni, direttore operativo dell'Istituto Toscano Tumori, ha fondato nel 2001 il Gruppo di Psiconcologia dell'AOUC Careggi, di cui dal 2008 dirige la S.O.D. Semplice Psiconcologia.

Integrazione è forse la parola che maggiormente ricorre in ambito psiconcologico. Il termine cela in sé una relativa ambiguità: sul piano etimologico fa riferimento ad 'integer-azione' (azione che riporta all'intero, all'intero), ma tanto all'azione dell'integrare (ad es.: una politica d'integrazione) quanto al prodotto dell'azione stessa (ad es.: si ottiene un'integrazione). S'intuisce la necessità di definirne l'accezione, altrimenti il rischio di autoreferenzialità è costante. In Psiconcologia (PO) al termine integrazione si è soliti riferire prassi molto diversificate: dalla prassi consulenziale nell'ambito della psichiatria di liaison in oncologia, agli ambulatori nell'ambito dei COD, fino alla presenza dello psiconcologo nei reparti.

Se nel primo caso, la consulenza, vengono integrate informazioni allo scopo di facilitare uno o più interventi da parte dell'agenzia richiedente, nel secondo caso, l'ambulatorio, c'è il mutuo riconoscimento di differenti esigenze (ad es. il bisogno di supporto psicologico e la necessità di mantenere l'aderenza ai trattamenti), dove gli scopi sono per lo più condivisi, ossia migliorare la compliance e promuovere, tramite l'elaborazione della crisi dell'illusione d'immortalità (Calafiore), l'accettazione della malattia potenziando le risorse adattative. Nel terzo caso, la presenza dello psiconcologo all'interno dei reparti, il presupposto è che oncologia e psiconcologia non siano dimensioni assistenziali disgiunte, ma elementi fondanti l'approccio globale al paziente oncologico cioè all'insieme delle problematiche del paziente, della famiglia e degli operatori attraverso prassi distinte, in realtà articolazioni di un approccio comune dagli scopi finali comuni.

All'interno dell'AOUC lo scenario dell'assistenza oncologica ha subito negli ultimi trent'anni profonde evoluzioni: dalla situazione originaria (anni '70-'80) in cui una serie di strutture oncologiche operavano comunicando tra loro con modalità non sempre adeguate, si è passati (anni '90-primi anni di questo decennio) a strutture che hanno accen-

trato le risposte ai bisogni dell'utenza senza risolvere completamente il problema della comunicazione, fino alla situazione attuale dove il Dipartimento Attività Integrate dove il Dipartimento Attività Integrate di Oncologia dell'AOUC, dal 2008, recependo la mission dell'I.T.T della condivisione delle conoscenze e delle prassi a livello di macro aree, ha costituito

una serie di attività finalizzate alla comunicazione e all'integrazione: Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) per sedi di patologia e Strutture Organizzative Dipartimentali ad azioni "trasversali" rispetto alle patologie d'organo quali la S.O.D. Psiconcologia e la S.O.D. Terapia del Dolore e Cure Palliative.

I trend assistenziali oncologici, evoluti in relazione all'aumentata sopravvivenza, negli ultimi anni hanno profondamente modificato i bisogni psicologici dei pazienti, ma ne hanno aumentato la visibilità, con l'ovvia ricaduta di modificare le aspettative di qualità di vita secondo l'accezione di salute dell'OMS, a livello microsociale (famiglia, équipe, curanti) e macrosociale (media, organizzazione del lavoro ecc.). Da ciò ha preso le mosse l'interesse per la psiconcologia.

Storicamente la psiconcologia si è delineata quale insieme di procedure adattative, inizialmente alle esigenze degli operatori (comunicazione delle cattive notizie) e delle prime coorti di pazienti sopravvissuti al cancro che hanno condiviso le loro problematiche (gruppi, fin dagli anni '50 negli USA, di pazienti laringectomizzati, colostomizzati, mastectomizzati); successivamente, alle citate (e sempre più complesse) esigenze dell'approccio globale al paziente oncologico. Anche all'interno dell'AOUC si è passati dalle prime esperienze di gruppo (gruppi Balint degli operatori del T.M.O. dell'Ematologia all'inizio degli anni '90) ai primi ambulatori di pazienti in follow-up, fino all'attuale: ambulatori presso il COD e presso alcuni D.H. e consulenze dedicate. La dimensione psiconcologica di questi interventi si qualifica nel rilievo di

LEONARDO FEI¹, MARIANTONIA GARRO²,
LUCA ABRARDI³, SILVIO FIORENTINI⁴,
CHIARA PIZZARELLI⁵, VALENTINA TOGNELLI⁶

¹ Psichiatra, Direttore S.O.D. Psiconcologia D.A.I. Oncologia A.O.U. Careggi

² Specializzanda in Psichiatria, Università degli Studi di Firenze

³ Psichiatra Psicoterapeuta Servizio domiciliare A.I.L.

⁴ Psichiatra S.O.D. Psiconcologia D.A.I. Oncologia A.O.U. Careggi

^{5,6} Psicologa frequentatrice volontaria S.O.D. Psiconcologia D.A.I. Oncologia A.O.U. Careggi

“sintomi target” (indicativi di *distress psicologico*) e nel rilievo delle individuali declinazioni dell'angoscia di morte e relative strategie d'adattamento che possono essere rispettivamente rinforzate, scoraggiate o semplicemente monitorate.

Il trend attuale degli interventi psiconcologici nell'AOUC tende però ad un superamento della psiconcologia come area (ultra) specialistica: **il senso dell'integrazione cui si faceva riferimento all'inizio è l'implementazione delle prassi oncologiche in senso psiconcologico**, dove in futuro l'oncologo sia in grado ad esempio di prevedere, in base ai precedenti anamnestici e/o al vissuto-comportamento di malattia, lo specifico rischio psiconcologico, dove l'infermiere sia figura **basilare** nell'*approccio globale al paziente oncologico*. È evidente la portata e la complessità del percorso sul piano formativo ed organizzativo. Il raggiungimento di questi obiettivi passa attraverso specifiche *azioni*:

1. presenza di psiconcologi all'interno dei GOM;
2. presenza di psiconcologi all'interno delle S.O.D. del D.A.I. Oncologia¹, che **condividono** col personale specifiche prassi assistenziali: visita in reparto, briefing, comunicazioni con i familiari;
3. gruppi a tipo Balint all'interno del reparto in turno d'assistenza;
4. corsi di formazione di livello base (conosci-

vo ed applicativo) per medici, infermieri, o.s.s. del D.A.I.;

5. corsi di formazione di livello avanzato (esperienziale);

6. seminari di formazione in collaborazione con altre Aziende Sanitarie.

Nessuno degli interventi viene pensato come qualcosa *da integrare* all'Oncologia, **deve nascere dall'integrazione e nell'integrazione**. Diversamente emergeranno specifiche criticità:

- indisponibilità dei pazienti alla valutazione o alla presa in carico, ad esempio per timore di stigmatizzazione psichiatrica;

- “selezione” dei pazienti in carico per lo più in base a personali propensioni (cripto-psicopatologie!);

- percezione da parte degli psiconcologi di “non integrazione” all'interno del percorso assistenziale e potenziale elevato rischio di burn out.

Nel prossimo numero di Toscana Medica verrà pubblicato l'articolo dello stesso autore dal titolo “Psiconcologia: il problema dell'assessment psicodiagnostico”.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: lfei@unifi.it

TM

¹ Attualmente le S.O.D. Chirurgia Generale (Dr. R. Moretti), Breast Unit (Prof. L. Cataliotti), Oncologia Medica I (Dr. F. Di Costanzo).



Giuseppe Cardamone, Medico, psichiatra e psicoterapeuta. Direttore dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti z.4 Area Grossetana presso l'Az. USL n.9 di Grosseto. Professore a contratto di Psichiatria Transculturale c/o l'Università di Bergamo. Autore di oltre cento pubblicazioni in tema di salute mentale transculturale.

Il ruolo dello sviluppo di comunità nella salute mentale

Nel Marzo 2009 il nostro gruppo di lavoro ha pubblicato su questa rivista l'articolo “Promuovere la salute men-

tale nella Comunità-Una ricerca azione nel Distretto Grossetano”, dove abbiamo spiegato i pre-

supposti teorici che ci hanno portato ad attivare un Progetto innovativo di pratiche e di ricerca nei territori periferici e meno abitati della nostra zona Distretto. In questo articolo vorremmo mettere a

conoscenza ciò che la letteratura internazionale descrive rispetto ad esperienze analoghe alla nostra, sia rispetto ai temi affrontati che alle caratteristiche dei territori su cui si è svolto il lavoro.

La promozione della salute mentale è un forte

fattore protettivo contro i disturbi mentali (OMS, 2004). Nel 2005 l'OMS ha pubblicato il report “Concepts, Emerging Evidence, Practice”. In linea con

il precedente report del 2001, si caratterizza per l'impostazione ecologica e per l'accezione positiva di salute mentale, intesa come “uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le sue abilità, può fare fronte ai normali stress della vita, può

GIUSEPPE CARDAMONE, TIZIANA STEFANINI,
FRANCESCO BARDICCHIA, MARIA ZORDAN,
GIUSEPPE CORLITO

UFSMA Area Grossetana Asl 9 Grosseto

lavorare produttivamente e con profitto, ed è capace di dare un contributo alla sua comunità". Sottolinea, la necessità di agire concretamente sui determinanti socio-economici di salute mentale (rispetto dei diritti umani, accesso all'educazione, ad una assistenza sanitaria di base, casa, lavoro etc.), particolarmente nelle regioni del pianeta più disagiate, ma anche si allontana dall'impostazione di servizi adibiti alla cura di singoli individui affetti da un disturbo mentale, verso una prospettiva di società che si occupa attivamente di promuovere la propria salute mentale e nella quale quindi si possono non soltanto riconoscere i fattori di rischio ma anche valorizzare i fattori protettivi (integrazione, empowerment, partecipazione sociale, sostegno delle reti sociali e comunitarie). Passaggio integrante del cambiamento auspicato è un ri-orientamento dei servizi sanitari, ai quali si richiede, oltre ai tradizionali interventi di tipo medico-sanitario, di entrare attivamente nella comunità e nella cooperazione intersettoriale, partecipando o direttamente promuovendo interventi di comunità, il cui livello privilegiato di messa in opera sembra essere quello delle comunità locali o comunque dei contesti di medie dimensioni (livello "meso"). Gli interventi di comunità in salute mentale possono essere ricondotti essenzialmente ad interventi di salute pubblica e ad interventi di *community development* (sviluppo di comunità). Questi ultimi sono iniziative rivolte a comunità locali o a particolari gruppi di popolazione, dei quali mirano ad incrementare la *capacity* (*community capacity building*) e le risorse. Gli interventi di sviluppo di comunità nel campo della salute mentale, si caratterizzano per il lavoro sulle reti sociali e la ricaduta in termini di *empowerment* della comunità. Presentano notevoli punti di contatto con i concetti del "capitale sociale", i cui legami con la salute mentale non a caso sono oggetto di studio negli ultimi anni. In questi *participatory community interventions* gli "esperti" ed i membri della comunità devono concordare, all'interno di un progetto, gli obiettivi da raggiungere ed i possibili metodi più adatti per quella comunità, in un sistema di *partnership*. Il lavoro deve essere ritagliato sui bisogni, sulle priorità, sulla cultura (e sulle specificità culturali del supporto sociale) e sui valori di quella comunità, e si poggia sull'attivazione delle risorse ad essa intrinseche.

Lo sviluppo di un intervento di comunità richiede una grande quantità di tempo e può essere influenzato da fattori politici e sociali, con l'ulteriore conseguenza che uno studio di ricerca in quest'ambito necessita di un'applicazione a lungo termine e ad una specifica comunità.

Di seguito vengono riportate alcune esperienze di applicazione di interventi di comunità e salute mentale presenti nelle pubblicazioni internazionali, pubblicazioni limitate, visto il campo ancora in sviluppo. Un paese da cui proviene un certo nu-

mero di studi è non a caso l'Australia, che si trova a fronteggiare il problema di vaste e disperse aree rurali dove l'accesso ai servizi di salute mentale è inadeguato. Risultati positivi sono stati riportati da un progetto che metteva a disposizione localmente un esperto di salute mentale (un infermiere), come appoggio informativo e di consulenza ai medici di medicina generale, ma anche per educare la comunità ai problemi di salute mentale ed alla disponibilità di trattamento, attraverso incontri pubblici. In India si è svolta l'esperienza di un intervento di sviluppo di comunità, il *Comprehensive Rural Health Project (CRHP)*, fondato nel 1970 nel Maharashtra, regione caratterizzata da livelli socio-economici estremamente bassi e arretrati. Il progetto si proponeva un miglioramento delle condizioni di salute (non solo mentale) degli abitanti, attraverso l'azione concreta sui determinanti socio-economici di salute mentale e con processi di *empowerment* degli abitanti. Una ricerca molto interessante consiste in un'inchiesta preliminare finalizzata alla successiva messa in opera di interventi di comunità volti alla prevenzione del suicidio, partendo dalla constatazione che molte delle persone che avevano commesso suicidio non erano precedentemente seguiti da uno specialista della salute mentale, né avevano avuto un contatto recente con il proprio medico di medicina generale, pertanto poteva risultare utile considerare i familiari, gli amici, i vicini. In questa ricerca sono state utilizzate interviste non strutturate approfondite, con il maggior numero possibile di persone tra familiari, amici, colleghi e vicini per ogni singolo caso, per comprendere la rete sociale, il modo in cui essi interpretavano e rispondevano al malessere della persona, che cosa si sarebbe potuto fare, quali abilità e risorse li avrebbero aiutati a sostenere la persona. Lo studio ha potuto dare informazioni sugli interventi di prevenzione del suicidio, riconoscendo un ruolo fondamentale ai familiari ed amici. In Inghilterra, il governo ha deciso nel 2004 un programma di 5 anni per ridurre la discriminazione e le ineguaglianze nella programmazione e nell'offerta dei servizi di salute mentale per le comunità nere e le minoranze etniche, il *Delivering Race Equality in Mental Healthcare (DRE)*: l'assunto di base per la strategia del progetto era che le riforme *dentro* i servizi di salute mentale dovevano aver luogo parallelamente ad uno sviluppo *fuori*, con interventi di sviluppo di comunità che costituivano parte integrante della strategia complessiva. A questo scopo il programma prevedeva l'assunzione di personale specifico, 500 *Community Development Workers* (CDWs)

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: bardicchiafrancesco@libero.it

TM



Nicola Ianniciello nato a Firenze il 14.04.1952, laureato nel 1978 e spec. in Chirurgia nel 1984. Dal 1980 in servizio c/o la U.O. di Chir. Gen. dell'Osp. S. Giovanni di Dio ASL 10 FI. In questi anni impegnato in vari campi della chirurgia di elezione e di urgenza, sia come operatore sia come organizzatore e partecipante a numerosi eventi scientifici; mantenendo come luogo principale della attività l'Osp. sito in Torregalli, fin dalla sua apertura.

L'Ospedale S. Giovanni di Dio a "Torregalli"

Ll Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio, costruito negli anni '70 nel comune di Firenze al confine con Scandicci in località Torregalli, ha visto la sua apertura all'utenza nei primi anni '80 e da allora la sua attività ha attraversato fasi diverse fra loro, che possono essere identificate, con una certa approssimazione, in tre periodi.

La prima fase, di apertura, dura all'incirca per tutti gli anni '80. Essa è appunto caratterizzata dall'apertura dell'Ospedale, avvenuta nel biennio '81-'82. Il primo reparto ad essere attivato è quello di Medicina Generale con il trasferimento della Divisione di Medicina, che operava presso il vecchio Ospedale di Tavarnelle. Nello stesso tempo veniva aperto il servizio di emodialisi. È stata quindi la volta del trasferimento, più corposo, delle attività chirurgiche e di pronto soccorso dal vecchio Ospedale S. Giovanni di Dio di Borgognissanti nel 1982, insieme ai servizi di Radiologia, Cardiologia, al reparto di Rianimazione, al Laboratorio Analisi ed a quello Emotrasfusionale; contemporaneamente viene attivato il servizio di Anatomia ed Istologia Patologica. È del 1984 l'inaugurazione del settore materno-infantile con l'apertura della pediatria utilizzando il personale proveniente dapprima dall'Ospedale Salviatino e quindi dall'Ospedale di Empoli; seguiti poi da una équipe ostetrico-ginecologica dell'Ospedale di Careggi. Infine l'apertura del secondo reparto di Medicina, con personale proveniente da Careggi, consente l'istituzione stabile della "guardia medica" al pronto soccorso, che va ad affiancarsi alla storica "guardia chirurgica". Tale fase è caratterizzata da serie difficoltà dovute in parte alla resistenza al trasferimento di alcuni operatori dai vecchi presidi ed in parte agli scarsi legami con il territorio, dato che non esisteva ancora nessuna struttura infermieristica territoriale organizzata ed i medici di base faticavano molto a considerare l'Ospedale un punto di riferimento non solo per le prestazioni d'urgenza, ma soprattutto per l'attività di elezione. Inoltre in quei primi anni era evidente la carenza di figure specialistiche, prima fra tutte quelle traumatologiche-ortopediche, con conseguenti insufficienze nelle prestazioni di pronto soccorso, che comunque già si affermava come punto di riferimento per la popolazione. Infine il presidio non era ancora supportato da

una valida struttura di direzione amministrativa e sanitaria demandata alle allora U.S.L. di zona. In sintesi in quegli anni l'Ospedale era un "grosso pronto soccorso" dove cominciavano ad affermarsi alcune specificità, come nel settore materno-infantile e alcune attività specialistiche chirurgiche. L'Ospedale era considerato dalla popolazione e dagli amministratori un "Ospedale di Zona".

La seconda fase, che si può indicare come fase di consolidamento, si sviluppa negli anni '90. Essa è caratterizzata da un punto di vista tecnico-professionale dall'innesto di nuovi reparti e servizi specialistici e dal potenziamento di altri già esistenti: il trasferimento dell'équipe ortopedica dall'Ospedale Palagi nel 1997, il coinvolgimento dei servizi di radiologia e cardiologia, con la presenza sulle 24 ore, integrano e potenziano definitivamente le attività legate al DEA. Si ha inoltre l'ulteriore sviluppo del settore materno-infantile, della nefrologia-dialisi, della endoscopia e del reparto di terapia intensiva. La creazione dei distretti territoriali favorisce l'integrazione Ospedale-Territorio: presenza di specialisti ospedalieri negli ambulatori periferici (ambulatori chirurgici, ambulatorio per pazienti stomizzati, ambulatori nefrologici, odontoiatrici ecc.); maggiore presenza dei medici di famiglia all'interno dell'Ospedale. In questi anni si ha una forte ristrutturazione e rafforzamento della Direzione Sanitaria; ciò è favorito senz'altro dalla creazione dell'Azienda Sanitaria Fiorentina, che rappresenta, oltre a tutto il resto, l'organo di raccordo della rete ospedaliera. L'Ospedale ne trae grande giovamento con l'apertura di nuovi spazi (attività di Day Surgery presso l'ospedale Palagi) e con l'interscambio che la rete ospedaliera induce fra gli operatori.

La terza fase, che è conseguenza diretta delle prime due, si sviluppa nell'ultimo decennio e la si può definire come la fase della definitiva affermazione dell'Ospedale. Essa è caratterizzata dalla istituzione dei Dipartimenti.

Il DEA, che trasforma in maniera radicale tutte le attività di Pronto soccorso ed Accettazione, istituendo una struttura preposta all'accoglienza di ogni tipo di malato. È fondamentale a tale proposito la presa in carico dell'intera casistica da parte della Medicina d'urgenza, la creazione della radiologia di pronto soccorso e l'attivazione della cardiologia interventistica. Nonostante ciò il DEA deve ancora sopportare gravi insufficienze dovute soprattutto all'inadeguatezza della struttura muraria.

NICOLA IANNICIELLO

*Dirigente medico. S.C. Chirurgia Generale.
Ospedale S. Giovanni di Dio. A.S. 10 Firenze.*

Il Dipartimento Oncologico, che ha istituito nel nostro ospedale il Day Hospital Oncologico, è punto di riferimento per un bacino di utenza sempre più vasto.

Il Dipartimento di Chirurgia, uno dei primi dipartimenti chirurgici nella regione Toscana, con l'organizzazione dei reparti secondo i livelli di assistenza, ha avuto un avvio contrastato per gli aspetti fortemente innovativi del metodo, ma che potrà portare a buoni risultati in termini di appropriatezza delle prestazioni e di risparmio delle risorse, se reso più accettabile agli operatori, superando alcune rigidità del modello imposte nella fase iniziale.

Si è avuto in quest'ultimo decennio un enorme aumento degli accessi e delle prestazioni in ogni settore; con sovraffollamento dei servizi e dei reparti, con conseguente dilatazione delle liste di attesa (importante e per alcune patologie grave l'attesa che vi è nei reparti chirurgici). L'apertura, ma la non completa attivazione, del nuovo padiglione Leonardo da Vinci, potrà contribuire a risolvere o a mitigare alcune criticità. In definitiva questa terza fase ha caratterizzato l'Ospedale S. Giovanni di Dio come il presidio fondamentale della Azienda

Sanitaria Fiorentina, seppure ancora insufficiente per le esigenze di un bacino di utenza in continua espansione.

