



ToscanaMedica

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



**Demografia dei medici dipendenti
del sistema sanitario in Toscana**

E. Reginato, C. Palermo

**La continuità di cura:
un nuovo modello**

R. Tarquini, D. Coletta, S. Dei, N. Mennuti, G.F. Gensini

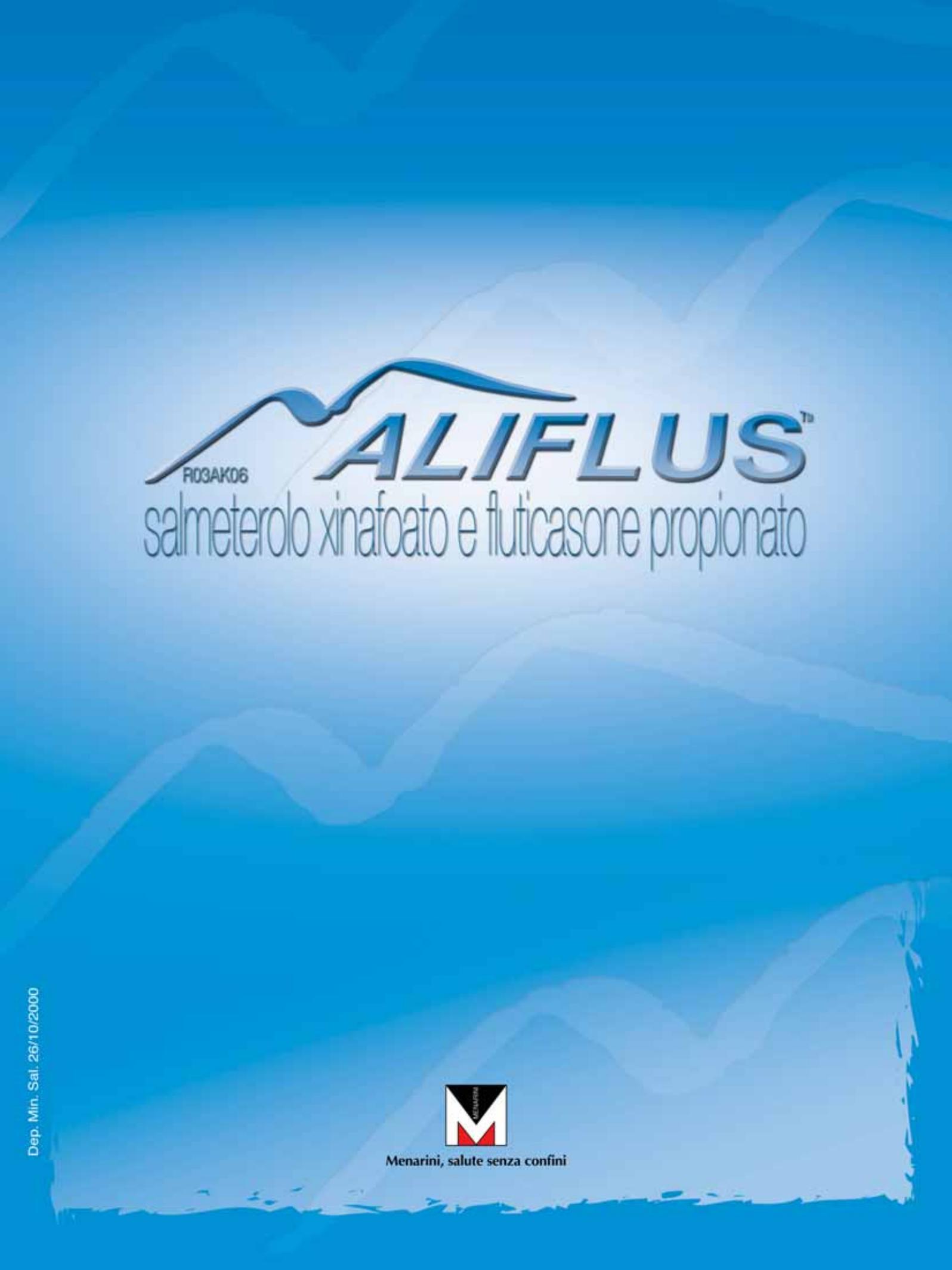
**Una Medicina Penitenziaria
di opportunità e di iniziativa**

F. Ceraudo

**Il Registro dello Stroke FADOI
Toscana**

S. Spolveri, R. Innocenti, G. Panigada, G. Landini,
R. Laureano, A. Morettini

N° 2 FEBBRAIO 2011



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ La giovane fronda catalana: Picasso, Miró e Dalí a Firenze <i>F. Napoli</i>	4
EDITORIALE	
■ La medicina dopo la rottamazione <i>A. Panti</i>	5
QUALITÀ E PROFESSIONE	
■ Demografia dei medici dipendenti del sistema sanitario in Toscana <i>E. Reginato e coll.</i>	6
■ Il Dipartimento medico: una rivoluzione in corsia <i>C. Cappelletti e coll.</i>	11
■ La continuità di cura: un nuovo modello <i>R. Tarquini e coll.</i>	12
■ Il Registro dello Stroke FADOI Toscana <i>S. Spolveri e coll.</i>	14
■ Considerazioni sul primo periodo di applicazione del "See&Treat" <i>G. Berni e coll.</i>	16
■ Psicologia: il problema dell'assessment psicodiagnostico (Seconda Parte) <i>L. Fei e coll.</i>	18
■ I due fattori fondamentali di malattia <i>G. Nuzzaci</i>	20
■ Approccio integrato ai problemi della depressione <i>S. Maurri</i>	21
■ La sperimentazione clinica in Toscana <i>L. Canavacci</i>	22
■ Il conflitto di interessi fra medici e industria farmaceutica <i>C. Catalani e coll.</i>	24
■ Gli adolescenti immigrati <i>D. Mileti</i>	25
■ Psicopatologia del periodo perinatale <i>L. Giardinelli</i>	27
■ Una Medicina Penitenziaria di opportunità e di iniziativa <i>F. Ceraudo</i>	41
■ L'uso e il consumo dei farmaci equivalenti <i>S.E. Giustini</i>	42
■ Update sulla pubertà precoce <i>F. Galluzzi e coll.</i>	47

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

■ L'Arte: un potente mezzo mediatico d'informazione nell'evoluzione della medicina <i>M. Fanfani</i>	29
REGIONE TOSCANA	
■ Sistema sangue, bilancio di un anno positivo e sfide future <i>S. Carli</i>	33
■ Implementazione della Linea Guida della Regione Toscana per la diagnosi e la terapia del "Mal di Schiena" <i>Consiglio Sanitario Regionale</i>	35
■ Le medicine complementari e le discipline bio-naturali in Toscana <i>M. Da Frè, F. Voller</i>	37
SANITÀ NEL MONDO	
■ Diabete: epidemia mondiale <i>G. Maciocco</i>	49
NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA	
■ Tumore invasivo della cervice uterina <i>A. Caldarella e coll.</i>	51
FRAMMENTI DI STORIA	
■ La ferita dell'Aspromonte e il tradimento italiano degli ideali garibaldini <i>F. Praticchizzo</i>	52
LETTERE AL DIRETTORE	
■ Vecchie terapie da rivedere? <i>F. Abeniacar</i>	54
■ TAR e Legge 194 <i>M. Barni</i>	54
■ Gravidanza normale e cesareo <i>P. Curiel</i>	55
■ Modelli di intervento sulla "depressione" <i>A. Giannini</i>	56
LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI	
VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani	
NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi	
BACHECA	
CORSI E SEMINARI	
	17/48/60

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXIX n. 2 - Febbraio 2011
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
Joan Miró - Composizione 1926
Thyssen-Bornemisza Collections, 1975.38

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

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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



La giovane fronda catalana: Picasso, Mirò e Dalì a Firenze

La mostra che a Firenze coinvolge Picasso, Mirò e Dalì indagati nei loro primi passi artistici, indica già nei tre artisti una volontà avvertibile di anti-convenzionale, di nuovo (anche se, nello stesso, di antico) e di diverso che si agita in loro.

Niente può essere più come prima dopo l'esperienza di Gauguin, Van Gogh e di Cézanne, né dopo la scoperta del mondo interiore effettuata (teorizzata e praticata) da Sigmund Freud (1895).

È questo mondo non più oggettivo che viene indagato nei modi diversi di affrontarlo da parte dei tre artisti spagnoli: dunque, "giovani e arrabbiati" come suona il sottotitolo della mostra "Picasso, Mirò, Dalì. Nascita della modernità" (ospitata presso palazzo Strozzi, a Firenze).

Con la costante – almeno nei primi anni di attività artistica – di un riferimento alla terra comune di origine, la Spagna, ma più specificatamente la Catalogna: frutto di una storia secolare, la cultura catalana vede in un legame stretto con la terra l'alimento primo, fortemente gelosa della propria diversità culturale e linguistica.

Joan Mirò nell'arco dell'intera sua vita artistica sarà dei tre il maggiormente alimentato visceralmente da queste radici, che Pablo Picasso leggerà dando priorità alla figura umana e Salvador Dalì collocherà in un crogiolo di sessualità (anche morbosa), repressa e sanguigna.

Ma i primi anni di Mirò (nato nel 1893) si svolgono fra i blocchi di disegni effettuati a Tarragona (1905) e le influenze schematizzate da Cézanne, già negli anni ante 1918 mediate con l'accesa cromia tratta dai Fauves.

Così, la ragione e il sentimento sono poi le basi del futuro di questo artista, legate ad un mondo fantastico favolistico, di cui si nutrirà anche

quell'atmosfera surrealista che da sempre gli si riconosce e che è stata significativa per il movimento ideato da André Breton.

FEDERICO NAPOLI

Picasso (nato nel 1884) già negli anni giovanili trova in una concretezza politico-sociale il proprio campo d'azione: ecco il favore espresso per la pittura di Toulouse Lautrec, ecco il rifiuto per il piacevole nei severi "periodo blu" (entro il 1904) e "periodo rosa" (entro il 1907). Anche per lui, più forte di Mirò, si avverte, dopo il 1905 il legame con Cézanne nell'opera "Les Femmes d'Alger" (1907, precedente il Cubismo con Braque) presentato nella mostra fiorentina attraverso l'esposizione dei suoi disegni preparatori tratti dal blocco di schizzi "Cahier 7".

Ma la razionalità, nonché la ricerca spaziale e formale di Cézanne si rintracciano solo nelle opere attorno al 1922 nel più contorto (psicologicamente) Dalì (nato nel 1904) ricco, comunque, da subito di echi animistici (le premature morti del fratello maggiore e della madre), che quindi della sua terra catalana coglie l'aspetto di una sensualità intuitiva, in questo senso popolare (entro il 1925), solo in seguito divenuta complessa ed onirica: da qui, un Surrealismo visionario e trasgressivo, nutrito dall'inconscio freudiano e dal gusto personale per l'eccesso ed il bizzarro.

Questa è l'avventura di arte e di idee che la mostra fiorentina di palazzo Strozzi documenta fino alla metà di luglio, compresi i contatti intercorsi fra i tre protagonisti: opere psicologico-giocose e aperte per Mirò, atteggiamento di denuncia sociale e marcatamente definito in Picasso, forme oniriche stravolte e chiuse in Dalì. Tutto, con avvertibile passione, curato da Eugenio Carmona e da Christoph Vitali.

PICASSO, MIRÒ, DALÌ

Giovani e arrabbiati: la nascita della modernità
Palazzo Strozzi, fino al 17 luglio 2011
(aperta tutti i giorni 9,00-20,00:
giovedì 9,00-23,00)



La medicina dopo la rottamazione

ANTONIO PANTI

In questo numero pubblichiamo un importante articolo di Reginato e Palermo che affronta il problema delle conseguenze sul servizio sanitario della carenza di medici prevista per i prossimi anni. Il mantenimento del livello dei servizi, per garantire l'universalità del diritto alla tutela della salute e l'uguaglianza dell'accesso alle cure, ugualmente norme costituzionali e deontologiche, è messo in forse sia dalla diminuzione delle risorse destinate al welfare sia da una politica professionale poco preveggen- te.

La questione medica è quindi aperta e riguarda il numero dei medici, il loro turn over, la formazione e i criteri di assunzione: temi discussi nell'articolo citato. I medici dipendenti dal servizio sanitario erano, a fine 2009, ben 123.061. Sommando i convenzionati, gli universitari e qualche altro si giunge a circa 200.000 medici, 1 ogni 300 possibili pazienti (il rapporto tra medici iscritti all'albo e cittadini è di 1 a 170 circa). Questo numero di medici, lo si dimostra nell'articolo, è destinato a diminuire e di molto, con ciò minando la garanzia di mantenere adeguati i servizi. Meno medici uguale meno servizi: è incontestabile.

Una risposta meramente sindacale è che i medici lavoreranno di più e guadagneranno meglio; una banale regola di mercato. Che ne pensano i giovani colleghi? L'impressione è che i giovani oggi siano meno consapevoli del proprio destino di quanto lo fossero le precedenti generazioni. Qualcuno scriverà o chiederà un pubblico dibattito? Perché tutto ciò nasconde un metaproblema: di quanti medici ci sarà bisogno? E quale sarà il ruolo del medico?

Il numero di medici è determinato anche dalle risorse disponibili. Una sanità per ricchi offre lavoro a un minor numero di medici. D'altro canto l'esplosione tecnologica (dalle nanotecnologie, alla genetica, alla chirurgia, all'informatica) rende necessaria l'opera di un elevato numero di

medici capaci di adeguare continuamente le loro competenze. Infine l'enfasi posta sulla medicina di iniziativa, sui determinanti di salute, sulla sanità "less is more", utilizzerà ugualmente molti medici.

Allora il problema diventa: quale sarà il ruolo del medico? Si stanno "rottamando" troppi medici con grave danno del servizio nei prossimi anni o è da "rottamare" il medico come l'abbiamo finora inteso? Una bella domanda per i giovani colleghi, cui insegniamo una medicina che sembra non più in perfetta sintonia con i malati. Ad avviso di chi scrive, il ruolo non dovrebbe cambiare purché il medico da un lato mantenga, anzi riconquisti, la relazione col malato, il che richiede tempo. I medici dovrebbero impostare tutta la contrattazione sindacale sul rapporto tempo/paziente. D'altro canto il medico deve avere sempre maggiore "disponibilità cognitiva", cioè essere in grado di adeguarsi alle continue innovazioni della tecnologia.

Quindi vi è certamente bisogno di un adeguato numero di medici e le soluzioni proposte da Palermo e Reginato sono tutte condivisibili. Perciò occorre incidere profondamente sulla formazione universitaria di base; trasformare i corsi di specializzazione coinvolgendo il servizio; assumere i medici ancor prima della specializzazione; integrare sempre meglio assistenza, didattica e ricerca; elevare il traguardo delle competenze e delle responsabilità tra professionisti affidando al personale sanitario una serie di prestazioni e lasciando ai medici quelle complesse e le decisioni su processi e procedure.

Un ventaglio di questioni a cui dovrebbero per primi rispondere i medici. Prima che le esigenze dell'organizzazione sanitaria o la domanda di salute della società o le scelte politiche sull'allocatione delle risorse indirizzino le scelte professionali. La "questione medica" non è una questione dei medici, ma della società.

TM



Enrico Reginato, Spec. in Chir. Cardiaca ed in Chir. Vascolare. Master in Direzione, Org. e Gestione delle Az. Sanit. Dal 1 Ottobre 1972 al 1 Maggio 2008 (data del pensionamento) dirigente cardiocirurgo presso l'Osp. di MS. Membro del Consiglio dell'Ordine di MS dal 1985 al 1990. Segr. Reg.le ANAAO Toscana dal 1995 al 2002 e membro della Segr. Reg.le 2002 al 2010. Vicepresidente FEMS (Federation Europeenne Medecins Salariée).



Demografia dei medici dipendenti del sistema sanitario in Toscana

Proposte per ridurre gli effetti negativi del prossimo esodo pensionistico

INTRODUZIONE

In un precedente lavoro pubblicato su Toscana Medica nel 2007, avevamo prospettato il pericolo di un progressivo depauperamento del personale medico operante nel sistema sanitario toscano per il sopraggiungere di una "gobba pensionistica" e il rischio di un decadimento della qualità generale dei servizi come conseguenza della perdita di operatori esperti ed in possesso di elevate capacità professionali. A quattro anni di distanza siamo oramai nella fase ascendente della "gobba pensionistica". Il pericolo di un prossimo esodo pensionistico su scala nazionale è stato riconosciuto anche dal Ministero della Salute che nel Piano Sanitario 2011-2013 prospetta una riduzione complessiva di circa 22.000 medici impiegati nei servizi entro il 2018. Latitano invece concrete iniziative del Governo e delle Regioni per contrastare il fenomeno. Anzi, negli ultimi due anni abbiamo assistito all'emanazione di atti che rischiano di aggravarlo. Ci riferiamo, in particolare, al blocco del *turnover* che ha colpito i medici dipendenti nelle Regioni sottoposte a piani di rientro e alle recenti iniziative legislative in campo previdenziale che hanno introdotto la possibilità di mettere in trattamento di quiescenza i dirigenti che abbiano raggiunto i quaranta anni di versamenti previdenziali, anche nel caso di un'età inferiore a 65 anni, e previsto con la Legge 122/2010 un peggioramento delle condizioni previdenziali dal 2011.

Per le fasce di età più anziane va considerato che il riscatto previdenziale degli anni di università era possibile con un modesto versamento economico mensile e che queste stesse fasce di età iniziarono la loro carriera in un periodo in cui vi era un'ampia crescita dei posti in organico grazie alla riforma ospedaliera "Mariotti" del 1968; inoltre

l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia, dato che non vi era l'obbligo, come attualmente, di possedere il titolo di specializzazione per essere assunti nel SSN.

ENRICO REGINATO¹, CARLO PALERMO²

¹ Vicepresidente FEMS (Federazione Europea Medici Salariati)

² Coordinatore della Conferenza permanente dei Segretari AnaaAssomed delle Regioni e delle Province autonome

Parliamo quindi di una popolazione medica numerosa, in condizioni di aver maturato gli anni di anzianità pensionistica con ampio anticipo (anche a soli 58 anni di età).

Il costo del personale ospedaliero rappresenta una voce molto importante del bilancio aziendale e piuttosto semplice da gestire, rispetto ad altre voci, per un banale meccanismo di assunzione/non assunzione o incentivazione al licenziamento spontaneo, contrattualmente prevista. Non a caso il blocco del *turnover* è da sempre il meccanismo di risparmio della spesa sanitaria cui più frequentemente si ricorre.

Il ricorso al lavoro straordinario e la soppressione di alcuni servizi rappresentano il sistema utilizzato per ovviare alle carenze di organico. Un simile meccanismo non è utilizzabile in modo esteso sia per limiti contrattuali, sia per incompressibili esigenze di salute e sicurezza del cittadino utente.

Esiste la possibilità dell'assunzione di medici precari, ma se la loro posizione è sicuramente utile per far funzionare alcune strutture, il precariato non è assolutamente auspicabile in un ambiente di lavoro come quello ospedaliero, dove l'apprendimento e lo sviluppo professionale, soprattutto nella realtà italiana, impongono la permanenza nella struttura scelta per periodi lunghi e stabili. I precari sono in genere destinati a ruoli molto subalterni, con nessuna garanzia di sviluppo professionale.

Ci siamo quindi posti il problema di valutare, a causa dell'intersecarsi di questi diversi aspetti, quali possano essere i rischi per il futuro del siste-

ma sanitario toscano in un intervallo non superiore a un decennio, se non si provvederà in tempi brevissimi a mettere in atto consistenti meccanismi correttivi.

Una ricerca sulle caratteristiche anagrafiche dei medici dipendenti del SSR della Toscana era già stata effettuata in passato dall'Anaa-Assomed ed interessava 7406 medici in servizio al 2006, e, in seguito all'iniziativa, la valutazione era stata estesa alla situazione nazionale di 123.061 medici (Grafico 1), che mostrava un andamento analogo.

Di conseguenza riteniamo che i rischi futuri di malfunzionamento del sistema sanitario regionale toscano, legati alla situazione dei medici dipendenti, non saranno un fenomeno circoscritto a questa Regione, ma possano rappresentare un segnale importante per tutto il sistema sanitario nazionale.

METODOLOGIA E RISULTATI

La Regione Toscana con decreto G.R. 2992 del 11/06/2010 mette a disposizione in rete i dati del Ruolo Nominativo del personale del Servizio Sanitario Regionale, trasmessi dalle Aziende sanitarie, Ispo ed Estav e pubblicati sul BURT del 30/06/2010 supplemento n. 76 alla Parte II n. 26, ai sensi della L.R. n. 54/96. I dati si riferiscono al personale in servizio al 31 dicembre 2009.

Abbiamo effettuato una valutazione utilizzando tali dati, provvedendo ad inserirli in un foglio

di calcolo e distribuendo i dirigenti medici secondo la loro data di nascita, per valutare l'andamento dell'occupazione per fasce d'età. Sono stati distinti i direttori di struttura complessa (primari) dagli altri dirigenti.

I medici in servizio al 31 dicembre 2009 sono 8174 (Grafico 2).

Come si vede dall'andamento del grafico, vi sono fasce d'età molto popolate e altre meno popolate, con una decrescita del numero a partire dai nati del 1958. Le fasce maggiormente rappresentate, con oltre 300 medici per ogni classe di età, sono quelle che vanno dal 1951 al 1960, questo decennio copre quasi la metà dei dirigenti in servizio (3949).

Le fasce d'età più giovani iniziano ad essere sempre meno rappresentate, fino a raggiungere numeri esigui, inferiore a 100, nella fascia dei nati nel 1976. Non esistono, nel SSR, medici nati dopo il 1980, i nati nel 1980 sono solo 2.

In un sistema equilibrato la forma della curva dovrebbe essere più o meno rettangolare, tanti dirigenti escono ed altrettanti entrano, mentre vediamo che la popolazione dei medici dipendenti ha risentito delle variazioni politiche del nostro Paese: dall'incremento dei posti di lavoro negli ospedali pubblici dopo il varo del SSN, ad una saturazione dei posti per un periodo abbastanza stabile, ai diversi blocchi di assunzione, legati anche al fatto che, dagli anni '90, è indispensabile aver già conse-

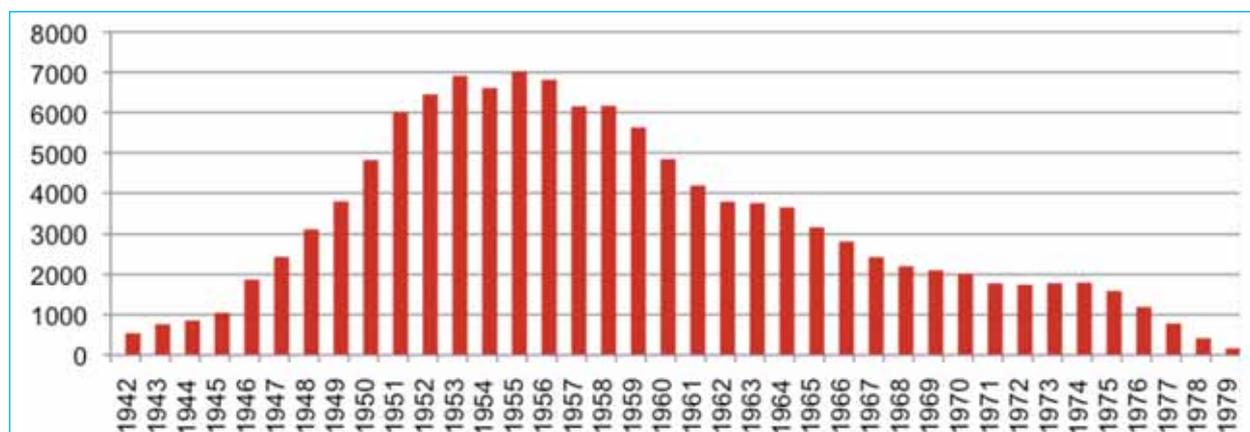


Grafico 1 - Dirigenti medici italiani in servizio al 31/12/2008 distribuiti in base all'anno di nascita.

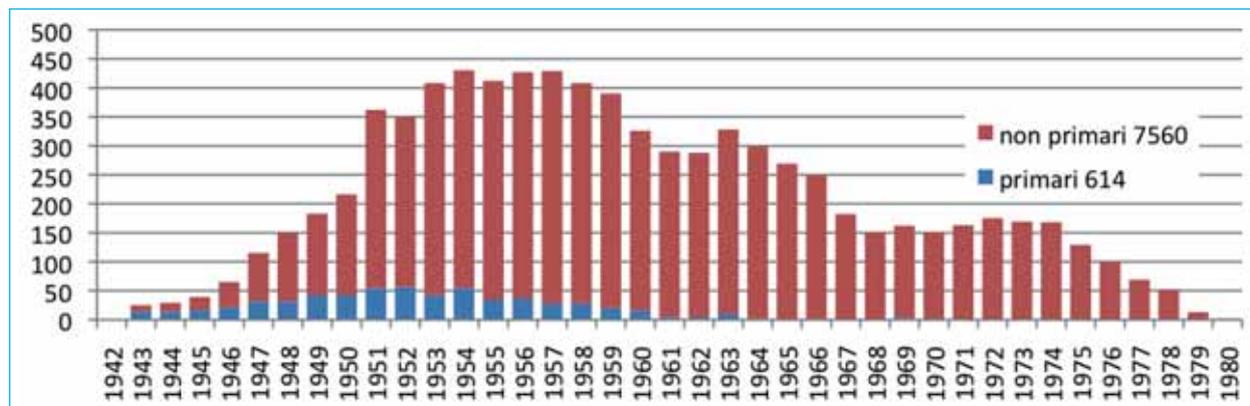


Grafico 2 - Dirigenti medici della Toscana in servizio al 31/12/2009: 8174.

guito un titolo di specializzazione presso l'Università prima di poter accedere ad un posto nel SSN.

Se valutiamo il grafico in base al criterio minimo per il pensionamento (61 di età + 36 o 37 di contributi, in base ai limiti previsti dalla normativa vigente) vediamo che i nati tra il 1943 e il 1949 hanno già raggiunto i criteri di pensionamento: si tratta di 608 medici che potrebbero andare in pensione entro il 2010. I nati tra il 1950 e il 1954 acquisiranno il criterio minimo dal 2011 al 2015 e i nati tra il 1955 e il 1959 dal 2016 al 2020. Si tratta rispettivamente di 1764 medici per il prossimo quinquennio, di 2065 medici per il quinquennio 2016-2020. Per chiarezza riproduciamo il grafico con coloritura diversa: in giallo i possibili pensionamenti entro il 2010, in rosso i possibili pensionamenti dal 2011 al 2015; in verde i possibili pensionamenti dal 2016 al 2020. Come si può notare solo nel 2028 (nati nel 1967) si tornerà ad un numero di pensionamenti annuali inferiore a 200.

DISCUSSIONE

La fuga dei medici dal SSR e i rischi concreti di un suo decadimento qualitativo appaiono molto probabili, considerato che i pensionamenti potrebbero essere anche più precoci. Infatti, molti medici con il riscatto della laurea e della specializzazione potrebbero raggiungere i 40 anni di contributi anche prima dei 61 anni di età considerati nella proiezione.

D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa) e la mancata applicazione delle raccomandazioni contrattuali, secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di

guardia notturna.

È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a fare turni di guardia ed una mole elevata di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 61-62 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione.

Questa tendenza è confermata dai dati INPDAP riferiti ai pensionamenti dei medici dipendenti riportati nella Tabella 1. Si può notare che fino al 2009 il tasso di pensionamento è pari a circa il 2,5-2,6% della popolazione medica. Questa percentuale, in base alle prime proiezioni riguardanti il 2010, sembra essere destinata ad un considerevole incremento. Ma il punto rilevante di questa tabella risiede nell'età media dei medici che vanno in pensione, che si attesta sui 61-62 anni, con un'anzianità contributiva di 37-38 anni.

In pratica, la maggior parte dei medici ospedalieri lascia il lavoro con 5-7 anni di anticipo rispetto alla normale scadenza del periodo lavorativo (65+2 anni di età o 40 anni di lavoro effettivo, come introdotto con un recentissimo provvedimento legislativo), rinunciando al raggiungimento del massimo contributivo, accettando anche un trattamento pensionistico inferiore a quello massimo (Tabella 1).

Un interessante studio sul disagio lavorativo è stato prodotto dall'ISTAT (*Salute e sicurezza sul lavoro - 29 dicembre 2008*). Da esso si rileva che il disagio lavorativo è più significativo nelle regioni centrali d'Italia e presenta valori molto elevati nel campo sanitario e fra i dirigenti, soprattutto nella fascia compresa fra 45 e 54 anni di età.

Trattandosi di dati concernenti il II° trimestre 2007, possiamo certamente affermare che i diri-

Tabella1 - Serie storica dei trattamenti pensionistici C.P.S. INPDAP.

Anno	Sesso	Numero	Età media alla cessazione	Anzianità media	Importo annuo medio alla cessazione
2005	Maschi	1.213	62,1	38	73.641
	Femmine	195	58,8	36,4	58.748
	Totale	1.408	61,6	37,7	71.560
2006	Maschi	2.033	61,3	38	71.485
	Femmine	404	59,4	36,6	60.795
	Totale	2.437	61	37,8	69.713
2007	Maschi	2.738	61,1	38,2	71.065
	Femmine	617	59,4	36,9	63.511
	Totale	3.355	60,8	37,9	69.676
2008	Maschi	2.207	61,4	38,2	71.529
	Femmine	483	59,4	36,7	62.645
	Totale	2.690	61	37,9	69.934
2009	Maschi	2.114	62,5	38,6	72.579
	Femmine	433	60,8	37,4	64.374
	Totale	2.547	62,2	38,4	71.184

genti appartenenti alla fascia di età con il maggior disagio lavorativo abbiano iniziato ad elaborare una “strategia della pensione” che li porta a chiedere il trattamento di quiescenza in anticipo rispetto al raggiungimento dei 65/67 anni di età e dei 40 anni di lavoro effettivo, come abbiamo visto nella Tabella 1.

Con questa tendenza entro il 2015 in Toscana dovrebbero essere sostituiti circa 2300 specialisti ed entro il 2020 altri 2000: più del 50% dell'attuale forza lavoro medica del sistema sanitario regionale lascerà il posto di lavoro entro il prossimo decennio.

Dato che la qualità del servizio sanitario è in buona parte, dipendente dalla qualità professionale di coloro che vi svolgono la loro attività, è indispensabile interrogarsi sulla qualità professionale di coloro che dovranno sostituire i numerosi dirigenti medici in uscita e, di conseguenza, sul loro iter formativo e quindi analizzare i meccanismi di formazione post-laurea.

Rispetto alla situazione europea, l'Italia presenta una prima anomalia: per entrare a lavorare nel sistema sanitario, il medico deve essere già specialista, con il titolo ottenuto frequentando le scuole di specializzazione universitarie.

Questo viola, di fatto, la libera circolazione dei professionisti europei. In alcuni Paesi, come Francia e Danimarca, non è necessario essere specialisti per lavorare nel sistema sanitario, per cui quei medici non potranno mai essere autorizzati in Italia a partecipare ad un concorso, neppure se in possesso di un ampio *curriculum* professionale.

La seconda anomalia è rappresentata dal fatto che solo in Italia la specializzazione si acquisisce esclusivamente nelle scuole universitarie. La direttiva europea 2001/19/CE sostiene che: “... la struttura ed il livello della formazione professionale, l'addestramento professionale o la pratica professionale saranno determinati dalle leggi, regolamenti o provvedimenti amministrativi dello Stato membro interessato, o controllati o approvati dalle Autorità designate a tale scopo”.

In Italia un medico può diventare specialista solo se riesce ad entrare in una scuola universitaria di specializzazione a numero chiuso, superando un esame di ammissione. Nonostante quanto pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N° 105 dell'8

Maggio 2006, che prevede un determinato iter formativo affinché il titolo di specializzazione sia riconosciuto in ambito europeo, è noto che quegli standard non vengono rispettati.

Il concetto si ritrova negli stessi documenti ufficiali della Regione Toscana.

(Osservatorio per la Qualità: *La Cardiologia Invasiva in Toscana - I: coronarografie ed angioplastiche. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*; 7, Luglio 2003:58:

“La normativa europea prescrive che, durante i 4 anni della scuola, il Medico Specialista venga assegnato ad un tutor per effettuare, a partire dal 2° anno di attività, attività di emodinamica sia diagnostica che interventistica... accade tuttavia non di rado che il medico specialista in Cardiologia non abbia avuto l'opportunità di effettuare alcuna attività di Emodinamica durante la Scuola di Specializzazione”).

Gli ospedali non hanno titolo alla formazione post-laurea, a meno che l'Università non sia disponibile a distribuire gli specializzandi in strutture ospedaliere; ma il controllo della formazione rimane nelle mani dell'Università, con una qualità che gli interessati considerano insufficiente.

Solo da specialista, un medico può partecipare a un concorso nel sistema sanitario pubblico, in quella specifica branca specialistica, diventando, ancora, un “medico in formazione” per altri cinque anni, o essere assunto nel privato.

È quindi evidente come queste regole nazionali creino problemi, non solo ai medici italiani, che raggiungono l'autonomia professionale in tarda età, ma anche alla libera circolazione dei medici europei: un neolaureato europeo non può entrare in un ospedale italiano se non è già specialista ed il periodo di formazione trascorso nel suo o in qualsiasi altro Paese europeo non ha alcun valore.

Abbiamo visto che cosa afferma il Parlamento Europeo: la formazione professionale è determinata dalle leggi dello Stato membro, ma se la norma statale confugge con quella europea, esso deve adeguarsi alla direttiva.

