

ToscanaMedica

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



**La sicurezza del paziente
nell'Unione Europea
dal 2009 al 2014**

R. Tartaglia, G. Toccafondi

I nuovi anticoagulanti orali
Consiglio Sanitario Regionale

**Disturbo
da Stress Post-Traumatico**

L. Dell'Osso, C. Carmassi

**Mancato consenso, l'ospedale
risponde anche senza errori**

G.A. Norelli, M. Focardi

N° 1 GENNAIO 2015



Depositato presso AIFA in data 06/05/2013





Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
Venturino Venturi, astratto,
olio su carta, cm 100 x 70, 1967,
archivio Venturino Venturi

Anno XXXIII n. 1 - Gennaio 2015

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

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2015 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

Editore
Edizioni Tassinari
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it



Antonella Barresi

Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
<http://www.edizionitassinari.it>

Stampa
Tipografia il Bandino srl
Via Meucci, 1 - Fraz. Ponte a Ema - Bagno a Ripoli (FI)

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 spazi inclusi.
- ◆ Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- ◆ No Bibliografia ma solo 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. Specificare l'ordine di appartenenza**
- ◆ Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza.
- ◆ 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.



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Segno e ritratto in Venturino Venturi
F. Napoli

EDITORIALE

5 Il legno storto
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 6 Trattamento del piede diabetico
C. Baggiore, N. Troisi, T. Chechi
- 10 Una genitorialità frutto della donazione dei gameti
A. Pagni
- 11 Il medico di medicina generale come "ordinatore di spesa"?
P. Salvadori, E. Pavone, V. Lelli, A. Corsini
- 13 Un ambulatorio vaccinale per soggetti a rischio
M.G. Santini, S. Baretta, P. Zini, C. Bonito, S. Peroni
- 15 La sicurezza del paziente nell'Unione Europea dal 2009 al 2014
R. Tartaglia, G. Toccafondi
- 18 Che cosa ne pensano i giovani medici?
A. Panti

RICERCA E CLINICA

- 19 Disturbo da Stress Post-Traumatico
L. Dell'Osso, C. Carmassi
- 22 L'Artroscopia della Spalla e del Gomito
R. Tucci, L. Di Bella, S. Soderi, R. Angeloni
- 24 Lo spettro autistico
A. Bani, M. Miniati
- 26 Encefalopatia epilettogena CDKL5
o variante di Hanefeld della sindrome di Rett?
I. Gemo, L. Congiu, F. Scusa, A. Benincasa, P. Morescalchi,
A.M. Romanelli, G. Pini
- 37 Abusive Head Trauma
P. Banti, G. Bocchini, R. Domenici

RICORDO

- 28 Una strada per Giuseppe Poli
28 Walter Capobianco, professionista innovatore
F. Taruffi
- 28 Raffaele Evangelisti, un collega esemplare

REGIONE TOSCANA

- 29 I nuovi anticoagulanti orali
Consiglio Sanitario Regionale
- 35 Miglioramento organizzativo
per il benessere degli operatori del SSR
Consiglio Sanitario Regionale

MEDICINA LEGALE

- 40 Mancato consenso, l'ospedale risponde anche senza errori
G.A. Norelli, M. Focardi

INFORMATICA BIOMEDICA

- 44 I pre-prints e il movimento Open Science
M. Masoni, M.R. Guelfi, G.F. Gensini

SANITÀ NEL MONDO

- 46 Liberismo e salute
G. Maciocco

FRAMMENTI DI STORIA

- 48 Il fuoco di (quale?) Sant'Antonio
F. Praticchizzo
- 49 Al tempo dell'alluvione
A. Fusi
- 49 Pane e lacrime
A. Fusi

LETTERE AL DIRETTORE

- 51 Letalità e mortalità non sono sinonimi
F. Urbano
- 52 La neurochirurgia ospedaliera fiorentina
A. Dolara
- 53 Il modello toscano della salute mentale in età evolutiva
C. Coscarella
- 54 Un diritto gentile
S. Spinsanti
- 55 O tempora, o mores

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 57 Il fazzoletto
M. Fanfani

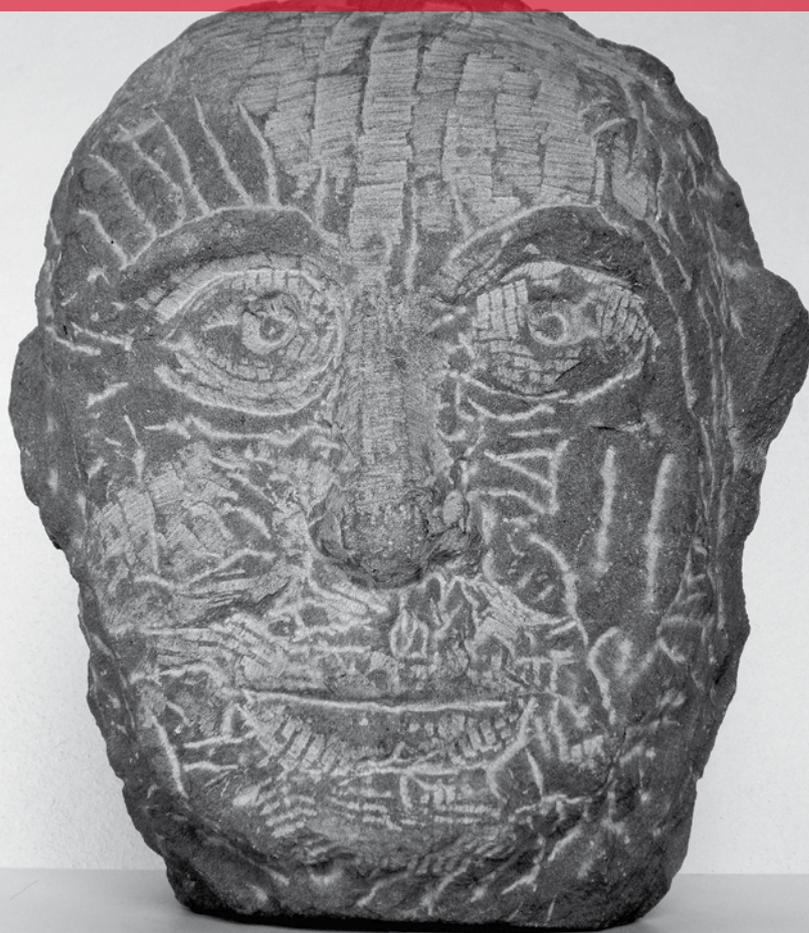
61 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

61 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

17/21/25/62 CONVEGNI, CONGRESSI E CORSI

45 BACHECA

55 LETTI PER VOI



FEDERICO NAPOLI

Segno e ritratto in Venturino Venturi

Si intitola "Volte dell'Ermetismo" la mostra dedicata a Venturino Venturi a Villa Bardini, promossa dalla Fondazione Bardini Peyron dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze e dal Gabinetto Vieusseux. L'artista nasce a Loro Ciuffenna nel 1918: le pietre del torrente, l'asprezza boscosa dei monti, l'aridità della natura, restano nella sua formazione di ragazzo che a cinque anni deve lasciare il paese con i genitori, perché la famiglia Venturi non è allineata alle nuove posizioni politiche. Dal Lussemburgo, dove abita, ritorna successivamente in Toscana, stabilendosi a Firenze (1936), dove lui già innamorato dell'arte può trovare stimoli nello studio e nei raffronti con il mondo del passato: così Venturino ha l'opportunità di vivere il clima culturale di quegli anni con gli incontri nei caffè e fra questi alle "Giubbe rosse", dove conosce Montale, Rosai, Pratolini ed entra in amicizia con un giovane Luzi, con Bigongiari e Parronchi, cioè con un gruppo di poeti che con le idee e le parole crea una dimensione nella quale vita e realtà appaiono fra loro disgiunte – solo con il dramma della seconda guerra mondiale esse torneranno a coincidere –:

sono i cosiddetti "ermetici".

Nel secondo dopoguerra, il mondo di Venturino si arricchisce ulteriormente di stimoli astrattivi vivendo qualche anno a Milano, già sede di un importante movimento in tal senso; nel frattempo è invitato a impegni espositivi di rilievo (Biennale di Venezia), ma non dimentica mai la sua terra d'origine, il Pratomagno, la pietra, la severità delle montagne, l'essenzialità dei rapporti umani. La vita artistica gli riserva negli anni amarezza con la tormentata realizzazione del mosaico nel Parco di Collodi, ma anche soddisfazioni come le due mostre antologiche fiorentine alla Strozzi (1960) e successivamente in Sala d'Arme di Palazzo Vecchio (1999).

Un'accurata selezione di opere di grafica e scultura capace di illustrare questo cammino artistico viene, come già scritto, presentata – fino al 15 febbraio – presso i locali di Villa Bardini a Firenze: sculture in pietra o cemento che ritraggono gli amici di sempre, cioè Bilenchi, Ungaretti, Lisi, Pananti, nonché una serie di olii su carta datati 1962-67. Tutto riunito sotto il titolo "Volte dell'Ermetismo" con una scelta delle opere curata dalla nipote dello stesso Venturino, Lucia Fiaschi, conservatrice del Museo a lui dedicato nel paese natale.

Ma la mostra – che nel suo svolgimento si avvale anche di alcune conferenze di approfondimento – prosegue in via Maggio, presso l'Archivio Bonsanti del Gabinetto Vieusseux, con una sezione espositiva composta da album di appunti, disegni a china, matrici e da nove opere che ritraggono Mario Luzi eseguite dal viareggino Mario Francesconi, amico dell'artista di Loro Ciuffenna.

Nella mostra a Villa Bardini i ritratti in scultura rendono visibile l'invisibile, cioè evidenziano l'unicità del soggetto interpretato, mentre sulle grandi carte "graffiate" con una tecnica personale non appaiono forme da considerarsi astratte o informali, ma veri "segni di vita": così l'esposizione appare come un percorso culturale e umano esemplato sull'esistenza stessa di Venturino Venturi. **TM**

Volte dell'Ermetismo

Villa Bardini e Archivio Bonsanti
fino al 15 febbraio

orario: martedì/domenica 10,00 - 19,00
(villa Bardini)

lu-mar-ven 9,00-1300/ merc-giov 9,00-17,30
(Archivio Bonsanti)



Ritratto
di Vasco Pratolini,
pietra serena,
Venturino Venturi

ANTONIO PANTI

Il legno storto

Per quanto Hobbes abbia realisticamente detto che la vita dei nostri progenitori era “povera, rozza, brutale e breve”, il mito del buon selvaggio, dell’età dell’oro, ha attraversato i secoli, dalle Bucoliche a Thoreau, e oggi esplose nel revival di tutto ciò che è naturale, nell’avversione agli Ogm, nel culto delle medicine “dolci”, nelle terapie a base di erbe, nel ricorso all’irrazionale contro la fredda razionalità della scienza. Il parto non fa eccezione. È ovvio che il parto naturale ha sempre funzionato bene, altrimenti l’umanità si sarebbe estinta con Adamo e Eva. È altrettanto ovvio che il crollo della mortalità puerperale e neonatale è dovuto solo e soltanto ai progressi della medicina. Se ben usata, la tecnologia è utile all’uomo.

Ma l’uomo è un essere contraddittorio; di fronte alla paventata chiusura di piccole maternità dove si eseguono meno di cento parti all’anno (l’OMS ne prevede mille per mantenere aperto un ospedale) le comunità locali, con alla testa i vari maggiorenni tra cui i medici, fieramente si oppongono. Spesso si decide di aprire un “Centro Nascita” che, sostanzialmente e giuridicamente, non è altro che un domicilio dove alla partoriente sono garantiti l’ostetrica e i supporti obbligatori anche in casa al momento del parto. Niente altro, se non un’ambulanza per raggiungere il più vicino ospedale, se il parto improvvisamente si complica. Si accede alla casa del parto previa certificazione medica di gravidanza fisiologica (un vecchio ginecologo mi disse: “il parto se è fisiologico lo si sa solo dopo che è avvenuto”) e dopo aver compilato il modulo di consenso a seguito di esplicite spiegazioni sui rischi possibili per la mancanza del medico e di una sala chirurgica.

I “centri nascita” sono una buona soluzione di fronte alle richieste di alcune donne; vi sono paesi in cui il parto non medico è prevalente. Certamente è meglio che questi centri siano localizzati all’interno o nelle immediate vicinanze di strutture ospedaliere per dare maggiori garanzie in caso di rischio. L’importante è che gli utenti comprendano bene la differenza e ciò

non sempre accade e allora si pone qualche problema ulteriore su cui riflettere.

Una donna sceglie di partorire in un “centro nascita” dopo aver espresso il debito consenso informato. Purtroppo qualcosa va storto e il bambino nasce con un grave danno cerebrale. Le perizie negano colpe professionali delle ostetriche e del medico, cui il piccolo è giunto troppo tardi e sospettano piuttosto una genesi malformativa del danno. Il magistrato, confermando che il centro nascita non è altro che un domicilio attrezzato dall’ASL, assume la tesi che la donna non può pretendere assistenze ulteriori né che l’ASL abbia maggiori obblighi che fornire l’ambulanza per raggiungere la più vicina maternità. Quindi nega il risarcimento richiesto.

Il ragionamento del giudice pone due punti fermi. La donna ha la libertà di partorire dove vuole, purché si assuma i rischi connessi alla scelta. Questa sua libertà, si potrebbe osservare, può danneggiare il figlio che non ha modo di esprimersi. Potrebbe lui chiedere ristoro del danno subito per la scelta materna? Lasciamo ai giuristi esplorare questo terreno minato. Ci preme invece veder riconosciuta la piena responsabilità del cittadino. Si può partorire a domicilio e l’ASL fornisce i mezzi necessari (il parto è a carico del SSN) ma se ne assumono in proprio i rischi.

Però un po’ di disagio rimane. Il parto nel centro nascita avviene comunque in un servizio pubblico. Ma che può fare la sanità di fronte a una tendenza sociale? Il problema non è di rispettare la libertà del singolo. Su questo non possono esservi dubbi. Ciascuno ha diritto di curarsi o partorire a suo piacere. Ma la collettività? È così difficile capire che le sale parto dovrebbero espletare almeno mille parti l’anno e che non si può volere tutto e il contrario di tutto? Se si vuole partorire a domicilio non si possono chiedere danni da improvviso parto patologico. Agli sfortunati genitori va solidarietà, aiuto e pietà. Ma le umane contraddizioni non sempre possono essere risolte. L’ha già detto Kant: “nessuno può raddrizzare il legno storto dell’umanità”. **TM**

LEGENDA

DA QUESTO NUMERO È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR. NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL’ORDINE DI FIRENZE O DALL’APP, ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommaio - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail

CRISTIANA BAGGIORE, NICOLA TROISI, TANIA CHECHI

Trattamento del piede diabetico

Nuovo modello organizzativo multidisciplinare dell'Azienda Sanitaria Firenze

con la collaborazione di:

FRANCESCA FALCIANI, *Responsabile Osservatorio Aziendale Ulcere cutanee ASF*
 LEONARDO ERCOLINI, *Dirigente medico Chirurgia Vascolare ASF*
 GIOVANNI MARIA SANTORO, *Direttore SOC Cardiologia I ASF*
 ANDREA FRANCESCONI, *Direttore SOS Diabetologia Osp. S.M. Annunziata ASF*
 FRANCESCO MANETTI, *Dirigente medico Diabetologia ASF*
 RAFFAELE LAUREANO, *Direttore SOC Medicina Interna OSP. S.M. Annunziata ASF*
 STEFANO TATINI, *Dirigente Medico Resp Amb Angiologia Osp. S.M. Annunziata ASF*
 GIANGIUSEPPE ALBERTI LEPRI, *Dirigente Medico Ortopedia ASF*
 ROBERTO VIRGILI, *Direttore SOS Ortopedia SMN*
 BARBARA DEL PIN, *Infettivologo ASF*

MARIO CECCHI, *Osservatorio Osp per Intensità di Cure Regione Toscana*
 STEFANO MICHELAGNOLI, *Direttore Dipartimento Chirurgico ASF*
 GIANCARLO LANDINI, *Direttore Dipartimento Medico ASF*
 ALBERTO APPICCIAFUOCO, *Vicedirettore Sanitario ASF*
 EMANUELE GORI, *Direttore Sanitario ASF*
 PAOLO MORELLO MARCHESE, *Direttore Generale ASF*

È in corso un'epidemia mondiale di diabete. Tale patologia cronica e le sue correlate temibili complicanze possono avere un considerevole impatto sia sui pazienti che sul già provato sistema sanitario. Il cosiddetto "piede diabetico" rappresenta la più temuta ed invalidante complicanza, che, se non prevenuta e curata, porta inevitabilmente all'amputazione d'arto (Figure 1 e 2).

Complicanze vascolari periferiche del diabete

La vasculopatia periferica dei pazienti diabetici è una patologia ostruttiva su base sostanzialmente aterosclerotica, anche se presenta delle caratteristiche peculiari. Essa è prevalentemente distale, tendenzialmente bilaterale e con un più alto numero di calcificazioni vascolari.

Le stenosi o ostruzioni degli assi arteriosi determinano inizialmente nell'arteriopatico il sintomo

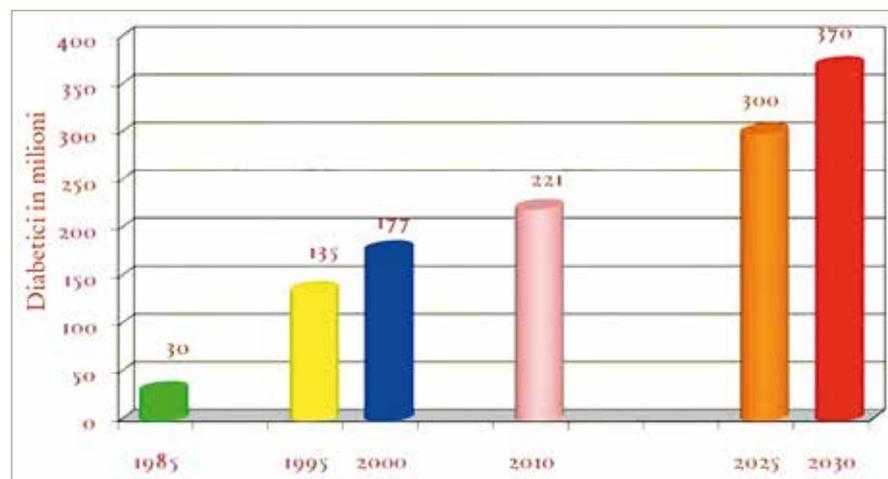


Figura 1 - La tendenza epidemica del diabete in tutto il mondo. Milioni di diabetici per (anno): 1985 (30), 1995 (135), 2000 (177), 2010 (221), 2025 (300), 2030 (370).

Fonte: Zimmet P. *Nature*: 414, 13 Dec. 2001



Cristiana Baggio, specialista in Diabetologia (1988 Università di Torino). È membro delle Commissioni per le Attività Diabetologiche e per la Medicina di Genere della Regione Toscana. Ha creato il primo ambulatorio dedicato al "piede diabetico" presso l'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze nel 1990. Coordina il "Centro Unico per il Piede Diabetico" dell'Azienda Sanitaria di Firenze.



Nicola Troisi, specialista in Chirurgia Vascolare presso l'Università degli Studi di Firenze. Già Clinical Research Fellow presso il Centrum für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie dell'Universitätsklinikum, Münster, Germania. Attualmente Dirigente Medico a tempo indeterminato presso la U.O. di Chirurgia Vascolare dell'Azienda Sanitaria Firenze.



Tania Chechi, specialista in cardiologia e malattie dell'apparato cardiovascolare. Direttore S.S. Cardiologia Interventistica Ospedale Santa Maria Annunziata.

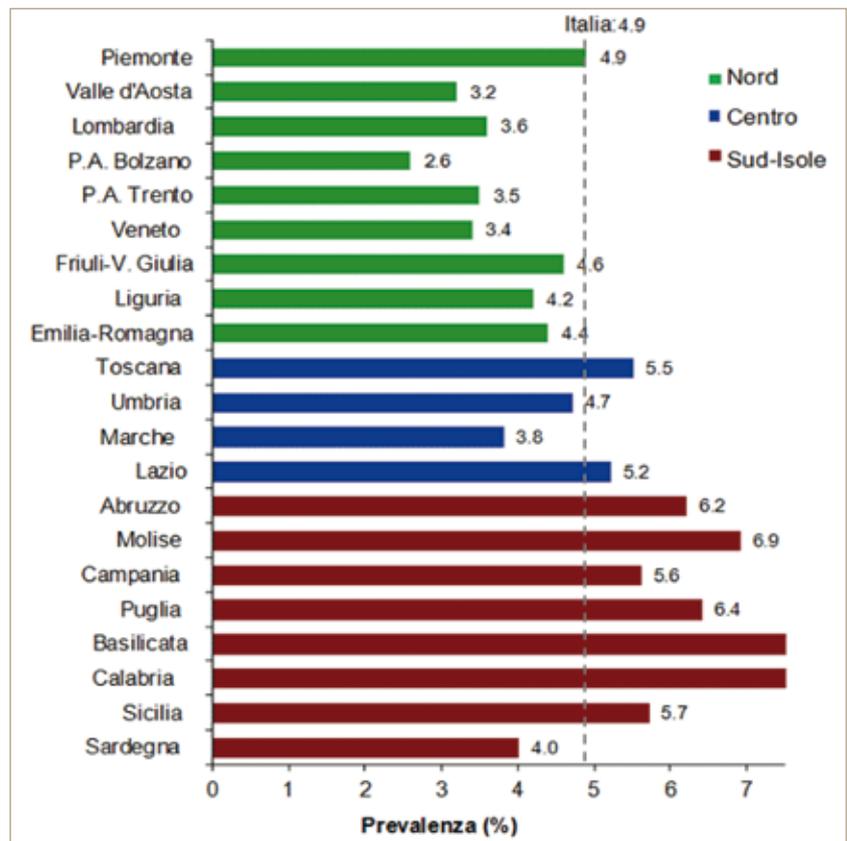


Figura 2 - Prevalenza del diabete nelle regioni italiane.

cardine: la *claudicatio intermittens*. Nel paziente diabetico molto spesso la prima manifestazione della patologia aterosclerotica periferica è rappresentata dall'insorgenza di ischemia critica, che si manifesta con dolore a riposo e/o presenza di ulcere trofiche.

Le ulcere trofiche distali localizzate al piede nel paziente diabetico possono anche non essere solo di natura aterosclerotica, ma molto spesso hanno un'eziopatogenesi mista. Infatti, diverse componenti (infettiva, neurogena, ortopedica) possono contemporaneamente entrare in gioco, dando vita alla multifattorialità tipica del piede diabetico.

Management del piede diabetico

Un efficace programma per la cura dei piedi deve tenere in considerazione i seguenti punti: un approccio multidisciplinare, coinvolgimento della Medicina Generale, coinvolgimento delle persone con diabete e delle loro organizzazioni rappresentative, disponibilità di risorse economiche.

Ciò emerge dalle principali linee guida internazionali (NICE, IWGDF, IDSA). Innanzitutto, vanno educati i pazienti con diabete al controllo dei propri piedi e ad essere attenti in ogni manovra che possa provocare traumi anche minimi a livello cutaneo. Anche i servizi territoriali e la medicina del territorio vanno sensibilizzati sull'argomento.

La comparsa di un'ulcera trofica è il primo step, che, in caso di incuria, porta inevitabilmente ad interventi demolitivi. Un paziente sottoposto ad amputazione maggiore dell'arto inferiore costa al sistema sanitario circa 80.000 euro/anno.

La creazione di percorsi dedicati per il manage-

ment dei pazienti affetti da piede diabetico è fondamentale allo scopo di prevenire l'evoluzione della patologia, ridurre i tassi di amputazione e limitare l'impatto socioeconomico.

Finalità del percorso

Dopo delibera aziendale del 2013, è nato ufficialmente all'interno dell'Azienda Sanitaria Firenze un gruppo multidisciplinare composto da diabetologi, chirurghi vascolari, cardiologi interventisti, internisti, ortopedici, infettivologi, podologi, infermieri esperti nel *wound care*.

Tale gruppo ha l'obiettivo di attuare il percorso aziendale per i pazienti affetti da piede diabetico con le seguenti finalità:

- realizzare nel territorio metropolitano di Firenze una rete assistenziale efficace per la cura e gestione del piede diabetico;
- disegnare un percorso assistenziale specifico che coinvolge i Servizi di Diabetologia come porte di ingresso nel percorso stesso;
- evitare la dispersione dei pazienti e fornire il corretto inquadramento del paziente stesso in tutti gli aspetti a partire da quello metabolico.

Modalità operative del percorso

Nel percorso diagnostico-terapeutico, un ruolo fondamentale è svolto dal medico di medicina generale nella prevenzione e nella diagnosi precoce, così come dai servizi del distretto sanitario (ambulatori dedicati o assistenza domiciliare integrata) per il trattamento coordinato delle lesioni e la continuità di cura con l'ospedale.

La prima valutazione viene fatta dal diabetolo-

go, che possiede tutte le caratteristiche necessarie per essere il *team leader* del percorso a causa della sua conoscenza del processo nella sua interezza. L'accesso ai Servizi di Diabetologia è garantito da vie di contatto dedicate ad uso della medicina generale, dei DEA-PS, dei reparti di degenza/lungodegenza e dell'assistenza infermieristica che opera sul territorio.

La stadiazione tempestiva del paziente permette di decidere per una bassa, media o alta intensità di cura. Tale stadiazione avviene sulla base sia di criteri clinici generali che sulle condizioni locali della lesione (scale di Wagner e di Texas). I tre livelli di intensità di cura trovano la loro collocazione nei Servizi di Diabetologia e nel Centro Unico per la Cura del Piede Diabetico, localizzato nel Presidio Ospedaliero Piero Palagi (Tabelle 1 e 2).

In caso di erogazione delle cure in un contesto ospedaliero, a seconda della complessità del problema, vengono rese necessarie competenze specialistiche di branche diverse come per esempio quelle ortopediche, infettivologiche, internistiche, interventistiche periferiche.

Il team è governato da chi ha in carico il problema in quella specifica fase del processo (Figura 3).

Ruolo delle singole professionalità all'interno del percorso

Tutte le singole figure professionali coinvolte nel percorso svolgono la loro attività di consulenza presso il Centro Unico per la Cura del Piede Diabetico localizzato al Presidio Ospedaliero Piero Palagi.

Come già detto, lo specialista diabetologo garantisce il controllo del percorso per ogni paziente e coordina il team multiprofessionale e multispecialistico. Il diabetologo gestisce anche i rapporti con i podologi e tecnici ortopedici per i presidi di supporto necessari e gestisce i pazienti che necessi-

tino di un supporto medico in regime di Day Service (prostanoidi, terapia antibiotica ev). Il servizio di Day Service di riferimento è quello del Presidio Ospedaliero Piero Palagi. Inoltre, il diabetologo interagisce direttamente con la medicina del territorio coordinando non solo l'entrata del paziente all'interno del percorso ma anche la sua uscita. Nell'attività diabetologica sono coinvolti tutti e 6 i presidi dell'Azienda Sanitaria Firenze.

Lo specialista chirurgo vascolare in collaborazione con il cardiologo si occupa della rivascolarizzazione delle arterie degli arti inferiori. Tale specialista ha anche il compito di analizzare il paziente con piede diabetico nella sua "interezza" cardiovascolare effettuando uno screening di base. Inoltre, il chirurgo vascolare ha anche il compito di coordinare il flusso del paziente verso una chirurgia ortopedica ricostruttiva e demolitiva. Gli ospedali coinvolti in tale attività sono il Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio e il Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata.

Lo specialista ortopedico si occupa della chirurgia ricostruttiva e demolitiva del piede, ma anche dell'eventuale applicazione locale di medicazioni complesse in collaborazione con il personale infermieristico esperto in "wound care". I presidi ospedalieri coinvolti in tale attività sono quelli di Santa Maria Nuova e Piero Palagi.

Lo specialista internista si occupa del ricovero in ambiente medico dei pazienti afferenti al percorso sia per ciò che concerne la degenza necessaria per eventuali interventi (rivascolarizzazione, ricostruzione/demolizione) sia per ciò che riguarda eventuali ricoveri necessari nei casi di grave instabilità clinica. Gli ospedali coinvolti in tale attività sono il Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova e il Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata, oltre a quello di San Giovanni di Dio, dove ha sede la U.O. di Chirur-

Tabella 1 - Classificazione delle lesioni secondo Wagner

Grado 0	Assenza di ulcerazioni attive, eventuale edema. Deformità. Cellulite. Lesioni preulcerative
Grado 1	Ulcera superficiale
Grado 2	Ulcera profonda fino al tendine, fino alla capsula articolare, fino all'osso
Grado 3	Ulcera profonda con ascesso. Osteomielite. Artrite settica
Grado 4	Gangrena localizzata all'avanpiede. Gangrena localizzata al tallone
Grado 5	Gangrena di tutto il piede

Tabella 2 - Classificazione della Texas University

GRADI				
	0	I	II	III
A	Lesione pre- o post-ulcerativa	Ferita superficiale, che non coinvolge il tendine, la capsula o l'osso	Ferita penetrante il tendine o la capsula	Ferita penetrante l'osso o l'articolazione
B	Lesione pre- o post-ulcerativa, completamente epitelizzata con infezione	Ferita superficiale, che non coinvolge tendine, capsula o l'osso con ischemia	Ferita penetrante il tendine o la capsula con ischemia	Ferita penetrante l'osso o l'articolazione con infezione
C	Lesione pre- o post-ulcerativa, completamente epitelizzata con ischemia	Ferita superficiale, che non coinvolge tendine, capsula o l'osso con ischemia	Ferita penetrante il tendine o capsula con ischemia	Ferita che penetra l'osso o l'articolazione con ischemia
D	Lesione pre- o post-ulcerativa, completamente epitelizzata con infezione ed ischemia	Ferita superficiale, che non coinvolge tendine, capsula o le ossa con infezione ed ischemia	Ferita che penetra al tendine o capsula con infezione ed ischemia	Ferita che penetra l'osso o l'articolazione con infezione ed ischemia

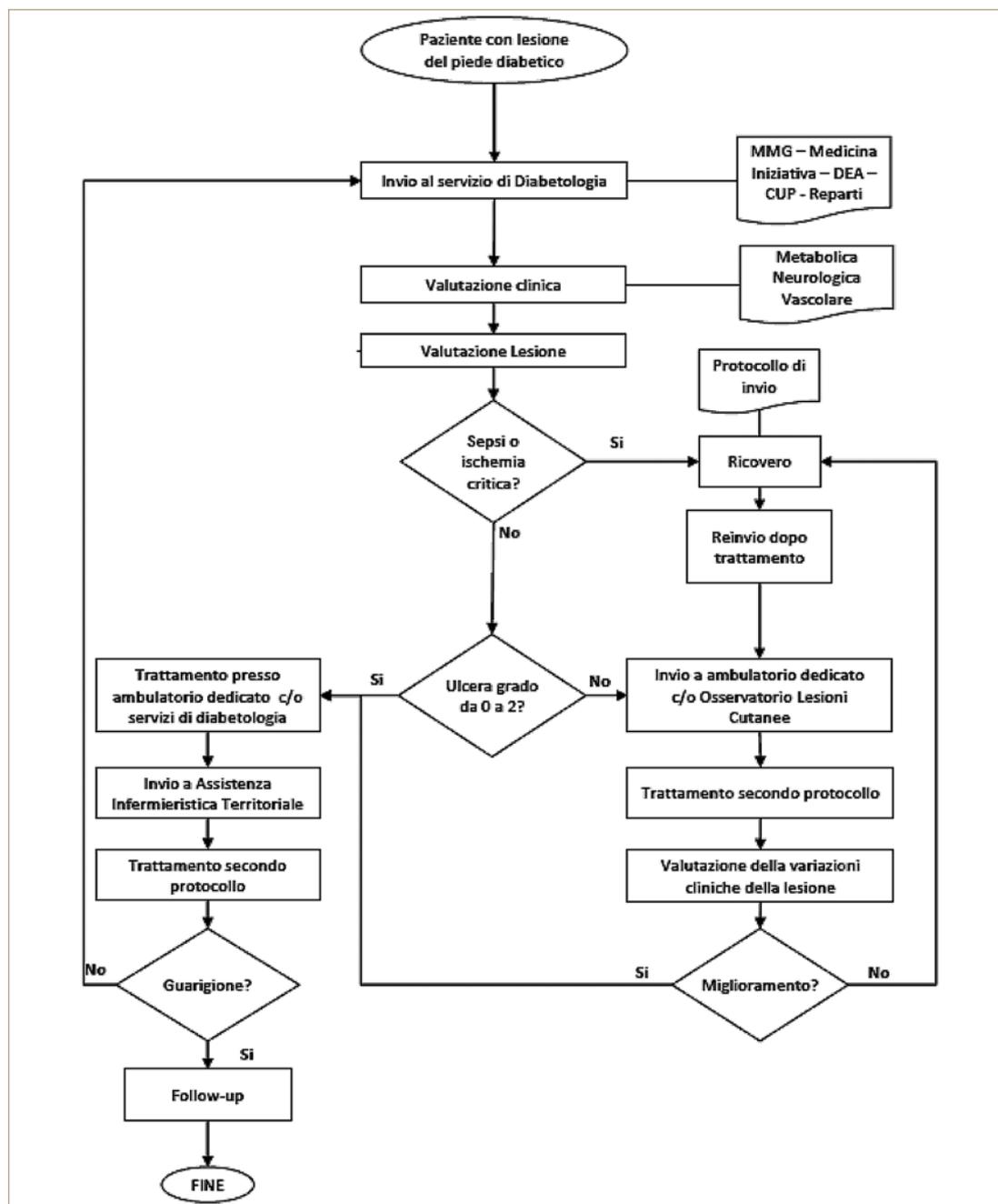


Figura 3

gia Vascolare.