Da tutto ciò si evince quanto sia importante dare avvio ad una quarta fase, che consenta all'Ospedale di rispondere in maniera ottimale, ma soprattutto in tempi più certi alle richieste ed alle aspettative della popolazione. Sarà necessario un forte rinnovamento della struttura muraria (completamento dell'operatività del nuovo padiglione, ristrutturazione e riutilizzo degli spazi liberati nel padiglione Amerigo Vespucci) e l'introduzione di nuove tecnologie (sale operatorie integrate, strumentazioni di ultima generazione, completamento ed ottimizzazione della informatizzazione). È infine indispensabile sviluppare ulteriormente l'integrazione della rete ospedaliera per uscire dai limiti del singolo e per forza di cose sempre "piccolo ospedale".

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: nicola.ianniciello@asf.toscana.it

TM

Un nuovo ospedale a Firenze

E' in fase di costruzione il nuovo Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) della Fondazione Don Gnocchi, il cui cantiere è visibile in località Torre Galli, confinante con l'area del Nuovo San Giovanni di Dio. In questa sede sarà trasferito il Centro di riabilitazione "Santa Maria agli Ulivi" attualmente ubicato a Pozzolatico.

Questo presidio eroga attività di recupero e riabilitazione funzionale in regime di ricovero, di day hospital e ambulatoriale rivolta ai portatori di disabilità fisiche in fase post-acuta. Attivato negli anni '50 dalla Fondazione Don Gnocchi, nell'anno 2000 ha avuto il riconoscimento di Istituto a carattere scientifico.

L'attuale struttura non risponde più alle esigenze proprie di un moderno centro di riabilitazione. La Fondazione ha quindi deciso di costruire un nuovo ospedale per favorire il progressivo sviluppo del potenziale professionale, scientifico e tecnologico registrato negli oltre cinquanta anni di attività.

Firenze potrà disporre quindi di un moderno centro ospedaliero di riabilitazione che oltre all'assistenza si qualifica per le attività di ricerca e di formazione professionale.

Il progetto prospetta un ospedale conforme al criterio dello sviluppo prevalentemente orizzontale,

per valorizzare al massimo la flessibilità strutturale e rendere più sostenibile l'impatto del suo insediamento. Il monoblocco a sviluppo estensivo è costituito da tre corpi di fabbrica principali disposti a raggiera e raccordati tra-

versalmente tra loro. L'organismo architettonico scaturisce dall'assemblaggio di volumi modulari funzionalmente autonomi. L'edificio costruito su tre piani ha un basso impatto urbanistico. Al primo livello sono collocati l'accoglienza, i servizi logistici, gli ambulatori; ai due livelli sovrastanti si trovano le degenze.

L'area esterna è ripartita in zone funzionali: parcheggi separati per il pubblico e i dipendenti, zona sosta-riservata per l'accesso dei disabili, rete viaria differenziata, area verde a parco.

La distribuzione spaziale delle attività è stata risolta applicando il criterio della zonizzazione in aree omogenee.

L'area dell'accoglienza, che offre il primo contatto tra l'istituzione e gli utenti, è stata organizzata proponendo un servizio di accettazione personalizzato e una serie di servizi commerciali.



Sandro Boccadoro libero docente in Igiene presso il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Firenze. Direttore sanitario della ASL di Firenze (1995/98) Membro del Consiglio Superiore di Sanità (1988/90) Presidente del Comitato regionale della CRI di Firenze (1988/93) Autore di 107 pubblicazioni scientifiche. Consulente sanitario per 24 progettazioni ospedaliere.

SANDRO BOCCADORO

Già direttore sanitario dell'ASL di Firenze

L'area della ospedalizzazione, cui si accede dall'asse direzionale centrale, si sviluppa nella parte posteriore del monoblocco occupando due piani afferenti ciascuno ai due livelli assistenziali, ospedaliero ed extraospedaliero. L'assetto spaziale delle degenze si configura in aree funzionali, articolate in sei moduli indifferenziati. Con questa strutturazione si perde "l'identità del reparto" e si favorisce l'ordinamento dipartimentale che privilegia la collaborazione interdisciplinare e l'uso in comune delle risorse umane e strumentali. Per la riabilitazione riservata ai ricoverati sono collocate ampie palestre nelle zone di degenza, distinte da quelle destinate ai pazienti ambulantanti.

L'area della consultazione al pianoterra occupa la parte anteriore della struttura, cui si accede direttamente dall'atrio d'ingresso. È il blocco tecnologico dove hanno sede i servizi di diagnosi e cura: ambulatori specialistici, diagnostica per immagini, diagnostiche neurologica e cardio-pneumologica, laboratori di bioingegneria, di isocinetica. È questa l'area degli accertamenti e dei trattamenti sanitari che l'Istituzione eroga nell'ambito delle sue specifiche funzioni assistenziali, offrendo prestazioni di alto livello qualitativo sotto il profilo della professionalità e delle dotazioni tecnologiche.

Area formativa e convegnistica. Il polo formativo si compone di nove aule polifunzionali, di una biblioteca, della direzione scientifica, di sale per i docenti. Il centro svolge attività didattica per la formazione dei tecnici di riabilitazione in collaborazione con l'Università di Firenze. Il polo riservato alla convegnistica è costituito da un'ampia sala per le conferenze con accesso diretto dall'esterno. Il centro è dotato di una mostra permanente di ausili ed arredi che raccoglie interessanti modelli di domotica.

L'area direzionale comprende la direzione sanitaria, i servizi amministrativi, il coordinamento infermieristico. È costituito da un'ampia sala di riunione, dagli studi medici, vari locali di supporto.

L'area del culto comprende la cappella con sagrestia per il culto della religione cattolica, nonché ambienti destinati alle altre confessioni religiose.

Area delle funzioni logistiche e tecniche. I servizi generali dell'ospedale annoverano tutte le attività di supporto e integrative all'assistenza. Tra le funzioni di tipo sanitario ricordiamo la farmacia e la dietologia; tra quelle di tipo alberghiero la ristorazione per interni ed esterni, i servizi tecnici e di economato.

La razionalità della distribuzione spaziale delle attività è il presupposto essenziale per l'efficienza delle correlazioni funzionali tra i vari settori operativi.

Lo studio progettuale propone soluzioni efficienti di rapporto tra l'impianto strutturale e le funzioni che in esso si collocano; l'analisi dell'assetto distributivo evidenzia che sono stati risolti al meglio i collegamenti, la separazione dei percorsi, la movimentazione dei flussi. L'impianto è incentrato su un asse direzionale trasversale dal quale si diramano sei assi di scorrimento longitudinali. Su questa rete di percorsi principali si sviluppano i collegamenti complanari e verticali.

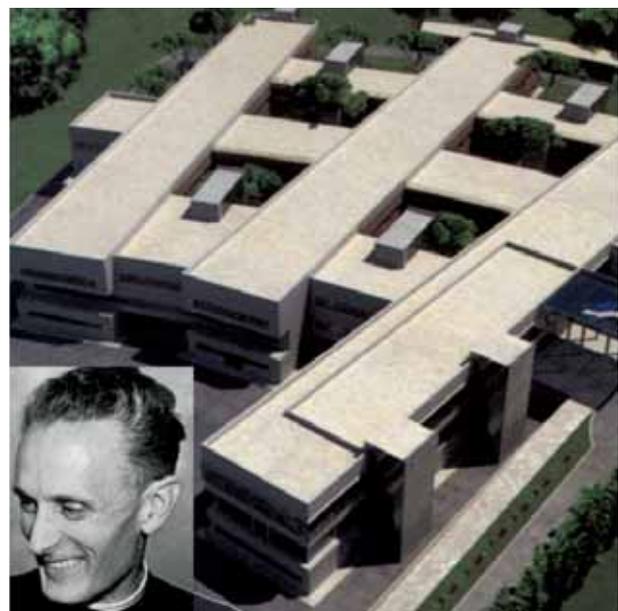
Gli adempimenti in materia di accreditamento e di sicurezza sono stati adottati con riferimento alle normative vigenti, in particolare quelle regionali e comunali. In relazione al comfort e al benessere psico-fisico, per alleviare l'ansia del ricovero e la fatica del lavoro, sono stati adottati molteplici accorgimenti per quanto attiene i materiali di costruzione, gli arredi, i colori e la luce, la difesa dai rumori, la climatizzazione ambientale.

La progettazione ospedaliera tende oggi ad applicare il concetto di sviluppo sostenibile, rivolto a sostenere sistemi di produzione energetica da fonti alternative ed ecocompatibili. Il progetto prevede l'utilizzo di pannelli solari per la fornitura dell'acqua calda, impianti di cogenerazione per la produzione combinata di calore ed elettricità. È previsto inoltre l'isolamento termico dell'edificio mediante l'impiego di materiali coibenti e di pannelli ventilati sulle pareti esterne.

Conclusioni. Il progresso medico e l'evoluzione tecnologica richiedono l'ammodernamento degli ospedali più vetusti per l'inderogabile necessità di rinnovare il patrimonio strutturale e tecnologico, di aggiornare l'ordinamento interno, di migliorare l'accoglienza e la fruibilità dei servizi. Il progetto del nuovo ospedale presenta queste caratteristiche perché propone un organismo moderno con alti contenuti di qualità sotto il profilo urbanistico, architettonico, funzionale ed organizzativo. È un ospedale sostenibile che risponde alla logica della razionalità e delle economie di gestione, che offre garanzie di sicurezza e di comfort ambientale.

I principi informatori del progetto non investono soltanto la gestione ed il funzionamento ma assicurano anche una dimensione umana dell'assistenza, prerogativa di questa nuova e significativa realtà ospedaliera fiorentina in corso di realizzazione, concepita e voluta dalla Fondazione di Don Carlo Gnocchi, che sarà dedicata al suo Fondatore.

TM



Plastico del nuovo ospedale di riabilitazione dedicato a "Don Carlo Gnocchi" Fondatore dell'Istituzione.

Appropriatezza dei metodi di screening dell'ipercortisolismo cronico (sindrome di Cushing) nella pratica clinica



Patrizia Bordonaro, spec. in Tisiologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio e in Ginecologia ed Ostetricia. Dirigente medico di II livello presso il Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'AOU di Firenze dal 1990, dal 2008 è Responsabile della SOD Accoglienza ai Servizi di Laboratorio dell'AOU di Careggi.

La diagnosi della Sindrome di Cushing, specialmente per le forme subcliniche o lievi, è tuttora complessa per l'endocrinologo clinico, poiché molti pazienti presentano un fenotipo clinico non specifico, caratterizzato da aumento di peso recente, aumento dei valori pressori, iperglicemia. Queste caratteristiche sono componenti della sindrome metabolica, e sono sempre più comuni dato l'invecchiamento della popolazione generale, in cui aumentano i soggetti con obesità centrale, diabete di tipo 2, ipertensione, osteoporosi. Un'altra categoria di soggetti in cui si rende necessario lo screening della S. di Cushing è rappresentata dai pazienti con incidentaloma surrenalico compatibile con adenoma in cui possono essere presenti forme subcliniche di ipercortisolismo.

Diversi studi riportano una prevalenza della Sindrome di Cushing dall'1 al 5% in pazienti con ipertensione e diabete non controllato, fino al 10% in pazienti anziani con osteoporosi e fratture vertebrali, e estremamente bassa nei pazienti obesi. Pertanto l'uso di test di screening semplici ma di scarsa sensibilità potrebbe portare all'individuazione di un alto numero di pazienti positivi, da sottomettere ad altri esami più complessi, per ottenere poi un basso numero di veri positivi, data la rarità della malattia. Lo screening della S. di Cushing dovrebbe essere effettuato nei pazienti con caratteristiche cliniche della sindrome, multiple e ingravescenti o resistenti al trattamento.

Nel corso degli anni sono stati proposti diversi approcci, ma tutti hanno dimostrato qualche limite, e nessuno dei test ha sensibilità e specificità tali da identificare tutti i casi di S. di Cushing. L'utilizzo di test specifici è appannaggio di strutture specialistiche endocrinologiche, per le difficoltà intrinseche all'esecuzione dei test e alla loro interpretazione. Il dosaggio del cortisolo sierico

in un prelievo del mattino non risulta elevato in molti pazienti affetti da S. di Cushing; pertanto questo esame non è affidabile per lo screening dell'ipercortisolismo.

I test di prima linea consigliati attualmente per lo screening di pazienti con caratteristiche cliniche sospette, da sottomettere eventualmente a successivi test più complessi e a tecniche di imaging, sono rappresentati dal

dosaggio del cortisolo libero nelle urine delle 24 ore, dal test di soppressione con desametazone e dalla valutazione del ritmo del cortisolo con prelievo alla mezzanotte. Sia il dosaggio del cortisolo urinario libero che il test con desametazione sono di facile esecuzione e di basso costo, e facilmente utilizzabili anche dal medico non endocrinologo per la selezione di pazienti da riferire a consulenza specialistica.

La determinazione del cortisolo nelle urine delle 24 può risultare elevata in pazienti obesi, affetti da depressione o altri disturbi di tipo psichiatrico (che possono associarsi a lieve ipercortisolismo), alcolisti (falsi positivi) – si parla in questo caso di pseudo-Cushing – e non interpretabile nei pazienti con insufficienza epatica o renale. Analogamente, pazienti con forme subcliniche, modeste o cicliche possono avere valori di cortisolo urinario nel range della norma o non dirimenti (falsi negativi). In questi casi occorre effettuare il test di soppressione con desametazone. Al contrario nei pazienti che assumono farmaci antiepilettici, che aumentano la clearance del desametazone, è raccomandabile la determinazione del cortisolo urinario. Il 50% delle donne che assumono contraccettivi orali può avere valori falsamente positivi al test con desametazone per l'aumento della proteina legante il cortisolo.

Per la determinazione del cortisolo urinario (almeno due determinazioni), è importante assi-

P. BORDONARO¹, M.L. DE FEO², G. FORTI²,
M. MANNELLI², P. TOZZI³

¹ Accoglienza ai Servizi di Laboratorio

² Servizi di Endocrinologia

³ Laboratorio Generale

AOU Careggi, Firenze

curarsi che il paziente fornisca al laboratorio una raccolta completa delle urine di 24 ore, con un volume appropriato; la prima urina del mattino viene eliminata, in modo che la raccolta inizi con vescica vuota; tutte le successive urine del giorno e della notte successiva devono essere raccolte in un contenitore graduato tenuto in ambiente fresco (non congelato) fino alla raccolta del mattino successivo (che deve essere inclusa). Il paziente deve bere una adeguata quantità di liquidi (1,5-2 litri) ed evitare assunzione di cortisonici. Le evidenze attuali suggeriscono una accuratezza diagnostica se si utilizzano negli adulti con sospetto di ipercortisolismo valori nettamente più elevati rispetto ai limiti alti della norma del dosaggio utilizzato; solo un aumento di quattro volte rispetto alla norma può essere considerato diagnostico di S. di Cushing.

L'esecuzione del test con desametazone prevede l'assunzione di desametazone (Decadron 1 mg: 2 compresse da 0.5 mg o Soldesam, gtt 0.2%: 16 gocce), fra le undici e mezzanotte (assumere antiacido in associazione a protezione gastrica), e il prelievo il mattino successivo *fra le otto e le nove* per dosaggio del cortisolo sierico. Una sensibilità del 95% e una specificità dell'85% si raggiungono utilizzando come cut-off una soppressione del cortisolo a livello uguale o inferiore a 1.8 µg/dl - 50 nM (soggetti normali). I pazienti con valori superiori a questo hanno verosimilmente una produzione autonoma di cortisolo (per tumore surrenalico o alterazione del meccanismo di feed-back da adenoma ipofisario ACTH-secerne) e necessite-

ranno di valutazione più approfondita in ambito specialistico. Falsi positivi (apparente mancanza di soppressione del cortisolo) possono essere legati a insufficienza epatica o renale, stati di pseudo-Cushing, assunzione di estrogeni, ridotto assorbimento del desametazone o fattori che aumentino la sua metabolizzazione epatica (alcol, barbiturici, carbamazepina...). L'8% circa dei pazienti può presentare al contrario valori falsamente negativi (soppressione del cortisolo sierico sotto 1.8 µg/dl nonostante la presenza di malattia).

La valutazione del ritmo del cortisolo nella S. di Cushing, assente nei casi di autonomia della secrezione, un tempo eseguita anche su pazienti non ricoverati, con prelievo al mattino e nel tardo pomeriggio, deve essere eseguita solo in pazienti ricoverati, con prelievo alle 8.00 e a mezzanotte. **Infatti prelievi seriati nelle ore diurne per la valutazione del ritmo non hanno sensibilità e specificità utilizzabili nella pratica clinica.** Anche in caso di ricovero con prelievo alla mezzanotte l'interpretazione è complicata dai cut-off utilizzati, e dalle condizioni del ricovero. Una possibilità non ancora disponibile routinariamente è rappresentata dalla determinazione del cortisolo salivare a mezzanotte, con la raccolta della saliva comodamente eseguibile a casa.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: bordonarop@aou-careggi.toscana.it

TM

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
 amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedica@ordine-medici-firenze.it
 relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it

Orario di apertura al pubblico:

MATTINA: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12,30
 POMERIGGIO: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 18,45

Rilascio certificati di iscrizione:

UFFICI: in orario di apertura al pubblico - INTERNET: sul sito dell'Ordine - TELEFONO: 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione:

bollettino postale, delega bancaria (RID) o carta di credito tramite il sito <http://www.italriscossioni.it>
 (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo:

comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza

Consulenze e informazioni:

COMMISSIONE ODONTOIATRI - il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45 - CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI
 sito Internet dell'Ordine

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org

FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

tutti i giovedì agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

~ ~ ~

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Sito Internet: www.ordine-medici-firenze.it



Concetta Conace, laurea in medicina e Chirurgia presso l'Univ. di Firenze. Spec. in Psichiatria a Firenze. Spec. in Terapia Sistemico-Relazionale c/o il centro Studi di Terapia Sistemico-Relazionale di Roma. Esperienze nell'ambito dell'alcolismo, delle tossicodipendenze e delle dipendenze senza sostanze. Esperienze nell'ambito del progetto "Doppia Diagnosi". Specialista ambulatoriale presso il SerT C del Q5. Psicoterapeuta

Le dipendenze senza sostanze

Il gioco d'azzardo patologico in un percorso di cura

Negli ultimi anni ha cominciato a farsi strada l'ipotesi che tra gioco d'azzardo patologico e abuso di sostanze ci siano evidenti interconnessioni e a partire dagli anni 90 il *gambling* è stato inserito nel gruppo delle "dipendenze senza droghe", un vasto gruppo di condotte additive connesse a situazioni di per se stesse non dannose (es. sport, sesso, uso delle nuove tecnologie) che in alcuni soggetti arrivano ad assumere le caratteristiche della dipendenza.

Il quadro che viene delineato nel DSM-IV (Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali) è quello di una perdita di controllo del comportamento di gioco che conduce ad una catena di perdite e a una progressiva pervasività del gioco nella vita del soggetto.

La I (1952) e la II (1968) edizione del DSM ignoravano totalmente il GAP, solo nella III edizione (1980) ha ricevuto un inquadramento diagnostico. L'attuale versione, il DSM-IV-TR inserisce il gioco d'azzardo nella categoria: "Disturbo del controllo degli impulsi non classificati altrove". Per la diagnosi devono verificarsi entrambi i criteri A e B e, all'interno del criterio A, almeno 5 sottocriteri.

CRITERI DEL DSM IV

Criterio A

Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come indicato da cinque (o più) dei seguenti criteri:

1. è eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per esempio è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare);
2. ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
3. ha ripetutamente tentato senza successo di

controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo;

4. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;

5. gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es. sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);

6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite);

7. mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;

8. ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;

9. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;

10. fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

Criterio B

Il comportamento d'azzardo non è meglio attribuibile ad un episodio maniacale.

Il giocatore d'azzardo patologico è un tossicomane che vive momenti *high* connessi alla giocata (con sensazione di attivazione ed euforia) e momenti *down* tra una giocata e l'altra (con sintomi depressivi e ansiosi, disforia, irritabilità).

Si presentano, inoltre le situazioni tipiche delle condotte tossicomane tradizionali – il *craving*, l'assuefazione e l'astinenza –, pensieri intrusivi ed egodistonici, perdita del controllo.

L'esperienza della UFM SerT C Quartiere 5

Il Servizio istituisce nel 2007 il "Gruppo per il Gioco d'Azzardo e le Nuove Dipendenze" in coerenza con quanto emerge dal Piano Sanitario Re-

CONCETTA CONACE*, ADRIANA IOZZI**,
FRANCESCA FERRINI***, GINETTA FUSI****,
ROSANNA SCOPETANI*****,
ALESSANDRO ORSETTI***** CRISTINA TANZI***

Operatori SerT UFM C
* Medico psichiatra
** Medico psichiatra Resp. UFM C
*** Assistente sociale
**** Educatore professionale
***** Psicologa

gionale 2005-2007 in relazione al gioco d'azzardo e sollecitato dalla comorbidità tra gioco patologico o problematico e dipendenza da sostanze. L'équipe multiprofessionale offre interventi integrati rivolti al singolo e alla sua famiglia.

Il soggetto con problemi di gioco d'azzardo e/o i suoi familiari possono accedere direttamente al trattamento telefonando al Ser.T. C di via Lorenzo Il Magnifico (055-6264430 -6264406), dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 14.00. È previsto un percorso differenziato rispetto alle altre attività del Ser.T.