In linea con questa posizione la Corte Europea di Giustizia (Caso C-313/01): “... se le regole nazionali non tengono in considerazione l'apprendimento, l'addestramento e la qualificazione già acquisiti da un cittadino di altro Stato membro al di

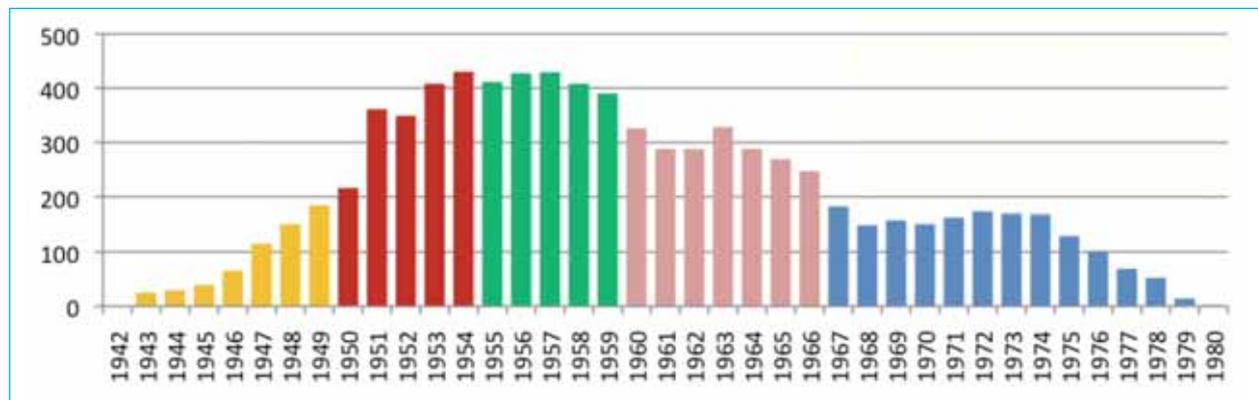


Grafico 3 - 8174 medici dipendenti del SSR della Toscana distribuiti in base all'anno di nascita.

fuori dello Stato ospitante, l'esercizio della libertà di stabilimento o di movimento è, di conseguenza, impedito".

Di fronte alla prossima uscita dal mondo della sanità pubblica di un grande numero di specialisti e di fronte all'evidente carenza formativa dei medici specializzandi, urge in Toscana l'applicazione del Capo V° della LR 40/2005 relativo alla formazione specialistica, benché ancora insufficiente a rimuovere il conflitto con la norma europea, sarebbe un importante inizio.

Il punto centrale è quello del rispetto della normativa vigente; normativa che è esplicitamente citata dall'Università nei contratti di formazione sottoposti ai medici che si iscrivono alla scuola di specializzazione.

Se la formazione è qualitativamente insufficiente, la causa, da un lato, risiede nello scarso rispetto della normativa, in assenza di controlli, dall'altro lato, circoscrivendo la presenza degli specializzandi all'interno dei soli reparti universitari, è verosimile che non ci sia casistica sufficiente a raggiungere tali obiettivi. Se in Toscana gli specialisti iscritti al primo anno sono 424, il numero complessivo si aggira attorno a 2000 medici, un numero molto grande, pari a poco meno di un quarto di quelli in servizio di ruolo negli oltre 40 ospedali toscani e nei servizi territoriali, eppure sono ammassati in soli tre ospedali universitari. È intuitivo comprendere quale possibilità di apprendimento esistano in queste condizioni. Un andamento paragonabile si ha a livello nazionale con circa 25.000 unità, pari a quasi il 20% del numero dei medici dipendenti italiani.

La riorganizzazione del sistema formativo è prerogativa dell'Università, pretendere che i futuri specialisti da inserire nel SSR siano all'altezza del ruolo professionale che li aspetta è compito della Regione.

La Regione è responsabile dalla qualità delle cure, e quindi del funzionamento del sistema; l'attenzione alla qualità è dimostrata dall'esistenza di meccanismi di valutazione come la procedura di Accreditamento, o le campagne per la prevenzione del rischio clinico, ma il futuro del SSR è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti di pertinenza dell'Università.

È possibile arrivare a migliori risultati attraverso una collaborazione stretta fra l'Università e gli Ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvii motivi di numerosità della casistica, non può essere garantita dalla sola Università.

Non solo, il numero dei singoli specialisti deve essere commisurato alle esigenze del SSR, che, fino a quando la Legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in Ospedale, non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno.

La Legge 517/99 prevede l'Osservatorio per la formazione specialistica, con scopi di verifica; è indispensabile che l'Osservatorio svolga al meglio il suo compito.

Il 10 Dicembre 2008 La Commissione Europea ha adottato una "Carta Verde sulla forza lavoro sanitaria europea" (COM 725/3).

Il documento affronta anche l'aspetto del calo demografico dei cittadini europei che desiderino svolgere la propria attività professionale nel sistema sanitario, a fronte di un previsto incremento dei bisogni, soprattutto territoriali.

Questa riduzione è evidente fra i medici europei; in molte nazioni (Francia, Danimarca, Regno Unito, Spagna) esiste una forte carenza di medici.

È in atto, grazie alla libera circolazione per i cittadini europei, una migrazione da Paesi dell'Est europeo, come Slovacchia, Polonia, Bulgaria e Romania, dove i salari dei medici sono molto inferiori alla media europea, verso i Paesi carenti di medici ma con retribuzioni e condizioni di lavoro notevolmente migliori.

Le cause del calo demografico sanitario sono diverse ma fra esse si segnala una politica di alcuni Paesi, come la Francia, dove, in passato, la selezione degli studenti da accogliere nelle Facoltà di Medicina è stata particolarmente restrittiva. Contestualmente anche le strutture formative sono state adeguate a tale riduzione di studenti, per cui, attualmente, la Francia ha il problema di dover ricostituire le strutture necessarie per formare un numero maggiore di medici per tamponare le carenze.

A giudicare dal numero di studenti italiani che restano esclusi dalle selezioni per l'ammissione alla Facoltà di Medicina (solo 1 su 9 ottiene l'iscrizione), sembra che per quanto riguarda il nostro Paese vi sia una vocazione per la professione medica ancora elevata. Sarebbe quindi il caso di aumentare il numero degli iscritti al 1° anno di Medicina, in modo che, anche in un'ottica europea, i futuri laureati possano contribuire a ridurre i deficit che si prospettano. Dobbiamo, infatti, considerare che persistendo fino al 2030 (vedi Grafico 1) un tasso elevato di pensionamenti annuali dei medici dipendenti, in un prossimo futuro anche l'Italia, in assenza di adeguati provvedimenti, si troverà a corto di professionisti.

In conclusione, noi riteniamo che da queste proposte si possa partire per recuperare un ruolo formativo al sistema sanitario pubblico. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito (Area Vasta), è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il SSN può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate. **TM**

Il Dipartimento medico: una rivoluzione in corsia

Negli ultimi mesi le U.O. di Medicina Interna nell'Azienda Sanitaria di Firenze sono state oggetto di profondi cambiamenti, allo scopo di portare il paziente al centro dell'assistenza, mantenendo l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione ospedaliera e se possibile migliorandola. Questi cambiamenti hanno riguardato tutti gli aspetti delle classiche Divisioni di Medicina Interna e il ruolo e la funzione degli Internisti nell'Ospedale. In questo processo di riorganizzazione, gli elementi più importanti sono stati: l'attivazione dei letti dipartimentali con il superamento dei letti di U.O. o di Sezione o di Reparto; l'organizzazione delle prestazioni sanitarie a seconda dell'intensità delle cure e dell'assistenza; la distinzione tra attività di urgenza e attività programmata o di elezione; l'informatizzazione della cartella clinica; la messa in atto del progetto O.L.A., cioè dell'organizzazione lean (snella) dell'assistenza.

La principale novità è stata la creazione del Dipartimento Medico: non ci sono più posti letto specifici della Medicina Interna ma nell'Area Medica sono ricoverati il paziente internistico, cardiologico, nefrologico, neurologico o di altra specialità e ciascuno viene seguito dal medico di riferimento della specialità a cui è stato assegnato. L'Area Medica è un elemento portante dell'Azienda Sanitaria di Firenze, rappresentando circa il 40% del totale dell'attività ospedaliera. All'interno del Dipartimento ci sono vari livelli assistenziali che caratterizzano il modello Organizzativo dell'Ospedale strutturato per intensità di cure. Nel Dipartimento di Area Medica abbiamo organizzato cinque *setting* assistenziali: l'Area critica; la Degenza ordinaria sulle 24 ore; il Day Hospital; il Day Service; l'Ambulatorio. La degenza ordinaria ed il Day Hospital rappresentano insieme l'High Care, cioè la Medicina ad Alta Complessità Assistenziale, dato che oggi gli Ospedali ricoverano solo pazienti acuti (la Low Care, cioè la struttura che assiste pazienti cronici che non hanno ancora riacquisito l'autonomia necessaria per il ritorno a casa o che hanno problematiche sociali che lo impediscono, può trovare spazio attualmente solo al di fuori dell'Ospedale per acuti, in ambiti collegati alle Cure Primarie). I ricoveri nell'Area Medica sono poi distinti in ricoveri d'urgenza per i pazienti provenienti dal PS-DEA e ricoveri programmati.

L'attività di urgenza è nettamente separata come blocco di ricovero da quella programmata e presuppone che il medico del DEA in prima battuta individui sia il livello di intensità di cure sia la specialità di competenza e la assegni correttamente. In questo è aiutato dall'accordo fatto tra i medici dell'Area Medica di ciascun Ospedale con quelli del DEA ed il Direttore del Dipartimento, con l'individuazione delle patologie che sono a carico di ogni specialità; il Direttore si fa carico poi che i principi generali dell'accordo siano omogenei in tutti gli ospedali aziendali. Il modello dipartimentale diventa un'occasione anche di crescita culturale: attorno al paziente e clinici delle diverse U.O. lavorano fianco a fianco e si scambiano direttamente informazioni e

consigli (senza il tramite della "consulenza" scritta). In tal modo crescono le competenze in un processo virtuoso di formazione sul campo. Il paziente non viene spostato per esigenze di competenza specialistica, né per variazioni della complessità assistenziale (a meno che non sia necessario il passaggio ad altro livello); viene subito preso in carico dallo specialista nella funzione di tutor, da solo o associato ad altro medico che possa sostituirlo quando è assente dal reparto per guardie, malattie, attività ambulatoriale e ferie; dal punto di vista assistenziale viene individuato l'infermiere case-manager e la coppia medico-infermiere sarà il punto di riferimento per lui ed i familiari.

Un altro importante cambiamento è stata l'informatizzazione della cartella clinica, ora anche unificata, cioè sia medica che infermieristica. Non è stato e non è un processo facile ed indolore: questa innovazione ha comportato tutta una serie di corsi di addestramento e formazione per medici ed infermieri, e nell'immediato il carico di lavoro e l'impegno degli operatori è stato sicuramente maggiore. Oggi tuttavia nei Reparti che usano la cartella da più di un anno si raccolgono i frutti del lavoro con benefici in termini di sicurezza nelle prescrizioni terapeutiche, maggiore chiarezza e rigore nella gestione del diario clinico e scambio continuo di informazioni tra medici ed infermieri.

Nello svolgimento del lavoro quotidiano abbiamo messo in atto l'applicazione dei principi del



Carlo Cappelletti è specialista in Medicina Interna, Gastroenterologia ed Endocrinologia e Malattie del Ricambio. È Primario di Medicina nell'Ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze dal 1988 e dal 2007 è il Direttore del Dipartimento dell'Area Medica dell'Azienda Sanitaria di Firenze. È professore a contratto presso l'Università di Firenze e responsabile per la Toscana di Italian Stroke Forum.

CARLO CAPPELLETTI*, STEFANO SPOLVERI**

* Direttore del Dipartimento di Area Medica Azienda Sanitaria di Firenze.

** Dirigente Medicina Interna Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

Lean Thinking, cioè del pensiero e dell'agire "snello", flessibile. Punti di forza del metodo sono che il paziente è posto al centro dell'organizzazione e che tutti gli operatori sono coinvolti nel processo di miglioramento dei servizi. Ogni singolo processo quindi e a maggior ragione l'attività clinica quotidiana deve essere ripensato nell'ottica di facilitare il lavoro ed eliminare gli sprechi di tempo e di materiali. L'enunciato teorico che il paziente è al centro della nostra attenzione rimane però un'illusione se non mettiamo in atto gli strumenti operativi perché questa si realizzi. Alcuni degli elementi più significativi di questa nuova impostazione sono i *briefing* strutturati, cioè quei momenti nei quali medici ed infermieri si scambiano informazioni sul paziente, l'abolizione del classico giro visita, la standardizzazione delle attività cliniche con l'inserimento nella cartella clinica informatizzata di alcune *clinical path* che riguardano le patologie più importanti dell'Area medica, la programmazione precoce, codificata della dimissione del paziente. Quest'ultimo aspetto, semplice a dirsi ma complesso nella sua attuazione permette, conoscendo in anticipo il momento del ritorno a domicilio, di collegarsi con il Territorio ed attivare la presa in carico da parte del medico curante, con la necessaria continuità assistenziale; alle famiglie di prepararsi con eventuali ausili e agli operatori sociali di fornire il supporto che necessitano; e laddove sia necessaria una riabilitazione

funzionale, di trasferire il paziente nelle strutture accreditate più adatte al caso. La programmazione delle dimissioni ci permette poi di rispondere in maniera più adeguata e puntuale alle richieste di ricovero che provengono dai Pronto Soccorso dei nostri Ospedali.

Un ultimo aspetto che voglio solo sfiorare ma che dovrebbe essere al centro della discussione nel prossimo futuro è quello del ruolo dell'internista nella gestione del paziente chirurgico: alcune esperienze che hanno già trovato applicazione, come quella di lavoro in maniera strutturata e continuativa in ambito ortopedico hanno dato buoni risultati e gradimento da parte di operatori e pazienti. In ambito Dipartimentale l'internista potrebbe diventare davvero l'*hospitalist*, cioè il medico che si occupa dei pazienti ricoverati in tutto l'ospedale, permettendo al chirurgo una maggiore produttività in sala operatoria. Questo prevedrebbe una complessa riorganizzazione degli organici e una gestione mirata del *turn-over* da concordare ovviamente tra le direzioni mediche e chirurgiche e la Direzione aziendale.

Chiudo queste brevi considerazioni con la speranza e l'auspicio che questi cambiamenti, pur faticosi e contrastati, trovino nel personale medico ed infermieristico un terreno favorevole dove realizzare sinergie virtuose volte a migliorare il già buon livello delle nostre prestazioni sanitarie.

TM

La continuità di cura: un nuovo modello



Roberto Tarquini, Spec. in Ematologia all'Univ. di FI, in Cardiologia all'Univ. di SI. Dottorato di Ricerca in "cronobiologia clinica" all'Univ. di FI. Dal 1994 Tecnico Laureato c/o Clinica Medica IV Univ. di FI, dal 2001 Ricercatore c/o il Dip. di Med. Interna dell'Univ. di FI. Dal gennaio 2010 è coordinatore tecnico scientifico del Dip. Interaziendale per la continuità nell'assistenza dell'Area Vasta Centro, presso l'Ospedale Santa Verdiana di Castelfiorentino.

Negli ultimi trent'anni la professione medica è stata "travolta" da due processi di trasformazione. Da un lato la *socializzazione della medicina* ha portato la relazione "privata" tra medico e paziente nell'ampio campo della dimensione "pubblica" ed è approdata all'instaurazione del Servizio Sanitario Nazionale. D'altro lato la *tecnologizzazione della medicina*, ha arricchito le specialità di raffinati, e spesso

costosi, strumenti diagnostici e/o terapeutici, ma ha anche frammentato la medicina e le specialità stesse in "nicchie" di avanzato tecnicismo.

I dati epidemiologici evidenziano un *progressivo invecchiamento della popolazione*. Attualmente i 4/5 delle prestazioni sanitarie sono richieste per il trattamento delle patologie croniche e ad esse sono attribuibili i 2/3 dei ricoveri. La Toscana presenta l'indice di vecchiaia tra i più elevati del mondo con 192 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni. Questo fenomeno si associa ad un aumento

della prevalenza delle malattie croniche.

L'insieme di questi elementi si traduce in un aumento della *complessità dei bisogni di salute*. Una popolazione costituita prevalentemente da

ROBERTO TARQUINI, DAVID COLETTA,
SIMONA DEI¹, NEDO MENNUTI²,
GIAN FRANCO GENSINI³

Dipartimento Inter-Aziendale di Formazione per la Continuità

¹ Direttore Dipartimento Territorio AUSL 11 Empoli

² Direttore Rete Territoriale AUSL 11 Empoli

³ Dipartimento Cuore e Vasi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Università di Firenze

anziani con comorbidità presenta bisogni il cui carattere principale non è solo prettamente sanitario, ma la *somma di esigenze personali e sociali* di fronte alle quali cresce la difficoltà di trovare modalità adeguate di risposta da parte dei servizi.

I due modelli assistenziali esistenti sono rappresentati dall'acuzie gestita in ambito ospedaliero e post-acuzie e cronicità gestite a livello territoriale. L'analisi dell'attuale stato dei rapporti tra questi due modelli assistenziali esistenti evidenzia che Ospedale e Territorio lavorano sempre più in modo separato, indipendente e spesso in aperto contrasto.

I modificati bisogni di salute rendono necessaria una rivalutazione dell'approccio metodologico da parte del medico, il quale, spesso indipendentemente dalla specialità, si trova a dover gestire pazienti con più patologie, in fase di diversa attività. Dal punto di vista concettuale è opportuno distinguere i due termini, frequentemente utilizzati, di "intensità di cura" e "complessità".

Con il termine "intensità di cura" si intende il grado di compromissione (mono-organo o multi-organo) e quindi "l'intensità" dell'intervento clinico-assistenziale richiesto. "Complessità" indica la presenza di più patologie con grado di acuzie diverso. In termini pratici, alcuni esempi: un paziente anziano, diabetico, iperteso con insufficienza renale cronica, BPCO e esiti di ictus con sindrome influenzale è un paziente complesso a bassa intensità. Un paziente con infarto miocardico acuto può, invece, essere considerato un paziente ad alta intensità di cura non complesso.

Secondo l'approccio riduzionista, la conoscenza di un dato fenomeno consiste nell'individuazione delle componenti più semplici che sono coinvolte in un processo patologico, ma presenta intrinseche limitazioni legate al fatto che le patologie e, soprattutto, la loro espressione nel singolo paziente, non sono soltanto la "somma" delle singole componenti.

Nella letteratura medico-scientifica più recente si sono moltiplicati i riferimenti alla nozione di *systems medicine* che promuove un punto di vista "olistico", "sistemico" nelle diverse aree della medicina. L'approccio sistemico elabora analisi integrate dei dati acquisiti dai sistemi biologici insieme con elementi ricavati dalla storia clinica, familiare, ambientale e sociale del singolo paziente. La *systems medicine* considera l'individuo come un sistema complesso in cui singole parti e singoli aspetti interagiscono fra loro in maniera sinergica, funzionale e dinamica.

Nella pratica clinica, sia l'approccio riduzionista che quello della complessità trovano però la loro utilità ed è compito del medico quello di integrare ed utilizzare al meglio i due metodi.

La continuità assistenziale e l'Ospedale di Continuità

Per continuità assistenziale si intende la possibilità concreta offerta al paziente di essere tratta-

to dall'acuzie allo stato cronico come un continuum, con un programma diagnostico-terapeutico il più possibile personalizzato e organico nel tempo. È la risposta ai nuovi bisogni di salute di una popolazione caratterizzata da età avanzata, patologie croniche e multimorbidità in cui l'ospedale per acuzie può rappresentare solo parte della risposta. La continuità assistenziale è una "caratteristica del sistema", che non può essere attuata né garantita da un singolo operatore, né da una singola struttura.

Strumento irrinunciabile per la continuità è rappresentato da un'adeguata comunicazione tra medico e paziente, tra medico e familiari, tra medici, tra medici e altri operatori sanitari.

L'*Ospedale di Continuità* nasce dalla volontà/esigenza di colmare una frattura tra il momento ospedaliero specialistico e quello della medicina generale, frutto anche della mancanza di un confronto reale.

La caratteristica prima dell'ospedale di continuità è rappresentata dalla **interprofessionalità** come elemento fondamentale della continuità dell'assistenza integrando i vari profili professionali nei percorsi diagnostici e terapeutici. *In particolare, ovviamente, implementando/instaurando un costruttivo "dialogo" tra il medico della struttura e il medico di medicina generale che porterà all'interno della struttura le sue competenze dando e ricevendo formazione, facilitando la comunicazione* tra Ospedale e Territorio e condividendo l'organizzazione dei percorsi diagnostico-assistenziali.

Tra le finalità dell'Ospedale di Continuità indichiamo quella di creare un'**unica struttura** in cui i due Modelli di Medicina: quello della Medicina Generale e quello della Medicina Specialistico-Ospedaliera, si fondono in modo da utilizzare gli elementi più funzionali di entrambe; di costituirsi come **centro formativo** per i vari profili professionali: medici e infermieri, studenti per le lauree di I e II livello di area socio-sanitaria, medici specializzandi e del corso di formazione specifica in medicina generale. L'innovatività del modello formativo dell'ospedale di continuità è rappresentata dal fatto che esso pone al centro del pensiero medico il malato e non la malattia, come invece accade nella medicina specialistica.

Organizzazione assistenziale

I *protagonisti* dell'Ospedale di Continuità sono il medico ospedaliero, il medico di medicina generale e un team multiprofessionale costituito da infermieri, fisioterapisti, dietiste, assistenti sociali e medici di comunità.

L'interazione tra medico di medicina generale e medico ospedaliero si esplica, in modo dinamico, a più livelli. All'interno dell'Ospedale di Continuità, queste due figure professionali lavorano insieme al letto del malato, condividendo le proprie esperienze personali con conseguente arricchimento.

mento reciproco e, soprattutto, creando le concrete premesse per una ripresa in carico del paziente, da parte del medico di medicina generale, al momento della dimissione. Il medico di medicina generale, a sua volta, avrà la possibilità di ricoverare direttamente i propri pazienti nell'Ospedale di Continuità.

L'Ospedale di Continuità: il Santa Verdiana di Castelfiorentino

In Toscana, l'Ospedale di Continuità ha trovato la sua attuazione nell'Ospedale di Santa Verdiana di Castelfiorentino nel quale è prevista la stretta integrazione tra assistenza in regime di ricovero e assistenza territoriale, con il fattivo contributo dell'Università di Firenze.

L'«*Ospedale di formazione per la continuità*» nasce come collaborazione tra la Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi e l'Azienda Sanitaria Locale 11 di Empoli.

L'Ospedale di Santa Verdiana quale primo modello di Ospedale di Continuità si presenta come **strumento** in grado di dare risposte non solo ad **esigenze assistenziali**, ma anche a **nuove domande formative**, assumendo così un **valore strategico e un ruolo significativo in un pre-**

ciso contesto territoriale. L'obiettivo è quello di creare un nuovo modello assistenziale esportabile in altre realtà.

Modello di dimissione

Nome Cognome e data di nascita del paziente

Diagnosi di ingresso e di dimissione

Note anamnestiche e reperti obiettivi

Impostazione ragionata dell'iter diagnostico

Dati relativi alla degenza con particolare riguardo alla terapia somministrata

Risultati delle procedure a cui è stato sottoposto e dei principali esami di laboratorio

Indicazioni fornite da consulenti eventualmente interpellati

Informazioni date al paziente e alla famiglia

Le condizioni del paziente al momento della dimissione

La terapia consigliata alla dimissione (facendo riferimento alle Linee guida nei casi che appaiono controversi, motivando l'eventuale discostamento dalle stesse)

Follow-up consigliato

Il nome del medico responsabile deve essere indicato in modo chiaro, così come le modalità con cui può essere contattato (mail, telefono).

TM



Il dr. Stefano Spolveri è specialista in Medicina Interna e Neurologia. Lavora come Dirigente di I livello nella U.O. di Medicina dell'Ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze, dove è il responsabile della Stroke Unit. È il Referente Regionale dell'Area di Studio "Stroke" della FADOI Toscana.

Il Registro dello Stroke FADOI Toscana

Dal 1° luglio 2010 è attivo il Registro dello Stroke della FADOI Toscana, la Federazione dei Medici Internisti Ospedalieri, che raccoglie la quasi totalità degli internisti della regione. Si tratta di un database realizzato per raccogliere informazioni cliniche e sulla gestione dei pazienti con ictus ricoverati negli Ospedali della Regione, sia in Reparti di Medicina Interna che di Neurologia e Geriatria. L'idea è quella di scattare una fotografia su come oggi viene trattato il paziente con

ictus nei nostri Reparti e confrontarla con le altre realtà regionali ed internazionali, alla luce dei nuovi trattamenti indicati e dei modelli organizzativi che il Ministero della Salute sta proponendo.

Il rationale di questo progetto sta nel fatto che, dal punto di vista teorico, le banche dati sono uno strumento indispensabile per qualsiasi indagine epidemiologica, eziologica, clinico-strutturale, terapeutica e di prevenzione. In particolare i registri dello stroke sono finalizzati ad ottenere informazioni sul decorso clinico e sull'esito dell'ictus, in fase acuta e nel decorso post-ospedaliero; a

rendere più uniforme il comportamento clinico-diagnostico-terapeutico degli operatori e maggiormente aderente alle indicazioni delle Linee Gui-

STEFANO SPOLVERI¹, RINALDO INNOCENTI²,
GRAZIA PANIGADA³, GIANCARLO LANDINI⁴,
RAFFAELE LAUREANO⁵,
ALESSANDRO MORETTINI²

¹ Medicina e Stroke Unit San Giovanni di Dio Firenze

² Medicina AOU Careggi, Firenze

³ Medicina Ospedale della Valdinevole Pescia

⁴ Medicina S.Maria Nuova Firenze

⁵ Medicina S.Maria Annunziata Firenze.

da; ad identificare i fattori predittivi di prognosi sfavorevole; a ricavare dati per futuri trial clinici e studi di controllo randomizzati; a ottenere dati sulla gestione e sui costi di differenti percorsi organizzativi e pertanto a valutare le politiche più appropriate a migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi per lo stroke.

I registri dello stroke in uso a livello internazionale sono di diversi tipi. I registri di popolazione (come l'Oxfordshire Stroke Project inglese) sono molto complessi ma fondamentali per analisi epidemiologiche corrette: non solo catalogano i pazienti in base ai certificati di ammissione ospedaliera ma tengono conto anche delle segnalazioni offerte da medici di medicina generale, personale medico e paramedico presente nei distretti sanitari e nei centri di neuroradiologia, fisioterapisti, neurologi liberi professionisti e dai certificati di morte. I registri ospedalieri (del singolo ospedale o multicentrici) forniscono dati sulla gestione reale dei casi di stroke tenendo conto di aspetti strutturali, geografici ed ambientali non sempre considerati nella realtà scientifica; non possono essere utilizzati a scopo epidemiologico perché non valutano i casi troppo lievi o troppo gravi che non vengono ricoverati. Un particolare registro multicentrico ospedaliero è il SITS (Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke) che è stato fondamentale per l'introduzione in Italia ed in Europa del trattamento trombolitico nello stroke ischemico acuto, attualmente l'unico trattamento efficace per ridurre il danno ischemico e migliorare la prognosi funzionale.

In Toscana nel 2003 la FADOI ha organizzato lo studio SETI, durante il quale per 3 mesi furono registrati i dati relativi a tutti gli stroke ricoverati nelle Unità Operative di Medicina Interna della Toscana. In questo studio l'ictus ischemico risultò essere l'81,7% dei casi, l'emorragico il 12,2%, gli indeterminati il 5,7%; la mortalità intraospedaliera l'11,7% degli ictus ischemici e ben il 40% degli emorragici; interessanti furono i dati relativi al timing di ricovero (inferiore a 3 ore in una percentuale di poco sopra al 20% dei casi di ictus ischemico), la scarsa aderenza (inferiore al 50%) alle

Linee Guida nei riguardi di provvedimenti cardine della gestione come l'uso di cristalloidi, la profilassi della TVP, la valutazione della disfagia, e i dati relativi all'invio in riabilitazione post-ospedaliera in solo il 15% dei casi.

A distanza di 7 anni il progetto è più ambizioso, perché vogliamo prolungare il periodo di osservazione ad un tempo ora indefinito e vogliamo coinvolgere tutte le strutture toscane interessate, di Medicina Interna e no. Il Registro è ospitato su un server connesso alla rete internet. L'accesso al registro è con-

sentito ai soli utenti registrati tramite password, transitando dal sito della FADOI Regionale (www.fadoitoscana.org). I dati di tutti i pazienti con stroke ricoverati nei propri Reparti verranno inseriti in modo assolutamente anonimo, nel rispetto delle leggi sulla privacy e con richiesta di consenso informato alla gestione dei dati.

Il nostro scopo è quello di valutare la situazione attuale della gestione del paziente con stroke acuto in Toscana, ricercando informazioni sul timing di ricovero, diagnostica e trattamenti in fase di emergenza e nella fase intraospedaliera, informazioni sull'esito e la destinazione alla dimissione, sulle terapie prescritte e esito al follow-up di 3 mesi. Il registro è attivo dal 1° luglio 2010 e come detto, è esteso a tutte i Dipartimenti di Area Medica degli Ospedali Toscani, coinvolgendo le Medicine come le Neurologie che trattano i pazienti con stroke, le Stroke Care e le degenze ordinarie. In tale modo potremo anche avere utili informazioni di carattere gestionale ed economico da sottoporre alla valutazione delle Autorità Regionali. Nel Registro vi è inoltre un'interessante sezione dedicata alla statistica che permette di avere in tempo reale i valori (medi ed assoluti) relativi al proprio centro e li rapporta al valore medio della regione di appartenenza, permettendo così una funzione di auditing interno e di controllo degli standard. I centri relativi agli autori di questo articolo hanno condotto uno studio pilota che ha dimostrato la semplicità della scheda e la facilità di accesso al sito e di inserimento dati. È già stata fatta una riunione preliminare dei Centri Toscani dove sono stati illustrate le procedure richieste per la registrazione, la domanda di autorizzazione al proprio Comitato Etico, ed i campi da inserire. Chi non fosse stato presente e volesse registrarsi lo può fare contattando lo scrivente all'indirizzo mail in calce e nella pagina web della FADOI TOSCANA.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: stefano.spolveri@asf.toscana.it

TM



Giancarlo Berni, libero docente in Patologia Speciale medica e Metodologia Clinica, già Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, attualmente membro dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Sanitario Regionale e Coordinatore dell'Osservatorio per l'Emergenza-Urgenza della Regione Toscana

Considerazioni sul primo periodo di applicazione del "See&Treat"

Qualche anno fa Toscana Medica ha pubblicato¹ un nostro articolo nel quale venivano poste a confronto strategie informali in atto nei Pronto Soccorso e un modello assistenziale ufficialmente operativo nel Servizio Sanitario

Nazionale inglese, il cosiddetto "See&Treat". L'articolo metteva in evidenza come per una significativa percentuale degli accessi al Pronto Soccorso con codice di bassa priorità è sufficiente l'intervento infermieristico.

Questo consente aumento di produttività e riduzione dei tempi di attesa senza penalizzare la qualità dell'assistenza e senza causare incremento dei costi, e anche consente ai Medici di riservare maggiore tempo per le patologie più complesse.

L'articolo ha suscitato l'interesse dell'Osservatorio Permanente per l'Emergenza e Urgenza del Consiglio Sanitario Regionale che, consapevole del problema del sovraffollamento e delle lunghe attese nei Pronto Soccorso, ha preso in esame l'adattabilità del modello inglese alla realtà sanitaria della Regione Toscana. Il Consiglio Sanitario Regionale, nel suo insieme, ne ha proposto la verifica attraverso la realizzazione di uno studio pilota. Sollecitamente, la Giunta Regionale ha fatto propria la proposta del Consiglio Sanitario deliberando la sperimentazione di un modello "See&Treat" adattato alla realtà regionale come risposta a urgenze minori ben identificate.

Sebbene, in meno di un semestre, da un articolo su una rivista per Medici si sia passati ad una delibera attuativa, per l'avvio concreto del "See&Treat" toscano sono occorsi i tre successi-

vi anni, una seconda deliberazione della Giunta Regionale e molte discussioni, anche a livello nazionale. Mentre, infatti, i medici dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza negli ospedali hanno manifestato fin dall'inizio pieno assenso, un'altra parte di clinici si è dimostrata contraria temendo un'invasione di campo della professione infermieristica a sfavore della professione medica. Alla fine del 2010 la sperimentazione ha potuto finalmente avere inizio, dopo un consistente e approfondito studio sulla sicurezza dei protocolli

operativi nelle situazioni cliniche affrontabili in ambito "See&Treat" dall'infermiere, sempre, però, sotto la responsabilità medica.

La sperimentazione è attualmente in pieno corso ed è oggetto di attenta osservazione da parte del Nucleo di Esperti che l'ha progettata.

Il Nucleo produrrà una valutazione definitiva al termine del periodo di sperimentazione, ma intanto i primi risultati sembrano migliori rispetto all'attesa. Come dice il nome, la finalità del "See&Treat" è quella di curare i pazienti al momento in cui vengono visti.

Questo è quanto si sta verificando, con soddisfazione degli utenti e degli operatori. I pazienti manifestano la piacevole sorpresa di essere curati subito per situazioni di modesta gravità quando già avevano preventivato una lunga attesa, e sono soddisfatti degli esiti.

Gli Infermieri addetti si trovano ad utilizzare appieno ed in autonomia le competenze derivate dagli studi e spesso già in essere. Dal canto loro, i medici e gli infermieri che continuano a svolgere attività di Pronto Soccorso secondo le modalità tradizionali valutano positivamente la riduzione delle presenze nelle sale di attesa e il conseguente clima di lavoro più tranquillo.

GIANCARLO BERNI¹, CESARE FRANCOIS²,
STEFANO GRIFONI³, ALESSANDRO ROSSELLI⁴,
MARCO ROSSI⁵, LUIGI TONELLI⁶

¹ Responsabile Osservatorio Permanente sul sistema dell'Emergenza-Urgenza della Regione Toscana

² Primario Pronto Soccorso Ospedale Campostaggio, USL 6, Poggibonsi

³ Primario Pronto Soccorso AUO Careggi

⁴ Coordinatore Gruppo Sperimentazione See&Treat

⁵ Pronto Soccorso Ospedale Campo Marte, Lucca

⁶ Medico di Supporto del Consiglio Sanitario Regionale

¹ n.7 del Luglio Agosto 2007

Tuttavia chi disapprovava la sperimentazione See&Treat continua a manifestare dissenso. L'aspetto critico della situazione risale al *doctor-nurse game*, argomento trattato dal 1967 sul prestigioso New England Journal of Medicine.

