



ToscanaMedica

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



La sclerosi multipla, finalmente qualcosa di nuovo?

R. Banfi, M.A. Battaglia, A. Iudice, C. Manfredi,
L. Massacesi, M. Olivelli

L'evoluzione della Neuroradiologia Interventistica della AOU Careggi, Firenze

A. Consoli, S. Nappini, L. Renieri, D. Abdulcadir,
E. Giannotti, V. Mangiafico, S. Mangiafico, L. Capaccioli

Quindici anni di terapia neurochirurgica della malattia di Parkinson a Careggi

S. Ramat, L.M. Raglione, P.S. Bono, G. Pecchioli, S. Meoni,
D. Bacci, M. Paganini, S. Sorbi, F. Ammannati

Percorsi di risoluzione alternativi al contenzioso giudiziale

R. Giardiello, R. Tartaglia, G. Borsari

N° 2 FEBBRAIO 2012



Rare icone a Firenze

In *Christo/Bo Xructe* è una mostra particolare, potremmo anche dire *solo parzialmente* ospitata nel Battistero di San Giovanni a Firenze.

Nell'anno della Cultura italiana in Russia e di quella russa in Italia, fra i due paesi è nato un significativo scambio che ha portato nella Galleria Statale Tretyakov di Mosca due opere di Giotto, mentre nel Battistero di Firenze ha permesso l'ostensione di tre icone riferibili rispettivamente al XIII (realizzata nell'importante centro di Pskov), al XV (autore Andrej Rublev) e al XVI (autore Dionisij).

Ma la particolarità di questa mostra, da intendersi anche nell'insieme delle due sedi, è stata ulteriormente sottolineata dallo stesso cardinal Betori quando ha detto: *Non siamo di fronte ad una delle tante esposizioni artistiche in cui pregiate produzioni d'arte del nostro passato vengono proposte all'attenzione dei più. Né quello che qui avviene è una pura espressione della fede cristiana, secondo le sue tradizionali forme di annuncio e di culto. Arte e fede, invece, si intrecciano nella comune radice religiosa e culturale dell'Oriente e dell'Occidente cristiano. Le tre icone (cioè, immagini) presenti a Firenze propongono temi diversi: la Madre di Dio Odighitria (ovvero, dell'incarnazione), l'Ascensione, la Crocifissione.*

Il genere artistico delle icone si afferma nel mondo ortodosso come proposta di soggetti sacri intesi fuori dal tempo, schematizzati, quindi idealmente lontani da una realtà umana precisa e temporalizzata, pervasi di calma: lo stesso uso, che perdura per altro nei secoli, di uno sfondo dorato su cui si stagliano le figure porta ad una loro idealizzazione, secondo lo spirito della cultura e dell'arte di Bisanzio.

Ma considerando anche le opere di Giotto – *Madonna con Bambino* e il *Polittico di Santa Reparata* provenienti dall'Opera del Duomo – momentaneamente a Mosca, possiamo rilevare la comune matrice bizantina della cultura occidentale e di quella orientale: i fondi d'oro capaci di

esprimere il sacro e il regale, la maestosità della figure, una certa iniziale ripetitività iconografica, se vogliamo anche una tecnica quasi rituale che si piega (nei materiali e nel loro uso) all'importanza della rappresentazione.

Nel corso dei secoli le due culture si allontanano, politicamente entrando anche in conflitto: così l'Occidente si rivolge sempre più ad una rappresentazione legata alla realtà attraverso la ricerca dello spazio prospettico, mentre l'Oriente mostra una rinnovata fedeltà all'aura spirituale e non terrena espressa preferibilmente con il colore e i sempre presenti fondi d'oro.

Interessante nella ostensione fiorentina è verificare (di riflesso) le differenze artistiche intercorrenti fra queste due aree culturali, avendo la possibilità di constatarlo attraverso le tre icone, per altro nuovamente ritornate in uno spazio sacro dopo la loro musealizzazione del 1917 – nel Battistero fiorentino forti sono sia sul piano architettonico che su quello decorativo le ascendenze bizantine –.

Su di un diverso piano, preciso è il senso di condivisione che le opere suggeriscono, espressione certo di arte ma anche di fede, con la rara opportunità di vedere l'*Ascensione* (1408) proveniente dalla iconostasi della cattedrale di Vladimir, opera del celebre santo monaco Andrej Rublev, considerato l'artista prototipo per ogni icona a lui successiva.