Dopo il contatto telefonico viene fissato un primo colloquio di accoglienza con il giocatore e i familiari con la finalità di analizzare la domanda e le problematiche familiari sociali, legali, economici legati al gioco, la storia del "gioco", il coinvolgimento della famiglia e la disponibilità della stessa nel percorso terapeutico.

All'inizio del percorso al giocatore e ai suoi familiari viene proposta la partecipazione al "gruppo motivazionale", un ciclo di dieci incontri che ha l'obiettivo di motivare i partecipanti, aumentare la consapevolezza e favorire la compliance al trattamento, e inizia la fase di valutazione multidisciplinare.

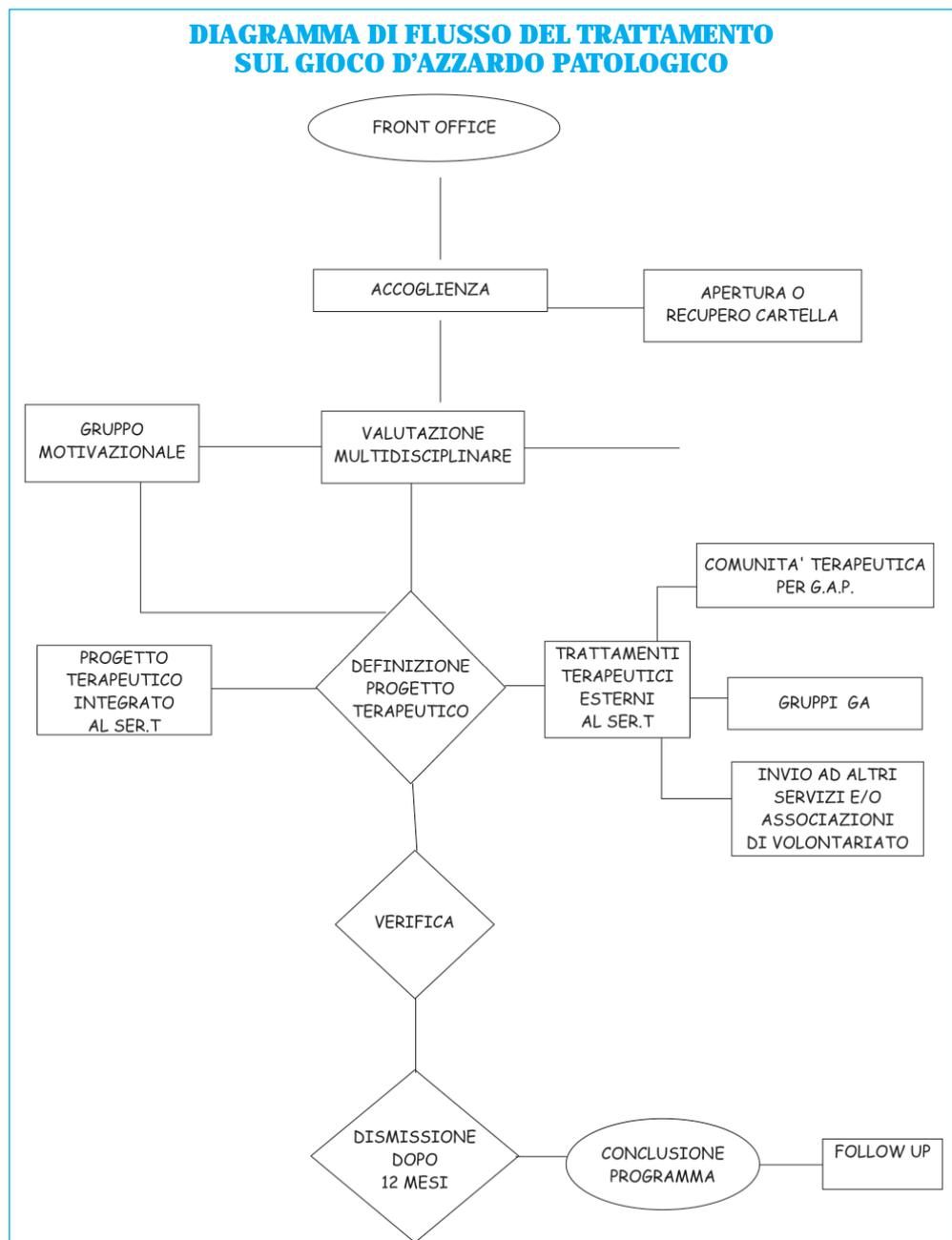
L'anamnesi medico-psichiatrica valuta l'associazione, tra l'altro frequente, ad altre dipendenze sia da sostanze che comportamentali, l'eventuale comorbidità psichiatrica, le distorsioni cognitive (pensiero magico), i sintomi astinenziali (disforia, irritabilità, ecc), le manifestazioni fisiche e psichiche del *craving*, i sintomi di *stress*.

La valutazione psicologica viene effettuata attra-

verso colloqui individuali e familiari e somministrazione di test di personalità e specifici per il gioco (S.O.G.S. di Lesieur e Blume) e questionari sul gioco patologico di Ladouceur.

La valutazione socio-educativa indaga le aree economiche, legali, lavorative e le eventuali problematiche sorte in questi ambiti. In questa fase si valuta la necessità di un intervento di tutoraggio per il risanamento dei debiti e la necessità di nominare un amministratore di sostegno e/o attivare un consulente legale.

Il trattamento integrato è personalizzato e gli interventi si articolano in *setting* individuali, familiari e di gruppo. Sono previsti invii ai gruppi di auto-aiuto territoriali (G.A.) e in strutture residenziali specifiche per il GAP. **TM**



Efficacia del gruppo educativo-motivazionale nel trattamento di alcol-dipendenti



Monica Giuli, psicologa, specializzanda in Psicoterapia. Ha collaborato alla realizzazione di un progetto di prevenzione sul tema della guida sicura rivolto alle classi IV di alcune scuole secondarie superiori del territorio fiorentino. Attualmente svolge attività di tirocinio presso il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali.

Apartire dalla teorizzazione di Prochaska e Di Clemente, e dalla esperienza fatta da Miller e Rollnick – e contemporaneamente anche da Vera Mailart in Toscana – la motivazione al cambiamento è riconosciuta come fattore cruciale per il successo di un trattamento rivolto alla modifica di stili di vita non salutogeni.

Su questa base, fin dalla metà degli anni Ottanta, il Centro Alcolologico di Firenze, un servizio dell'Azienda Sanitaria Fiorentina, ha sviluppato un "programma educativo-motivazionale" per i suoi utenti e i loro familiari, integrato a visite mediche e colloqui familiari con follow-up e invio ai gruppi di auto-mutuo aiuto. Nella Tabella 1 è descritto il Programma.

Le tematiche affrontate nel corso degli incontri riguardano l'uso, l'abuso e la dipendenza da alcol, le patologie alcolcorrelate, l'eventuale codipendenza dei familiari, il cambiamento rispetto alla condotta alcolica, le resistenze che possono ostacolarlo, le ricadute e la partecipazione ai gruppi di auto-mutuo aiuto, cioè Alcolisti Anonimi (AA) e Familiari (Al-Anon) o Club di Alcolisti in Trattamento (CAT).

Gli obiettivi per i partecipanti agli incontri sono l'ammissione della dipendenza dall'alcol (e della co-dipendenza nel caso dei familiari) e l'avvio del cambiamento in direzione dell'astinenza e dell'ac-

cettazione di un programma di recupero a lungo termine. A tal fine è necessario che l'operatore sostenga la *disponibilità al cambiamento* dei partecipanti, ed è per questo che i conduttori degli incontri educativo-motivazionali si servono delle abilità del Colloquio Motivazionale di Miller e Rollnick e della Comunicazione Terapeutica di Mailart, così da ampliare la percezione della problematicità del comportamento alcolico e della capacità di poter modificare attivamente la situazione di dipendenza (*autoefficacia*). Inoltre,

per favorire processi identificativi nei partecipanti al gruppo e facilitare il successivo contatto con le associazioni di auto/mutuo aiuto, alcuni membri delle varie associazioni sopracitate (e riportate in Tabella 1), partecipano agli incontri per esprimere e condividere la propria testimonianza sul percorso di recupero.

Poiché la letteratura offre pochi studi, riferiti soprattutto a condizioni di co-diagnosi o a soggetti in trattamento metadonico, è stata progettata un'indagine che indagasse l'efficacia della componente educativo-motivazionale di pazienti in trattamento alcolologico, utilizzando a tal fine il Questionario sulla Motivazione al Cambiamento II versione per l'Alcol, e somministrandolo all'inizio e alla fine dei gruppi. Per i dati socio-demografici e la diagnosi si è fatto riferimento alla cartella cli-

MONICA GIULI¹, SILVIA CASALE², GINETTA FUSI³, ALLAMAN ALLAMANI⁴, SAULO SIRIGATTI²

¹ Psicologa, Firenze

² Dipartimento di Psicologia, Univ. degli Studi di Firenze

³ Servizio Alcolologico Territoriale. Azienda Sanitaria di Firenze

⁴ Centro Alcolologico. Gruppo ricerca e prevenzione. Azienda Sanitaria di Firenze

Tabella 1 - Descrizione del Programma educativo-motivazionale del Centro Alcolologico di Firenze.

Destinatari	Alcol-dipendenti e loro familiari
Durata di ogni incontro	1 ora e ½
Frequenza degli incontri	3 volte alla settimana
N° di incontri per ciclo	10
Conduzione degli incontri	Educatore Professionale
Testimonianze in recupero	Alcolisti Anonimi - Al-Anon Club Alcolisti in Trattamento

nica del Centro. Sono stati esclusi dall'indagine coloro che presentavano al primo incontro stati di intossicazione acuta, scarsa comprensione e conoscenza della lingua italiana, presenza di patologie psichiatriche gravi oltre alla diagnosi di dipendenza da alcol o obbligo di partecipazione da parte del Tribunale, dei Servizi Sociali o della Commissione patenti; alle 65 persone risultate arruolabili è stato chiesto di partecipare all'indagine e, di queste, 45 hanno accettato (69,2%). L'obiettivo dello studio è stata la valutazione dell'effetto degli incontri (nel periodo da settembre 2006 a marzo 2007) rispetto alla disponibilità al cambiamento e all'autoefficacia, entrambi fattori centrali nel processo di cambiamento.

Risultati

Delle 45 persone che hanno acconsentito a partecipare, hanno portato a termine i gruppi educativo-motivazionali 33 soggetti, la maggior parte dei quali di sesso maschile (70%) e con un'età media di 45,06 anni ($\pm 9,17$). Il 43% ha conseguito la licenza media, il 40% è impiegato come dipendente e il 52% è celibe/nubile. La *diagnosi* più frequente è risultata essere quella di alcol-dipendenza (61%).

Come si può notare dalla Tabella 2, sono emerse differenze statisticamente significative prima - dopo per le variabili considerate. Coerentemente con quanto ipotizzato, si osserva un aumento significativo della disponibilità al cambiamento e del senso di efficacia personale.

Nonostante il limite della mancanza di un gruppo di controllo e la scarsa ampiezza del campione, i risultati sembrano incoraggiare l'utilizzo degli incontri educativo-motivazionali, sia per promuovere un atteggiamento rivolto al cambiamento (*disponibilità al cambiamento*) sia per po-

ter aumentare la percezione degli utenti di poter modificare il proprio comportamento (*autoefficacia*). Quest'ultimo dato è particolarmente significativo alla luce della letteratura che individua nell'autoefficacia un fattore predittivo molto importante per il raggiungimento e il mantenimento di un risultato.

In conclusione, i gruppi educativo-motivazionali sembrano essere un intervento in grado di agire positivamente sulla motivazione al cambiamento che, come detto, è riconosciuta come un fattore molto importante per il successo di un trattamento.

Naturalmente, l'intervento educativo-motivazionale è e deve essere effettuato in un contesto più ampio e, come già sottolineato, è centrale l'approccio che integra le componenti medico-infermieristiche con quelle educative; tale approccio è particolarmente adatto per i programmi di trattamento volti alla modifica di stili di vita non salutogeni e alla dipendenza alcolica; questa infatti si presenta come una patologia "complessa" per la quale l'intervento necessita di contributi e di competenze derivanti anche dalle discipline educativo-comportamentali. A conferma di ciò, potremmo affermare che la filosofia (lo stile della modalità terapeutica) dell'intervento riconosce in ogni individuo la possibilità di cambiare, vale a dire riconosce da un lato le ragioni del paziente/famiglia e le sue capacità di scelta, dall'altro la capacità dell'operatore di sviluppare un approccio empatico verso le persone assistite.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: monicagiuli@gmail.com

TM

Tabella 2 - Differenza tra l'inizio e la fine degli incontri educativo-motivazionali rispetto alle variabili Disponibilità al Cambiamento e Autoefficacia. *t* di Student per campioni dipendenti. *N*=33.

		Media	Deviazione standard	Differenza tra inizio e fine intervento	T32	p
Disponibilità al cambiamento	Inizio	66,41	15,85	+8,92	3,65*	<.001
	Fine	75,34	13,14			
Autoefficacia	Inizio	51,94	21,77	+13,86	3,77*	<.001
	Fine	66,43	20,64			

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

B.D.A. COMPUTERS & SOFTWARE (Sconto 10% su P.C. Notebook e pda Asus)

B.D.A. Computers & Software offre uno sconto del 10% sull'acquisto di notebook e pda della linea ASUS inoltre sconti ed agevolazioni per noleggio hardware/software, e per tutti i servizi di assistenza tecnica post vendita come p.c. sostitutivo, assistenza hardware, assistenza software, assistenza sistemistica, formazione e consulenza.

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931
info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net



Fiorella Galluzzi, laureata nel 1966, specializzata in Pediatria e Puericultura nel 1968 e in Malattie Infettive e Parassitarie nel 1980 con il massimo dei voti e lode. Assistente volontaria presso la Clinica Pediatrica dal 1967 al 1973, medico interno dal 1973 al 1975. Ricercatore confermato dal 1 Agosto 1980. Professore Associato in Pediatria dal 1983.

La sindrome dell'ovaio policistico

Obiettivi terapeutici e trattamento nelle adolescenti

La Sindrome dell'Ovaio Policistico (PCSO) è una patologia endocrina che colpisce circa il 5-10% delle donne in età riproduttiva e rappresenta una delle cause più frequenti di infertilità femminile.

Perché si possa parlare di Sindrome dell'Ovaio Policistico è necessaria la presenza di almeno due dei seguenti criteri clinici stabiliti nel 2003 dalla conferenza di Rotterdam:

1. Oligomenorrea o Amenorrea.
2. Segni di iperandrogenismo clinici (irsutismo) e/o biochimici (incremento dei livelli ematici del testosterone libero, androstenedione, deidroepiandrosterone solfato, ormone luteinizzante e riduzione delle proteine leganti gli ormoni sessuali).
3. Aspetto ultrasonografico di policistosi ovarica: ovaio di dimensioni aumentate (>10 ml) con multipli follicoli in sede sottocorticale ed ispessimento dello stroma.

Non si tratta tuttavia di un'afezione che riguarda esclusivamente la funzione ovarica e la sfera riproduttiva ma di una sindrome eterogenea caratterizzata da un ampio spettro di manifestazioni cliniche poiché ad essa si associano con un'incidenza due volte maggiore nelle pazienti affette rispetto alle adolescenti della stessa età altre anomalie endocrine quali: resistenza all'insulina, obesità, diabete mellito di tipo 2 e patologie cardiovascolari.

Obiettivi terapeutici

Dato l'aspetto pleiotropico della sindrome gli obiettivi terapeutici delle pazienti con PCSO prevedono: miglioramento dei segni dell'iperandrogenismo, prevenzione della sindrome metabolica e dei rischi cardiovascolari ad essa associati, eventuale risoluzione dell'irregolarità mestruali e in età adulta dell'infertilità.

Trattamento dell'iperandrogenismo

L'iperandrogenismo delle pazienti con PCSO si manifesta in generale subito dopo il menarca con la comparsa di irsutismo localizzato al viso, al collo, al torace e alla parte inferiore dell'addome associato ad acne sul volto, al torace e al dorso.

L'uso degli estroprogestinici è stato per anni il cardine della terapia dell'iperandrogenismo in quanto in grado di ridurre la produzione ovarica di androgeni migliorando clinicamente sia l'irsutismo che l'acne. La scelta si basa su estrogeni associati a progestinici ad attività anti-androgena intrinseca quali il *ciproterone acetato* (pillola Diane 35, o Dianette) o più recentemente il *drospirenone* un derivato progestinico del 17- α -spironolattone (pillola Yasmine).

Uno studio multicentrico randomizzato in doppio cieco su 9 cicli consecutivi ha dimostrato che la Yasmine è efficace quanto la Diane nella riduzione dell'acne e dell'irsutismo.

Un problema potenziale sull'uso a lungo termine degli estroprogestinici è legato ai possibili effetti deleteri sul metabolismo lipidico e glucidico particolarmente nelle pazienti con obesità e resistenza all'insulina. Tuttavia è stato dimostrato che donne diabetiche in trattamento con contraccettivi orali da lungo tempo non presentano un peggioramento della loro malattia o del loro profilo biochimico.

Una limitazione all'uso degli estroprogestinici per via orale può essere causata invece dall'insorgenza di: cefalea, nausea, ritenzione idrica e disturbi idroelettrolitici (iperpotassemia).

Attualmente sono a disposizione in Italia ceppi estroprogestinici che vengono assorbiti per via transdermica riducendo gli svantaggi di una somministrazione per via orale (metabolismo epatico, interazioni farmacologiche).

FIGURELLA GALLUZZI*, M. LUISA VETRANO**, LAURA GASPERI**, VALENTINA LEONARDI**,

* Professore associato di Pediatria

** Medico-chirurgo

Dipartimento di Pediatria - Università degli Studi AOU Meyer, Firenze

In associazione o in alternativa al trattamento estroprogestinico si è dimostrata ugualmente efficace la *flutamide* un antiandrogeno non steroideo capace di bloccare i recettori degli androgeni senza interferire con i recettori degli altri ormoni steroidei. Le dosi relativamente basse (da 62,5 mg a 125 mg/die) consentono inoltre una migliore tolleranza.

La sensibilità all'insulina nel trattamento dell'iperandrogenismo

L'iperinsulinemia associata alla PCSO provoca un'esagerata stimolazione della sintesi ovarica di androgeni per cui svolge un ruolo patofisiologico nell'iperandrogenismo causa dell'irsutismo e delle irregolarità mestruali. Si è pertanto presa in considerazione la possibilità di usare degli agenti che aumentino la sensibilità all'insulina nel trattamento delle pazienti affette. La *metformina* è attualmente il farmaco più usato e rispetto ai contraccettivi orali esercita degli effetti positivi sull'insulino resistenza, sull'obesità, sull'irregolarità mestruali, anovulazione ed irsutismo.

Prevenzione della sindrome metabolica

Il 46% delle pazienti con PCSO sviluppa una sindrome metabolica con conseguenti rischi di insorgenza di diabete di tipo 2 entro 5 anni. La resistenza all'insulina è la causa dell'obesità e della dislipidemia che si manifesta nel 30-50% delle adolescenti. Questi dati allarmanti impongono la necessità di effettuare degli screening adeguati quali il dosaggio della glicemia a digiuno e dell'in-

sulinemia, il profilo lipidico (colesterolo totale, HDL, trigliceridi) e il continuo monitoraggio della pressione arteriosa. Qualora il BMI risulti >30 Kg/m² e laddove è presente un'iperinsulinemia si rende necessaria l'esecuzione di una curva da carico orale di glucosio (OGTT). Le misure terapeutiche vanno iniziate il più precocemente possibile e si basano sul miglioramento dello stile di vita (esercizio fisico e dieta) per mantenere sotto controllo il peso corporeo nel tempo.

Conclusioni

Il dibattito riguardante il trattamento ideale della PCSO nelle adolescenti rimane a tutt'oggi aperto. Dal momento che l'obiettivo principale resta la prevenzione delle complicanze metaboliche sembra logico proporre nei casi in cui è presente insulino-resistenza un trattamento che associ un sensibilizzante all'insulina (*metformina*) ad un composto anti-androgeno (*ciproterone acetato* o *flutamide*). La *metformina* ad una dose di 850 mg/die associata a bassi dosi di *flutamide* (62,5mg/die) sembra essere un'opzione terapeutica sicura, ben tollerata ed efficace. Nei casi in cui non è presente insulino resistenza è necessario optare per l'approccio tradizionale associando gli estroprogestinici per via orale o transdermica ad un antiandrogeno.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: galluzzi@unifi.it

TM

CORSI E SEMINARI

CORSO DI PERFEZIONAMENTO E-LEARNING IN SANITÀ

Nell'a.a. 2010/11 la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze attiverà la I edizione del Corso di Perfezionamento "E-learning in Sanità".

Tale Corso promuove la formazione di esperti capaci di progettare, produrre ed erogare corsi e-learning sia per la formazione universitaria che per l'aggiornamento professionale continuo degli operatori sanitari (ECM a distanza).

Potranno iscriversi al Corso di Perfezionamento laureati e diplomati universitari di primo e secondo livello di qualsiasi indirizzo di studi, con particolare riferimento a quelli nel campo sanitario. Il Corso è organizzato dagli stessi docenti che per sette edizioni hanno tenuto il Master in e-Medicine (<http://www.master-emedicine.it>).