Lo Psichiatra americano Leonard Stein volle allora chiamare così la difficile definizione dei confini tra due professioni che per forza devono lavorare insieme. Fino a quell'epoca il rapporto professionale era stato strettamente gerarchico e gli infermieri sapevano che le loro decisioni dovevano essere o apparire approvate dal medico. Per questo doveva esserci fra le parti un *sub rosa agreement*, locuzione di Stein per indicare comportamenti che non mettano in evidenza le difficoltà dei rapporti.

Il rapporto medico-infermiere discendeva tanto dalla didattica del *Nursing*, fin dai suoi inizi effettuata all'interno degli ospedali, quanto dalla cultura del medico, che allora era l'unico punto di riferimento operativo e gestionale. Nel corso degli anni '80 le cose però cambiavano. Nel 1990, sempre sul NEJM, Stein annotava che, come aveva previsto, il *Nursing* era divenuto una formazione universitaria, con specifici contenuti tecnico professionali e forti aspetti umanitari, e gli infermieri rivendicavano autonomia decisionale e pari dignità con gli altri professionisti della Sanità.

Gli anni hanno confermato la veridicità delle considerazioni di Leonard Stein e *doctor-nurse*

game è un termine ancora oggi usato per indicare questo specifico conflitto. Conflitto che, da quello che si può desumere dalla ampia letteratura, è ancora vivo, perché la crescita delle competenze della professione infermieristica è avvenuta e l'infermiere ha sempre maggiore autonomia.

Una Revisione Sistemática del 2005 della Cochrane Library, su questo argomento espressamente conclude: "gli studi dimostrano che personale infermieristico opportunamente formato può fornire prestazioni di qualità analoga a quella dei medici delle Cure Primarie ed ottenere gli stessi esiti clinici".

Negli USA, già 16 Stati accettano il sovrapporsi delle due professionalità nel settore delle Cure Primarie. Le attuali diseconomie e l'applicazione dell'Affordable Care Act di Obama che ha promesso l'Assicurazione Sanitaria a 32 milioni di Americani oggi indifesi contro le malattie, probabilmente convinceranno gli altri Stati ad allinearsi.

E allora, in funzione di tutto questo, forse è il momento di chiederci se non sia opportuno governare anche nel nostro Paese una nuova collaborazione fra le Professioni Sanitarie per affrontare razionalmente la situazione economica, le criticità assistenziali e anche la progressiva diminuzione dei professionisti medici. Il dibattito sul "See&Treat" in qualche modo avvia il futuro.

TM

Del ruolo degli infermieri nel pronto soccorso si è discusso molto e è opportuno che i responsabili informino sull'esperimento in corso. Mi interessa, invece, ragionare, come avviene nel mondo anglosassone, sul ruolo degli infermieri nell'assistenza territoriale.

Da noi si sperimenta l'apertura prolungata degli studi dei medici di famiglia per svolgere prestazioni che così non gravino sul pronto soccorso. Per quali patologie?

I medici generali non possiedono grandi dotazioni tecnologiche e rischiano di affrontare solo codici semplici. A Grosseto lavorano in pronto soccorso due medici generali dedicati ai codici bianchi. Mi sembra che si rischi di affidare compiti infermieristici proprio ai medici generali, la cui tipica competenza è di porre o sospettare le diagnosi.

Una soluzione per decongestionare il pronto soccorso sarebbe di inserire infermieri esperti negli ambulatori dei medici generali (la metodica del see and treat) così che i medici possano dedicarsi alle diagnosi e liberare ulteriore tempo per gli specialisti cui spettano i codici da affrontare con tecnologie complesse.

Antonio Panti

CORSI E SEMINARI

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA- ECOGRAFIA EPATOLOGICA

Corso interattivo di ecografia epatologica 3-5 giugno 2011. Il ruolo dell'ecografia in ambito epatologico viene presentato attraverso una didattica interattiva. I principali argomenti sono rappresentati da: tipizzazione delle lesioni focali epatiche mediante ecografia con contrasto (CEUS), studio eco-color-Doppler dell'ipertensione portale, biopsie e trattamenti ecoguidati delle neoplasie del fegato. Ampio spazio viene dedicato anche alla diagnosi non invasiva della fibrosi epatica. Direttori: dott. Marcello Caremani e dott. Fabrizio Magnolfi. Servizio di Ecografia - Ospedale di Arezzo (Tel. 0575.255208 - Fax 0575.255205). Informazioni: Ultrasound Congress - Tel 0575.380513 / 348.7000999 Fax 0575.981752. E-mail: info@ultrasoundcongress.com - http://www.ultrasoundcongress.com.



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

Psiconcologia: il problema dell'assessment psicodiagnostico

Seconda parte

La centralità del concetto di *distress* in Oncologia è dato acquisito da oltre un decennio. Insieme con i concetti di *coping* (strategie adattative) e di *QoL* (qualità di vita), costituisce il fondamento epistemologico delle modificazioni del vissuto del paziente oncologico. Il

concetto si articola in una complessità di fattori fisici e psichici che spiegano il loro potenziale patogeno secondo le caratteristiche del tumore, le dimensioni relazionali in senso lato e le differenti fasi di malattia. Il problema della tempistica delle procedure d'assessment assume rilevanza in Psico-Oncologia (P.O.). In corso di cancro due momenti sono noti per uno specifico rischio psico(pato)logico: il periodo immediatamente prima e dopo la diagnosi e allorché, completata la stadiazione, viene elaborato il programma di follow-up e di terapia. In queste fasi il paziente sperimenta vissuti qualitativamente simili (con diversificazioni quantitative per lo più correlate all'immagine mediatica dello specifico tumore¹) a quelli del paziente affetto da Depressione Maggiore: arresto del divenire ("per me non c'è futuro"), compromissione di **status e ruolo**, alterazione dello spazio interiore (ridotta percezione di *familiarità* per lo spazio che quotidianamente lo accoglie). Tutto ciò ha spinto alcuni autori a parlare di *cancro come crisi dell'illusione d'immortalità*.

Rispetto alle altre aree della Medicina Psicosomatica o della Psichiatria di *liaison*, l'assessment si caratterizza per i seguenti elementi:

- diagnosi differenziale tra quadri psicopatologici reattivi alla malattia², quadri di natura psicosomatica³ e iatrogena⁴;

ganica³ e iatrogena⁴;

- assessment a seconda dei *differenti livelli di approccio* al paziente:

- **livello 1:** la valutazione avviene tramite reattivi psicodiagnostici (test) compilati dal personale oncologico, o da questo somministrati al paziente, per lo screening del rischio psico(pato)logico;

- **livello 2:** è il livello tipico della consulenza psiconcologica. L'obiettivo è fornire una sintetica

risposta a problematiche comportamentali (ad es. compliance) e/o psico(pato)logiche del paziente, o a problematiche *sistemiche*, (familiari-équipe curante);

- **livello 3:** è il livello della presa in carico, su richiesta o a seguito di uno dei due livelli precedenti.

Ai tre livelli corrispondono distinte modalità di rapporto. Nel livello

1 il ruolo psiconcologico è svolto dalla struttura oncologica: ciò attenua la percezione di stigmatizzazione psichiatrica. L'approccio alle problematiche psicologiche da parte dello psiconcologo magari con la mediazione di test, si configura invece quale intervento *distanziante* oltreché stigmatizzante. Nel livello 2, stanti condizioni di criticità, è necessario porsi in modalità empatica (*mettersi nei panni di*) e i test possono essere vissuti in senso opposto. Nel livello 3 i test possono risultare utili specie *all'in-*

Tabella 1 - Tassi di prevalenza di comorbilità psichiatrica in Oncologia (da Johansen C., WPA 2004)

	min.	max %
Disturbi d'Ansia	1	50
Disturbi Depressivi	0	48
Disturbi Adattamento	2	52
Disturbi Post-Traumatici da Stress	1	20
Totale	0	> 50

¹ Per i tumori della regione testa-collo e del pancreas, aneddotiche segnalano un rischio suicidiario superiore alla media in Oncologia (≈50% in più della popolazione normale).

² Disturbo dell'Adattamento, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Depressione Maggiore.

³ Ad es. da metastasi cerebrali, s. paraneoplastiche o da semplice presenza di linfokine a noto effetto depressogeno.

⁴ Settore complesso in via di continua evoluzione, al di là dei noti effetti degli steroidi: neurotubulotossicità da vincristina, tossicità dei platini a livello del S.N.P. e a livello del S.N.C. (per accumulo), MTX, ecc.

Tabella 2

LIVELLO	STRUMENTO	OPERATORE	AZIONE
1	DT (Distress Thermometer) > 5 ≤ 5	oncologo	- > 5 invio a livello 2 - ≤ 5 DT settimanale + questionari (comportamento/bisogni)
2	colloquio individuale: istanze sintomi target, assetto difensivo psicorgan., iatrogenicità, counseling familiare	psiconcologo psiconcologo/operatori	- rivalutazione ambulator. - invio altri specialisti - invio a livello 3 - degenza psichiatrica
3	psico(farmaco)terapia: individuale (breve di sostegno, strutturata) T. rilassamento (gruppo) gruppi di pazienti, gruppi familiari interventi su operatori (gruppi, sostegno individuale)	psiconcologo psiconcologo/operatori	

terno di una relazione che si sta strutturando (per approfondimento o per follow-up), non quale *primo atto* della stessa;

- il concetto di *distress*, in voga in Psico-Oncologia, risulta epistemologicamente *debole*. I test per verificarne la presenza sono scelti in base a criteri di *opportunità* (ad esempio per superare la riluttanza all'*assessment*, comune nei pazienti oncologici). La semplicità dei test, dalla potenza diagnostica pertanto relativa, rende il *significato* del distress troppo "dipendente" dagli strumenti stessi: l'utilizzo delle scale H.A.D.S.⁵ o P.D.I.⁶ fornisce riscontri basati su sintomi psichiatrici, l'utilizzo del D.T.⁷ fornisce riscontri più basati sulla compromissione della *QoL*;

- sono ancora in fase di studio test specifici per la Psico-Oncologia. Quelli attualmente utilizzati provengono dalla psicometria applicata alla Psicologia Clinica, alla Psicosomatica, alla Psichiatria. Non sono sempre in grado di sondare l'assetto difensivo del paziente⁸ o quei comportamenti che gli operatori oncologici conoscono come segnali di dis-adattamento (crollo della compliance, aggressività, ecc.). Non sempre sono in grado di cogliere la presenza di condizioni psicologiche comuni durante il decorso della malattia tumorale (ad es. "demoralizzazione"⁹);

- *banalizzazione* del concetto di depressione: la diagnosi viene spesso posta sulla base di **sintomi ansioso-depressivi**, molto comuni in ambito oncologico (vedi note 1-2-3) o in base a rating scale autocompilate dal paziente. Elementi fondanti la diagnostica secondo il DSM, come diagnosi differenziale, decorso e compromissione del funzionamento, possono non essere oggetto di valutazione adeguata. È comune inoltre che venga posta diagnosi di "depressione" quando ciò consente di superare incertezze patogenetiche non risolte dalla diagnostica strumentale.

La complessità diagnostica in Psico-Oncologia trova espressione nella presenza di:

1. situazioni in cui i sintomi possono essere tanto l'esito *fisiologico* della messa in atto di strategie adattative quanto il segnale di una psicopatologia

iniziale o sottosoglia;

2. condizioni psicologiche che la nosografia non è in grado di inquadrare, come la "demoralizzazione" o quei quadri sindromici *depressivi* in cui "non c'è rabbia, non c'è colpa, non c'è delirio" (Biondi M.), dove il ruolo dei fattori psicorganici e iatrogeni è spesso rilevante.

Sul piano epidemiologico, i risultati sono spesso inconcludenti (Tabella 1): i *gap* tra tassi di prevalenza sono da attribuirsi tanto a disomogeneità dei criteri diagnostici quanto alla non sistematica considerazione dei fattori di cui sopra.

È evidente che alla complessità della psicodiagnosi non può che fare riscontro un articolato scenario dell'assetto degli interventi e dei ruoli degli operatori. La struttura oncologica occupa una posizione *centrale* nella funzione d'accoglienza e di contenitore delle angosce e delle problematiche correlate all'iter della malattia e delle terapie. Pleonastico ribadire le implicazioni stigmatizzanti, distanzianti, potenzialmente colpevolizzanti nei confronti del paziente, di una delega di questa funzione allo psiconcologo.

Allo psiconcologo spettano altresì specifici ruoli, quali la decodifica di istanze complesse del paziente e dei familiari, la valutazione degli assetti adattativi e dell'eventuale presenza di psicopatologie nonché la conduzione del percorso psico(farmaco)terapeutico e, di concerto con l'oncologo, la valutazione dei fattori psicorganici e iatrogeni. Di concerto con il personale oncologico nel suo insieme, le indicazioni per un intervento terapeutico. In Tabella 2 riportiamo l'algoritmo di questo percorso elaborato dalla S.O.D. Psiconcologia dell'AOU Careggi.

Nel prossimo numero di Toscana Medica verrà pubblicato l'articolo dello stesso autore dal titolo: "Psiconcologia: il problema dell'intervento terapeutico".

Bibliografia

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

TM

⁵ Hospital Anxiety and Depression Scale.

⁶ Psychological Distress Inventory.

⁷ Distress Thermometer.

⁸ un valido questionario in lingua italiana è il D.P.C.R. (Fava et. al).

⁹ termine utilizzato in ambito clinico per descrivere un'improvvisa perdita di fiducia da parte del paziente senza riscontri obiettivi di peggioramento.

I due fattori fondamentali di malattia

(e l'evento cardiovascolare mortale improvviso)

La malattia è il risultato dell'*interplay* fra due determinanti fondamentali:

1. *Nature*
2. *Norture*

La determinante "nature" rappresenta il gene o l'associazione di geni sottoposti all'azione mutante operata dalla determinante "norture" (nutrimento-educazione-ambiente), che rappresenta il fattore cruciale per il destino biologico dell'uomo (M. Riddley, 2002).

Le due grandi malattie dell'uomo, l'aterosclerosi e il tumore, sono la risultante degli effetti lesivi sul menoma causati da agenti legati all'ambiente quali dieta, sedentarietà, fumo, virus, batteri...

Alla base di tutte le malattie dell'uomo c'è l'infiammazione (Lunedei): questo processo, attraverso la sua componente immunitaria, rappresenta la risposta reattiva primaria dell'organismo alle mutazioni del "self" come codificato dal DNA.

La malattia aterosclerotica viene oggi definita "malattia poligenica-multifattoriale"; la componente poligenica (componente "norture") è rappresentata dai numerosi fattori di rischio cardiovascolare presenti nell'ambiente, quali dislipidemia, fumo, sedentarietà, obesità, diabete, batteri, virus, iperomocisteinemia... Lo studio del menoma umano ha permesso di identificare la componente "nature" sottoforma dei numerosi polimorfismi genetici, rappresentati da lievi alterazioni del menoma, come i cambiamenti di una singola base nella composizione del gene.

Se si esclude l'area subsahariana, la malattia aterosclerotica è quella che uccide di più nel mondo attraverso la cardiopatia ischemica: 19 milioni annui nel mondo, di cui 5 milioni in Europa e 242.000 in Italia (WHO, 2005). Nella media dei pazienti, la malattia consente una sopravvivenza lunga. Nel periodo 2000-2005, l'aspettativa di vita è aumentata in Italia di 20 mesi con una sopravvivenza media di 80,9 anni (WHO, 2005), grazie a uno stile di vita adeguato e a una dieta a base di cibi che contengono gli antiossidanti, che proteggono i geni dalle mutazioni.

Tuttavia, se è vero che nella media della popolazione la malattia ha un andamento cronico e benigno, nel singolo paziente essa può cambiare il proprio fenotipo e assumere un carattere maligno con morte improvvisa anche in soggetto asintomatico giovane (40-50 anni). Secondo i risultati statistici (2006) del *National Heart, Lung and Blood Institute's Atherosclerotic risk in community (ARIC) study and cardiovascular health study*, l'incidenza in Usa di nuovi e ricorrenti attacchi cardiaci per anno è stata

pari a 1.255.000 con una mortalità pari a 425.425 pazienti e corrispondente a 1/6 delle morti totali. Questo aspetto "maligno" della malattia aterosclerotica costituisce oggi uno dei campi principali della ricerca medica.

GIUSEPPE NUZZACI

Già Professore Associato di Angiologia
all'Università di Firenze

Per M. Naghavi della Shape (*Society heart attacks prevention eradication - 2003*), i fattori di rischio cardiovascolare tradizionali e nuovi sono miseramente falliti come mezzo di identificazione del paziente a rischio di evento cardiovascolare improvviso mortale. Secondo tale autore, il più importante fattore di rischio (una vera e propria bomba ad orologeria!) è rappresentato dalla placca aterosclerotica a rischio, caratterizzata da una forte componente flogistica e da una capsula sottile e pertanto soggetta a facile rottura, a opera di fattori meccanici (quali stiramento durante la sistole) o emodinamici (come crisi ipertensive...) cui segue l'attivazione del processo coagulativo e la formazione del trombo occlusivo.

Sempre per M. Naghavi, la prevenzione più efficace del paziente a rischio consiste nell'identificazione dell'arteria contenente la placca instabile attraverso esami strumentali, fra cui la TAC coronarica per la ricerca del *Coronary calcium score* associato all'esame ecografico per la ricerca del grado di ispessimento mio-intimale carotideo e alla verifica del grado di disfunzione endoteliale, molto importante per lo *screening* della fase iniziale della malattia.

Le linee guida della Shape sono state criticate dall'*American heart association (2006)* perché:

1. Non prevedono uno studio random bensì uno limitato a maschi asintomatici di età > 45-75 anni e a femmine asintomatiche di età > 55-75 anni.

2. Non hanno dimostrato riduzione di morbilità e mortalità

Prevedono l'esposizione del paziente a irradiazioni potenzialmente dannose, non giustificate in pazienti asintomatici.

Analogamente, le altre tecniche strumentali suggerite a questo scopo (come IVUS, misura della temperatura e del pH delle placche, *optical coherence tomography*) sono state ritenute non adatte a uno *screening* di massa, perché presuppongono il cateterismo cardiaco (*Diagnostic and Invasive cardiology, 2010*).

Anche per J. Nilsson et al. (*Ather. Tromb. Vasc. Biol, 2005*), la prevenzione basata sui fattori di rischio cardiovascolare è fallimentare, così come la terapia con statine, efficace soltanto nel 30-40 per cento dei pazienti e inoltre richiede somministrazione continua, non tollerata da tutti. Secondo tali autori, è possibile ottenere un'efficace prevenzione

degli eventi cardiaci attraverso la vaccinazione anti-aterosclerosi che, sperimentata nel topo utilizzando frammenti di LDL ossidate (Apo-100), molecole ad alto potere immunitario, si è associata a:

1. Riduzione della lesione aterosclerotica fino al 70%
2. Stabilizzazione della lesione
3. Regressione della lesione

Infine, l'approccio terapeutico che può associarsi alla soluzione radicale del problema dell'evento cardiovascolare improvviso mortale, è quello che prevede l'intervento diretto sul fattore "nature", che è il fattore permissivo della malattia.

Per Graig Venter, grande demiurgo della gnomica, entro dieci anni ogni neonato che vedrà la luce in un ospedale Usa, avrà una carta d'identità gnomica. Per Graig Venter, Collins e Watson, nei prossimi 50 anni tutte le grandi malattie dell'uomo potranno essere vinte attraverso l'identificazione e la correzione degli errori genetici che ne sono alla base (R. Ponzoni, *Il futuro senza malattia*, 2010).

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste su: giuseppenuzzaci@hotmail.com

TM

Approccio integrato ai problemi della depressione

Il raggiungimento di età avanzate in una proporzione notevole della popolazione e il conseguente aumento di prevalenza di affezioni croniche ha portato la medicina generale a fronteggiare, oltre ai tradizionali problemi di diagnosi e cura degli acuti, i problemi della gestione delle malattie croniche e delle loro riacutizzazioni e a rendersi conto nel contempo della necessità di un sistema di cure primarie territoriale adatto a gestire la complessità di una situazione assistenziale caratterizzata da scarsa certezza di risultati e da variabilissimo grado di consenso degli assistiti.

Il medico di medicina generale negli ultimi 15 anni ha dovuto constatare l'approfondirsi della sua inadeguatezza e la necessità di "difendersi" da varie accuse – provenienti da istanze universitarie e ospedaliere, anche dai legali dei pazienti – di non seguire linee guida, di fornire un'assistenza scoordinata, di non garantire un follow up ai pazienti affetti da malattie croniche, finalmente di non essere in grado di addestrare i pazienti a un grado soddisfacente di auto-cura.

Se la medicina generale ha incominciato ad organizzarsi, attraverso il modello delle cure croniche e della medicina di iniziativa, alle nuove esigenze, anche il mondo dell'assistenza psichiatrica sembra essersi risvegliato dall'apparente torpore post-rivoluzione degli anni '70-'80, accettando la nuova sfida che si pone in termini analoghi.

La psichiatria pubblica territoriale si è resa conto delle mutate esigenze dei suoi utenti, la caduta del concetto di "processualità" non ha condotto alla scomparsa della cronicità, si sono profilati invece nuovi modelli di cronicità ai quali una elaborazione

concettuale priva di ideologia dialettica e impregnata invece di pragmatismo sperimentale ha fornito nuove denominazioni.

La cronicità nel dominio psichiatrico può sussistere non solo in aree

tutto sommato "ristrette" in termini di prevalenza

come i disturbi della personalità o i gravi disturbi psicotici. Sussiste – l'epidemiologia ce lo ha mostrato – anche in aree a elevata prevalenza come i disturbi depressivi e le sindromi ansiose.

A questo punto il sistema psichiatrico territoriale pubblico si trova di fronte a un obiettivo problema: non potendo essere in grado di gestire i bisogni crescenti di forse un quarto della popolazione è incalzato a una scelta:

1) Richiedere al finanziatore pubblico uno sforzo faraonico con la moltiplicazione degli operatori, e con il rischio di una psichiatizzazione della società? Sembra questa una soluzione insostenibile sul piano finanziario, associata al rischio di creazione di nuove mura istituzionali, da scartare.

2) Occuparsi solo dei pazienti "gravi" portatori di psicosi, disturbo ossessivo grave, disturbi della personalità ecc.? Questo lascerebbe molto spazio alla medicina psichiatrica privata, con la creazione di un solco fra i cittadini che si trovano nella possibilità oggettiva di sostenere il costo delle cure e gli altri, e con un arretramento della efficacia del servizio pubblico.

Una parte degli operatori dei servizi ha capito che



Sandro Maurri, ricercatore su insufficienza vertebro-basilare e potenziali evocati poi su distonie e neuroftalmologia in Cl. Neurologica (Fi) (81-'02). Allo studio sull'uso clinico delle neurotossine con Cl. Oculistica (Fi) e Ist. SKI (USA) seguì un centro di rilevanza nazionale. Docente Neurologo corsi per medici e professionisti sanitarie. Registro Ceredoc esperti danno alla persona. Mmg dal '91, rappresenta dal '05 i mmg in Commissioni Regionali (Ictus, DSM, Alzheimer, TEC), collaboratore LGR Epilessia, Dolore Cronico, Alzheimer.

SANDRO MAURRI

Medico di medicina generale, Firenze

forse la strada da battere è la collaborazione con la nuova medicina generale, con la proposta di inserire nel modello di cure primarie ad esempio il disturbo depressivo.

Di ciò anche è stato discusso il 18 giugno scorso ad Arezzo al convegno Approccio integrato ai problemi della depressione organizzato dal Centro di promozione per la salute F. Basaglia di Arezzo in collaborazione con la Regione Toscana e l'Azienda USL 8.

Dal punto di vista della medicina generale ricordo *en passant* che il modello delle cure croniche – che è stato adottato dalla Regione Toscana ed è partito il 26 aprile 2010 per affezioni croniche come il diabete mellito tipo 2 e lo scompenso cardiaco, è applicato da settembre anche per la BPCO, lo stroke, l'ipertensione arteriosa – si configura come una rifondazione del modello di cure primarie che ha i seguenti punti chiave:

a) sostenibilità garantita dalle risorse della comunità ivi incluso il volontariato i gruppi di auto-aiuto ecc., quindi con forte richiesta di impegno al "sociale";

b) coinvolgimento pieno degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria;

c) incoraggiamento e supporto al paziente per l'autocura;

d) organizzazione in squadra per affrontare le cure croniche (la squadra riconosce il nucleo fondamentale nel medico di medicina generale e nell'infermiere e indirizza l'utente alle varie istanze specialistiche fra cui la psichiatrica e alle varie figure professionali tecniche della sanità;

e) forte riferimento alle linee guida approvate;

f) supporto dei sistemi informatici per la gestione del singolo paziente, la creazione di registri di patologia, la riconnessione costante alle linee guida, il retrocontrollo fra i vari operatori.

Una rifondazione delle cure primarie secondo questo schema sarà in grado di affrontare le nuove esigenze che la recente riconcettualizzazione del disturbo depressivo (come affezione di vulnerabilità e di insufficiente capacità di risalienza) comporterà?

Nel suo sintetico "La depressione è una malattia cronica", pubblicato su *Toscana Medica* 5/10 pag. 17-18, il Dr. G. Corlito fornisce alcune ragioni per la risposta affermativa, focalizzando il problema sulla sottostante "cronicità" di un disturbo che le neuroscienze avevano sempre considerato "fasico" e che invece, nella riconcettualizzazione accennata, appare sempre più come disturbo cronico.

Sia chiaro che a tale definizione di cronicità fa difetto qualsiasi istanza di processualità o di stigma, e questo deve essere fin d'ora chiaro anche ai colleghi specialisti che devono resistere alla tentazione di creare nuove sottili ma non oltrepasabili mura fra il cittadino e le cure, fra il medico di medicina generale e il servizio, fra il cittadino e il medico di medicina generale. Il concetto di squadra, come si è visto, è del resto uno dei prerequisiti del modello delle cure croniche all'interno del quale ora si vuol collocare anche il disturbo depressivo.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste su: www.improvingchroniccare.org

TM



Laura Canavacci, nata a Roma nel 1968 si è laureata in filosofia ed è dottore di ricerca in deontologia ed etica medica. Specializzata nell'ambito della filosofia pratica, la bioetica e la promozione della salute, collabora con l'Università di Siena ed è consulente scientifico per la Regione Toscana dal 2002. Svolge attività di formazione in bioetica ed è autrice di più di 30 articoli e di due monografie.

La sperimentazione clinica in Toscana

Molto è stato fatto, molto ancora è da fare

Negli ultimi anni la Regione Toscana ha svolto un capillare lavoro finalizzato alla promozione e al sostegno della ricerca in ambito biomedico: a partire dall'emanazione della DGR n. 788/2006 *Approvazione di indirizzi per il buon funzionamento dei comitati*

per la sperimentazione clinica ed approvazione dello schema di protocollo

per accordi tra Regione Toscana e aziende farmaceutiche per la promozione di ricerca di qualità, hanno

poi fatto seguito altri provvedimenti finalizzati a creare nelle aziende sanitarie toscane le strutture, le modalità operative e le competenze necessarie alla promozione delle sperimentazioni cliniche. Tali indirizzi sono stati diretti in primo luogo all'operato dei Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica dei Medicinali (CESM), ricostituiti nel 2007 a seguito del

DM 12 maggio 2006 e, ad oggi, presenti ed attivi in 13 aziende toscane (Figura 1). I risultati sono apprezzabili nel miglioramento dei tempi necessa-

ri per l'iter autorizzativo delle sperimentazioni, che non è quasi mai superiore ai 30 giorni previsti dalla normativa e, in diverse realtà toscane, anche ben al di sotto di questo margine. Le stesse direzioni azien-

LAURA CANAVACCI

Consulente scientifico della Commissione Regionale di Bioetica

Figura 1 - I Comitati Etici in Toscana

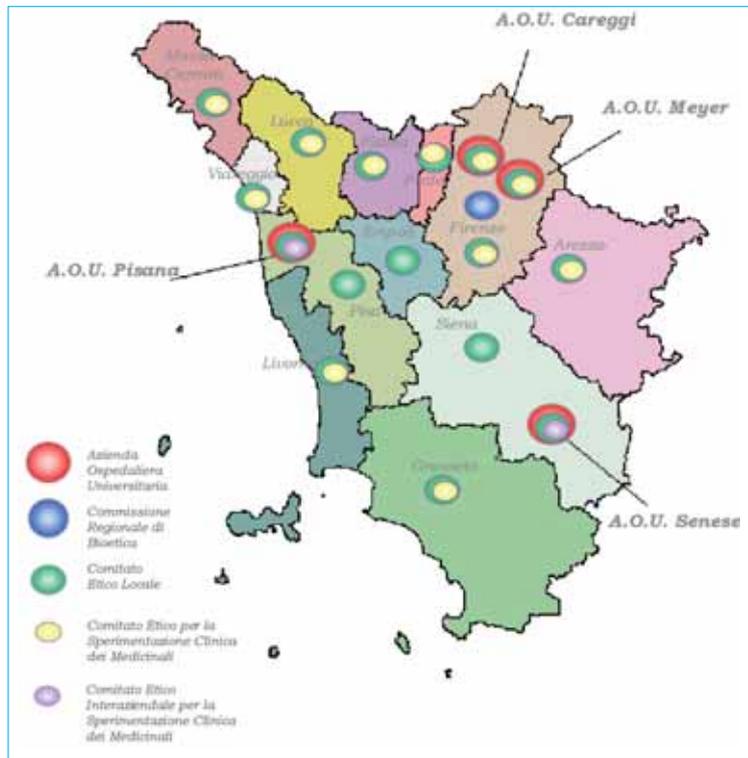
dali sono state coinvolte in un processo di responsabilizzazione di vertice, cui ha fatto seguito la creazione di figure *ad hoc* (i cosiddetti *fixer*) che, impegnati in un programma formativo specifico, svolgono ad oggi la funzione di mediatori per la risoluzione delle criticità locali. Anche i membri dei Comitati sono stati oggetto di specifici interventi formativi organizzati dalla Commissione Regionale di Bioetica.

La stipula di protocolli d'intesa con alcune tra le principali aziende farmaceutiche (Abiogen Pharma, Amgen Dompè, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, Glaxo SmithKline, Menarini, Novartis, Roche, Sanofi-Aventis) ha promosso una collaborazione costante con la Regione e i suoi comitati, che ha portato alla realizzazione di moduli standard per la convenzione economica e per i processi formativi in atto.

Non è poi da dimenticare l'impegno profuso dalla Regione Toscana su problematiche specifiche e, in particolare, la normativa emanata in materia di studi osservazionali (DGR n. 158/2004) e di studi non profit (DGR n. 731/2008).

Risultati evidenti dell'impegno toscano sono l'aumento consistente del numero di sperimentazioni condotte e dei relativi introiti (Tabella 1) e l'apprezzamento per il lavoro svolto riconosciuto anche a livello nazionale (la convenzione standard prodotta dai tavoli di lavoro toscani, ad esempio, è stata presa quale modello per la bozza nazionale).

Molto, tuttavia, è ancora da fare per migliorare i livelli qualitativi della sperimentazione condotta nel territorio toscano: i tempi autorizzativi, infatti, sono un elemento importante, ma altro ancora deve essere migliorato per garantire efficienza e sicurezza nella conduzione dei protocolli sperimentali. Certo è anche che, da anni, i nostri Comitati lamentano un



sovraccarico di lavoro imputabile a sperimentazioni di basso profilo scientifico, le cui finalità non sempre sono chiare e sulle quali si annida un sospetto di illecita promozione per farmaci/dispositivi tuttavia non facilmente comprovabile con dati certi. Ben oltre i recenti fatti di cronaca, dunque, questo rimane un punto chiave di criticità, che deve trovare risposte in azioni concrete concertate a livello centrale, poiché non sempre i singoli Comitati hanno disponibili strumenti di contenimento e controllo. Rientra dunque appieno nelle finalità dell'intervento regionale nel settore della sperimentazione, la creazione di una cultura condivisa che promuova l'adesione ai vincoli normativi già esistenti ed, eventualmente, sia in grado di colmarne le esistenti lacune. **TM**

Tabella 1

Nr. Sperimentazioni cliniche profit/non profit condotte in Toscana	% sperimentazioni multicentriche	% sperimentazioni per fase	% sperimentazioni respinte dai C.E.S.M.	Introiti complessivi per sperimentazioni cliniche (non sono conteggiate le somme fatturate ma non introitate - non sono compresi gli studi osservazionali)	Nr. Studi osservazionali
1000 circa per anno	93,3% multicentriche (di cui il 76,9% internazionali)	Fase II: 30,6% Fase III: 58,0% Fase IV: 11,0 % Bieq/Biod.: 04%	12% per anno	Euro 8.000.000,00	240 per anno

I dati inseriti nella Tabella sono da considerarsi orientativi in quanto presunti per aggiustamento da quelli registrati con una verifica condotta nel 2007 dall'Ufficio regionale competente. Le percentuali per dettaglio sono ricavate applicando le percentuali regionali OsSC (2007) all'aggiustamento del dato numerico delle sperimentazioni toscane. I dati presenti in OsSC non sono invece attendibili quanto al numero di sperimentazioni registrate (dato fortemente sottostimato).

I dati esatti saranno disponibili in tempi presumibilmente brevi non appena messo a regime il sistema informatizzato di monitoraggio regionale (COMET).

Il dato relativo agli introiti corrisponde invece all'ultima proiezione per l'anno 2009.



Corrado Catalani, medico, infettivologo e pneumologo ha lavorato in medicina generale e come ospedaliero. Ha svolto missioni in nove paesi e pubblicato articoli su riviste scientifiche e per la stampa non specializzata. Insegna nel Corso di laurea in Ostetricia dell'Ateneo fiorentino ed in corsi di perfezionamento. Presso la AUSL 3, dove ha ricoperto vari incarichi, dirige l'U.O. Educazione e Promozione della Salute.