Lo specialista infettivologo coordina la gestione delle infezioni nei pazienti affetti da piede diabetico e dispone il ricovero in ambiente specialistico nei casi più gravi. Il Presidio Ospedaliero coinvolto in tale attività è quello di Santa Maria Annunziata.

Prossimi obiettivi del percorso

È prematuro parlare di risultati ma il trend di inserimento dei pazienti all'interno del percorso è sicuramente in crescita. A tutt'oggi sono inseriti nel percorso circa 65 pazienti con un incremento netto negli ultimi 6 mesi di circa il 60%. Inoltre, in questo stesso periodo sono state eseguite circa 1500 prestazioni ambulatoriali (circa 250/mese) e sono state effettuate circa 45 procedure di rivascolarizzazione

agli arti inferiori.

La stretta collaborazione tra le varie figure professionali coinvolte è stata fondamentale per l'attuazione di tale percorso e per il raggiungimento del primo obiettivo, ossia quello di dare una continuità di cure a una tipologia di pazienti, che nel nostro territorio metropolitano ha subito negli ultimi anni una diaspora assistenziale.

Prossimi obiettivi saranno di incrementare l'attività di questo percorso, riducendo il tasso di amputazioni maggiori nei pazienti diabetici nel nostro territorio, e sviluppare interazioni con altri centri ospedalieri limitrofi coordinando tale percorso all'interno di un'Area Vasta Metropolitana. **TM**

Info: osservatoriolesioni.azienda@asf.toscana.it

ALDO PAGNI

Una genitorialità frutto della donazione dei gameti



Aldo Pagni, specialista in medicina interna, è stato Vice Presidente dell'Ordine di Firenze e dal 1996 al 2000, Presidente nazionale della FNOMCeO.

Luisa Brown, la prima bambina concepita con la Fivet al di fuori del grembo materno, nacque nell'ospedale di Manchester nel 1978.

Da allora sono alcuni milioni i bambini nati con le tecniche della PMA, e molti Paesi del mondo promulgarono tempestivamente le prime leggi per disciplinare una materia tanto affascinante quanto eticamente complessa.

La legge italiana, approvata ventisei anni dopo quell'evento, con allegate linee guida deputate a ridurre al minimo la possibilità di praticare la PMA, e dopo il fallimento dei risultati del referendum abrogativo per l'astensione di molti cittadini, è stata impugnata nei tribunali da più di trenta coppie che chiedevano di poter ricorrere all'inseminazione eterologa e ai test prenatali per prevenire la nascita di un figlio affetto da gravi malattie genetiche invalidanti.

Si stima che circa diecimila coppie sterili, o infertili (che non è la stessa cosa) in questi anni abbiano fatto ricorso ai costi e ai disagi del "turismo procreativo" soprattutto nei paesi europei (ma anche in India e negli USA), dove questi divieti non esistono, per avere la speranza, il diritto e la soddisfazione di avere un figlio e possibilmente sano.

Alla fine, dopo la bocciatura della Corte Europea e il riconoscimento della Consulta che il divieto d'inseminazione eterologa era incostituzionale, della legge 40 è rimasto quasi soltanto il titolo.

Anche perché, nel 2009, l'Alta Corte aveva rilevato che il divieto di creare un numero di embrioni superiore a quello necessario a un unico e contemporaneo impianto, e comunque non superiore a tre, era tale da rendere necessaria un'eventuale reiterazione dei cicli di stimolazione ovarica pregiudizievole per la salute della donna e per il feto, e che la regola di fondo di questa decisione doveva essere l'autonomia e la responsabilità del medico (sentenza 19-22 giugno 2002, n.282, e sentenza 10-14 novembre 2003 n.338).

Le stesse considerazioni, relative all'autonomia tecnica del medico nel rispetto delle volontà delle persone, le aveva espresse il presidente della Fnomceo, inascoltato, nelle audizioni in Parlamento sulla Legge.

Solo la Regione Toscana, al momento, ha ottemperato alle decisioni della Consulta, ren-

dendo possibile l'inseminazione eterologa, e le indagini pre-impianto, con una legge che stabilisce i limiti e le norme relative alla valutazione dei fattori di rischio e di assenza di malattie genetiche nel donatore o nella donatrice, i limiti della loro età e del numero delle donazioni possibili e l'età massima prevista per la ricevente.

Si tratta di una legge regionale "cedevole" di fronte ad una legge dello Stato, ma il Ministro della Sanità, dopo averne promessa una tempestiva, ne ha rinviato al Parlamento l'approvazione.

Una decisione dilatoria che trova giustificazione (?) nella non rassegnata resistenza dei teologi politici che, in passato, con l'interessata compiacenza del Governo e della maggioranza, erano riusciti a cedere soltanto gli aspetti ineludibili della PMA, mantenendo ferma e immutata la convinzione che la procreazione dovesse essere il frutto esclusivo di un atto unitivo e non di artifici tecnologici.

Difficilmente la coscienza individuale di un parlamentare, che non può vantare "speciali illuminazioni", potrà decidere su come i cittadini debbono comportarsi su aspetti tanto importanti della loro esistenza.

Le vicende parlamentari di questi ultimi trentasei anni, dalla nascita di Luisa alla legge del 2004, hanno mostrato l'inanità delle diverse commissioni (Santosuoso, Guzzanti, Busnelli) incaricate dai vari ministri della sanità dal 1984 al 2004 di formulare una legge accettabile, e nel 1999 si dimise il presidente della Commissione Affari Sociali della Camera, la socialista Marida Bolognesi, delusa per il fallimento inatteso di un testo di legge che pareva avere avuto il consenso delle diverse forze politiche.

In una società multiculturale e di pluralismo etico le questioni tecniche s'intrecciano con quelle etiche: donne singole, coppie omosessuali, convivenze civili, anonimato o meno del donatore, retribuzione della donazione, i maggiori rischi di malformazioni derivanti dall'iniezione dello spermatozoo nella cellula uovo (ICSI), utilizzata nei casi più gravi di infertilità maschile, la gravidanza surrogata, eventuale adozione dell'embrione abbandonato, limiti di età per l'eterologa, selezione genetica (da non confondere con l'eugenetica nazista!) in funzione di una futura terapia genica ecc.

Le scoperte della medicina tecnologica "potenziativa" del Novecento, hanno trasformato i rapporti tra le persone basati sui diritti individuali e sulle connesse responsabilità, e modificato il significato tradizionale delle nozioni di sessualità, nascita, paternità, maternità e famiglia.

La PMA rimane, pertanto, al centro di un dibattito controverso in un contesto etico-sociale agitato dalla globalizzazione del mondo, dall'influenza delle legislazioni europee e degli altri Paesi, dalle diverse visioni della vita tra confessioni religiose e laicità, dal mutamento della configurazione della famiglia e dei costumi sessuali, dalla rivendicazione dei diritti costituzionali e dal conflitto tra un diritto positivo "mite", di una società secolarizzata, e un diritto naturale fondato su obbligazioni naturali immutabili.

Certamente, in uno stato di diritto, e non

in uno etico, i trattamenti con le tecniche della PMA hanno bisogno di regole, non ideologiche, che siano ispirate al buon senso e a una valutazione attenta e pragmatica dello stato attuale delle conoscenze e della sperimentazione.

In questa prospettiva mi è parsa interessante, e condivisibile, la proposta di C. Flamigni e M. Mori, della costituzione di una Commissione permanente, nominata in parte dal Ministro della sanità e in parte dalle società scientifiche della riproduzione, da rinnovare ogni tre-quattro anni, alla quale affidare il compito di stabilire Linee Guida in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, per garantire la trasparenza delle acquisizioni scientifiche e distinguerle da eventuali speculazioni lucrose. **TM**

Info: aldopagni@mdtech.it



Piero Salvadori, medico di comunità presso l'Azienda USL 11 di Empoli dove dirige dal 1999 la UOC Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali. Specializzato in oncologia presso l'Università di Genova nel 1987, specializzato in igiene e sanità pubblica presso l'Università di Firenze nel 1991. Dirigente settore Servizi alla Persona sul Territorio, Regione Toscana 2012/13

PIERO SALVADORI, ELEONORA PAVONE¹, VALTER LELLI², ANDREA CORSINI²

Il medico di medicina generale come "ordinatore di spesa"?

Il nuovo ruolo del medico di medicina generale tra Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), inevitabilmente si confronta con i vecchi e classici ruoli derivanti da organizzazioni e schemi del passato.

In effetti sul versante dell'assorbimento di risorse si è passati da un ruolo di *curante*, cioè tutto ciò che gli assistiti consumano sul territorio, ma anche in ospedale, è ascritto al medico di medicina generale, a quello di *prescrittore*, cioè il medico di medicina generale è responsabile di ciò che **direttamente** prescrive. E tutto questo passando attraverso la Deliberazione della Regione Toscana n. 1038 del 2005 che individua i vari percorsi assistenziali per la presa in carico dei bisogni del cittadino e distribuisce le responsabilità secondo un modello *date a Cesare quel che è di Cesare*.

Tutto quanto ora esposto assume maggiore importanza con le nuove forme aggregative ed organizzative della Medicina Generale che

prevedono anche il budget di Unità Complesse di Cure Primarie (decreto Balduzzi) e quello di Aggregazioni Funzionali Territoriali (DGRT 1031/2012).

La Figura 1 riassume i cambiamenti susseguiti nel tempo.

STATO ATTUALE

Possiamo valutare il ruolo del medico di medicina generale come prescrittore diretto, anziché come curante, sia nella farmaceutica territoriale che nella specialistica. Appare che ancora il medico di medicina generale è come professionalità il maggior azionista nel ruolo di "ordinatore di spesa" sul territorio. Ovviamente c'è da considerare anche l'incremento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, la progressiva diminuzione dei posti letto ospedalieri, della degenza media... in una parola lo spostamento dell'asse assistenziale dall'ospedale al territorio.

Ma in questa attività "traslazionale" qualcosa sta cambiando.

¹ Farmacista, Firenze

² Analista informatico, Firenze

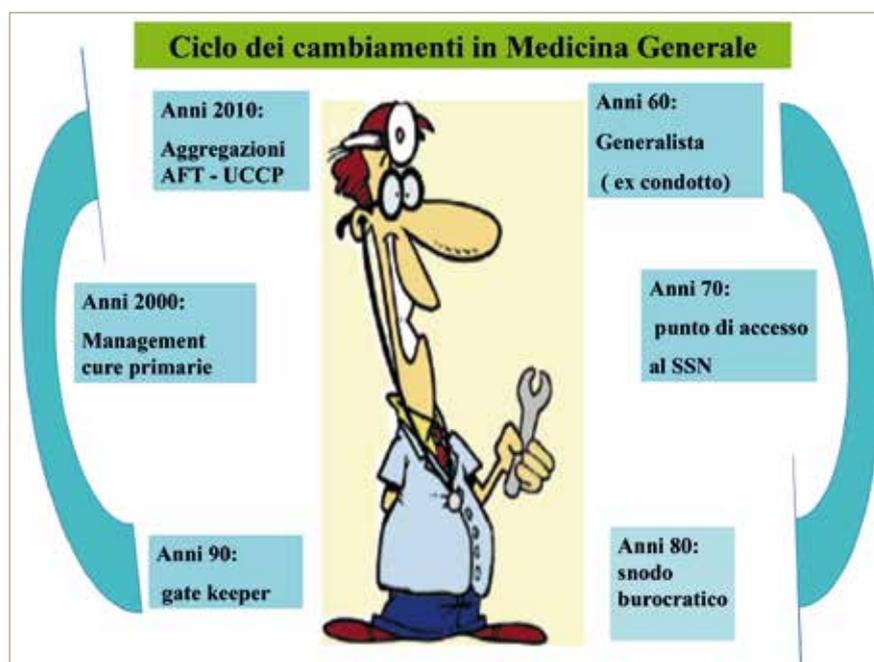


Figura 1 - Ciclo dei cambiamenti in medicina generale

La Tabella 1 ci mostra alcune "linee di tendenza".

Il medico di medicina generale per quanto riguarda la farmaceutica territoriale resta il maggior attore nella spesa, ma perde terreno in questi ultimi anni scendendo dal 98,2% al 96%. Di contro la componente a carico dei medici specialisti, pur restando piccola, raddoppia passando dal 1,7 al 3,4. Ciò è senz'altro dovuto ad una incidenza sempre maggiore del consumo dei farmaci H o specialistici (PHT) molto costosi, la cui prescrizione è riservata ai medici specialisti.

Per le prescrizioni degli accertamenti specialistici (essenzialmente tutta la diagnostica e le visite specialistiche) il fenomeno è ancora più marcato: per la spesa in pratica partendo da una situazione iniziale che vedeva 10 anni fa 1/3 della spesa a carico dei medici di medicina generale e 2/3 a carico degli specialisti, si è passati oggi sostanzialmente ad un 50% i medici di medicina generale, 48% gli specialisti e 2% i pediatri di libera scelta.

Ancora diversa la situazione se si analizzano le quantità prescritte dai due attori principali: si

trova che anche oggi quasi i 2/3 delle prescrizioni sono in capo ai medici di medicina generale. Ciò significa che i medici di medicina generale effettuano la grande maggioranza di richieste di accertamenti specialistici, ma questi sono di costo contenuto per la comunità. A fronte dell'attività dei medici specialisti, che pur effettuando 1/3 del totale delle prescrizioni comportano quasi la metà (48%) della spesa specialistica totale. Tali discrepanze sono intuibili se si pensa che certa diagnostica denominata "pesante" (TAC, RMN, PET, ecc.) come per i farmaci H è ad appannaggio maggiore dei medici specialisti.

CONSIDERAZIONI

Da quanto prima esposto si possono formulare alcune considerazioni:

1. l'asse assistenziale si sposta dall'ospedale al territorio, dall'acuzie alla cronicità. La transizione demografica (Silver Tsunami) ed epidemiologica (Chronic Epidemic) impongono un ripensamento dei modelli e delle azioni;
2. pensare di governare il territorio attraverso il governo della medicina generale può portare ad insuccessi gestionali ed errori concet-

Tabella 1 - Tabella trend di 10 anni della Farmaceutica territoriale e Specialistica.

Trend di 10 anni					
		Anni -->	2004	2009	2013
Farmaceutica territoriale	% di spesa	MMG		98,2	96
		Specialisti		1,7	3,4
Specialistica	% di spesa	MMG	67	60	50
		Specialisti	32	38	48
	% di prescrizioni	MMG	69	71	64
		Specialisti	25	27	34

tuali. È ovvio che l'alleanza deve essere MOLTO stretta tra i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta ed i medici specialisti (siano essi dipendenti o convenzionati), ma tale alleanza non può e non deve essere solo di facciata deve essere corroborata e seguita da un robusto sistema informativo ospedale-territorio, che possa seguire capillarmente lo svolgersi di tali fenomeni;

3. nella AUSL 11 di Empoli, a cui si riferiscono i dati prodotti, nel 2013 la spesa lorda per prescrizioni specialistiche è stata quasi il doppio di quella lorda per la farmaceutica: 57,39 milioni di euro della specialistica contro 34,90 della farmaceutica. A maggior ragione le azioni effettuate sulla medicina generale si rivolgeran-

no al 50% di una spesa lorda specialistica che costituisce già i 2/3 del prescritto come spesa sul territorio. Pertanto se tali azioni non avranno una forte regia sui medici specialisti, saranno destinate a non raggiungere gli obiettivi di contenimento sperati.

4. provocatoriamente potremmo affermare che i medici di medicina generale conservano ancora la prerogativa dei principali attori – prescrittori territoriali, ma stanno perdendo terreno e va ripensato il ruolo ed il potere contrattuale. Paradossalmente gli accordi con la medicina generale devono essere riconsiderati all'interno di questo mutato scenario. **TM**

Info: p.salvadori@usl11.toscana.it



Maria Grazia Satini, Spec. In Pediatria, Malattie Infettive, Ig. e Med. Preventiva. Docente Corso di Laurea in Assistente Sanitaria c/o l'Univ. di Fl. Componente della Commissione Reg. le Vaccini dal 1996. Coordina quale Ref. ASL capofila per la Regione Toscana numerosi corsi di formazione sul tema delle vaccinazioni e malattie infettive. Svolge attività di tutor per gli specializzandi della Scuola di Spec. in Igiene e Medicina Preventiva.

MARIA GRAZIA SANTINI, SIMONETTA BARETTI¹, PAOLA ZINI¹, CARLO BONITO², SILVIA PERONI³

Un ambulatorio vaccinale per soggetti a rischio

Un supporto per medici di medicina generale e specialisti

Da ormai molti anni i vaccini costituiscono nell'ambito della Sanità Pubblica un importante strumento per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Il loro uso comporta benefici diretti sui soggetti vaccinati ma anche indiretti sui non vaccinati (herd immunity) ed ha consentito di eliminare il Vaiolo riducendo notevolmente l'incidenza di altre malattie quali Tetano, Difterite, Polio, Morbillo, Epatite B. La tradizione culturale ha fatto sì che per molti anni le vaccinazioni venissero considerate competenza soprattutto dei pediatri, ma l'incremento della speranza di vita e la disponibilità di nuovi e sempre più efficaci vaccini hanno mutato gli scenari portando al coinvolgimento di tutte le classi anagrafiche.

Considerando infatti la più lunga sopravvivenza dei pazienti con malattie croniche (cardiopatie, broncopneumopatie, diabete, nefropatie, emopatie, neoplasie, epatopatie, immunodeficienze congenite o acquisite ecc.) e la possibilità che, nelle età avanzate, si riduca progressivamente l'immunità acquisita nell'infanzia, ne consegue una maggiore attenzione

nel proteggere con adeguate strategie vaccinali tutte le classi di età.

È noto come le patologie croniche esponcano ad un aumentato rischio di contrarre una serie di infezioni alcune di queste derivano dalla riduzione delle difese immunitarie, altre sia dall'immunodeficit che dall'esposizione a contagio iatrogeno, come avviene per i pazienti dializzati nei confronti delle epatiti virali a trasmissione parenterale.

Alcuni di queste patologie possono essere prevenute con vaccini, dotati di un alto potere di efficacia e ancora maggiore di sicurezza.

Il Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 e il Piano Regionale Vaccini si sono posti come obiettivo, tra gli altri, il miglioramento delle coperture vaccinali nei soggetti ad alto rischio garantendo l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie al fine di consentire la protezione da gravi complicanze infettive.

¹ UO Igiene e Sanità Pubblica ASL 10 Firenze

² Medico Convenzionato per la Medicina dei servizi ASL 10 Firenze

³ SOS Assistenza Sanitaria in ambito preventivo

Nonostante le raccomandazioni, le vaccinazioni delle persone con particolari condizioni di rischio sono ancora scarsamente applicate. Oltre le patologie croniche altre condizioni si sono aggregate allungando l'elenco, come candidati alla procreazione medicalmente assistita, donne in età fertile prive di documentata vaccinazione o di sierologia positiva per MPR (morbillo, parotite, rosolia) e varicella, e, coloro che effettuano terapie immunosoppressive con farmaci biologici.

La difficoltà di vaccinare i gruppi a rischio dipende:

- dalla difficoltà del loro reclutamento perché per lo più sono in carico a strutture specialistiche che di solito non sono attrezzate per l'effettuazione delle vaccinazioni;
- dalla necessità di offrire con tempestività la vaccinazione che è tra i punti cruciali per garantire efficienza ed efficacia dei programmi vaccinali, come emerge dalle indicazioni di letteratura.

Per tale motivo dal 2007 si è deciso di attivare presso la UO Igiene e Sanità Pubblica di Firenze un ambulatorio specifico per i soggetti a rischio.

Nel territorio della ASL 10 Firenze sono presenti molteplici presidi distrettuali dove vengono effettuate vaccinazioni ma non era presente un ambulatorio aziendale espressamente dedicato a tali utenti. Obiettivo è stato quello di organizzare nel territorio un ambulatorio vaccinale destinato a questi gruppi di popolazione, per assicurare un punto di accesso dedicato tale da garantire la presa in carico di pazienti che necessitano l'effettuazione di interventi vaccina-

li specifici e mirati.

L'accesso viene garantito per prenotazione e le prestazioni sono gratuite previa presentazione della documentazione clinica. Vengono offerti i vaccini secondo i protocolli definiti all'interno del calendario vaccinale della Regione Toscana per i soggetti a rischio recuperando anche con l'occasione anche MPR (morbillo, rosolia, parotite) V (varicella), HPV (papilloma virus), DTP (difterite, tetano, pertosse), epatite B ecc.

Il personale dedicato è costituito da un medico convenzionato e un operatore sanitario.

Risultati

Dall'apertura dell'ambulatorio, dal 1 gennaio 2012, sono aumentati via via i soggetti presi in carico e fino al 1 semestre 2014 risultano circa 250 accessi all'anno con oltre 800 vaccinazioni.

Conclusioni

L'organizzazione di un ambulatorio vaccinale dedicato ha consentito di offrire a soggetti con particolari condizioni di rischio un accesso diretto a struttura che ne consente la presa in carico. Si sottolinea che l'attività viene svolta sempre in accordo con il medico curante o gli specialisti ospedalieri e territoriali. Tale percorso rende infine più agevole il reclutamento di pazienti più difficilmente vaccinabili in ambito ospedaliero o presso gli studi dei medici di famiglia.

TM

Info: maria_grazia.santini@asf.toscana.it

Condizione di rischio	Vaccinazioni Prioritarie offerte	Altre vaccinazioni
Splenectomizzati o candidati alla splenectomia	Antimeningococco coniugato ACWY Antipneumococco 13 valente Antihaemophilus Influenzae b	Anti DTP Anti VARICELLA Anti MPR
Dializzati o candidati alla dialisi	Antiepatite B a doppio dosaggio FENDRIX HBVAX PRO	Anti DTP Antimeningococco coniugato ACWY Antipneumococco 13 valente Antihaemophilus Influenzae b
Trapiantati o candidati al trapianto	Antimeningococco coniugato ACWY Antipneumococco 13 valente Antihaemophilus Influenzae b	Antiepatite A e B Anti DTP Anti VARICELLA Anti MPR
immunodepressi	Antimeningococco coniugato ACWY Antipneumococco 13 valente Antihaemophilus Influenzae b	Anti DTP Anti VARICELLA Anti MPR
Percorso Procreazione assistita	Antiepatite B Anti MPR -V	Anti DTP
Terapia con farmaci biologici	Antimeningococco coniugato ACWY Antipneumococco 13 valente Antihaemophilus Influenzae b	Antiepatite B Anti DTP Anti VARICELLA Anti MPR
HIV POSITIVI	HPV tetravalente	

DTP –vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse
MPR –vaccinazione contro morbillo, rosolia, parotite
V-vaccinazione contro la varicella
HPV- vaccinazione contro il papilloma virus



Riccardo Tartaglia,
Direttore del Centro
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente.
Coordinatore nazionale
del Comitato Tecnico
delle Regioni e delle
Province autonome per la
Sicurezza delle Cure.

RICCARDO TARTAGLIA, GIULIO TOCCAFONDI¹

La sicurezza del paziente nell'Unione Europea dal 2009 al 2014

Dopo 5 anni dalla raccomandazione sulla sicurezza del paziente cosa è cambiato?

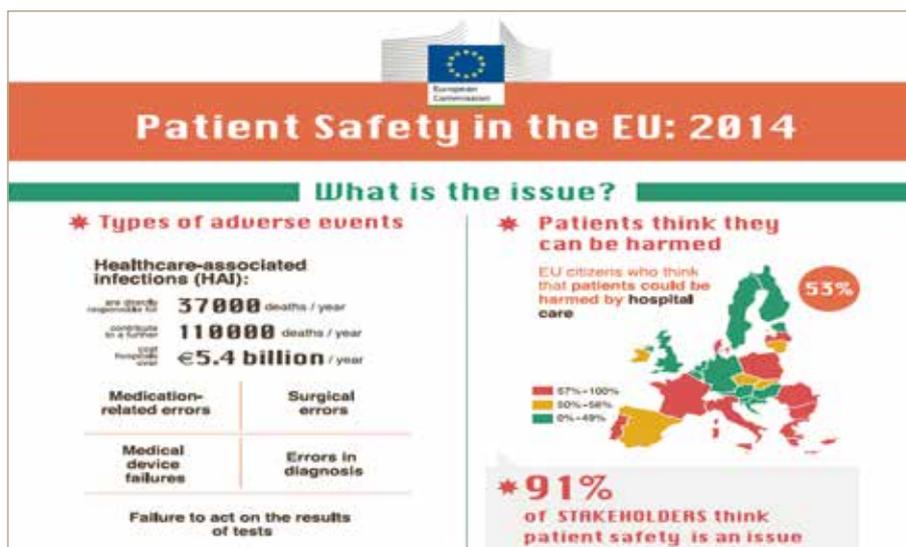
La Commissione Europea nel giugno del 2009 diffuse la prima importante raccomandazione sulla sicurezza del paziente. I temi generali della raccomandazione sono ancora oggi priorità: sostenere politiche e programmi nazionali per la sicurezza delle cure; responsabilizzare e informare cittadini e pazienti; sostenere e rafforzare i sistemi di segnalazioni degli eventi avversi che devono avere carattere non punitivo; promuovere la formazione degli operatori sanitari sulla sicurezza dei pazienti; classificare e misurare la sicurezza dei pazienti a livello comunitario; condividere conoscenze, competenze ed esperienze sulle migliori pratiche per la sicurezza; sviluppare e promuovere la ricerca sulla sicurezza; adottare e attuare strategie per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Molto è stato fatto ma molto rimane da fare. Il recente report della Commissione descrive la situazione attuale e chiede ulteriori impegni per la lotta alle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera, il miglioramento dei sistemi di monitoraggio degli eventi avversi ed il coinvolgimento dei cittadini nella gestione della qualità e sicurezza delle cure. Quali sono le politiche

d'intervento messe in atto e cosa è cambiato negli ultimi 5 anni in merito alla qualità ed alla sicurezza delle cure nei paesi membri?

La situazione complessiva presenta dati impressionanti dal punto di vista delle infezioni ospedaliere e degli eventi avversi, a cui si deve porre molta attenzione in tutti i sistemi sanitari (Figura 1).

La raccomandazione del 2009 ha avuto l'importante merito di innalzare il livello di consapevolezza degli operatori sanitari rispetto al tema della sicurezza del paziente e di favorire l'introduzione di leggi e requisiti specifici per la qualità e la sicurezza. Questi hanno stimolato la costruzione ed il rafforzamento dei sistemi per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente nei servizi sanitari nazionali. Tuttavia resta ancora molto da fare soprattutto sul tema della *empowerment* del paziente. Per redigere il report la Commissione Europea si è basata oltre alle relazioni provenienti dagli stati membri, sull'indagine di Eurobarometer condotta su un campione di quasi 28.000 cittadini europei sulla percezione della qualità e sicurezze delle cure. L'opinione dei cittadini europei sul rischio di su-



¹ Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana

Figura 1

bire un danno causato dall'assistenza sanitaria è cambiata rispetto alla precedente indagine (Eurobarometer, 2006), purtroppo non in meglio. I cittadini europei sono più preoccupati rispetto al passato. Nel 2006 il 50% dei cittadini riteneva che un paziente ricoverato potesse subire un danno causato dall'assistenza ospedaliera; oggi sono passati al 53%. Il dato per i cittadini italiani segue la stessa tendenza. Se nel 2006 il 55% era preoccupato che un paziente subisse un danno causato dall'assistenza, nel 2014 la percentuale arriva al 57% (Figura 2).

Le infezioni correlate all'assistenza sono un tema cruciale per i sistemi sanitari di tutta la comunità. Come mostrato dai report annuali prodotti dal Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Epidemie (ECDC) il problema della infezioni resta una sfida aperta, soprattutto per il SSN. (<http://www.ecdc.europa.eu/>)

I contenuti del report, a cui ha dato un contributo anche il Centro GRC della Regione Toscana, sullo stato di implementazione della raccomandazione del 2009 descrivono una situazione migliore rispetto al primo monitoraggio del 2012. Sono tuttavia necessari miglioramenti ulteriori verso una maggiore uniformità ed integrazione dei sistemi per la gestione della qualità e sicurezza delle cure.

Le politiche per la sicurezza e la qualità delle cure sono applicate ma resta alto il livello di variabilità

Rispetto al primo report del 2012 tutti gli stati membri hanno predisposto misure per la sicurezza del paziente. In 26 dei 28 paesi interessati sono attivi programmi e politiche per la sicurezza del paziente. In 23 paesi è presente un'autorità competente per la sicurezza e la qualità delle cure, tuttavia solo in 16 paesi è presente un sistema di indicatori per la valutazione comples-

siva delle strategie messe in atto. Le linee guida e gli standard per la sicurezza del paziente sono interpretati e ideati in maniera difforme dai vari stati membri e questo rende difficile una comparazione. La raccomandazione invita all'uso di tecnologie informatiche per gestire al meglio i sistemi di qualità e sicurezza delle cure; tuttavia molti stati membri si limitano ad usare la tecnologia informatica per sviluppare siti web- vetrina che descrivono le iniziative ed i programmi. Sono pochi gli stati che hanno messo a disposizione dei professionisti strumenti operativi per la sicurezza del paziente, ad esempio sistemi di segnalazione e apprendimento di eventi avversi e piattaforme e-learning.

Il coinvolgimento dei pazienti è divenuto un requisito in alcuni ambiti, restano da definire le competenze chiave del patient empowerment

Gli stati membri sono tenuti a diffondere ai cittadini informazioni sugli standard di sicurezza del paziente applicati negli ospedali, sulle misure intraprese per ridurre e prevenire gli errori, a predisporre dei consensi informati completi e comprensibili ed a fornire indicazioni su procedure per eventuali richieste di risarcimento. 18 stati (erano 5 nel 2012) forniscono le informazioni previste ed in più – alcuni di questi, svolgono indagini sull'utilità percepita dai cittadini. Rimane tuttavia poco chiaro, anche a livello europeo, quali siano le competenze specifiche dell'empowerment del paziente.

I sistemi di apprendimento e segnalazione sono uno strumento basilare per la sicurezza del paziente

Sono diffusi in 27 dei 28 paesi interessati, tuttavia soltanto sei stati membri realizzano tutti i requisiti indicati dalla raccomandazione per i

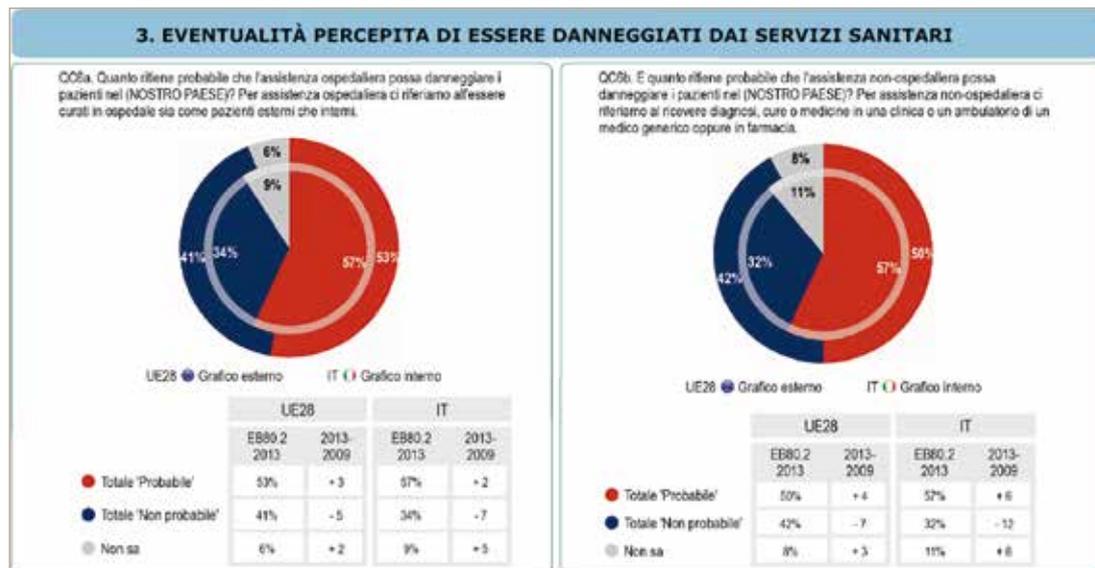


Figura 2

sistemi di apprendimento e segnalazione:

- fornire informazioni in merito agli eventi avversi;
- essere completamente svincolati da sistemi di sanzione disciplinare;
- permettere ai pazienti di segnalare;
- essere complementari ad altri sistemi di segnalazione (ad es. farmacovigilanza).