Il Corso di Perfezionamento si avvale della prestigiosa collaborazione della casa editrice Springer-Verlag Italia, che nel Dicembre 2010 ha pubblicato il volume "E-learning in Sanità", a cura di Maria Renza Guelfi, Marco Masoni, Antonio Conti e Gian Franco Gensini. Il libro tratta l'uso delle tecnologie telematiche a fini formativi in area sanitaria, dalla formazione pre-laurea e post-laurea all'aggiornamento professionale continuo, un argomento che sta suscitando notevole interesse tra i formatori sanitari in un periodo in cui stanno entrando a regime le nuove regole della Commissione Nazionale ECM.

L'attività formativa del Corso di Perfezionamento sarà articolata in lezioni in presenza e in didattica a distanza. Le lezioni in presenza si svolgeranno a Firenze l'intera giornata di Venerdì e il Sabato mattina per un totale di circa 5 fine settimana distribuiti nel periodo Febbraio 2011-Aprile 2011. L'attività formativa a distanza si svolgerà utilizzando una piattaforma e-learning open source, e prevede attività individuali e di gruppo mediante l'attivazione di comunità virtuali di apprendimento.

Il Corso di Perfezionamento è in fase di accreditamento ECM.

Ulteriori informazioni all'indirizzo: <http://e-learning.med.unifi.it/sanita/> oppure contattare: dott. ssa M.R. Guelfi, Dott. M. Masoni - E-mail: r.guelfi@med.unifi.it, m.masoni@med.unifi.it - Tel: 055.4598029; 329.8081716 - Fax: 055.4598946.

C'era una volta un male incurabile



Santi Nigrelli, dal 1988 è Dirigente Medico di I° Livello c/o la I.U.O. di Nefrologia e Dialisi dell'Osp. S.M. Annunziata Asl 10 Fi. È referente dell'U.O. per il gruppo di studio interaziendale sull'amiloidosi; per il gruppo di studio di immunopatologia della Soc. It. di Nefrologia (SIN), per il programma "Qualità e Accreditamento" promosso dalla SIN, per il programma di Gestione Rischio Clinico promosso dall'Asl 10 di Fi.

L.G. di anni 54, di origini siciliane, sportivo praticante di podismo ed immersioni subacquee si presenta nel giugno del 2006 con grave dispnea per piccoli sforzi, ortopnea, edemi declivi e parestesie alle estremità. Da circa un anno ha notato notevole difficoltà a compiere esercizi fisici che prima eseguiva con facilità.

All'obiettività evidenza di edemi declivi, turgore giugulare, riduzione del murmure vescicolare su tutto l'ambito polmonare, epatomegalia (5-6 cm sotto l'arco costale) con dolore alla palpazione.

Tono aggiunto protodiastolico (T3) all'auscultazione cardiaca. PA 110/70 mmHg, FC 80 bpm in clinostatismo, 100/70 mmHg, FC 84 bpm in ortostatismo.

All'ECG presenza di bassi voltaggi periferici con turbe della conduzione intraventricolare.

L'ecocardiogramma evidenzia marcato aumento della massa miocardica con funzione sistolica conservata ma severa disfunzione diastolica (E/A=3,9, t dec onda E 125 mse; spessore del setto interventricolare e della parete posteriore del

ventricolo sinistro di 16 mm con marcata iperflettenza, dilatazione degli atri e versamento pericardio (Figura 1).

I cardiologi diagnosticano pertanto una cardiomiopatia restrittiva.

L'immunoscrizione sierica evidenzia una tenue banda M di catene leggere libere K con rapporto k/lambda 56.1, NT pro BNP 5570 pg/ml (vn <227), Troponina I 0.85 ng/ml (vn <0.06).

Nella norma emocromo, indici di citolisi epatica e di colestasi, clearance della creatinina.

Nelle urine presenza di modesta proteinuria (0.17 gr/ 24 ore) con evidenza di proteinuria di Bence Jones ecomposta da catene leggere k.

Alla biopsia osteomidollare presenza di plasmocitosi interstiziale e paratrabecolare senza atipie cellulari pari al 25% con restrizione clonale per catene leggere k.

Il prelievo del grasso periombelicale (GPO) evi-

SANTI NIGRELLI¹, GIUSEPPE CURCIARELLO², ANNAMARIA CICIANI³, S.DI LOLLO⁴, FEDERICO PERFETTO⁵, FRANCO BERGESIO⁶

¹ Dirigente Medico U.O. Nefrologia Ospedale S.M. Annunziata, ASF

² Dirigente Medico Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale Ospedale S.M. Annunziata, ASF

³ Dirigente Medico U.O. Nefrologia Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio, ASF

⁴ Professore Associato Istituto di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Firenze, AOU di Careggi

⁵ Dirigente Medico SOD Medicina C AOU di Careggi

⁶ Dirigente Medico SOD Nefrologia, AOU di Careggi

A nome del Gruppo Fiorentino per lo studio e la cura dell'amiloidosi: www.amiloidosifirenze.it

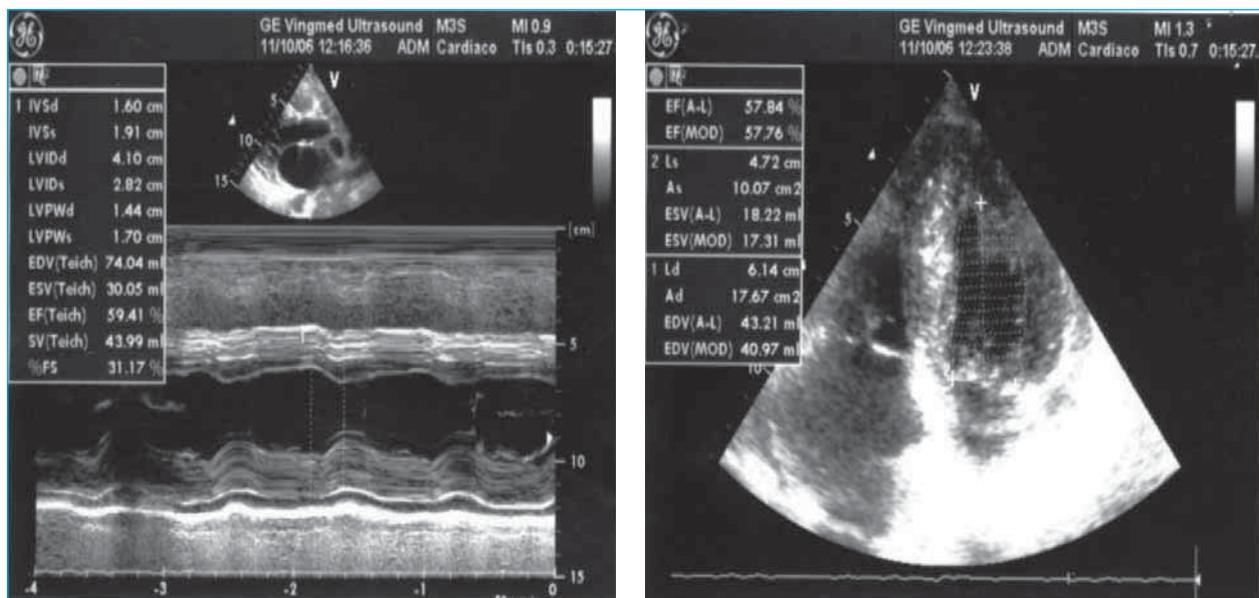


Figura 1 - Ecocardio prima del trattamento con bortezomib.

denza depositi di sostanza amiloide dopo colorazione con rosso congo e visione a luce polarizzata.

Lo studio genetico permette di escludere la presenza di una amiloidosi da accumulo di trastiretina pertanto viene posta diagnosi di: Amiloidosi AL a prevalente coinvolgimento cardiaco.

Vengono escluse alterazioni significative con l'ecografia addominale, l'ECG dinamico sec. Holter, l'EMG, la VCN e l'Rx dello scheletro.

Dal mese di agosto del 2006 al marzo del 2007 il paziente esegue 6 cicli di chemioterapia con Melphalan 14 mg/die e desametasone 20 mg/die per 4 giorni da eseguire ogni 28 giorni.

Alla fine dei 6 cicli le condizioni cliniche non mostrano un evidente miglioramento, persiste la dispnea per piccoli sforzi. Si evidenzia una modesta riduzione della concentrazione di catene k libere circolanti ma un incremento degli indici di disfunzione cardiaca in particolare dell'NT proBNP e della troponina. Invariati peraltro i reperti ecografici cardiaci.

Da aprile 2007 il paziente inizia terapia con Bortezomib 1.3 mg/mq/die il 1°, 4°, 8°, 11° giorno di ogni ciclo di 21 giorni e desametasone 20 mg 1°, 2°, 8°, 9° giorno di ogni ciclo.

In tal modo esegue 3 cicli di terapia seguiti da infusioni di solo Bortezomib 1.3 mg/mq ogni 10 giorni per un totale di 8 infusioni quindi ulteriori tre infusioni dello stesso farmaco, alla stessa posologia ogni 20 giorni.

Già dopo il primo ciclo di terapia il paziente evidenzia miglioramento della dispnea che si riduce progressivamente fino praticamente a scomparire. Alla fine del trattamento con Bortezomib la sierologia evidenzia normalizzazione della concentrazione delle catene leggere K, del rapporto k/lambda, marcata riduzione dell'NTproBNP (840 ng/ml) e della troponina (0.59 ng/ml). Ridotti gli spessori del setto interventricolare e della parete posteriore del ventricolo sinistro (14 mm).

Da gennaio del 2008 il paziente sospende ogni trattamento (Figura 2).

Il follow up è descritto nella Tabella 1.

Gli esami attuali permangono invariati, il paziente è asintomatico ed ha ripreso l'attività sportiva comprese le immersioni.

Casi come quello appena descritto, fino a pochi mesi or sono, erano gravati da pessima prognosi. L'amiloidosi cardiaca è comunque ancora una delle manifestazioni peggiori dell'amiloidosi.

La scoperta di farmaci come il Bortezomib, inibitore del proteosoma, ed il suo impiego clinico ha permesso di aprire una concreta prospettiva terapeutica con risultati impensabili fino a due anni or sono dando una prospettiva di vita pressoché normale a pazienti un tempo già condannati.

Fondamentale però è riconoscere in tempo la malattia per poterla curare.

Una proteinuria dosabile o l'insufficienza renale in un soggetto con una MGUS anche lieve, un quadro di cardiomiopia restrittiva associata a complessi elettrocardiografici di basso voltaggio e/o un quadro ecocardiografico caratterizzato da ispessimento parietale dei ventricoli ed iperecogenicità devono farci pensare all'amiloidosi che può essere diagnosticata nella maggior parte dei casi con un esame molto semplice e ripetibile come l'agoaspirato del grasso periombelicale (GPO).

L'esame associa ad una elevata specificità (>95%) una altrettanto alta sensibilità (87%), non richiede attrezzature particolari ma va eseguito in centri specializzati.

Utili ai fini diagnostici sono anche le biopsie delle ghiandole salivari minori, della mucosa rettale e degli organi interni (rene, fegato e cuore); queste ultime però sono da prendere in considerazione solo dopo l'esecuzione del GPO e solo se questo è negativo in quanto gravate da rischio emorragico.

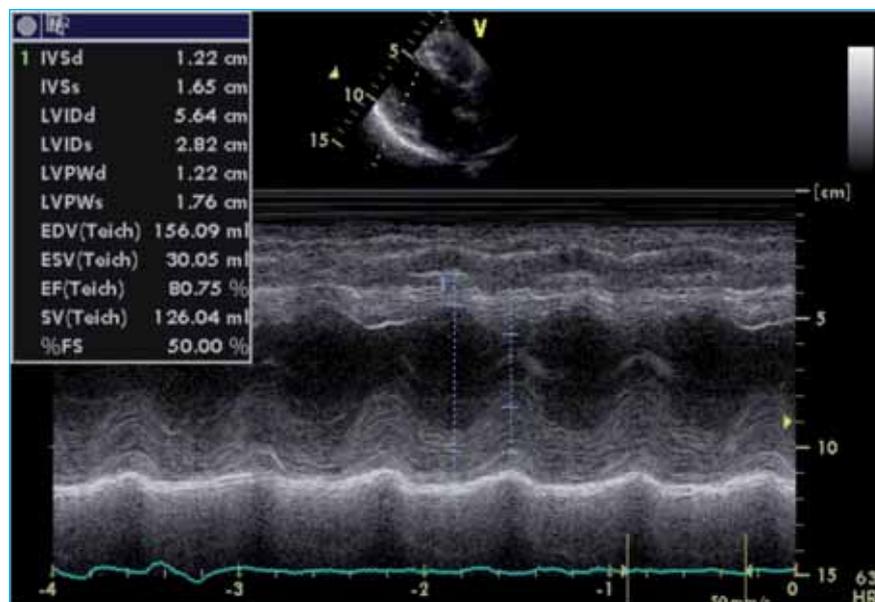


Figura 2 - Ecocardiogramma dopo trattamento con bortezomib.

Il Registro Unico dell'Area Fiorentina

Dal 2002 è operativa nel territorio della provincia di Firenze una rete di presidi per la diagnosi e la cura delle Amiloidosi. Tale rete prevede due nodi o Centri principali: uno presso l'Azienda Ospedaliera di Careggi (AOUC) che è anche il Centro di riferimento regionale per tale patologia ed uno presso il servizio trasfusionale dell'ospedale S.M. Annunziata a Ponte a Niccheri.

Il Centro dell'AOUC è referente per la diagnostica e la terapia all'interno del policlinico di Careggi, il secondo per il territorio della Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF). In considerazione della grande estensione del territorio della ASF, sono stati individuati alcuni medici referenti presso le strutture ospedaliere esistenti, con lo scopo di coordinare in loco l'iter diagnostico e terapeutico dei pazienti sospettati di avere tale patologia indirizzandoli, se necessario, alle strutture ospedaliere di secondo livello: S.M. Annunziata, Nuovo S. Giovanni di Dio o Careggi.

Strumento fondamentale per la diagnosi di Amiloidosi è il prelievo del grasso periombelicale.

Si tratta di un esame semplice, non invasivo, sicuro e ripetibile. L'esame viene eseguito abitualmente sia presso il Nuovo Ospedale di S. Giovanni di Dio che presso l'Ospedale di S.M. Annunziata dove peraltro avviene la refertazione di tutti i prelievi e dove ha sede il registro delle diagnosi per l'ASF. Responsabile di tale servizio e coordinatore per la patologia di tutta l'Azienda è il Dr. Giuseppe Curciarello del Servizio Trasfusionale dell'ospedale S.M. Annunziata a Bagno a Ripoli. Coordinatori e responsabili del registro delle Diagnosi per l'AOUC sono invece il Dr. Franco Bergesio e il Dr. Federico Perfetto.

I dati dei due registri confluiscono nel registro Unico dell'Area Fiorentina che rappresenta lo strumento fondamentale per monitorare l'incidenza/prevalenza della patologia nel nostro territorio e osservarne l'andamento nel tempo. In tale Registro confluiscono non solo i prelievi del grasso periombelicale, lo strumento in assoluto più utilizzato ai fini diagnostici, ma anche tutte le diagnosi istopatologiche effettuate dai servizi di Anatomia Patologica presenti nelle due Aziende. Dai dati raccolti negli ultimi 5 anni (2005-2009) è emersa una incidenza mediana di 25 nuovi casi per milione di abitanti per anno. Tale incidenza dimostra come la patologia sia normalmente sottostimata e come il numero dei nuovi casi per anno sia decisamente superiore a quello riportato dal gruppo del

Prof. Kyle della Mayo Clinic in un lavoro rimasto ormai storico (9,9 casi/anno).

Attualmente il Registro comprende oltre 200 casi raccolti a partire dal 1988 di cui 56% maschi e 44% femmine, di età media di 75 anni di cui 137 con amiloidosi AL (primaria), 24 con AA (secondaria o reattiva) e 17 con AF (amiloidosi eredo-familiare). 41 pazienti con AL sono risultati affetti anche da Mieloma multiplo mentre 9 erano affetti soltanto da forme localizzate. Infine in 17 casi non è stato possibile stabilire il tipo di amiloidosi.

Il cuore è risultato l'organo più frequentemente coinvolto (104 casi), seguito dal rene (92), il sistema nervoso periferico, il tratto gastrointestinale e i tessuti molli.

La sopravvivenza mediana delle AL è stata di 50 mesi ma di soli 23 nei pazienti con coinvolgimento cardiaco. Diversamente da quello cardiaco, il coinvolgimento renale non ha mostrato di influenzare significativamente la sopravvivenza dei pazienti. I pazienti con AA e AF hanno mostrato una sopravvivenza mediana rispettivamente di 36 e 43 mesi.

L'Artrite reumatoide è stata la malattia di gran lunga più comune nelle forme secondarie (AA).

5 pazienti affetti da AA presentavano un interessamento cardiaco (18%) che è risultato la causa finale di morte in 3 di essi.

Tutti i pazienti con amiloidosi eredo-familiare presentavano una mutazione della molecola della Transtiretina.

Le due Aziende dell'Area Fiorentina collaborano per l'aggiornamento di linee guida di diagnosi e terapia in associazione col reparto di Ematologia di Careggi e per l'organizzazione di incontri periodici presso gli Ospedali dell'Area Vasta Centro tesi a migliorare le conoscenze e l'approccio clinico alla malattia.

Inoltre da un anno è attivo il sito web www.amiloidosifirenze.it su cui è possibile trovare tutte le informazioni necessarie sia ai medici di famiglia che ai pazienti e ai loro familiari per orientarsi più efficacemente sui servizi disponibili nel territorio fiorentino.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: santi.nigrelli@asf.toscana.it

TM

	04/2008	10/2008	04/2009	09/2009
Catene k libere	12.7	12.3	12.9	13.5
k/lambda	1.1	1.0	2.1	0.94
NT proBNP	695	521	482	423
Troponina I	0.83	0.85	0.19	0.19
Setto IV	14	12	12	12
Parete post ventr sn	14	12	12	12



Distribuzione dei tumori per sede nel periodo 2004-2005

I dati del Registro Tumori della Regione Toscana

Si stima che nel 2010 tra i soggetti residenti nella Regione Toscana di età 0-84 anni vengano diagnosticati circa 25000 nuovi casi di tumore maligno invasivo, 12752 fra gli uomini e 11852 fra le donne. Attualmente il rischio teorico individuale di sviluppare un tumore nell'arco della vita (0-84 anni) è pari a uno su due sia fra gli uomini che fra le donne (www.ispo.toscana.it).

Nel periodo 2004-2005 i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (RTRT) relativi ai tumori maligni incidenti mostrano che le neoplasie più frequenti sono a carico della mammella, che rappresenta la sede tumorale nell'11.3% dei casi diagnosticati nel periodo in esame, con un tasso di

incidenza standardizzato pari a 63.5 per 100.000, del polmone (tasso standardizzato 42.9, 9.2% di tutti i tumori diagnosticati), del colon (tasso standardizzato 35.2, 8.2% di tutti i tumori diagnosticati) e della prostata (tasso standardizzato 34.4, 7.9% di tutti i tumori diagnosticati).

Analizzando i dati per sesso, nel biennio 2004-2005 la diagnosi tumorale più frequente fra le donne è rappresentata dal carcinoma della mammella e fra gli uomini dal carcinoma della prostata.

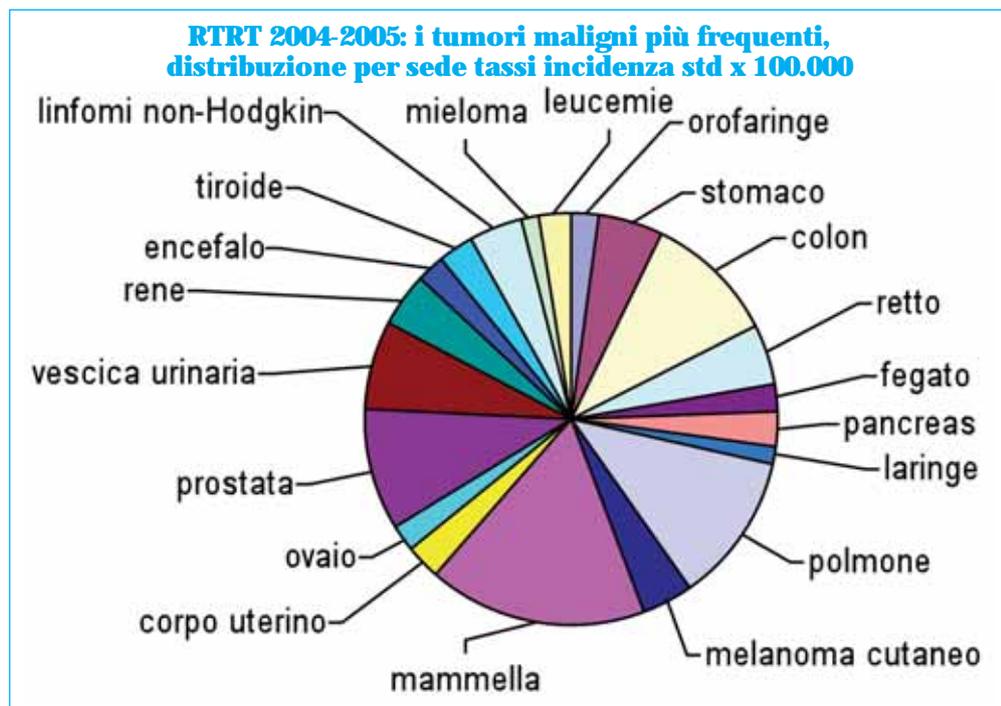
A. CALDARELLA, C. SACCHETTINI, G. MANNESCHI, L. NEMCOVA, A. CORBINELLI, T. INTRIERI

UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: a.caldarella@ispo.toscana.it

TM



Metodi: Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (www.ispo.toscana.it) relativi alle province di Firenze e Prato. La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea.