Il conflitto di interessi fra medici e industria farmaceutica

Difficile fornire una definizione generale della locuzione "conflitto di interessi". Titubanti i costituzionalisti per gli evidenti rischi di contaminazione politica ma anche altre autorevoli figure probabilmente perché la sua stessa nozione non è più idonea a rappresentare la complessità dei fenomeni. Per cominciare è stata presa in prestito da D. Thompson una definizione pubblicata sul New England nel 1993: "... è un set di condizioni nel quale le valutazioni professionali concernenti l'interesse primario (es. la salute di un paziente o la validità di una ricerca) tendono ad essere influenzate da un interesse secondario". Successivamente (2006) il Comitato Nazionale per la bioetica ha descritto alcune situazioni-tipo che vanno dal fatto che l'industria non fornisca ai medici un'informazione neutrale, ai finanziamenti elargiti all'università con lo scopo di controllare ed indirizzare la ricerca, fino all'assenza di indipendenza anche da parte delle pubbliche amministrazioni oppure a finanziamenti non disinteressati a riviste scientifiche. Usualmente (e opportunamente) si approccia il tema sottolineando l'importanza dell'organizzazione e dell'applicazione di regole efficaci ai comportamenti del corpo professionale. Ma se è vero che il giro economico delle maggiori industrie farmaceutiche si avvicina al bilancio dell'Olanda, in tempi di magra da carenza per la ricerca e la formazione e anche di blocco di retribuzioni già penalizzate da una impareggiata perdita di potere d'acquisto...

Questo contributo non si propone di occuparsi delle regole ma di contestualizzare la questione provando a fornire un paio di spunti di riflessione. Sicuramente è necessario riconsiderare il problema alla luce dei riflessi che su di esso potrebbe produrre l'attuale crisi economica-finanziaria-occupazionale. La peggiore – è utile ricordarlo – dopo quella del 1929. E della crisi preme mettere in luce non tanto gli effetti diretti che essa produrrà sul mercato del farmaco quanto quelli che, secondo molti studi, produrrà in termini di peggioramento degli indicatori di salute della popolazione generale. È ampiamente documentato, infatti, che le crisi economiche non sono neutre rispetto alla salute delle collettività. Quindi, si potrebbe generare una situazione apparentemente paradossale di tendenziale e prolungato aumento di bisogni, in carenza delle risorse necessarie per fornire una risposta adeguata ad essi. Quali effetti si potrebbero provocare sulle po-

litiche produttive e commerciali dell'industria farmaceutica? Difficile dirlo. Ma sarebbe interessante se qualcuno più esperto di chi scrive provasse a fornire un'opinione o ancora di più a delineare uno scenario.

La seconda considerazione è in parte legata a questa e riguarda la capacità del principale acquirente di farmaci di condizionare i produttori. In questo caso l'acquirente si chiama servizio sanitario pubblico ed è in grado di muovere masse enormi di denaro (... pubblico! appunto). La strategia potrebbe ispirarsi a quella che impiegano alcune grandi associazioni di consumatori: testare prodotti comparabili e valutarne efficacia e convenienza. Nella realtà delle cose il sistema regionale, le aziende sanitarie, gli archivi degli ospedali, le anagrafi cittadine sono depositarie di enormi giacimenti di informazioni

prodotte come dati correnti. Riguardano tutta la popolazione che fruisce del diritto all'assistenza: identificativi anagrafici, prescrizioni, accertamenti, ricoveri, diagnosi, complicanze, recidive, decessi. Insomma, un'enorme platea che partecipa inconsapevolmente e senza necessità di fornire alcun consenso ad un'enorme sperimentazione rigorosamente incontrollata ed in vivo. Quale opportunità migliore per far saltare farmaci "me too", "disease mongering" ed altre grezze pratiche pervasive? L'obiettivo potrebbe essere quello di ribaltare il punto di applicazione promuovendo regole e condizioni di acquisto correlate a questo tipo di valutazione vincolanti anche (e soprattutto) per chi acquista, capaci di condizionare a monte la produzione. Certo, è un'operazione complessa! Ma con quello che si spende sarebbe anche ora di cominciare. Anche perché in periodi di crisi è indispensabile forzare la ricerca di livelli di equilibrio fra la risposta ai bisogni primari e le logiche di mercato. Soprattutto quando si è certi di contribuire in maniera fondamentale a far crescere profitti che generano anche plusvalenze che a loro volta finanziano attività (ricerca e formazione ad es.) anche artatamente condizionate che potrebbero essere meglio gestite (e finanziate) in proprio dallo stesso sistema pubblico e che per conto loro vengono impiegate per forzare il mercato aumentando di nuovo profitti, plusvalenze ecc. Nel pensare che qualche pubblico amministratore o funzionario abbia in proprio pensato a tagli alla formazione o alla ricerca o che abbia potuto plaudire agli scellerati tagli operati negli stessi settori dal governo nazionale come misura di risparmio viene in evidenza l'immagine dello stolto al quale qualcuno vorrebbe indicare il cielo e che ostinatamente continua a guardare il dito.

CORRADO CATALANI*, SARAH BERNARDINI**

* Direttore U.O. Educazione e Promozione della Salute Asl 3 - Pistoia

** Filosofo bioeticista

TM

Gli adolescenti immigrati

È ormai noto che il percorso migratorio comporta una selezione degli individui che lo intraprendono tale da determinare l'espatrio della componente di popolazione con il miglior stato di salute e di istruzione. La letteratura medica di questi ultimi anni ha messo in evidenza come i bambini provenienti da paesi poveri **si ammalano prevalentemente di patologie acquisite nel paese ospite**. Si tratta quasi costantemente di malattie aspecifiche e banali, sovrapponibili a quelle osservate nella popolazione residente, più frequentemente a carico del sistema respiratorio e gastrointestinale, più spesso di origine infettiva e da comuni agenti microbici. Rispetto alla popolazione locale è tuttavia maggiore la ricorrenza di queste malattie e la loro durata e intensità. L'eziopatogenesi viene attribuita alle condizioni di vita, di affollamento, alla precarietà abitativa, ai problemi di adattamento a nuovi regimi nutrizionali. È rilevante anche la presenza di sintomi di natura psicosomatica, espressione di un disagio o disadattamento sociale che, in assenza di situazioni familiari o parentali allargate che lo contengano, si esprime attraverso segnali di malattia del corpo.

Per ciò che concerne specificatamente i minori la normativa italiana sancisce la volontà di dar esecuzione alla **Convenzione Internazionale dei Diritti del Fanciullo** nella quale si afferma in modo esplicito che ogni Stato deve riconoscere a tutti i bambini, senza alcun vincolo di cittadinanza, il diritto al godimento dei più alti livelli raggiungibili di salute. Ogni stato firmatario si impegna a garantire che nessun bambino sia privato del diritto di accedere ai servizi medici e di riabilitazione; deve adottare provvedimenti per assicurare a tutti l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo dei servizi sanitari di base; deve sviluppare la medicina preventiva, l'educazione dei genitori, l'informazione ed i servizi per la pianificazione familiare.

Queste prescrizioni non trovano ancora una completa realizzazione nel nostro paese.

In particolare la corretta applicazione della Convenzione di New York dovrebbe infatti garantire per tutti i minori, a qualsiasi titolo presenti sul territorio nazionale, l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria nella loro globalità e quindi dovrebbe prevedere l'iscrizione al SSN.

La **Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo** dice che ogni Stato firmatario deve:

- riconoscere a tutti i bambini e fanciulli (0-18 anni), senza alcun vincolo di cittadinanza, il diritto al godimento dei più alti livelli raggiungibili di salute;

- garantire che nessun bambino sia privato del diritto di accedere ai servizi medici e di riabilitazione;
- adottare provvedimenti per assicurare a tutti l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo dei servizi sanitari di base;
- sviluppare la medicina preventiva, l'educazione dei genitori, l'informazione ed i servizi per la pianificazione familiare;
- garantire alle madri adeguate cure prenatali e postali.

I figli di immigrati, quelli nati in Italia o giunti in giovane età, appartengono alla "seconda generazione". I figli di immigrati vivono indirettamente il trauma dell'abbandono del paese d'origine, lo elaborano durante la fase di strutturazione della personalità e in particolare nel periodo adolescenziale. In base all'esperienza dei Paesi europei con una più lunga storia migratoria, questo momento di riconoscimento della propria identità individuale e di gruppo è particolarmente delicato.

L'adulto immigrato (la "prima generazione") deve affrontare problemi pratici e psicologici sicuramente rilevanti: economici, di alloggio, di inserimento lavorativo, di acculturazione, di cambiamento dello stile di vita. Tuttavia questi problemi non toccano il nocciolo profondo della propria identità personale, il proprio bagaglio culturale complessivo. Non vengono messi in discussione la religione, la lingua madre, il modo di intendere la famiglia, il rapporto tra i sessi.

Quindi la "seconda generazione" è quella che ha i maggiori conflitti d'identità, perché si trova a metà strada di un percorso e ne sente di più gli aspetti di lacerazione piuttosto che di ricongiunzione, soprattutto nel periodo dell'adolescenza. Vengono messi in discussione i riferimenti culturali di appartenenza, lo status sociale, le abitudini della vita quotidiana, l'immagine del proprio corpo, lo stato sociale della famiglia, il rapporto con i genitori, la lingua madre e il luogo geografico identificabile come proprio Paese d'origine. Quando il bambino o ragazzo entra nelle comunità locali italiane (i servizi, la scuola, il gruppo di amici) queste differenze emergono e si possono verificare delle reazioni di rifiuto o di autosvalutazione.

Per questo gli immigrati di "seconda generazione", soprattutto durante il periodo adolescenziale, devono essere osservati con particolare attenzione da chi è in grado di esercitare una funzione preventiva. Il disagio si può esprimere attraverso diverse manifestazioni, emblematiche di una difficoltà di integrazione sociale. Sicuramente la di-



Doriana Mileti, dal 2010 collabora con la Crono Consulting (SOS Genitori) Servizi e consulenza per le famiglie e con il Gruppo di Studio degli Aspetti Nutrizionali e Comportamentali dell'Adolescenza di Firenze, Coordinato dal Prof. F. Franchini, prof. Associato di Pediatria dell'Univ. di FI

DORIANA MILETI

Laurea in Scienze dell'Educazione, Firenze,
Gruppo di Studio degli Aspetti Nutrizionali
e Comportamentali dell'Adolescenza, Firenze

spersione scolastica costituisce un importante sintomo. Espressioni più significative possono essere costituite da fenomeni di franco disadattamento sociale. Ne è una spia evidente la delinquenza minorile ad opera di minori immigrati che in Italia ha dimostrato in questi ultimi anni un sicuro incremento.

I figli dei figli di chi ha intrapreso la via dell'immigrazione appartengono alla "terza generazione". Questa è destinata, se il percorso formativo e d'integrazione riesce, a mettere insieme il meglio dei diversi riferimenti culturali, dopo un'elaborazione durata almeno due generazioni. È quella che, almeno in linea teorica, non dovrebbe avere rilevanti problemi di integrazione, ma questo per-

corso, descritto in modo così schematico e semplificato, può essere ben più lungo e sofferto; può protrarsi nel tempo ed essere incompiuto anche dopo numerose generazioni.

Titolo del lavoro:

E. Benvenuta, M. Zaffaroni, V. Alloni, M. Trada, G. Bona e collaboratori.

F. Franchini e collaboratori.

Studio multicentrico sul bambino immigrato in ospedale: indagine caso/controllo.

"CONGRESSO ITALIANO DI PEDIATRIA" Bologna 1999.

TM

I Diritti dei Bambini

a alla vita, a un nome ed una nazionalità

b all'amore, all'attenzione e alla cura delle nostre famiglie

c a essere uguali: i negri, i bianchi, i meticcì, gli indigeni, i malati, i sani, i credenti e non credenti

d a vivere in una casa, al cibo, all'igiene e ai vestiti per non ammalarsi e se ci ammaliamo abbiamo diritto alle cure

e a studiare e giocare

f a conoscere e amare la nostra patria e la nostra storia

g ad amore, cura educazione ed istruzione particolari quando abbiamo difficoltà per vedere, sentire, parlare, comunicare ed esprimerci

h alla protezione nel lavoro, perché molti di noi sono costretti a lavorare

i a conoscere, pensare, parlare, decidere e unirsi agli altri bambini e bambine

j ad essere protetti da droghe, abusi sessuali e da qualsiasi altra forma di violenza

k ad essere rispettati, ad essere trattati come bambini e che si applichi la giusta legge se abbiamo qualche problema con la polizia

l ad essere soccorsi per primi in caso di terremoto, maremoto, inondazione o altri pericoli

m a vivere in pace e fratellanza con i bambini di tutti i paesi

n ad esigere che lo Stato ci faccia conoscere i nostri Diritti, li rispetti e li faccia rispettare

Psicopatologia del periodo perinatale



Lisa Giardinelli, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1985 e specializzata in Psichiatria nel 1989. Psicoterapeuta. Dirigente Medico I livello nella SOD di Psichiatria dell'AOUC dal 1993. Professore a Contratto della Scuola di Specializzazione in Psichiatria. Responsabile dell'Ambulatorio per la Salute Mentale della Donna e dell'Ambulatorio per la Salute Mentale Perinatale.

Vari studi evidenziano come siano molto poche (meno del 20%) le donne affette da Depressione Maggiore che chiedono aiuto per il loro problema durante il *Periodo Perinatale*, in quella fase, cioè, che va dal momento del concepimento fino al primo anno di vita del bambino. Ciò accade perché culturalmente tale periodo è rappresentato come un momento in cui si vive in una sorta di "oasi felice"; la donna depressa giunge quindi a provare un sentimento di colpa e vergogna e conseguentemente non comunica l'esperienza che sta vivendo. Inoltre, i più comuni sintomi di depressione e ansia (cambiamenti del ritmo sonno/veglia, dell'appetito, di energia) vengono confusi anche dai curanti con la sintomatologia somatica facilmente presente in tale periodo e il disturbo affettivo sottostante rimane così misconosciuto.

Verranno qui esaminate alcune caratteristiche dei disturbi psichici che più frequentemente si riscontrano nel Periodo Perinatale.

Disturbi d'Ansia

Il Disturbo di Pani-

co si riscontra intorno al 2% dei casi. Sebbene la sintomatologia sia analoga a quella riscontrabile nella popolazione generale, è relativamente comune che la donna tenda a sovrapporre i classici sintomi fobici con interpretazioni ansiose riferite al bambino. E' frequente la comorbidità con un quadro depressivo maggiore (50-60% dei casi), che comporta un ulteriore stress e l'aumento del rischio suicidiario e con il Disturbo Ossessivo Compulsivo (30 % dei casi).

Il **Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)** mostra in gravidanza una prevalenza di poco inferiore (0, 2-1, 2%) ai dati sulla popolazione generale, mentre nel periodo postpartum addirittura superiore (2, 7-3, 9%). Il DOC ad esordio perinatale sembra avere specifiche caratteristiche sintomatologiche: la presenza costante di ossessioni aggressive, soprattutto del fare male al bambino. L'insorgenza di simili pensieri, con minore invasività, è stata però riscontrata anche in un ampio campione di neogenitori. Una teoria evolucionistica interpreta tali pensieri in termini adattativi: l'aumento di vigilanza protegge il bambino da rischi potenziali. La vulnerabilità genetica, neurologica, o cognitiva in una donna in gravidanza e/o postpartum, può però fare esordire una patologia conclamata di tipo ossessivo-compulsivo.

Disturbi dell'Umore

La Depressione perinatale comprende episodi minori e maggiori che si manifestano sia nel periodo gravidico (dal 7% al 12%) che nei dodici mesi successivi al parto (circa il 10%).

I Disturbi Depressivi Minori hanno un picco di incidenza nel primo trimestre che si ritiene possa originare da una reazione psicogena negativa alla gravidanza, in particolare se questa non è attesa. La donna presenta sensazione di esaurimento fisico, irritabilità, labilità emotiva, insonnia, risentimento e ostilità. È molto comune il sentimento di insicurezza rispetto alla propria capacità materna, vissuta in modo conflittuale e colpevolizzante.

La **Depressione Maggiore** ha una durata che varia da alcuni mesi ad anni. La sintomatologia appare più grave e persistente rispetto alla forma minore, con le stesse caratteristiche di un episodio non perinatale ma la peculiarità che i contenuti ideici della paziente vertono sulla maternità.

Per il facile associarsi di comportamenti a rischio (alimentazione inadeguata, abuso di alcolici, fumo o sostanze), sono frequenti di casi di preeclampsia, parto pre-

termine e basso peso alla nascita. In alcune donne l'ansia e gli eccessivi sensi di colpa possono condurre a pensieri autolesivi, mentre in altri casi prevalgono pensieri ossessivi, sentimenti di rabbia e senso di solitudine, con effetti profondamente negativi sulla relazione con il bambino.

Disturbi del Comportamento Alimentare

La gravidanza rappresenta un evento raro tra le donne con anoressia nervosa per il fatto che la malattia stessa determina una compromissione dello stato ormonale. Tuttavia, donne che hanno raggiunto un indice di massa corporea sufficientemente stabile e con sintomi in remissione possono non avere problemi di fertilità, così come le pazienti con bulimia nervosa possono normalmente concepire ma manifestare gravi problemi durante la gestazione. La gravidanza infatti mette la donna a confronto con molti aspetti che costituiscono il nucleo centrale del disturbo alimentare: incremento ponderale, modifica della forma corporea e cambiamento del ruolo sociale. Nelle pazienti si scatenano nuove paure che inducono a mettere in atto restrizioni alimentari, abbuffate e condotte di eliminazione che interferiscono con la nutrizione del feto e possono determinare complicanze ostetriche (aborto, parto cesareo, prematurità e basso peso alla nascita). È inoltre frequente una recidiva postpartum: la fretta di tornare al "peso forma", la deprivazione di sonno e la flessione del tono dell'umore sono tutti fattori che favoriscono la ricaduta e una facile comorbidità con la depressione.

LISA GIARDINELLI

Referente Ambulatorio per la Salute Mentale Perinatale, SOD Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche - AOU Careggi

Specifici disturbi del Postpartum

- Il **Maternity Blues (MB)** (50-70% delle donne) è caratterizzato da labilità dell'umore, irritabilità e leggero stato confusionale; si manifesta verso il 3°-4° giorno dopo il parto ed ha una durata di circa una settimana. In alcuni casi si può osservare una diversa evoluzione con presenza di sintomi più marcati e duraturi, l'evoluzione in un quadro depressivo vero e proprio, una rapida trasformazione nella psicosi puerperale. La banalità del quadro non deve portare a sottovalutarlo: il MB costituisce una sorta di ponte fra normalità e psicopatologia comprendendo, sia pure in forma minore, molti sintomi e problematiche caratteristiche della patologia puerperale maggiore.

- La **Psicosi Postpartum (PP)** (0, 1-0, 2 dei parti) ha un esordio acuto e piuttosto rapido. Nel quadro clinico coesistono sintomi affettivi (mania, depressione, stati misti) rapidamente fluttuanti (aspetto *calidoscopico*), con elementi deliranti sia congrui col disturbo dell'umore che incongrui, allucinazioni, disorganizzazione del comportamento, disorientamento e confusione mentale. I contenuti del delirio sono comunque sempre collegati alla maternità: temi depressivi riguardanti la vita e la salute del bambino, ma anche l'appartenenza del neonato che la donna può credere "scambiato" con un altro non suo. Le donne con grave quadro di PP, che richiede un'ospedalizzazione, sono ad alto rischio suicidiario

e, come la cronaca purtroppo ci segnala, possono giungere a commettere infanticidio.

- Il **Disturbo Postraumatico da stress (DPTS)** comprende una serie di sintomi che compaiono dopo l'esposizione ad un evento stressante particolarmente grave, tale da generare morte o minacciare l'integrità fisica. Vari studi hanno rilevato come anche parti non complicati possano indurre i tipici sintomi del DPTS: rievocazione del trauma sotto forma di immagini, allucinazioni, ricordi intrusivi; evitamento degli stimoli legati al trauma; ipervigilanza, insonnia, irritabilità. È frequente che i sintomi possano persistere a lungo assumendo più precise caratteristiche di disturbo depressivo.

Conclusioni

Se spostiamo il nostro punto di osservazione e dal focus sulla psicopatologia postnatale ci allarghiamo ad esaminare lo spettro dei disturbi ansiosi e depressivi nel Periodo Perinatale, possiamo operare più efficacemente sia in termini di screening precoce del rischio clinico che di strategie di interventi mirati sulla donna e sulle conseguenze che la patologia femminile può arrecare sul bambino e sulla relazione madre/figlio. La stretta collaborazione fra psichiatria e ostetricia/ginecologia rappresenta il presupposto fondamentale per il corretto management dei disturbi psichiatrici in epoca perinatale. **TM**

BACHECA

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

OFFERTE LAVORO

- Cercasi odontoiatra min 5 anni di esperienza per studio in Firenze. Cell. 328.3097460.
- L'ATT, associazione tumori toscana, cerca personale medico da inserire nel proprio organico a tempo pieno per la zona di Firenze. Rapporto libero professionale. Inviare CV a emanuele.bambi@associazionetumoritoscana.it. Info: www.associazionetumoritoscana.it - 055.2466666 055.2466237.
- Cercasi neolaureati in medicina per svolgere compito di docente in corsi di primo soccorso in Firenze. Non è richiesta particolare esperienza. Per contatti chiamare Cell. 392.9730169.
- Studio Odontoiatrico ricerca Giovani Odontoiatri, residenti in Prato e provincia, con esperienza in Conservativa, Endodonzia, Chirurgia, da inserire nel proprio organico. Se seriamente interessati, contattare il numero cell. 338.9088890.

CEDESI ATTIVITÀ

- Cedesi studio odontoiatrico a norma, in centro storico di Firenze, composto da 1 unità operativa, completamente attrezzato, NUOVISSIMO! con possibilità di subentro leasing. Per informazioni contattare 055.284131-338.5909858.
- Cedesi studio, previo affiancamento, o quota associativa di uno studio avviato da oltre 20 anni, posto a Firenze in zona semi-centrale. Per contatti tel. 055.667227 338.3362149 giovanni.vanella@teletu.it.
- Medico odontoiatra cerca studio dentistico a Firenze o provincia da rilevare previo periodo di affiancamento. Cell. 339.7244076 - niccolo.volpi@gmail.com.

OFFERTA STRUMENTI

- Vendo lettino con testata rialzabile e portarotolo. Contattare Maria Luisa Cevolani al Cell. 339.6314776.
- Vendo ecografo Esaote My lab 50 XVision con due sonde (lineare e convex), perfette condizioni. Eventualmente chiamare 329.6178354 oppure inviare e-mail a: mammendola@hotmail.com.

SOSTITUZIONI

- dr.ssa Moneglia Martina laureata marzo 2009 con 110/110 e lode è disponibile per sostituzioni di medicina di famiglia gare sportive e guardie in case di cura. Cell. 328.6976438.
- La Dott.ssa Sandra Angileri, laureata con 110/110 e lode ed abilitata alla professione di Medico Chirurgo, specializzanda in anestesia, con esperienza in guardia medica e sostituzioni medici medicina generale (anche pediatri), comunica la propria disponibilità ad effettuare sostituzioni a Medici di Medicina Generale, servizi in strutture assistenziali e turistiche in tutto il territorio toscano Cell. 349.8315793, e-mail: sandra.angileri@alice.it
- La dot.ssa Imma Savarese, laureata con lode ed abilitata alla professione di Medico-Chirurgo, si rende disponibile per effettuare sostituzioni a medici di medicina generale, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi o giornate di donazioni di sangue nel comune di Firenze e zone limitrofe. 335.5804694.
- Dott. Lorenzo Muratori, laureato e abilitato presso la facoltà di Medicina e Chirurgia di Pisa, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a medici di medicina generale, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi o giornate di donazioni di sangue nel comune di Firenze e provincia. Cell. 349.2932738.
- Segretaria studio medico assistente alla poltrona esperienza trentennale cerca impiego presso studio odontoiatrico full time iscritta liste mobilità disponibilità immediata. laura Cell. 338.4056033.

L'Arte: un potente mezzo mediatico d'informazione nell'evoluzione della medicina

(Terza parte, seconda parte nel numero precedente)

Una promozione d'immagine: l'efficienza dei servizi ospedalieri e di pronto soccorso

Efficienza dei servizi ospedalieri

"La cura degli Infermi", manoscritto Gaddiano (1300), Biblioteca Laurenziana, Firenze.

Il manoscritto del Canone di Avicenne XV secolo esprime la rassicurante e confortevole immagine di efficienza dei primi ospedali.

L'accettazione: un medico riceve un paziente col braccio al collo.

Il ricovero: visita

ad una malata allettata.

Le cure ambulatoriali: un medico cura la piaga ad una gamba.

Un efficiente servizio: un solerte infermiere serve una pozione su un vassoio.

La diagnostica di laboratorio: la "fiscella", apposito canestro in vimini per le urine, appare appesa a lato del letto. Le pazienti sono nude sotto le coperte, indossano una cuffia per ragioni igieniche; ognuna occupa un letto singolo, una evoluzione rispetto alla tradizione che vedeva i pazienti sistemati in letti comuni.



La medicina ambulatoriale

Manoscritto francese (XIV sec.) Bibl. facoltà di Medicina di Parigi.

Il medico riceve i pazienti nell'ambulatorio; appare con un altro accessorio, i guanti, che facevano parte dell'abbigliamento consono al suo "status" professionale; all'epoca si trattava più di rispettare una norma di galateo che non di protezione igienica.



Immagine dell'ambulatorio

Guy de Chauliac, Chirurgia Magna, Bibl. Naz. Parigi.

Il medico, solennemente assiso, da consulto ad un paziente con una frattura esposta del braccio, ad un paziente con un ginocchio dolorante e ad uno con una malattia degli occhi. Per evidenziare le diverse patologie l'Artista ha ritratto i pazienti nell'atto di indicare la parte ammalata.



L'ostentata esibizione dei genitali del malato che si tocca il ginocchio fa pensare che l'artista abbia voluto riferirsi alla causa di quella artrite, la lue (il morbo francese) che, come descrivono i cronisti dell'epoca, "dava doglie assai per tutte le giunture".

Un efficiente pronto soccorso

Bartholomeus Anglicus, Bibl. Naz. Parigi.

Un medico è intento a curare alcuni feriti sanguinanti: un altro medico riceve da una inserviente il recipiente con le urine per eseguire con sollecitudine l'esame.



L'Arte come efficace mass-media

"Bernard de Gordon, (XIV secolo), Bibl. Naz. Parigi.

Il medico, nel costume conforme al suo "status", compare fra un giardiniere che sta tagliando le erbe, indicato con la mano sinistra, ed un assistente, indicato con la mano destra, che sta tritandole in un mortaio per preparare la pozione medicinale. Nello sfondo l'ospedale; sopra un letto compare appeso il contenitore per le urine, la fiscella, ad indicare l'importanza attribuita a questa componente diagnostica.

I contenuti farmacologici

I santi Cosma e Damiano furono spesso rappresentati anche con in mano dei cofanetti nell'atto di offrire medicinali: l'Artista, con le sue immagini, informa su un terzo aspetto della nuova Arte e cioè quello terapeutico mediante farmaci. Nei cofanetti si vedono talora tavolette rosse, quelle artigianali, gli attuali preparati galenici, miste a tavolette dorate, le specialità medicinali dell'epoca. Le pillole rosse erano molto amare e sgradevoli, ancora oggi si usa l'espressione "come prendere una medicina" quando si vuole esprimere il disgusto per qualcosa. Fu escogitato all'epoca il sistema della "indoratura": la pillola veniva rivestita con una patina dorata che consentiva di deglutirla senza avvertirne il sapore sgradevole. Ancora oggi, a distanza di secoli, a dimostrare la forza dei trascinalenti culturali, viene usato il detto "indorare la pillola" quando si vuole far inghiottire a qualcuno un boccone amaro, sia in senso reale che figurato. La storia dei due santi è molto intrecciata con la medicina, ma anche con la storia di Firenze. La famiglia de' Medici, per la sua vocazione per la nuova arte emergente, già con Cosimo il Vecchio

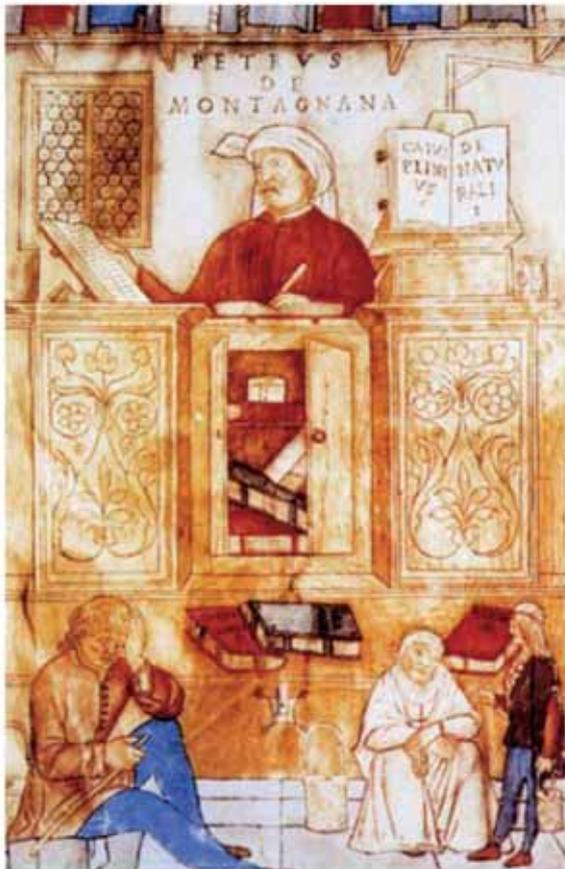


Con la mediazione dell'Arte emerge un'autorità basata sulla cultura e sulla ricerca

Le radici culturali del medico

Il medico nel suo studio, illustrazione tratta dall'opera di Giovanni e Gregorio de' Gregorii, Fasciculus Medicinæ, Venezia 1493.

Pietro da Montagnana, professore a Padova, riceve i malati solennemente seduto sul suo scanno, circondato



dalle opere dei grandi Maestri, Filosofi e Medici. A sottolineare l'importanza della diagnostica di laboratorio ognuno dei tre pazienti in attesa è fornito della sua "fiscella", il contenitore di vimini con l'ampolla delle urine.

Uno "studiolo" per la ricerca

"Studiolo", di Francesco I, Palazzo Vecchio, Firenze.

Cosimo I de' Medici, il giovane, primo Granduca di Toscana (1519-1574), fu continuatore della protezione offerta dal casato a studiosi e ricercatori; creò la Scuola superiore per l'insegnamento della Medicina e la Chirurgia. Trasmise la sua passione al figlio Francesco I, secondo Granduca di Toscana; per lui fece costruire uno "Studiolo" che si può ammirare in Palazzo Vecchio accanto al Salone dei 500; vi compaiono dipinti famosi che raffigurano, accanto al rosone con l'immagine vigile della madre Eleonora di Toledo, il mitico Prometeo che per primo aveva sottratto alla natura

i suoi segreti, le industrie umane, i progressi della scienza, i misteri dell'alchimia. Nello studiolo il Granduca passava gran parte delle sue giornate a dilettersi

di esperienze scientifiche fra cui, prediletta, la preparazione dei farmaci; per provarne su se stesso l'efficacia rimase vittima della sua passione di ricercatore.



(1399-1444) aveva affidato ai due santi la protezione del casato e nel 1530, quando Alessandro de' Medici tornò a Firenze come signore della città, elesse i due santi a protettori della città stessa. A sottolineare l'impegno e la simpatia per la nuova scienza anche le "pal-le" che compaiono sullo stemma della famiglia non sarebbero altro che pillole medicinali, di colore rosso come voleva la farmacopea dell'epoca. Fu proprio nel XV secolo che nasceva a Firenze quella che può essere considerata la prima farmacopea in lingua volgare, il "ricettario fiorentino", con lo scopo di uniformare i medicinali somministrati.

SAGGI DI NATURALI ESPERIENZE FATTE NELL'ACCADEMIA DEL CIMENTO SOTTO LA PROTEZIONE DEL SERENISSIMO PRINCIPE LEOPOLDO DI TOSCANA

DESCRITTE DAL SEGRETARIO DI ESSA ACCADEMIA.



IN FIRENZE

Per Giuseppe Cocchini all'Insegna della Stella. MDCLXVII.
CON LICENZA DEL 1728, 1021.

L'Accademia del Cimento, primo laboratorio di ricerca sperimentale

Frontespizio dei "Saggi di Naturali Esperienze" fatte nell'Accademia del Cimento sotto la protezione del Serenissimo Principe Leopoldo di Toscana. L'Accademia, nata nel Giugno del 1657, rappresentò il primo laboratorio di ricerca sperimentale che consentiva l'incontro ed il confronto fra studiosi per la ricerca del vero.



Clima di serena partecipazione

Constant Desbordes (1820), "Il Doti Alibert pratica la vaccinazione antivaiolosa da braccio a braccio al Castello di Lioucourt"; Museo di Douai (1820).

La medicina si evolve, nasce la prevenzione che, in mancanza di coercizioni legislative, richiedeva partecipazione volontaria e quindi fiducia.

Ecco come l'iconografia ottocentesca ci offre queste immagini di serena, fiduciosa, partecipazione familiare alla vaccinazione Jenneriana; un messaggio che, diffuso attraverso l'Arte, consolidava la fiducia verso la nascente medicina preventiva.

L'Artista descrive in modo assai realistico la vaccinazione con

la tecnica di contagio da "braccio a braccio".

Il medico è rappresentato nell'atto di prelevare con una lancetta il "pus vaccino" dalle pustole sapientemente rappresentate dall'artista sul braccio di un bambino, tenuto in braccio da una popolana, per inocularlo nel braccio di un altro bambino tenuto in grembo dalla nobile padrona di casa.