Il numero delle segnalazioni è universalmente riconosciuto come un indicatore della cultura della sicurezza di un'organizzazione. Questo valore è aumentato dal 2009 in tutti gli stati membri. Inoltre dall'indagine di Eurobarometer emerge che, secondo i pazienti, la probabilità che un evento avverso venga segnalato è passata dal 51% al 70%. Tuttavia, solo 4 su 10 eventi avversi segnalati dai i pazienti sono seguiti dagli operatori e hanno portato ad un riscontro condiviso con il paziente. Molti, ma non tutti i paesi, usano i dati raccolti per impostare azioni di miglioramento e definire delle linee guida. La maggior parte diffondono i risultati attraverso newsletter, conferenze o pubblicazioni degli organismi centrali, solo pochi paesi analizzano i dati ed impostano le azioni di miglioramento a livello delle singole strutture sanitarie.

La formazione degli operatori sanitari resta un sfida aperta

Il tema della sicurezza del paziente non è integrato nei corsi di laurea e nei corsi di specializzazione degli operatori sanitari in nessuno degli stati dell'unione ad eccezione di sei stati membri. La formazione sulla sicurezza del paziente è maggiormente diffusa nelle strutture sanitarie, tuttavia non è possibile monitorare l'effettiva erogazione di interventi formativi né indicare standard comuni per la formazione. Nella maggior parte degli stati membri la formazione sulla sicurezza del paziente da parte degli operatori è considerata parte del *training on-the-job*.

Infezioni correlate all'assistenza ospedaliera

Le infezioni ospedaliere sono una priorità che necessariamente deve essere affrontata (37 mila morti l'anno direttamente dovute a infezioni ospedaliere e 110 mila come fattore contribuyente). La Commissione Europea si è impegnata su questo tema delicato molte volte dal 2009 in poi con azioni concrete ed atti formali che invitano gli stati membri ad intervenire per risolvere il problema delle infezioni correlate all'assistenza.

L'ECDC coordina la rete europea di sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera e l'uso degli antibiotici. La rete è basata su standard e metodologie condivise. Periodicamente sono diffusi dall'ECDC i dati sulle infezioni ed i batteri resistenti agli antibiotici presenti nei sistemi sanitari degli stati membri.

Un ulteriore passo verso la standardizzazione del sistema per la sorveglianza è stata la definizione, con una Decisione della Commissione Europea (2012/506/UE) delle tipologie di infezioni – dalle infezioni del sito chirurgico, a quelle dei cateteri venosi centrali – che devono essere prevenute e monitorate dai sistemi sanitari nazionali. Nell'informazione ai pazienti in merito al problema, dall'indagine di Eurobarometer, emerge che di tutti i pazienti intervistati ricoverati nel 2013 circa la metà ha ricevuto informazioni in merito a rischio di infezioni correlate all'assistenza e che gli operatori dei sistemi ospedalieri sono considerati dai pazienti la principale fonte di informazione in merito al rischio di infezioni.

Azioni Future

La sicurezza del paziente inizia a prendere corpo a livello europeo, il prossimo grande sforzo sarà quello di darle una forma, collegandola inscindibilmente alla qualità ed alla sicurezza delle cure. Una terminologia europea per definire qualità e sicurezza delle cure, degli indicatori condivisi e delle attività di ricerca orientate non sono solo auspicabili ma necessarie per impostare e gestire collaborazioni per lo scambio di buone pratiche e di soluzioni fattibili. Gli Standard per la qualità e la sicurezza delle cure devono essere definiti a livello comunitario e portare ad una comprensione comune degli obiettivi, soprattutto in prospettiva della piena applicazione direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera (2011/24/EU) che già adesso permette ai pazienti di scegliere per alcune tipologie di interventi fra le cure erogate dai network delle eccellenze sanitarie europee. Secondo la commissione è importante avviare azioni per la formazione ai pazienti ed agli operatori sanitari lungo tutto il percorso di cura fuori e dentro le strutture ospedaliere.

Obiettivo da perseguire tenacemente è porre il valore della qualità e sicurezza delle cure al primo posto nelle organizzazioni sanitarie.

TM

Info: riccardo.tartaglia@gmail.com

CORSI

Corso FAD ECM su Ebola

Dal 9 dicembre, sul sito internet della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici www.fnomceo.it è attivo il corso FAD "Ebola", che assegna 5 crediti ECM. Il corso, come tutti quelli promossi dall'Ordine dei Medici, è gratuito e online ed è centrato su un ampio dossier informativo e su tre casi clinici che pongono quesiti decisionali, che calano l'attività formativa nella pratica quotidiana. Il corso online sarà attivo fino al 7 dicembre 2015.



ANTONIO PANTI

Che cosa ne pensano i giovani medici?



Antonio Panti, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Naz.le degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. Dal 1998 è Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

Negli ultimi tempi la stampa si è diffusa sulle grandi promesse della robotica e dell'informatica che, insieme, avrebbero invaso vasti campi delle attività umane così da soppiantare spesso il lavoro dell'uomo.

Probabilmente, come è sempre accaduto, le innovazioni tecnologiche creeranno nuove occupazioni. Se ci riferiamo alla medicina, Roentgen ha creato la radiologia e gli esempi potrebbero essere mille. Ma la robotica associata all'informatica, sostengono molti esperti, può rendere inutili alcune specializzazioni o diminuire l'occupazione in altre.

Il Corriere della Sera parla di futura crisi occupazionale dei laboratoristi e dei radiologi, mentre il Sole 24 ore descrive l'assistenza alla persona affidata ai robot e la sostituzione di alcuni servizi di urgenza con la telemedicina. Purtroppo tra apocalittici e integrati, per dirla con Eco, sembra prevalere il pessimismo e molti teorizzano una prossima "disoccupazione tecnologica".

In realtà molti esperti sostengono che il cervello umano non è sostituibile e che la relazione empatica col paziente non è computerizzabile e quindi i medici hanno poco da temere. Tuttavia non si comprende perché pagare cento un lavoro che altri possono eseguire a metà prezzo. E non si allude ai robot.

Tutto il personale della sanità incrementa le proprie competenze, e non si pensi solo agli infermieri ma agli psicologi, ai biologi, agli ingegneri clinici, ai fisici sanitari. Da circa due secoli il numero dei medici aumenta costantemente, senza conoscere disoccupazione e con retribuzioni soddisfacenti, a causa del progressivo, travolgente, incredibile sviluppo della scienza e della tecnica, che ha creato senza soluzione di continuità nuove discipline, frantumando l'unità della medicina ma offrendo lavoro a tutti i laureati.

Negli ultimi decenni, tuttavia, l'ingresso nel lavoro è divenuto sempre più tardivo, ponendo questioni pensionistiche rilevanti. Ciò significa che il rapporto tra forza lavoro medica e disponibilità economica tende a invertirsi: più offerta che domanda.

Questa affermazione sembra contraddetta

proprio dal continuo, inarrestabile progresso della scienza e della tecnica e dall'incremento dei bisogni o dei desideri della gente. Con veloce frequenza si creano nuove branche della medicina, che è quasi difficile enumerare, tanto che gran parte della riflessione bioetica è dedicata a una nuova definizione dei limiti della scienza medica e delle possibilità della medicina.

Quindi vi sarà bisogno di un sempre maggior numero di medici. Anche al netto dei posti perduti per le ragioni anzidette? Vi sono due pericoli: uno risiede nell'eccessivo numero di medici presente, così che qualsiasi prepensionamento non può consentire altro che l'assorbimento delle attuali eccedenze, l'altro che, disgregando i vari TAR le barriere di accesso alla facoltà, emerga la necessità di affidare a medici lavori meno qualificati.

Così nasce il ragionevole timore che la distanza economica tra i medici "affermati", strutturati nel servizio, e il resto della categoria possa aumentare di molto con grave danno per l'unità categoriale.

Possibili rimedi sarebbero una drastica diminuzione degli accessi alla Facoltà e l'instaurarsi di una concreta e severa meritocrazia, mediante, tra l'altro, la professionalizzazione nel servizio. Viviamo un'epoca di rapida e profonda trasformazione. Chi, tra dieci o venti anni, sarà all'apice della professione cosa pensa di questi dilemmi? Ritiene opportuno prospettarsi delle soluzioni? La generazione che si affaccia ora alla professione vivrà una medicina diversa in una società trasformata.

I cambiamenti tecnologici e scientifici all'orizzonte daranno nuove occasioni di lavoro e di prestigio, tuttavia al prezzo di precisi adattamenti professionali. Chi pensa che ai medici tutto sia dato, in un seguito di successi come nel secolo scorso, si sbaglia.

Ecco perché sarebbe interessante sapere che ne pensano le nuove generazioni, anche per tentare di smuovere un ambiente stagnante in cui i giovani colleghi danno sovente l'impressione di essere piuttosto spettatori solitari che attori sia pur principianti. Non è facile ritrovare il senso di appartenenza professionale ma è urgente farlo.

TM



Liliana Dell'Osso, Pres. del Corso di Laurea di Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica. Dir. del Master in Clinica e Terapia dei Disturbi dell'Umore presso l'Università di Pisa. Dir. del Master in Dipendenze presso l'Università di Pisa. Pres. della Sezione Toscana della Società Italiana di Psichiatria (SIP). Coordinatore della Ricerca e della Didattica del Dipartimento Aziendale Integrato (DAI) di Neuroscienze dell'AOU Pisana

LILIANA DELL'OSSO, CLAUDIA CARMASSI¹

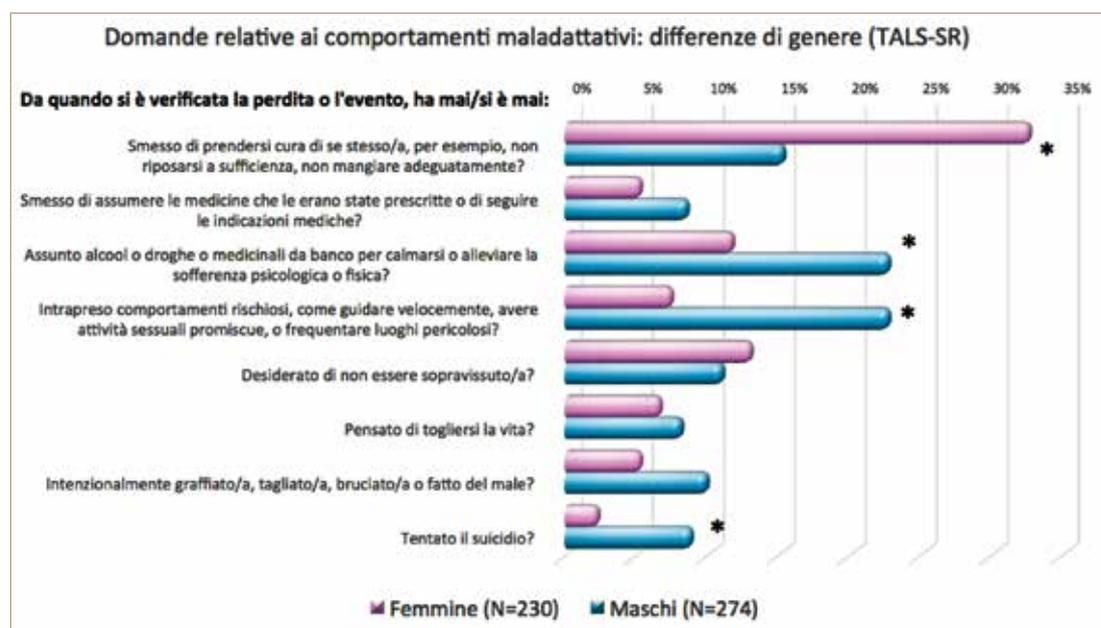
Disturbo da Stress Post-Traumatico

Esperienze della Scuola di Psichiatria Pisana sulla popolazione esposta al terremoto di L'Aquila

La medicina degli ultimi decenni è stata caratterizzata da un importante cambiamento di prospettiva che ha consentito di passare dalla gestione della patologia conclamata alla diagnosi precoce e alla prevenzione, favorendo interventi più efficaci e tempestivi e, con essi, un significativo miglioramento dello stato di salute della popolazione. Ciò è quanto mai vero in Psichiatria: se da un lato, infatti, la rivoluzione dettata dal DSM, con la classificazione dei disturbi mentali secondo rigidi criteri categoriali, ha favorito l'affidabilità diagnostica e la creazione di un linguaggio comune e condiviso, dall'altro questa metodologia ha mostrato i suoi limiti rispetto ad una realtà clinica caratterizzata da una molteplicità di manifestazioni sintomatologiche che difficilmente possono rientrare nei rigidi schemi categoriali. Questo ha portato l'ultima edizione del DSM-5, pubblicata nel maggio 2013, a riconoscere che: "Vi sono attualmente

evidenze scientifiche che collocano molti, se non la maggior parte, delle categorie diagnostiche, in uno spettro di disturbi strettamente correlati che condividono sintomi, substrati neurali e fattori di rischio genetici ed ambientali". Numerosi studi epidemiologici e clinici hanno evidenziato l'esistenza di un'ampia area di psicopatologia subclinica che, pur non soddisfacendo i criteri per la diagnosi categoriale, è comunque responsabile di sofferenza soggettiva e di compromissione dell'adattamento psicosociale.

Da oltre 20 anni, presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa, è stato sviluppato un progetto per la valutazione dimensionale dei disturbi mentali, lo *'Spectrum Project'*, nato dalla collaborazione con la Columbia University di New York (NY-USA), il Western Psychiatric Institute and Clinic di Pittsburgh (PA-USA) e la University of California San Diego (CA-USA). Concepito, fin dall'inizio, con l'obiettivo di rendere 'visibile' il



¹ Ricercatore Universitario, Università di Pisa.

Figura 1 - Istogramma TALS-SR

continuum tra i sintomi nucleari di un disturbo e la sua fenomenica "atipica" (o meno frequente epidemiologicamente), lo spettro comprende i prodromi, i sintomi residui e le forme attenuate, che possono succedersi in epoche diverse nella vita del singolo individuo; inoltre include i tratti temperamentali o di personalità quali precursori di una condizione non ancora completamente espressa. All'interno di questo progetto sono stati sviluppati e validati nuovi questionari per la valutazione standardizzata dei vari disturbi mentali quali: lo Spettro dell'Umore (MOODS-SR, Dell'Osso et al., 2002), Panico-Agorafobico (PAS-SR, Cassano et al., 1999), Social-fobico (SHY-SR, Dell'Osso et al., 2002), Ossessivo-compulsivo (OBS-SR, Dell'Osso et al., 2002), Anoressico-Bulimico (ABS-SR, Mauri et al., 2000) e, più recentemente, del Trauma e della Perdita (TALS-SR, Dell'Osso et al., 2008 e 2009), anche detto Spettro Post-Traumatico da Stress.

Il trauma e le sindromi post-traumatiche da stress, in particolare il Disturbo Post-Traumatico da Stress (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) e, più recentemente, il Lutto Complicato (Complicated Grief, CG), sono state oggetto di una crescente attenzione nella ricerca psichiatrica degli ultimi decenni, tanto che, nel DSM-5, ne è stata riconosciuta l'autonomia nosografica rispetto ai disturbi d'ansia, con la creazione di un capitolo a sé stante (Trauma and Stress Related Disorders). Il TALS-SR (Figura 1) indaga lo spettro del trauma e della perdita nell'arco della vita attraverso 116 domande a risposta dicotomica (si/no), raggruppate in 9 domini, secondo un approccio multidimensionale (Figura 2).

A partire dal 2010, la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa è stata invitata dall'Università di L'Aquila ad indagare gli aspetti psicopatologici scatenati dall'esposizione al terremoto del 6 aprile 2009. Il terremoto (magnitudo 6.3 alla scala Richter) ha portato alla distruzione di gran parte della città, con 309 morti, oltre 1.600 feriti (di cui almeno 200 gravi) e 66.000 sfollati.

I risultati degli studi condotti a L'Aquila hanno confermato l'importanza di fattori di rischio per lo sviluppo di PTSD quali sesso, grado di esposizione al terremoto, età e eventi di perdita. Sono emersi tassi di PTSD in oltre un terzo degli intervistati (37,5%), con un ulteriore 29,9% di forme parziali o subcliniche del disturbo. In accordo con la letteratura, abbiamo riscontrato tassi significativamente più alti di PTSD e di forme sottosoglia nelle femmine rispetto ai maschi. I tassi di PTSD risultavano maggiori nelle donne più giovani se lontane dall'epicentro, senza invece alcuna differenza di età nei soggetti più vicini all'epicentro. Com'era da attendersi, la prossimità all'epicentro si è rivelata essere il fattore di rischio più importante per lo sviluppo di PTSD indipendentemente dall'età. Abbiamo poi indagato la presenza di lutto correlata al terremoto come fattore di rischio, riscontrando tassi di PTSD e di sintomi post-traumatici da stress significativamente più elevati in coloro che oltre ad essere stati esposti al terremoto avevano anche subito la perdita di un parente o di un amico stretto durante il terremoto.

Nella fase di sviluppo del TALS-SR, avendo osservato in soggetti esposti all'attacco delle

Tabella 1 - Principali pubblicazioni derivanti dagli studi della Scuola di Pisa sulla popolazione terremotata di L'Aquila.

Autori e Pubblicazione	Titolo	Campione	Risultati
Dell'Osso L, et al. Journal of Affective Disorders. 2011;131(1-3)	Full and partial PTSD among young adult survivors 10 months after the L'Aquila 2009 earthquake: gender differences.	512 studenti	Tassi di prevalenza di PTSD parziale e completo e differenze di genere.
Dell'Osso L, et al. Journal of Affective Disorders. 2011;134(1-3)	Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L'Aquila 2009 earthquake in Italy.	575 studenti	Ruolo della perdita di un caro nello sviluppo e nel decorso di PTSD.
Dell'Osso L, et al. Journal of Affective Disorders. 2013;146(2)	Age, gender and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L'Aquila 2009 earthquake survivors.	1488 soggetti	Ruolo di età, genere e vicinanza dall'epicentro nello sviluppo di PTSD.
Dell'Osso L, et al. Frontiers in Psychiatry. 2013	Gender Differences in the Relationship between Maladaptive Behaviors and Post-Traumatic Stress Disorder. A Study on 900 L' Aquila 2009 Earthquake Survivors.	900 soggetti	Differenze di genere nei comportamenti maladattativi del PTSD.
Carmassi C, et al. Journal of Affective Disorders. 2013;151(3)	Post-traumatic stress disorder in DSM-5: estimates of prevalence and criteria comparison versus DSM-IV-TR in a non-clinical sample of earthquake survivors.	512 studenti	Confronto nei tassi di prevalenza di PTSD diagnosticato secondo i criteri DSM-IV-TR e DSM-5.
Dell'Osso L, et al. Comprehensive Psychiatry. 2014;55(2)	Lifetime mania is related to post-traumatic stress symptoms in high school students exposed to the 2009 L'Aquila earthquake.	504 studenti	Comorbidità tra PTSD e sintomi maniacali e depressivi lifetime e loro ruolo nella patogenesi/decorso del disturbo post-traumatico.
Carmassi C, et al. Journal of Affective Disorders. 2014	Gender differences in DSM-5 versus DSM-IV-TR PTSD prevalence and criteria comparison among 512 survivors to the L'Aquila earthquake.	512 studenti	Confronto nelle differenze di genere in soggetti affetti da PTSD diagnosticato secondo i criteri DSM-IV-TR e DSM-5.

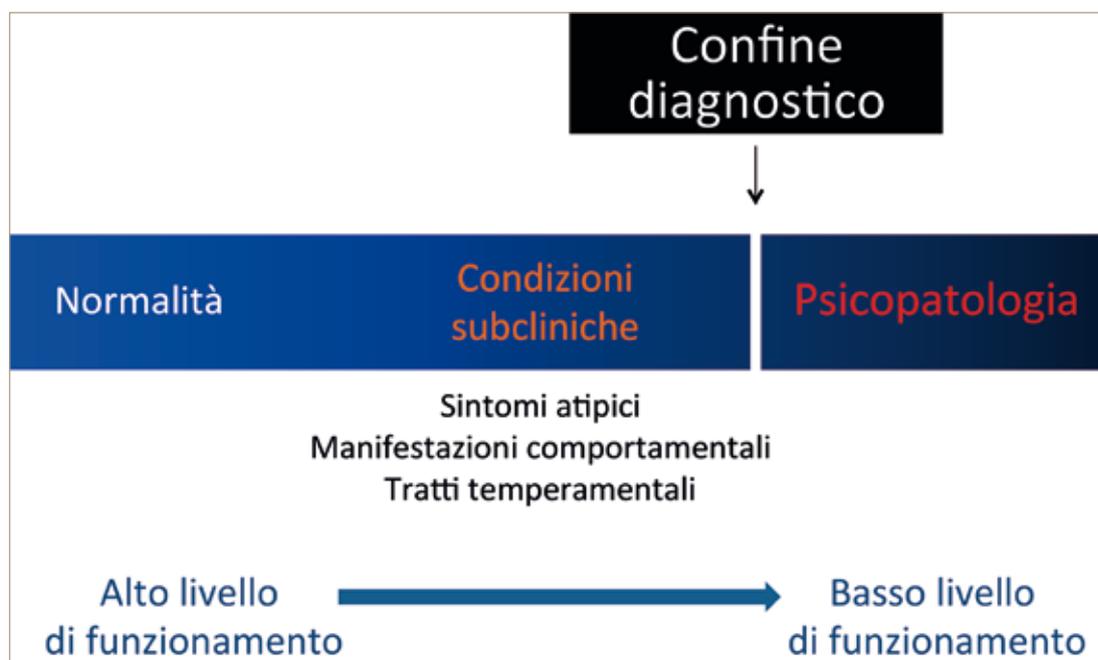


Figura 2 - Il modello di spettro: www.spectrum-project.org

Twin Towers di New York comportamenti maladattivi quali autolesionismo, guida pericolosa, promiscuità sessuale, abuso di alcol/sostanze, li inserimmo nello strumento di valutazione e oggi, a oltre 15 anni di distanza, il DSM-5 ha riconosciuto queste evidenze includendo questi comportamenti fra i criteri diagnostici del PTSD. Grazie alla presenza di items che indagano i comportamenti maladattivi all'interno del TALS-SR, abbiamo potuto indagare, per primi in letteratura, la rilevanza questi sintomi nel PTSD in un campione di sopravvissuti ad una catastrofe naturale rilevandone elevati tassi con interessanti differenze di genere. Sono stati riscontrati livelli significativamente maggiori di questi comportamenti nelle femmine – quasi il doppio rispetto ai maschi – che riferivano di aver smesso di prendersi cura di sé, mentre, nei maschi, prevalevano guida spericolata, uso di alcol o sostanze, comportamenti a rischio e tentativi di suicidio. In accordo inoltre con la letteratura, che evidenzia il suicidio come una frequente complicanza del PTSD, abbiamo riscontrato tassi maggiori di suicidalità (pensieri e comportamenti suicidari) nei residenti prossimi all'epicen-

tro rispetto a coloro che vivevano a una distanza maggiore, ribadendo quindi l'importanza della prossimità all'epicentro come fattore di rischio anche di una maggiore gravità di malattia.

In letteratura è ormai noto che i pazienti bipolari siano a maggior rischio di esposizione a traumi e, conseguentemente, di PTSD e delle sue complicanze. Nei sopravvissuti di L'Aquila abbiamo trovato alti tassi di sintomi bipolari in coloro che avevano sviluppato il PTSD oltre ad una correlazione tra sintomi maniacali-ipomaniacali (MOODS-SR) e una propensione verso comportamenti maladattivi significativamente più pervasiva tra i sopravvissuti con PTSD.

Questi dati ci confermano come le vittime di eventi catastrofici necessitino di interventi di supporto il più possibile mirati ed efficaci. Di particolare importanza è il riconoscimento dei comportamenti maladattivi che, oltre a prevenire/curare il PTSD di per sé, possono scongiurare il manifestarsi di comportamenti particolarmente gravi e pericolosi come quelli suicidari (diretti e indiretti) e dell'abuso di alcol e sostanze. **TM**

Info: liliana.dellosso@med.unipi.it

CONVEGNO

La medicina e lo sport tra prassi e deontologia

L'attività fisica sportiva interessa una popolazione sempre più vasta e eterogenea, per cui oggi tutta la comunità medico-scientifica è chiamata ad occuparsi di questioni legate a questo ambito. L'incontro si pone come obiettivo la costruzione di una carta deontologica dedicata alla medicina dello sport.

Il convegno - organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze, dall'AOU Careggi, dall'Università di Firenze e dall'Associazione Italiana di Medicina Interna - si terrà **sabato 7 febbraio 2014** a Palagio di Parte Guelfa, Piazza di Parte Guelfa a Firenze con orario 8.30-14.30. La partecipazione è gratuita. Numero posti disponibili: 100. ECM richiesti per medici chirurghi, fisioterapisti e infermieri. Comitato Scientifico: N. Armentano, P.G. Calà, M. Calamai, R. Colombai, G. Galanti, M. Migliolo, A. Panti e S. Sanzo. Segr. Org.va: Cristina Unitulli Eve-Lab tel. 055.0671000, cristina.unitulli@eve-lab.it

RAFFAELE TUCCI, LEONARDO DI BELLA¹, STEFANO SODERI², RENZO ANGELONI³

L'Artroscopia della Spalla e del Gomito

Negli ultimi anni in ambito chirurgico si sta affermando sempre di più il concetto di mini invasività ovvero dell'uso di tecniche sempre meno invasive con l'obiettivo di ridurre l'incidenza di morbidità favorendo un più rapido recupero funzionale.

In ortopedia e traumatologia la chirurgia mini invasiva è rappresentata dalla chirurgia artroscopica. Questa è una metodica molto diffusa sia nei distretti anatomici tradizionali come il ginocchio e la spalla, sia in quelli più complessi quali il gomito, il polso e l'anca. La tecnica artroscopica consiste nell'introdurre in articolazione, attraverso delle piccole incisioni cutanee, una telecamera e degli strumenti specifici; l'articolazione viene dilatata con l'ingresso di soluzione fisiologica a pressione costante così da renderla facilmente visionabile per poter individuare in modo accurato le alterazioni anatomiche patologiche responsabili del dolore di origine articolare. Ad oggi l'artroscopia rappresenta una metodica che consente di curare patologie semplici e complesse della spalla e del gomito, che nel recente passato erano di esclusiva pertinenza della chirurgia aperta.

SPALLA

La spalla dolorosa è uno dei motivi più frequenti per cui si richiede un'assistenza ortopedica; la principale causa è la cosiddetta "periartrite scapolo-omeroale". Tale termine indica un quadro degenerativo che coinvolge i tendini, le borse peritendinee, i legamenti e le strutture ossee. In artroscopia possiamo accedere all'interno dell'articolazione così da poter riparare sia tendini che i legamenti oppure possiamo entrare nello spazio sottoacromiale (extrarticolare) per riparare i tendini e per rimuovere gli osteofiti dell'acromion e dell'articolazione acromion-claveare. (Figura 1-a-b). La metodica permette di curare anche la lussazione acuta della spalla, in presenza o meno di una frattura della glenoide (Figura 2 a-b) e la lussazione cronica che si caratterizza per lussazioni ripetute con conseguente instabilità articolare. Questi quadri clinici, in passato, venivano trattati con la tecnica a cielo aperto, attraverso un'esteso accesso chirurgico sia in termini d'incisione della cute che di distacco dei tessuti muscolari e capsulo legamentosi. Tali tessuti seppur riparati rendevano il periodo di convalescenza e di riabilitazione lento e prolungato favorendo l'insorgenza di complicanze funzionali quali la rigidità articolare e la perdita di forza muscolare che sono significativamente diminuite con la tecnica artroscopica. Infine, un ulteriore vantaggio della metodica mini invasiva è quello di individuare e trattare lesioni articolari associate come la lesione del cernice glenoideo posteriore e la lesione dell'inserzione del tendine del capo lungo

del bicipite che non potevano essere visionate con la tecnica a cielo aperto.



Figura 1a - Visione dell'articolazione nello spazio sottoacromiale



Figura 1b - Riparazione della cuffia dei rotatori

GOMITO

In quest'articolazione le indicazioni all'artroscopia sono ancora limitate a poche patologie, ma gli incoraggianti risultati funzionali hanno dato un nuovo impulso per ampliare gli orizzonti di applicazione. Tra le patologie più frequenti che possono essere trattate ricordiamo il gomito del tennista, comunemente conosciuta come "epicondilita", la rigidità post traumatica (che ha un'alta incidenza nel gomito per una sua peculiare risposta al trauma) e le malattie degenerative quali l'artrosi e le artriti in particolar modo le forme iniziali di artrite reumatoide.

L'epicondilita del gomito è l'infiammazione cro-



Raffaele Tucci, Spec. in Ortopedia e Traumatologia e in Chirurgia della mano c/o l'Univ di Firenze. Dal 2005 è dirigente medico 1 livello presso CTO-AOU-Careggi.

¹ Dirigente medico 1 livello AOU-Careggi Firenze

² Specialista in Ortopedia e Traumatologia

³ Direttore SODIII Ortopedia Generale AOU-Careggi Firenze



Figura 2a - Frattura scomposta della glena

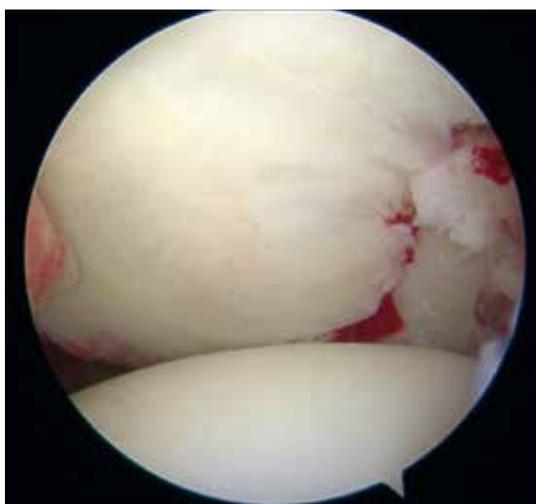


Figura 2b - La frattura riparata a cielo chiuso con una vite metallica

nica dei muscoli estensori del polso ed è un quadro clinico fastidioso e doloroso, in particolare durante lo svolgimento di attività quotidiane abituali come sollevare una bottiglia d'acqua. L'artroscopio permette di visionare l'articolazione radio-omerale così da poter escludere la presenza di un'artrosi iniziale che può simulare l'epicondilite (Figura 3). Quindi sotto visione diretta si procede alla sezione del tendine estensore breve del carpo.

L'artroscopia consente inoltre, la cura di quadri degenerativi e post traumatici con la risoluzione di sintomi quali la rigidità, cioè la perdita dei movimenti di flessione ed estensione del gomito. Altro utilizzo di questa tecnica è nel trattamento di quadri iniziali di artrosi post traumatica che si caratterizzano per la formazione di piccole calcificazioni ossee libere, comunemente conosciute come corpi mobili (Figura 4) che vengono facilmente rimossi con strumenti a pinza.

La nostra esperienza è iniziata e si è sviluppata negli ultimi dieci anni al CTO di Firenze nel reparto di Ortopedia Generale III che ha un indirizzo specifico nel trattamento della patologia cronica e acuta della spalla e del gomito. L'artroscopia ci ha consentito di ottimizzare il tempo di sala operatoria perché abbiamo ridotto i tempi d'intervento chirurgico e ci

ha permesso di ridurre significativamente i tempi di degenza pre e post operatoria grazie alla minima aggressione chirurgica.