Nuove strade per combattere la cocaina

Sperimentazione per assistenza protetta intensiva di persone dipendenti da cocaina

LE ORIGINI DELLA SCELTA (un po' di storia)

È noto a tutti l'impegno della Regione Toscana nel settore delle dipendenze patologiche a partire dalla istituzione dei CMAS (Centri Medici di Assistenza Sociale), dei GOT (Gruppi Operativi Tossicodipendenze) fino agli attuali SerT (Servizi per le Tossicodipendenze).

ARCANGELO ALFANO*, MILO MEINI**°,
MICHELE LANZI**§

* Responsabile P.O. Dipendenze Regione Toscana

** Coordinatori della sperimentazione

° Responsabile Dipartimento Dipendenze Azienda USL 5
Pisa

§ Consulente Casa di Cura Ville di Nozzano - Lucca

Il complesso delle politiche socio sanitarie in materia ha avuto quale asse portante, negli anni, i seguenti indirizzi: la valorizzazione della persona e della complessità dei suoi bisogni, la necessità di ottime relazioni pubblico-privato, gli strumenti integrati della programmazione, la organicità dei rapporti tra sociale e sanitario, la grande attenzione all'evoluzione dei fenomeni di dipendenza, la mutabilità dei bisogni, i cambiamenti sociali.

Tali peculiarità hanno prodotto quello che da tutti, almeno in Italia, è conosciuto come il Modello Toscano.

Gli atti regionali della programmazione sanitaria e sociale (Piano Sanitario Regionale e Piano Integrato Sociale Regionale) hanno sempre previsto e sostenuto azioni importanti nel settore delle dipendenze e la **"Sperimentazione per assistenza protetta intensiva di persone dipendenti da cocaina"** trae origine recente in particolare dalla **Delibera GRT n. 340 del 14/05/2007** e dal **Decreto Dirigenziale n. 6681 del 21/12/2007**.

Infatti nel 2007 la Regione, sulla base degli esiti delle ricerche epidemiologiche, matura la

consapevolezza che la continua e rapida evoluzione delle problematiche connesse al fenomeno droghe, il notevole abbassamento dell'età dei consumatori, debbano indurre il sistema

socio-sanitario a frequenti riflessioni ed adeguamenti funzionali e che il diffondersi di sostanze sintetiche e **soprattutto l'esplosione dell'uso e abuso della cocaina e**

psicostimolanti stiano assumendo una vera e propria caratteristica di emergenza sociale, che non trova nella rete dei servizi risposte adeguate ed appropriate (come confermato dalla Relazione Sanitaria prodotta dall'Agenzia Regionale di Sanità e dalla Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia - anno 2006).

La constatazione che la dipendenza da cocaina ha delle peculiarità che necessitano di trattamenti particolari e che non si conoscono **terapie farmacologiche di comprovata efficacia**, hanno indotto la Regione Toscana ad individuare, in via sperimentale, centri specialistici per il trattamento e la riabilitazione di persone con dipendenza da cocaina e/o consumatori di psicostimolanti ed a promuovere un'ampia azione tesa a:

- avviare una ricerca clinico-farmacologica;
- formare gli operatori dei servizi pubblici e privati all'approccio cognitivo comportamentale;

Un panel interregionale di esperti ha così individuato due farmaci utilizzabili contro il craving da cocaina mentre un altro gruppo di lavoro ha pianificato un percorso di formazione teso a far acquisire l'approccio cognitivo comportamentale per la cura della dipendenza da

cocaina, secondo la metodica di K.M. Carroll, validata negli Stati Uniti.

Data la complessità del fenomeno cocaina in ordine alla specificità delle caratteristiche psicopatologiche dell'utenza, all'impiego di farmaci e alla loro combinazione con trattamenti psicoterapici, la Regione non ha considerato esaustive tali iniziative ma ha ritenuto indispensabile avviare anche alcuni percorsi sperimentali per acquisire ulteriori conoscenze e delineare processi riproducibili in varie realtà del territorio toscano.

LA SPERIMENTAZIONE PER ASSISTENZA PROTETTA INTENSIVA DI PERSONE DIPENDENTI DA COCAINA

Con il Decreto Dirigenziale n. 6681/2007 è stato approvato il protocollo operativo che ha avviato la **“Sperimentazione per assistenza protetta intensiva di persone dipendenti da cocaina”**.

Si riportano di seguito alcune delle condizioni e caratteristiche che hanno connotato la sperimentazione:

Prerequisiti

- Collaborazione stretta pubblico-privato (Regione - AUSL Pisa - Casa di Cura - CNR - SerT).
- Ricerca delle competenze necessarie (mediche - cardiologiche - psichiatriche - psicologiche - pedagogiche - riabilitative - logistiche).
- Costituzione di équipe operativa di alta professionalità.
- Coordinamento integrato.
- Risorse disponibili.

Caratteristiche

- Ciclo breve di trattamento per complessivi 17 giorni presso Casa di Cura Specialistica accreditata (Ville di Nozzano - Lucca).
- Fase residenziale intensiva di soli 8 giorni e semiresidenziale di 9 giorni.
- Accertamenti clinici e diagnostici approfonditi con ricerca dei danni d'organo, in collaborazione con la Fondazione Toscana “G. Monasterio” (CNR - Istituto di Fisiologia Clinica).

- 12 sedute di psicoterapia TCC (validato per la cocaina sec. K.M. Carroll, 2001) adattato a piccoli gruppi sia in regime residenziale che in day hospital.
- Programmazione dettagliata della giornata tipo a fine di osservazione e orientamento riabilitativo.
- Incontri sistematici di équipe per:
 - verifiche di andamento degli aspetti generali della sperimentazione;
 - verifiche delle caratteristiche e problematiche di ciascun gruppo, sia in itinere che a conclusione del trattamento;
 - analisi e verifiche di andamento per ciascun paziente.

La sperimentazione è stata condotta tra il 14/09/2009 ed il 12/04/2010.

Sono stati reclutati 39 casi, ammessi al protocollo in 6 gruppi (minimo 4 - massimo 9 persone).

Il programma è stato sviluppato in due fasi: ricovero e day hospital.

Ricovero. 8 giorni (7 notti) in casa di cura.

Day hospital. 9 rientri (due per settimana).

Il ciclo completo comportava 17 giorni effettivi di trattamento che venivano esauriti in un arco temporale di circa 40 giorni.

Attualmente è allo studio la possibilità di validare l'approccio cognitivo comportamentale su gruppi ed è in corso l'elaborazione dei dati relativi alla sperimentazione.

Già nelle elaborazioni preliminari sono risultati particolarmente significativi gli indici di ritenzione e di completamento dei trattamenti, l'andamento del craving e gli elementi tossicologici di correlazione con le diverse sostanze d'abuso utilizzate in combinazione con la cocaina.

Parimenti importanti sono le osservazioni/valutazioni psichiatriche e i danni d'organo rilevati attraverso le sofisticate indagini condotte dal CNR-Fondazione Monasterio di Pisa.

Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipercolesterolemia

Pubblichiamo la seconda *Dear Doctor Letter* della Commissione Terapeutica della Regione Toscana sulle problematiche relative alla terapia farmacologica dell'ipercolesterolemia. Tali indirizzi terapeutici rappresentano un contributo rilevantisimo per garantire i migliori risultati per i pazienti e, nello stesso tempo, la sostenibilità dell'assistenza.

Premessa

Secondo il Codice Deontologico l'appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. L'autonomia prescrittiva del medico, che è un valore da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la sostenibilità del sistema sanitario (rapporto beneficio/costo favorevole). Principio basilare dell'appropriatezza prescrittiva è che, a parità di efficacia documentata e di applicabilità al singolo paziente di farmaci diversi, sia preferito quello di minor costo.

Pertanto, pur rispettando la libertà prescrittiva in base al quadro clinico del paziente, l'uso di farmaci più costosi, a parità di risultati terapeutici, oltre ad essere in contrasto con la deontologia professionale, potrebbe costringere l'Amministrazione Regionale ad adottare provvedimenti tesi a porre vincoli che consentano un riequilibrio economico del sistema. Ciò può essere evitato se ogni singolo attore del sistema contribuirà alla valutazione appropriata della terapia.

La Commissione Terapeutica Regionale (CTR), in collaborazione con esperti del settore e con alcune Società Scientifiche, ha ritenuto opportuno affrontare alcuni aspetti della terapia dell'ipercolesterolemia con l'intento di migliorare i risultati delle terapie farmacologiche e contribuendo, al tempo stesso, alla sostenibilità del sistema.

Quadro della prescrizione nella Regione Toscana

Sulla base dei dati relativi al consumo di farmaci a carico SSR, nell'anno 2009 i pazienti toscani trattati con statine sono stati 272 mila, pari a circa il 7,3% della popolazione toscana. Nello stesso periodo sono state erogate a carico del SSR oltre 63 milioni di unità posologiche pari a circa 2,4 milioni di confezioni per una spesa di 48 milioni di euro, cioè circa l'8% della spesa farmaceutica con-

venzionata. Il costo medio per confezione rimborsato dal SSR è stato pari a 19,8 euro. Sempre nel 2009 le statine a brevetto scaduto (**costo medio per confezione 9,4 euro**) hanno rappresentato il 51,2% in termini di unità posologiche e il 26,4% in termini di spesa, mentre le statine coperte da brevetto (**costo medio per confezione 33,1 euro**) hanno inciso per il 48,8% in termini di unità posologiche e per il 73,6% in termini di spesa.

L'analisi della prescrizione ha mostrato come le statine siano spesso impiegate in prevenzione primaria senza che vi siano evidenze, mentre in prevenzione secondaria e nei diabetici il numero dei pazienti in trattamento è inferiore rispetto a quello atteso.

Il trattamento si protrae frequentemente per una durata inferiore a quella raccomandata e, troppo spesso, l'interruzione avviene dopo l'assunzione di 1 o 2 confezioni. Quest'ultimo fenomeno è molto rilevante: nell'anno 2009 ha avuto un'incidenza del 16,6%.

Per questi motivi è utile richiamare alcuni criteri per definire l'appropriatezza prescrittiva di questi farmaci, per ridurre la spesa non motivata, per favorire la prescrizione quando esista un beneficio documentato e per facilitare la persistenza nel trattamento.

Efficacia delle statine

La terapia con statine deve essere iniziata dopo aver attuato i previsti interventi sullo stile di vita, sulla dieta e sugli altri fattori di rischio, facendo riferimento non solo ai valori del C-LDL, ma anche agli altri fattori di rischio cardiovascolare (CV) e all'eventuale presenza di patologie aterosclerotiche o di equivalenti ischemici (1).

In **prevenzione primaria** il trattamento con statine è indicato se il rischio Cardiovascolare Globale Assoluto, in base alle carte del rischio italiane, è superiore al 20%. La terapia va iniziata, se il C-LDL resta superiore a 160 mg/dL, con l'obiettivo di ridurlo al di sotto di 130 mg/dL¹.

In **prevenzione secondaria**, e cioè in presenza di cardiopatia ischemica, ischemia cerebro-

vascolare o dei loro equivalenti ischemici (diabete mellito, arteriopatia obliterante periferica, arteriopatia carotidea o aneurisma aorta addominale) il trattamento con statina deve essere iniziato se il C-LDL è al di sopra di 130 mg/dL, con l'obiettivo di raggiungere un target di C-LDL inferiore a 100 mg/dL e, facoltativamente, inferiore a 70 mg/dL (1,2).

Se la dose massima tollerata di statina non abbassa il C-LDL al target previsto, un valido risultato terapeutico alternativo è rappresentato da una riduzione del C-LDL di almeno il 30-40% rispetto al basale. Infatti, negli studi su esiti clinici (riduzione della mortalità per tutte le cause e della mortalità e morbilità CV e del ricorso a rivascolarizzazione) è stato ottenuto un abbassamento del C-LDL di circa il 30-40% rispetto a quello iniziale assegnando quasi sempre una dose di statina identica a tutti i soggetti arruolati, senza titolare il farmaco per il raggiungimento di un target lipidico predefinito. Lo scopo vero della terapia non è il raggiungimento del target lipidico, ma la riduzione della morbilità e della mortalità CV e totale, obiettivo che le statine alle dosi impiegate negli studi hanno dimostrato di raggiungere (4). Le dosi standard degli studi sono più facili da gestire nella pratica clinica corrente perché richiedono una minore necessità di ripetizione degli esami e si prestano ad una migliore aderenza al trattamento. Le statine che hanno dimostrato in modo più documentato e convincente la loro efficacia terapeutica sia in prevenzione primaria che secondaria sono la **simvastatina** (5,6) e la **pravastatina** (7,8,9,10), seguite dalla **atorvastatina** (11,12,13). La simvastatina, alla dose 40 mg/die, permette una diminuzione del C-LDL di 39 mg/dL, e una riduzione della mortalità totale del 12% e degli eventi CV maggiori del 21% a 5 anni (5).

La relazione tra posologia della singola statina e riduzione di C-LDL è riportata nella Tabella 1.

Dalla Tabella si evince che le molecole a brevetto scaduto simvastatina, pravastatina, lovastatina e fluvastatina, (**costo medio per confezione 9,4 euro**) ai dosaggi indicati, riducono il C-LDL dal 27% al 37%; le molecole atorvastatina e rosuvastatina ancora coperte dal brevetto (**costo medio per confezione 33,1 euro**) riducono il C-LDL fra il 37% e il 55%. L'associazione ezetimibe 10 mg + simvastatina da 10 a 40 mg induce una riduzione del C-LDL dal 46% al 55% con un costo medio per confezione di 74,6 euro.

Alte dosi di statine

Nella sindrome coronarica acuta (SCA) atorvastatina a 80 mg/die (alte dosi) riduce morbilità e mortalità CV fin dal primo mese di trattamento, indipendentemente dai livelli basali di C-LDL (16). Nell'angina stabile atorvastatina ad alte dosi riduce il rischio di eventi CV del 40-50% senza variazioni della mortalità per tutte le cause (17). Alte

dosi di rosuvastatina (20 mg/die), in soggetti apparentemente sani, con valori di C-LDL < 130 mg/dL e con livelli di hsPCR $\geq 2,0$ mg/L, hanno ridotto l'incidenza di eventi cerebrovascolari e CV non fatali, di ospedalizzazione per angina instabile, rivascolarizzazione arteriosa, e di morte per cause CV. Il beneficio assoluto è risultato di 4 eventi vascolari maggiori evitati per 1.000 persone trattate per un anno (18). Resta da stabilire la tollerabilità a lungo termine di questa posologia.

Anche se le statine abbassano i livelli di PCR, un marcatore di infiammazione associato al rischio coronarico, non è chiaro se gli effetti delle statine sulla PCR contribuiscano effettivamente alla loro efficacia. Pertanto la decisione di usare una statina non può essere basata solo sui valori della PCR (19).

Tollerabilità delle statine (20,21)

- In meno del 5% dei casi può insorgere nausea, dolori gastrointestinali, astenia o cefalea che migliorano proseguendo il trattamento.
- Il rischio di epatotossicità non dipende dall'entità dell'abbassamento del C-LDL ma dalla posologia della statina. Lievi incrementi della ALT o della AST (entro 3 volte il limite superiore del valore normale di riferimento) in due occasioni consecutive si verificano in 4 casi su 1000 pazienti e non comportano effetti tossici a lungo termine. Con le alte dosi di statina, l'incremento delle transaminasi oltre 3 volte i valori normali varia fra 1% all'1,2%.
- In presenza di un aumento degli enzimi epatici, una riduzione della posologia o l'interruzione del trattamento assicurano il ristabilimento dei valori normali.
- L'incidenza di effetti collaterali muscolari indotta da statine nella pratica corrente è in me-

Tabella 1

Molecola	Dose in mg/die	Riduzione C-LDL
Simvastatina	20	32%
Simvastatina	40	37%
Lovastatina	20	29%
Lovastatina	40	37%
Pravastatina	40	29%
Pravastatina	80	33%
Fluvastatina	40	27%
Fluvastatina	80 a rp*	33%
Atorvastatina	10	37%
Atorvastatina	80	55%
Rosuvastatina	10	43%
Rosuvastatina	40	53%

*rp= a rilascio prolungato

(modificata da Law MR, Wald NJ, Rudnicka AR¹⁴)

NB: ogni raddoppio della dose di statina porta di solito ad una ulteriore riduzione del C-LDL del 6%. L'aggiunta di 10 mg di ezetimibe abbassa il C-LDL di un ulteriore 12-15% (15).

dia del 10,5% e non è correlata al grado di riduzione del C-LDL. In corso di terapia con statine si può manifestare una mialgia fastidiosa associata ad aumento del CK che può indurre ad interrompere il trattamento. Una sensazione di debolezza muscolare può insorgere senza aumento del CK o in presenza di un innalzamento molto contenuto. I crampi muscolari aneddoticamente correlati all'uso di statine non sono di solito ad esse attribuibili. Una miosite associata a rhabdmiolisi importante si presenta con dolore muscolare e valori di CK 10 volte superiori alla norma. Un moderato aumento di CK (< 10 volte la norma) può essere asintomatico e di riscontro casuale. Le statine possono potenziare l'aumento del CK dovuto a esercizio fisico. La correlazione temporale fra inizio della terapia e insorgenza della sintomatologia non è definita come del resto il tempo intercorrente fra la sospensione e la risoluzione dei sintomi.

- Il rischio di sviluppare rhabdmiolisi, riportata peraltro con tutte le statine, dipende da molteplici fattori tra cui: l'età (> 65 anni), l'ipotiroidismo e una ridotta funzionalità renale. Occorre istruire i pazienti a riferire tempestivamente la comparsa di mialgia, di dolorabilità e/o di debolezza muscolare, di una inspiegabile stanchezza o di urine scure o rossastre. Una neuropatia periferica (escluse altre cause come il diabete mellito, l'insufficienza renale o l'ipotiroidismo) insorge con una frequenza di circa 12 casi ogni 100.000 per anno ed è collegata all'impiego cronico di statina.

- Resta da definire il profilo di tollerabilità renale della rosuvastatina (22).

Algoritmo terapeutico

Se, dopo 3 mesi di attività fisica e dieta, il C-LDL non ha raggiunto il target prefissato, dopo aver valutato la funzionalità epatica e renale, gli elettroliti e il CK (per evitare di imputare erroneamente un suo aumento successivo alla statina) e il TSH (l'ipotiroidismo di per sé aumenta il colesterolo e favorisce la miopatia da statina):

- **Iniziare con simvastatina 20 mg/die la sera** (riduzione attesa del C-LDL ≈35%); controllare la funzionalità epatica (AST e ALT) dopo 6 settimane e raccogliere informazioni circa l'insorgenza di sintomi muscolari (la valutazione di routine del CK in pazienti asintomatici non è raccomandata; infatti la miopatia può verificarsi senza che si registri aumento di questo enzima che non è quindi un indicatore affidabile di miotossicità).

- **Dopo 3 mesi eseguire profilo lipidico, AST e ALT e raccogliere informazioni circa l'insorgenza di sintomi muscolari:**

- se il C-LDL è a target, proseguire ricontrollando C-LDL semestralmente (o annualmente a seconda del rischio) e la funzionalità epatica;
- se il C-LDL non è a target, passare a sim-

vastatina 40 mg/die e ripetere dopo 3 mesi lipidi, AST e ALT;

- se il C-LDL è a target o se è sceso di almeno il 30-40% rispetto ai livelli basali e questa riduzione è ritenuta clinicamente appropriata, proseguire il trattamento e il controllo dei lipidi e delle transaminasi ogni 6 mesi/1 anno;
- se la tollerabilità alla simvastatina è scarsa o se vi è la necessità di raggiungere un target di C-LDL più basso vi è l'indicazione a ricorrere ad una statina più potente;
- se, nonostante le dosi massimali di statina o l'impiego di statine più potenti, il C-LDL non è a target o non è sceso oltre il 30-40% rispetto ai livelli basali, valutare se associare altri farmaci o se proseguire con il trattamento come impostato.

Raccomandazioni per la terapia con statine

• Prevenzione primaria

In pazienti senza pregressi eventi cardiovascolari (ictus, IMA) e non affetti da malattia coronarica o da arteriopatia periferica con rischio a 10 anni superiore al 20%, la statina di prima scelta è la **simvastatina**. Il beneficio clinico è maggiore nei soggetti di età inferiore a 65 anni.

• Prevenzione primaria in soggetti con età > 70 anni

Le statine in prevenzione primaria in maschi e femmine ultrasettantenni sono indicate solo nei soggetti a rischio molto elevato.

• Prevenzione secondaria in pazienti non diabetici

In pazienti con pregresso evento CV (infarto o ictus) la terapia iniziale raccomandata è la **simvastatina** o **pravastatina**; il target è di un C-LDL <100 mg/dL. Una riduzione del C-LDL del 40% è un obiettivo "significativo" per tutti e, specialmente, per coloro che, a causa dei livelli basali molto alti e/o della scarsa tollerabilità verso dosi elevate o massimali di statina, non riescono a raggiungere target lipidici più bassi.