Il padre del bambino da vaccinare partecipa fiducioso all'operazione. All'esterno, non a caso, viene messa in risalto un'immagine campestre con delle vacche in primo piano; proprio dalle pustole delle mammelle di queste (cowpox) si otteneva la linfa per le vaccinazioni.

In genere si portava il bambino da vaccinare al domicilio del bambino affetto da vaiolo, in questo caso, si è voluto evidentemente avere riguardo alla nobile famiglia.

Ricerca e Cultura

A sottolineare l'importanza della ricerca Cosimo I il Giovane (1519-1574), primo Granduca di Toscana, fu un continuatore della protezione che il casato offriva a studiosi e ricercatori; fece costruire in Palazzo Vecchio, accanto al Salone dei Cinquecento, lo "Studiolo" per il figlio Francesco I, secondo Granduca di Toscana (1541-1587). Nello "Studiolo", un vero scrigno di opere d'arte, Francesco conduceva i suoi esperimenti di chimica ed in particolare lo studio di nuovi farmaci.

Quindici anni dopo la morte di Galileo, nel Giugno del 1657, si apriva in Palazzo Pitti, sotto la protezione del Serenissimo Principe Leopoldo di Toscana, "l'Accademia del Cimento", contraddistinta col motto dantesco "provando e riprovando". L'Accademia rappresentò non solo il primo laboratorio di ricerca dove si applicava il metodo sperimentale Galileiano ma, anche, il primo esempio dell'importanza dell'incontro e del confronto fra uomini di scienza per la ricerca del vero. Nel 1667 il Segretario dell'Accademia raccoglieva in un volume, i "Saggi di Natuali Esperienze", le ricerche svolte nell'Accademia.

Il medico al letto del malato.

Jan Steen, "Il medico di famiglia".

Un suggestivo quadro di ospitalità verso il medico in visita che, nel rispetto della tradizione porta il cilindro in testa. Se il medico, poco rispettoso del galateo, si fosse tolto il cappello lo avrebbe appoggiato sul letto. È per questo che il cappello sul letto porta male, si collega alla presenza del medico e quindi della malattia.



Continua nel prossimo numero...

Sistema sangue, bilancio di un anno positivo e sfide future

Il 2010 è stato un anno di forte crescita del sistema trasfusionale toscano e l'incremento delle donazioni ne è la testimonianza più concreta. Le donazioni nel periodo che va dal 2001 al 2009 hanno registrato un incremento di oltre il 35%. I dati definitivi del 2010, con un totale di 241.234 donazioni, mostrano un ulteriore aumento del 2,3% rispetto al 2009.

La propensione di un territorio a donare si misura con l'indice di donazione per 1.000 abitanti nella fascia di età 18-65 anni ed infatti tale indice è stato inserito dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore S.Anna tra gli indicatori di valutazione della performance delle Aziende sanitarie.

La Toscana ha un indice di donazione di 102 donazioni ogni 1.000 ab. tra 18 e 65 anni, con variazioni che oscillano da un minimo di 71 ad un

valore massimo di 128 donazioni per 1.000 ab.

Tale indice, a livello nazionale mostra una elevatissima variazione, ci sono regioni con un indice ben sotto la metà di quello toscano. È evidente la necessità di un riequilibrio tra le varie regioni italiane che do-

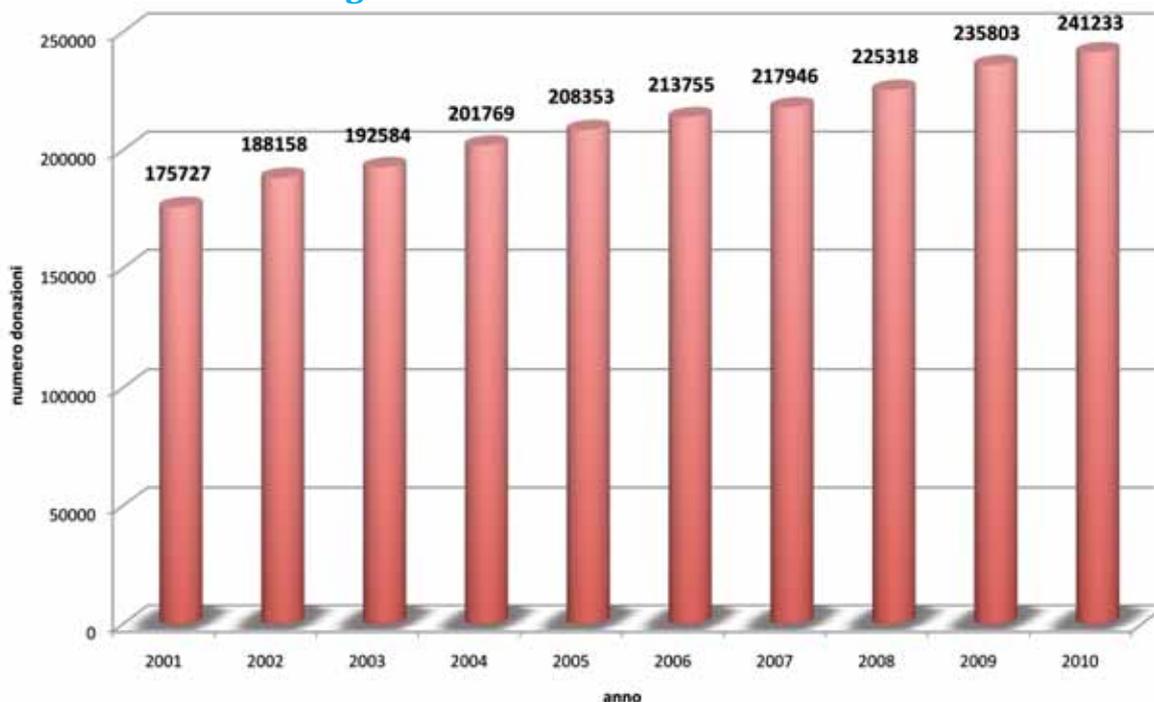
vrebbero contribuire all'autosufficienza nazionale tutte quante in pari misura.

Le stesse considerazioni valgono anche a livello regionale dove le Aziende con i più bassi indici di donazione stanno operando, in accordo con il Centro Regionale Sangue (CRS), per portare i loro indici di donazione ai migliori livelli anche attraverso l'attivazione di tavoli tecnici che vedono per la prima volta la partecipazione attiva di Società della Salute, Ordine dei Medici, Comuni, Province, Uffici per l'Educazione alla Salute e Istituzioni scolastiche.

SIMONA CARLI

Direttore Centro Regionale Sangue

Regione Toscana - andamento donazioni



Ma cosa c'è dietro ai risultati della Toscana?
Questi risultati sono il frutto di un sistema trasfusionale a rete composto da 40 Strutture trasfusionali, 70 Unità di Raccolta gestite dalle Associazioni di Volontariato (AVIS, FRATRES, ANPAS, CRI), Industria per la lavorazione del plasma, il tutto sotto la regia del Centro Regionale Sangue.

Le Associazioni di Volontariato costituiscono parte attiva degli organismi del Centro Regionale Sangue, a loro è affidato l'importante compito di promuovere la donazione anonima, volontaria, gratuita e consapevole di sangue e plasma.

La Toscana rappresenta una particolarità nel panorama nazionale infatti, a differenza di molte regioni, ha fatto la scelta di una forte impostazione pubblica per cui oltre il 90% delle donazioni avvengono in strutture ospedaliere e solo il 10% è effettuata in Unità di Raccolta associative.

Il grandissimo risultato ottenuto con l'aumento delle donazioni è stato accompagnato da un aumento ancora più marcato dell'uso di sangue dovuto ai livelli di eccellenza raggiunti dal sistema sanitario toscano e pertanto l'autosufficienza regionale è un obiettivo mobile e di difficile mantenimento. Già dal 2007 il trend dei consumi ha raggiunto il trend della raccolta, esponendo il sistema toscano a periodi di carenza.

I motivi dell'aumento dell'uso di sangue sono da ricercare nell'invecchiamento della popolazione (in Toscana la fascia di età oltre 65 anni rappresenta il 24% della popolazione rispetto ad una media nazionale del 20%), nel continuo aumento e nell'avvio di nuove attività sanitarie di elevata complessità, nella sempre maggiore importanza del supporto trasfusionale alla terapia chemioterapica, (il 33% dei soggetti in trattamento chemioterapico esegue almeno una trasfusione).

Inoltre il 17,4% dei pazienti dei nostri ospedali proviene da fuori regione e di questi il 13,58% si sottopone ad interventi di alta complessità.

Nel 2010 la Toscana è ricorsa al supporto di altre regioni per 3.608 unità, parallelamente nello stesso periodo ha fornito supporto ad altre regioni per 1.082 unità, a dimostrazione di una rete governata a livello nazionale che funziona.

Da sempre aspetto qualificante di questo sistema è la sicurezza e nel 2010 è stato avviato il percorso che porterà all'accreditamento di tutte strutture trasfusionali pubbliche e associative sulla base dei requisiti approvati dalla Conferenza Stato Regioni il 16 dicembre 2010 in linea con gli standards europei. La Regione Toscana, prima tra le regioni italiane, ha già pubblicato sul BURT i nuovi requisiti.

Obiettivo ambizioso, ma irrinunciabile è quello di rendere il sistema trasfusionale "più a misura di donatore", su questa strada per rendere più facile e veloce donare è stata attivata su tutto il

territorio regionale l'Agenda per la prenotazione delle donazioni (*AgenDona*), questo nuovo strumento informatico messo a disposizione delle associazioni che sta dimostrando, giorno per giorno, la sua valenza strategica.

Grande attenzione, infine, è stata dedicata ai temi dell'appropriatezza e del buon uso del sangue temi che nel 2011, grazie al concretizzarsi di nuove sinergie con organismi del governo clinico come il Consiglio Sanitario Regionale, riceveranno un ulteriore deciso impulso. Lo stesso impegno verrà messo in campo per conseguire un funzionamento ottimale di importanti strumenti come i Comitati del Buon Uso del Sangue ed i Comitati di Coordinamento.

Ottimi risultati quindi quelli conseguiti nel 2010 e di questi la Regione Toscana vuole ringraziare tutti i protagonisti in primo luogo i circa 160.000 donatori, le Associazioni di Volontariato, i trasfusionisti, le Aziende Sanitarie e attraverso il CRS si prende l'impegno di creare le condizioni per un'ulteriore crescita e sviluppo del sistema trasfusionale toscano.

The advertisement for AgenDona is set against a white background. At the top left is the CRS logo. To its right are logos for the Regione Toscana and the Servizio Sanitario Regionale. Below these is the headline "Troppa attesa per donare?" in red. In the center, a line of ten diverse people of various ages and ethnicities stands side-by-side. Below them is the "AgenDona" logo in blue and red, with the tagline "centro regionale sangue toscano" in smaller red text. At the bottom, a man in a dark shirt and jeans is walking while talking on a mobile phone. The bottom of the ad features the text "Il nuovo sistema di prenotazione delle donazioni: facile, veloce, comodo." in red.

Consiglio Sanitario Regionale

Implementazione della Linea Guida della Regione Toscana per la diagnosi e la terapia del “Mal di Schiena”. Risultati dello Studio Pilota

Nel corso dell'ultimo quinquennio il Consiglio Sanitario Regionale, organismo del Governo Clinico del Servizio Sanitario della Regione Toscana, ha prodotto e diffuso 6 Linee Guida fondate sulla migliore evidenza scientifica. Oltre a proseguire nella produzione di nuove Linee Guida ed a curare l'aggiornamento delle Linee Guida già prodotte, il Consiglio Sanitario ha anche avviato le procedure per l'implementazione nella pratica assistenziale corrente dei contenuti delle stesse, condensati in Raccomandazioni cliniche.

L'implementazione è stata avviata in forma di Studi Pilota, finalizzati tanto a valutare il grado di penetrazione delle Raccomandazioni nella pratica corrente, quanto a definire gli standard assistenziali ottenibili con l'adeguamento a ciascuna di queste. A quest'ultima finalità di analisi appartiene lo studio che ha riguardato la Linea Guida “*Mal di schiena: racco-*

mandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali aziendali nelle cure primarie”, redatta nell'Ottobre del 2005 da un Gruppo di Lavoro multidisciplinare coordinato da Pierluigi Tosi.

Il contenuto della Linea Guida è stato condensato nelle 9 Raccomandazioni riportate nella Tabella 1, dirette innanzi tutto a discriminare fin dall'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale le comuni Lombalgie da causa meccanica da forme patologiche più gravi e complesse, e poi a trattare le prime facendo stretto riferimento al percorso diagnostico-terapeutico con il miglior rapporto costi/benefici.

Lo studio ha coinvolto un campione di Medici di Medicina Generale della ASL di Firenze e della ASL di Prato (v. Tabella 2), coordinati, rispettivamente, dal Dott Alessandro Bussotti e dal Dott Stefano Giovannoni.

I Medici partecipanti, per un periodo di 2 mesi, nella pratica clinica quotidiana dedicata

Tabella 1 - *Le Raccomandazioni*

Racc. A - Nei casi di Lombalgia acuta, al fine di escludere patologie gravi (fratture, tumori, infezioni, aneurisma aortico) e forme sistemiche (di origine viscerale), in una prima fase sono sufficienti un'accurata anamnesi ed un esame obiettivo completo.
Racc. B - Se anamnesi ed esame obiettivo non pongono il sospetto di cause gravi o sistemiche non c'è indicazione per prescrivere alcuna diagnostica strumentale.
Racc. C - Se è presente dolore all'arto inferiore che oltrepassa il ginocchio posteriormente (sciatalgia) o interessa l'inguine e la faccia anteriore della coscia (cruralgia), deve essere eseguita una valutazione neurologica per rilevare la presenza d'impegno radicolare
Racc. D - La diagnostica RNM o TC è da prendersi in considerazione dopo 4-6 settimane di evoluzione non favorevole
Racc. E - Prima di 4-6 settimane la diagnostica NMR (preferibilmente) o TAC va prevista solo in presenza di sciatica iperalgica o deficit motorio improvviso o progressivo
Racc. F - La diagnostica Rx diretta è indicata solo nel sospetto di lesione traumatica
Racc. G - Ai soggetti con Lombalgia acuta occorre consigliare di restare attivi, di non mantenersi a riposo a letto, di non rimanere seduti a lungo e di effettuare attività motoria a basso impatto (nuotare, camminare...) e, se possibile, di non lasciare il lavoro.
Racc. H - Per il dolore lombare con o senza irradiazione, Paracetamolo e FANS sono farmaci di prima scelta. I Miorilassanti sono farmaci di seconda scelta. I Cortisonici hanno utilità solo in caso di compressione radicolare e devono essere utilizzati per un breve periodo di tempo
Racc. I - La Terapia con mezzi fisici non è consigliata.

Tabella 2 - I Partecipanti

ASL di Prato	ASL di Firenze (Sesto Fiorentino)
Dott. Stefano Giovannoni (Coordinatore)	Dott. Alessandro Bussotti (Coordinatore)
Dott. Claudio Daly	Dott. Paola Alvisi
Dott. Fabio Giusti	Dott. Adriana Bonanni
Dott. Moreno Masi	Dott. Lucia Aldini
Dott. Loretta Polenzani	Dott. Gianna Castellucci
Dott. Paolo Andrea Sanesi	Dott. Ilde Favilli
Dott. Andrea Santini	Dott. Anna Mustur
	Dott. Maurizio Puliti

ai pazienti con Mal di Schiena, si sono strettamente attenuti alle otto Raccomandazioni riportate in Tabella 1, ed hanno registrato su un'apposita scheda, per tutto il periodo dello Studio, i dati clinici di ciascun paziente e le procedure di diagnosi e cura effettivamente messe in atto.

Il campione oggetto dello studio è consistito in 205 pazienti, di età compresa tra i 16 e 92 anni con un'età media di 52 (+/-17) anni, presentatisi negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale per Mal di Schiena.

Calcolando con il metodo di Clopper-Pearson gli intervalli di confidenza (al 95%) delle percentuali di adesione alle raccomandazioni cliniche, è stimabile per ciascuna percentuale un valore soglia (cut-off). Questi valori-soglia, qui riportati nella Tabella 3, possono essere considerati indicatori di aderenza della pratica clinica dei Medici di Medicina Generale alle indicazioni della Linea Guida della Regione Toscana relativamente al trattamento del Mal di Schiena.

Seguendo gli indirizzi della Linea Guida, possono essere largamente discriminati i casi di Mal di Schiena di origine c.d. "meccanica" rispetto a quelli in cui può essere presente una

causa più grave. Con l'adesione alla Linea Guida la diagnostica strumentale potrebbe essere limitata ai soli casi che ne hanno una ben definita necessità, la prescrizione di farmaci ed altri atti terapeutici potrebbe essere limitata solo a quanto è strettamente necessario (riducendo in tal modo anche il rischio di danni iatrogeni), si potrebbero ottimizzare i costi assistenziali ed anche si potrebbero ridurre i tempi di astensione dalle normali attività lavorative.

Decidere di quali accertamenti e di quali cure un paziente abbia necessità, e di quali no, è uno dei fondamenti dell'arte medica, e le Linee Guida sono redatte e presentate ai professionisti anche, se non soprattutto, con l'intento di essere in questo un aiuto. Evitare accertamenti e cure non necessari ha anche l'effetto di contenere il rischio clinico e l'effetto di limitare il consumo di risorse, specialmente in tempi finanziariamente difficili come quelli attuali. Per tutti questi motivi il Servizio Sanitario della Regione Toscana anni fa ha avviato un Progetto di produzione e di disseminazione di Linee Guida, tra cui questa per la diagnosi e la cura del Mal di Schiena, delle quali sta ora perseguendo l'attiva implementazione.

Tabella 3 - Valori-soglia

L'anamnesi e la visita consentono di escludere malattie gravi in oltre il 91,8% dei casi
Una sciatalgia vera oppure una cruralgia vera sono presenti in meno del 31,9 % dei casi
La sintomatologia perdura oltre 4-6 settimane in meno del 27,7% dei casi
Segni clinici di lesione neurologica sono presenti in meno del 19,1% dei casi
Una causa traumatica è ipotizzabile in meno del 14,6%dei casi
La radiografia in bianco della colonna è necessaria in meno del 23,5% dei casi
La diagnostica TAC o RMN è necessaria in meno del 12,3% dei casi
È consigliabile non mettere il paziente a riposo in oltre l'84,8% dei casi
Ciascun assistito riceve a seguito della visita una prescrizione media di 0,99 farmaci
Le cure fisiche sono sconsigliate nel 93,1% dei casi

Le medicine complementari e le discipline bio-naturali in Toscana

Introduzione

Il ricorso alle medicine complementari è da anni monitorato dall'Agenzia regionale di sanità della Toscana (Ars), visto l'importante ruolo che esse ricoprono all'interno del sistema sanitario regionale. Nel 2009 l'Ars, su invito della Commissione Regionale di Bioetica, ha condotto un'indagine per esplorare le conoscenze ed il ricorso alle medicine complementari e alle discipline bio-naturali nella popolazione toscana.

Materiali e metodi

L'indagine è stata svolta attraverso intervista telefonica computerizzata su un campione

rappresentativo di 1523 residenti toscani maggiorenni stratificato per sesso, età e azienda sanitaria di residenza. Il questionario ha raccolto informazioni sul grado di conoscenza e sull'uso di queste discipline, sulle strutture sanitarie di riferimento e sul rapporto tra assistito e medico di medicina generale.

MONICA DA FRÈ, FABIO VOLLER

Settore Epidemiologia dei Servizi Sociali Integrati
Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Risultati

Le medicine complementari più conosciute sono risultate essere l'omeopatia (17,6%) e l'agopuntura (14,1%). La fitoterapia è conosciuta solo dal 4,0% dei toscani, mentre quasi la metà dei rispondenti dichiara di non conoscerla affatto non avendone nemmeno sentito parlare

Tabella 1 - Conoscenza e uso di medicine complementari e discipline bio-naturali nella popolazione toscana

	Conoscenza			Ricorso negli ultimi 3 anni	
	Sì, le conosco	Le ho solo sentite nominare	No, non le conosco	Almeno una volta	Per i figli minori (n=341)
Medicine complementari					
Agopuntura	14,1	72,4	13,6	3,6	0,5
Omeopatia	17,6	63,6	18,9	7,9	23,4
Fitoterapia	4,0	49,7	46,3	1,8	1,3
Discipline bio-naturali					
Shiatsu	4,4	55,3	40,3	2,3	0,3
Riflessologia plantare	4,1	35,3	60,6	1,4	1,1
Cranio sacrale	1,2	11,5	87,4	0,3	0,4
Massaggio Tuina	0,3	11,3	88,4	0,08	0,3
Pranopratica	2,5	37,6	59,8	1,1	0,2
Naturopatia	2,3	26,7	70,9	0,9	0,9
Yoga	8,5	75,9	15,6	2,3	n.r.
Taiji	1,0	23,2	75,8	0,5	n.r.
Qigong	0,4	12,7	86,9	0,4	n.r.

n.r.: non rilevato

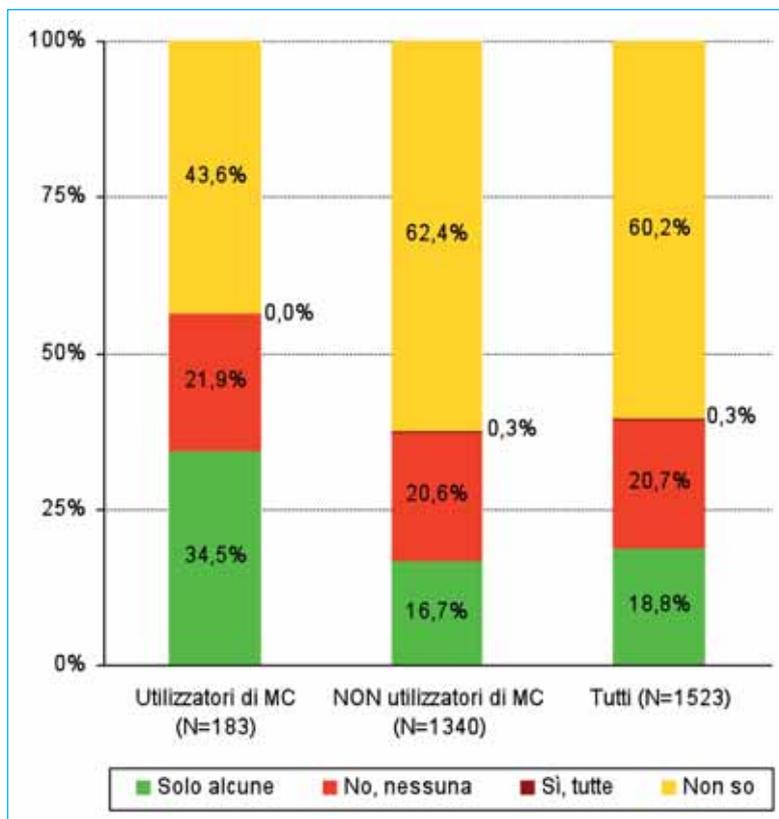


Figura 1 - Sa se alcuni tipi di queste terapie sono riconosciute e coperte dal sistema sanitario toscano?

(Tabella uno). L'11,5% dei toscani è ricorso ad almeno una medicina complementare nei tre anni precedenti l'intervista: il 7,9% è ricorso all'omeopatia, il 3,6% all'agopuntura e l'1,8% alla fitoterapia. L'omeopatia è largamente usa-

ta in età pediatrica, quasi un toscano su quattro vi ricorre per la cura dei propri figli minori. Tra le discipline bio-naturali, la più conosciuta è lo yoga (8,5%), seguita dallo shiatsu (4,4%) e dalla riflessologia plantare (4,1%); meno cono-

Tabella 2 - Struttura ed azienda sanitaria di erogazione delle medicine complementari

	Agopuntura (n=57)	Omeopatia (n=126)	Fitoterapia (n=26)
Presso quale struttura si è rivolto?			
Struttura-medico del SSN	31,2	26,9	13,3
Struttura-medico privato convenzionato	29,3	16,7	15,9
Struttura-medico privato NON convenzionato	35,5	34,7	26,7
Associazione	3,1	1,7	14,0
Palestra, centro benessere	0,9	6,7	15,5
Esperto di tecniche del benessere	0,0	0,0	8,3
Farmacia	0,0	12,2	2,1
Da sé	0,0	1,2	0,0
Persona di esperienza non specificata §	0,0	0,0	4,1
Azienda sanitaria di erogazione			
Propria azienda sanitaria	83,0	88,6	91,5
Altra azienda sanitaria	13,7	9,5	8,5
Fuori regione	3,3	1,9	0,0

§ Es: Amico, conoscente

sciute sono la pranopratica (2,5%) e la naturopatia (2,3%).

Escludendo lo yoga e lo shiatsu, i toscani che non conoscono affatto le discipline bio-naturali variano dal 59,8% per la pranopratica all'88,4% per il massaggio Tuina. Le più utilizzate nei tre anni precedenti l'intervista sono state lo Yoga (2,3%) e lo Shiatsu (2,3%), mentre meno diffuse sono la riflessologia plantare (1,4%), la pranopratica (1,1%) e la naturopatia (0,9%). Molto basso è il ricorso al massaggio cinese Tuina (0,08%), al cranio sacrale (0,3%) e alle ginnastiche come il Taiji (0,5%) ed il Qigong (0,4%).

La Tabella 2 mostra che il 60,5% degli utilizzatori di agopuntura si sono rivolti per la prescrizione e/o la pratica a strutture del sistema sanitario regionale o ad esso convenzionate, il 43,6% per l'omeopatia, il 29,2% per la fitoterapia. Il 12,2% degli utilizzatori di omeopatia si rivolge direttamente alla farmacia, mentre tra le strutture di riferimento per la fitoterapia

ci sono anche le palestre o centri benessere (15,5%), le associazioni (14,0%) o gli esperti di tecniche del benessere come l'erborista (8,3%). La struttura di riferimento si trova nell'azienda sanitaria di residenza per la maggior parte degli utenti, si trova in altra azienda sanitaria della regione in proporzioni che variano dal 13,7% per l'agopuntura all'8,5% per la fitoterapia.

Il ricorso alle medicine complementari è conseguenza, prevalentemente, del consiglio di parenti o amici (38,4%) (Tabella 3) o frutto di iniziativa personale (33,8%), ma anche di consiglio da parte del medico di medicina generale (33,1%), del medico specialista (30,5%) o del farmacista (10,2%). Il 57,3% degli utilizzatori informa il proprio medico di medicina generale del ricorso alle medicine complementari. Coloro che non lo fanno ritengono che non sia importante che il proprio medico lo sappia (73,3%) oppure perché il medico non gliel'ha mai chiesto (31,3%); il 18,3% teme invece un atteggiamento

Tabella 3 - Consigli all'uso e rapporto con il medici di medicina generale per gli utilizzatori di medicine complementari (N=183)

	%
Chi ne ha consigliato l'uso?	
Parenti e amici	38,4
Iniziativa personale	33,8
Medico di medicina generale	33,1
Medico specialista	30,5
Erborista	15,8
Farmacista	10,2
Terapista di pratiche non convenzionali	4,7
Personale sanitario non medico: ostetrica, infermiere, ...	4,6
Il suo medico è a conoscenza che le usa?	
Sì	57,3
No	42,7
Se no, per quale dei seguenti motivi il suo medico non ne è a conoscenza?	
Non è importante che il mio medico lo sappia	73,3
Il mio medico non me l'ha mai chiesto	31,3
Il mio medico non capirebbe/non approverebbe/mi scoraggerebbe	18,3
Non sono affari del mio medico	3,4
Le spese sostenute sono state interamente a suo carico?	
Interamente	89,4
Parzialmente	7,0
Completamente a carico del SSN	3,6

§§ Possibile più di una risposta.

mento contrario del medico nei confronti di queste terapie.

Solo il 7,0% degli utilizzatori di medicine complementari ha pagato un ticket ed il 3,6% non ha pagato la prestazione, mentre la quasi totalità ha sostenuto interamente la spesa relativa (89,4%), conseguenza del fatto che solo un toscano su cinque è a conoscenza che le medicine complementari sono riconosciute e coperte dal sistema sanitario regionale, il 34,5% se si considerano solo gli utilizzatori. Il 20,7%, infine, è convinto che nessuna disciplina sia riconosciuta, mentre il 60,2% dichiara di non sapere (Figura 1).

Conclusioni

In questa indagine sono stati studiati il rapporto medico paziente e il ruolo del sistema sanitario pubblico rispetto alle medicine complementari, mai indagati finora, e le discipline bio-naturali sono state oggetto di uno studio di popolazione per la prima volta.

Le medicine complementari invece, assieme ai trattamenti manuali (chiropratica e osteopatica), sono da anni oggetto di rilevazione nell'ambito dell'indagine multiscopo dell'Istat che aveva evidenziato una grande diffusione a partire dagli anni 90 sia in Italia che in Toscana dove la proporzione di utilizzatori è sempre stata superiore alla media nazionale.

Dal confronto con i dati dell'indagine multiscopo dell'Istat del 2005 è emerso che il ricorso all'agopuntura e all'omeopatia si è mantenuto costante nel tempo, mentre il ricorso alla fitoterapia è diminuito passando dal 4,3% nel 2005 all'1,8% nel 2009. L'erboristeria è risultata però essere largamente utilizzata, il 22% dei rispondenti vi ha fatto ricorso nei tre anni precedenti l'intervista ed il 34% ha dichiarato di conoscerla. Probabilmente il dato sulla fitoterapia è sottostimato e si ritiene che l'informazione che giunge ai cittadini sulla distinzione tra fitoterapia ed erboristeria non sia completa. La normativa toscana sulle medicine complementari è poco conosciuta ai toscani, anche tra coloro che le utilizzano.

La maggior parte di essi, pur ricorrendo a strutture del sistema sanitario toscano o a esso convenzionate, lo fa a proprie spese. Il proble-

ma della trasmissione dell'informazione ai cittadini riguarda anche le discipline bio-naturali. Nonostante il riconoscimento legislativo da parte della Regione Toscana che le definisce e ne regola la pratica a tutela della qualità delle prestazioni e della professionalità degli operatori, esse risultano essere poco conosciute e utilizzate dai toscani ad eccezione dello yoga.

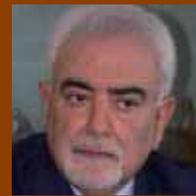
In una regione che ha svolto un così importante percorso normativo, gli operatori sanitari svolgono un ruolo fondamentale nella diffusione e nella conoscenza di queste discipline. Un segnale positivo emerso dall'indagine è il maggiore coinvolgimento dei medici e dei farmacisti nell'informare o consigliare ai pazienti le medicine complementari anche se le fonti informative e/o i consigli a utilizzare queste terapie giungono prevalentemente da parenti o amici o sono conseguenza di iniziativa personale.

Inoltre, una quota importante di utilizzatori informa il proprio medico di medicina generale sull'utilizzo delle medicine complementari ed è irrisoria la quota di utilizzatori che temono che il proprio medico non approvi la loro scelta. Una maggiore accettabilità di questo tipo di terapie da parte del mondo scientifico era già emersa da una nostra indagine del 2003 sui medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta toscani: il 58% dei medici ed il 42% dei pediatri avevano dichiarato di consigliare i propri pazienti l'uso delle allora "medicine non convenzionali" e di averne fatto ricorso in proporzioni superiori alla media della popolazione generale.

Infine, emerge che le strutture erogatrici di queste terapie sono distribuite sul territorio: in tutte le aziende sanitarie è presente l'offerta di medicine complementari essendo molto bassa la quota di residenti che si rivolge a strutture di altre aziende sanitarie.

Nonostante i segnali positivi emersi dall'indagine, si deve ancora lavorare sull'informazione ai cittadini, non solo sulla normativa vigente, ma anche sulla conoscenza specifica delle medicine complementari e delle discipline bio-naturali e il loro ambito di applicazione, affinché la medicina integrata possa essere una scelta consapevole per tutti e non per pochi.

Una Medicina Penitenziaria di opportunità e di iniziativa



Francesco Ceraudo, già direttore del centro clinico del "don Bosco" di Pisa

Principi

I detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà hanno diritto all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate sulla base di obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché di sistemi di informazione ed educazione sanitaria individuati sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel Piano Sanitario Regionale e Locale.

L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

Le attività di cura

Le Aziende USL competenti per territorio individuano secondo le linee di indirizzo elaborate dal Centro Regionale per la salute in carcere, modelli organizzativi atti ad assicurare la tutela della salute in carcere e organizzano percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati.

Le principali aree di intervento sono:

- la Medicina Generale;
- la Medicina Specialistica;
- la Medicina d'urgenza;
- l'Assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
- l'Assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute;
- le patologie infettive;
- la tutela della salute mentale.

Il 30 Agosto 2010 è stata approvata dalla Giunta Regionale la delibera sui contratti del Personale Sanitario Penitenziario.

Ad essa è connessa la rivisitazione dei compiti professionali degli Operatori Sanitari Penitenziari.

La Medicina Penitenziaria è innanzitutto la Medicina della persona, ancor prima della specifica malattia.

Prendersi in cura dei propri pazienti in carcere significa saper mediare tra le problematiche di malattie, sempre più complesse ed insidiose, e le fragilità e le debolezze dell'individuo e rafforzando le residue risorse ed energie fisiche e psichiche.

Sono necessari ambienti e percorsi che affermino la cultura nuova del dialogo, della comunicazione, della partecipazione e della solidarietà

che sostituisca la vecchia cultura o subcultura della separazione e del silenzio.

Il problema centrale è l'esistenza di comunicabilità tra medico e detenuto. Il rapporto medico-paziente non deve perdere la sua efficacia terapeutica e si deve fondare soprattutto sulla capacità di ascolto da parte del medico stesso. La pazienza non deve essere solo nell'ascoltare, ma anche nel rispondere, nel tranquillizzare.

Nel caso del Medico Penitenziario l'ascolto prefigura una significativa valenza: è un dovere preciso tanto più se l'interlocutore non ha chi lo ascolti, non tanto sul piano giuridico o istituzionale, ma sul piano umano, perché il carcere è soprattutto solitudine.