CONCLUSIONI

La chirurgia artroscopica è una tecnica che consente la riparazione dei tessuti lesionati preservandone la loro struttura anatomica al fine di favorire un migliore recupero funzionale.

L'artroscopia è utilizzata nel trattamento della maggior parte delle lesioni traumatiche acute degli sportivi di qualunque livello. Tale metodica consente una precisa individuazione e riparazione delle strutture articolari lesionate così da ottenere una "restitutio ad integrum" e quindi una guarigione completa della lesione. Nella patologia articolare cronica-degenerativa questa procedura permette un buon recupero funzionale e clinico del dolore senza però ottenere una completa guarigione delle strutture articolari modificate dalla malattia. In tutti i casi il paziente può intraprendere un più rapido percorso riabilitativo senza dimenticare che i tempi biologici di guarigione dei tessuti riparati rimangono inalterati indipendentemente dalla tecnica, e per tale motivo non si possono accelerare i tempi di ritorno alla completa attività sportiva agonistica. **TM**

Info: tucciraffa@gmail.com



Figura 3 - Pulizia dell'artrosi del capitello radiale



Figura 4 - Corpi mobili del gomito

ALESSANDRO BANI, MARINA MINIATI¹

Lo spettro autistico

Un ponte tra NPI e Psichiatria adulti



Alessandro Bani, Medico Chirurgo, specializzato in Psichiatria presso l'Università di Pisa, ha pubblicato oltre 100 lavori scientifici, ed è coautore, assieme alla dott.ssa Marina Miniati, anch'ella Psichiatra, di libri tra i quali: *Il Disagio Giovanile*, *La Paura*, *La Misura dell'Aggressività*. Lavora presso il Servizio di Psichiatria dell'ASL 12 di Viareggio, Direttore M. Di Fiorino.

Introduzione. Questioni aperte

Cosa succede ai bambini autistici quando diventano grandi? Qual è il loro destino?

Cosa possiamo ragionevolmente progettare in base alle conoscenze esistenti?

Lo studio dell'autismo può inoltre ricevere qualche luce, retroattivamente, dallo studio della sua evoluzione?

È possibile individuare predittori dell'evoluzione o fattori che incidano su di essa?

È relativamente recente la stretta collaborazione tra due branche della medicina quali la Neuropsichiatria infantile e la Psichiatria adulti. I corsi universitari hanno valorizzato i due indirizzi di studio in maniera autonoma, due percorsi differenziati, spesso non tendenti ad una visione più globale dei disturbi psichici, come in realtà alcune patologie oggi necessitano, con pochi rimandi della patologia infantile a quella adulta e viceversa. Tuttavia recentemente sempre più frequente è la collaborazione tra psichiatri infantili e adulti. La patologia autistica potrebbe essere presa a modello della necessità di una visione integrata tra le patologie delle due branche. Il neuropsichiatra infantile in questa ottica di collaborazione deve affrontare l'onere del passaggio di responsabilità e di trattamento del piccolo paziente ad un'altra équipe e ad altro professionista, mettendo in atto tutte le potenzialità professionali per non determinare un lutto nel bambino, che verrà poi seguito al compimento della maggiore età da un'altra équipe. Sarà quindi necessario un periodo di accavallamento tra le due discipline per conoscere da parte dello psichiatra adulti il caso da seguire. L'Autismo è una patologia che si presta ad esempio di questo passaggio. I bambini autistici, da grandi infatti, non diventano persone con patologie diverse (psicosi, disturbi di personalità, ritardo mentale semplice). L'Autismo è patologia cronica, life time.

Lo spettro autistico e la psichiatria adulti

La patologia autistica è un disordine del neurosviluppo caratterizzato dalla classica triade di Wing-Gould (1979) che consta di sviluppo anomalo o deficitario dell'**interazione sociale**, alterazione o compromissione nella **comunicazione**, nei modelli di **comportamento** ed associato ad interessi limitati, stereotipati e ripetitivi.

Da tenere presente come nel recente DSM-5 (APA, 2013) la categoria Disturbo Autistico (autismo), sia stato incluso nei Disturbi dello Spettro Autistico, che include inoltre la Sindrome di Asperger, Disturbo disintegrativo dell'infanzia e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo non altrimenti specificati¹.

Tale spettro è comprensivo quindi di una vasta gamma di manifestazioni, che vanno da forme più gravi di autismo in cui gli individui possono essere socialmente isolati, gravati da comportamenti stereotipati con profonda disabilità intellettiva e assenza totale del linguaggio a forme più leggere in cui gli individui manifestano problemi nella comunicazione e interazione sociale, mostrano scarsa flessibilità o interessi ristretti, ma hanno capacità intellettive e di linguaggio tali da rendere possibile l'adattamento in contesti protetti.

La concettualizzazione in spettro, d'altra parte, ci fa capire con maggiore enfasi come la patologia evolva, si sovrapponga in quadri sintomatologici, si presenti su forme di gravità diverse, ma soprattutto ci fa capire come tale patologia abbia una sua presentazione eterogenea anche nella età adulta.

Come si presenta allo psichiatra?

Lo psichiatra adulti si trova quindi davanti ad un paziente che può presentare:

- deficit comunicativi: dal mutismo a pattern

¹ La Sindrome di Rett, che nel DSM IV è una categoria nosografica ben precisa (F84.2) (299.80), nel DSM 5 può rientrare nei Disturbi dello Spettro Autistico solo in alcune fasi evolutive, quando la Sindrome soddisfa tutti i criteri diagnostici dello Spettro.

¹ Psichiatra, Asl 12 di Viareggio

comunicativi grossolani;

- deficit percettivi e nel ragionamento astratto;
- problemi comportamentali e difficoltà di processazione delle informazioni;
- stereotipie, perseverazioni e rituali;
- irritabilità, stancabilità, aggressività e tendenze autolesive.

La patologia autistica può essere presa, quindi, a modello di una necessità di collaborazione sia per un miglioramento nell'inquadramento diagnostico, sia e soprattutto per una proposta più articolata, razionale e documentata di "soluzioni" terapeutiche riabilitative. D'altra parte, fino a non molto tempo fa, e per certi autori ancora oggi, questo disturbo era la prima manifestazione della schizofrenia dell'adulto, per una serie di sintomi che potevano sovrapporsi o comunque essere molto simili: la chiusura psicomotoria, il linguaggio indecifrabile, comportamenti di chiusura/aggressività, bizzarrie, stereotipie, esplosioni auto ed eterolesive. Il DSM 5 rivede la patologia dei disturbi pervasivi dello sviluppo optando per uno spettro che prevede una sintomatologia di spettro, includendo forme LF e HF (Low and High Functioning).

Gli aspetti sotto elencati dovranno essere quindi considerati oltre che per la clinica ed il benessere dei pazienti anche per un'organizzazione razionale dei servizi, che preveda alte professionalità nell'analizzare le molteplici problematiche e decidere le procedure di trattamento.

Dovranno essere presi in considerazione nell'età adulta:

- a) il quadro clinico in un'ottica evolutiva;
- b) il quadro clinico precedente;
- c) la presenza di complicanze;
- d) la presenza di comorbidità (passata e presente);
- e) l'organizzazione dell'équipe.

Sappiamo che l'evoluzione prevede infatti non solo un aspetto endogeno, biologicamente

determinato, ma anche quegli interventi che il bambino ha avuto nella sua storia e che senz'altro possono aver cambiato il quadro in meglio o anche (purtroppo) in peggio, quando gli interventi sono stati eseguiti in modo corretto o, viceversa, improvvisato ed autoreferenziale.

Conclusioni

Dobbiamo evidenziare, in accordo con altri studiosi, come la ricerca per i trattamenti di questa patologia, in età infantile sia ancora insoddisfacente; ciò è ancor più vero per i programmi proposti successivamente, in età adulta. Con altri autori (Prizant e Rubin, 1999) possiamo affermare che la programmazione degli interventi in pratica deriva dalla varia combinazione di:

- a) approcci teorici diversi;
- b) dati in ambito educativo e clinico;
- c) conoscenze sulle *best practice*;
- d) dati empirici da studi su casi singoli o, al più, su piccoli gruppi.

L'attenzione, quindi, andrebbe posta sulla precisa valutazione della programmazione necessaria e non improvvisata sull'individuo in funzione dei livelli cognitivi, sintomatologici ed evolutivi. In quest'ottica vanno considerati, ad esempio, gli interventi (con esiti positivi, ma anche con rischio di peggiorare il quadro) che enfatizzano l'importanza dei segnali visivi per garantire al paziente un ambiente facilmente comprensibile, nonché quelli mirati allo sviluppo di attività socio-comunicative e di gioco con il gruppo di "pari", al miglioramento delle abilità di Mind-Reading, alla riduzione dei comportamenti problema tramite metodologie di miglioramento del repertorio di strategie comunicative.

La necessità, infine, di coinvolgere il contesto familiare appare comunque indispensabile nell'ottica di possibili ed eventuali trattamenti semiresidenziali allo scopo di assicurare la continuità tra le figure di aiuto al paziente. **TM**

Info: banialex@virgilio.it



CONGRESSI

15° Congresso nazionale AIP Associazione Italiana Psicogeriatra

Da Giovedì 16 Aprile 2015 a Sabato 18 Aprile 2015



Il Congresso sarà preceduto da eventi organizzati in collaborazione con le professioni sanitarie maggiormente coinvolte nella cura delle persone con problematiche psicogeriatriche. La strada della collaborazione tra le varie componenti delle équipe curanti è fortemente voluta da noi ed ha trovato attenzione e interesse da parte di molti.

Organizzazione: PLS Educational. **Crediti ECM:** previsti. **Luogo:** Firenze, Palazzo dei Congressi. **Contatto:** PLS Educational scheda di iscrizione e istruzioni per l'invio deli abstract sono disponibili sul sito <http://www.psicogeriatra.it/home/>

ILARIA GEMO, LAURA CONGIU¹, FLORA SCUSA², ALBERTO BENINCASA³,
PAOLA MORESCALCHI⁴, ANNA MARIA ROMANELLI⁵, GIORGIO PINI⁶

Encefalopatia epilettogena CDKL5 o variante di Hanefeld della sindrome di Rett?

Una questione controversa



Ilaria Gemo, laureata in Medicina e Chirurgia nel 2006 presso l'Univ. di Pisa, spec. in Neuropsichiatria Infantile nel 2012 con una tesi sull'empatia nei gravi disturbi della condotta. Attualmente collabora con il Centro Rett dell'Osp. Unico Versilia (Lido di Camaiore - LU) nell'équipe guidata dal Dr. Giorgio Pini, con l'IRCCS Stella Maris di Calambrone e con il Centro Diurno per minori "Il Delfino" di Livorno.

Un po' di storia...

Nel 1984 Hanefeld presentò ai colleghi il caso di una paziente affetta da sindrome di RTT esordita precocemente con un quadro di ipsaritmia ma venne criticato da Aicardi e altri autori perché a loro giudizio la sindrome di West era motivo di esclusione (vedi Tabella 1).

Alcuni anni dopo Hanefeld confermò la sua ipotesi attraverso la clinica e successivamente l'indagine genetica sulla paziente, che rivelava una mutazione del gene MECP2 ed a lui questa variante è stata intitolata.

Nel 2003 la variante di Hanefeld è stata associata da Kalscheuer anche alla mutazione del gene CDKL5.

Introduzione

La sindrome di Rett (RTT) è un grave disturbo dello sviluppo neurologico a base genetica che insorge tra il primo ed il secondo anno di vita, dopo una fase apparentemente normale che evolve attraverso 4 stadi specifici (arresto, regressione, stasi e regressione tardiva). Dopo una fase di arresto dello sviluppo e di disinteresse per l'ambiente circostante (facilmente scambiata per autismo) subentra lo stadio della regressione con perdita di abilità acquisite, principalmente del linguaggio e delle capacità motorie con atassia, disprassia e stereotipi manuali particolarmente evidenti e subcontinue (ad es. hand washing).

Il quadro clinico conclamato è caratteristico, ma esiste un'ampia variabilità clinica che ha permesso l'identificazione di numerose varianti.

Le forme classiche e la Variante di Zappella (a linguaggio conservato) riconoscono alla base della malattia mutazioni del gene MECP2; la variante congenita è legata a mutazioni del gene FOXP1 ed infine la variante di Hanefeld (o a esordio precoce dell'epilessia) il gene CDKL5 o "Cyclin dependent Kinase-like 5".

In realtà la questione è controversa perché altri autori sostengono che l'encefalopatia epilettogena CDKL5 sia in realtà un quadro clinico a parte, contemplando sia alcuni fenotipi Rett,

ma anche altri fenotipi con prevalenza della disabilità intellettiva o autismo.

Il nostro studio

Il **campione** è costituito da un gruppo di 11 bambine (gruppo 1) con caratteristiche cliniche della variante di Hanefeld (tutte con mutazione del gene CDKL5) giunte in osservazione dall'ottobre 2006 al dicembre 2013 al Centro di Riferimento Regionale per la RTT (CRR Rett), presso l'Ospedale Versilia (Tabella 2). Per ogni bambina sono stati raccolti dati anamnestici, auxologici, clinici ed è stata compilata la scala clinica "International Scoring System". Il sistema nervoso autonomo è stato analizzato mediante lo strumento Neuroscopio.

Il **campione di controllo** è composto da 93 RTT forma classica (gruppo 2), tutte con mutazione del gene MECP2, facenti parte del database costituito da un totale di 171 pazienti con sindrome di Rett tipica e varianti afferite al nostro centro. Da questo campione è stato estrapolato un sotto-campione costituito da 16 bambine RTT con esordio dell'epilessia prima dei 36 mesi (gruppo 3). Abbiamo realizzato questo secondo campione per valutare se l'esordio precoce di epilessia non fosse un fattore di confondimento tra le due forme.

Tabella 1 - Criteri diagnostici necessari e di supporto per la variante di Hanefeld

Criteri diagnostici necessari e di supporto	
Normalità prenatale	Spasmi infantili all'esordio o in seguito
Irritabilità, difficoltà di suzione, sonnolenza	Scarso contatto oculare e difficoltà nell'interazione sociale
Insorgenza epilessia tra il 1° e il 6° mese	Assenza di abilità manuali e di scoliosi
Stereotipi	Normalità crescita
Grave ritardo psicomotorio	Disfunzioni neurovegetative rare
Grave ipotonia	
Regressione sempre presente	

¹ Psicologo, Centro Rett Ospedale Versilia (LU)

² Neuropsichiatra Infantile, Borsista Centro Rett Ospedale Versilia (LU)

³ Pediatra, Centro Rett Ospedale Versilia (LU)

⁴ Infermiera, Centro Rett Ospedale Versilia (LU)

⁵ Ricercatore, CNR Pisa (PI)

⁶ Direttore del Centro Rett (LU), Responsabile del U.F. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

Tabella 2 - Descrizione del nostro campione di soggetti con mutazione CDKL5 (gruppo 1)

COF nascita	Normale: 10/10 (1 non disponibile)
Decelerazione COF	6/11 casi
Ritardo di sviluppo	11/11 casi
Esordio crisi epilettiche < 7 mesi	11/11 casi (media 3 mesi - range 1-7 mm)
Farmacoresistenza	8/11 casi
Stereotipie manuali	10/11 casi
Fenotipo cardiorespiratorio	9 casi forzato, 1 apneustico, 1 caso non valutabile
Tipo di mutazione	"missenso" (3 casi), "non senso" (1 caso), delezione (5 casi), "frameshift" (2 casi)

Conclusioni

Sebbene noi crediamo che la variante di Hanefeld appartenga a tutti gli effetti allo spettro Rett (stessa base dei sintomi, eccetto l'insorgenza precoce dell'epilessia, e simile disfunzione del DNA dovuta a mutazioni del gene MeCP2 o del CDKL5, o negatività di entrambi) il nostro studio contribuisce a delineare il fenotipo comportamentale e cardiorespiratorio di questa variante.

In particolare, per quanto riguarda il fenotipo cardiorespiratorio, a fronte dell'assenza nella casistica CDKL5 del *fenotipo flebile* (prevalenza di una respirazione superficiale e rapida per la maggior parte del tempo) abbiamo riscontrato un eccesso dei fenotipi *forzato* (prevalenza di iperpernea, tachipnea e respirazione profonda) ed *apneustico* (prevalenza di respirazione frammentata, dove prevalgono breath hold isolati o

regolari e respirazioni protratte).

Inoltre dal confronto tra i tre gruppi abbiamo riscontrato che:

- la percentuale di respiro tachipnoico, l'altezza e la circonferenza cranica sono significativamente maggiori nelle bambine con mutazione CDKL5 (gruppo 1) rispetto agli altri due gruppi;
- la scoliosi è più frequente e mediamente più grave nelle RTT (gruppi 2 e 3);
- l'assenza di linguaggio verbale è più frequente nelle CDKL5;
- le anomalie nel ciclo sonno-veglia sono più frequenti nelle CDKL5;
- alcune caratteristiche sono in comune a entrambe le malattie: stereotipie motorie, ridotto o assente uso delle mani ecc.

TM

Info: ilariagemo@gmail.com

Tabella 3 - principali caratteristiche confrontate

Parametro	CDKL5 (gruppo1)	Rett classica (gruppo 2)	Significatività	Rett epi <36 (gruppo 3)	Significatività
PO2	95.8	91.2	No	91.85	No
PCO2	31.9	35.4	No	36.17	No
Breath hold	6.05	6.36	No	2.79	No
Apnee	3	4.19	No	7.09	No
Iperventilaz	0.66	5.37	No	4.19	No
Tachipnea	21.18	8.96	Si (p=0.005)	6.15	Si (p=0.0006)
Valsalva	1.44	3.77	No	5.52	No
Altezza (cent)	35.75	6.31	Si (p=0.002)	15.82	Si (p=0.0067)
Peso (cent)	29.75	18.06	No	22.90	No
BMI	15.4	17.99	No	17.16	No
COF (cent)	29.92	8.87	No	11.93	No



IL CORPO E L'ANIMA

La mostra dal titolo **"Il Corpo e l'anima I luoghi e le opere della cura ospedaliera in Toscana dal XIV al XIX secolo"** sarà aperta al pubblico dal 6 dicembre 2014 al 1 marzo 2015 presso il Complesso Museale Santa Maria della Scala, a Siena, negli orari di apertura del museo. Dal 6 al 23 dicembre la mostra sarà visitabile tutti i giorni, escluso il martedì: il lunedì e mercoledì dalle ore 10.30 alle ore 16.30 e, dal giovedì alla domenica, dalle ore 10.30 alle ore 18.30. Dal 24 dicembre 2014 al 6 gennaio 2015, tutti i giorni dalle ore 10.30 alle ore 18.30, escluso il 25 dicembre. Dal 7 gennaio al 1 marzo 2015 la mostra sarà visitabile tutti i giorni, escluso il martedì: il lunedì e mercoledì dalle ore 10.30 alle ore 16.30 e, dal giovedì alla domenica, dalle ore 10.30 alle ore 18.30. Il costo del biglietto è di 9 euro l'intero e di 8 euro il ridotto, comprensivi di mostra e museo, e di 5 euro per i residenti del Comune di Siena, che continueranno a poter accedere gratuitamente ai percorsi museali.

RICORDO

Una strada per Giuseppe Poli



Giuseppe Poli per 42 anni ha fatto il medico di famiglia a Campi Bisenzio, dove era arrivato nel 1954, fresco di laurea e giovane assistente volontario presso la Clinica Medica di Careggi, allievo prediletto del professor Antonio Lunedei di cui fu collaboratore per oltre dieci anni.

Era nato il 18 novembre 1924 a Palazzuolo sul Senio, nell'Alto Mugello, in una famiglia umile, il padre mezzadro e boscaiolo, tre fratelli più piccoli, una vita dura, la farina di castagne era la base dell'alimentazione e le maglie di lana venivano filate a mano dalle donne all'arcolajo. In quell'ambiente studiare era considerato un lusso, la laurea addirittura un'illusione.

A costo di grandi sacrifici, Giuseppe Poli si laureò in Medicina e subito iniziò il suo tirocinio di medico di famiglia. Prima nell'ambulatorio della Misericordia di Campi e poi in quello di via Bruno Buozzi, dove rimase fino al 1975 quando si trasferì nella sede di via Achille Grandi, in cui i suoi pazienti potevano trovare risposte diversificate ai loro bisogni. Voleva offrire più servizi, sperimentò anzitempo quel modello di poliambulatorio che oggi sta tornando a proporsi nella moderna sanità pubblica, con la "sanità d'iniziativa".

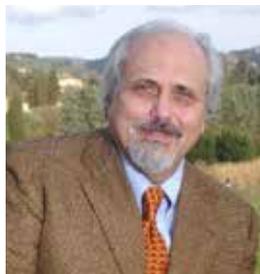
Il suo modo di vivere la professione era assolutamente fedele a quell'idea del medico che prende in carico la persona in tutti i suoi aspetti, dalla salute fisica a quella psicologica fino ad entrare nelle dinamiche familiari dei propri assistiti e ad essere loro vicino in tutti i momenti belli e brutti della vita. Non c'erano battesimo, comunione, matrimonio, festa di laurea a cui "il dottore" non fosse presente. E non c'era ricovero ospedaliero, crisi notturna, malattia cronica da assistere a domicilio, che il dottor Poli non seguisse personalmente, sempre con passione e partecipazione, con professionalità ed esperienza, con mente lucida, ma anche con il cuore.

Sabati, domeniche, feste, periodi di ferie, non esisteva mai un giorno in cui Poli non visitasse una persona che avesse bisogno di lui. Quando venne istituita la guardia medica per i giorni festivi e le ore notturne, Poli non fece comunque venir meno la sua presenza vicino ai propri assistiti, di notte come di giorno. Ovunque andasse portava entusiasmo ed allegria, aveva sempre la battuta pronta, un gesto di tenerezza, una carezza per chi si sentiva solo. L'affetto dei campigiani era il carburante che gli dava energia, è stato così fino alla fine. Ha vissuto correndo, dandosi da fare per tutti, apparentemente instancabile, sorridente, ottimista.

Nella Pieve Santo Stefano in Pane, la chiesa di don Facibeni, al suo funerale parteciparono centinaia di persone, molte non riuscirono neppure ad entrare e seguirono la cerimonia da fuori. Poco tempo dopo la sua morte nacque tra gli ex pazienti l'idea di organizzare una petizione per chiedere al Comune di intitolare una strada o una piazza al dottore e il fulcro della raccolta delle firme fu il bar Ballerini in via Buozzi, dove Poli si affacciava ogni giorno. Nel 2008 il consiglio comunale all'unanimità decise di tributare un riconoscimento, sei anni dopo possiamo finalmente scoprire questa targa. Oggi Giuseppe Poli avrebbe novanta anni.

RICORDO

Walter Capobianco, professionista innovatore



Il 9 marzo 2014 Walter Capobianco ci lasciava, al termine di una breve, dolorosa ed implacabile malattia.

Non voglio qui commemorare il professionista innovatore, sempre all'avanguardia della tecnica e del sapere né l'imprenditore abile e coraggioso costantemente pronto ad accettare nuove sfide, aspetti del suo essere noti a tutti quelli, amici, colleghi, collaboratori e soprattutto pazienti che lo conoscevano, lo apprezzavano e gli erano affezionati. Sento piuttosto il desiderio di ricordare l'Uomo e l'Amico, il Walter più privato del quale amavo la indomabile volontà di dominare gli eventi, la capacità di lottare contro le numerose avversità, spesso immeritate, che ha dovuto affrontare, di cui ho ammirato la consapevole determinazione con la quale ha combattuto la malattia. Mi piace anche rammentare con nostalgia i tempi difficili ma allegri e pieni di progetti della Guardia Medica di quarant'anni or sono, dove ci siamo incontrati e dove è nata la nostra amicizia, le simpatiche riunioni conviviali con le famiglie, le lunghe chiacchierate sui vari aspetti della professione e della vita. Siamo stati anche, mia moglie ed io, suoi pazienti ed abbiamo toccato con mano la sua competenza e l'affettuosa generosità, ormai rarissima, anche fra colleghi.

In questi giorni di novembre, tradizionalmente dedicati ai cari scomparsi, il rimpianto e la nostalgia si sono fatti più acuti e mi hanno sollecitato a salutare per l'ultima volta l'indimenticabile Amico che ci ha dovuto abbandonare.

Francesco Taruffi

RICORDO

Raffaele Evangelisti, un collega esemplare



Il giorno 4 novembre 2014, all'età di 63 anni, Raffaele Evangelisti si è ricongiunto prematuramente con la sua piccola amata Virginia.

Raffaele era un uomo mite, buono, disponibile con i pazienti e gentile con tutti; amava la musica, passione che coltivava suonando con non poca maestria la batteria; non nascondeva il suo amore per il mare azzurro di Ustica, dove trascorreva serenamente le vacanze con la sua adorata famiglia che ha amato più di ogni altra cosa.

Gli amici e i colleghi del reparto di ortopedia dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze con affetto abbracciano la piccola Cinzia e la sua amata Gabriella.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

I nuovi anticoagulanti orali

Pubblichiamo una sintesi delle indicazioni operative contenute nel Parere espresso dalla Commissione Terapeutica Regionale, integrato da alcuni esperti.

La Regione Toscana tramite la Commissione Terapeutica Regionale alla luce dell'immissione in commercio dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO), ha deciso di avviare una valutazione ed una riorganizzazione della gestione della terapia anticoagulante orale.

L'intento di questa valutazione è quello di ottimizzare il trattamento con farmaci anticoagulanti nel territorio regionale, sulla base di principi di appropriatezza prescrittiva e di equità di accesso alle cure.

A questo scopo l'Assessorato alla Sanità ha dato mandato ad un gruppo di lavoro multidisciplinare di predisporre un documento che possa fornire indicazioni per:

1. migliorare il trattamento della fibrillazione atriale attraverso un'opera di sensibilizzazione dei medici specialisti e di medicina generale sul rischio tromboembolico di questa patologia e sull'utilizzo di strumenti validati per la sua valutazione;

2. fornire strumenti metodologici utili per guidare la scelta dei clinici nella definizione del percorso terapeutico dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO);

3. identificare percorsi clinici condivisi per la presa in carico e il follow-up dei pazienti in trattamento anticoagulante;

4. individuare e implementare un sistema Regionale di monitoraggio di tutti i trattamenti anticoagulanti orali, tale da garantire una puntuale e capillare ricognizione della qualità del trattamento sia a livello di centro prescrittore sia di singolo paziente, oltre a una registrazione degli eventi avversi occorsi durante il trattamento con tali farmaci.

Da alcuni mesi il Sistema Sanitario Regionale della Toscana, previa compilazione del piano terapeutico (AIFA), consente la rimborsabilità,

> per l'indicazione prevenzione dell'ictus ischemico e delle embolie sistemiche nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare, dei nuovi anticoagulanti orali diretti (NAO), Dabigatran (inibitore diretto della trombina), Apixaban e Rivaroxaban (inibitori diretti del fattore Xa);

> per il trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e per la prevenzione delle recidive di TVP ed EP nell'adulto, del solo Rivaroxaban. In quest'ultimo caso è richiesto che sia soddisfatto uno dei seguenti criteri:

1. diagnosi confermata mediante esame ecodoppler arti inferiori nelle 48 ore pre-

cedenti;

2. il paziente deve già essere in terapia con eparina a basso peso molecolare o eparina non frazionata o fondaparinux.

Le indicazioni attualmente previste dall'E-MA (European Medicines Agency) per la prescrizione di questi farmaci sono:

- prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica in pazienti affetti da Fibrillazione atriale non valvolare (tutti e tre i farmaci);

- trattamento della trombosi venosa profonda prossimale associata o meno a embolia polmonare (solo Rivaroxaban ed Apixaban);

- profilassi del TEV post chirurgia sostitutiva elettiva del ginocchio e dell'anca (tutti e tre i farmaci).

Le condizioni che pone l'AIFA per l'erogazione dei NAO a carico del SSN nella fibrillazione atriale non valvolare sono:

- > CHA_2DS_2-VASc (rischio di ictus) ≥ 1 e HAS-BLED (rischio emorragico) > 3 per Dabigatran ed Apixaban;

- > CHA_2DS_2-VASc (rischio di ictus) > 3 e HAS-BLED (rischio emorragico) > 3 per Rivaroxaban;

oppure:

- > Terapia con antagonisti della vit.K (AVK: Warfarin e Acenocumarolo) e non ottimale controllo INR

Tempo in Range Terapeutico - TTR - degli ultimi 6 mesi

< 70% per Dabigatran e Apixaban,

< 60 % per Rivaroxaban.

Elemento di criticità in questo caso è il riferimento da parte dell'assistito dei risultati dei controlli INR degli ultimi sei mesi. Qualora il curante abbia registrato nella cartella clinica i valori e quindi sia nella condizione di calcolare il TTR, è sufficiente una sua dichiarazione in calce alla richiesta di valutazione per il piano terapeutico, con riportato il relativo valore;

oppure

- > Terapia dicumarolica non attuabile per **difficoltà oggettive** ad eseguire controlli dell'INR.

Riferimenti per calcolare gli score:

CHA_2DS_2-VASc :

<http://www.qxmd.com/calculate-online/cardiology/cha2ds2-vasc-stroke-risk-in-atrial-fibrillation>



**HAS-BLED:**

<http://www.mdcalc.com/has-bleed-score-for-major-bleeding-risk/>

I nuovi anticoagulanti orali a parità di efficacia clinica, rispetto ai precedenti antagonisti della vitamina K (AVK), presentano profili di sicurezza migliori in quanto si sono tutti dimostrati associati ad un rischio più basso di sanguinamento generale ed in particolare cerebrale nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare.

Peculiarità di questi nuovi farmaci sono il rapido inizio di azione, la rapida eliminazione e la farmacocinetica più prevedibile rispetto agli AVK, caratteristica che consente di impiegare un dosaggio fisso e di non richiedere, a differenza degli AVK, il monitoraggio dell'efficacia anticoagulante.

Queste interessanti caratteristiche si associano però alla necessità di:

- > un'accurata valutazione delle condizioni cliniche (età e peso) (Tabella 1) ed in particolare della possibile compromissione della funzione renale (Tabella 2), in considerazione del rischio emorragico e dell'attuale mancanza di antidoti specifici;

- > un accurato controllo dell'aderenza sempre per i motivi suesposti;

- > controllo, in funzione del dosaggio, di eventuali terapie farmacologiche per comorbidità (Tabella 3);

- > eventuale e provvisoria sostituzione della terapia NAO con eparina in concomitanza di procedure chirurgiche (Tabella 4).

È quindi necessario che **il paziente sia adeguatamente informato dei benefici e rischi della terapia**, della necessità di un **follow-up clinico adeguato** in rapporto alla situazione clinica e che siano **registrati eventi avversi, emorragici o trombotici** (Heidbuchel H, Eur Heart J. 2013).

Fondamentale per garantire che il paziente tragga l'appropriato beneficio da questo trattamento, è che **a livello regionale**:

1. siano identificati **percorsi** da condividere fra gli specialisti prescrittori, i medici di medicina generale ed i Centri di sorveglianza della terapia Anticoagulante Orale in rapporto alle realtà delle diverse Aziende Ospedaliere per la prescrizione, l'educazione del paziente, il follow-up clinico;

2. sia attivato un **registro regionale** per la valutazione del follow-up e degli eventi avversi.

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Al momento della prima prescrizione è fondamentale consegnare al paziente:

1. materiale informativo;
2. tessera NAO con indicazione del farmaco e degli orari di assunzione della terapia;
3. lettera ad hoc per il medico di medicina generale con indicazione delle interferenze farmacologiche.

Il paziente dovrà essere informato circa:

1. scopo del trattamento anticoagulante e meccanismo di azione del farmaco scelto;
2. durata del trattamento anticoagulante;

Tabella 1 - Posologia in relazione ad età e peso corporeo

	Apixaban	Dabigatran	Rivaroxaban
Peso < 50 Kg o Peso > 110 Kg		Mancanza di dati*	Non è necessario alcun aggiustamento della posologia.
IMC > 30	Cautela	Cautela	Cautela
Età ≥ 80 anni	Ridurre posologia se presenti 2 su 3.	Ridurre posologia (110 mg/b.i.d.)	Non è necessario alcun aggiustamento della posologia.
Peso ≤ 60 Kg	(2,5 mg/b.i.d.)		
Creatinina ≥ 1,5 mg/dL			

*Sulla base dei dati clinici e di cinetica non è necessario un aggiustamento della dose, ma si raccomanda uno stretto controllo clinico.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

3. modalità di assunzione del farmaco;
4. benefici e rischi della terapia anticoagulante orale;
5. possibili interferenze con altri farmaci;
6. comportamento in caso di necessità di interventi chirurgici programmati;
7. comportamento in caso di errori di assunzione del farmaco.