Mostra, quindi, significativa per l'intensità dei temi suggeriti, primo quello religioso, come ancora il cardinale Betori ha sottolineato: *Se le forme orientale e occidentale dell'arte cristiana possono essere percepite tra loro fortemente diverse, non va però dimenticato che la loro radice è unica ed è il mistero dell'incarnazione, centro della fede cristiana, quindi presenza del Divino.*

In Christo/Bo Xructe

Battistero di Firenze - fino al 19 marzo 2012
(orario: lu/sab 12-19 dom/1° sab mese 8,30-14)

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ Rare icone a Firenze
F. Napoli **2**

EDITORIALE

■ Il dottor Hatsune Miku
A. Panti **4**

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

■ La sclerosi multipla, finalmente qualcosa di nuovo?
R. Banfi, M.A. Battaglia, A. Iudice, C. Manfredi, L. Massacesi, M. Ulivelli **5**

■ Una cronicità più affrontabile
A. Panti **12**

QUALITÀ E PROFESSIONE

■ Il medico è il manager!
M. Dal Maso **13**

■ Le reti sociali in Sanità
L. Belloni e coll. **15**

■ Un modello utile di trattamento per utenti e famiglie con disturbi del comportamento alimentare
A. Allamani e coll. **16**

■ Le nuove dipendenze non da sostanze
P. Cardoso e coll. **19**

■ Le linee guida: seguirle con giudizio
A. Peirano e coll. **21**

■ Sinergia tra sanità pubblica e pediatria di famiglia per le vaccinazioni dell'infanzia
P. Filidei e coll. **22**

■ Malattie inventate e risarcimenti immaginari, la medicina tra profitto e salute
A. Panti **24**

■ Come lavorare in una rianimazione a Capo Finisterre
L.P. Fabbri **25**

■ Negli Stati Uniti il Piatto diviso in quattro sostituisce la Piramide Alimentare
R. Innocenti e coll. **27**

■ L'adolescenza tra emancipazione e conflitti
K. Pizzo **37**

REGIONE TOSCANA

■ Percorsi di risoluzione alternativi al contenzioso giudiziale
R. Giardiello, R. Tartaglia, G. Borsari **29**

■ Sul consumo di Albumina e Immunoglobuline nella Regione Toscana
L. Tonelli, G. Berni, G. Mattei, S. Carli **32**

■ Endoscopia e anestesia
Consiglio Sanitario Regionale **36**

RICERCA E CLINICA

■ L'evoluzione della Neuroradiologia Interventistica della AOU Careggi, Firenze
A. Consoli e coll. **38**

■ Ecografia interventistica per la sindrome da conflitto sottoacromiale
R. Giuliani e coll. **40**

■ Ipotermia ed arresto cardiaco
S. Cipani e coll. **42**

■ Quindici anni di terapia neurochirurgica della malattia di Parkinson a Careggi
S. Ramat e coll. **43**

LIBRI RICEVUTI

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

■ La riforma sanitaria del Granducato di Toscana
M. Fanfani **47**

SANITÀ NEL MONDO

■ Al centro la persona. In ricordo di Barbara Starfield
G. Maciocco **51**

FRAMMENTI DI STORIA

■ È nella Toscana granducale che, "a vantaggio della pubblica salute", viene emanato il primo provvedimento contro la diffusione della tubercolosi
F. Carnevale **53**

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

■ Incidenza del tumore della cervice uterina nelle donne immigrate di prima generazione
A. Caldarella e coll. **56**

LETTERE AL DIRETTORE

■ "Qi" l'ha visto?
M. Pandolfi **57**

■ Ancora sulle MnC
L. Zilletti **58**

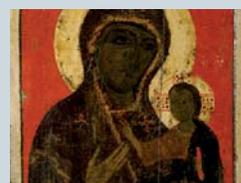
■ Letti sottratti...
A. Bertini **59**

BACHECA

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani **60**

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi **61**

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI **20-63**



Fondato da **Giovanni Turziani**
Anno XXX n. 2 - Febbraio 2012
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
Madre di Dio Odighitria, realizzata alla fine del XIII secolo a Pskov

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: toscanamedica@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: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it.
- Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute spazi inclusi.
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- No Bibliografia ma 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.