La vita, la salute, il benessere possibile di ogni uomo sono beni preziosi e la cui tutela merita tanta più attenzione ed impegno quando si tratta, come nel caso dei de-

tenuti, di persone affidate interamente alle nostre cure.

Si devono attuare programmi di sorveglianza sanitaria dei propri pazienti rivolti all'individuazione di eventuali fattori di rischio con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, infettive, psichiatriche e degenerative osteoarticolari, alla rimozione di quelli modificabili, alla ricerca di segni o sintomi nell'ambito delle malattie di pertinenza oncologica.

Il Responsabile del Presidio Sanitario è tenuto, altresì, a prestare opera professionale di organizzazione e di coordinamento dei servizi sanitari in relazione alle necessità ed all'esigenza di assicurare prestazioni mediche corrette ed efficaci.

La presenza fisica che si richiede al Medico Incaricato all'interno dell'istituto non può pertanto venire commisurata ai tempi tecnici di esecuzione delle visite mediche e tanto meno può essere occasionale, ma deve rispondere innanzi tutto all'istanza sociale e psicologica della comunità carceraria di disporre della presenza medica anche al di fuori della domanda clinica individuale e deve consentire un approfondito impegno del Medico incaricato nelle diverse aree d'intervento che gli sono proprie.

La Riforma della Medicina Penitenziaria deve essere il punto di partenza di un progetto altamente qualificante dove il medico e l'infermiere devono assurgere a protagonisti diretti del cambiamento.

Sono i medici e gli infermieri che devono governare il percorso della Riforma, mettendo a frutto la loro competenza e la loro specifica esperienza.

La Medicina dei Servizi è una modalità ade-

FRANCESCO CERAUDO
Direttore Centro Regionale per la salute in carcere

guata, un contesto normativo e giuridico opportuno per consentire attraverso una incisiva rivisitazione dei compiti professionali dei singoli operatori una presa in carico seria della salute in carcere e su questo versante bisogna operare per acquisire risultati significativi anche attraverso la utilizzazione della rete dei servizi che verrà messa a disposizione da parte delle Aziende USL competenti per territorio.

Bisogna essere in grado di lasciare alle nostre spalle la cosiddetta Medicina d'attesa collegata strettamente ad episodi contingenti di assoluta necessità clinica.

Bisogna finalmente predisporre di non continuare a muoversi nelle griglie asettiche e marginali della cosiddetta Medicina difensiva.

Non dunque una Medicina Penitenziaria organizzata come era prima nell'attesa della domanda, sostanzialmente costruita sull'attesa, ma una Medicina Penitenziaria in grado di prevenire, di saper individuare i bisogni e le criticità.

In sostanza una Medicina d'iniziativa.

Lo sviluppo della Sanità Penitenziaria di iniziativa si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico proattiva dei detenuti e su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte adeguate.

Pertanto l'obiettivo strategico consiste in: un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il dete-

nuto, favorendo lo sviluppo di condizioni che consentano di mantenere il livello di salute adeguato; un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

In questa ottica assume una particolare valenza la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l'adozione di corretti stili di vita, ed in particolare l'attenzione all'esercizio dell'attività fisica, di corrette abitudini alimentari, di abolizione del fumo, che debbono comunque essere viste non solo come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio alle terapie nella gestione della patologia nel caso di insorgenza della stessa.

Nella filosofia di adozione del modello, la prevenzione secondaria e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

Tutto ciò prefigura una rivoluzione della Medicina Penitenziaria con le prospettive di qualità e di sicura operatività dei servizi a tutela della salute della popolazione detenuta.

La Regione Toscana con spirito di forte sensibilità con la delibera sui contratti del Personale Sanitario ha fatto la sua parte.

Ora tocca agli Operatori Sanitari fare un passo avanti ed applicare i principi ispiratori della Riforma nella prospettiva di un'assistenza sanitaria a misura d'uomo anche in quei posti infelici che sono le carceri.

TM



Saffi Ettore Giustini, è responsabile Area Farmaco Società Italiana di Medicina Generale, medico di medicina generale Pistoia

L'uso e il consumo dei farmaci equivalenti

Note a margine del rapporto OsMed 2009

Premessa Rapporto Nazionale OsMed 2009 in sintesi

Come per gli anni precedenti, i farmaci del sistema cardiovascolare, con oltre 5 miliardi di euro, sono la categoria

terapeutica più utilizzata, con una copertura di spesa da parte del SSN di circa il 94%. La spesa pubblica e privata per questi farmaci si colloca al primo posto in molti Paesi europei. Altre categorie di rilievo in termini di spesa sono: i farmaci gastrointestinali (12,7% del totale), i farmaci del sistema nervoso centrale (12,5%) e gli antineoplastici (11,7%). Questi ultimi sono erogati sostanzialmente per intero (98,8% della

spesa) a carico del SSN, prevalentemente attraverso le strutture pubbliche. I farmaci dermatologici (per l'88% della spesa), quelli del sistema genito-urinario ed ormoni sessuali (57,2%) e i farmaci dell'apparato muscolo-scheletrico (53,1%) sono invece le categorie maggiormente a carico dei cittadini.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in leggera crescita rispetto all'anno precedente (+1,4%), mentre quella a carico del SSN diminuisce dell'1,7%, questo andamento è spiegabile in larga misura da un aumento delle partecipazioni da parte dei cittadini (ticket +33,3%), dello sconto (+25,6%) e da una diminuzione dei prezzi (-3,2%). Nella valutazione di questa riduzione bi-

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Area Farmaco Società Italiana di Medicina Generale, Pistoia (SIMG)

sogna tener conto che una quota della prescrizione è stata erogata tramite forme diverse di distribuzione quali la diretta e la per conto. Questa modalità di distribuzione incide mediamente nelle Regioni in cui viene adottata per circa il 22%, con livelli superiori al 30% in Emilia-Romagna e Toscana.

Il mercato dei farmaci equivalenti in Italia è in costante crescita (forse)

L'“effetto generici” in tutti i Paesi dove essi sono stati introdotti porta con sé un abbassamento dei prezzi (caratteristica del “generico” è infatti quella di costare meno del farmaco originale). Ma per l'effetto della introduzione del Certificato di Protezione Complementare, l'Italia è in ritardo di anni rispetto all'Europa sulla normativa legata alle scadenze dei brevetti.

Le dinamiche di mercato dei farmaci generici sono poi influenzate da fattori diversi; ad esempio, il livello dei prezzi delle specialità originali, se già basso, come talora in Italia, trascina i prezzi dei rispettivi equivalenti verso valori così poco remunerativi per le aziende produttrici, da scoraggiarle.

Il continuo invecchiamento della popolazione e la scarsità di risorse disponibili sono due vettori di analisi da tener presente quando si affronta il tema del mercato dei farmaci equivalenti (FE) in Italia in presenza di un'azione costante delle autorità governative ad agire sulla leva dei prezzi.

Esiste poi un apparente paradosso nel senso che si continua a valersi della leva finanziaria sulla spesa farmaceutica territoriale, che da tempo in molte regioni rispetta i tetti programmati e che rappresenta una delle poche voci di spesa in diminuzione, anche all'effetto calmierante generato dai farmaci generici”.

La Figura 1 mostra come i farmaci equivalenti rappresentano quasi la metà del consumo territoriale e circa il 28% della spesa, anche se la mag-

giore prescrizione si concentra ancora sui prodotti *branded* (Figura 4).

Nel 2009 hanno perso il brevetto alcuni principi attivi molto prescritti come il pantoprazolo e il perindopril.

Ricordo che esistono a livello internazionale tre categorie di farmaci generici:

- *branded*: ovvero **copie** di specialità farmaceutiche recanti un proprio marchio di fantasia; ad esempio l'ipotetica specialità “Bruciamen” che ha come principio attivo il Lansoprazolo;
- *semibranded*: commercializzati sotto la Denominazione Comune Internazionale (DCI) del principio attivo, seguita dal nome del titolare della AIC; ad esempio Lansoprazolo ratiopharm (è il caso del generico in Italia);
- *unbranded*: ovvero i cosiddetti generici “puri”, identificati dalla sola DCI; ad esempio Lansoprazolo.

In Italia la strategia del co-marketing ha prodotto di fatto che le diverse molecole fossero commercializzate contemporaneamente da varie Industrie, con differenti nomi di fantasia: si tratta dei cosiddetti prodotti “copia”.

L'utilizzo di farmaci *unbranded* è inferiore a quello di altri paesi europei

Emerge dall'analisi dei dati nazionali e regionali che l'uso dei farmaci equivalenti *unbranded* è inferiore a quella di paesi come Germania, Francia e Inghilterra (Figura 5).

Sostituibilità e Lista di trasparenza

Quando l'autorità regolatoria autorizza uno o più medicinali farmaci equivalenti di un farmaco rimborsato dal SSN la cui protezione brevettuale è scaduta, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) include sia l'originatore che i farmaci equivalenti corrispondenti in una lista, chiamata lista di trasparenza, aggiornata mensilmente e disponibile

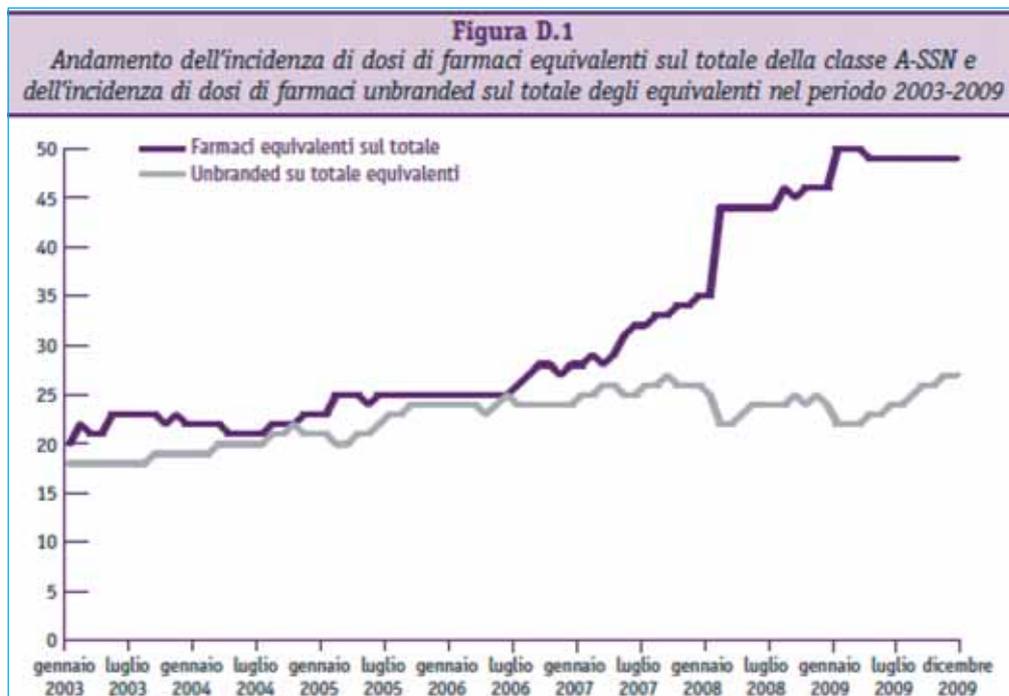


Figura 1 - Fonte Rapporto Nazionale OsMed 2009.



Figura 2 - Classificazione farmaci "generici" L. Garattini - I farmaci generici nei principali paesi europei, Kailash Editore.

Esperienze a confronto in Europa, generici vs copie

☺ Pur accettando su base documentale che le due tipologie (Originatori e Copie) siano essenzialmente simili, non è provato che siano tra loro **bioequivalenti** e quindi interscambiabili, al contrario del farmaco "Generico".

Posso fare un esempio...

Originator 2 originatori

AULIN
MESULID

16 generici

Farmaco Generico	Farmaco Generico
NIMESULIDE EG	NIMESULIDE MIP
NIMESULIDE RAT	NIMESULIDE ALM
NIMESULIDE DOC	NIMESULIDE PLI
NIMESULIDE MSI	NIMESULIDE ALN
NIMESULIDE DRM	NIMESULIDE TEV
NIMESULIDE SAN	NIMESULIDE AGE
NIMESULIDE HEX	NIMESULIDE JET
NIMESULIDE BIG	NIMESULIDE UNH

35 copie

Farmaco Copia	Farmaco Copia
LEDOREN	NICE
ERREFLOG	EPRIDOL
NIMEDEX	NIMESULENE
NIMESULIDE ATE	SOLVING
NIMS	DOMES
SULICE	NIMENOL
ALGIMESIL	FLOLID
MIGRALESS	REMOV
ANTALGO	ISODOL
DOLOXTREN	ELIDOLENE
EDEMAX	AL GOLDER
FANSIDOL	NIMESULIDE LICB
FANSULIDE	NERELID
SULIDAMOR	DEL FOS
NIMESIL	AREUMA
NOXALIDE	DIMESUL
RESULIN	NOALGOS
PANTAMES	

Figura 3 - Un esempio "generici" e "copie".

sul sito internet dell'AIFA <http://www.agenziafarmaco.it/section8983.html>.

In questa lista il medicinale originatore e i farmaci equivalenti corrispondenti sono elencati insieme, con il corrispondente prezzo di riferimento. I farmaci raggruppati insieme nella lista di trasparenza sono sostituibili. La lista attesta dunque la circostanza che i farmaci ivi elencati sono considerati generici e, per l'effetto, ne sancisce la sostituibilità.

Questo meccanismo non elimina le criticità insistenti nel mercato italiano e più rilevanti che sono in sostanza "un problema regolatorio di fatto insolubile" che si intreccia "ad un problema di distribuzione e di dispensazione nel territorio".

Il problema regolatorio consiste in sintesi nel fatto che la modalità di registrazione dei farmaci equivalenti assicura la bioequivalenza fra prodotto "Originatore" e prodotto *off patent*, ma non dei

diversi generici fra di loro. Insomma è il problema della "switchability" o della interscambiabilità in farmacia dei farmaci equivalenti (Figura 6).

Il problema di mercato consiste che la modalità di distribuzione attraverso le farmacie territoriali rende aleatorio ogni discorso di continuità terapeutica; con un forte impatto dei farmaci equivalenti sulla appropriatezza prescrittiva nell'uso del paziente cronico e/o nel paziente "fragile", toccando un aspetto delicato quella della sostituibilità / interscambiabilità fra le alternative di farmaci equivalenti presenti sul mercato da parte dei farmacisti all'atto dell'erogazione del farmaco. Tale sostituibilità "orizzontale" determina confusione ed incertezza per il paziente con rischio di abbandono della terapia prescritta.

Le conseguenze: una attitudine conservativa nell'impiego dei generici "veri" (vedi Figura 7 e Figura 1).

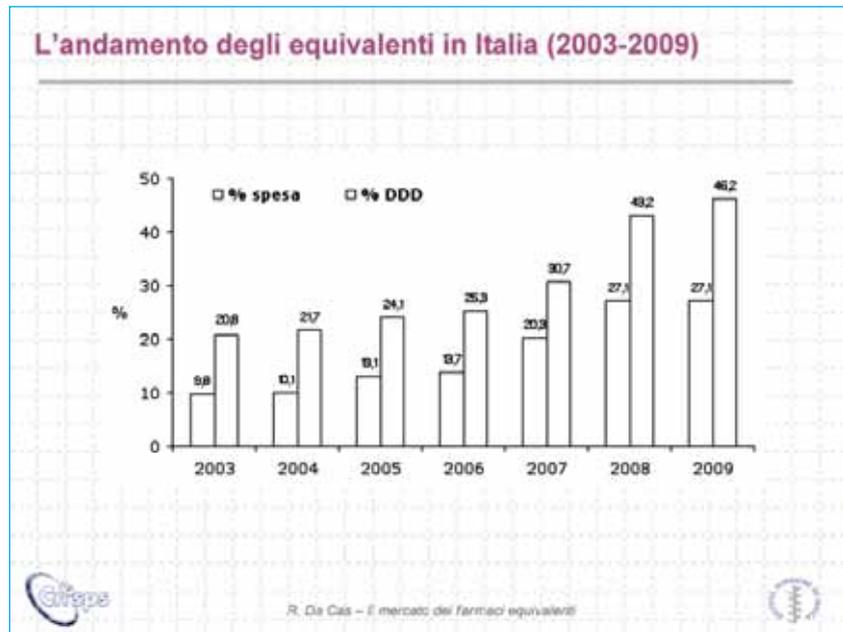


Figura 4 - Fonte Rapporto Nazionale OsMed 2009. R. Da Cas 8 luglio '10.

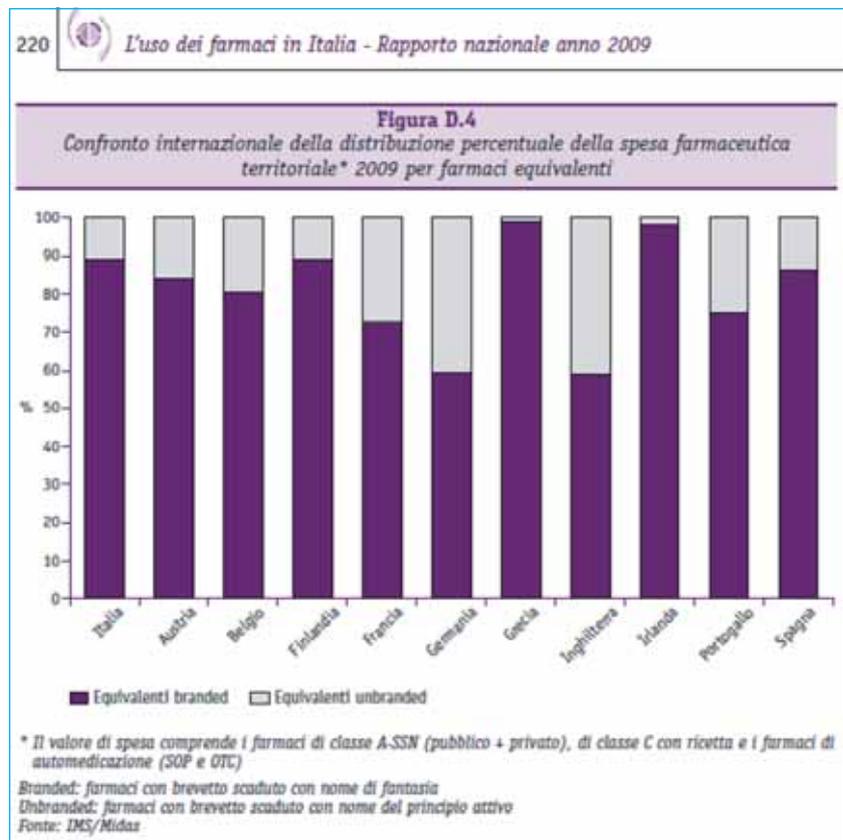


Figura 5 - Branded Unbranded: il rapporto in Europa Fonte Rapporto Nazionale OsMed 2009.

La sostituibilità di un medicinale con un altro va gestita soprattutto da un punto di vista medico. Ossia, fatta salva la bioequivalenza dei medicinali coperti da brevetto con quelli che hanno perso l'esclusività, possono sussistere delle ragioni "mediche" per cui il prescrittore preferisce continuare la cura con una particolare specialità: l'incapacità nel gestire confezionamenti differenti, la risposta individuale del paziente, ed altre considerazioni ancora, possono valere come eccezione alla regola generale. Ciò naturalmente può accadere sia con i

farmaci equivalenti che con gli "originator" e non può mettere in discussione le procedure di verifica della qualità del medicinale che sono le stesse.

La scadenza brevettuale di importanti molecole e la relativa riduzione dei prezzi hanno contribuito in parte al contenimento della spesa farmaceutica.

Constatato che il farmaco equivalente ha raggiunto circa il 10% del totale mercato farmaceutico a confezioni vendute, va detto che, di fatto, quanto a consumo del farmaco equivalente, l'Italia resta divisa in due: le regioni del centro-nord sfruttano

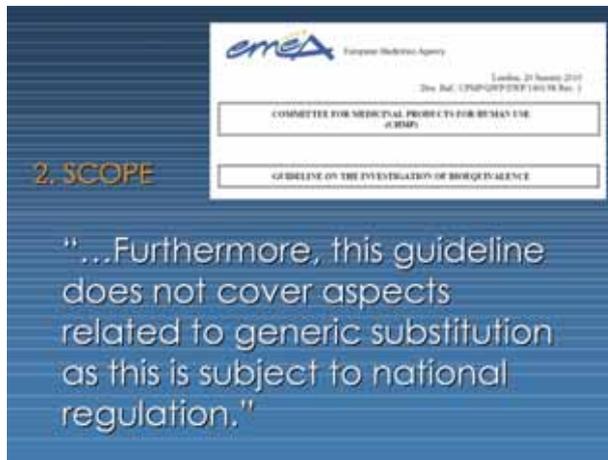


Figura 6 - Fonte Prof. PL Navarra OsMed 2009 08 luglio 2010.

maggiormente le opportunità offerte dal farmaco generico/equivalente di generare risorse da reinvestire in innovazione (Figura 7 e 8).

Gli organi regolatori come l'AIFA hanno in primo luogo una missione di salute pubblica; l'azione

di vigilanza sulla qualità dei medicinali viene esercitata a prescindere dal fatto che si tratti di medicinali equivalenti o meno.

I farmaci equivalenti liberano risorse dopo aver restituito la giusta ricompensa a chi ha investito in ricerca.

Anche l'azienda che produce il farmaco originatore è indotta a ridurre il prezzo per mantenere consistenti quote di mercato ed il sistema sanitario nel suo complesso se ne avvantaggia perché vengono liberate risorse per i farmaci veramente innovativi e più costosi. In definitiva, il farmaco equivalente innesca un effetto di trascinamento che porta a prezzi al pubblico sensibilmente inferiori.

Per quanto sia comprensibile registrare diffidenze e scetticismi – non sempre disinteressati – tale economia non produce solo risparmio, ma anche la possibilità di acquistare medicinali innovativi senza rinunciare a terapie efficaci e sicure ormai consolidate.

Non di solo risparmio si tratta dunque."

In press **in situ** ASCO http://www.progettoasco.it/default2_elenco.asp?active_page_id=766

TM

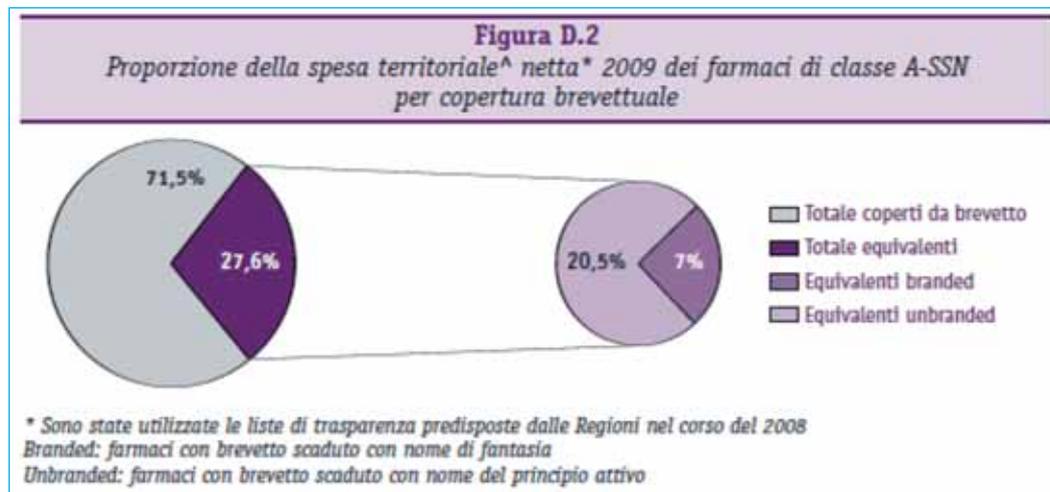


Figura 7 - Fonte OsMed 2009 08 luglio 2010.

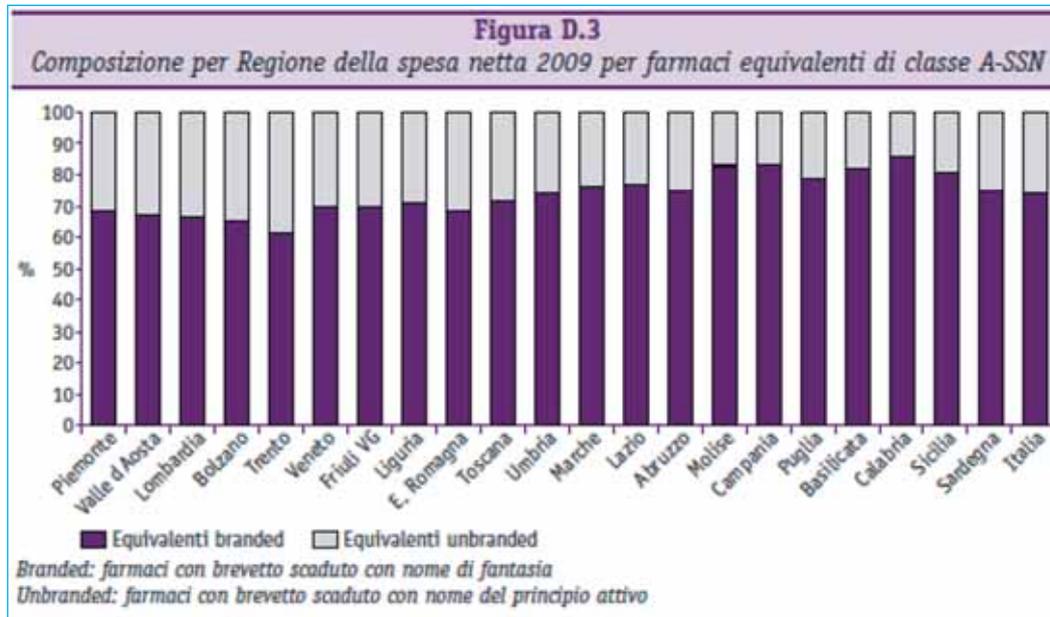


Figura 8 - Branded e Unbranded e variabilità regionale Fonte OsMed 2009 08 luglio 2010.

Update sulla pubertà precoce



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

Introduzione

Pubertà precoce: comparsa caratteri sessuali secondari prima di 8 anni nelle femmine e 9 anni nei maschi. Incidenza PP 1:5000-1:10000 bambini, rapporto M/F 1:5-1:10, con prevalenza forme idiopatiche nelle F (90%) ed organiche nei M (50%). In Danimarca, nell'ultimo quindicennio, la comparsa del seno è scesa di circa un anno (dai 10-11 anni ai 9-10 anni), la comparsa del menarca di circa 3 mesi e mezzo. Nell'Italia Settentrionale i bambini iniziano lo sviluppo puberale un anno prima della popolazione britannica studiata nel 1976 (Bona, 2005). In Italia si assiste ad un anticipo della maturazione sessuale, non tanto rispetto al menarca, quanto alla comparsa dei caratteri sessuali secondari (Salti, 2007).

Fattori causali di carattere individuale e ambientale: ereditarietà, variazioni secolari, differenze etniche/razziali e geografiche incidono attraverso variabili socio-ambientali sul benessere e sui tempi di maturazione del soggetto (Tremblay e Frigon, 2005). Bambini in sovrappeso tendono ad avviare anticipatamente, rispetto alla media, una maturazione dell'apparato riproduttivo, tuttavia, l'obesità appare maggiormente correlata con l'anticipazione puberale che con la pubertà precoce. L'esposizione ad immagini e comportamenti di tipo adulto, ad alto impatto emotivo, veicolati dai mass media, determinano stimoli sulla corteccia cerebrale dei bambini e, a cascata, sull'apparato endocrino (Stagi e Salti, 2008).

Conseguenze di uno sviluppo precoce: nel breve tempo, accelerazione della maturazione scheletrica e statura più alta rispetto alla media normativa, a lungo termine, rallentamento della crescita con mancato raggiungimento di una statura conforme al target genetico e spesso più bassa rispetto alla norma della popolazione di riferimento. La bassa statura si associa ad un'alterazione delle proporzioni corporee con maggior sviluppo dei segmenti inferiori ed aumento dei diametri bisacromiali (Stagi e Salti, 2008). La pubertà si accompagna a

rapide e simultanee trasformazioni a livello biologico, sociale e psicologico, che modificano le aspettative, le norme sociali, l'identità personale e la percezione di sé. Quando questi cambiamenti avvengono in modo anticipato, la persona può andare incontro a problemi emotivi e comportamentali, soprattutto a causa di una mancanza di risorse idonee ad affrontare la maturazione fisica, il confronto con i pari, i cambiamenti di vita (Mendle, Turkheimer e Emery, 2006; Ciampi e Guarnieri, 2006).

Pertanto si ritiene importante compiere valutazioni adeguate in tempi rapidi, a partire dalla comparsa dei primi segni di anticipazione puberale, in modo da effettuare diagnosi corrette e stabilire l'utilità di una terapia (Bona, 2010)

Dati sulla pubertà precoce in Toscana

AOU Meyer: analizzate 187 bambine giunte tra il 2000 ed il 2009 per comparsa primi segni di pubertà precoce.

Target medio 160.12 cm e BMI alla prima visita pari a 18.00 ± 2.89 (la PP non è associata ad obesità). L'88.5% mostra un'età ossea superiore a quella cronologica, utero pubere (diametro > 5 cm) solo nel 10.9% dei casi. Volume ovarico: il 64.2% risulta in uno stadio pubere (volume di almeno un ovaio ≥ 2). Picco LH in media 16.83 ± 12.34 , FSH 13.12 ± 6.00 . Stadio di Tanner: l'83% si colloca tra il 2° ed il 3° stadio, l'11% nel 1°, il 6% in uno stadio superiore al 3°. Tra la comparsa dei primi segni (età media 7 anni ± 1.7) e la prima visita al Meyer passano dai 12 ai 13 mesi in media. Importante ridurre i tempi per valutare tempestivamente lo stato psicofisico delle bambine.

Correlazioni significative sono state osservate tra BMI e diametro longitudinale dell'utero ($r = 0.20$, $p < 0.05$). Il BMI risulta inoltre correlato con stadio di Tanner ($r = 0.20$, $p < 0.01$) e con età ossea ($r = 0.28$, $p < 0.001$); lo stadio di Tanner con diametro longitudinale dell'utero ($r = 0.35$, $p < 0.001$),

FIORELLA GALLUZZI¹, CAMILLA MATERA²,
SILVIA BONINI³, ROBERTO SALTI⁴,
SALVATORE SEMINARA⁵, STEFANO STAGI⁶,
CRISTINA MANONI⁷, CHIARA CIAMPI⁸,
MAURIZIO DE MARTINO⁹

¹ Professore associato di Pediatria, AOU Meyer - Firenze

² Psicologa Dipartimento di Pediatria - Auxoendocrinologia, AOU Meyer - Firenze

³ Psicologa Dipartimento di Pediatria - Auxoendocrinologia, AOU Meyer - Firenze

⁴ Professore associato di Pediatria, AOU Meyer - Firenze

⁵ Professore associato di Pediatria, AOU Meyer - Firenze

⁶ Pediatra U.O. Pediatria, Ospedale Villamarina - Piombino Livorno

⁷ Pediatra Dipartimento di Pediatria - Auxoendocrinologia, AOU Meyer - Firenze

⁸ Pediatra N.P.I. Dipartimento di Pediatria - Auxoendocrinologia, AOU Meyer - Firenze

⁹ Direttore Dipartimento di Pediatria, AOU Meyer - Firenze

con età ossea ($r = 0.36$, $p < 0.001$), con il rapporto LH/FSH ($r = 0.27$, $p < .001$) e con il picco di LH ($r = 0.22$, $p < 0.01$).

Una terapia è stata intrapresa per il 75% delle pazienti. Negli altri casi, o per una posizione auxologia più favorevole e dunque per una previsione della statura adulta conforme al bersaglio genetico, o per caratteristiche psicologiche che rendevano la persona in grado di affrontare il processo maturativo senza subirne conseguenze negative, si è deciso di non avviare un trattamento. Due i gruppi: 138 *bambine in terapia* (75%), 46 *bambine non in terapia* (25%). Familiarità per PP: 40.4% nel primo gruppo, 42.1% nel secondo gruppo.

Analizzando a posteriori i due gruppi terapia/non terapia

Per i parametri utili ad effettuare una diagnosi di pubertà precoce, si osservano differenze significative nei due gruppi con solo riferimento a: volume ovaio destro ($t_{(182)} = 2.98$, $p < 0.01$), diametro longitudinale utero ($t_{(141)} = 2.18$, $p < 0.05$), picco LH ($t_{(166)} = 2.25$, $p < 0.05$) e stadio di Tanner ($t_{(177)} = 2.24$, $p < 0.05$). Non si riscontrano differenze significative rispetto a: rapporto LH/FSH, picco FSH, differenza età cronologica ed età ossea.

Dati relativi all'altezza alla prima visita e al termine del trattamento delle bambine trattate (sono 24, il 17.4%, le bambine che hanno concluso il trattamento): 9 (37.5%) hanno raggiunto una altezza uguale o superiore al 90° percentile, 4 (16.7%) si collocano tra il 75° ed il 90°, 5 (20.8%) tra il 50° ed il 75°, 4 (16.7%) tra il 25° ed il 50° e 2 (8.3%) al di sotto del 25°. In conclusione: 5 (20.8%) rimangono alla fine della terapia nel medesimo percentile rilevato alla prima visita; 6 (25%) si collocano in un percentile superiore; 5 (20.8%) che si collocavano intorno al 90° percentile, alla fine del trattamento, si mantengono al di sopra del

75°; 1 (4.2%) che si collocava al di sopra del 95° percentile, si mantiene sopra il 90°; 2 (8.3%) che si collocavano tra il 50° ed il 75°, rimangono al di sopra del 50°. Lo stesso non può essere detto per 2 (8.3%) che si collocavano intorno al 25° percentile alla prima visita e, dopo la terapia, intorno al 5°; 1 (4.2%) che risultava nel 50° percentile alla prima visita e che alla fine del trattamento si posiziona tra il 25° ed il 50°.