NB: Si ricorda che l'invio al medico generale di una lettera informativa relativa al singolo farmaco prescritto è un obbligo deontologico e clinico.

FOLLOW-UP

Il medico prescrittore **deve comunicare** al paziente, come indicato nella lettera al medico curante, la necessità che **dopo 1, 3, 6 mesi** dall'inizio della terapia venga:

1. valutata la necessità di controllare la funzione renale ed eventualmente l'emocromo
2. controllata:
 - l'aderenza alla terapia;
 - l'eventuale comparsa di eventi tromboembolici o emorragici;
 - l'eventuale comparsa di effetti collaterali;
 - l'eventuale uso di farmaci interferenti.

Sebbene esami ematici ravvicinati **non** siano necessari come in corso di terapia con AVK, in quanto la dose efficace è fissa, **la FUNZIONE RENALE deve essere controllata almeno 1 volta** l'anno (preferibilmente dopo il primo mese ed ogni 3/6 mesi in pazienti anziani e/o fragili e/o con valori di clearance della creatinina di base <50 ml/min). A questo proposito

giòva raccomandare a quest'ultima categoria di pazienti di evitare l'assunzione di FANS, specie se già in trattamento con ACE-I o sartani, e di garantire un'adeguata idratazione.

LE VISITE DI CONTROLLO PRESSO IL CENTRO PRESCRITTORE dedicate alla valutazione della terapia sono necessarie dopo 1,3 e 6 mesi e successivamente a giudizio del curante.

Il primo incontro di follow-up deve essere programmato dopo un mese dall'inizio della terapia.

Per quanto riguarda l'esecuzione di esami ematici, oltre alla creatininemia, è utile, particolarmente in caso di richiami clinici, rivedere anche l'emocromo.

1. Interazioni tra farmaci e modalità di somministrazione dei NAO

Come già accennato ci sono interazioni tra farmaci (Tabella 3) che possono influenzare i livelli plasmatici dei NAO e/o il loro effetto e che necessitano di essere prese in considerazione in combinazione con caratteristiche cliniche del paziente.

Solo per Rivaroxaban esiste una raccomandazione all'assunzione insieme al cibo. Tuttavia, per i possibili effetti collaterali a livello gastrico, si consiglia l'assunzione anche di Dabigatran subito dopo il pasto.

L'orario raccomandato è: ogni 12 ore (colazione e cena) per Dabigatran ed Apixaban (doppia somministrazione giornaliera); la mattina (colazione) per Rivaroxaban (monosomministrazione giornaliera).

Tabella 2 - Dosaggio in relazione alla funzione renale

CLEARANCE CREATININA	INDICATI	
<15 ml/min	Nessuno	
15-30 ml/min	Rivaroxaban	15 mg/die
	Apixaban	2,5 mg/b.i.d
30-50 ml/min	Dabigatran	110 mg/b.i.d.
	Rivaroxaban	15 mg/die
	Apixaban	5 mg/b.i.d.
> 50 ml/min	Dabigatran	150 mg/b.i.d.
	Rivaroxaban	20 mg/die
	Apixaban	5 mg/b.i.d

L'uso concomitante di IPP e H2-inibitori non costituisce una controindicazione all'uso dei NAO. L'associazione dei NAO con gli antiaggreganti richiede attenzione per ridurre il tempo in duplice terapia. Non esistono dati di sicurezza sulla triplice terapia antitrombotica (NAO + aspirina + clopidogrel). Controindicata la triplice terapia antitrombotica con l'uso dei nuovi antiaggreganti piastrinici (prasugrel o ticagrelor).

2. Passaggio tra diverse terapie anticoagulanti

Passaggio da AVK a NAO:

L'INR deve essere <2.0 per Dabigatran ed Apixaban;

L'INR deve essere <2.5 per Rivaroxaban.

Passaggio da eparina (eparina a bpm o non frazionata) a NAO e viceversa: la prima dose di NAO può essere somministrata al momento in cui sarebbe stata somministrata la dose successiva di eparina a bpm o al momento della sospensione dell'infusione dell'eparina non frazionata, e viceversa.

Passaggio da NAO a AVK:

A causa del lento inizio di azione degli AVK, NAO e AVK dovrebbero essere somministrati simultaneamente finché l'INR non si dimostri in range terapeutico (a seconda della indicazione clinica).

3. Gestione dei pazienti da sottoporre a chirurgia elettiva

INTERRUZIONE TERAPIA

L'effetto anticoagulante altamente prevedibile dei NAO consente di impostare una cessazione di terapia che non richieda uso di anticoagulanti alternativi (**NO 'bridging therapy' con eparina**).

Giova ribadire che è fondamentale, come in tutte le condizioni nelle quali è necessario sospendere una terapia antitrombotica, un'attenta valutazione del rischio emorragico connesso al tipo di procedura a cui deve essere sottoposto il paziente (Tabelle 4 e 5).

Per interventi senza rischio emorragico clinicamente rilevante, la procedura può essere eseguita alle concentrazioni di valle dei NAO (es. 12 o 24 ore dopo l'ultima assunzione, a seconda se la somministrazione sia mono o bis



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Tabella 3 - Interazioni farmacologiche

Molecole	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban	Rivaroxaban
Atorvastatina	+ 18%	Non dati disp.	Nessun effetto	Nessun effetto
Digossina	Nessun effetto	Non dati disp.	Nessun effetto	Nessun effetto
Verapamil	+12-180% Ridurre dose	Non dati disp.	+53% Ridurre dose	Usare con cautela se clearance cr. 15-50 ml/min
Diltiazem	Nessun effetto	+ 40%	Non dati disp.	Usare con cautela se clearance cr. 15-50 ml/min
Chinidina	+50%	Non dati disp.	+ 80% dimezzare la dose	+50%
Amiodarone	+12-60%	Non dati disp.	Nessun effetto	Usare con cautela se clearance cr. 15-50 ml/min
Dronedarone	+70-100%	Non dati disp.	+85% dimezzare la dose	Non dati disp.
Ketoconazolo Itraconazolo	+140-150%	+100%	Non dati disp.	>160%
Fluconazolo	Non dati disp.	Non dati disp.	Non dati disp.	+42% se per via sistemica
Ciclosporina, Tacrolimus	Non dati a disp.	Non dati disp.	Non dati disp.	+50%
Claritromicina Eritromicina	+15-20%	Non dati disp.	Non dati disp.	+30-54%
HIV inibitori proteasi (es. Ritonavir)	Non dati disp.	Notevole incremento	Non dati disp.	>153%
Rifampicina, Carbamazepina, Fenitoina, Fenobarbital	-66%	-54%	-35%	Più del 50% in meno
Antiacidi	-12-30%	Non dati disp.	Nessun effetto	Nessun effetto

ROSSO: controindicato/non raccomandato. **ARANCIO:** ridurre dose (da 150 a 110mg b.i.d. per il Dabigatran, da 20 a 15mg q.i.d. per il Rivaroxaban, da 5 a 2,5mg b.i.d. per l'Apixaban. **BLU:** considerare la riduzione di dose se sono presenti più fattori bluDa: EHRA Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary 2013 (modificato).

Ref: <http://www.escardio.org/communities/ehra/publications/novel-oral-anticoagulants-for-atrial-fibrillation/documents/ehra-noac-practical-execsumm-ehj-2013.pdf>



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

in die). Può essere più pratico avere l'intervento programmato 18-24 dopo l'ultima assunzione e poi riprendere 6-8 ore dopo.

Per gli interventi a BASSO o ALTO rischio emorragico, è raccomandata la sospensione dei NAO 24 o 48 ore, rispettivamente, prima della procedura, se in presenza di funzione renale nella norma. Quest'intervallo dovrà essere prolungato (fino ad un massimo di 96 ore) in pazienti con ridotta funzione renale, specialmente se in corso di assunzione di Dabigatran. Anche se PT e aPTT possono fornire una valutazione semi-quantitativa dell'azione anticoagulante, non è stata validata una strategia che comporti il loro utilizzo.

RIPRESA TERAPIA

Per procedura con completa ed immediata emostasi, i NAO possono essere reintrodotti 6-8 ore dopo la procedura. Tuttavia, per molti interventi chirurgici, ripristinare una piena anticoagulazione entro le prime 48-72 ore può comportare un aumento del rischio di sanguinamento che supera il rischio tromboembolico. Per procedure associate ad immobilizzazione, è ipotizzabile l'impiego di una dose di eparina a basso peso molecolare di profilassi o intermedia 6-8 ore dopo la chirurgia, ritardando la reintroduzione dei NAO 48-72 ore dopo la procedura. Non ci sono dati di sicurezza ed efficacia sul possibile impiego di una dose ridotta di NAO post-operatoria.

4. La misurazione dell'effetto anticoagulante dei NAO

I NAO non richiedono un monitoraggio di routine della coagulazione (PT e aPTT).

È fondamentale tuttavia che ciascun laboratorio valuti la sensibilità dei propri test tramite la costruzione di specifiche curve di calibrazione al fine di fornire al clinico una più corretta interpretazione del test coagulativo qualora se ne presenti la necessità.

Sono disponibili test qualitativi (PT e aPTT) che suggeriscono l'entità delle variazioni dell'assetto coagulativo e test quantitativi della concentrazione del farmaco, quali dTT e ECT e dosaggio di attività anti Xa.

DABIGATRAN: l'aPTT è influenzato sensibilmente da Dabigatran anche alle basse concentrazioni plasmatiche, ma non fornisce indicazioni sulla concentrazione del farmaco. È necessario che ogni laboratorio definisca la sensibilità del reagente impiegato a Dabigatran.

I risultati dell'aPTT devono essere espressi come ratio allo scopo di ridurre la variabilità associata all'utilizzo di differenti reagenti (aPTT paziente/aPTT soggetto normale).

Il PT è poco sensibile a Dabigatran e i risultati ottenuti risultano fortemente influenzati dal tipo di reagente utilizzato. DTT ed ECT sono in grado di misurare la concentrazione plasmatica di Dabigatran.

Tabella 4 - Classificazione degli interventi chirurgici in base al rischio di sanguinamento

PROCEDURE CHE NON NECESSITANO LA SOSPENSIONE DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE			
INTERVENTI DEL CAVO ORALE: <ul style="list-style-type: none"> •Estrazione dentaria (1-3 denti) •Posizionamento di impianto •Chirurgia peridontale •Drenaggio di ascesso 	CHIRURGIA OFTALMOLOGICA: <ul style="list-style-type: none"> •Cataratta •Glaucoma 	ENDOSCOPIA SENZA BIOPSIA	PICCOLI INTERVENTI SUPERFICIALI: <ul style="list-style-type: none"> •Drenaggio di ascessi •Rimozione di piccole lesioni
PROCEDURE ASSOCIATE A BASSO RISCHIO DI SANGUINAMENTO			
STUDI ELETTROFISIOLOGICI	ANGIOGRAFIA	ENDOSCOPIA CON BIOPSIA	IMPIANTO DI PM / ICD.
ABLAZIONE PER RADIOFREQUENZA DI ARITMIE SV (compresa l'ablazione tramite singola puntura transtettale)		BIOPSIA PROSTATICA BIOPSIA VESCICALE	
PROCEDURE AD ELEVATO RISCHIO DI SANGUINAMENTO			
CHIRURGIA TORACICA CHIRURGIA ADDOMINALE CHIRURGIA ORTOPEDICA MAGGIORE	ANESTESIA NEUROASSIALE	BIOPSIA EPATICA / RENALE RESEZIONE PROSTATICA TRANSURETRALE	ABLAZIONE PER RADIOFREQUENZA DI ARITMIE COMPLESSE: <ul style="list-style-type: none"> •Sopraventricolari (isolamento vene polmonari) •Tachicardia ventricolare

Per ciascun paziente è necessario prendere in considerazione sia il suo rischio di sanguinamento sia il suo rischio trombo-embolico e discuterne con il medico-chirurgo.

RIVAROXABAN: il PT è influenzato sensibilmente da Rivaroxaban. È necessario che ogni laboratorio definisca la sensibilità del reagente impiegato per l'esecuzione del PT in risposta a Rivaroxaban.

I risultati del PT devono essere espressi come ratio (PT secondi paziente /PT secondi soggetto normale) allo scopo di ridurre la variabilità associata all'utilizzo di differenti reagenti; Il PT / INR non deve essere utilizzato per valutare l'attività anticoagulante di Rivaroxaban. L'aPTT è influenzato da Rivaroxaban, ma con scarsa sensibilità. Il dosaggio dell'attività anti-FXa è in grado di misurare la concentrazione plasmatica di Rivaroxaban.

APIXABAN: il PT e l'aPTT sono influenzati da Apixaban ma con scarsa sensibilità: le variazioni osservate per le concentrazioni del farmaco comprese tra il 25° e il 75° percentile sono di lieve entità, con alta variabilità inter-laboratorio in base al tipo di reagente utilizzato.

Il dosaggio dell'attività anti-Xa è un test sensibile ad Apixaban, in grado di misurare la concentrazione plasmatica del farmaco.

Il PT/INR non deve essere utilizzato per valutare l'attività anticoagulante di Apixaban.

Condizioni in cui tali test potrebbero risultare utili nella pratica clinica sono rappresentate da:

- valutazione del rischio emorragico prima di procedure ad elevato rischio di sanguinamento sia chirurgiche (neurochirurgia) che mediche (es. trombolisi sistemica in corso di ictus ischemico);
- gestione degli episodi di sanguinamento maggiore; valutazione rapporto rischio/beneficio per l'utilizzo di concentrati pro-coagulanti, possibilità di ricorrere ad emodialisi (solamente per Dabigatran);
- verifica della compliance, (seppur a breve termine data la corta emivita dei NAO), soprattutto in caso di comparsa di un evento ischemico in corso di terapia;
- valutazione del rischio di sanguinamento in caso di peggioramento della clearance della creatinina, in presenza di un quadro di insufficienza renale;
- valutazione dell'eventuale interferenza con farmaci concomitanti;
- peso corporeo inferiore a 50 Kg o superiore a 100 Kg.

Bibliografia

Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ, Kirchhof P. *EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary*. Eur Heart J. 2013 Jul;34(27):2094-10.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Tabella 5 - Intervallo temporale tra l'ultima assunzione del farmaco ed inizio della procedura/intervento chirurgico

	DABIGATRAN		RIVAROXABAN		APIXABAN	
	Basso Rischio	Alto Rischio	Basso Rischio	Alto Rischio	Basso Rischio	Alto Rischio
ClCr ≥ 80 mL/min	≥ 24 h	≥ 48 h	≥ 24 h	≥ 48 h	≥ 24 h	≥ 48 h
ClCr 50-80 mL/min	≥ 36 h	≥ 72 h	≥ 24 h	≥ 48 h	≥ 24 h	≥ 48 h
ClCr 30-50 mL/min	≥ 48 h	≥ 96 h	≥ 24 h	≥ 48 h	≥ 24 h	≥ 48 h
ClCr 15-30 mL/min	NON INDICAZIONI ALL' USO		≥ 36 h	≥ 48 h	≥ 36 h	≥ 48 h
ClCr < 15 mL/min	NON INDICAZIONI ALL' USO					

In caso di ridotto rischio di sanguinamento od in presenza di un adeguato livello locale di emostasi, intervenire al momento della concentrazione attesa a valle (≥ 12 h o ≥ 24 h).

ClCr = Clearance Creatinina.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE

Miglioramento organizzativo per il benessere degli operatori del SSR

Parere 105/2014

“Le risorse umane hanno un’importanza prioritaria nelle organizzazioni, tanto più nel sistema socio-sanitario dove si erogano servizi alla persona.

Un’azienda sanitaria va considerata come un insieme di talenti, capacità, competenze e idee: un capitale intellettuale, non tangibile, dove l’intelligenza delle persone e dell’organizzazione diventano protagonisti e dove ognuno è al tempo stesso cliente e fornitore di servizi”.

Negli ultimi anni molteplici cambiamenti hanno interessato il sistema sanitario comportando per le organizzazioni e i professionisti un notevole sforzo di adattamento.

L’elemento che tende a ricorrere è la percezione di subire questi cambiamenti, percezione che limita fortemente la capacità di essere proattivi, avere lungimiranza e costruire una progettazione articolata nel medio e lungo termine. Questi elementi comportano una visione centrata sul presente che spesso assume una valenza riparativa e difensiva, tipica dei sistemi che si trovano a gestire situazioni di emergenza, riducendo la percezione di poter agire un controllo sull’ambiente e aumentando quella di sentirsi isolati nel tentativo di dare risposte alle diverse questioni e ai bisogni di cura e presa in carico dei pazienti.

In questi anni, sono sempre più frequenti i vissuti di devalorizzazione, stress, incertezza, demotivazione, frustrazione, senso di solitudine, riferiti da coloro che si trovano a lavorare nelle organizzazioni, come anche il bisogno di riconoscimento, la passività e le difficoltà di relazione e comunicazione. Tale quadro è particolarmente vero per coloro che lavorano in Sanità, ciò implicando un oneroso lavoro con la sofferenza, la malattia, la morte e un lavoro psicologico non visto e misconosciuto. Queste modalità esperienziali, acuite dalle contingenti difficoltà economiche ma non solo, che caratterizzano questi anni, rischiano di sabotare il raggiungimento dell’ambizioso e doveroso

obiettivo di dare alla Pubblica Amministrazione, ed alla Sanità in particolare – per le sue profonde implicazioni a livello di servizi alla persona, ma anche di significati simbolici – un nuovo e contestualmente adeguato assetto.

Il modello, che coloro che si trovano a rivestire ruoli decisionali (a livello politico, tecnico, aziendale) stanno progettando come risposta al periodo attuale, può essere reso attuativo solo con l’alleanza e la collaborazione di operatori che lavorino in gruppi tra loro sinergicamente integrati. Se questo è sentito come lontano, estraneo, un insieme di indirizzi astratti, o ridicibili a tagli economici lineari, il rischio è che vi si oppongano o lo seguano passivamente. Serve, invece, un altro tipo di intervento, che nasca dalla consapevolezza delle potenzialità del piano relazionale.

Adottare una logica lineare secondo cui, alla scelta di un modello organizzativo seguirà un efficace e adesivo adeguamento comportamentale da parte di coloro che, con ruoli di back o front office, si trovano a lavorare nelle organizzazioni, porta con sé un errore di concetto. L’intervento sul piano relazionale non costituisce, tecnicamente, elemento accessorio, ma potente motore di cambiamento, rispondendo al contempo all’esigenza di rispettare la dignità e l’intelletto di chi lavora nelle organizzazioni, essenziale in una civiltà evoluta.

In tale processo, risulta determinante tenere in considerazione l’importanza della motivazione/rimotivazione di tutti coloro che sono coinvolti, in quanto protagonisti e attori dei processi in essere e degli auspicati cambiamenti, in un’ottica volta al miglioramento continuo dei percorsi di cura.

La necessità di introdurre e governare i cambiamenti, a qualunque livello essi si rivelino necessari, ricorrendo alla partecipazione e al coinvolgimento delle diverse parti implicate, emerge molto chiaramente dall’ascolto dei profes-

sionisti che prestano la loro attività all'interno delle nostre organizzazioni sanitarie. Accanto a questo è ritenuto di fondamentale importanza progettare organizzazioni che permettano di accogliere e rispondere adeguatamente alle esigenze del personale, supportandone l'autonomia professionale, valorizzandone le competenze e incrementandone le possibilità d'intervento.

Le strutture strategiche, che a vario titolo rispondono a queste necessità, quali per esempio la Formazione, le Politiche del Personale e la Gestione delle Risorse Umane, talvolta tendono ad operare in modo scarsamente integrato, limitando il proprio potenziale di sviluppo e lo stesso significato che ne legittima l'esistenza. Parallelamente è opportuno investire nello snellimento della burocrazia, nello sviluppo di tecnologie e-Health che agevolino il lavoro dei professionisti, in una programmazione formativa di qualità, rispondente alle esigenze del personale e adeguata a sostenere le sfide dell'innovazione, in una rinnovata attenzione alle problematiche di genere e alle pari opportunità che conduca all'individuazione e alla realizzazione d'iniziative concrete e fruibili.

Tutte queste considerazioni sono rafforzate dalla raccolta diretta di opinioni e pareri da parte dei medici e di altri professionisti della sanità.

Dieci punti per migliorare secondo i professionisti sanitari

1. Luoghi di cura con **spazi** nei quali è facile e piacevole lavorare e che favoriscono le relazioni con i pazienti; inoltre diminuire radicalmente la quantità di **"scartoffie"** da compilare;
2. Organizzazione del lavoro che tiene conto del **tempo da dedicare alle relazioni** tra colleghi e con i pazienti;
3. **Formazione e formatori di qualità** adeguata alle sfide dell'innovazione;
4. **Rinnovare la programmazione** in modo che sia considerata l'adeguatezza degli staff alle azioni che s'intende intraprendere;
5. Sviluppo di tecnologie **e-health** in grado di favorire anche il lavoro dei professionisti della salute sia sul piano dell'interconnessione sistemica che dell'uso clinico delle app;
6. Dare maggior peso all'**autonomia** professionale;

7. Organizzazioni progettate e gestite per **creare benessere**;

8. **"Sentirsi visibili"** e ricevere il meritato riconoscimento da parte di chi dirige le aziende e il sistema in cui operano grazie anche a strumenti adeguati a dare evidenza e tracciabilità del proprio lavoro;

9. Sapere che l'azienda nella quale si opera è convinta della reciprocità tra **qualità della vita e qualità del lavoro**, in particolare attenta alle problematiche di genere e alle pari opportunità;

10. Sviluppo delle **pratiche collaborative** come impegno prioritario del management e obiettivo principale dell'azienda, al fine di condividere le decisioni organizzative e il loro monitoraggio.

Per i medici di medicina generale va segnalato anche come fonte di disagio il ritardo nell'applicazione dell'Accordo Regionale, ed in particolare i ritardi del piano di informatizzazione.

Per i medici ospedalieri, che pur hanno sottoscritto l'Accordo Regionale, i disagi sono determinati principalmente da alcuni cambiamenti del modello di cura ospedaliera, che considerano disorganico e disomogeneo, non sufficientemente condiviso a livello delle singole Asl. Un cambiamento spesso predisposto dalle direzioni senza un colloquio con i medici. Per l'applicazione del nuovo modello non si è tenuto conto, secondo la loro opinione, della conseguente e necessaria riorganizzazione del personale sanitario e da qui sono nati conflitti tra medici e infermieri. Inoltre non è chiaro il funzionamento del DEA, i rapporti tra questo e l'ospedale, l'assegnazione della casistica e i percorsi della cronicità, mancando un leader del percorso e una regolamentazione del rapporto con il territorio.

Pareri raccolti in occasione di:

1. riunione con l'**Osservatorio delle Professioni Sanitarie - CSR**.
2. incontro con **responsabili risorse umane Aziende Sanitarie Toscane**.
3. questionario ARS dei **responsabili qualità delle Aziende Sanitarie Toscane**.
4. questionario per i **medici fiorentini** (dati da rilevare).



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Piera Banti, Dirigente medico c/o Pronto Soccorso e Medicina Urgenza dell' Az. USL 2 Lucca . Spec. in Chirurgia Generale c/o l'Università di Pisa nel 2002 Dal 2002 -2004 Dirigente Medico c/o Dip. Emergenza Urgenza - Pronto Soccorso USL 6 Livorno e USL 1 Massa-Carrara. Dal 2012 Resp. per il Pronto Soccorso "Progetto Regionale Codice Rosa" USL 2 Lucca . Dal 2013. Incarico Professionale come Esperto in gestione della violenza di genere ed abusi sui minori.

PIERA BANTI, GIORGIO BOCCHINI¹, RAFFAELE DOMENICI²

Abusive Head Trauma

L'importanza di un approccio multidisciplinare per la diagnosi

Con il termine di Abusive Head Trauma (AHT) si indica una grave forma di abuso sul bambino che rappresenta un'importante causa di mortalità e disabilità in età pediatrica. È una sindrome caratterizzata da una costellazione di segni e sintomi che in passato venivano inquadranti della *Shaken Baby Syndrome* o sindrome del bambino scosso. Si osserva generalmente in bambini sotto l'anno di età quando un genitore o chi si prende cura del piccolo prova a farlo smettere di piangere scuotendolo energicamente tenendolo per le braccia e il torace con o senza un impatto diretto del capo su una superficie rigida (Figure 1 e 2). Lo scuotimento determina un'accelerazione diversa tra tessuto cerebrale e osso cranico con conseguente abrasione del cervello contro la dura madre fissa all'osso e rottura delle vene pontine. Le lesioni più frequentemente associate ad AHT sono gli ematomi subdurali, le emorragie subaracnoidee, l'encefalomalacia, l'edema cerebrale, le emorragie retiniche e le fratture scheletriche (in particolare delle ossa lunghe o delle coste posteriori). L'AHT è una causa relativamente comune di neurotrauma

dell'infanzia con un'incidenza di 14-40 casi su 100,000 bambini di età inferiore ad un anno.

I danni biomeccanici descritti sopra, sono la conseguenza di alcune caratteristiche anatomiche del neonato e del lattante: il notevole volume e peso del capo in rapporto al resto della massa corporea, l'ipotomia della muscolatura paraspinale cervicale responsabile del tipico ciondolamento della testa del bambino nei primi mesi di vita, l'elevato volume degli spazi subaracnoidei e la non completa mielinizzazione delle fibre nervose. Le ripetute oscillazioni della testa del bambino sono responsabili di danni a carico delle strutture vascolari e nervose; tali danni possono comprendere irritabilità, diminuita risposta agli stimoli e stato letargico, fino a stato convulsivo e morte. Dal 15% al 27% delle vittime di AHT muoiono entro ore e giorni dal trauma ed il 30% è a rischio di sequele neurologiche a lungo termine come disturbi cognitivi, comportamentali, deficit motori e visivi, disturbi dell'apprendimento ed epilessia. L'ematoma subdurale è la lesione più frequente ed anche la principale causa di morte e disabilità.

Ogni medico, ma soprattutto coloro che lavorano nei dipartimenti di emergenza hanno la responsabilità di pensare alla AHT di fronte a piccoli pazienti con trauma cranico. Ciò per identificare l'abuso e soprattutto per proteggere il bambino; infatti è provato in numerosi studi internazionali che sia del 35% la possibilità che possa ripetersi l'evento e del 5-10% la possibilità che il bambino torni morto in ospedale se in pronto soccorso non viene fatta diagnosi al primo accesso. La combinazione di mancati *training* per i medici e le loro scarse conoscenze su tale tema, associata spesso a quadri clinici non specifici (ridotti livelli di coscienza, irritabilità, letargia, vomito, convulsioni, mancanza di appetito, distress respiratorio e arresto respiratorio etc.) rendono difficile la diagnosi e il riconoscimento. L'AHT rappresenta quindi un dilemma diagnostico per il medico che, solo grazie al lavoro coordinato con altri specialisti, può essere sciolto anche al fine di raccogliere correttamente le prove necessarie a costruire un quadro probatorio in caso di conferma di abuso. La diagnosi è fatta solo dopo un'accurata raccolta della storia clinica e sociale del piccolo paziente e supportata da appropriati esami strumentali.



Figura 1



Figura 2

¹ Dirigente Medico, Radiologo, Dipartimento Diagnostica per immagini, USL 2 Lucca

² Pediatra, Direttore del Dipartimento Materno Infantile, Direttore UO Pediatria, Coordinatore Progetto Codice Rosa, USL 2 Lucca

I sintomi si manifestano immediatamente dopo il trauma ma spesso l'assenza di segni esterni di trauma può ritardare la diagnosi.

La sindrome andrebbe sempre sospettata quando le informazioni date sulla dinamica dell'evento sono vaghe e incongruenti con la storia narrata da chi accompagna il bambino e siano presenti emorragie retiniche, ematomi subdurali o fratture scheletriche che non siano riconducibili a trauma accidentale od altre condizioni mediche. La tomografia computerizzata (TC) del distretto cranio-encefalico eseguita in urgenza rappresenta la prima chiave diagnostica da utilizzare in caso di sospetto abuso, essendo una metodica non invasiva e rapida in grado di offrire una corretta diagnosi in pochissimi minuti. Oltre al riscontro delle fratture della volta cranica, gli ematomi subdurali distribuiti al vertice cranico, negli spazi interemisferici e lungo il tentorio sono fortemente sospetti.

La Risonanza Magnetica (RM) può essere eseguita come secondo step diagnostico per individuare eventuali danni intraparenchimali post-traumatici come contusioni, lacerazioni o aree di sofferenza ischemico-anossica. La disponibilità di sequenze "flash" super-veloci, l'elevata risoluzione di contrasto e la possibilità di eseguire, eventualmente, un'indagine completa in blanda sedazione, rende la RM l'arma in più a disposizione dell'équipe medica. Nel sospetto invece di fratture dello scheletro assiale e periferico, la radiologia convenzionale non risulta sempre in grado di datare i singoli traumi ossei, ma deve essere usata per stabilire la presenza di lesioni con differente età. Le emorragie retiniche sono caratteristiche nel 85% dei casi, sono bilaterali, diffuse, multistrato e la loro presenza si associa con un'alta probabilità di abuso pertanto il riconoscimento dell'AHT pone all'oculista gravi responsabilità medico-legali per le ovvie implicazioni penali.

Codice Rosa a Lucca

Dal Gennaio 2012 è attivo presso la USL 2 Lucca il Progetto Codice Rosa, un percorso speciale di accoglienza al Pronto Soccorso dedicato a chi subisce violenza. Donne ma anche anziani, bambini, disabili, omosessuali, immigrati e tutti coloro che possono trovarsi in una situazione di debolezza e vulnerabilità e i cui segni di violenza subita non sempre risultano evidenti sono accolti. A queste persone vengono garantiti immediate cure mediche, protezione e sostegno psicologico per la fuoriuscita dalla spirale della violenza. Il percorso è garantito da un intervento congiunto di varie figure professionali (Task Force del Codice Rosa) nel fondamentale rispetto della sicurezza e riservatezza della persona. La Task force del Codice Rosa è un gruppo operativo interforze composto da rappresentanti della USL 2, Procura, Forze

dell'ordine, Comune, Centro Antiviolenza, Centro per il recupero dei soggetti maltrattanti, ufficio scolastico e case rifugio che opera attraverso procedure condivise che assicurano un corretto repertamento degli elementi di prova con la redazione di una nuova e più approfondita cartella clinica in grado di fornire dati utili anche all'autorità giudiziaria.

Durante i primi 30 mesi di attività sono stati valutati presso il Pronto Soccorso di Lucca 792 casi di codice rosa e tra questi 93 casi di codice rosa pediatrici. Dei 93 casi pediatrici, 72 sono stati inquadrati come maltrattamenti e 21 casi come abusi sessuali. Gli autori descrivono la storia clinica di un bambino di 15 giorni trasportato d'urgenza dai genitori al Pronto Soccorso di Lucca per tumefazione coscia sinistra sine trauma. L'esame obiettivo evidenziò una frattura femorale confermata radiologicamente (Figura 3).

All'età di 2 mesi il bambino venne ricondotto per episodi di ipertono assiale con retropulsione del capo e pianto prolungato. L'esame obiettivo evidenziò un marcato aumento della circonferenza cranica, pari a 40.9 cm. (> 75° c). La TC del distretto cranio-encefalico confermò la presenza di un ematoma subdurale cronico con segni di recente sanguinamento (Figure 4-7). Trasferito alla Neurochirurgia pediatrica di riferimento venne sottoposto a intervento di derivazione subdurale e fu quindi dimesso in buone condizioni dopo circa 3 settimane. Nel frattempo fu attivata la Task Force nel sospetto di AHT. L'approccio multidisciplinare associato alla formazione del personale, alla minuziosa valutazione clinica e all'accurata documentazione delle lesioni permise di acquisire un valido quadro probatorio ed aiutare le indagini delle Forze dell'Ordine che confermarono l'abuso sul bambino.

L'AHT è un trauma intenzionale e devastante sui bambini che residua spesso in gravissime conseguenze cliniche. L'aumentata sensibilità e capacità degli operatori del Pronto Soccorso insieme al lavoro di squadra con le altre figure professionali (Pediatra, Radiologo, Neuropsichiatra, Oculista ecc.) ha portato ad una maggiore individuazione di questi pazienti misconosciuti

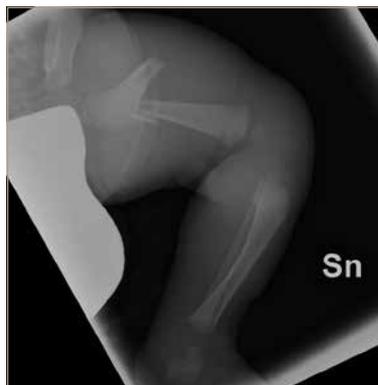


Figura 3 - Severa frattura scomposta del III medio-proximale della diafisi femorale sinistra.