Il dottor Hatsune Miku

ANTONIO PANTI

Ciò che è inquietante non è che il mondo si trasformi in un completo dominio della tecnica ma che l'uomo non sia affatto preparato a questo radicale mutamento e, ancor peggio, che non sappia, attraverso la riflessione, confrontarsi con ciò che sta emergendo nella nostra epoca.

Martin Heidegger

Si alza il sipario e un gioco di specchi riflette l'immagine creata da un sofisticato soft; appare una cantante che si muove e canta come in un vero concerto, applaudita da migliaia di fans. Hatsune è una cantante virtuale costruita con un mix tra voci vere e invenzioni del computer; si sono già formati in Giappone clubs di appassionati. Immessa nel computer domestico, Hatsune canta quello che desiderate. Le aziende informatiche predispongono già un medico virtuale, capace di risolvere qualsiasi problema in base agli schemi che possiede (il campione del mondo di scacchi ha perso col computer). Facile rendere virtuale il paziente, cosicché il medico web potrà scandagliarlo con qualsivoglia moderna metodica. La ricetta si invia e-mail e il monitoraggio è telematico. Già molta tecnologia tiene a distanza il paziente, il quale, inoltre, può essere trasformato, tra pacemaker, protesi, comandi a distanza, impulsi cerebrali, in un cyber paziente. Chi ascolterà, toccherà, guarderà, annuserà, l'uomo che soffre?

Sul **NEJM** è apparso il resoconto di un esperimento. Alcuni pazienti di asma sono stati divisi in quattro gruppi. Ad uno non è stato somministrato alcunché (gruppo controllo), due gruppi hanno ricevuto un placebo e il quarto un farmaco efficace (albuterolo). Il primo gruppo non è migliorato ma gli altri tre hanno segnalato gli stessi miglioramenti soggettivi. Allora il farmaco non era efficace? No, le prove respiratorie erano nettamente migliori nei pazienti trattati col farmaco; chi aveva ricevuto il placebo stava meglio soggettivamente ma non alla misurazione della bronco dilatazione. È ovvio che il farmaco deve essere preferito; il miglioramento oggettivo è più importante di quello soggettivo. Tuttavia i pazienti si sono rivolti al medico perché stavano male e col placebo sono migliorati, magari con minori rischi di reazione avversa. Che fare? La risposta del clinico è chiara, ma questo fatto ripropone il problema delle medicine alternative, dell'ascolto del paziente, della capacità di stabilire un'alleanza terapeutica. Insomma una bella lezione per la medicina riduzionistica o meramente organicistica!

Sulla **stampa** è apparsa la notizia che è stato individuato il gene della calvizie precoce, quella che si manifesta, più o meno, prima dei trenta anni. Anche senza una fantasia sbrigliata si può immaginare che presto qualche azienda chimica scoprirà il farmaco miracoloso, si formeranno le associazioni dei pazienti, si convocheranno congressi in località esotiche, si costituirà la società scientifica per la lotta alla calvizie e l'AIFA dovrà porre il farmaco a carico del servizio mentre, in successive consensus conference, l'età per considerare patologica la calvizie si alzerà a quaranta, poi a cinquanta anni, forse anche dopo. Molto si discute sul cosiddetto *diseases mongering* che colpisce ormai tutte le patologie, le più comuni. Ma come trovare l'equilibrio tra la tutela della salute collettiva e

un mercato senza regole che ha fondato sulle speranze (le illusioni) di una scienza trionfante più il profitto degli azionisti che la cura dei malati?

Cosa lega queste vicende? Scrive Gunther Anders che "la nostra capacità di fare è enormemente superiore alla nostra capacità di prevedere gli effetti del nostro fare". E "La medicina impossibile" si intitola il celebre libro di Daniel Callahan che risale agli anni novanta. La medicina non può seguire a proporre miracoli e a voler occuparsi dei sani in attesa di curarli malati. Non sarebbe meglio riflettere sull'induzione di una speranza senza confini? Questo sembra il nodo centrale di tanti movimenti alla ricerca di calma, equanimità, cautela.

Sono due facce della stessa medaglia, da un lato l'abbandono della "fisicità" della medicina e dell'umanità della relazione, dall'altro la sfida della sostenibilità che le illusioni di un mercato privo di vincoli rendono sempre più ardua quale esercizio di un diritto universale per i cittadini e ugualitario per i pazienti.