Osservazioni conclusive

Necessità anche per questo tipo di disturbo di una valutazione e presa in carico multi-disciplinare. La natura bio-psico-sociale del disturbo comporta, infatti, un'attenta analisi clinica di tipo medico-psicologico

Fra i due gruppi le differenze non sono tali, per la loro entità, da determinare la scelta di effettuare o meno un trattamento farmacologico. La valutazione dei parametri serve soprattutto ad effettuare una diagnosi corretta. La scelta del trattamento dipende, piuttosto, da altri fattori, quali la previsione staturale e la condizione psicologica della bambina.

I disordini di tipo psicologico conseguenti alla precocità dello sviluppo puberale riguardano sintomatologie depressive o ansiose e problematiche comportamentali in correlazione ad un'immagine corporea negativa, ridotta autostima, difficoltà di relazione con i pari e tendenza all'isolamento (Ciampi e Guarnieri, 2006; Ciampi et al. 2009).

Riteniamo utile approfondire l'argomento in una tavola rotonda multidisciplinare.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: c.ciampi@meyer.it

TM

CORSI E SEMINARI

LIMITE DELLE/ALLE CURE NELLE PERSONE ANZIANE

L'AOU Careggi, l'Associazione GR.E.CA.LE, Gruppo Etico Careggi per la Leniterapia e l'Univ. di Firenze organizza il seminario per il giorno **31 Marzo 2011**, con orario 14.30-19.00 presso l'Aula Magna della Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Partecipano: Gianluca Favero (Antropologo), Lucia Calдини (Medico di Medicina Generale), Lorenzo Boncinelli (Geriatra), Anna Lopes Pegna (Familiare), Quirino Maggiore (Nefrologo), Sandro Spinsanti, Andrea Lopes Pegna, Mariella Orsi, Stefano Grifoni (Direttore Accettazione e P.S. Careggi), Bernardo Franco (Infermiere in RSA). Per iscrizioni: dragoc@au-careggi.toscana.it.

ISTEROSCOPIA OFFICE

Il III corso avanzato si terrà a Firenze nei giorni **6-8 aprile 2011** presso Villa Margherita - Ospedale Palagi - Viale Michelangelo 42, Firenze. Direttori del corso: Stefano Calzolari, Dr. Mario Franchini. Segr. Org.va Quid Communications Firenze, email: ilaria@quidcom.com 055.4633701.

MEDICI IN AFRICA

L'associazione "Medici in Africa- onlus" organizzerà il prossimo corso dal **18 al 22 maggio 2011** presso l'Univ. di Genova. Il costo del corso è di 300 euro e sono stati richiesti crediti ECM. Sarà presto possibile effettuare l'iscrizione attraverso il sito " www.medicinafrica.it". Per le iscrizioni al corso, informazioni ed eventuali donazioni contattare: MEDICI IN AFRICA ONLUS Segreteria Organizzativa. Da lun. a ven. 9.30/13 mercoledì 9.30/15.30. Tel. 010.35377621 - 340.7755089 medicinafrica@unige.it - www.medicinafrica.it.



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".

Diabete: epidemia mondiale

L'epidemia delle malattie croniche

Con il titolo "The neglected epidemic of chronic disease" ("L'epidemia dimenticata delle malattie croniche"), Lancet che introduceva nel 2005 una serie di articoli sul tema dell'epidemiologia delle malattie croniche¹. In estrema sintesi questo il messaggio lanciato dalla rivista: "Le malattie croniche stanno dilagando in tutto il mondo a una velocità ben superiore all'invecchiamento della popolazione, colpiscono i paesi industrializzati (in particolare gli Stati Uniti) ma non risparmiano i paesi a medio e basso livello di sviluppo. Di fronte a questa emergenza la risposta dei governi e dei sistemi sanitari è assolutamente insufficiente".

Anche l'OMS nello stesso anno produceva un rapporto che parlava delle malattie croniche come di una "minaccia globale" che interessa soprattutto i paesi a medio e basso reddito, come chiaramente mostrato dalla **Figura 1**. Nei paesi a reddito medio-basso (in tale gruppo sono comprese Cina e Russia) la mortalità per malattie croniche è di gran lunga superiore alle altre cause (malattie infettive e incidenti), mentre i paesi a reddito basso (vedi paesi dell'Africa sub-sahariana e

dell'Asia del sud, come India e Pakistan) registrano una doppia, contemporanea epidemia: quella delle malattie infettive e della mortalità materno-infantile e quella delle malattie croniche.

Anche il New England Journal of Medicine parla della "Sfida crescente" delle malattie croniche nei paesi in via di sviluppo, riferendosi in particolare a obesità e diabete². Il diabete - trainato dalla diffusione esplosiva dell'obesità - sta diffondendosi con la rapidità di una pandemia: nel 1985 si contavano nel mondo 30 milioni di casi; nel 2010 si registrano 285 milioni di casi; le previsioni più prudenti parlano di 435 milioni di casi nel 2030.

Gli incrementi più rilevanti sono previsti in Asia, in Africa e in America Latina come descritto nella **Figura 2**.

Di seguito descriviamo brevemente la situazione del diabete in Cina e India, paradigma perfetto della diffusione delle malattie croniche nei paesi non ricchi, ma con uno sviluppo economico particolarmente accelerato.

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

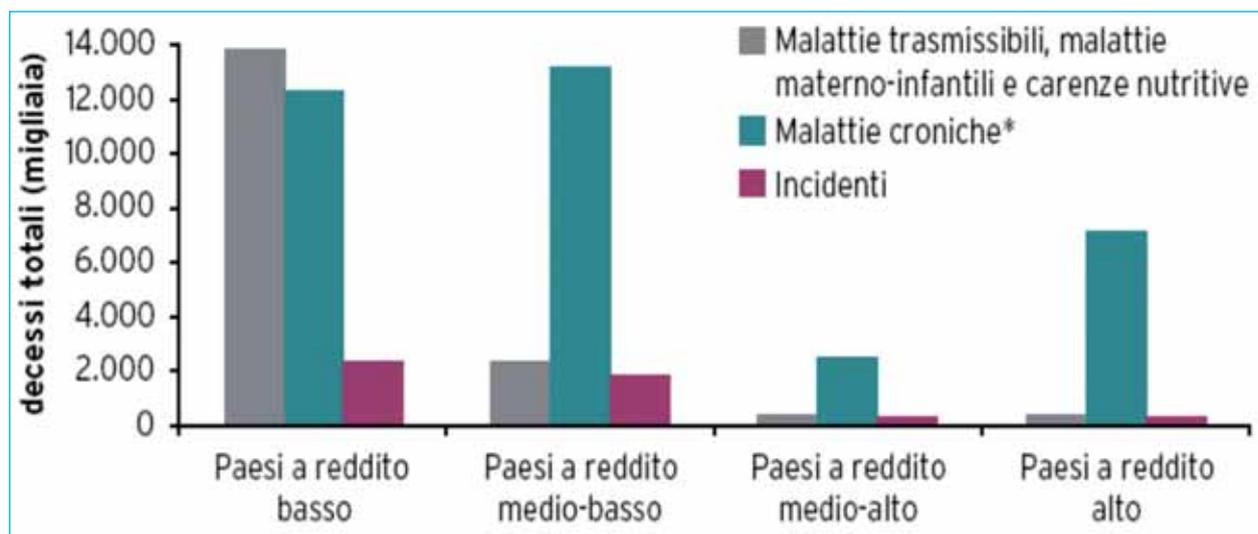


Figura 1 - N. Decessi per gruppi di cause in differenti aree del mondo, per livello di reddito.

¹ R. Horton, The neglected epidemic of chronic disease, www.thelancet.com, published online October 5, 2005.

² P. Hossain et al, Obesity and diabetes in the Developing world - A growing challenge, NEJM 2007; 356: 213-15.

Diabete. I casi di Cina e India.

Cina. Una *survey* nazionale³ effettuata nel 2008 sulla popolazione al di sopra dei 20 anni rilevava il dato complessivo di prevalenza del 9,7% per il diabete e 15,5% per il pre-diabete (rispettivamente 10,6% e 16,1% per gli uomini e 8,8% e 14,9%). Il diabete è più diffuso nelle aree urbane (12,0%) rispetto a quelle rurali, ma nelle zone più ricche della Cina questa differenza scompare, così come non si registrano differenze tra città e campagna riguardo al pre-diabete.

Il ritmo di crescita del diabete (e pre-diabete) è impressionante: le prevalenze erano del 2,5% (e del 3,2%) nel 1994 e del 5,5% (e del 7,3%) nel 2000-2001.

India. In india i dati sono meno precisi e aggiornati. Secondo le stime del *International Diabetes Federation* il dato 2010 di prevalenza nazionale del diabete (popolazione 20-79 anni) è del 7,1% con profonde differenze tra zone rurali e aree urbane. Una *survey* effettuata in 6 città metropolitane nel 2001 rilevava una prevalenza del 12,1% (con una forte crescita rispetto a una ricerca effettuata nel 1975, quando il dato di prevalenza era del 2,1%). Nell'area della città di Chennei (India meridionale, 4 milioni di abitanti) nel 2006 la prevalenza era del 15,5% rispetto al 8,3% del 1989 (con un incremento del 72,3%).

L'epidemia del diabete in Cina e India si caratterizza per i seguenti comuni elementi:

- i principali determinanti dell'epidemia sono la globalizzazione e l'urbanizzazione che hanno prodotto profondi cambiamenti negli stili di vita, facendo dilagare comportamenti a rischio

(alimentazione squilibrata, sedentarietà, fumo di tabacco). Un fenomeno decisivo nell'esplosione dell'epidemia è stato il rapido diffondersi della "fast food industry" con i suoi ristoranti, shop e supermercati⁴. I "junk food", i cibi spazzatura, caratterizzati da un alto contenuto calorico e da scarso valore nutrizionale, sono i più economici e quindi più alla portata dei gruppi più poveri della popolazione che, di conseguenza, sono quelli più colpiti da obesità e diabete;

- la rapidità della diffusione e la precocità dell'esordio (10-20 anni in anticipo rispetto all'età di esordio dei paesi occidentali, generalmente i 50-60 anni);

- l'elevata percentuale di forme non diagnosticate e quindi non conosciute dal paziente: 60% in Cina, 40% in India; in molti casi il riconoscimento del diabete avviene a causa della diagnosi di una sua complicazione (cardiovascolare, renale, retinica, etc);

- la presenza di sistemi sanitari quasi completamente privi di una rete di protezione sociale, in cui l'accesso ai servizi sanitari è a pagamento e dove malattie croniche, che richiedono l'assunzione perenne di farmaci, sono una delle principali cause di spese catastrofiche e di impoverimento delle famiglie e di terribile espansione delle disuguaglianze nella salute.

Per entrambi i paesi sono stati calcolati i danni economici prodotti in dieci anni come conseguenza delle morti premature per diabete, malattie cardiache e ictus: Cina, 558 miliardi di dollari; India, 237 miliardi di dollari.

TM

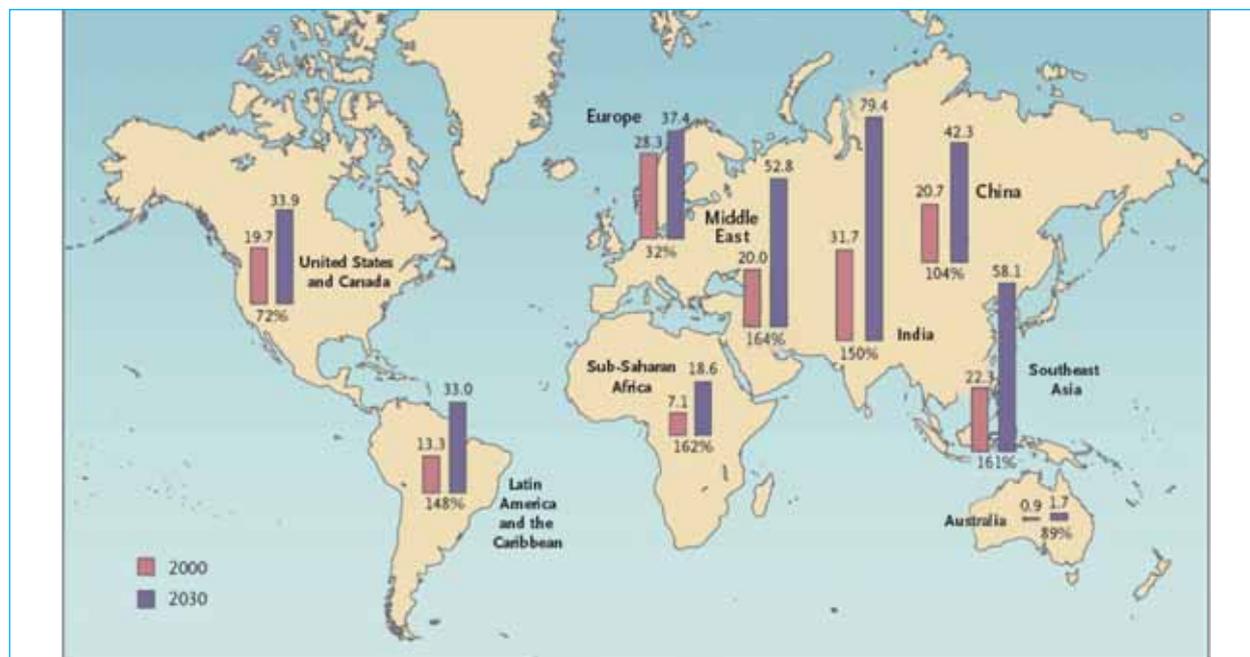


Figura 2 - Milioni di casi di diabete nel 2000 e proiezioni nel 2030, con le percentuali previste di cambiamento. Millions of Cases of Diabetes in 2000 and Projections for 2030, with Projected Percent Changes. Data are from Wild et al.³

³ Wenyang Y. et al, Prevalence of diabetes among men and women in China, NEJM 2010; 362: 1090-1100.

⁴ Pingali P. and Khwaja Y., Globalisation of Indian Diets and the Transformation of Food Supply Systems, ESA Working Paper No. 04-05.



Adele Caldarella, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1991, specializzata in Anatomia Patologica nel 1997, è dirigente medico dal 2009 presso il Registro Toscano Tumori, U.O. Epidemiologia Clinica e Descrittiva, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (I.S.P.O.)

Tumore invasivo della cervice uterina

Trend di incidenza per istotipo

Nell'area coperta dal Registro Tumori della Regione Toscana (Firenze e Prato) nell'anno 2004 sono stati diagnosticati 69 nuovi casi di tumore invasivo della cervice uterina, con un tasso standardizzato pari a 8.4 (x 100.000); questa neoplasia ha rappresentato il 2% del totale delle diagnosi tumorali nel sesso femminile e la probabilità in Toscana che venga diagnosticato un tumore della cervice uterina nel corso della vita risulta pari ad 1 caso ogni 129 donne (www.ispo.toscana.it).

Il grafico riportato mostra i tassi di incidenza del tumore invasivo della cervice uterina del Registro Tumori della Regione Toscana dal 1996 al 2005, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (x 100.000); l'andamento medio nel periodo risulta sostanzialmente stabile sia per i principali istotipi di carcinoma cervicale, che non mostrano variazioni statisticamente significative (carcinoma a cellule squamose APC -2.6, CI-7.7+2.8; adenocarcinoma: APC +1.7, CI -5.9 +10.0), sia per il gruppo rappresentato da altri tumori o carcinomi non specificati (APC -0.5, CI -11.2 +11.6).

Dalla fine degli anni '80 agli inizi degli anni 2000 i trend di incidenza del tumore invasivo della cervice

uterina hanno mostrato un andamento complessivo in significativa riduzione nella popolazione occidentale, con un decremento a carico

del carcinoma a cellule squamose ed una tendenza all'aumento per l'adenocarcinoma (Toscana Medica 6/2007).

L'introduzione delle attività di screening del carcinoma cervicale ha influenzato i trend di incidenza di questa neoplasia, in particolare per quanto riguarda l'istotipo a cellule squamose, i cui precursori sono più facilmente individuabili con le tecniche diagnostiche in uso; negli ultimi anni, tuttavia, anche l'adenocarcinoma mostra modifiche nel trend di incidenza, con un rallentamento della sua crescita recentemente documentato anche da studi internazionali.

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

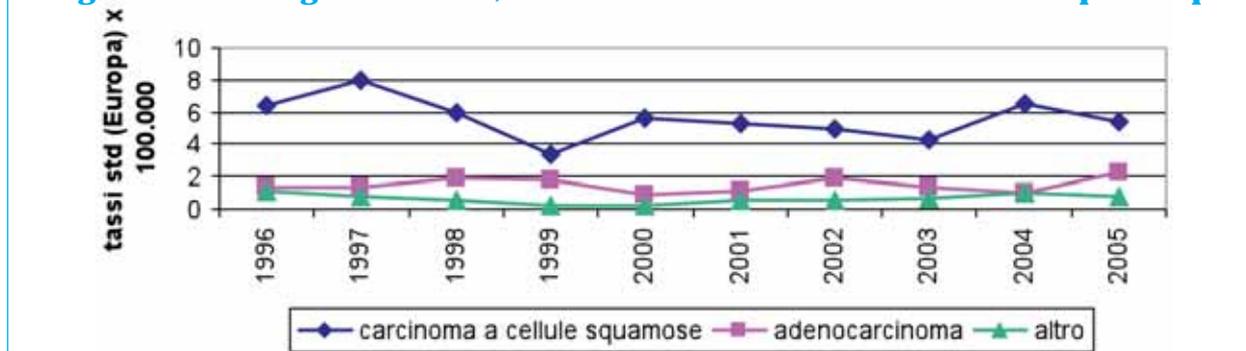
UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica

Bibliografia

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

TM

Registro tumori Regione Toscana, 1996-2005: incidenza de ltumore cervicale per istotipo



Metodi: Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (www.ispo.toscana.it) relativi ai residenti nelle province di Firenze e Prato. La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea. La variazione media annuale percentuale dei tassi (APC) viene calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile di regressione, secondo la procedura del software SEER*Stat.



Fernando Praticchizzo, 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.

La ferita dell'Aspromonte e il tradimento italiano degli ideali garibaldini

Nell'approssimarsi delle celebrazioni per ricordare i primi 150 anni dalla proclamazione dell'Unità d'Italia, la nostra rivista previdenziale ha recentemente ripercorso le peripezie affrontate da Giuseppe Garibaldi, dopo la *maleddetta pallottola dell'Aspromonte* ed il conseguente ricorso all'opera di ben 18 illustri chirurghi, che si prodigarono per individuare e finalmente estrarre la palla da 24 grammi di piombo, partita dalla carabina del bersagliere Luigi Ferrari e conficcata nel malleolo interno della sua caviglia destra, a 4 cm di profondità¹.

L'argomento era stato dettagliatamente illustrato su *Toscana Medica* nel 1948 ed integralmente riproposto nel 1998².

Da tale articolo non solo si evince che il numero totale di medici che visitarono Garibaldi fu addirittura di 25, ma soprattutto che l'estrazione della palla, effettuata il 22 novembre 1862 a Pisa presso l'Albergo delle Tre Donzelle, ad opera del chirurgo fiorentino Ferdinando Zannetti, fu resa possibile soltanto grazie ai suggerimenti di Nélaton: *"Il celebre clinico Nélaton, autore dei famosi 'Elementi di patologia chirurgica', inventore di una sonda di gomma per cateterismo, medico di Napoleone III, visita piuttosto in fretta il Generale, ma lascia ai medici italiani una relazione veramente perspicua, nella quale così tra l'altro è detto: 'Je pense que la balle est contenue dans la plaie' e consiglia di dilatare il tramite della ferita con un piccolo cilindro di radice di genziana e poi di individuare il proiettile giovandosi di un piccolo speculum auris e di estrarlo con una pinza ad anelli" ... "da Parigi il 15 novembre arrivano due specilli fatti costruire appositamente da Nélaton, muniti*

di una oliva tondeggianti di porcellana greggia, non verniciata, che per una frizione anche leggera potevano servire a togliere la minima particella di metallo. Insieme agli specilli arrivano altri ferri chirurgici per l'estrazione della palla, uno speculum auris, ecc."

È con questi strumenti che Giuseppe Basile e Ferdinando Zannetti riescono a localiz-

zare e infine ad estrarre la palla! Quindi, l'aiuto fondamentale a Garibaldi fu fornito dal medico di Napoleone III, che già Garibaldi aveva definito *traditore, capo di briganti e di assassini*.

Il documento gli derivò, invece, dall'esercito italiano, condannato duramente e senza appello da Garibaldi nelle sue Memorie: *"Nel '62 l'esercito italiano, perché più forte, e noi più deboli assai, ci votò all'esterminio ed alacremenente corse su di noi come su briganti, e forse più volentieri. Intimazioni non ve ne furono di sorta. Giunsero i nostri avversari, e ci caricarono con una disinvoltura sorprendente. Tali, certamente, erano gli ordini: si trattava d'esterminio, e siccome tra figli della stessa madre potevasi temere titubanza, cotesti ordini furono, senza dubbio, di non dar tempo nemmeno alla riflessione. Giunto a lungo tiro di fucile, il corpo Pallavicini formò le sue catene, avanzò risolutamente su di noi, e cominciò il solito 'fuoco avanzando', sistema adottato anche dai Borbonici. Noi non rispondemmo.*

Terribile fu per me quel momento! Gettato nell'alternativa di deporre le armi come pecore, o di bruttarmi di sangue fraterno! Tale scrupolo non ebbero certamente i soldati della Monarchia, o, dirò meglio, i capi che comandavano quei soldati. Che contassero sul mio orrore per la guerra civile? Anche ciò è probabile, e, realmente, essi marciavano su di noi con una fiducia che lo faceva sup-

FERNANDO PRATICCHIZZO

Dirigente Medico U.O. Medicina Interna di Empoli

¹ FEDERICI F.: *I centocinquanta anni dell'Unità nazionale*. Previdenza 2010; 6: 44-45.

² CAVINA G.: *La ferita di Garibaldi ad Aspromonte e gli specilli di Nélaton - E dire che sarebbe bastata una radiografia*. Toscana Medica 1998; 2: 27-30.

porre. Io ordinai non si facesse fuoco, e tale ordine fu ubbidito, meno da poca gioventù bollente alla nostra destra, agli ordini di Menotti, che, vedendosi caricati un po' sfacciatamente, caricarono, e respinsero. ... ed io che mi trovavo tra le due linee, per risparmiare la strage, fui regalato con due palle di carabina, l'una all'anca sinistra e l'altra al malleolo interno del piede destro.... Mi ripugna raccontar miserie! Ma tante furono manifestate in quella circostanza dai miei contemporanei, da nauseare anche i frequentatori di cloache! Vi fu chi si fregò le mani al fausto per lui annunzio delle mie ferite, che si credettero mortali.

Vi fu chi sconfessò l'amicizia mia, e vi fu chi disse essersi ingannato cantando qualche merito mio. ... La monarchia sabauda avea ottenuto la gran preda, ed ottenuta come la valea, cioè in uno stato, che il diavolo probabilmente se la porterebbe via³.

La ferita dell'Aspromonte avviò una frattura insanabile tra Garibaldi e lo Stato unitario. Nel 1874 Garibaldi rifiutò la donazione di centomila lire da parte del governo Minghetti e nel 1880 si dimise da deputato: "Tutt'altra Italia - scrisse - io sognavo nella mia vita, non questa, miserabile all'interno e umiliata all'estero".

L'ultimo tradimento subito da Garibaldi fu la violazione delle sue disposizioni testamentarie. Nel dicembre 1871, mentre era a Caprera, Garibaldi scrisse: "Dopo la mia morte, raccomando ai

miei figli, ed ai miei amici, di bruciare il mio cadavere (e credo d'avere il diritto di poterne disporre, avendo propugnato tutta la vita il diritto dell'uomo), e di raccogliere un po' delle mie ceneri in una bottiglia di cristallo, che collocheranno sotto il mio ginepro (di Fenicia) favorito, a sinistra della strada che scende al lavatoio".

Il 2 luglio 1881 nell'Appendice al suo testamento ribadì tassative disposizioni per la cremazione e così concluse: "Il mio cadavere nel feretro, ossia lettino di ferro, avrà il volto scoperto e vestito con camicia rossa. Al Sindaco si parteciperà la mia morte quando il mio cadavere sarà incenerito completamente".

Il 2 giugno 1882, non appena si divulgò la notizia della sua morte e si conobbero le disposizioni testamentarie, ebbero inizio le polemiche se cremare la salma o inumarla, se fare i funerali a Caprera o a Roma. Il 7 giugno, a Caprera, il consiglio della famiglia Garibaldi, a cui intervennero anche Francesco Crispi e altri, decise di non rispettare la volontà dell'estinto di essere cremato! Il 26 giugno la salma venne tumulata sotto un rozzo scoglio di oltre 3 tonnellate, su cui fu scolpita la stella dei Mille e la scritta "Garibaldi".

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: f.prattichizzo@usl11.tos.it

TM

³ GARIBALDI G.: *Memorie*. G. Einaudi Editore 1975, p. 382-384.

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

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

Newsletter:

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

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

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



Vecchie terapie da rivedere?

Spett. Direzione

Negli anni '60 curavo con successo i casi di ictus cerebrale seguendo la terapia indicata dal famoso clinico di Roma Luigi Condorelli. Ecco quanto lui raccomandava: *“Se le manifestazioni paralitiche si risolvono rapidamente (e, ripeto, le probabilità di una rapida e completa regressione delle paralisi, sono tanto maggiori quanto più precocemente si interviene, col trattamento con ac. nicotinico endovena, sin dalle primissime ore dall'episodio) dopo un paio di giorni dalla loro scomparsa si può passare alla via di somministrazione intramuscolare del farmaco, impiegando però sempre dosi da dare una reazione evidente (arrossamento del volto): dosi, anche in questo caso, da somministrare quattro volte al giorno”*.

Oggi non solo il farmaco non è più in commercio, ma mi si dice che, quanto allora il Prof. Condorelli e i suoi allievi sostenevano, si è dimostrato falso e che la paralisi cerebrale è una lesione irreversibile.

Naturalmente io non posso accettare queste affermazioni in quanto contrarie alla mia personale esperienza e devo dire che la terapia rispondeva, non solo nei casi di trombosi cerebrale, ma, incredibilmente, anche nei casi, non drammatici di emorragia, che allora io non avevo i mezzi per diagnosticare.

Io credo di sapere perché si è formata questa convinzione negativa sulla terapia Condorelli.

Conosco i tempi, i modi e le necessità dei preventivi complessi accertamenti diagnostici oggi giustamente in uso nei sistema di ospedalizzazione e pertanto ritengo che la verità sia che né la tempestività, né l'intensità, né la durata terapeutica richiesta dal Condorelli sia mai stata rispettata. In compenso oggi

si parla molto degli STROKE CENTER, centri super-specialistici di tipo chirurgico sul modello americano. Ma quanti ce ne sono? Quanti pazienti arrivano ad essi? Quanto può essere il recupero funzionale che il paziente può aspettarsi di ottenere?

Purtroppo non dispongo di una documentazione dei casi da me trattati in quei tempi ormai lontani dato che, seguendo quanto era scritto sui libri, non credevo assolutamente di fare niente di eccezionale da dover registrare.

Certamente però nell'archivio della Clinica Universitaria di Roma, dove lavorava il prof. Condorelli, saranno ancora reperibili le cartelle cliniche dei pazienti da lui curati. Le cartelle cliniche diranno come i pazienti fossero entrati, come, giorno per giorno, siano stati curati ed in quali condizioni, alla fine, siano stati dimessi.

Non credo che il professore (oltre 300 pubblicazioni scientifiche) e tutti i collaboratori della clinica abbiano potuto falsificare tutto. D'altra parte non credo che i numerosi riconoscimenti internazionali siano stati dati senza una base di stima e di condivisione.

Ritengo, più che utile, assolutamente opportuno che qualcuno faccia questa indagine nelle cartelle cliniche, sia per il bene di tanti pazienti, che per l'onore del prof. Condorelli e per il giusto valore da riconoscere alla medicina italiana.

Vorrei sapere se qualcuno si incarica di questa indagine.

Franco Abeniacar

Medico chirurgo, specialista in odontoiatria e protesi dentaria in pensione

TAR e Legge 194

LIl Tribunale amministrativo della Lombardia alla fine del 2010, ha annullato la delibera regionale del 22 gennaio 2008 che avallava le inopinate linee-guida “Formigoni” per le quali la interruzione della gravidanza dopo il 90° giorno di gestazione sarebbe sì praticabile in caso di grave pericolo per la salute della madre ma non oltre la 22ª settimana (più 3 giorni) là dove la legge italiana (art. 8 della 194) non pone alcun limite se non biologicamente individuale quello della raggiunta capacità di vita autonoma del feto. E con il *no* alla “calendarizzazione” ostetrica è decaduto anche l’“oltraggioso” *ukase* che impone all’ostetrico della struttura di ricorrere obbligatoriamente al parere dello psichiatra (o addirittura dello psicologo) in caso di possibile rischio per la salute mentale della

donna connesso alla prosecuzione della gravidanza e in ogni altro caso di coprirsi altrettanto obbligatoriamente con la condivisione di altro ginecologo e del dirigente della struttura (per presa visione). Queste ed altre vessazioni, compresa la puntigliosa registrazione della erronea valutazione documentata del riscontro autoptico sul feto abortito, contenevano le linee-guida lombarde, aberrante, occorre dirlo con forza, rispetto al reale significato di strumenti di mero indirizzo sulle decisioni mediche e connotate da *fumus* fondamentalistico.

Non mi sembra necessario ripercorrere qui la lunga storia dei recenti e passati tentativi di forzatura della legge 194 in buona misura fatte “abortire” dalla Corte Costituzionale né quella delle innumeri linee-guida lodevolmente proposte nelle sedi scienti-

fiche opportune che – peraltro – hanno sempre serbato il loro carattere orientativo per il medico e che, ad esempio, la Regione Toscana si è ben guardata dal rendere in qualche misura impositive, ben consapevole dei propri limiti in ordine alle scelte professionali e ai livelli di assistenza.

Quel che maggiormente offendeva nella delibera lombarda ne erano il palese e pervicace scetticismo e la conseguente riserva sulla buona fede e anche, a ben guardare, sulla razionalità del medico, che andrebbe sorvegliato a vista, imbrigliato e magari “intercettato” lungo tutto il percorso delle sue decisioni perché troppo spesso insensibile alla *sacralità* della vita, purché potenzialmente eversore dei principi proclamati dalla Chiesa, di ben diversa natura rispetto a quelli della Scienza, della Costituzione, delle leggi dello Stato, degli impegni deontologici.

Sarebbe bene che la “classe medica” e gli “Ordini” che ne sono legittima espressione facessero sentire ancora una volta la loro voce, chiara e forte, non viziata dai troppi “utilitaristici” *distinguo*, tanto più che la coscienza di ciascuno è ben salvaguardata dalla legge, assolutamente rispettosa delle indivi-

duali posizioni etiche. Anche perché sorprende la incredibile tentazione della “politica” di impadronirsi, soprattutto per manifesti interessi elettorali, di un riservato ambito intellettuale della professione medica, che dovrebbe suscitare ed esigere quel rispetto che la magistrature, a cominciare dalla Corte Costituzionale, responsabilmente pretendono. Sempre che non si vogliano piegare i diritti alla tutela della salute o alla autonomia professionale al rango di “pretese” subordinate ad *interessi superiori*. (E poi ci si lamenta della decadenza dell’aspirazione alla qualità e al senso del dovere!)

Il TAR della Lombardia ha ripristinato così un equilibrio a favore della dignità medica; ma ecco che *subito* dopo si invoca la riesumazione del testamento bio-teologico. Probabilmente si vuole (e ci si mettono anche alcune Regioni) arrivare alla imposizione della vita *hereafter*, confidando alla medicina una sovrumana finalità salvifica.

Mauro Barni

Già presidente della Commissione Regionale di Bioetica

Gravidanza normale e cesareo

La lettura del numero di “Sole 24 ore Sanità Toscana” del 26.10 -1.11, ed in specifico quanto si ricava dagli articoli degli addetti stampa delle Aziende OU di Pisa e Siena, propone delle osservazioni che mi sembrano interessanti.

Finora, uno dei problemi più attuali in campo ostetrico appariva essere quello relativo all’aumento sconsiderato del ricorso al taglio cesareo. Da quanto viene riferito si apprende invece che il ricorso molto frequente al cesareo in quelle strutture è giustificato dalla numerosa presenza di gravidanze patologiche. Ora, evidentemente, per raggiungere tassi di cesareo che si aggirano attorno al 40%, bisogna presupporre che le gestanti patologiche osservate e per le quali è necessario l’intervento chirurgico siano in una percentuale per lo meno del 25% del totale. Infatti, se per le gestanti fisiologiche si accetta (ma perché, se sono fisiologiche?) un “normale” tasso di cesarei del 20% (si ricorda comunque che l’OMS indica come ideale un tasso non superiore al 15% globale, quindi comprendente fisiologia e patologia) e per le patologiche (ma perché?) un tasso del 100%, ne consegue che, perché la percentuale globale sia del 40%, le gestanti patologiche devono essere appunto più del 25% del totale. Ora, considerando che anche l’AOU di Careggi ricovera e tratta molta patologia, e che negli ospedali di II livello (avanzato o meno) diverse gravidanze patologiche necessariamente si presentano e sono trattate, ne consegue che appare preoccupante il grande numero di gestanti patologiche osservate in Toscana. Più che il numero dei cesarei, quindi, la presenza di tanta patologia gravidica sembra indicare che siamo di fronte ad una vera e propria **emergenza sanitaria** che necessita di attenzione e di provvedimenti mirati. Le cause (sociali?, am-

bientali?, sanitarie?) di questo eccesso di patologia, che ovviamente contrasta con l’idea che gravidanza e parto siano momenti essenzialmente fisiologici, devono essere individuate. Ma, se questo è vero, allora altrettanto preoccupante appare il fatto che, al contrario, (facendo sempre riferimento al numero citato di Sole24 ore Sanità Toscana), in un ospedale di II livello avanzato il tasso di cesarei sia solo di circa il 15%. Non essendo verosimile che manchino, sui circa 3000 parti annui di questa struttura, gravidanze patologiche, si deve concludere che queste vengano misconosciute e/o non adeguatamente trattate. Anche questa ci sembra una “emergenza sanitaria” che dovrebbe essere in qualche modo valutata ed eventualmente corretta. Altrimenti si mette chiaramente in gioco il buon nome che la Regione ha in campo sanitario e, nello specifico, in campo materno-infantile.