Figura 4



Figura 5

Figure 4-7 - L'esame TC eseguita in condizioni basali evidenzia una estesa raccolta extra-assiale ipodensa, a distribuzione pressoché simmetrica, che comprime entrambi gli emisferi encefalici inducendo uno spianamento dei fisiologici solchi periencefalici con incremento di ampiezza dello spazio interemisferico (5,6,7). Il grave quadro, compatibile con ematoma sub-durale cronico, appare ulteriormente aggravato dalla presenza di una quota di iperdensità mediana in fossa cranica posteriore (7), ascrivibile a recente risanguinamento.



Figura 6



Figura 7

nel 31% dei casi. La diagnosi è spesso difficile e possibile solo se supportata da un'adeguata formazione e dalla consapevolezza che l'AHT si può e si deve prevenire e che l'80% delle morti

possono essere scongiurate se l'abuso è riconosciuto precocemente.

TM

Info: p.banti@usl2.toscana.it

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
 amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanameditica@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 SEPA Core Direct Debit (ex 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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Si avvisano i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze che a partire dal **1° ottobre 2014** i servizi **ENPAM** e **ONAOSI** verranno svolti nei giorni di **mercoledì** dalle **ore 15.30** alle **ore 18** e di **giovedì** dalle **ore 9** alle **ore 12** previo appuntamento da richiedere al n. 055.496522 int. 1 o via e-mail: informazioni@ordine-medici-firenze.it. Ciò consentirà una più razionale ed efficace trattazione delle pratiche amministrative ENPAM.

GIAN ARISTIDE NORELLI, MARTINA FOCARDI¹

Mancato consenso, l'ospedale risponde anche senza errori

Le preoccupazioni dei medici



Gian Aristide Norelli,
Ordinario di Medicina
Legale, Facoltà di
Medicina e Chirurgia,
Università di Firenze.
Direttore dell'Istituto
di Medicina Legale
dell'Università di Firenze

Una recente sentenza del Tribunale di Firenze (n. 170/2014), ha evocato un significativo sconcerto nel mondo medico (e non solo), tanto che il "Sole 24 Ore" del 14 luglio 2014, titolava: "Mancato consenso, l'Ospedale risponde anche senza errori"; donde la preoccupata nota dell'Amico e attivissimo Presidente dell'Ordine di Firenze, dr. Antonio Panti. È indubbio che si tratti di una sentenza assai interessante e altamente innovativa, sebbene in linea con altri pronunciamenti del medesimo Tribunale (sentenza n. 774/2013 del 07.03.2013 e n. 3383/2013 del 30.10.2013), che non avevano, peraltro, suscitato analoga e preoccupata attenzione.

La sentenza merita, comunque, attenta considerazione e puntuali osservazioni, anche perché ci impone di andare oltre ciò che può dedursi dalla sua lettura ed anche dal suo contenuto, pur di sostanza.

Sino a oggi la Cassazione aveva ritenuto condizione essenziale per riconoscere il diritto al risarcimento, che sussistesse un danno conseguente al difetto di consenso, sia nel caso in cui l'intervento effettuato non fosse consono alle necessità di specie o fosse stato mal condotto o fosse vicariabile da altro, magari meno rischioso o foriero di minor inevitabile danno, ma anche nel caso in cui l'atto medico fosse stato correttamente condotto, e la parte ricorrente fornisse dimostrazione che, ove debitamente informata, non si sarebbe sottoposta all'intervento medesimo (Cass. Civ. 2847/2010 e conformi Cass. Civ. 16543/2011 e 20984/2012).

Una sorta di "probatio diabolica", occorre ammetterlo, posto che appare assai difficile comprendere (a parte circostanze eccezionali ed esemplificazioni scolastiche) in quali casi, effettivamente, un soggetto avrebbe potuto rifiutare un intervento necessario, non sostituibile da altri, almeno in prospettiva foriero di giovamento e (come deducibile a posteriori) che sia stato ben condotto e non gravato da complicità; e soprattutto è ben difficile non interrogarsi con quali mezzi, nella pratica, la parte ricorrente potrebbe fornire dimostrazione probatoria di tale effettiva e inespressa volontà al dissenso.

Non può non sfuggire, d'altronde, che la disciplina della dimostratività probatoria, soffre in genere di una difficoltà sostanziale; basti pensare alla circostanza derivante dall'applicazione del regime di responsabilità contrattuale secondo cui deve reputarsi non conforme la condotta del medico che, oltre a non essere in grado di documentare la congruità delle proprie azioni (il che non è infrequente, ove non si sia provveduto a una completa compilazione documentale), sia accusato di non aver fornito idonea informazione, nonostante, magari, che la parte abbia sottoscritto un modulo, ancorché molto generico, di approvazione. In ogni caso entrambi (il medico, come la parte ricorrente) versano in una sostanziale difficoltà quanto all'onere probatorio: l'uno per la carenza di mezzi utili a dimostrare di aver fornito l'informazione, l'altro per la difficoltà a dimostrare che avrebbe negato il proprio consenso, solo che l'informazione fosse stata adeguatamente resa. Si tratta, in altri termini, della dimostrazione ulteriore, se ve ne fosse bisogno, dello iato esistente fra l'interpretazione casistica improntata a regole teoriche ineccepibili, e la realtà di ogni singola e quotidiana fattispecie, segnatamente ove si debba tradurre in pratica la previsione teorica e per di più se ne debba fornire concreta dimostrazione.

Il Tribunale di Firenze si spinge oltre questa tradizionale logica, affermando che "...in effetti non vi è prova di una corretta informazione

Omissis

... nondimeno può richiamarsi il principio enunciato dalla Suprema Corte...

Omissis

... poiché nel nostro caso non risulta che

Omissis

... avrebbe negato il suo consenso, se correttamente informato – tale circostanza non è neppure mai stata allegata – deve escludersi che l'omissione in parola abbia provocato di per sé un danno alla salute. Resta però da valutare un ultimo aspetto: ossia se, pure esclusa la rilevanza causale della mancata informazione sul danno alla salute, giusto il principio appena sopra

² Dirigente Medico I livello, U.O. di Medicina Legale dell'AOUC

richiamato, l'inadempimento in parola sia da considerare comunque produttivo di un danno, per lesione non del diritto alla salute ma a quello dell'autodeterminazione; e se tale lesione sia di per sé risarcibile, anche laddove non sfoci in un pregiudizio per la salute. La risposta non può che essere positiva...

Omissis

... essendo quello dell'autodeterminazione un diritto inalienabile delle persone, talché costituisce un obbligo preciso del sanitario fornire tutte le informazioni necessarie ai pazienti per metterli in condizioni di esprimere una vera scelta sui possibili diversi modi di affrontare la malattia. L'inottemperanza a tale obbligo rappresenta una forma di inadempimento che legittima la richiesta di risarcimento; il quale, tuttavia, per quanto detto, può avere come oggetto la lesione del solo diritto di scelta, e non anche la lesione del diritto alla salute...

Omissis

... Il risarcimento può essere quantificato solo in via equitativa...

Quanto all'aspetto interpretativo del fatto, come reso dal Tribunale fiorentino, semmai, può dirsi che esso non difetta di logica e di coerenza, anche se interviene a modificare ciò che sino ad ora ha affermato la Massima Giurisprudenza o quantomeno a fornirne una sostanziale integrazione, per cui non è dato, per ora, sapere, quale sarà il destino della sentenza di merito.

L'occasione, peraltro, è buona per esprimere alcune osservazioni a richiamo di concetti d'indole giuridica e medico-legale che hanno segnato determinati aspetti della più recente metodologia valutativa:

Sul piano giuridico, anzitutto (e lungi da chi scrive la volontà di esprimersi in un merito di cui non è competente, lasciando ai giuristi più specifici e appropriati commenti), si è detto che le osservazioni del Tribunale fiorentino non difettano di logica e di coerenza. Giova, infatti, ricordare, che, in riferimento alla valutazione del danno in responsabilità civile e segnatamente a ciò che poteva effettivamente rappresentare l'oggetto della richiesta risarcitoria, le ormai note Sentenze di S. Martino avevano con chiarezza e pari determinazione espresso il concetto che tutto può richiamarsi come materia di risarcimento, sempreché il danno dimostrato da Parte Ricorrente, sia rappresentato dalla violazione di un diritto costituzionalmente tutelato.

Da medici, naturalmente o meglio da esperti di materia biologica, si è indotti a considerare come danno di specifico interesse sempre e solo quello che in qualche modo insista sulla materia di cui si è competenti e cioè il danno biologico, inteso come menomazione dell'integrità fisio-psichica riferita alle attività quotidiane proprie a ciascuno e non riferito alla capacità di produrre reddito (danno non patrimoniale) e la capacità al lavoro specifico e cioè il grado di incidenza della menomazione sulla possibilità

di svolgere la determinata attività da cui il soggetto traeva guadagno (danno patrimoniale).

E sempre da medici non si è potuto che accogliere con soddisfazione che fosse cancellata ogni altra sorta di "danno" che era venuta accumulandosi nelle plurime interpretazioni giuridiche e giurisprudenziali in forma autonoma, aggiuntiva e spesso duplicata rispetto al danno effettivamente risarcibile (danno morale autonomo, danno esistenziale, danno alla qualità della vita, e via dicendo, fino ai più discutibili e spesso inaccettabili danni bagatellari). Ma, pur da medici, non può negarsi l'evidenza che, ove sussista la violazione di un diritto costituzionalmente tutelato, è giusto presumersi una compensazione per tale "vulnus", pur se non ne consegue alcuna implicazione di danno coinvolgente l'integrità della persona. Ciò che interessa e conta, in buona sostanza, secondo la nitida logica della Suprema Corte è che se un danno ha da essere risarcito, deve corrispondere alla lesione di un diritto contemplato nella Costituzione, essendo tale lesione e non solo le sue conseguenze, che devono rappresentare la materia dell'istanza.

Orbene! Se, pur da medici, ci si sofferma a riflettere sul significato ed il valore della disciplina del consenso, è indubbio che, secondo l'interpretazione fino ad oggi espressa dalla Giurisprudenza, in caso di mancata assunzione di un valido consenso, ciò che in effetti si andava a risarcire erano le conseguenze della mancata assunzione medesima e non questa, come tale. E siffatte conseguenze erano rappresentate, in sostanza, dal danno biologico che in qualche modo era derivato dall'attività perpetrata sul soggetto che, ove debitamente informato, avrebbe potuto rifiutare di sottoporvisi. Ricomprendendosi, per esemplificare, il diritto ad essere risarcito dalle cicatrici (che non vi sarebbero state se l'intervento non fosse stato eseguito), della temporanea e del fastidio connesso all'intervento stesso, alla degenza ed alla eventuale riabilitazione, alle complicità (che, pur determinatesi per motivi indipendenti dalla condotta, non sarebbero intercorse se l'intervento non fosse stato eseguito) e così via esemplificando; valutandosi, in ogni modo, ogni forma di danno che controfattualmente non si sarebbe determinato, se il soggetto fosse stato messo in grado di esprimere un consenso (nella fattispecie dissenso) motivato e consapevole.

Senza nulla modificare di una siffatta logica, il Tribunale di Firenze si limita a richiamare una più attenta interpretazione dei diritti costituzionalmente sanciti, ricordando che, come esiste indubbiamente il diritto alla integrità della persona, che può essere violato in conseguenza della mancata acquisizione del consenso, tanto da rilevarne un vario grado di perdita dell'integrità fisio-psichica, esiste del pari il diritto all'autodeterminazione che risulta di per sé violato nel momento in cui il soggetto non sia posto in grado di esprimere la sua consapevole scelta.

È la violazione del diritto come tale, in altri termini (all'autodeterminazione) che rappresenta oggetto del risarcimento e non le sue conseguenze sull'integrità personale, che possono ben coesistere in violazione, però, di altro diritto (all'integrità).

La violazione del diritto all'autodeterminazione, come tale può non implicare conseguenze ulteriori e la sua determinazione in termini di risarcimento non può che essere espressa in forma equitativa.

Tale orientamento, del resto, neppure può dirsi del tutto nuovo, sol che si consideri che analoga impostazione già si riscontra in altro pronunciamento (fra quelli, pochi, di cui si è a conoscenza, per cui è possibile che altri ne siano stati espressi) del Tribunale di Milano nel lontano 2005 (Sent. n. 3520/05).

Se, come si è visto, sul piano delle considerazioni in punto di Diritto, le osservazioni del Tribunale di Firenze non dovrebbero sostanzialmente meravigliare, ciò su cui sembra opportuno ancora soffermarsi, da medici, è la dimostrazione che la materia dell'informazione e del consenso appare ancora ostica per chi abbia dimestichezza più con la materia biologica che con il Diritto; il che è naturale per il medico, se non fosse che la tenace interpretazione della norma secondo la propria professionale prospettiva e la considerazione quantomeno di non essenzialità, per una materia, come il consenso, che si insiste a percepire come marginale, se non addirittura fastidiosa, porta ad un accentuarsi del contenzioso che sempre più vede il medico soccombere, rispetto alle istanze del Ricorrente.

E giova qui richiamare, come si era anticipato, il titolo dell'articolo, in cui si misurano i concetti del "mancato consenso" e della necessità che l'Ospedale risponda "anche senza errori". Quasi a dire che l'Ospedale, nella fattispecie, ma il discorso può valere in capo a qualsiasi Professionista singolo, non avrebbe sbagliato nella condotta (che è ritenuta, infatti, "senza errori"), posto che l'assunzione del consenso sembrerebbe non ricomprendersi all'interno della condotta corretta ed essenziale, che è quella di matrice tecnica diagnostico-terapeutica, solo la violazione della quale potrebbe dar luogo alla percezione ed al riconoscimento dell'errore.

Niente di più inesatto, come è noto, sol che si pensi che il consenso dell'avente diritto, rappresenta la base dell'attività medica e per anni è stato addirittura considerato il solo elemento necessario e riconosciuto a validarla, quello, cioè, in carenza del quale l'attività stessa era da considerare inespugnabile ed illecita. Onde non può che suonare strana ed inaccettabile, l'affermazione secondo cui la mancata acquisizione del consenso non è di per sé da considerare un errore, quando invece lo è indubbiamente e sarebbe ormai giunto il momento che il concetto entrasse nella quotidiana percezione dell'agire medico, essendo una contraria impostazione solo anacronistica, non corretta e soprattutto

lesiva non solo dell'interesse della persona assistita, ma del medico stesso che si trova sovente a dover rispondere di una condotta che egli stesso difetta a ritenere e riconoscere incongrua; e ciò con il conforto ed il sostegno della categoria, accentuandosi una sorta di incomprendimento fra il Professionista e l'utenza, esasperandosi le contraddizioni di comportamento e soprattutto aggravandosi la percezione di una sorta di volontà persecutoria nei confronti del medico da parte della Magistratura e della pubblica opinione.

Al contrario, oltre alla legislazione ed alla Giurisprudenza costante, il CDM (CDM 18 maggio 2014) non è da meno, quando afferma all'art. 35 che "l'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato e/o in presenza di dissenso informato...", inoltre, all'art. 26, in tema di cartella clinica, si esplicita: "il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della personale assistita o del suo rappresentante legale...", ribadendosi come il consenso informato, non solo, come già noto, è parte integrante della documentazione sanitaria, ma al pari di ogni altra prestazione medica, debba trovare tracciabilità all'interno della cartella clinica. Il contratto collettivo per i medici (CCNL 6/05/2010), peraltro, all'art. 6- tra gli obblighi del dirigente, individua quello di "...j) assicurare la massima diligenza nella compilazione e tenuta e controllo delle cartelle cliniche, referti e risultanze diagnostiche, prevedendo, tra le sanzioni disciplinari, la censura per "Comportamento negligente nella compilazione, tenuta e controllo delle cartelle cliniche, referti e risultanze diagnostiche", fino ad arrivare alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di tre giorni fino ad un massimo di sei mesi se il comportamento suddetto ha cagionato un danno per l'azienda o per terzi.

Inoltre, giova il conto ricordare come, proprio in tema di consenso informato, la Corte dei Conti della Regione Sicilia (828/20109) abbia affermato: "La mancata verifica della completezza del consenso informato denota certamente quella colpa grave che necessita per pervenire all'affermazione di responsabilità. Per aversi colpa grave del professionista, com'è noto, non si richiede una condotta assolutamente scriteriata o abnorme, ma è sufficiente che l'agente abbia serbato un comportamento contrario a regole deontologiche elementari, tralasciando, cioè, quelle cautele che costituiscono lo standard minimo di diligenza richiesto con specifico riguardo all'attività esercitata". Pronuncia che potrebbe comportare non poche problematiche in tema di rivalsa, considerato che alcune polizze assicurative per la copertura della colpa grave, prevedono come clausola di esclusione, proprio la mancata acquisizione del consenso informato.

Come è giusto, del resto, nè potrebbe diversamente interpretarsi, posto che se può comprendersi (anche se non sempre ammettersi) un errore "tecnico" del medico che può spesso trovare ipotesi di "giustificazione" nel carico operativo, come nei difetti di organizzazione, non può fornirsi alibi ad un atto omissivo, come la mancata acquisizione del consenso, che è volutamente perpetrato e che incrina alla base il rapporto fiduciario con l'assistito cui da sempre si riserva la massima enfasi deontologica.

Delle due, d'altronde, l'una: o si è d'accordo che l'acquisizione del consenso è fattore imprescindibile di una corretta condotta in conformità con quanto si è pronti ad affermare in ogni ambito deontologico e giuridico; ed allora non può che procedersi in coerenza, ammettendosi l'essenzialità del consenso, come atto imprescindibile e vincolante ad ogni successiva forma di intervento diagnostico e terapeutico e che sia indubbiamente un errore non averlo acquisito. Ovvero si è convinti che solo una diagnosi corretta ed una terapia adeguata siano il "core" della professione medica ed allora sarebbe meglio che non si riservasse alla materia del consenso lo spazio che pur giuridicamente deve competergli, ma che rischia di indurre un iato fuorviante fra la teoria e la prassi, come costantemente accade allorché si dia enfasi ad argomenti, della cui attualità pratica non si abbia effettiva e sicura contezza.

Ed allora che in termini di sostenibilità economica, la sentenza fiorentina ponga indubitabili aggravii al sistema della responsabilità civile sanitaria nel suo complesso, è vero ed è certo, come vero e certo è che si aprono rilevanti spazi ad un futuro contenzioso professionale. Di ciò sarebbe opportuno tener conto nello studio e nelle proposte definitorie sul riordino della responsabilità sanitaria in generale, argomento su cui troppo spesso si interviene in modo del tutto settoriale, pericolosamente non approfondito e soprattutto, talora, senza il supporto di conoscenze che una materia così complessa e vasta imporrebbe (ed il riferimento specifico è proprio alla ripartizione dell'onere probatorio nei differenti ambiti della valutazione della condotta, di cui si è sopra fatto cenno).

Sul piano delle argomentazioni addotte, dunque, la sentenza sembra offrire esempio di logica e di coerenza che ogni medico vorrebbe interpretare non come una ulteriore e punitiva azione sanzionatoria della condotta, bensì come un ulteriore e positivo richiamo al valore dei diritti quali la Costituzione riconosce ad ognuno ed il cui rispetto e la cui tutela ad ogni livello è anche per il medico garanzia e difesa della propria insostituibile professionalità.

Parallelo auspicio, peraltro, è che a tali provvidi richiami, si associno azioni normative ed interpretazioni giurisprudenziali che non forniscano al medico preoccupanti indicazioni di segno opposto, che nella direzione, talora, di un pericoloso "garantismo" per l'utente, finiscano per mortificare le "garanzie" che dovrebbero es-

sere proprie a ciascuno (e quindi anche all'operatore); e cioè a chi usufruisce dei servizi che la Sanità rende disponibili, come a chi tali servizi è chiamato e che con professionalità e sacrificio, si impegna quotidianamente ad erogare. **TM**

Info: gianaristide.norelli@unifi.it

L'articolo del Collega e amico Prof. Norelli ha tale spessore che merita una sia pur brevissima chiosa. Chi scrive ha deliberato la prima radiazione della sua lunga presidenza proprio a seguito di un celebre caso di mancata acquisizione del consenso; l'Ordine di Firenze predispose allora i primi moduli di consenso in Italia quando negli ospedali nessuno ne sapeva nulla; sempre chi scrive ha promosso alcune radicali variazioni del codice deontologico, quelle che Norelli cita, oltre alla sostituzione del termine "paziente" con "cittadino" per sottolinearne l'autonomia. Ma non è questo il punto. La premessa serve per confermare quanto il ragionamento dell'illustre Collega sia condiviso. Che in soldoni è questo: colleghi, imparate che la raccolta del consenso è un atto proprio del medico, inserito in qualsiasi procedura clinica, la cui mancanza lede un ulteriore diritto civile, quello della autodeterminazione di ogni essere umano. Insomma il medico non è solo il garante della salute dell'uomo, basterebbe il giuramento di Ippocrate, ma anche del mantenimento, nella fragilità della malattia, di quella condizione di parità che sostanzia l'articolo 3 della Costituzione.

Così è, ma esiste il punto di vista di chi opera sul campo. Che, indubbiamente, deve introiettare le regole per applicarle con convinzione. Allora, quando mai durante il corso universitario, in qualsivoglia disciplina, si insegna che la raccolta del consenso è atto esclusivo del medico che precede, è anteriore, ad ogni atto di cura che altrimenti non sarebbe lecito? Quando spiego questo concetto durante il giuramento dei neoscritti vedo facce sorprese. La raccolta del consenso dovrebbe far parte di quello che il nuovo codice deontologico chiama "tempo di cura". Invece finisce confusa tra le mille scartoffie che quotidianamente assillano il medico. Quale direzione amministrativa o politica se ne preoccupa? Caro Gianni l'ultimo periodo del tuo articolo andrebbe inviato al Parlamento perché oggi si rischia (ecco il pericolo che il presidente dell'Ordine segnala e ha quasi perso la voce) di far mancare al medico la chiarezza del diritto essenziale per la serenità del lavoro. Questo è il punto. La limpidezza del ragionamento giuridico si oscura nella molteplicità delle pronunce tra valore delle linee guida, responsabilità, colpa professionale, dimostrazione oltre o non oltre il ragionevole dubbio, perizie difformi, diritto che espropria la scienza (Stamina docet) e scienza talora moralmente cedevole, insomma dobbiamo far tesoro delle tue parole e tentare di perseguire quella esigenza di chiarezza che tu magistralmente invochi.

Antonio Panti

MARCO MASONI, MARIA RENZA GUELFI, GIAN FRANCO GENSINI

I pre-prints e il movimento Open Science

Un pre-print è un articolo pubblicato in rete senza essere stato sottoposto ad alcun processo di valutazione formale da parte di esperti. Questo contributo contiene alcune riflessioni sulla possibile diffusione dei pre-prints in ambito sanitario e su come questo strumento vada a rafforzare il movimento Open Science.

Generalmente, prima di essere pubblicato all'interno di una rivista scientifica, un articolo è sottoposto a un attento processo di revisione da parte di esperti del settore (*peer-review*, letteralmente revisione tra pari). Questa procedura, consolidata e ampiamente validata nel tempo, ha l'importante funzione di garantire ad un articolo un elevato standard qualitativo. Per tale motivo tale procedura è considerata dai più un processo fondamentale attraverso cui progredisce la ricerca scientifica e che garantisce sicurezza alla Società in generale.

Il continuo sviluppo delle reti di computer e del software consente attualmente non solo di fruire delle risorse presenti in Internet ma anche di pubblicare con estrema facilità qualsiasi tipo di materiale multimediale. Di conseguenza qualunque ricercatore o professionista sanitario può teoricamente improvvisarsi autore ed editore rendendo disponibili in rete informazioni di interesse, escludendo qualsiasi processo di revisione tra pari.

Nel 1991 Paul H. Ginsparg, un fisico del Los Alamos National Laboratory, attivò un archivio digitale contenente versioni preliminari di articoli riguardanti la fisica delle alte energie che dovevano essere ancora pubblicati, e che pertanto non erano stati sottoposti ad alcun processo di revisione (*pre-print*). Nell'arco di pochi mesi questo sistema riscosse un successo tale che oggi migliaia di ricercatori in tutto il mondo accedono agli archivi presenti sul computer di Ginsparg: i database attualmente disponibili sono numerosi e spaziano in vari campi della fisica e della matematica. L'accesso al computer di Ginsparg, il cui URL è <http://arxiv.org/>, permette ad un ampio numero di esperti di leggere un articolo prima che esso venga formalmente pubblicato, consentendo agli autori di ricevere suggerimenti ed osservazioni da un maggior numero di revisori rispetto a quelli tradizionali, ottenendo così un significativo miglioramento

della qualità della ricerca e della pubblicazione definitiva. Inoltre la possibilità di accedere a versioni preliminari degli articoli pubblicati velocizza ulteriormente la comunicazione dei risultati delle ricerche all'interno e tra diversi settori disciplinari.

Il successo dell'operazione di Ginsparg ha promosso in ambito biomedico numerosi tentativi di imitazione con scarso successo. Tali esperienze hanno sollevato un ampio dibattito nella comunità sanitaria inducendola a riconsiderare globalmente il processo di *peer-review*.

Coloro che sono a favore del processo di revisione ritengono che questa procedura sia insostituibile, perché garantisce un elevato standard qualitativo alle ricerche pubblicate. Nel campo della fisica tale procedura può essere tralasciata perché l'utilizzo delle conoscenze e dei risultati delle ricerche non sottoposte a valutazione coinvolge un ristretto numero di esperti e non ha conseguenze dirette sulla popolazione, almeno in tempi brevi, come invece può accadere nel campo biomedico. In quest'ultimo settore l'utilizzo di informazioni inesatte o addirittura improprie da parte dei medici nell'esercizio della professione può avere conseguenze nefaste immediate nei confronti del paziente.

Secondo alcuni la revisione tra pari potrebbe invece essere eliminata perché le ricerche aventi scarso standard qualitativo vengono sì rifiutate dai comitati editoriali delle riviste più importanti ma trovano vie di diffusione alternative in periodici minori e/o in presentazioni a congressi. Inoltre i mezzi di comunicazione di massa, quali giornali e televisioni, spesso diffondono notizie inaccurate o addirittura fuorvianti con danni potenzialmente ben più gravi della presenza di un *pre-print* in rete. Infine la tradizionale lentezza con cui i medici modificano gli interventi terapeutici è un naturale impedimento al fatto che informazioni improprie possano essere precocemente utilizzate nella pratica clinica.

Nel 2003 Ginsparg ha attivato sul pre-print Server arxiv.org una specifica sezione dedicata alla Biologia quantitativa per condividere articoli su tale argomento settimane o mesi prima di una loro formale pubblicazione. In questi ultimi due anni il numero di articoli su questo tema inviati al database è aumentato esponenzialmente e alcuni di essi sono stati poi pubblicati su pre-



Marco Masoni, specialista in Medicina Nucleare, lavora presso la Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica*, disponibile in Internet edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità*, edito da Springer (2011). È inoltre autore di articoli pubblicati sul *British Medical Journal*.



Maria Renza Guelfi, laureata in Scienze dell'Informazione, lavora c/o il Dip. di Med. Sperimentale e Clin. dell'Univ. di FI, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica* disponibile in Internet edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità* edito da Springer (2011). È inoltre Autore di articoli pubblicati sul *BMJ*. È reviewer per *JMIR*.



Gian Franco Gensini, Prof. ordinario di Med. Interna c/o il Dip. di Med. Sperimentale e Clinica della Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Univ. di Fi. Presidente del Comitato Consultivo della Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Univ. di Firenze. Dir. del Dip. del Cuore e dei Vasi dell'AOU di Firenze. Vicepres. della Prima Sezione del Consiglio Superiore di Sanità.

stigiose riviste, quali Nature Communications e PLOS Biology. Questo successo ha indotto il Cold Spring Harbor Laboratory di New York ad attivare un servizio di *pre-print* specifico per la biologia, avente l'URL <http://bioRxiv.org/>. Gli articoli, suddivisi in sottodiscipline come la biologia del cancro e l'immunologia, possono ricevere dai ricercatori osservazioni che vengono moderate da esperti. Sembra quindi che gli ostacoli che impedivano ai biologi di inviare in rete gli articoli prima di una loro formale pubblicazione stiano per essere superati. Resta da vedere come si comporteranno le più importanti case editrici: attualmente Nature Publishing Group accetta i *pre-prints*, mentre Cell Press ne scoraggia l'invio. È presumibile che questo nuovo scenario non rimanga confinato all'ambito della Biologia, ma possa estendersi a quello della Medicina in generale.

Il fenomeno dei *pre-prints* si colloca all'interno della rivoluzione digitale che ha introdotto importanti trasformazioni nelle modalità di conduzione, trasferimento e distribuzione dei risultati della scienza. Nel 2006 il chimico Jean-Claude Bradley per primo usò il termine Open Notebook Science per definire la pubblicazione in rete in tempo reale delle idee e/o dei primi dati ottenuti dalle ricerche in corso. La pubblicazione sul Web di tali appunti può variare da un accesso libero a uno ristretto con username e password o differenziato in base ai diversi tipi di utenti. I benefici che possono derivare da questo comportamento sono una maggiore visibilità e la possibilità di reclutare nuovi collaboratori per specifici progetti.

Un ulteriore approccio che dimostra il desiderio da parte degli scienziati di sperimentare nuove metodologie di conduzione delle ricerche, in nome di una maggiore partecipazione, prende il nome di Open Research. Questo movimento agisce in modo simile a quello Open Source, affermatosi in anni passati nello sviluppo del software e che ha prodotto importanti risultati, come ad esempio Linux. Come lo sviluppo di questo sistema operativo si è affermato attorno a una comunità di sviluppo che progressivamente e in modo volontaristico rendeva disponibili liberamente e pubblicamente moduli di codice sorgente, allo stesso modo nella ricerca scientifica l'idea e la metodologia di studio che si intende adottare e i progressi ottenuti

vengono depositati in modo continuativo sulla rete. Ciò dà inizio a una discussione globale in cui la partecipazione di ognuno emerge indistintamente portando a un prodotto finale che è il contributo di numerosi gruppi di lavoro che interagiscono e collaborano intensamente tramite rete e a rete. Un esempio di questo approccio alla ricerca che ne dimostra la fattibilità da parte della comunità scientifica è stato recentemente pubblicato nel 2011 nella rivista Nature Chemistry. Tale articolo sostiene che l'approccio Open Research velocizza il progresso scientifico adducendo come prova la partecipazione globale della comunità scientifica allo sviluppo di un farmaco fuori-brevetto avente meno effetti collaterali rispetto a quello utilizzato correntemente: il praziquantel in forma racemica. Il progetto prevedeva l'isolamento dell'enantiomero attivo che consente la cura della schistosomiasi, una pandemia silente nei paesi in via di sviluppo. La sintesi del nuovo farmaco è stata possibile coinvolgendo numerosi centri di ricerca che hanno partecipato al progetto in modo simile a quanto avvenuto nello sviluppo del sistema operativo open source Linux.

Open Access, Pre-prints, Open Notebook Science, Open Research sono movimenti che stimolano la crescita e la diffusione di una filosofia denominata Open Science, che tende a rendere la ricerca scientifica, i dati da essa prodotti e la loro disseminazione accessibile non solo all'ambito accademico ma a tutti i livelli della società. Una caratteristica comune a tutti questi movimenti è di avere una predisposizione all'apertura e allo scambio di idee, alla condivisione di beni comuni, di interessare i paesi occidentali e quelli in via di sviluppo come pure le diverse classi sociali, di coinvolgere numerose discipline del sapere, oltre a promuovere una cultura della trasparenza e dell'onestà.

L'innovazione prodotta dallo sviluppo delle ICT e di Internet sulla pubblicazione dei risultati ottenuti dalla ricerca scientifica è stata rapida e dirompente, andando a sostituire in pochi anni modelli consolidati nel tempo. È assai probabile che ci troviamo all'inizio di nuove trasformazioni di cui è attualmente difficile prevedere le future implicazioni. **TM**

Info: m.masoni@med.unifi.it

BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina Servizi online - BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: **Affitti, Cessione attività, Collaborazioni tra medici, Sostituti medici, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni odontoiatri, Personale offresi, Personale non medico cercasi.** I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.