• Pazienti diabetici

Attuare le misure non farmacologiche per abbassare la colesterolemia (dieta, esercizio fisico, perdita di peso e controllo rigoroso della glicemia): la statina è raccomandata, indipendentemente dal valore di C-LDL basale, in tutti i diabetici di età superiore a 40 anni senza complicanze CV, nei diabetici con pregresso evento CV (infarto o ictus) e nei portatori di malattia coronarica o di arteriopatia periferica.

La statina da usare in prima scelta è la **simvastatina** alla dose di **40 mg/die**.

Una riduzione del C-LDL del 30-40% è un obiettivo "condivisibile" qualora le dosi standard o massimali di statina, ovvero l'impiego

di statine più potenti come atorvastatina, non permettano di raggiungere target lipidici più bassi.

Nei diabetici coronaropatici il target del C-LDL è inferiore a 100 mg/dL, facoltativo <70 mg/dL.

- **Statine più potenti**

Le statine che riducono il C-LDL in misura superiore al 40% (atorvastatina e rosuvastatina) **possono essere utilizzate** nei pazienti con C-LDL basale ≥ 150 mg/dL nei quali le altre molecole non permettono un abbassamento al di sotto di 100 mg/dL o non sono ben tollerate. Atorvastatina è da preferire in quanto dotata di studi di efficacia su end point clinici anche in prevenzione secondaria rispetto a rosuvastatina che ne è sprovvista ed è più problematica sul versante della tollerabilità muscolare e renale (22). L'associazione ezetimibe/simvastatina, non è raccomandata in prima battuta a causa della mancanza di studi su end point clinici (23) e può pertanto essere presa in considerazione solo in caso di fallimento o di scarsa tollerabilità delle statine non associate.

- **Terapia con alte dosi di statina**

Alte dosi di **atorvastatina (80 mg/die)** riducono il rischio di eventi CV maggiori nei pazienti con SCA.

- **Rischio di interazioni tra farmaci**

Atorvastatina, lovastatina e simvastatina sono metabolizzate attraverso il citocromo epatico CYP3A4. Per evitare interazioni farmacologiche che possono aumentare i livelli plasmatici di queste statine e il rischio di miopatia è preferibile scegliere molecole che non interagiscono

con il CYP3A4 come l'azitromicina o la spiramicina fra i macrolidi, il fluconazolo fra gli antifungini azolici, l'amlodipina e la nifedipina fra i calcioantagonisti e il fenofibrato. Devono essere evitati invece claritromicina, roxitromicina, rokitamicina e josamicina fra i macrolidi, itraconazolo e ketoconazolo fra gli azolici, verapamil e diltiazem fra i calcioantagonisti e il gemfibrozil (20,21).

In alternativa si può ricorrere alla pravastatina che non è metabolizzata dai citocromi epatici ma è soggetta a solfatazione e ad escrezione biliare e urinaria. Anche rosuvastatina (metabolizzata in minima quantità dal CYP2C9 e dal CYP2C19) e fluvastatina (metabolizzata principalmente dal CYP2C9) presentano un ridotto rischio di interazioni importanti. Farmaci induttori del CYP3A4 come i barbiturici, la carbamazepina, la fenitoina, l'Erba di S. Giovanni e la rifampicina possono invece diminuire la concentrazione plasmatica della simvastatina (20,21).

Confronto prezzi

Sulla base dei costi medi ponderati per unità posologica per le statine, registrati in Toscana nel mese di luglio 2010, si evidenzia una forte variabilità del costo annuo per terapia (Tabella 2).

Considerazioni di carattere economico

La simvastatina dovrebbe essere utilizzata come prima scelta nella maggior parte dei trattamenti di nuova istituzione. Ipotizzando un impiego di simvastatina al 75% dei consumi di statine, si otterrebbe un risparmio annuo di almeno 14 milioni di euro.

Tabella 2

Principio Attivo	Dose per cp	Costo medio per giornata di terapia (in euro)	Costo medio per trattamento annuo (in euro)
Simvastatina	10 mg	0,15	54,5
Simvastatina	20 mg	0,31	113,5
Simvastatina	40 mg	0,49	180,3
Lovastatina	20 mg	0,52	189,1
Lovastatina	40 mg	0,52	189,6
Pravastatina	20 mg	0,22	79,1
Pravastatina	40 mg	0,54	197,5
Fluvastatina	40 mg	0,76	278,0
Fluvastatina	80 mg rp*	0,42	154,8
Atorvastatina	10 mg	0,90	327,1
Atorvastatina	20 mg	1,41	514,4
Atorvastatina	40 mg	1,41	513,8
Atorvastatina	80 mg	1,41	513,2
Rosuvastatina	5 mg	0,82	300,5
Rosuvastatina	10 mg	0,93	338,6
Rosuvastatina	20 mg	1,39	507,5
Rosuvastatina	40 mg	1,39	508,5

*rp= a rilascio prolungato

NB: Il costo medio per giornata di terapia è stato calcolato come costo medio di una compressa equivalente alla dose giornaliera prescritta nella pratica corrente.

In relazione agli orientamenti delle attuali linee guida (1,2) che considerano il valore ottimale di C-LDL variabile in relazione al livello di rischio CV del paziente, le indagini economiche hanno dimostrato un rapporto costo-efficacia favorevole al trattamento con statine in prevenzione secondaria; viceversa nella prevenzione primaria tale rapporto è strettamente dipendente dal livello di rischio e dalla capacità di mantenere un'adeguata compliance al trattamento, dato che sono coinvolti maggiormente pazienti più giovani ed asintomatici (24,25).

Conclusioni

1. Le potenzialità terapeutiche delle statine non sono attualmente sfruttate in modo da ricavarne il massimo vantaggio terapeutico possibile nella popolazione. La prescrizione in prevenzione primaria è frequentemente effettuata in condizioni di rischio nelle quali non esistono prove certe sulla loro efficacia; nello stesso tempo vi è una utilizzazione al di sotto di quella attesa in prevenzione secondaria e, più che altro, una scarsa compliance dei pazienti al trattamento prescritto. È opportuno operare per aumentare il tasso di adesione alla terapia con statine per conseguire i risultati attesi.

2. Dato che esistono molteplici sovrapposizioni nelle indicazioni delle schede tecniche dei diversi prodotti in commercio, resta sempre valido **il principio deontologico per cui, a parità di indicazione, il medico prescrive tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse e quindi utilizza, a parità di efficacia, il farmaco di minor costo.**

3. Queste raccomandazioni sono state condivise dalle varie componenti della professione. Ciò conferisce autorevolezza clinica e deontologica agli indirizzi prescrittivi formulati nell'interesse dei singoli pazienti e quale contributo alla sostenibilità e all'efficienza del servizio sanitario.

4. Il medico può autonomamente decidere di discostarsi da queste linee di indirizzo, nell'esclusivo interesse del singolo paziente, qualora lo ritenga necessario in relazione alle sue specifiche condizioni cliniche.

Bibliografia

(1) National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001; 285: 2486-2497.

(2) Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2004, 44: 720-732.

(3) American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2010. *Diabetes Care*. 2010; 33: (Suppl 1): S11-S61.

(4) Hayward RA, Hofer TP et al. Narrative review: lack of evidence for recommended low-density lipoprotein lipid targets: a solvable problem *Ann Inter Med* 2006; 145:520-30.

(5) Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) Investigators. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*. 1994; 344: 1383-1389.

(6) Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20, 536 high-risk individuals: A randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002; 360: 7-22.

(7) Sacks FM, Pfeffer MA, Moyer LA, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med*. 1996; 335: 1001-1009.

(8) The Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med*. 1998; 339: 1349-1357.

(9) Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. *N Engl J Med*. 1995; 333: 1301-1307.

(10) Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): A randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 360: 1623-1630.

(11) Sever PS, Poulter NR, Dahlof B, et al. Reduction in cardiovascular events with atorvastatin in 2, 532 patients with type 2 diabetes: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-lipid-lowering arm (ASCOT-LLA). *Diabetes Care*. 2005; 28:1151-1157.

(12) Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): Multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2004; 364: 685-696.

(13) Choix d'une statine: pravastatine et simvastatine sont mieux éprouvées que l'atorvastatine *Rev Prescrire* 2006; 26 (276): 692-695.

(14) Law MR, Wald NJ, Rudnicka AR. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2003; 326:1423-29).

(15) Mikhailidis DP, Wierzbicki AS et al. The use of ezetimibe in achieving low density lipoprotein lowering goals in clinical practice: position statement of a United Kingdom consensus panel. *Curr Med Res Opin* 2005; 21:959-99.

(16) Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2004; 350:1495-504.

(17) LaRosa JC et al. for the Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med* 2005; 352:1425-35.

(18) Ridker et al for the JUPITER Study Group Ro-

suvasatin to Prevent Vascular Events in Men and Women with Elevated C-Reactive Protein. *N Engl J Med* 2008; 359:2195-207.

(19) Buckley DI, Fu R et al. C-Reactive Protein as a Risk Factor for Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-analyses for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Int Med.* 2009; 151:483-95.

Armitage J. The safety of statins in clinical practice. *Lancet* 2007; 370: 1781-90.

(20) Polimeni G, Catania MA, Oteri A Dolore muscolare da statine - strumenti e metodi per una gestione appropriata. SEEd srl Torino, 2008.

(21) Rosuvastatine: risque rénal et rhabdomyolyses *Rev Prescrire* 2006; 26 (274):504-505.

(22) Sharma M, Ansari MT et al. Systematic review: comparative effectiveness and harms of combination therapy and monotherapy for dyslipidemia. *Ann Intern Med.* 2009; 151(9):622-30.

(23) Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation.*2009; 120:1598-605.

(24) Ward S, Llyod Jones M, Pandor A, et al. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. *Health Technol Assess.* 2007; (11):1-160, iii-iv.

Documento redatto da:

Commissione Terapeutica Regionale

Presidente: **Assessore Daniela Scaramuccia**

Vice Presidente: **Antonio Panti**

Componenti:

Giancarlo Berni – Responsabile Osservatorio Permanente sul Sistema Emergenza-Urgenza

Vittorio Boscherini – Medico di Medicina Generale, AUSL 10 Firenze

Siro Chiaraboli – Direttore Dipartimento Logistica e Magazzini Estav Sud Est

David Coletta – Medico di Medicina Generale, Ospedale di Continuità, AUSL 11 Empoli

Tiberio Corona – Direttore Dipartimento del Farmaco, AUSL 5 Pisa

Mario Del Tacca – Professore Ordinario di Farmacologia, Università degli Studi di Pisa

Saffi Ettore Giustini – Medico di Medicina Generale, AUSL 3 Pistoia

Franco Laghi Pasini – Professore Ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Siena

Alfonso Lagi – Dirigente 1° Divisione Medicina, Ospedale S.Maria Nuova, AUSL 10 Firenze

Carlo Manfredi – Medico di Medicina Generale, AUSL 1 Massa Carrara

Teresita Mazzei – Professore Ordinario di Chemioterapia, Università di Firenze

Andrea Messori – Dirigente Farmacista, Estav Centro

Marco Nocentini Mungai – Rappresentante URTO-FAR Farmacie private

Claudio Pedace – Direttore Zona Distretto AUSL 8 Arezzo

Alessandro Rosselli – Primario di Medicina Generale Osp. S.Maria Annunziata, AUSL 10 Firenze

Sergio Zingoni – Rappresentante Cispel Farmacie Pubbliche

In collaborazione con:

Gianfranco Gensini – Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze

Stefano Taddei – Professore Straordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Pisa

Ranuccio Nuti – Professore Ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Siena

Al documento hanno dato il proprio consenso le seguenti società scientifiche:

SIC – Società Italiana di Cardiologia

FADOI – Federazione Associazione Dirigenti Ospedalieri Internisti

SIMG – Società Italiana di Medicina Generale

SIF – Società Italiana di Farmacologia

SIMI – Società Italiana di Medicina Interna



Attenti al cuore

È allegato a questo numero della rivista l'opuscolo "Attenti al Cuore", che propone ai medici tre Raccomandazioni Cliniche su prevenzione, diagnosi e cura dello Scopenso Cardiaco.

L'opuscolo, commissionato dal Consiglio Sanitario Regionale a un gruppo di Professionisti del Servizio Sanitario, viene ad integrare la Linea Guida "Diagnosi e Cura dello Scopenso Cardiaco" fermando l'attenzione su tre aspetti di particolare rilievo. Innanzi tutto la cardiotossicità dei farmaci chemioterapici, tanto quelli tradizionali quanto le nuove molecole, per la quale vengono riportati i rischi specifici e le modalità di sorveglianza. Vengono, poi, riassunte le prove di evidenza in merito all'impiego ottimale dei farmaci che la letteratura ha dimostrato essere efficaci nell'incrementare la speranza di vita degli affetti da Scopenso. Infine, vengono suggerite due modalità di registrazione dei dati clinici per il medico di medicina generale, una redatta dallo specialista, l'altra da parte del paziente stesso, reso esperto sulla patologia di cui soffre.

La pubblicazione è volutamente sintetica. Non ha infatti finalità formative – i contenuti sono tutti ben noti ai medici. Vuole invece servire da semplice memorandum per la pratica di tutti i giorni e promuovere ulteriormente quello che è uno degli aspetti preminenti del "Chronic Care Model": la stretta integrazione fra Medicina specialistica e Medicina delle cure primarie.

Toscana Medica



Gavino Maciocco, medico di sanità pubblica. Ha fatto: il volontario civile in Africa, il medico di famiglia, l'esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, il dirigente di ASL. Attualmente insegna all'Università di Firenze dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per Toscana medica la rubrica "Sanità nel mondo".

I medici inglesi contro la riforma del NHS

La riforma del servizio sanitario inglese (NHS) proposta dal governo Cameron è alle prese con la crescente opposizione del mondo medico.

Agli inizi di ottobre 2010 l'Associazione dei Medici Britannici (*British Medical Association* - BMA)

prende una posizione ufficiale sul documento del governo presentato nel mese di luglio. La BMA, dopo aver espresso una valutazione positiva sulla volontà del nuovo governo di dare più spazio ai medici nella programmazione e nella gestione dell'assistenza sanitaria, conclude che questo elemento positivo è sovrastato, e alla fine oscurato, da altri di segno opposto. Due sono gli aspetti su cui si concentrano le critiche: a) **l'approccio da "terra bruciata"** che caratterizza l'impianto della riforma, con "tagli arbitrari e politiche sconsiderate"; b) **l'invidenza del mercato** destinata a portare i medici a competere l'un contro l'altro, invece che a collaborare per il beneficio dei pazienti. **"L'insieme delle proposte - afferma il documento della BMA - rischia di minare la stabilità e il futuro a lungo termine del NHS"**.

Un sondaggio effettuato alla fine di ottobre 2010 da Doctors.net.uk per conto della più importante istituzione di ricerca sanitaria britannica, il King's Fund, rivela che **solo un dottore su quattro ritiene che la riforma possa rendere migliore l'assistenza ai pazienti**.

Un documento di analisi della proposta di riforma, prodotto dallo stesso King's Fund, esprime meraviglia per l'approccio così radicale portato avanti dal governo, dal momento che **la coalizione vincente, all'indomani delle elezioni, aveva promesso che non si sarebbero messe in cantiere ristrutturazioni del NHS** (cosa che si è invece puntualmente verificata appena due mesi dopo). Secondo il King's Fund gli obiettivi del governo

(ridurre gli sprechi, dare più forza ai medici, mettere al centro i pazienti) si potrebbero meglio raggiungere lavorando sulle fondamenta esistenti.

La proposta di riforma invece mira a distruggere le attuali fondamenta

del NHS e crearne altre, completamente nuove, come dimostra il confronto tra le Figure 1 e 2.

La **Figura 1** mostra che il perno dell'attuale sistema è rappresentato dai **Primary Care Trust (PCTs)**, la **struttura organizzativa pubblica** (analoga alle nostre ASL) che da una parte gestisce i servizi di cure primarie (dai medici di famiglia alle farmacie), dall'altra - essendo destinataria della quota capitolaria - finanzia le strutture ospedaliere (**NHS Trust**), autonome rispetto ai PCTs. Nella **Figura 2**

GAVINO MACIOCCO
Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze
Coordinatore del sito aluteinternazionale.info

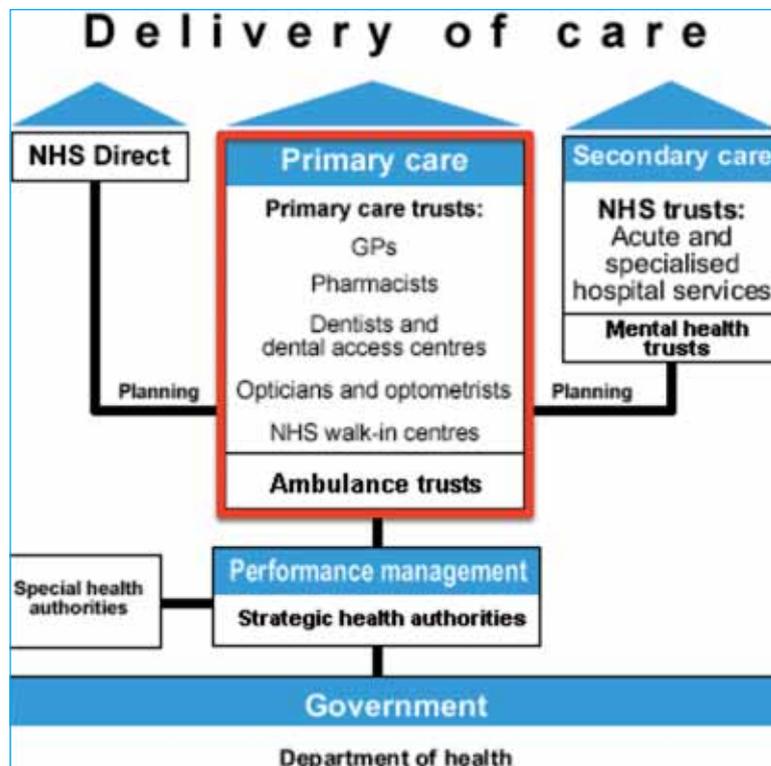


Figura 1 - Architettura attuale del NHS

scompaiono i PCTs, e le relative strutture di controllo (*Strategic Health Authorities*), per essere sostituiti da **associazioni private - consorzi - di medici di famiglia, GP Commissioning Consortia**, dotate di un potere analogo a quello dei PCTs, in quanto riceveranno quasi per intero la quota capitaria relativa al numero dei propri assistiti, che servirà anche per finanziare l'assistenza specialistica, diagnostica e ospedaliera.

Sul cambiamento del perno del NHS, dai Primary Care Trusts ai GP Commissioning Consortia, si concentrano le critiche di un recente editoriale di Lancet.

Tale cambiamento, si legge nell'articolo, "mina uno dei meccanismi chiave attraverso cui il NHS riesce a garantire un pieno ventaglio di servizi indipendentemente dal luogo di residenza dell'assistito. I *Primary Care Trusts* sono responsabili per l'intera popolazione in una definita area geografica, non solo per i pazienti che sono iscritti in un determinato servizio. Questa responsabilità basata sulla popolazione consente una valutazione a lungo termine dei bisogni, la pianificazione e la committenza dei servizi per rispondere a quei bisogni, e la rendicontazione pubblica dell'uso delle risorse per quella popolazione. La proposta del governo abbandona il principio basato sulla popolazione; la committenza che sarà esercitata dai futuri consorzi dei medici di famiglia riguarderà solo gli assistiti iscritti con i medici di quel determinato consorzio all'interno di confini geografici amorfi e indefiniti. **Verrà così meno la possibilità di programmare un'ade-**

guata distribuzione geografica dei servizi per le comunità e le popolazioni locali".

Un altro pericolo è rappresentato dagli incentivi finanziari legati al raggiungimento dei risultati di salute. Poiché è più facile ottenere questi risultati con popolazioni economicamente avvantaggiate, è prevedibile che i medici di famiglia e i vari provider focalizzeranno i loro sforzi nei confronti dei gruppi più benestanti e più sani, **augmentando le possibilità di selezione dei pazienti e accentuando le diseguaglianze nella salute all'interno della popolazione.**

Queste le conclusioni dell'editoriale di Lancet: "Le proposte del governo sono ideologiche, senza uno straccio di prova di efficacia. **Esse rappresentano un decisivo passo verso una privatizzazione che rischia di minare i fondamentali obiettivi di equità e efficienza del NHS.** Piuttosto che 'Liberare il NHS' queste proposte sembrano un esercizio per 'liberare' le risorse di 100 miliardi di sterline del NHS nella direzione delle imprese commerciali. Per la sopravvivenza del NHS, in assenza di un mandato democratico per un cambiamento così radicale, il governo deve consentire e supportare uno scrutinio pubblico e professionale di queste riforme".