Altresì, senza il meraviglioso sviluppo della tecnica, la medicina non avrebbe sconfitto secolari flagelli né raggiunto i risultati che tutti vedono. E non sempre la tecnologia aumenta i costi. La *wrist clinic*, una sorta di orologio da polso che consente di monitorare il paziente registrando a distanza molti parametri vitali nonché l'assunzione di farmaci, garantisce una netta diminuzione dei costi di transazione (visite e accertamenti) e è utile per il cronico. E la robotica, la farmaco genomica, le nanotecnologie, sono la speranza di un futuro entusiasmante.

Callahan conclude che non possiamo permetterci un progresso tecnologico infinito senza pensarne i confini etici e economici e che si possono porre limiti alla estremizzazione tecnologica riconquistando un veridico rapporto con chi soffre. Insomma ripensare la medicina; contestare chi la distorce o riduce a una impresa tecnologica sempre più insostenibile e disumanizzante. La salute è una parte importante della vita, ma non è tutto. Una medicina insostenibile sul piano etico ed economico finirà per perdere il senso della vera medicina. **TM**

Ricerca. Nuovo aiuto per la crescita fisiologica dei capelli

Importanza delle cellule staminali umane

Tutte le cellule del corpo umano originano da cellule staminali, cellule "madre" responsabili della formazione dei tessuti e degli organi e anche della loro continua rigenerazione. Anche i capelli, o meglio, i follicoli piliferi sono provvisti di cellule staminali che si rinnovano durante l'1% del ciclo di vita del capello. Ricercatori italiani (Contarello G. 2011) hanno scoperto che anche follicoli "quiescenti" (tipici delle aree diradate), mantengono una vasta quantità di cellule staminali responsabili dell'equilibrio fisiologico del follicolo e del bulbo.

Crescina HFSC per le Cellule Staminali Umane dei capelli

Attività delle cellule staminali dei follicoli piliferi con una nuova molecola contenuta in Crescina HFSC

Crescina HFSC Ri-Crescita di Labo contiene una innovativa molecola denominata Bio-Engine che è stata isolata e viene (bagnata di olio capelluto) per la sua capacità di agire su cellule staminali di follicoli capillari umani. In confronto al controllo, le cellule staminali dei follicoli nelle biopsie trattate con il nuovo attivo producono proteine "marker" (codici specifici delle cellule staminali dei follicoli anageni) per una quantità maggiore del +108,7% di Keratin-15, +102% di Alpha-Integrin, +87,9% di U-Cadherin, segno evidente della maggiore attività delle cellule staminali presenti nei follicoli trattati rispetto a quelli non trattati.

Domanda di Brevetto Svizzero depositata N. 1304/11

Crescina HFSC aiuta la crescita fisiologica dei capelli

Ora Crescina HFSC Ri-Crescita di Labo con Bio-Engine apre nuove porte al trattamento del diradamento legato a cause fisiologiche, non patologiche. Crescina HFSC Ri-Crescita è un preparato in fiale ad uso topico di impiego cosmetico dalla formulazione particolarmente complessa, che si basa principalmente sul brevetto di Cistearina-Lisina-Glicoproteina, indicato per aiutare la crescita fisiologica dei capelli nelle aree diradate. Disponibile in dosaggi differenziati per diradamento di varia entità in formulazioni specifiche per uomo e per donna, in farmacia.

LABO
Labo Cosmeceutici Suisse
La Farmacia



La sclerosi multipla, finalmente qualcosa di nuovo?

TOSCANA MEDICA – Iniziamo con un inquadramento generale relativo alla realtà medica e sociale della Sclerosi Multipla (SM).

BATTAGLIA – La Sclerosi Multipla è una malattia conosciuta in tutti i Paesi del mondo, prevalente nella razza bianca, che colpisce, secondo stime attendibili, circa 2-3 milioni di soggetti a livello planetario. In Italia dati recenti parlano di una prevalenza che oscilla tra i 100 ed i 130-140 casi per 100.000 abitanti, con quindi circa 60-65.000 persone colpite nel nostro Paese. Tale prevalenza appare omogenea su tutto il territorio nazionale, con eccezione della Sardegna dove si registrano cifre molto maggiori con circa 200 malati ogni 100.000 abitanti.