GAVINO MACIOCCO

Liberismo e salute

Per chi suona la campana



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".

Il collega Roberto De Vogli in una lettera a *The Lancet* – a proposito di crisi finanziaria, austerità e salute in Europa¹ – presenta una figura molto suggestiva che mette in relazione la deregulation finanziaria (ovvero la facilità con cui si possono creare, moltiplicare e muovere nel mondo i capitali finanziari) e la distribuzione del reddito all'interno di un paese, gli USA (espressa nella percentuale di ricchezza nazionale detenuta dall'1% più ricco della popolazione). La Figura 1 descrive un tratto di storia lungo 100 anni e mostra come a partire dalla Grande Depressione – quando con il New Deal di Roosevelt si metteva un freno alla liberalizzazione della finanza e saliva la pressione fiscale a carico dei più ricchi – la distribuzione del reddito nel paese diventava più equa, diminuendo la percentuale di ricchezza nazionale in possesso dell'1% più ricco della popolazione, che passava dal 24% nel 1929 al 9% del 1978. Ma dagli anni 80 il trend s'inverte e al crescere della deregulation finanziaria – imposta dagli alfieri del liberismo, R. Reagan e M. Thatcher – s'impennano le disuguaglianze nel reddito e l'1% più ricco torna, negli anni 2000, a possedere quanto deteneva agli inizi del 900. La Figura riguarda gli USA, ma il trend secolare della concentrazione della ricchezza è analogo in tutti gli altri paesi industrializzati, dal Regno Unito alla Germania, alla Svezia.

Cosa c'entra tutto ciò con la salute e la sanità nel mondo?

C'entra molto perché nel periodo che va dagli anni 40 agli anni 70, ovvero nel periodo di maggiore tendenza all'equità si verifica lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici (in Italia l'istituzione del Servizio sanitario nazionale è del 1978), si afferma il principio del diritto alla salute (anche la Conferenza di Alma Ata è del 1978), la poliomielite è sconfitta con il vaccino e Albert Sabin non brevetta e quindi non trae profitti dalla scoperta, L'Organizzazione Mondiale della Sanità è un'istituzione autorevole, rispettata e efficiente in grado di mettere a segno, nel 1979, con un'iniziativa di lunga durata su scala

planetaria, l'eradicazione del vaiolo.

C'entra molto perché dagli anni 80 in poi, nell'era del liberismo, mentre s'impennano le disuguaglianze economiche e ritornano le concentrazioni della ricchezza nelle mani di pochi, i sistemi sanitari vengono messi sotto pressione dalla logica delle privatizzazioni e del profitto. All'inizio sono i sistemi sanitari dei paesi più deboli – dell'Africa sub-sahariana – a subirne le conseguenze. Così per la prima volta nella storia dell'umanità, per motivi di mercato, farmaci salvavita (come gli antiretrovirali) non vengono resi immediatamente disponibili per combattere un'epidemia (come quella dell'HIV/AIDS). I sistemi sanitari dei paesi più poveri vengono messi sotto pressione anche dalle condizioni imposte dalla Banca Mondiale (che di fatto si sostituisce all'OMS nella definizione delle politiche sanitarie globali): riduzione estrema della spesa sanitaria, demolizione dei servizi sanitari pubblici, fuga in massa di medici e infermieri (e poi ci si stupisce che un'epidemia, come quella di Ebola, sia fuori controllo in paesi come la Sierra Leone o la Liberia, dove la popolazione muore non solo di febbre emorragica, ma di ogni altra malattia e di parto, dato che nessuno si avvicina più alle strutture sanitarie).

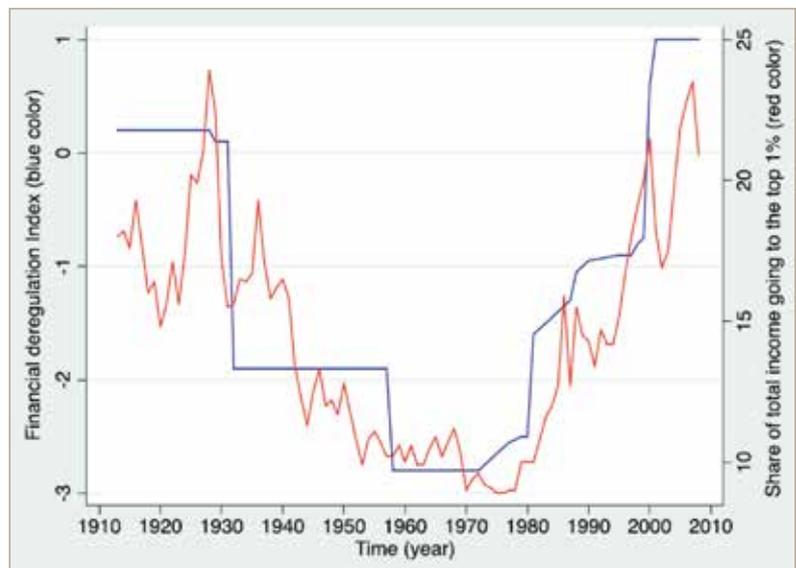
Jeffrey D. Sachs, nel suo libro "La fine della povertà"², analizza così gli avvenimenti di quel periodo: "Sfortunatamente, nell'era degli aggiustamenti strutturali questioni egoistiche e ideologiche furono alla base degli errori di indirizzo e degli aiuti insufficienti concessi ai paesi in via di sviluppo. L'aspetto egoistico è evidente: la responsabilità della povertà fu scaricata integralmente sugli stessi poveri; da ciò discese che non erano necessari aiuti finanziari internazionali. Negli anni Ottanta e Novanta gli aiuti allo sviluppo crollarono: per esempio, nell'Africa sub-Sahariana passarono dai 32 dollari pro capite nel 1980 ai 22 del 2001, nonostante nel periodo l'intero continente africano fosse devastato da una pandemia [Hiv/Aids, ndr] e la necessità di un aumento della spesa pubblica (soprattutto sanitaria) fosse evidente. Ma i paesi ricchi erano convinti di aver fatto tutto quello

¹ De Vogli R, Financial crisis, austerity, and health in Europe, *Lancet* 2013; 382: 391.

² J. D. Sachs, *La fine della povertà*, Mondadori, 2005, pp. 87-88.

Figura 1 - Deregulation finanziaria (linea blu) e distribuzione del reddito (linea rossa)

Fonti: Share of total income for the top 1% families are from the World Top Incomes database (2010) and financial deregulation index from Philippon and Reshef. Wages and Human Capital in the US Financial Industry: 1909-2006. NBER Working Paper 14644, 2008.



che competeva loro, dato che le questioni in esame rimanevano al di fuori delle loro responsabilità. Anche gli aspetti ideologici di questa politica dello sviluppo sono chiari. I governi degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e degli altri paesi conservatori hanno utilizzato le istituzioni internazionali per promuovere politiche che a casa propria non avrebbero potuto applicare. Negli ultimi vent'anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca Mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione. Eppure, i maggiori azionisti della Banca Mondiale (cioè i paesi ricchi) hanno sistemi sanitari ad accesso gratuito e universale, e sistemi scolastici che garantiscono l'accesso di tutti alla pubblica istruzione".

"Negli ultimi due decenni – si legge in un articolo di Lancet del 2001 –, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud,

dall'occidente all'oriente. Il "modello globale" di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni. (...) Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada"³.

Un articolo profetico perché qualche anno dopo la campana del liberismo ha cominciato a suonare anche per i sistemi sanitari europei. Come si è visto in Spagna, dove nel 2012 è stato abolito il sistema universalistico. Come è successo in Inghilterra dove, con la riforma del 2013, l'intera infrastruttura pubblica del servizio sanitario è stata rasa al suolo. Come sta succedendo in Italia, dove il servizio sanitario nazionale viene fatto dissanguare, nell'indifferenza generale. **TM**

Info: gavino.maciocco@alice.it

³ M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 2001; 358: 833-36.



EDIZIONI TASSINARI STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI

Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo / Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita

ULTIME NOVITA!

**RILEGATURE
ARTIGIANALI
IN CARTONATO**



STAMPA SU TESSUTO

NOVITÀ EDITORIALI

Trattato di podologia

Suddiviso in due volumi

È un'opera originale che consente di cogliere, nella sua estensione, lo spazio affidato alla responsabilità del moderno Podologo garantendo, con una rigorosa competenza, la soluzione dei casi anche complessi.



Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789

www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it



FERNANDO PRATTICHIZZO



Fernando Prattichizzo, medico ospedaliero di Medicina Interna con interessi di ricerca scientifica nel campo della Cardiologia, svolge anche attività di pubblicista storico-letterario e di artista pittore.

Tentazioni di Sant'Antonio Abate, come immaginate da Bicci di Lorenzo nella Chiesa di Sant'Antonio Abate dell'Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia (prima metà del '400)

Il fuoco di (quale?) Sant'Antonio

Nella prassi comune e medica è frequente tuttora chiamare *fuoco di Sant'Antonio* il ben noto esantema da herpes zoster a causa dell'intenso dolore urente. Nel Medioevo con lo stesso termine si indicavano anche l'erisipela, la lebbra e l'ergotismo – conosciuto anche come *ignis sacer* – avvelenamento causato dal fungo *Claviceps purpurea*, che infestava la segale cornuta e altri cereali.

Ma di quale Sant'Antonio si tratta? Non del famoso Sant'Antonio di Padova (1195-1231), né del Sant'Antonio Maria Zaccaria (1502-1539) patrono dei Barnabiti, o di altri quasi sconosciuti santi con lo stesso nome, bensì dell'eremita Sant'Antonio Abate, detto il Grande (251-357), venerato da tutte le chiese che ammettono il culto dei santi e fra i cui attributi figurano la croce tau, il bastone con la campanella, il fuoco e il maiale. Il fuoco nasce dal racconto che vedeva il Santo recarsi all'inferno per contendere al demonio le anime dei peccatori.

È stato ipotizzato che, durante la sua vita ascetica, Sant'Antonio Abate, mangiando pane contaminato, abbia manifestato i sintomi dell'ergotismo, come gli stati visionari. Le sue reliquie furono traslate da Costantinopoli al Delfinato francese nell'XI secolo e tutelate dall'Abbazia di Montmajour (vicino ad Arles). Sembra che l'associazione di Sant'Antonio con l'ergotismo sia iniziata nel 1050, quando

in alcune province francesi le preghiere imploranti la sua intercessione, specialmente davanti alle sue reliquie, abbiano determinato la pronta guarigione.

Si narra che nel 1095 il nobile Gaston de Valloire, dopo aver ottenuto la guarigione del figlio, abbia ricevuto l'ispirazione a fondare una confraternita per aiutare questi ammalati, e a portare sulla spalla del vestito una croce a forma di Tau, come l'estremità del suo bastone. Nacquero, così, gli Ospedali dell'Ordine di Sant'Antonio, la cui vocazione originaria era quella dell'accoglienza dei malati col fuoco di Sant'Antonio.

Come cura servivano l'intervento taumaturgico e fitoterapico, in quanto il male era considerato una sorta di possessione demoniaca ed in quanto il bruciore veniva alleviato con l'acqua e con le erbe rinfrescanti. Dal maiale, attributo del Santo eremita, gli Antoniani ricavano la sugna per preparare emollienti da spalmare sulle piaghe.

Eliminati la lebbra e l'ergotismo, efficacemente contrastata con gli antibiotici l'erisipela, ancor'oggi l'incostante efficacia delle terapie farmacologiche per l'herpes zoster consente l'attività dei *segnatori*, che mediante segnatura con la mano e recita di formule, generalmente cristiane, cercano di ottenere la guarigione per effetto *placebo*.

TM

ALDO FUSI

Al tempo dell'alluvione

La pioggia di questi giorni mi ha fatto tornare alla mente un'episodio del 7 Novembre 1966.

Due giorni dopo l'alluvione di Firenze, il Sindaco di allora, Rolando Mensi, convoca in Comune i medici e le ostetriche e dice: «Bisogna che a gruppi di due, un medico ed un'ostetrica andiate a Firenze a fare qualcosa per gli alluvionati. In piazza dei Ciampi c'è un centro soccorso, andate e qualcosa vi faranno fare».

La mattina successiva io e la Signora Lagolanda partiamo e arrivati sui viali di circonvallazione ci ferma la polizia: bisogna lasciare la macchina e proseguire a piedi e bisogna anche munirsi di stivali di gomma e in piazza Cavour c'è un camion militare che per quattro lire vende stivali di gomma verdi.

Firenze è un disastro, fango nero, perché si è mescolato all'acqua il gasolio fuoriuscito dalle cisterne. Saracinesche divelte, auto rovesciate.

Abbiamo una lettera di presentazione per il centro soccorso di Piazza dei Ciampi dove finalmente arriviamo.

Ci danno un elenco di cinque famiglie da visitare, due in Piazza dei Ciampi, due in via Pietrapiana, ed una in via dei Pilastrini.

La gente da un punto di vista di salute sta bene, sono spaventati e preoccupati.

Passando da via Pietrapiana il cielo è nuvoloso ma non piove e il sole ogni tanto fa capolino fra le nuvole.

Davanti a noi c'è un uomo anziano con un bastone che guarda in alto, finalmente il sole riesce ad uscire tra le nuvole e inonda di luce e di calore noi e tutta la strada.

L'uomo alza il bastone in alto e dice a voce alta: «Vien fuori, bischero!» ed io dico alla mia collega: «Signora quando stamattina siamo venuti qui non sapevamo con certezza dove eravamo arrivati visto il disastro che c'era, ma ora le assicuro che siamo a Firenze perché solo a Firenze dicono bischero».

Scrivo queste righe perché si sappia che anche da parte nostra qualcosa fu fatto per la gente dell'alluvione.

TM

Pane e lacrime

Vicino a casa mia c'è un forno chiamato "Il Tocco".

Otello e la Marianna hanno da tempo lasciato il lavoro. Ci sono i due figli che continuano. Uno di questi ha sposato una ragazza di S. Piero a Sieve che lavora alla Rifle e che viene a fare merenda al forno, si conoscono, si innamorano e si sposano.

Dopo un anno nasce una bambina che si chiama Arianna. Arianna in questo momento ha quattro mesi, i genitori sono molto affezionati alla loro ostetrica che è la Grazia e prima di chiamare il Dottore chiamano l'ostetrica.

La bambina è abbandonata, non piange, ha la febbre e la Grazia mi telefona.

Vado, per fortuna stanno vicino; non c'è bisogno del termometro per capire che la fronte brucia. Ha il collo rigido e soprattutto non piange. Quando c'è un dolore forte si piange ma quando il dolore è tremendo non si piange più. Sospetto una meningite e la ricoveriamo a Firenze con l'ambulanza.

Speriamo di aver fatto bene e quando torno a casa sono le cinque di mattina.

Dopo una mezz'ora suona il telefono: «Scusa mi hanno dato il tuo numero i parenti della bambina, che ci hai ricoverato poche ore fa, sono il medico del reparto di malattie infettive del Meyer.

Abbiamo fatto alcune cure ma la bambina purtroppo è morta. Se io la dichiaro morta qui al Meyer va senz'altro ad Anatomia Patologica e restituiranno il corpicino tra tre o quattro giorni a meno che tu ti prenda l'impegno di dichiararla morta a Barberino; io te la rimando in su con una nostra ambulanza entro un paio di ore. Bisogna fare anche una profilassi antibiotica a tutti i familiari, sei d'accordo?».

Ho detto di sì. È contento il medico del Meyer che non risulta una morta per meningite a Firenze, contenti, se possibile dirlo, i familiari che avranno il loro corpicino qui invece che a Firenze, e io?

TM

Astrazeneca



Un futuro che viene da lontano.

Da 70 anni siamo impegnati a migliorare la qualità della vita delle persone attraverso i nostri farmaci innovativi.

Un lungo percorso che ci permette di essere presenti in 100 paesi, come punto di riferimento unico per ricercatori, medici ed pazienti.

www.astrazeneca.it



Francesco Urbano, specialista in Dermatologia e Venereologia e in Igiene e Medicina Preventiva, dottore di ricerca, medico militare dal 1994. Per dieci anni Dirigente il servizio sanitario di reparti di truppa, dal 2006 presta servizio come Ufficiale in servizio di Stato Maggiore presso il Comando di Sanità dell'Esercito. Tenente Colonnello dal 2008, è da allora responsabile della Medicina Preventiva.

FRANCESCO URBANO

Letalità e mortalità non sono sinonimi

Sempre più spesso le parole letalità e mortalità vengono considerate sinonimi; è un peccato, perché i termini si riferiscono a concetti radicalmente diversi. Che vengano confusi dai mezzi di comunicazione di massa è deplorabile, ma purtroppo è solo un aspetto, e non il più serio, dell'imbastardimento della nostra lingua. L'impegno per frenarlo deve coinvolgere la scuola di ogni ordine e grado, e deve essere stimolato e guidato dai linguisti.

Mi sono deciso a scrivere questa lettera a Toscana Medica per averne apprezzato nel numero scorso l'uso corretto del termine, e nella speranza che qualche lettore se ne giovi.

I professionisti dovrebbero padroneggiare e custodire le lingue specializzate proprie di ogni specialità, necessarie per comunicare fra loro efficacemente e senza ambiguità; nei campi in rapida evoluzione dovrebbero governare l'evoluzione del linguaggio per mantenerlo adeguato ad esprimere idee e concetti nuovi; i vecchi termini specialistici, collaudati e dimostratisi utili attraverso le generazioni, dovrebbero essere considerati un patrimonio prezioso, da mantener vivo con l'uso appropriato.

In questa nota richiamo brevemente il significato specialistico dei termini "letalità" e "mortalità" e dei loro derivati, così come ci era stato insegnato nei corsi universitari di base, poi passo a una disamina dello scempio cui sono sottoposti, a voce o per scritto, in convegni e in pubblicazioni scientifiche, anche da parte di personaggi autorevoli. Infine, analizzo quali possano esserne le cause, e suggerisco dei possibili, forse utopistici, rimedi.

La mortalità

In demografia, medicina, scienze sociali, economia e finanza, ..., la **mortalità** è definita come *il rapporto tra il numero di morti in un anno di osservazione e la popolazione da cui tali morti derivano* (1). A questa definizione (come a quella della letalità della quale vedi oltre) sono improntati i testi, i trattati e gli insegnamenti di base e successivi di statistica medica, di epidemiologia, di igiene e sanità pubblica nelle nostre scuole mediche. Già questo basta a capire che di mortalità per una epidemia in corso non se ne dovrebbe proprio parlare. Approfondendo il concetto, si capisce che la mortalità per una causa specifica di malattia risulta congiuntamente dalla sua incidenza nella popolazione (tasso di morbosità) e dalla gravità della malattia (tasso di letalità).

La letalità

Il tasso di letalità, spesso indicato semplicemente come letalità, è una misura di incidenza

utilizzata in epidemiologia, che indica il numero totale di decessi per una determinata malattia in rapporto al numero totale di soggetti affetti da tale malattia. Dal momento che tale valore è estremamente variabile in relazione alla durata dell'osservazione, questo va contestualizzato in rapporto a un intervallo di tempo. È indice di gravità di una malattia e si usa in particolar modo per le malattie infettive acute, mentre il suo utilizzo nelle condizioni croniche è limitato dall'ampia finestra temporale (2). Ovvio, a questo punto, che per indicare quanto sia seria la minaccia di malattie emergenti quali l'EVD (*Ebola Virus Disease*), la SARS (*Severe Acute Respiratory Distress*), la MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*), ..., sia la letalità da prendere in considerazione, non la mortalità.

Il panorama attuale

Il diffuso MMWR che ho sott'occhio (3) riporta che in una casistica di EVD raccolta da una multinazionale della gomma operante in Liberia, con standard operativi assai superiori a quelli locali, si sono avuti 39 morti tra i 57 casi accertati, in un periodo di 54 giorni, su una popolazione di 80.000 assistiti; dati molto interessanti; ma la mortalità, nel periodo considerato, non è del 68% (39/57 è la letalità), come riportato, ma 39/80.000, cioè 0,05%.

Una disamina più estesa, ma meno approfondita, mi porta a concludere che nella letteratura scientifica in lingua inglese il termine *mortality* è molto spesso usato in modo generico, per riferirsi agli eventi mortali (*death*); una interrogazione in PubMed per il primo termine evoca 872.084 citazioni; per il secondo, 605.140. *Case Fatality Ratio* (CFR, il nostro tasso di letalità) compare in PubMed 873.783 volte. Ripetendo la richiesta a PubMed aggiungendo *AND Ebola* trovo 283 lavori che usano *Case Fatality Ratio*, presumibilmente in modo appropriato, e 256 che usano *Mortality Rate* (MR), in modo non appropriato. E non è una questione di lingua: i loro testi di statistica medica, di igiene, di epidemiologia, definiscono i termini con lo stesso nostro rigore; alcune riviste impongono ai loro autori un uso appropriato dei termini, altre, la maggioranza, no. Per esemplificare: il prestigioso *Journal of Infectious Diseases* cita CFR 22.029 volte, MR solo 6896 volte; *Emerging Infectious Diseases*, organo ufficiale dei CDC, presenta un rapporto invertito: 5000 articoli citano MR, 1200 citano CFR; il curioso è che occasionalmente CFR viene usato correttamente, magari più volte, nel testo, poi il titolo riporta *Mortality Rate* (4).

L'uso sciatto dei termini nella letteratura scientifica di solito non comporta fraintendimenti, perché chi legge, avendone la preparazione, mentalmente li corregge; ma è grave, perché tende a perpetuarsi.

Più preoccupante è che letalità e mortalità vengano scambiate da organi istituzionali, perché ciò favorisce la corruzione semantica, ufficializzandola. In una pagina FAQ (5) (ma perché chiamarla così?) il nostro Ministero della Salute testualmente afferma:

1. Che cos'è la malattia da virus Ebola?

• La malattia da virus Ebola (EVD), precedentemente nota come febbre emorragica da virus Ebola, è una malattia grave, spesso fatale, con un tasso di mortalità di circa il 50%. Nelle epidemie passate il tasso di mortalità variava dal 25% al 90%.

Curioso che l'anonimo compilatore non abbia seguito l'esempio virtuoso del suo ministro, che nel riferire al Parlamento ha usato il termine appropriato (6).

Grave che termini impropri siano usati ex *caethedra*, ancorché da docenti di discipline che non hanno la statistica fra i loro fondamenti. Grave che affiorino in relazioni congressuali, o in pubblicazioni scientifiche.

Le cause

Non escludo che in qualche sede universitaria ci sia o ci sia stata una qualche carenza nella formazione di base. So che in passato i corsi di statistica medica e biometria erano complementari, giustificando l'esclusione della materia dai corsi di Igiene. Ma so anche che troppo spesso i docenti di clinica e patologia medica, di chirurgia, e delle

varie specialità usavano e usano i termini in modo non appropriato, tanto che già all'ingresso nelle scuole di specializzazione molti medici considerano i termini intercambiabili. Il resto scientifico, da relazioni congressuali e da certe attività di ECM.

Rimedi?

Nel mio piccolo mi è capitato di correggere qualche tesi di cui ero relatore; da correlatore, mi sono astenuto dal far rilevare l'errore, per non penalizzare il candidato, inattento ma incolpevole; nei convegni, riprendo garbatamente qualche collega di cui ho stima, lascio correre con gli altri; un vecchio proverbio recita: a lavar la testa all'asino ci rimetti il ranno e il sapone.

Certo un singolo non può frenare l'andazzo. Occorre che molti se ne facciano carico. Penso in particolare ai referees delle riviste scientifiche ed ai revisori delle attività di ECM. A proposito di ECM, sarebbe utile che la FNOMCEO offrisse un semplice modulo di FAD in statistica medica per soddisfare a un bisogno [ri]formativo ormai diffuso fra i medici. **TM**

Bibliografia

- (1) <http://www.treccani.it/enciclopedia/mortalita/>
- (2) http://it.wikipedia.org/wiki/Tasso_di_letalit%C3%A0
- (3) http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6342a6.htm?s_cid=mm6342a6_w
- (4) <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/10/pdfs/10-0242.pdf>
- (5) http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=184
- (6) http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1830



ALBERTO DOLARA

La neurochirurgia ospedaliera fiorentina

Vorrei ringraziare con questa lettera Franco Ammannati e Guido Pecchioli per l'articolo "La neurochirurgia ospedaliera fiorentina" pubblicato su Toscana Medica nell'ottobre u.s. Mi ha fatto ricordare gli incontri con i protagonisti di questa bella storia durante la mia attività a Careggi nel lungo periodo 1960-2002, incontri che rendono gratificante il lavoro in un grande ospedale e piacevole il ricordo per la reciproca stima e simpatia che hanno suscitato. La semplicità e la trasparenza nei contatti umani di Sergio Briani, le battute salaci e corrosive di Pasquale Menonna, la gentilezza e disponibilità di Franco Ammannati, oltretutto ovviamente la loro grande professionalità alla quale ho più volte affidato la vita dei miei cari. Infine non posso omettere di aver

constatato *de visu*, come paziente, durante un mio ricovero nel reparto neurochirurgico, l'impegno e le capacità professionali di tutti gli operatori che hanno contribuito "...allo sviluppo di una struttura degna di Firenze", come giustamente concludono Ammannati e Pecchioli nel loro articolo.

Colgo l'occasione per un invito ai colleghi cardiocirurghi a scrivere una altrettanto lunga storia, quella della cardiocirurgia ospedaliera di Careggi che merita di essere illustrata non tanto per il suo faticoso e travagliato avvio nel ventennio 1970-90, alla risoluzione del quale credo comunque di aver dato un contributo positivo, quanto per il successivo percorso che ha portato ai positivi risultati attuali. **TM**



Alberto Dolara, nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957. Specializzato in Cardiologia, 1961. Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968; Hammersmith Hospital (Londra) 1980; NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987. Già Direttore della Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002.



Claudio Coscarella, laureato nell'aprile del 1981 con tesi di laurea in clinica neurologica. Specializzazione in neuropsichiatria infantile Firenze 1990, Specializzazione in Psicoterapia Familiare ad indirizzo relazionale e sistemico c/o ITF di Roma e c/o ITF di Firenze dr. De Bernart R. Dal 1999 ad oggi Responsabile della UF di Salute mentale Infanzia ed adolescenza della Zona Sanitaria Isola Elba Asl 6 Livorno

CLAUDIO COSCARELLA

Il modello toscano della salute mentale in età evolutiva

Il sogno infranto

Il modello toscano della salute mentale in età evolutiva è quello delle équipes pluridisciplinari ancorate ad un territorio definito. Nate nel 1999 come unità funzionali (UFSMIA) sono circa 40 in tutta la regione ed assicurano la presa in carico e la continuità di un percorso assistenziale che si declina durante la crescita del minore, coerente con i problemi funzionali delle varie fasi del suo sviluppo, promuovendo costantemente l'*empowerment* della scuola e famiglia quali fattori di resilienza.

In Toscana questo modello nasce vassallo alla psichiatria degli adulti già dai progetti obiettivo regionali del 1992, con risorse residuali e collocato in un Dipartimento della Salute Mentale (DSM) che già dal suo varo in ambito operativo zonale-distrettuale a quello attuale (vent'anni dopo!) ancora conserva un mandato gestionale/organizzativo ambiguo e non adeguato.

Difatti la salute mentale dell'età evolutiva nel modello dis-organizzativo toscano è stata capillarizzata in più servizi, settorializzata nei servizi delle malattie da dipendenza/Ser.T ed in quelli della disabilità (GOIF/UFM), diluita nelle attività consultoriali ed adolescenziali, limitata nelle attività di prevenzione territoriale.

Il modello dipartimentale dagli anni 90 ad

oggi è stato attraversato da riforme legislative importanti ma il DSM ha mantenuto la sua precaria identità gestionale per l'età evolutiva con aspetti di evidente criticità ad oggi irrisolti:

1) La **risposta inadeguata all'emergenza psichiatrica e psicopatologica** in preadolescenza e adolescenza, delegata con risorse insufficienti a presidi di ricovero delle università toscane (Pisa, Firenze e Siena), che appare essere assai precaria.

2) Una **risposta ambulatoriale con tempi di attesa non appropriati e compatibili** con il *timing* di sviluppo del bambino per una prima visita e la conseguente presa in carico riabilitativa e psicoterapeutica del minore e della sua famiglia.

3) Una **cooperazione istituzionale con la scuola inadeguata per l'integrazione scolastica** ai sensi della L 104/92 e successive integrazioni, per assolvere i Livelli Essenziali di Assistenza del DCM del 2008.

4) Un **sistema informativo di raccolta dati bizzarro** (dati dell'ARS del 2010 ed 11) che evidenzia aumenti esponenziali di incidenza e prevalenza in alcune Zone sanitarie a fronte di altre che appaiono in decremento.

Da un decennio la Regione Toscana promuove una legislazione virtuosa di percorsi assistenziali importanti ma realizzati a macchia di leopardo e spesso solo sulla carta, senza un adeguato supporto di risorse di personale, in particolare di logopedisti, psicologi, educatori professionali e neuropsichiatri infantili, come dalle delibere di giunta regionale per il trattamento e l'individuazione precoce dei Disturbi dello spettro autistico (n. 1066/08, n. 699/09), per i Disturbi del comportamento alimentare, le anoressie e le bulimie (279 /06, 441/10) e per i Disturbi dell'Apprendimento (1159/2012).

Il PSR approvato ora nell'anno prima della sua scadenza prospetta imminente la macro organizzazione delle USL toscane, sotto la spinta dell'ennesima logica di razionalizzazione delle risorse economiche, molto lontana dai bisogni marcatamente territoriali della Salute Mentale dei minori.

Per concludere il Modello Toscano della Salute Mentale per età evolutiva oggi mi appare come un *day after* (in rispettoso e solidale ricordo di eventi drammatici che hanno colpito il territorio italiano).

TM



SANDRO SPINSANTI

Un diritto gentile

C'è fermento in questo periodo tra i componenti del gruppo che si è dato per obiettivo di promuovere "un diritto gentile in medicina". Costituitosi nella primavera del 2012, al gruppo di lavoro aderiscono giuristi, bioeticisti, medici, psicologi, infermieri, sotto la guida di Paolo Zatti, professore emerito dell'Università di Padova. Non si tratta di "anime belle", motivate da intenti idealistici sotto il segno dell'amabilità. Non vogliono edulcorare il diritto; hanno un obiettivo molto concreto: ricollocare il diritto sanitario là dove è di casa, ossia nella relazione terapeutica. Auspicano delle regole che evitino la violenza e rispettino la dignità delle persone, soprattutto nelle decisioni che riguardano la fine della vita. La pluralità delle professioni coinvolte nel progetto ci ricorda che costruire una rete di norme giuridiche corrette in sanità è un compito che non può essere delegato ai soli giuristi: richiede il contributo attivo di tutti i protagonisti della cura.

Ma che cosa è la "gentilezza" con cui vogliono qualificare il diritto? È più facile definirla in negativo: basta aver presente il clima che vige in Italia cinque anni fa, nel pieno della polemica intorno ai casi Welby ed Englaro (a rinfrescare la memoria aiuta il film di Marco Bellocchio: *Bella addormentata!*). La polemica senza esclusione di colpi, la polarizzazione delle posizioni ideologiche, i progetti di legge non *ad personam*, ma addirittura *contra personam* ... Ebbene, i promotori di un "diritto gentile" si dissociano da quel clima e auspicano normative che, invece di ridurre la complessità a caricatura, ricollochino la questione giuridica nel contesto di un rapporto di cura, che ha dimensioni psicologiche, comunicative e organizzative.

L'euforia che serpeggia nel movimento ha un solido motivo: il 2 ottobre è stata pubblicata la sentenza del Consiglio di Stato relativa alla legittimità del provvedimento con cui la Regione Lombardia ha respinto la richiesta avanzata da Beppino Englaro, in qualità di tutore della figlia Eluana, in stato di coma vegetativo permanente, nel rispetto della volontà precedentemente da lei espressa; il tutore chiedeva alla Regione di mettere a disposizione una struttura per il distacco del sondino naso-gastrico che la alimentava e nutriva artificialmente. I commenti compiaciuti che circolano in rete tra i componenti del gruppo: circa la sentenza riposano sulla sostanziale sovrapponibilità tra le proposte avanzate dagli studiosi e quanto sostenuto dal Consiglio di Stato. Questo, infatti, nel respingere le argomentazioni con cui la Regione Lombardia ha sostenuto il suo rifiuto, riconduce la struttura giuridica sottintesa alle decisioni di fine vita al principio - fondato costituzionalmente - del consenso informato. Questo comporta la facoltà di rifiutare la terapia o di interromperla: "Il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di

trattamento medico, ma anche eventualmente di rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale".