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gavino.maciocco@unifi.it

TM

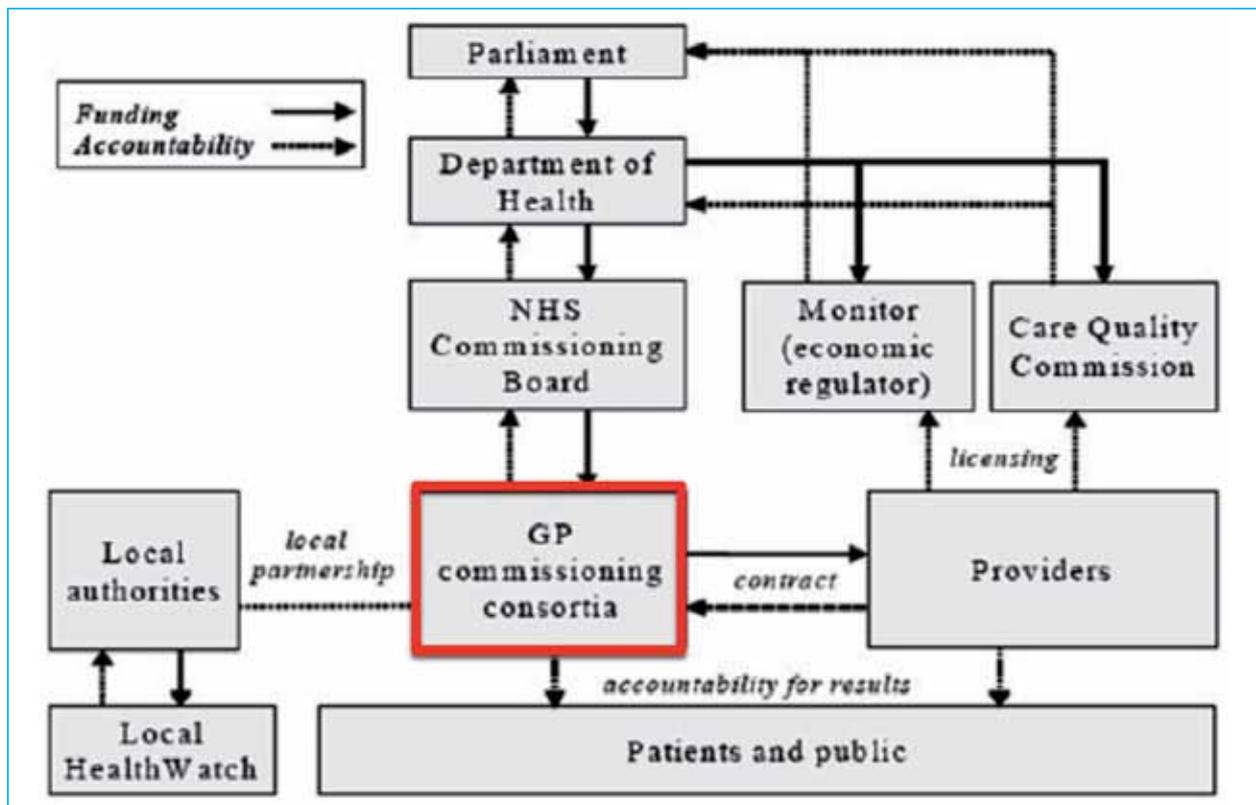


Figura 2 - Architettura "futura(?)" del NHS



A proposito di Amalgama

Riguardo l'affermazione dell'On. Scilipoti "Gran parte della classe medica e odontoiatrica non è adeguatamente formata per diagnosticare i rischi, connessi alla salute, dovuti all'uso, irresponsabile,

del mercurio odontoiatrico presente nelle amalgame dentali" si fa presente quanto segue:

– gli odontoiatri formati nei CLSOPD delle Università italiane ricevono adeguate informazioni riguardo l'amalgama d'argento durante il loro periodo di formazione, in particolar modo nell'ambito delle materie Materiali Dentari e Odontoiatria Restaurativa.

– I docenti coinvolti nell'insegnamento di suddette materie sono aggiornati sulla base delle informazioni **scientifiche** sull'argomento: la FDA (Food and Drug Administration), l'agenzia federale statunitense che regola l'uso dei farmaci e degli ausili terapeutici, autorevolissima in materia, il 29 Luglio 2009 ha espresso una valutazione sui rischi dell'uso di amalgama. La FDA, esaminati oltre 200 studi sull'argomento, ha concluso che questo materiale non è tossico e che i vapori rilasciati dalle otturazioni in amalgama non rappresentano alcun pericolo per la salute. Tuttavia la FDA passa questo materiale dalla classe I che indica un "rischio basso", alla classe II che indica un "rischio moderato", e raccomanda la presenza delle seguenti indicazioni sull'etichettatura delle amalgame dentali:

- "attenzione: contiene mercurio";
- "attenzione: può essere pericoloso se si inalano i vapori";
- precauzione: usare un'adeguata ventilazione;
- precauzione: conservare in luogo fresco e ventilato;
- viene indicata anche la percentuale di mercurio per peso.

– Nel maggio 2008, un comitato scientifico della Commissione Europea ha affrontato i problemi di sicurezza per i pazienti e i professionisti connessi all'utilizzo di materiali alternativi da restauro. La commissione ha concluso che gli amalgami dentali sono efficaci e sicuri, sia per i pazienti che per il personale odontoiatrico e ha rilevato che i materiali alternativi non sono senza limiti clinici e rischi tossicologici.

– Un interessante studio è stato pubblicato nel 2003 sulla rivista *Environmental Health Perspectives* da ricercatori della Columbia University (New York) in collaborazione con il New York State Psychiatric Institute: sono state valutate 550 persone (impiegate presso centri medici), tra i 30 e i 49 anni, con una media di 11 restauri in amalgama ciascuno.

La presenza del metallo nell'organismo è stata misurata analizzando la concentrazione di mercurio nelle urine. I valori ottenuti sono stati confrontati con i punteggi ottenuti dai partecipanti in una serie di tests sul funzionamento neuropsicologico e neuromotorio. L'analisi ha rivelato che nessuno degli indicatori di esposizione al mercurio era associato a problemi al sistema nervoso, a danni cognitivi o a difficoltà nel controllo dei movimenti. Secondo i ricercatori, questo suggerisce che le otturazioni contenenti mercurio non possano liberare quantità di metallo sufficienti a danneggiare il sistema nervoso.

– I divieti all'uso di Amalgama in alcuni Paesi come la Svezia sono stati motivati da considerazioni sul potenziale inquinamento ambientale (principalmente legata alla locale diffusa pratica di cremazione dei cadaveri, con diffusione nell'ambiente dei vapori e dei residui metallici) e non da evidenze sulla dannosità per la salute dei singoli individui.

L'amalgama ha servito la professione odontoiatrica per più di 150 anni. Episodi di vera allergia al mercurio sono estremamente rari (solo 41 casi sono stati segnalati dal 1905) e i tentativi di collegare il suo uso a malattie come la sclerosi multipla e il morbo di Alzheimer non sono stati dimostrati scientificamente.

Detto questo oggi la stragrande maggioranza degli odontoiatri non utilizza più l'amalgama d'argento e in caso di rimozione di un vecchio restauro dovrà utilizzare l'accorgimento minimo dell'isolamento del campo operatorio con diga di gomma e un aspiratore ad alta velocità; **è inoltre prevista la raccolta dei frammenti solidi per essere smaltiti come rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo.**

TM

ALEXANDER PEIRANO

*Presidente Commissione Odontoiatri,
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze*



San Salvi da manicomio a libera repubblica delle arti

Compagnia Chille de Balanza

Edizioni Polistampa

“**S**an Salvi da manicomio a libera repubblica delle arti”; con questo titolo le Edizioni Polistampa pubblicano gli atti del forum su San Salvi, organizzato dalla Compagnia Chille de Balanza e tenutosi nel marzo 2009 per sensibilizzare i cittadini e l'amministrazione della città a salvare, o utilizzare col minimo di mercificazione, questo luogo della memoria.

Tetti Rossi, così i fiorentini hanno sempre chiamato il manicomio, ospizio, reclusorio, ospedale dei cosiddetti matti. Un complesso di 32 ettari di terreno, quasi una città nella città, con le sue regole e le sue abitudini, un posto ove trascorrere la vita per tanti, etichettati come pericolosi o incapaci di intendere o di agire, spesso con motivazioni allora inevitabili ma talora anche dimenticate nelle loro concrete concatenazioni.

Che farne adesso? Un'area costruibile così grande nel cuore di un quartiere può avere mille usi e cederla può consentire all'azienda sanitaria di investire in ammodernamenti del sistema ospedaliero fiorentino.

Ma la memoria non può perdersi perché non può perdersi il ricordo e l'insegnamento delle nostre radici per comprendere quello che siamo e quello che dovremo essere, in un processo di civiltà di cui l'evoluzione dell'assistenza psichiatrica rappresenta una tappa fondamentale. Come cittadini ci auguriamo di saper trovare la sintesi tra le esigenze della modernizzazione della città e quelle di non disperdere un patrimonio di cultura e di storia che pervade a Firenze anche la storia della sanità.

Antonio Panti

Specchi di carta

Donatella Lippi

Edizione CLUEB

Donatella Lippi ha curato per l'edizione CLUEB questo testo che si inserisce a pieno titolo nelle pregevoli iniziative della nostra Facoltà Medica tese a far comprendere ai giovani studenti in medicina come la professione oggi più che mai abbia bisogno di medici motivati sul piano umano, in grado di capire che la medicina non è soltanto tecnica raffinata ma anche arte della empatia. Per questo è importante che i giovani si confrontino con le grandi pagine della letteratura dedicate alla malattia, alla sofferenza, alla morte.

Un percorso letterario che si avvale di un'antologia di scrittori tra i maggiori della storia e di un apparato critico curato con sapienza da Patrizia De Mennato. Inoltre il libro contiene una parte di commenti di studenti ai diversi testi presentati e letti. Un approccio didattico veramente encomiabile e che dovrebbe essere seguito in tutte le Università ma che dovrebbe coinvolgere anche i medici clinici, perché la riflessione sulla professione dovrebbe far parte degli esercizi mentali quotidiani del medico.

Bruno Rimoldi

Filosofia della medicina

Alessandro Pagnini

Editore Carocci

Alessandro Pagnini, professore di storia della filosofia all'Università di Firenze, ha dedicato molta della sua attività alla filosofia della scienza e, in particolare, alla medicina. L'editore Carocci pubblica questo corposo trattato (€ 42,50), nel quale molti esperti e studiosi trattano i temi fondamentali del metodo scientifico, della medicina come scienza, della metodologia diagnostica, della ricerca, delle problematiche legate alla questione delle cause e delle spiegazioni, della clinica e del metodo clinico, dell'errore in medicina, delle decisioni, della malattia mentale, dei complessi e difficili rapporti tra medicina, diritto e etica. Un vero e esaustivo trattato di complessa lettura ma di rilevante approfondimento culturale per i medici; uno strumento essenziale per riflettere e acquisire consapevolezza su una scienza, la medicina, in continuo divenire e soggetta a travolgenti trasformazioni sotto la spinta dell'innovazione scientifica e tecnologica e dei cambiamenti sociali dell'ultimo secolo.

Ma perché, qualcuno potrebbe chiedere, occuparsi di filosofia di fronte a una scienza che è, prima di tutto, arte del fare? Basterebbe pensare, senza alcuna pretesa di organicità, ai problemi che ogni giorno il medico affronta: una diversa antropologia della guarigione, un mutato concetto di salute, una tecnica che incide sui confini della vita, un metodo scientifico che influenza la spesa per i servizi medici definendo i livelli di assistenza, una medicina che non trova più limiti tra bisogni e desideri, insomma quanti problemi "filosofici"!

Un esperto leggerà questo trattato per intero, un meno esperto può approfondire alcune parti. L'importante è che tutti abbiano coscienza che la riflessione sull'agire quotidiano è essenziale in un momento di crisi della professione, una crisi che certamente nasce dalla difficoltà di trovare il senso moderno della sanità e della medicina. Una ricerca che questo trattato aiuta a compiere.

Antonio Panti



Conflitto di interesse e interessi in conflitto

In occasione di un episodio di presunto illecito relativo all'utilizzo di farmaci soggetti a legislazione speciale, l'Ordine ha ricevuto da un numeroso gruppo di medici la seguente lettera (debitamente firmata) sul conflitto di interesse. Ciò ha dato origine ad una interessante riunione, di cui si è dato resoconto sul numero 10/2010 di Toscana Medica e alla risposta del Presidente, che qui pubblichiamo, auspicandoci di proseguire in un dibattito sempre più attuale e necessario.

Caro Presidente,

con questa lettera aperta intendiamo proporre una riflessione su uno dei problemi radicali della medicina moderna, e cioè il conflitto d'interessi. Lo spunto proviene dai recenti avvenimenti che hanno investito la sanità fiorentina e italiana. Lasciando ovviamente alle sedi idonee la valutazione degli aspetti giudiziari, vogliamo sottolinearne alcuni temi rilevanti sul piano professionale e deontologico, tra i quali l'appropriatezza, il monitoraggio delle attività e – non ultimo – la formazione dei nuovi professionisti medici.

In Italia il tasso di prescrizione dei farmaci biologici per la psoriasi è estremamente variabile da regione e regione, anche di dieci volte (AIFA, III Rapporto 2008 – Resoconto 2005/2008; Rapporto Psocare 2008). Vi è un sovrautilizzo inappropriato in alcune aree del Paese o vi è una forte carenza terapeutica in larga parte d'Italia? I tassi di consumo effettivo differiscono da quelli di prescrizione? Come incidono nella variabilità delle prescrizioni elementi quali il potere di attrazione che alcuni Centri esercitano anche su cittadini di altre regioni, o il numero di sperimentazioni che si concentrano in una zona piuttosto che in un'altra? Quali sono i risultati in termini di efficacia? Per rispondere a queste, come ad altre domande, oggi abbiamo a disposizione vari strumenti di valutazione che ormai sono utilizzati da anni nel monitoraggio

delle performance delle Aziende sanitarie (vedi, ad esempio, i tassi di taglio cesareo, o di ricovero per i diabetici, o di consumi di farmaci come statine, etc.).

Il conflitto di interessi. Non si tratta di una colpa, come è noto, ma di una condizione! Il problema sorge quando non viene dichiarato e documentato, come ripetutamente ed esplicitamente richiesto ormai da autorevoli fonti e personalità scientifiche, come gli Editor del *British Medical Journal*, del *Jama*, del *New England Journal of Medicine*, per citarne solo alcuni. Chi agisce in tali condizioni, indipendentemente dai risultati nell'ambito della ricerca scientifica, non può garantire quella "terzietà" necessaria a mantenere l'azienda pubblica libera da possibili condizionamenti. E questo rischio è tanto più importante quanto più si rende necessaria una costante attenzione non solo alla verifica delle attività sanitarie in termini di efficacia e di appropriatezza, ma anche al superamento – perché no!!! – delle disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi. Temi sui quali si avverte la necessità di superare ritardi e disattenzioni.

Un'ultima questione: le borse a sostegno delle scuole di specializzazione. Si comprende bene che, in una fase come questa di grave crisi di finanziamenti pubblici per l'Università, i contributi del mondo industriale, anche per il settore formativo, siano particolarmente benvenuti. Ma fra il finanziatore e

il medico in formazione non vi dovrebbe essere un insormontabile schermo conoscitivo, nelle due direzioni, tale che non vi siano rischi di condizionamenti diretti o indiretti? In sostanza, si tratterebbe di applicare la formula del *blind trust*, cioè di quell'istituto che consente al beneficiario del patrimonio di amministrarlo come ritiene più opportuno, senza obbligo di rendiconto (anzi, con espresso divieto). Tutt'altro rispetto all'attuale consapevolezza che gli specializzandi possono avere del legame fra contributi di specifiche industrie ed il loro "sostentamento". Senza considerare il concreto rischio che un'industria farmaceutica possa "sfruttare", attraverso il relativamente basso costo di una borsa di studio, risorse umane e professionali che operano in enti pubblici e che garantiscono ricerche dai cui esiti possono derivare profitti per il loro business.

Da queste riflessioni auspichiamo che all'interno della classe medica sorga un dibattito fecondo, nella prospettiva di future iniziative concrete che portino all'adozione di nuove regole. Non si tratta solo di un nostro dovere deontologico, e non è soltanto l'occasione per far uscire la nostra voce da quel sottofondo in cui troppo spesso resta confinata quando si tratta di affrontare questioni di rilevante interesse pubblico. È anche una precisa esigenza che la società civile pone nei confronti dei professionisti.

Cari Colleghi,

Vi ringrazio della lettera che avete avuto la correttezza deontologica di inviarmi e per la manifesta volontà di cogliere un elemento di crisi per elevare il dibattito culturale e politico all'interno della professione su temi di siffatta importanza.

L'Ordine di Firenze ha preso un'iniziativa pubblica alla quale hanno partecipato tutte le istituzioni coinvolte nella regolamentazione di questo "problema radicale della medicina moderna" come opportunamente lo definite. I contributi alla discussione sono stati molteplici e rilevanti e hanno mostrato la necessità di ulteriormente vigilare e di implementare la normativa vigente.

Considero compito primario dell'Ordine promuovere la consapevolezza deontologica dei medici nonché collaborare con la Regione al rafforzamento delle norme, in particolare quando la ricerca utilizza denaro pubblico, per tutelare al meglio gli interessi dei pazienti; infine riportare ancora questa problematica nella discussione nazionale sul Codice Deontologico.

Credo tuttavia che nessuno possa sottrarsi, nella quotidianità del suo agire, all'impegno di educare alla trasparenza e di promuovere tra i colleghi quel sentimento di riprovazione sociale rispetto a chi tradisce la deontologia, che è senz'altro la migliore garanzia perché i medici trovino una nuova legittimazione fondata su una rinnovata moralità dei singoli e della professione.

Antonio Panti



AZIENDA
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
CAREGGI

DIREZIONE SANITARIA
Largo Brambilla, 3-50139-Firenze
Tel. 055/7949756-FAX 055/7949080
E-mail: segreteria@ao-careggi.toscana.it

Prot. 34132

Firenze, 12 OTT. 2010



Alla c.a. Dirigenti medici Azienda Ospedaliero-
Universitaria Careggi

E p.c. Direttore Generale Diritto alla Salute
→ Presidente Ordine dei Medici di Firenze
Responsabile Farmacia di Continuità

Oggetto: Modalità di compilazione e gestione delle prescrizioni farmacologiche.

Gli Specialisti hanno a disposizione due tipi di ricettari, di seguito descritti.

A. RICETTARI VERDI - devono essere utilizzati per prescrivere i farmaci ai pazienti in dimissione sia dal reparto che dall'ambulatorio, al fine di assicurare la copertura terapeutica fino al coinvolgimento del MMG/PLS, che provvederà alle successive prescrizioni, anche secondo le indicazioni della lettera di dimissione. Sono prescrivibili tutti i farmaci somministrati durante la degenza. Su ogni ricetta verde possono essere prescritte massimo 6 confezioni. Il cittadino dovrà, opportunamente, essere informato della possibilità di ritirare i farmaci prescritti presso la Farmacia di Continuità, anche con specifiche indicazioni di percorso.

B. RICETTARI ROSSI - devono essere consegnati solo a personale medico dipendente (a tempo determinato o indeterminato) ed utilizzati **esclusivamente** per prescrivere esami diagnostici o i farmaci, di cui al punto A in orario di chiusura della Farmacia di Continuità (orario festivo o notturno). Su ogni ricetta rossa possono essere prescritte massimo due confezioni.

Questa Direzione di Presidio in collaborazione con la Farmacia di Continuità ha, peraltro, verificato un certo numero di **non conformità** nella prescrizione farmacologica da parte degli specialisti dell'Azienda, tra cui le **più frequenti** sono:

- Mancanza del codice fiscale del paziente;
- Mancanza o errore nell'indirizzo e provincia ASL di appartenenza;
- Mancanza di nome e cognome del paziente, sostituito da etichetta con codice a barre;
- Apposizione di timbri in spazi non idonei, dedicati alle fustelle o al codice fiscale;
- Apposizione del solo timbro del reparto, con impossibilità di rintracciare il prescrittore;
- Mancanza della nota AIFA di riferimento per la concedibilità del farmaco;
- Prescrizione di un numero di confezioni superiore a quello consentito;
- Assenza di piano terapeutico (ove previsto) o utilizzo di modelli non conformi a quanto previsto da AIFA;
- Invio dei pazienti verso le Farmacie aperte al pubblico, anziché alla Farmacia di Continuità per farmaci in dimissione e ad alto costo.



Molte di queste circostanze invalidano la prescrizione e causano inutili disagi agli assistiti, altre rendono impossibile il recupero del costo dei farmaci, o non soddisfano il principio di economicità, configurando un danno economico, perseguibile ai sensi di legge.

Si ricorda inoltre che sul sito Intranet Aziendale è consultabile la Procedura P/903/63 "Competenze prescrittive e modalità di compilazione e gestione delle prescrizioni mediche. Prestazioni correlate al ricovero" alla quale si rimanda.

Si ricorda inoltre che i dati relativi ad ogni prescrizione sono inviati al MEF ed alla Regione Toscana per le necessarie verifiche per cui raccomanda alle SS.LL. di uniformarsi alle modalità operative aziendali in materia prescrittiva. I comportamenti prescrittivi non conformi saranno monitorati con continuità da questa Direzione, rappresentando un indicatore della responsabilità di sistema che sapranno assumere, ne siamo certi, i nostri Professionisti.

Ringraziando per l'attenzione, porgiamo i nostri saluti.