I dati relativi all'incidenza in Italia parlano di circa 3-4 nuovi casi su 100.000 individui e questo significa che in Toscana abbiamo circa 3.500-3.800 casi di malattia, in prevalenza donne, la metà sotto i 40 anni di età.

La Sclerosi Multipla si manifesta generalmente tra la seconda e la quarta decade e si protrae per tutta la vita, condizionando pesantemente, proprio a causa del periodo della sua insorgenza, la vita sociale, affettiva e lavorativa dei soggetti colpiti. In passato con il trascorrere del tempo la malattia si associava quasi invariabilmente ad un grado molto elevato di disabilità, mentre ad oggi fortunatamente questo si osserva soltanto in un terzo dei pazienti grazie ai miglioramenti complessivi che hanno interessato la gestione di questa condizione patologica.

La Sclerosi Multipla tra l'altro rappresenta una malattia che presenta uno dei costi sociali più elevati, a livello di statistiche sia italiane che europee, con cifre medie che raggiungono circa i 38.000 Euro l'anno a paziente con punte fino ad 80.000 nei casi di maggiore gravità.

MASSACESI – Per precisare quanto adesso riportato, ricordo uno studio italiano sui costi della malattia che, all'interno delle patologie neurologiche, ha valutato il costo del singolo malato di Sclerosi Multipla secondo solo a quello dei tumori del SNC e prima dello Stroke e delle demenze.

ULIVELLI – Parlando di costi non bisogna dimenticare, accanto a quelli diretti ed indiretti, anche i cosiddetti intangibili, eticamente assai importanti, rappresentati essenzialmente dai vari aspetti che condizionano la qualità della vita dei soggetti malati.

IUDICE – La Sclerosi Multipla ha una elevata rilevanza medica e sociale poiché interessa persone giovani, e dopo i traumi cranici e midollari è la seconda causa di disabilità giovanile. Da qui si evince come la malattia costituisca una priorità in termini di investimenti sanitari/sociali sia per l'assistenza che per la ricerca.

ROBERTO BANFI¹, MAURO ALBERTO BATTAGLIA²,
ALFONSO IUDICE³, CARLO MANFREDI⁴,
LUCA MASSACESI⁵, MONICA ULIVELLI⁶

¹ Dirigente dei Servizi farmaceutici della AOU "Careggi" di Firenze

² Presidente della Fondazione Italiana Sclerosi Multipla

³ Professore Associato di Neurologia dell'Università di Pisa

⁴ Medico di medicina generale, componente della Commissione Terapeutica Regionale, Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Massa

⁵ Professore Ordinario di Neurologia dell'Università di Firenze

⁶ Professore Aggregato di Neurologia dell'Università di Siena

BANFI – Sempre per rimanere in tema di attenzione all'utente vorrei ricordare con soddisfazione una delibera della Regione Toscana datata 1994 la quale, in seguito alle prime evidenze scientifiche, concedeva gratuitamente ai malati di Sclerosi Multipla l'interferone, fino ad allora dispensato a carico del SSN solo nei casi di Epatite C.

MANFREDI – Bisogna riconoscere che l'atteggiamento lungimirante della nostra Regione richiamato adesso dal dottor Banfi è ancora di grande attualità, visto che anche oggi, in presenza di prove di efficacia fondate, i nostri assistiti possono godere dei vantaggi dell'innovazione scientifica prima ancora che sia resa disponibile dalle decisioni delle autorità nazionali.

TOSCANA MEDICA – Affrontiamo adesso la questione della diagnosi (anche differenziale) e del decorso clinico della Sclerosi Multipla.

ULIVELLI – Partendo dalla considerazione che esistono diverse forme cliniche di Sclerosi Multipla, si può dire che più frequente sia la Recidivante-Remittente, nella quale agli attacchi acuti segue un recupero che almeno nei primi stadi di malattia è più o meno completo, iniziando il paziente ad accumulare disabilità solo dopo molti anni dall'esordio. Infatti a 15-20 anni, in circa il 50% dei casi si assiste ad un viraggio verso le forme Secondariamente Progressive, nelle quali la fase infiammatoria della malattia lascia il passo alla componente più propriamente

degenerativa con lenta progressione e possibilità di sporadici attacchi acuti

Nel 15-20% dei casi la malattia si presenta in forma Primariamente Progressiva, situazione molto grave e scarsamente modificabile dalla terapia, nella quale il carico di disabilità e la progressione appaiono fin dall'inizio assai importanti e gli attacchi acuti sono rari o assenti

Per Sindrome Clinicamente Isolata, si intende invece una manifestazione clinica suggestiva di malattia demielinizante la cui diagnosi verso una Sclerosi Multipla definita prevede la dimostrazione oggettiva della disseminazione nello spazio e nel tempo, comparsa cioè di nuovi episodi acuti, espressione di interessamento di aree funzionali diverse, e/o nuove lesioni evidenziate alla indagine RM.