A evitare ogni abusiva semplificazione, la sentenza richiama l'alleanza terapeutica, che può legittimamente prevedere una strategia della persuasione, offrendo un supporto di solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e sofferenza. Senza per questo rinnegare il principio dell'autonomia personale, garantito dal diritto vigente nelle relazioni di cura. E' questo il principale motivo di esultanza per i promotori del "diritto gentile": la sentenza conferma la loro convinzione che non c'è incertezza del diritto intorno alle questioni di fine vita. Un eventuale intervento legislativo non deve scardinare il diritto vigente, ma solo esplicitarlo e rafforzarlo.

Un'ulteriore osservazione: proprio la particolare fisionomia del "diritto gentile" in medicina giustifica la presenza dei medici nel gruppo di ricerca. Distanziandosi da chi immagina disegni legislativi **contro** i medici, bisogna affermare con forza che in medicina il diritto può essere legittimo solo se prende forma **con** loro, dando voce alla saggezza che nasce dall'esercizio consapevole della professione. I medici italiani, del resto, hanno saputo dare una felice formulazione, nel codice deontologico del 2006, delle regole che conferiscono "qualità professionale" al loro agire quotidiano: "Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse" (art.6). La ricerca dell'equilibrio tra bene del paziente, rispetto dell'autonomia e considerazioni di ordine sociale (il movimento di Slow Medicine parla di medicina sobria-rispettosa-giusta) rende la pratica attuale della medicina un'arte molto più complessa che in passato. È importante sapere che coloro che la esercitano in questo modo non praticano qualcosa di arbitrario, ma hanno il pieno sostegno del diritto che tiene insieme il nostro Paese.



Sandro Spinsanti, Laurea in psicologia e in teologia con spec. in teologia morale. Ha insegnato etica medica nella facoltà di medicina dell'università Cattolica di Roma e bioetica nell'università di Firenze. Ha diretto il Centro internazionale studi famiglia (Milano) e il Dip. di scienze umane dell'Osp. Fatebenefratelli all'isola Tiberina (Roma). Ha fondato e dirige l'Istituto Giano (Roma). È stato componente del Comitato Nazionale per la Bioetica. Ha fondato e diretto la rivista L'Arco di Giano (Esse editrice). Ha fondato e diretto la rivista "Janus. Medicina: cultura, culture" (ed. Zadig).

La FNOMCeO si è più volte appellata al Parlamento perché le leggi fossero informate a un "diritto gentile" e quindi non interferissero nel rapporto tra medico e paziente. Questo articolo, che volentieri pubblichiamo, si riferisce alla sentenza 4460 del 2/10/2014 del TAR Lazio in cui, tra l'altro, si leggono queste affermazioni:

– "la Cassazione ha affermato il fondamentale principio che il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale";

– “non è giuridicamente accettabile né scientificamente corretto, prima ancor che contrario a ogni senso e principio di umanità, che esso sia di stampo personalistico o solidaristico, affermare o implicitamente ritenere che, anche dopo il rifiuto di un trattamento sanitario da parte di un paziente, il tratto terminale della vita, che separa dall'interruzione della cura alla più che probabile morte,

non possa e non debba essere anch'esso essere bisognoso e, quindi, meritevole di cura e di presa incarico da parte del Servizio Sanitario Nazionale, seppur nella declinazione di un concetto di “cura” diverso, nel mutato intendimento del paziente, da quello seguito fino a quel momento”.

Antonio Panti

O tempora, o mores

Caro Presidente, tu che da anni guidi l'Ordine dei Medici, redigi con attenzione e cura la nostra rivista Toscana Medica e soprattutto sei un attento osservatore dell'evoluzione dei tempi e dei costumi anche della classe medica, forse potrai rispondere ad alcune mie domande: «Che è successo?».

«Perché oggi siamo arrivati a questo livello?».

Sono sicuro che mi perdonerai l'anonimato di questo mio scritto: se avrai la pazienza di leggerlo tutto capirai certamente che non è per la mia personale tutela che non firmo la lettera, ma per il rispetto che debbo agli altri personaggi dell'evento.

Antefatto: circa 50 anni fa ero uno specializzando che frequentava l'Ospedale di Careggi.

In quel periodo mia moglie partorì, in una camera paganti (ti ricordi: a quei tempi c'erano i paganti) della Clinica Ostetrico-Ginecologica, una splendida bambina. Tutto andò bene e dopo 4 giorni tornammo a casa felici e contenti.

Ovviamente poco dopo andai a saldare il mio debito e, con mia grande sorpresa, notai che tutta l'équipe medica (Direttore, Aiuto, Assistenti; a quei tempi c'era il famoso 4,2,1 che non era uno schema calcistico ma le quote di suddivisione dei proventi) si era ridotta gli emolumenti del 50%.

Chiesi spiegazione del fatto e mi fu risposto: “Sei un collega (io, illustre sconosciuto!) e questo basta”.

Ho preso quella lezione come un obbligo morale per la mia futura attività ed ho sempre rispettato quel principio che mi rendeva orgoglioso di appartenere ad un ordine professionale: quello dei Medici, appunto.

Il Fatto: nell'ultimo anno mia moglie (lo stesso soggetto di prima) ha dovuto subire un intervento chirurgico per problemi oncologici.

Ai giorni d'oggi esiste il regime dell'intra-moenia. Stesso periodo di ricovero: 4 giorni.

Sono andato a pagare: Tariffa completa!

Chirurgo, Aiuto chirurgo, Anestesista, ecc. tutti a tariffa piena.

Eppure il Codice di deontologia medica del 18 maggio c.a. all'Art. 58 recita: «Il medico assiste i colleghi prevedendo solo il ristoro delle spese».

Personalmente sono invece del parere che coloro che eseguono una prestazione impegnativa, quale un atto chirurgico, debbano essere risarciti per il loro impegno e la loro professionalità.

Ma siamo o non siamo colleghi?

E tra il tutto e il niente c'è pur sempre una via di mezzo, almeno io credo.

Ti rifaccio quindi le domande:

«Che è successo?»

«Perché oggi siamo arrivati a questi livelli?».

Lettera non firmata

LETTI PER VOI

La cultura dello scarto e la sfida della solidarietà

CARLO VALERIO BELLIERI

Edizioni Paoline

Carlo Bellieri, neonatologo senese, con questo suo ultimo libro rinnova il proprio impegno etico e lo amplia ad una visione più vasta. In questa società consumistica, in questo mercato globale che ci circonda, quotidianamente produciamo una enorme quantità di rifiuti con gli imballaggi, con gli strumenti usa e getta, con tutti gli oggetti che hanno la caratteristica moderna della obsolescenza, di essere creati per non essere riparati ma gettati via. Ancora più grave è il problema dei rifiuti alimentare; purtroppo Bellieri ha ragione quando nota che con gli scarti del cibo delle popolazioni più ricche potremmo risolvere il problema della fame nel mondo. Ma Bellieri non trascura la sua primitiva vocazione etica, ricordandoci che il malato, il disabile, il diverso non sono “scarti dell'umanità”, ma persone da aiutare. Niente è inutile, sostiene l'autore, e allora, al di là delle diverse visioni ideologiche, non possiamo non essere d'accordo quando cita il papa in un accorato appello alla cultura della sobrietà e della “decrescita felice”. Insomma una vita più sobria e una maggiore attenzione agli altri una abitudine a riutilizzare le cose, che era propria dei nostri padri e delle nostre madri e che abbiamo perduto, un appello che ha lontane radici socialiste e cattoliche e che è sempre più attuale e utile.

Bruno Rimoldi

LETTI PER VOI

La salute globale

GAVINO MACIOCCO, FRANCESCA SANTOMAURO

Carocci Faber Editore

Gavino Maciocco ha già scritto molto su questo argomento e, con questo nuovo lavoro a quattro mani, aggiunge un altro importante passo sulla via della conoscenza dell'intreccio tra politica e tutela della salute. Sembra paradossale che in un mondo ormai connesso dall'informatica, globalizzato dall'ampiezza del mercato, che vive in un continuo intreccio di culture e di popolazioni, non si ponga la dovuta attenzione alle problematiche globali della salute umana. Non soltanto i sistemi e le politiche sanitarie sono così diverse nel mondo ma gli squilibri della salute derivanti dalle enormi differenze sociali creano una situazione sanitaria che si fa sempre meno sostenibile. Da un lato i paesi avanzati spendono sempre di più per una sanità che forse ha già raggiunto il limite massimo della sua capacità di espansione. È dimostrato infatti che, una volta raggiunti determinati risultati in termini di speranza di vita, ogni ulteriore investimento provoca effetti abbastanza scarsi. Nei paesi nei quali, invece, gli investimenti possono ancora portare a grandi risultati, la sanità è invece tuttora abbandonata e scarsamente finanziata. La lettura di un libro come questo è consigliabile a qualsiasi medico perché, oltre a dare un quadro estremamente preciso e documentato dell'esistente, riesce a sollecitare riflessioni sul futuro della sanità e della medicina, che non possono non interessare. L'OMS parla di "sanità in tutte le politiche", cioè della necessità di valutare la tutela della salute alla luce dei rischi primari derivanti dall'inquinamento ambientale, dalle problematiche agricole, dall'estensione della povertà e dell'ignoranza. Questo testo di Maciocco e Santomauro ci dimostra scientificamente la necessità di trasformare questa indicazione politica in un imperativo morale.

Antonio Panti

450 anni portati benissimo

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI LUCCA

L'Ordine di Lucca pubblica un volumetto estremamente ricco e piacevole anche sul piano iconografico, dedicato ai 450 anni dalla fondazione dell'"*honorando collegio dei medici della magnifica città di Lucca*". All'interno vi sono alcune brevi e interessanti monografie che ripercorrono la storia del collegio e giungono fino ad oggi, offrendo uno spaccato sull'attuale medicina lucchese. Come spesso capita in Italia se ne evince il quadro di una provincia che, pur nella lontananza dalle grandi capitali che hanno fatto la storia di Europa, mostra una vivacità intellettuale notevolissima e un costante impegno a favore della salute della cittadinanza, accompagnato da una attenzione vivissima alle innovazioni. Tutto ciò si rivela sia nella storia degli atti scientifici del Collegio che in quella della sanità lucchese, dalle antiche IPAB al modernissimo ospedale da poco inaugurato, vero fiore all'occhiello della sanità toscana. Completa la monografia una breve storia dell'ospedale psichiatrico, reso celebre dall'opera letteraria di Mario Tobino, scritta dall'amico Franco Bellato. In conclusione ne esce un quadro che colloca la medicina lucchese in un suo degnissimo posto all'interno della storia della Sanità e della medicina toscana.

Antonio Panti

Un viaggio lungo un secolo

PAOLO MARTINI

Edizioni Sarnus

L'editore Sarnus pubblica questa biografia familiare scritta da Paolo Martini, che si incentra sulla biografia di tre protagonisti, tre generazioni di psichiatri il nonno Gaetano, il figlio Furio e il nipote Paolo che, svolgendo la loro opera di dirigenti psichiatri nei manicomi di Macerata e Arezzo, intrecciano la loro vita con la storia della psichiatria dell'ultimo secolo. Una vicenda che ha drammaticamente cambiato la psichiatria sia nelle grandi riforme culminate con la legge Basaglia, sia per l'enorme apporto che gli psicofarmaci hanno dato alla terapia. Dobbiamo dire che il testo sa cogliere questo intreccio e rappresentarne i punti salienti, a partire di quell'osservatorio privilegiato che fu l'Istituto Psichiatrico Aretino diretto da Agostino Pirella. Il libro, corredato da una piacevole iconografia, sa cogliere l'attenzione del lettore con una interessante lettura e con la narrazione di eventi così rilevanti per la storia della Medicina. Un affresco disegnato dalle voci dei tre protagonisti in cui si coglie il radicale cambiamento delle relazioni terapeutiche e riabilitative e i molteplici tentativi socio lavorativi dei pazienti e quindi la incredibile transizione dall'ospedale dei matti di fine '800 ai moderni servizi di salute mentale.

Simone Pancani

Manfredo Fanfani

*Non si soffia mica il naso
con le dita!...*

IL FAZZOLETTO

Prima Parte



*Un funzionale accessorio igienico
ma, anche, simbolo di elevato "status sociale"
e raggiunto benessere.*

Il fazzoletto: importante simbolo di "status" sociale prima di diventare funzionale accessorio igienico.

Le opere d'Arte sono state, in assenza dei moderni mass media, un importante mezzo d'informazione; hanno rappresentato la radio-televisione dell'epoca, una radio-televisione già a colori! L'opera d'arte ci informa puntualmente sulla evoluzione dei costumi e gli Artisti, attenti osservatori della loro epoca, ne trasmettevano la cronaca.

Nel Medioevo ci si soffiava il naso con le dita e con le mani si mangiava; ma se si mangiava con la mano destra, le buone maniere raccomandavano di soffiarsi il naso con la sinistra!

Anche l'uso del fazzoletto, come quello della forchetta e del tovagliolo, nasce in Italia e si diffonde più per il valore di prestigio che ne conferiva il possesso che non per ragioni strettamente igieniche.

Le dame ostentavano in mano preziosi fazzoletti riccamente ricamati; anche i nobili e raffinati giovani del rinascimento si compiacevano di mostrare con ostentazione il fazzoletto. Ciò è messo bene in evidenza dalle opere del Ghirlandaio, attento cronista dei costumi della Firenze del quattrocento. Il fazzoletto era comunque raro e costoso: il Re Enrico IV, nel 1594, ne possedeva solo cinque! Soffiarsi il naso col fazzoletto, anziché con le dita o con le ampie maniche della camicia, era un raffinato segno di nobiltà, di elevato status sociale e di raggiunto benessere.

E all'epoca, la persona in cima alla scala del benessere veniva indicata simpaticamente con il motto "non si soffia il naso con le dita", proprio perché poteva consentirsi di possedere un fazzoletto.

Nella iconografia artistica il fazzoletto nasce come "status symbol", un segno visibile della elevata e rispettabile condizione economica e sociale



Domenico Ghirlandaio (1449-1494), *Resurrezione di un fanciullo, caduto da una finestra, ad opera di s. Francesco*, Firenze, S. Trinita.

Un bambino, vestito di rosso, cade dalla finestra di Palazzo Ferroni. In primo piano il bambino, resuscitato dall'intervento miracoloso di S. Francesco, e la cerimonia di ringraziamento per la grazia ricevuta.

Il Ghirlandaio, raffigurando luoghi e costumi della Firenze del '400, fa scorrere come in un filmato quella realtà, con grande



attenzione ai particolari della moda del tempo. Sul lato destro dell'immagine sono raffigurati i rappresentanti delle botteghe artigiane e i dignitari delle istituzioni. Sul lato sinistro fanciulle e giovani signori delle nobili famiglie fiorentine, preziosamente vestiti, ostentano nelle mani fazzoletti finemente ricamati. Il fazzoletto era un segno distintivo, rappresentava uno "status symbol" di nobiltà e ricchezza, prima ancora che un oggetto utile per l'igiene personale. All'epoca, quando si voleva sottolineare l'elevato stato sociale, si usava dire:

"non si soffia il naso con le dita!...". Il benessere raggiunto consentiva il possesso del prezioso fazzoletto. Certe espressioni, che si ritrovano ancor oggi nel linguaggio comune, dimostrano come la cultura popolare riesca spesso a tramandare quel sottile filo che ci lega a tradizioni lontane di secoli. Il Ghirlandaio, fra l'altro, sottolinea che la Firenze dell'epoca era già una città multietnica, e raffigura, in fondo al gruppo, il volto inconfondibile di una donna di colore.



**Giorgio Vasari (1511-1574),
Ritratto di Lorenzo il Magnifico, Firenze,
Galleria Uffizi.**

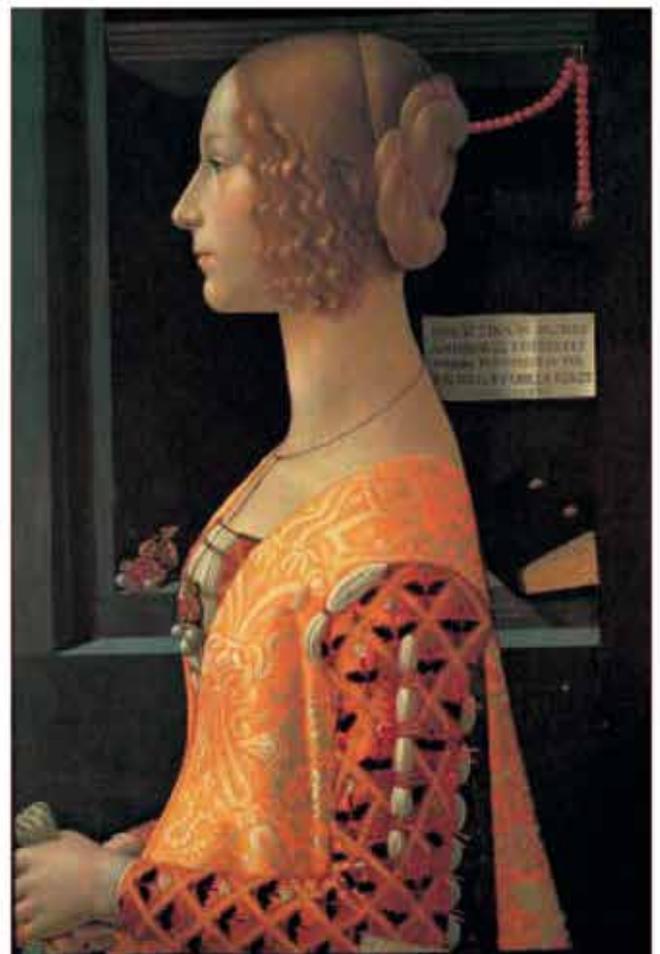
Il Vasari rappresenta Lorenzo il Magnifico, "con tutti quegli ornamenti che le gran qualità sue gli fregiavano la vita". L'immagine è ricca di maschere e iscrizioni simboliche. In questo contesto assume un preciso significato anche il lungo fazzoletto, che si usava fissare alla cintura, tenuto con la mano da Lorenzo. Il possesso e l'ostentazione del fazzoletto erano considerati un importante "status symbol", si addicevano, pertanto, all'immagine prestigiosa di Lorenzo, definito "vaso di ogni virtù".

**Domenico Ghirlandaio (1449-1494),
Giovanna Tornabuoni, Lugano, Collezione
Thyssen - Bornemisza.**

Si tratta dell'opera su tavola più bella eseguita dal Ghirlandaio. Oltre alla ricchezza del vestito e dei gioielli, la giovane e nobile donna stringe fra le mani un prezioso fazzoletto di seta a sottolineare simbolicamente le sue nobili origini. Niente è casuale nelle opere del Ghirlandaio nel rappresentare i personaggi e i costumi dell'epoca.

Nel cartiglio che risalta sul fondo scuro, una significativa scritta in latino: "Arte volesse il cielo che tu potessi rappresentare il comportamento e l'animo, non ci sarebbe in terra tavola più bella".

Anche il fazzoletto ha, evidentemente, la sua parte...



Domenico Ghirlandaio (1449-1494),
Nascita di san Giovanni, Firenze,
Santa Maria Novella.

In primo piano una bella e austera fanciulla della nobiltà fiorentina, probabilmente una Tornabuoni, splendidamente vestita, in visita a santa Elisabetta, in letto dopo la nascita di san Giovanni. Il Ghirlandaio non manca di sottolineare il particolare del prezioso fazzoletto che la giovane fanciulla tiene in mano con compiaciuta ostentazione, come segno di distinzione, nobiltà e ricchezza.



Continua nel prossimo numero...

Certificati di regolarità ECM

L'Ordine di Firenze ha provveduto a rilasciare agli interessati i certificati del compiuto assolvimento dell'obbligo ECM per il triennio 2011/2013. Si ricorda inoltre che ciascun medico e odon-

toiatra può verificare la propria posizione sull'assolvimento dell'obbligo ECM collegandosi al sito del COGEAPS www.cogeaps.it, che è l'organismo gestore dell'anagrafica nazionale. In tale sito,

previa registrazione, ogni professionista può consultare la propria posizione ed eventualmente segnalare al COGEAPS stesso eventuali integrazioni o rettifiche.

Sosteniamo il restauro dell'Anatomia Universale

Il Museo Galileo - Istituto e Museo della Scienza di Firenze ha aperto una sottoscrizione pubblica per raccogliere fondi destinati al restauro del volume "Anatomia Universale" scritto da Paolo Mascagni nel 1833. L'alluvione del 1966 devastò anche i locali del Museo della Scienza e il volume del Mascagni andò disperso. Poi nel 2004, nel corso di vari lavori di ristrutturazione e trasloco, vennero

rinvenuti alcuni volumi fra cui l'Anatomia Universale. Com'è immaginabile, il volume era in pessime condizioni e furono subito avviate le procedure per sottoporlo a restauro. Il Museo ha chiesto ed ottenuto un co-finanziamento dalla Regione Toscana per il restauro dell'opera, ma è necessario anche il contributo di tutti coloro che privatamente possono e desiderano sostenere l'intervento di recupero. L'ordi-

ne dei Medici chirurghi e odontoiatri di Firenze, considerato l'alto valore culturale dell'opera, ha destinato un contributo in tal senso e, contemporaneamente, segnala a tutti i colleghi fiorentini questa opportunità, invitandoli a consultare il sito del Museo www.museogalileo.it/partecipa/isostienimuseogalileo/imascagni.html dove sono presenti tutte le informazioni necessarie. Grazie a tutti per l'aiuto!

a cura di Bruno Rimoldi - NOTIZIARIO 61

Progetto Sanitario Lions per i nuovi poveri d'Italia

La Onlus SO.SAN. Solidarietà Sanitaria sta firmando il "Protocollo di Intesa riguardante l'applicazione sul territorio comunale del Service Nazionale Progetto Sanitario Lions per i nuovi poveri d'Italia" con tutti i comuni toscani, ove esistono medici disposti a fornire prestazioni gratuite per gli indigenti.

Il Protocollo prevede la possibilità di accedere gratuitamente ai non indigenti a visite specialistiche erogate altrettanto gratuitamente all'interno della loro libera professione dai medici aderenti al protocollo stesso.

La SO.SAN. Solidarietà Sanitaria Lions - Onlus, nasce nel 2003 all'interno dell'or-

ganizzazione dei Lions Italiani per coordinare le attività di medici Lions e non, che intendono offrire la loro attività professionale a favore degli indigenti. Dopo aver operato all'estero in Paesi nel bisogno, da qualche anno ha promosso un Service rivolto agli indigenti che vivono in Italia, offrendo loro l'erogazione di prestazioni specialistiche complete, a titolo completamente gratuito.

In base a tale progetto, ogni medico specialista che desideri aderire, potrà decidere di erogare un numero mensile, a sua scelta, di prestazioni gratuite ad indigenti, direttamente nel proprio studio professionale o presso strutture sanitarie organizza-

te dai Lions, dalla SO.SAN. o con loro convenzionate. Il Service è aperto alla collaborazione di qualsiasi medico, anche se non Lions, anche se non socio della SO.SAN.

Tali prestazioni sono offerte da SO.SAN. al Comune, affinché possa utilizzarle a favore di indigenti bisognosi, avvalendosi verosimilmente del proprio Ufficio/Assessorato competente per i Servizi Sociali per fare da tramite tra il bisognoso ed i medici disponibili.

I medici toscani interessati al Progetto possono contattare dr. Roberto Cecchi, Resp. So.San per il Distretto Lions 108 LA TOSCANA; e-mail: cecchi.roberto@gmail.com

Contributi ENPAM Quota A: ridotti dal 2015

Il Consiglio nazionale dell'ENPAM ha deliberato di ridurre l'importo del contributo intero di Quota A, a decorrere dal 2015, da 1.410 a 1.075 euro all'anno. La delibera votata a maggioranza prevede anche di destinare fino al 15% di tale contributo a finalità di assistenza "strategica" per favorire l'accesso al credito, alla

previdenza complementare, alla tutela sanitaria integrativa e alle coperture assicurative (per responsabilità civile professionale, *long term care* e inabilità al lavoro). La delibera, per entrare in vigore, necessiterà dell'approvazione dei Ministeri dell'Economia e del Lavoro. L'incarico di studiare un'ipotesi di riduzione della

quota riservata agli ultraquarantenni, era stato deliberato dal Consiglio nazionale dell'ENPAM dello scorso 8 marzo, a seguito della richiesta di contenere gli oneri contributivi, avanzata da parte della categoria.

Programma Nazionale Esiti, per il secondo anno consecutivo la Toscana al top

Per il secondo anno consecutivo la sanità toscana si è confermata ai vertici tra le regioni quanto a qualità ed efficacia delle cure ospedaliere. Lo dice il Programma Nazionale Esiti edizione 2014, che ogni anno fornisce valutazioni comparative di efficacia e qualità delle cure fornite dal servizio sanitario delle varie regioni. L'efficacia delle cure ospedaliere

in Toscana viene dunque convalidata anche dai risultati degli indicatori di esito PNE. Come già l'anno scorso, anche quest'anno la Toscana risulta la regione con la più bassa percentuale di indicatori negativi (9%) e tra quelle con la più alta percentuale di indicatori migliori rispetto alla media nazionale. Questo significa che chi passa dagli ospedali toscani ha

maggiori probabilità di avere esiti positivi rispetto agli ospedali delle altre regioni e al top in Italia, per complessità, alta efficienza e risultati migliorando anche negli aspetti che l'anno scorso riusciamo a conseguire obiettivi così ambiziosi e a dare ai nostri cittadini servizi di qualità.

Sesta Conferenza Nazionale sulla Formazione continua in Medicina

Lo scorso 24 e 25 novembre si è tenuta a Roma, presso il Palazzo dei Congressi, la Sesta Conferenza Nazionale sulla Formazione continua in Medicina. "Nuove regole per un sistema Ecm semplice e partecipato", questo il tema generale scelto quest'anno, un tema di

grande complessità, affrontato da tutti con lo spirito di fare un punto reale della situazione, per andare avanti nell'esperienza dell'Ecm con procedure semplificate e con maggiore partecipazione. Nelle due giornate, sono state svolte oltre trenta relazioni, articolate in otto sezioni

tematiche, a cui si sono aggiunti nove seminari. Tutti i temi sono stati affrontati, tra problemi e criticità, con l'intento di migliorare complessivamente tutto il sistema dell'Ecm, di cui l'avvio della fase operativa del Dossier formativo costituisce un tassello di estrema importanza.

Le strategie di controllo della Guardia di Finanza

La Guardia di Finanza il 19 novembre 2014 ha pubblicato una circolare in cui fa il punto sulle strategie di controllo per combattere l'evasione fiscale. La circolare, in particolare, si sofferma "sui fenomeni evasivi" attuati da imprese e lavori autonomi di piccole dimensioni che operano direttamente sui consumatori finali. Secondo il documento questi contribuenti metterebbero in atto, per evadere, "sistemi" elementari quali l'omessa fatturazione di parte o di tutto il compenso percepito. Ma risalire a quanto realmente percepito, ammette la cir-

colare, è difficile ed allora viene indicato di ricorrere alla "ricostruzione induttiva". Considerando il largo utilizzo del contante per gli incassi in nero, si legge nella circolare, viene sottolineato come l'accertamento bancario non sia lo strumento idoneo a fare emergere il nero, suggerendo di ricostruire il reale volume d'affari attraverso l'analisi degli acquisti degli strumenti e dei prodotti necessari alla cura o alla produzione di dispositivi protesici (nel caso di dentisti e laboratori odontotecnici), quindi la verifica delle rotazioni del "magazzino". Particolare

attenzione, suggerisce la circolare, dovrà essere data agli accessi presso le sedi operative del contribuente per rinvenire documenti, (appunti, agende, etc) che possano fornire informazioni sul reale giro d'affari. Accessi che potranno essere eseguiti anche presso i domicili privati del verificato. Ma non solo repressione, la circolare invita gli agenti ad utilizzare, per ricostruire il reale giro d'affari del professionista o dell'impresa, il confronto - chiedendo spiegazioni - ed il contraddittorio nel caso si trovasse documentazione ambigua.

Nuova polizza sanitaria 2015

Con il 2015 è partito il rinnovo della polizza sanitaria in convenzione tra ENPAM e UNISALUTE. Iscritti e pensionati Enpam potranno aderire alla nuova polizza **fino al 16 febbraio 2015**.

Non ci sono limiti di età per l'iscritto ed esiste la possibilità di estendere le garanzie al solo coniuge (fino a 67 anni) o a tutti i componenti del nucleo familia-

re. Grande attenzione è stata riservata alle donne medico, a cui è assicurata l'assistenza alla maternità - prevista anche per le mogli degli iscritti che diventano papà - alla medicina preventiva e alla non autosufficienza.

La polizza-che presenta alcune novità rispetto agli anni precedenti- prevede un modulo base ampio che può essere inte-

grato a scelta con tre moduli aggiuntivi. Il primo modulo include tutti i ricoveri per intervento chirurgico o per malattia, il secondo estende la copertura a tutte le cure specialistiche e infine il terzo comprende le cure odontoiatriche.

I moduli di adesione, i costi e le condizioni dettagliate della polizza sono reperibili sul sito dell'ENPAM www.enpam.it



Dal 2015 pillola del giorno dopo senza prescrizione

Si è in attesa solo dell'effettiva operatività del parere emanato dal Comitato tecnico per i medicinali a uso umano (Chmp) dell'Agenzia europea del farmaco (Ema) per trasformare la pillola "dei cinque giorni dopo", l'ormai noto farmaco per la contraccezione di urgenza, da farmaco erogabile esclusivamente attraverso prescrizione medica a farmaco "da banco". Il farmaco è "un contraccettivo d'emergenza usato per prevenire gravidanze indesiderate se assunto entro 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale a rischio, e agisce prevenendo o ritardando l'ovulazione. Il farmaco è più efficace se assunto entro le 24 ore". "Rimuovere il bisogno di ottenere la prescrizione dal

medico", spiega l'Agenzia, "dovrebbe velocizzare l'accesso delle donne a tale medicinale e quindi aumentarne l'efficacia". Per l'Ema essendo un farmaco sicuro può tranquillamente essere utilizzato senza prescrizione medica e, il vaglio della Commissione europea, dovrebbe "sdoganarlo" entro il 2015. L'Italia è, a oggi, ancora l'unico Paese europeo dove per ottenere il farmaco è necessaria sia la prescrizione medica, che l'effettuazione di un test di gravidanza che, deve risultare negativo. La richiesta del "declassamento" del farmaco a base di ulipristal acetato è stata presentata da Hra Pharma, azienda produttrice di ellaOne, che agisce fino a 120 ore dopo un rapporto

sessuale non protetto e a rischio di una gravidanza non desiderata. Il prodotto ha ottenuto l'autorizzazione alla commercializzazione nell'Unione Europea già nel 2009 ma solo, almeno fino al parere di oggi, dietro prescrizione medica. Quello dell'Hra Pharma non è l'unico contraccettivo, di questo tipo, circolante. Altri contraccettivi di emergenza a base di un altro principio attivo, il levonorgestrel (efficaci fino a 72 ore dopo il rapporto a rischio), infatti, hanno già lo status di farmaci senza prescrizione medica. Questo accade almeno in 23 paesi europei, fanno eccezione Croazia, Germania, Grecia, Italia, Liechtenstein, Polonia e Ungheria.

CORSI

Corso di Perfezionamento Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria, Università degli Studi di Firenze Sabato, 27 Febbraio 2016

XVI Corso di Perfezionamento in Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria - Università degli Studi di Firenze - Clinica di Malattie Infettive - a.a. 2014/2015. Struttura: il Corso si articola in 4 moduli di quattro giorni ciascuno con orario dalle 9:00 alle 18:00 (16-17-18-19 marzo 2015; 13-14-15-16 aprile 2015; 18-19-20-21 maggio 2015; 15-16-17-18 giugno 2015) - 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 - Scadenza iscrizione: 27 febbraio 2015 - Prezzo: 1000 Euro - Info: dr.ssa Marianne Strohmeier Clinica Malattie Infettive, Università di Firenze tel: 055-7949431, Cell. 3202153974

Adenuric[®]

(febuxostat)



Manfredo Fanfani

*Non si soffia mica il naso
con le dita!...*

IL FAZZOLETTO



*Un funzionale accessorio igienico
ma, anche, simbolo di elevato "status sociale"
e raggiunto benessere.*

*Realizzazione: Ricerche Cliniche Prof. Manfredo Fanfani
Piazza della Indipendenza 18/b Firenze - Tel. 055 49701
www.istitutofanfani.it*

Articolo all'interno della rivista

Una copia della pubblicazione può essere richiesta a info@istitutofanfani.it