Il Direttore di Presidio
Dr. Fabrizio Niccolini

Il Direttore Sanitario
Dr. Valter Giovannini

L'Ordine e Giovanni Turziani

In occasione della celebrazione dei 100 anni dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, mi sia permesso di fare un riferimento personale all'allora presidente Giovanni Turziani di Gubbio, scomparso nel 2008, presidente dell'Ordine a cui va riconosciuto il merito della sua evoluzione.

Il sottoscritto ha partecipato per molti anni alle varie manifestazioni in qualità di "medico

specialista ambulatoriale", cosa che mi ha permesso di conoscerlo profondamente e valutare le sue risorse umane.

Intanto sono convinto che le continue innovazioni ad ogni nuovo progetto culturale, in un paese come l'Italia, hanno sempre un grande e nobile potenziale per tutti.

Sotto la sua presidenza non ci siamo fermati mai, giacché con la stimata tradizione acquisita, non astrattamente, abbiamo agito con

forti potenzialità di sviluppo, fornendo ai colleghi informazioni e servizi, con grandi valori sociali e culturali, acciocché le varie attività di medicina generale, chirurgia, psicologia, radiologia, ecc... fossero adeguatamente gestite e valorizzate.

È certo che tutto è stato oggetto della nostra attenzione, con civiltà, con garbo e con atteggiamenti propositivi.

Agostino Lucarella

Indagine sulla sicurezza dei farmaci

L'Unità di Farmacovigilanza dell'Università di Firenze, in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Firenze, promuove una indagine sulla percezione della sicurezza dei farmaci da parte dei medici. Si tratta di una indagine sulla "percezione", quindi non ci sono risposte giuste o sbagliate. Lo scopo è infatti quello di acquisire dati utili per valutare la personale esperienza

dei medici sul rischio legato all'assunzione di alcuni dei farmaci più utilizzati. I medici, quindi, sono invitati a partecipare a questa indagine, che ovviamente è svolta in modo del tutto anonimo, fornendo il proprio contributo basandosi sulla propria idea in questo momento, possibilmente senza consultare fonti di informazione che altererebbero lo spirito della ricerca. Per

partecipare all'indagine è sufficiente compilare on-line il questionario presente su internet a questo indirizzo: <https://www.surveymonkey.com/s/medici>. Si tratta di un semplice questionario, la cui compilazione richiede meno di dieci minuti di tempo. L'Università di Firenze e l'Ordine dei Medici ringraziano tutti i colleghi che vorranno partecipare a questa iniziativa.

Certificati di malattia per agenti di Polizia

La Questura di Firenze ha chiesto la collaborazione dell'Ordine dei Medici per informare i propri iscritti delle modalità per il rilascio dei certificati di malattia per i dipendenti della Polizia di Stato. Infatti il Ministero dell'Interno ha emanato una propria circolare con la quale ricorda che, anche

con l'entrata in vigore della procedura telematica per i certificati di malattia, per i dipendenti della Polizia di Stato continua ad essere necessario produrre il certificato cartaceo con indicazione anche della diagnosi. Pertanto i medici che hanno in carico assistiti dipendenti della Polizia di Stato, sono pregati

di continuare a rilasciare i certificati di malattia per questi pazienti in forma cartacea. Nel caso in cui il medico rilasci comunque il certificato in forma telematica, dovrà stamparne una copia da consegnare all'assistito agente di Polizia, dal quale risulti anche la diagnosi, con firma autografa del medico.



Primi risultati per il vaccino contro HIV/AIDS

La rivista scientifica internazionale "PLoS ONE" riporta i risultati dell'analisi ad interim della sperimentazione clinica di fase II del candidato vaccinale basato sulla proteina Tat di HIV-1, condotti dal gruppo coordinato da Barbara Ensoli del Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), presieduto da Enrico Garaci. Il vaccino Tat, dopo essersi dimostrato sicuro e capace di indurre risposte immuni specifiche (anticorpi e cellulari) sia negli studi

preclinici sia nei precedenti studi di fase I sull'uomo, si rivela ora un promettente strumento per migliorare le funzioni immunitarie in soggetti HIV positivi in terapia antiretrovirale (HAART). "I risultati pubblicati oggi su PLoS ONE dimostrano chiaramente che valeva la pena di esplorare le potenzialità del vaccino Tat e ci danno ragione degli sforzi compiuti?" afferma il Presidente Enrico Garaci. La dimostrazione del miglioramento dei parametri immunologici nei

pazienti vaccinati trattati con terapia antiretrovirale rappresenta una tappa importante di questo cammino. Si tratta, conclude il Presidente, di una prima possibile indicazione per l'uso di questo vaccino che oggi, grazie ai risultati dell'analisi ad interim della sperimentazione di fase II, riconosciuti da questa pubblicazione, siamo sempre più determinati a portare avanti". Ulteriori informazioni su www.salute.gov.it.

Un bilancio sulla legge contro il fumo

A sei anni dall'entrata in vigore della legge 3/2003 per la tutela della salute dei non fumatori è ancora efficace la protezione dei non fumatori dall'esposizione al fumo passivo, ma occorre mantenere e migliorare i risultati conseguiti, tenuto conto, ad esempio, di segnali di allerta per quanto riguarda la prevalenza dei fumatori. Nel 2003, prima della legge, la prevalenza dei fumatori era del 23,8%. Nel 2010 la percentuale dei fumatori è del 22,8%, (29,2% gli uomini e 16,9% le donne); da 6 anni, quindi, il numero di fumatori in Italia oscilla

intorno a valori compresi tra il 22% e il 23%, senza che si riesca ad ottenere una riduzione più significativa. I valori più alti si hanno tra i giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni, con una percentuale del 32,3% (39,7% i maschi e 24,4% le femmine) in aumento rispetto al 2009. È stabile invece, la prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni con un valore del 21,5% (27,4% i maschi e 15,5% le femmine). Ad oggi permangono, tuttavia, alcuni importanti risultati dell'applicazione della legge. In particolare, le vendite totali di

sigarette sono tornate a livelli inferiori di quelli di 20 anni fa e, da quando è entrata in vigore la legge, la diminuzione delle vendite di sigarette è stata pari a circa il 12% con una diminuzione media di 1,7% l'anno. Nel 2010 i NAS hanno eseguito un totale di 3.143 ispezioni, controllando più di una volta le tipologie di luoghi in cui maggiormente è apparso in passato evidente un mancato rispetto della legge (discoteche ed ospedali). Tali ispezioni hanno portato a contestare 269 infrazioni (8,6% del totale).

Iscrizione volontaria all'ONAOSI

È oramai imminente la scadenza dell'8 febbraio 2011 prevista dal nuovo Statuto dell'ONAOSI entro la quale i medici non ancora contribuenti della Fondazione possono iscriversi. Infatti, mentre i medici dipendenti pubblici sono iscritti obbligatoriamente all'ONAOSI e contribuiscono con una trattenuta in busta paga, per i medici convenzionati e liberi professionisti è prevista l'adesione volontaria. Ebbene, il nuovo Statuto prevede che

i medici già iscritti all'Ordine alla data del 9 febbraio 2010 (data di entrata in vigore del nuovo Statuto) hanno tempo fino all'8 febbraio 2011 per aderire come contribuenti volontari all'ONAOSI. Una volta passato questo termine, non potranno più farlo. La Fondazione ONAOSI ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani dei medici, degli odontoiatri, dei farmacisti e dei veterinari. La Fon-

dazione eroga prestazioni anche in favore dei figli dei contribuenti viventi, nei casi previsti dallo Statuto. Le prestazioni consistono in contributi economici per il progresso negli studi o, in alternativa, l'ammissione in strutture di studio. Sono inoltre previsti contributi in favore dei disabili. Per ulteriori informazioni consultare il sito internet della Fondazione: www.onaosi.it.

Certificato anamnestico per patenti di guida

Il Ministero della Salute ha fornito alcuni chiarimenti in merito all'applicazione delle nuove norme del Codice della Strada, con particolare riferimento agli obblighi certificativi dei medici di medicina generale. Innanzitutto il Ministero ha chiarito che il certificato previsto dal nuovo comma 3 dell'art. 119 del Codice della Strada può essere rilasciato non solo dal medico di medicina generale, ma anche da qualunque medico col quale il paziente abbia un rapporto fidu-

ciario. Si tratta, infatti, di una prestazione libero-professionale per la quale ogni medico è abilitato, purché, quindi, si basi su un rapporto fiduciario fra medico e paziente. Inoltre il Ministero chiarisce che al medico non viene richiesta una attestazione riguardante tutti i precedenti morbosi dell'assistito (quindi non è un vero e proprio certificato anamnestico), ma la sola attestazione riguardante quei precedenti morbosi che nell'attualità possono rappresentare un concreto

rischio per la guida. Tale attestazione è necessaria anche quando negativa, cioè quando al medico non risultano precedenti morbosi critici. Infine il Ministero chiarisce che tale attestazione è obbligatoria per il primo rilascio della patente di guida e anche per i rinnovi o revisioni delle patenti professionali e che tale obbligo è in vigore già dal 13 agosto scorso. Il Ministero ha anche predisposto un fac-simile per la redazione di questo attestato (vedi allegato a pag. 45).



Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./la Sig.ra _____

C. F. _____

da me in cura **da più/da meno** (cancellare la voce che non interessa) di un anno,

presenta / **non presenta** (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio: (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Sistema endocrino: (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Sistema neurologico: (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Patologie psichiche: (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Epilessia	SI	NO
Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave	SI	NO
Sangue ed organi emopoietici: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico



Alimentazione e prevenzione cardiovascolare a Careggi

Presso la S.O.D. Agenzia Nutrizione dell'AOU Careggi sono stati attivati percorsi ambulatoriali indirizzati a persone con sovrappeso/obesità aventi come scopo l'attuazione di una strategia preventiva

primaria e secondaria basata sulla corretta alimentazione riguardante le malattie cardiovascolari e le principali malattie croniche.

All'interno di quest'attività ambulatoriale si effettuano: **consu-**

lenze nutrizionali, misurazioni del metabolismo basale e valutazioni funzionali del grado e tipo di attività fisica.

Per info: www.agenzianutrizione.it

Accordo Stato-Regioni sull'intramoenia

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 10 gennaio 2011 l'accordo Stato-Regioni sull'intramoenia. Con il nuovo accordo, che non modifica leggi o contratti, arrivano paletti più rigidi per evitare surplus di libera professione a pagamento a danno delle prestazioni istituzionali gratuite. Senza spese aggiuntive a carico di Asl e ospedali

per le attività autorizzate al di fuori delle proprie strutture e garantendo ai cittadini la massima trasparenza di prenotazioni e visite e la loro partecipazione con i sindacati dei medici alle commissioni che dovranno verificare lo svolgimento dell'attività per garantire che le ore di intramoenia non superino quelle di attività istituzionale né siano in

conflitto di interesse con questa. Le prenotazioni e i pagamenti secondo tariffe concordate, dovranno avvenire solo attraverso le strutture e il personale che nell'azienda sanitaria si occupa già delle prenotazioni per le prestazioni istituzionali, ma le due tipologie dovranno restare ben separate per garantire il controllo dei volumi di attività.

Indagine sulla soddisfazione degli utenti

Quanto tempo è trascorso dall'arrivo al pronto soccorso all'assegnazione di un letto? Da 1 a 5, come valuta l'assistenza ricevuta dal personale medico? In caso di bisogno raccomanderebbe a parenti e amici il reparto in cui è stato ricoverato? È partita dal 1° gennaio l'indagine sul grado di soddisfazione dei pazienti, promossa dalla Regione Toscana in collaborazione con il MeS, il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che coordina la

rilevazione ed elabora i dati. I cittadini che a partire dal 1° gennaio 2011 saranno ricoverati in uno degli ospedali toscani verranno invitati a compilare un questionario, con domande sull'assistenza ricevuta, sul loro grado di soddisfazione, sugli aspetti che devono essere migliorati. "Ascoltare la voce del paziente è un elemento fondamentale per migliorare l'assistenza - ha affermato Sabina Nuti, Direttore del MeS -. Contiamo sulla partecipazione dei pazienti per avere idee

e suggerimenti che ci aiutino a migliorare la qualità dei nostri ospedali". Qualsiasi informazione che l'intervistato fornirà rispondendo al questionario sarà considerata assolutamente confidenziale, ai dati avranno accesso esclusivamente i ricercatori che condurranno l'indagine. I risultati saranno elaborati e resi noti in forma rigorosamente anonima, e non sarà possibile risalire alle persone che hanno partecipato all'indagine.

CONVEGNI E CONGRESSI / CORSI E SEMINARI

L'ASTIGMATISMO

INQUADRAMENTO E COMPENSAZIONE MEDIANTE MEZZI OTTICI E CHIRURGICI

Il seminario è organizzato dall'Università degli Studi di Firenze, Dip. di Oftalmologia - e da Confcommercio Firenze Associazione Ottici e si terrà: **Venerdì 18 Febbraio 2011** alle ore 8.30 presso Aula Magna del N.I.C. (Nuovo Ingresso Careggi) - Largo Brambilla, 3 a Firenze. Termine per le iscrizioni: 4 Febbraio 2011

Parteciperanno: Prof. Ugo Menchini, Avv. Stefania Saccardi, Dott. Roberto Volpe, Sig. Salvatore Figuccia, Sig. Gianni Ristori, Dott. Carlo Rossi Ferrini, Dott. Paolo Miranda, Sig. Roberto Tripodi, Dott. Andrea Romani, Sig. Stanislao Reppucci, Dott.ssa Rita Mencucci, Prof. Ugo Menchini

Segreteria Segr. Org.va: Dott.ssa Rita Mencucci, Confcommercio Firenze Associazione Ottici. E-mail: assopto@confcommercio.firenze.it

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA EXTRAVASCOLARE

L'obiettivo del Corso, che si terrà il **25 febbraio 2011** a Firenze, è valutare e approfondire le tecniche di radiologia interventistica extravascolare e possibili utilizzi in ambito diagnostico e terapeutico. Il corso, costituito da lezioni teoriche con video dimostrativi fornisce le nozioni necessarie per eseguire le procedure di Radiologia interventistica extravascolare a medici che vogliono dedicarsi a questa disciplina. Discipline: radiodiagnostica, chirurgia generale, oncologia, malattie dell'apparato respiratorio, gastroenterologia e urologia. Segreteria Organizzativa: Quid Communications srl - Tel. 055.4633701 - camilla@quidcom.com.

IN ECOGRAFIA OSTETRICA TRIDIMENSIONALE

Il corso, che si terrà in data **8 aprile 2011**, è orientato alla introduzione teorica e pratica alle più aggiornate possibilità diagnostiche offerte dalla ultrasonografia, particolarmente nell'ambito dello studio ecografico tridimensionale e volumetrico della anatomia fetale. Sarà esaminato in particolare il nuovo approccio alla neurosonografia e alla ecocardiografia fetale. Ampio spazio sarà riservato ad una sessione interattiva di presentazione di casi che verranno analizzati in senso multidisciplinare e collegiale, offrendo la possibilità di comprendere in modo diretto come le nuove tecnologie a disposizione possano contribuire notevolmente ad una migliore definizione delle diagnosi di aspetti sindromici malformativi. Sede Hotel Londra, Via J.da Diacceto (Firenze). Segreteria Organizzativa: Quid Communications srl, via XX settembre, 78 50129 Firenze ilaria@quidcom.com - Tel. 055.4633701.



CONVEGNI E CONGRESSI / CORSI E SEMINARI

INCONTRI AMMI

L'A.M.M.I. (Associazione Mogli Medici Italiani) organizza una serie di incontri, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze, riguardanti la dermatologia dell'adulto e del bambino. Saranno affrontati le più comuni patologie cutanee con particolare riguardo alla prevenzione. Il ciclo delle relazioni sarà tenuto dalla nostra socia dott.sa Maria Luisa Battini, nota dermatologa pediatrica con i suoi collaboratori e avrà per titolo **"La pelle: un libro che parla"**. Il I incontro si è tenuto Mercoledì 26 gennaio 2011 su DERMATOLOGIA DELL'ADULTO: la pelle specchio del corpo, ma talora dell'anima (G. Coronella, S. Berti, M.L. Battini). Il II Incontro si terrà **Mercoledì 26 febbraio 2011** DERMATOLOGIA PEDIATRICA: saper riconoscere e saper fare (S. Berti, G. Coronella, M.L. Battini). Il III incontro si terrà **Mercoledì 13 aprile 2011** FOTOPROTEZIONE e DERMOCOSMESI: la bellezza ad ogni età (G. Coronella, S. Berti, M.L. Battini).

IL PETTO ESCAVATO... I NOSTRI PRIMI CENTO CASI

Quello che avete sempre voluto chiedere e... non vi è stato ancora detto

Il seminario, organizzato dal DAI di Pediatria Chirurgica Scuola di Specialità di Chirurgia Pediatrica dell'Univ. di Firenze (Direttore: Prof. Antonio Messineo) si terrà il **12 marzo 2011**, ore 10.00-17.00 presso l'Aula Magna primo piano, AOU "Meyer", Viale Pieraccini, 24 - Firenze. Segreteria Scientifica e Organizzativa: Alessia Bertocchini; Alessandra Martin; Roberto Lo Piccolo; Caterina Morelli; Aurora Mariani; Stefania Ragozzino; Antonio Messineo. Per informazioni: a.messineo@meyer.it, villinofibbiani@hotmail.com (Alessia Bertocchini), a.martin@meyer.it.

BACHECA

Pubblichiamo solo alcuni dei numerosi annunci consultabili sul sito dell'ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri.

COLLABORAZIONI TRA MEDICI

- Dr. Claudio Poggioni, laureato nel 2008 con il massimo dei voti, attualmente in scuola di specializzazione in medicina d'emergenza ed urgenza, cerca lavoro c/o Casa di Cura o per docenze corsi di primo soccorso. Cell. 331.6824690.
- Odontoiatra offre seria collaborazione in conservativa, endodonzia, protesi presso studi dentistici in FI, PO e prov. Cell. 338.6617368.
- Dirigente sanitario in pensione, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva Or. Sanità Pubblica ed in Igiene Or. Laboratorio Analisi, cerca occupazione confacente. Cell. 339.5720613.

CEDESI ATTIVITÀ

- Medico odontoiatra cerca studio dentistico a Firenze o provincia da rilevare previo periodo di affiancamento. Cell. 339.7244076.
- Cedesi studio odontoiatrico a norma, in centro storico di Firenze, composto da 1 unità operativa, completamente attrezzato, NUOVISSIMO! con possibilità di subentro leasing. Cell. 338.5909858.
- Cedesi studio, previo affiancamento, o quota associativa di uno studio avviato da oltre 20 anni, posto a Firenze in zona semicentrale. Per contatti tel. 055.667227 - Cell. 338.3362149 giovanni.vanella@teletu.it.

SOSTITUZIONI

- Il Dott. Ciullini Giulio, laureato ed abilitato alla professione di Medico Chirurgo, comunica la propria disponibilità ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche, assistenza medica a manifestazioni ed eventi sportivi, servizi in strutture assistenziali nel territorio di Firenze e provincia. Cell. 339.6010815.
- Dr. Francesco Tola, è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche, assistenza medica a manifestazioni ed eventi sportivi, prelievi, servizi in strutture assistenziali nel territorio di FI, PO e prov. - Cell. 333.4691594.
- Dr. Michele Mercuri, è disponibile per sostituzioni di mmg, guardie mediche in strutture private, servizi sportivi, prelievi in FI e prov. Cell. 347.2117469.
- La Dott.ssa Luisa Vuolo comunica la propria disponibilità ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche, assistenza medica a manifestazioni ed eventi sportivi, servizi in strutture assistenziali nel territorio di Firenze e provincia. Cell. 347.4012738.
- La Dott.ssa Ferri si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a medici di medicina generale, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi o giornate di donazioni di sangue nel comune di Firenze e provincia. Cell. 339.6988974.
- La Dott.ssa Rosa Versaci comunica la propria disponibilità ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche, assistenza medica a manifestazioni ed eventi sportivi, servizi in strutture assistenziali, servizi di assistenza domiciliare, prelievi, nel territorio di Firenze e provincia. Cell. 380.5070703.

COLLABORAZIONI NON MEDICHE

- Ragazza 34enne cerca lavoro come assistente alla poltrona a Firenze possibilmente in orario part-time. Cell. 338.5601692.
- Assistente alla poltrona con esperienza cerca lavoro full time in FI e prov. o anche AR e prov. - Christina. Cell. 393.0393388.

COLLABORAZIONI NON MEDICHE

- Ragazza 22enne senza esperienza ma con tanta buona volontà, cerca lavoro come assistente alla poltrona zona Firenze. Cell. 348.1800455.
- Psicologo-psicoterapeuta con referenze disponibile per consulenza e trattamenti. Cell. 329.7890580.
- 36enne con pluriennale esperienza in ufficio commerciale estero, gestione segreteria - anche fatturazione attiva - inglese al pari di madrelingua (esperienza di insegnamento di conversazione inglese per scuola privata), con spiccate doti di organizzazione e lavoro in autonomia cerca urgentemente lavoro in studio medico/diagnostico. Disponibilità immediata part time o full time in zona Firenze. Ilaria: ilaria.discworld@inwind.it.

VENDESI STRUMENTI

- vendo ecografo Esaote My lab 50 XVision con due sonde (lineare e convex), perfette condizioni. Eventualmente chiamare Cell. 329.6178354.



Manfredo Fanfani

L'ARTE: UN POTENTE MEZZO MEDIATICO D'INFORMAZIONE NELL'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA

Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista.

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