A questo punto mi sorge l’atroce dubbio di avere clamorosamente errato nella interpretazione dei dati e che il diverso, e talora molto elevato, tasso di cesarei nelle varie strutture della Regione possa avere altre spiegazioni.

Solo il Dipartimento, anche sulla base dei dati dell’Agenzia Regionale di Sanità e del Laboratorio della Scuola Superiore S. Anna di Pisa (vedi valutazione delle “performances” che è “*uno strumento di governo del sistema sanitario*” – vedi Sole 24 ore Sanità Toscana, suppl. n. 29 del 2010), potrebbe, se lo volesse, approfondire il problema e, senza ricorrere, come da anni e anni si ripete nei Piani Sanitari, alla sola “monitorizzazione” del fenomeno cesarei, prendere sul serio provvedimenti adeguati.

Piero Curiel

Lib.Doc. in Clinica Ostetrica e Ginecologica
Già Primario U.O. Ostetricia Ginecologia Az.USL n.4

Modelli di intervento sulla “depressione”

Pubblichiamo volentieri la lettera del collega Giannini, che riprende il dibattito sul tema proposto da Giuseppe Corlito (numero di maggio 2010) e da Alessandro Bussotti e Alberto Zanobini (numero di giugno 2010).

Ho trovato di grande interesse il tema proposto da Giuseppe Corlito nel numero di maggio, cui è seguito l'articolo di Bussotti e Zanobini nel numero di giugno. In entrambi si affronta il problema dell'intervento sui pazienti depressi, dal punto di vista dello psichiatra in un caso e dal punto di vista del medico di famiglia nell'altro, sostenendo l'importanza di un rapporto integrato tra i due servizi.

Effettivamente si ha l'impressione che negli ultimi decenni una serie di fenomeni sociali complessi che hanno portato al manifestarsi di una sofferenza diffusa, abbia trovato da parte della Medicina una lettura piuttosto semplicistica. La spinta prevalente è andata nella direzione di un abbassamento della soglia diagnostica di “depressione”, dando come unica risposta quella farmacologica. Quando si è constatato che, laddove i farmaci producevano un sollievo, questo era comunque temporaneo, le case farmaceutiche hanno colto l'occasione per suggerire semplicemente trattamenti più prolungati.

Ne è derivato un effetto in parte positivo di attenuazione dei pregiudizi nei riguardi del disagio psichico, ma in gran parte negativo di incoraggiamento alla medicalizzazione di ogni problema, bypassando le criticità e le risorse personali, familiari, sociali.

Al di là delle motivazioni politico-economiche, alla luce delle quali andrebbe letto tale fenomeno, può essere comunque interessante soffermarsi sulle motivazioni per le quali i tecnici della psiche si sono in gran parte prestati a questa operazione. Vorrei riferirmi in particolare agli operatori che lavorano nei servizi di salute mentale, perché in altri contesti le logiche possono essere condizionate da fattori diversi. Tale riflessione può aiutare a percorrere in futuro strade diverse.

Due fattori vorrei sottolineare in particolare. Il primo ha a che fare con la spinta efficientistica che i servizi hanno subito, con un'attenzione rivolta prevalentemente a indicatori pensati secondo una logica aziendalistica. Essa, in combinazione con l'aumento reale delle richieste di aiuto, ha finito per produrre un effetto “catena di montaggio”, con il quale si sposa meglio un intervento che non richiede grosso impegno né da parte del curante né da parte del curato e che va incontro all'immaginario degli utenti, più orientato nella direzione di un effetto rapido ed indolore che nella direzione di una messa in discussione di sé o del proprio “stile di vita”, citando Corlito.

L'altro fattore concerne lo “stile terapeutico” degli operatori. A me sembra che, pur in presenza di

percorsi formativi diversi, siamo spesso accomunati dalla tendenza a creare rapporti cronicizzanti che colludono con l'aspettativa di dipendenza dei pazienti e ritardano una piena riappropriazione del loro percorso di vita.

L'impostazione di base dei servizi, mirata soprattutto ai pazienti gravi, e l'accento sulla responsabilità inderogabile nei riguardi della popolazione di riferimento, possono aver contribuito ad incentivarci più nella direzione del controllo e del contenimento che della spinta verso l'autonomia. Succede così che l'apertura di una cartella dia spesso l'avvio ad un trattamento senza fine, in cui prevarranno interventi farmacologici o psicologici o sociali, in maniera più presente o più rarefatta, ma quasi sempre senza perseguire e pervenire ad una esplicita dimissione.

Il modello proposto da Corlito richiede secondo me di affrontare tale questione, che temo non possa risolversi semplicemente utilizzando operatori che abbiano svolto “corsi brevi” di “psicoterapia breve”. Ciascuno di noi sa che un intervento mirato sulla crisi richiede competenze specifiche per leggere correttamente la domanda, ampliare il punto di vista dall'individuo al sistema di relazioni di appartenenza, individuare punti di debolezza e punti di forza, cogliere la chiave di comunicazione più efficace per costruire con l'altro una visione alternativa. Insomma, se la promessa di una lungo-assistenza può in qualche modo compensare una qualità scadente del rapporto terapeutico, laddove non si voglia gratificare il bisogno del paziente di delegare ad altri la soluzione del problema, l'intervento deve essere di qualità più elevata.

In questo senso si ha talvolta la sensazione che la tendenza sia invece quella di cercare il risparmio attraverso una banalizzazione dei problemi ed un appiattimento degli interventi, affidati a personale sommariamente preparato, che non è in grado di attivare alcun tipo di cambiamento, ma offre al massimo un surrogato al rapporto di dipendenza dal medico.

I professionisti della salute mentale devono operare tutti un salto di qualità nel loro “stile terapeutico”, per concorrere, ciascuno nel proprio ruolo, a dare risposte più appropriate, facendo però attenzione a riconoscere operazioni di *restyling* superficiale che servono solo a coprire le falle.

La proposta di Corlito rappresenta in tal senso un'ottima occasione per confrontarsi su questi temi.

Alessandra Giannini
Psichiatra, UFSMA Siena, Asl 7
Coordinamento Psichiatri Toscani



Santi o schiavi

Franco Filippini, Paolo De Simone, Davide Ghinolfi

Edizioni B.C. Dalai

Prospettive e problemi della donazione di organi da vivente” è il sottotitolo di questo splendido libro che Franco Filippini ha pubblicato per le edizioni B.C. Dalai insieme a Paolo De Simone e Davide Ghinolfi. Un testo che affronta in modo esteso e chiarissimo una problema fondamentale per la terapia trapiantologica ma che, in realtà, rappresenta un paradigma di alcune questioni nodali della medicina moderna. Vi sono limiti al diritto dell'individuo di ricorrere a qualsiasi mezzo per proteggere e mantenere la propria salute o esiste un obbligo della società a tutelare i diritti di tutti i pazienti senza particolarismi, con obiettività e trasparenza? E il medico può recuperare un ruolo di mediatore tra il linguaggio della scienza e quello della vita, nel consueto ritardo del legislatore? E che fare di fronte alla donazione non altruistica (eufemismo politically correct sotto il quale si nasconde il commercio di organi) che è praticata in tanti paesi orientali sotto protezione legale ma anche in paesi occidentali (USA per esempio), con cui dovremo confrontarci in Italia nella crisi delle donazioni da cadavere? Perché se dobbiamo salvaguardare la donazione altruistica, volontaria e gratuita, allora occorrono provvedimenti per incrementarla, in particolare quella da cadavere, o per migliorare la ricerca scientifica di soluzioni alternative al trapianto. Se invece dobbiamo in qualche modo accettare la donazione non altruistica allora quali limiti e quali regole porre? Gli autori propendono per trovare

soluzioni che diano regole certe alla donazione samaritana, evitando ogni forma di commercio di organi e garantendo la sicurezza del donatore e la qualità delle cure. Infatti anche la donazione derivante da vincoli affettivi o morali tra donatore e ricevente deve sottostare a precise regole etiche e scientifiche. Ma le conseguenze sociali delle promesse terapeutiche dei trapianti di organi e le reazioni emotive, in epoca di scambi globali di messaggi via internet, di un mondo in cui predomina la logica del mercato, non possono essere nascoste ma affrontate come realtà fattuali con cui misurare i nostri strumenti etici e il nostro mondo di valori. Ogni forma di turismo sanitario (vedi la PMA) nasce da incoerenze legislative o dalla mancata tutela di diritti fondamentali. Il problema posto in questo libro è fondamentale per la sanità di oggi, se debba tornare alla medicina descritta da Platone, diversa per i ricchi e per i poveri, o se almeno qualcosa della lezione ippocratica dell'assistenza uguale per tutti possa salvarsi tra l'aumento dei costi e l'incremento dell'offerta. Una riflessione importante sui rapporti tra deontologia medica e diritti fondamentali della persona, quali l'universalità del diritto all'assistenza e l'uguaglianza dell'accesso alle prestazioni, che rende questo libro di Filippini una lettura utile per tutti i medici e non solamente per chi si occupa di trapianti.

Antonio Panti

Un passato che parla

Roberto D'Alessio

Edizioni Medicea

Anche il collega Roberto D'Alessio ha scritto un libro di memorie, pubblicato dalle edizioni Medicea, sul periodo della sua giovinezza che coincide con i momenti più tragici della recente storia del nostro paese, il passaggio della guerra e la resistenza al fascismo. Un libro "vero" perché vissuto e scritto con la passione civile che nasce dal senso della giustizia e della pietà umana e con la precisione e la documentazione dello storico (o del medico legale, la professione dell'au-

tore). E il testo è reso ancora più scorrevole dall'imponente mole di fotografie e di documenti riprodotti che ne fanno un piccolo modello storiografico, una tranche de vie calata in un contesto corale perfettamente percepibile perché quasi visivamente descritto. Ringraziamo il collega per questo dono che arricchisce un ricordo che non deve smarrirsi.

Antonio Panti

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

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931

info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net



Nel dicembre u.s. in occasione dei festeggiamenti di Natale presso l'Ordine di Firenze si è tenuto un interessante convegno per celebrare il Centenario della Fondazione degli Ordini dei Medici. Pubblichiamo una sintesi redatta dal giornalista fiorentino: Massimo Orlandi

Il fuoco non si è spento. Nemmeno dopo una vita in camice bianco. Ed è quel fuoco, il fuoco della passione, che è stato il vero protagonista della festa per i cento anni dell'Ordine dei medici, organizzata presso la sede fiorentina dell'Ordine. Al cuore della festa, aperta dalla proiezione di un filmato sul centenario e dalla presentazione di un'interessante ricerca sui codici deontologici (curata da **Esther Diana**), c'è stata la testimonianza di alcuni dei medici fiorentini che per prestigio ancor più che per l'anagrafe, costituiscono un riferimento ideale per gli oltre 8.000 iscritti. E ciascuno ha onorato la consegna rappresentando in maniera netta e incisiva ciò che è stato il cammino della medicina dal secondo dopoguerra a oggi. *"Fino agli anni Cinquanta i cambiamenti sono stati piuttosto lenti, poi è scattata una sorta di shock da accelerazione"* ha ricordato il professor **Manfredo Fanfani**, fondatore del celebre istituto diagnostico. Prima la medicina nucleare, poi l'ecografia, la Tac, la risonanza, la Pet: in pochi decenni la diagnostica è entrata in un vortice di novità continue, rivoluzionarie. E così è avvenuto per ogni ambito della medicina: *"In una manciata di anni – ha sottolineato Giovanni Orlandini storico preside della facoltà fiorentina – sono diventate primarie materie che quando ero studente avevano un valore limitato come genetica, biochimica, immunologia. Se oggi dovessi presentare il mio libretto d'esami di cinquant'anni fa, mancherebbero all'appello almeno quindici insegnamenti"*. Questo cambiamento vertiginoso non è stato spinto solo dai progressi tecnologici e farmacologici: le cure sono migliorate anche perché per alcune categorie di malati, come quelli psichici, che erano totalmente ghettizzati, si è vissuta una sorta di rivoluzione copernicana. *"E devo dire con orgoglio – ha evidenziato Graziella Magherini, psichiatra, scopritrice della cosiddetta Sindrome di Stendhal – che insieme a molti colleghi fiorentini siamo stati tra i protagonisti del cambiamento radicale nel trattamento del malato psichiatrico culminato nella legge 180"*. E questi sono solo scampoli di una grande storia collettiva che la medicina ha vissuto e continua a vivere. Ma i "maestri" dell'Ordine fiorentino non si sono limitati a una lettura avvincente del passato: hanno voluto offrire una lettura corale di



ciò che in questi primi cento anni e nei cento a venire dovrà restare alla base del lavoro di tutti i medici. *"Proprio in questa fase di esasperazione tecnologica è necessario che il medico ritrovi le sue radici di base, i suoi valori"* ha detto Fanfani. *"Mettere al centro l'uomo, ecco cosa si deve fare – ha sintetizzato Gabriele Stringa, chirurgo, per oltre vent'anni direttore della clinica ortopedica fiorentina – Innanzitutto la medicina deve capire l'uomo, capire perché ha male. Poi ben vengano tutti i sistemi di laboratorio, ben vengano tutte le novità tecnologiche"*. L'uomo, l'uomo che ha bisogno di cure, ecco cosa gli studenti di oggi, medici di domani, dovranno scegliere come destinatario di tutto il loro impegno. Un concetto questo, ben spiegato da **Gian Gastone Neri Serneri**, a lungo tempo direttore della clinica medica dell'università di Firenze: *"Sa cosa chiederei a un giovane che vuol fare questo mestiere? Se gli interessa il malato, se gli vuol bene, e se non ha troppo desiderio di denaro. Se non ha questi requisiti, faccia qualcos'altro. E quando transiterà in una corsia d'ospedale dovranno sempre ricordare che la prima cura è un gesto d'attenzione, un sorriso verso i malati. Il medico non deve passare come un freddo caporale di giornata"*. Sul bisogno di un recupero di umanità della medicina i protagonisti dell'incontro hanno avuto una sola voce: e si sono trovati concordi sia nel sostenere la necessità di combattere ogni rischio di iperspecializzazione della medicina (il medico deve certo specializzarsi, ma avere anche una visione complessiva del malato) sia il rischio di burocratizzazione delle cure, rappresentato, per esempio, dai protocolli

terapeutici. **Margherita Zilletti**, la prima donna ordinario di medicina in Toscana ha voluto anche avanzare una proposta concreta: *"Bisognerebbe inserire negli insegnamenti della medicina moderna una materia che sia un po' filosofia e un po' psicologia ma che abbia la finalità di considerare l'uomo come un soggetto da valutare tutto insieme"*.

Il fuoco della passione, dicevamo. Quello non ha parole. È un'onda che contagia, è il motivo per cui questi medici hanno negli occhi un'energia che li mantiene giovani. I colleghi in sala non fanno che applaudire, perché ascoltarli è come ripetere a se stessi un giuramento di Ippocrate non formale, reale, vivo. Sarà bello tornare in corsia, in ambulatorio, in studio, da domani. Per tutti. Magari anche tenendo nel cuore le parole del veterano tra i veterani di questa giornata, il dottor **Manrico Gabriele**, 92 anni, una vita da medico condotto. Quando cominciò, nel 1944, gli strumenti più preziosi per la visita erano le sue mani. A casa dei pazienti ci andava in bici, spesso di notte, perché il suo lavoro era di 24 ore, e sette giorni su sette. *"Ma avevamo tanto entusiasmo e la nostra unica preoccupazione era di sbagliare il meno possibile"*. Facile immaginare come il dottor Gabriele intenda il lavoro del medico di famiglia oggi: *"Il medico deve sempre e comunque andare di persona. Non deve rifiutare una visita, mai, perché non sa quello che troverà. E ricordate: quello che più conta in un medico di famiglia è l'umanità. Una parola buona, una carezza spesso vale più di una risonanza magnetica"*.

Sfocia nello stesso fiume il rivolo di storie, di percorsi, di esperienze. Non è un caso, anzi. E **Antonio Pan-**



ti, presidente dell'Ordine fiorentino conclude l'incontro proprio nell'auspicio che questo flusso continui, che questa passione per la professione sia un contagio: "Mi ha fatto bene sentire questi maestri. Mi sono sentito di nuovo nella posizione dell'allievo.

Ora sta a tutti noi riprendere questo filo di valori. Sta a noi far recuperare alla nostra professione, il suo senso più profondo". Un senso che Giovanni Orlandini aveva saputo riassumere in poche parole, quelle da dire a ciascun laureando in medicina: "Ri-

corda che l'oggetto del tuo lavoro è un tuo simile. Non sei un missionario, certo, ma ugualmente il tuo compito è di fare il tuo mestiere amando e rispettando il tuo prossimo".

CONVEGNO



Leadership in sanità: Interpretazione al femminile, innovazioni, opportunità

Firenze, venerdì 1° aprile 2011

Aula Magna Rettorato, Piazza San Marco, Università di Firenze



Il medico, il dottore e la dottoressa

Con il camice addosso si distingue il genere. Invece quando si scrive si chiama "medico" colui che pratica la medicina. "medichesse" non si usa. Un retaggio di come si è formato il linguaggio; uomo significa sia maschio che ogni persona. Oggi le iscritte costituiscono più del 30% degli albi e oltre il 40% dei medici del SSN. Da oltre un decennio si laureano, in tutte le sedi, più donne che uomini, ed entro pochi anni avremo più dottoresse che dottori. Il "medico" sarà una donna-medico. Cambierà la gerarchia interna, l'immagine antropologica della professione, la stessa medicina? L'organizzazione della sanità dovrà adattarsi alle differenti esigenze degli operatori.

Se ciò sarà bene o se niente cambierà lo vedranno i posteri. Tuttavia il Convegno organizzato dall'Ordine di Firenze si pone l'ambizioso programma di dare già qualche risposta. Dati e riflessioni su questo fenomeno abbondano e si può tentare di sistematizzarli con lo scopo di dare una svolta proattiva a un cambiamento ineludibile. I contenuti del Convegno e il documento finale,

approvato dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO, saranno senz'altro un momento fondamentale per fare il punto su questo cambiamento epocale della professione.

In effetti, comunque si valuti questa vicenda, le problematiche che si sollevano sono complesse. Ovviamente sono le conseguenze per i pazienti quelle che interessano di più. Le donne dovrebbero essere contro ogni fondamentalismo o integralismo. Sempre queste forme di paranoia religiosa o politica hanno trovato il loro maggior bersaglio nella condizione femminile. In tutte le società i divieti riguardano massimamente le donne. Insomma non dovremmo correre il rischio di mutare l'antico paternalismo in un "maternalismo" medico.

Tutti i movimenti femminili e tutte le iniziative che sostengono il progresso delle donne nel lavoro e nella società sono ispirati ai valori di rispetto degli altri, di autodeterminazione dell'individuo, di tolleranza. Questa trasformazione della nostra professione fa sperare in una sanità ancora migliore.

Antonio Panti

PROGRAMMA

8.30 **Saluti delle Autorità**

Alberto Tesi, *Rettore dell'Università degli Studi di Firenze*

Matteo Renzi, *Sindaco di Firenze*

Daniela Scaramuccia, *Assessore alla Sanità della Regione Toscana*

Amedeo Bianco, *Presidente della FNOMCeO*

Antonio Panti, *Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze*

9.00 **Organizzazione sanitaria e genere** (PARTE I)

Presidente: Maurizio Benato (*Padova*)

Moderatrici: Teresita Mazzei (*Firenze*), Monica Calamai (*Livorno*)

- Lo scenario sociologico e demografico, Giovanna Vicarelli (*Ancona*)

- Lo scenario politico e legislativo, Francesca Zajczyk (*Milano*)

- Definizione di leadership, Roberta Chersevani (*Gorizia*)

- Lo scenario aziendale e leadership di genere, Daniela Scaramuccia (*Firenze*)

10.20 *Discussione*

11.00 *Intervallo*

11.30 **Organizzazione sanitaria e genere** (PARTE II)

Presidente: Maurizio Benato (*Padova*)

Moderatrici: Antonella Agnello (*Padova*), Gemma Brandi (*Firenze*)

- Le aree sensibili dei processi di trasformazione organizzativa: aspetti connessi al genere, Nerina Dirindin (*Torino*)

- Sviluppo della leadership entro un contesto organizzativo ibrido, Luisa Fioretto (*Firenze*)

- Un'esperienza di dirigenza accademica al femminile, Rosanna Abbate (*Firenze*)

- Un'esperienza di dirigenza amministrativa al femminile, Beatrice Sassi (*Firenze*)

Discussione

13.30 *Colazione di lavoro*

14.30 **Ruoli e genere in Sanità: il team multiprofessionale**

Presidente: Amedeo Bianco (*Torino*)

Moderatrici: Rosa Valanzano (*Firenze*), Rita Nonnis (*Sassari*)

Partecipanti: Barbara Mangiacavalli (*Como*), Miriam Guana (*Brescia*), Giuseppe Luigi Palma (*Lecce*), Antonio Panti (*Firenze*)

16.30 *Chiusura lavori e conclusioni*

L'iscrizione al Congresso è gratuita e rigorosamente limitata alle prime 240 richieste, può essere effettuata contattando la Segreteria Organizzativa O.I.C. tel 055/50351; email: s.pucci@oic.it - Sig.ra Simona Pucci



Indagine sulla sicurezza dei farmaci

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

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

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



Incontri informativi per le gravidanze gemellari e multiple

Presso il Dipartimento Assistenziale Integrato Materno-Infantile dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi è iniziata una serie di **incontri informativi** dedicati alle **donne con gravidanza gemellare o multipla**. Gli incontri sono stati organizzati, oltre che con il Servizio di Psicoprofilassi e Fisiologia Ostetrica, con l'Associazione "Il Mondo dei Gemelli", la più grande associazione di genitori di gemelli in Italia, in modo da facilitare il contatto diretto con genitori che hanno avuto o che hanno lo stesso tipo di esperienza. Peraltro nello stesso Dipartimento, da anni opera un **servizio inte-**

grato di assistenza alla gravidanza gemellare/multipla che prevede sia l'attività ambulatoriale specifica (Servizio di Medicina Prenatale), sia l'attività di valutazione ecografica e diagnosi prenatale (Centro di Medicina Fetale e Diagnosi Prenatale). La considerazione che l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi è uno dei tre centri di riferimento toscani per la centralizzazione della basse epoche gestazionali, con l'introduzione di questi incontri di informazione, rende piena completezza al progetto assistenziale per la donna con gravidanza gemellare/multipla.

Per maggiori informazioni è possibile telefonare al numero 0557949368 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 13.30 ed al numero 0557947728 dal lunedì al venerdì dalle 13.00 alle 14.00.

Ambulatorio Gravidanze Gemellari Servizio di Medicina Prenatale e Centro di Medicina Fetale e Diagnosi Prenatale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - e-mail: info@medicinafetale-aouc.it - Tel.: 055 7949368

M. Di Tommaso e L. Pasquini

Elezioni ONAOSI

Stanno arrivando in questi giorni per posta le buste per le elezioni del Comitato di indirizzo dell'ONAOSI. Tutti i medici e gli odontoiatri contribuenti obbligatori o volontari della Fondazione hanno diritto di voto, che va espresso apponendo sulla scheda una "X" nel riquadro corrispondente alla lista per la quale si intende espri-

mere il voto fra quelle del raggruppamento di appartenenza. Può essere votata una sola lista e non è ammesso indicare preferenze. Una volta votata, la scheda va inserita nella busta piccola e chiusa. La busta piccola va poi inserita nella busta grande e inviata per posta alla Fondazione ONAOSI. La busta contiene già l'indirizzo ed

è pre-affrancata. La busta deve arrivare all'ONAOSI entro le ore 13 del giorno 23 marzo 2011, per cui si invitano tutti i medici e gli odontoiatri con diritto di voto a partecipare attivamente a questa tornata elettorale. Maggiori informazioni sul sito www.onaosi.it.

CORSI E SEMINARI

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA - ECOGRAFIA INTERNISTICA

Il Corso Interattivo di Ecografia Internistica si terrà nei giorni **29 maggio - 2 giugno 2011** presso il Castello di Gargonza, Monte San Savino (AR). Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento, che comprende lezioni, discussione di casi clinici, sessioni videoquiz ed esercitazioni pratiche con l'ausilio di tutori. I principali argomenti sono rappresentati da: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone, eco-color-Doppler, ecografia con contrasto (CEUS), tecnica dell'esame, terminologia per la refertazione. Una particolare attenzione viene rivolta all'ecografia clinica nell'emergenza-urgenza sia per quanto riguarda il paziente con dolore addominale acuto non traumatico sia per quanto riguarda il paziente politraumatizzato.

CORSO TEORICO-PRATICO IN ECOGRAFIA OSTETRICA TRIDIMENSIONALE

Il corso è orientato alla introduzione teorica e pratica alle più aggiornate possibilità diagnostiche offerte dalla ultrasonografia, particolarmente nell'ambito dello studio ecografico tridimensionale e volumetrico della anatomia fetale. Sarà esaminato in particolare il nuovo approccio alla neurosonografia e alla ecocardiografia fetale. Ampio spazio sarà riservato ad una sessione interattiva di presentazione di casi che verranno analizzati in senso multidisciplinare e collegiale, offrendo la possibilità di comprendere in modo diretto come le nuove tecnologie a disposizione possano contribuire notevolmente ad una migliore definizione delle diagnosi di aspetti sindromici malformativi. Sede del Corso: Hotel Londra, Via J.da Diacceto 16 - 50123 Firenze. Segreteria Scientifica: dr. Enrico Periti. Segreteria Organizzativa: Quid Communications srl, via XX settembre, 78 - 50129 Firenze ilaria@quidcom.com 055-4633701.



Certificati di malattia on line: ancora tante criticità

Si è conclusa la complessa trattativa per la definizione della circolare relativa alla certificazione online.

Questa circolare non costituisce la soluzione definitiva del problema: la legge resta inalterata. Tutte le organizzazioni sindacali da oltre un anno si sono poste insieme alla FNOMCeO l'obiettivo di modificarla, e la loro azione è riuscita a produrre un emendamento che è stato fatto proprio dalla maggioranza (cosiddetto emendamento Battaglia) che sta facendo il suo corso, pur rallentato dai problemi istituzionali a tutti noti che il nostro Paese sta affrontando.

In questa circolare il Ministero dell'innovazione ha dovuto riconoscere alcune cose molto importanti:

1) La necessità che le regioni forniscano a tutti i medici i fattori di produzione (... *Più a monte, lo stesso funzionamento del sistema è naturalmente condizionato dalla messa a disposizione degli strumenti tecnici e delle apparecchiature necessari in ogni struttura e presidio pubblico (studi dei mdf, ndr) interessato dal processo (Parere UPPA n.45/0B concernente l'art. 71 de decreto legge n.112/0B), che per la sua attuazione richiede*

l'attiva collaborazione ed iniziativa di tutti gli enti istituzionalmente coinvolti...).

2) La necessità, prima di aprire procedimenti disciplinari, comunque gestiti nell'ambito dei contratti e convenzioni, di definire la gradualità e la proporzionalità delle sanzioni. Tale definizione, per quanto ci riguarda, dovrà necessariamente passare attraverso un adeguamento dell'ACN, eventualità peraltro auspicata nella circolare stessa (...*Per quanto riguarda, professionisti convenzionati si rimanda alla Conferenza Stato Regioni la valutazione dell'opportunità di integrare gli Accordi Collettivi Nazionali vigenti per la definizione di quanto al presente paragrafo...).*

3) Circa la gradualità delle sanzioni è stata data un'importante interpretazione al famigerato termine di "reiterazione", peraltro coerente con leggi interpretative di tale concetto (DL.vo 106/2009) e pronunce della Suprema Corte di Cassazione, rif. sentenza 25 giugno 2008, n.17439, interpretazione che collegata ai suddetti riferimenti giuridici, sposta la valutazione dal sanzionamento dell'atto ripetuto alla valutazione della ripetizione di sanzioni della stessa indole.

zione di sanzioni della stessa indole.

4) La possibilità delle regioni di poter esentare dall'avvio dei procedimenti interi servizi o specifiche attività assistenziali (118, guardia medica, assistenza domiciliare, ecc.).

5) Il ridimensionamento del significato dei Call Center in senso di provvisorietà di sistema e soprattutto, il risultato più importante, il riconoscimento del primato dell'assistenza sull'obbligo amministrativo e il riconoscimento della necessaria discrezionalità del medico nel decidere di ricorrere al certificato cartaceo per non ostacolare l'attività assistenziale (... *È consentito il certificato cartaceo nel caso in cui i tempi richiesti dal call center o dal risponditore automatico, in situazioni contingenti, confliggano con il dovere primario di assolvere gli obblighi assistenziali (art. 4 comma 1 L. 689/1981).*

In conclusione si sono fatti dei passi avanti soprattutto nella direzione di non lasciare spazi interpretativi che potevano creare derive applicative della Legge mantenendo però ferma l'intenzione di eliminare tutti i contenuti della stessa che la categoria medica non solo non merita ma non è disposta a tollerare.

Una sentenza pesante

I medici sono rimasti scossi da una recente condanna, per colpa professionale, di una pediatra, che sostituiva un titolare assente, e di un medico di guardia, per aver rifiutato una visita domiciliare a una bambina, adducendo la lievità dei sintomi. La bimba, ricoverata, è deceduta per appendicite. Questo il fatto, con beneficio dei successivi gradi di giudizio. La famiglia ha chiesto la provvisoria del risarcimento in sede penale e il giudice, accogliendo la richiesta, ha condannato i due medici al risarcimento del danno nella misura di tre milioni e 250.000 €, più le spese legali. Con lo stesso dispositivo il giudice ha condannato in solido, al risarcimento di tale somma, sia la pediatra titolare a favore della sostituita, che la ASL a favore del medico di guardia. La ragione del provvedimento, per quanto si può dedurre dal dibattito, sta nell'articolo 1228 del codice civile che impone la corresponsabilità risarcitoria del professionista o dell'imprenditore per danno causato da un collaboratore.

Il magistrato ha valutato che il medico di guardia fosse un collaboratore dell'impresa ASL volta a fornire assistenza continuata ai cittadini; la sostituita, pagata e scelta direttamente dal medico, riveste la stessa figura di collaboratrice del titolare che deve garantire assistenza ai propri iscritti.

Si è scatenato il mondo per le evidenti conseguenze contrattuali e assicurative. La massima parte delle assicurazioni dei medici convenzionati non prevede la copertura dei danni provocati dal sostituto che è considerato, finora in giurisprudenza, un autonomo libero esercente. Le ASL, inoltre, dovranno accantonare a bilancio la previsione di siffatte evenienze (danni provocati da medici convenzionati) nelle quali finora non sono mai state chiamate a corresponsabile.

Lasciamo ai sindacati nazionali e alla conferenza Stato-Regioni di dirimere questa questione, qualora tale indirizzo giurisprudenziale si affermasse. E lasciamo alle organizzazioni mediche, compresi gli Ordini, il ten-

tativo, finora non riuscito, di rendere meno pesante il carico clinico e burocratico dei medici oberati di lavoro e sottoposti a eccessive richieste. E fa piacere rilevare la disponibilità dei colleghi della pediatria ad aiutarla a fronteggiare, ove fosse necessario, l'ingiusto provvedimento

Resta un fatto; frequenti sono le proteste dei cittadini, agli Ordini, alla Magistratura, al Difensore Civico, alle stesse ASL, per mancate visite domiciliari, più spesso di pediatri che di medici di famiglia. Però, quando una famiglia insiste, chiamando più volte, allora, di fronte a un'ansia così evidente, come giustificare la mancata visita? Anche per non sentirsi oppressi da dubbi così angosciosi. Troppo spesso manca la consapevolezza che il medico è sì quello che interroga ma dopo aver risposto alle domande dei pazienti. Prima di dolerci del risarcimento riflettiamo sui doveri della categoria.

Antonio Panti

Responsabilità professionale e risarcimento danni

Il caso della pediatra fiorentina, condannata al risarcimento del danno commesso dalla sua sostituita, oltre a innescare discussioni e commenti a livello nazionale, è l'occasione per affrontare la problematica a livello locale, nel tentativo di trovare soluzioni equilibrate che contemperino la

tutela dei medici e il diritto al giusto risarcimento per i pazienti. L'Ordine dei Medici di Firenze, in accordo con i sindacati medici di categoria, si è fatto parte attiva in questo senso e ha chiesto all'Assessore per il Diritto alla Salute della Regione Toscana l'istituzione di un tavolo di confronto che coinvolga

tutte le parti interessate. La richiesta è stata accolta e, a breve, inizieranno gli approfondimenti per arrivare ad un duplice obiettivo: innanzitutto risolvere il caso contingente, ma contemporaneamente porre le basi per una regolamentazione futura che possa evitare di ripetersi di simili situazioni.



FIRENZE
FIRENZE GABRIELE D'ANNUNZIO
FIRENZE MICHELANGELO
PRATO BORGO AL CORNO
PRATO CURZIO MALAFARTE
SESTO FIORENTINO

in collaborazione con:

Teatro SASCHALL

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

INFO E PRENOTAZIONI:
sogniperilmeyer@gmail.com



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Firenze

7 STEPPI
7 STEPPI

PROGETTO DEVI CON LA TESTA
LAVORO PER IL PAZIENTE
INTELLIGENTE E AGITO IN COLLABORAZIONE

FILOSOPHY

SAI

Filosofia
Nucleo di Ricerca e Sviluppo
Linguaggio Unificato - Cattedra

centro diagnostico
VILLA MARIA

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

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

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

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg

C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN[®] 160 mg / 12,5 mg

C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg

C09CA03

valsartan

VACO 05-05



Menarini, salute senza confini

Conformità a Linee Guida per la
certificazione delle attività di
informazione scientifica
Verificata da



Certificato Nr.
50 100 4785

Manfredo Fanfani

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



Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