Vista la dimostrata importanza del trattamento precoce e la necessità di escludere patologie altre del SNC con andamento clinico e neuroradiologico simile a quello della Sclerosi Multipla, criteri per favorire rapidità ed accuratezza nella diagnosi vengono periodicamente discussi ed aggiornati da un Panel di esperti a livello internazionale.

IUDICE – Accanto alla definizione diagnostica il paziente richiede – spesso in maniera più determinata – una prospettiva prognostica in termini di evoluzione della sua malattia, per le temute conseguenze in disabilità che stigmatizzano la diagnosi di Sclerosi Multipla. Purtroppo l'attuale indisponibilità di indicatori di decorso/prognosi rappresenta una importante limitazione operativa nell'assistenza alla persona.

TOSCANA MEDICA – *Ma allora in termini essenzialmente pratici come si fa in prima battuta a sospettare e poi confermare una diagnosi corretta di Sclerosi Multipla?*

MASSACESI – Generalmente quando un soggetto giovane manifesta una sintomatologia neurologica che persiste più di qualche giorno, il ricorso alle moderne tecniche di neuroimaging permette nella grande maggioranza dei casi di formulare una diagnosi corretta la quale, almeno in Europa, prevede una conferma attraverso specifici test di laboratorio basati sulla rachicentesi. Oggi contrariamente a fino a pochi anni fa, si può dire che le moderne tecniche neuroradiologiche permettono di pervenire ad una diagnosi corretta anche in fasi precocissime della malattia con evidente beneficio sulla prevenzione di una possibile futura progressione.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono i disturbi che possono in una prima fase condurre il paziente dal medico di famiglia ed indirizzare successivamente quest'ultimo verso la consulenza specialistica?*

MASSACESI – Schematicamente si può dire che in una persona giovane un qualunque deficit neurologico focale che persista più di qualche giorno, potrebbe rappresentare un sintomo di esordio di una Sclerosi Multipla; in questa malattia è infatti molto più caratteristico il decorso temporale della sintomatologia che la sua tipologia.

Generalmente i quadri sintomatologici più caratteristici sono quelli legati al coinvolgimento delle vie nervose di maggiore lunghezza e dimensione, cioè quelle motorie, sensitive e visive. A seguire troviamo

i sintomi legati all'interessamento delle vie nervose meno lunghe e dimensionate.

Ripeto però che il criterio più specifico è rappresentato dalla durata del sintomo. Ad esempio solo in caso di una parestesia ad un arto di lunga durata (almeno ore), è possibile ipotizzare qualcosa di diverso rispetto ad un formicolio legato alla compressione di un nervo, che può capitare invece a qualunque persona sana.

ULIVELLI – Esistono anche segni aspecifici ma caratteristici quali il segno di Lhermitte, sensazione di scossa elettrica che percorre la spina dorsale o gli arti alla flessione del capo, di durata brevissima ma che può ripetersi nell'arco del tempo.

IUDICE – Va considerato altresì che in molti casi oggi arrivano all'attenzione del neurologo persone che hanno eseguito una Risonanza magnetica dell'encefalo per i più svariati motivi e nel cui referto si menziona la presenza di piccole e multiple aree iperintense a carico della sostanza bianca di significato patogenetico non univoco. L'applicazione dei più recenti criteri diagnostici di Sclerosi Multipla in questi casi dirime facilmente ogni dubbio interpretativo.

TOSCANA MEDICA – *Ad oggi quali sono le conoscenze sull'eziopatogenesi della Sclerosi Multipla?*

MASSACESI – La Sclerosi Multipla nelle fasi iniziali è una malattia a patogenesi essenzialmente autoimmunitaria in cui alla prevalente componente infiammatoria cellulare, se ne associa anche un'altra di tipo anticorpale. Negli ultimi anni è stato poi osservato, prima sul piano clinico e poi con tecniche di neuroimaging, che una volta raggiunta un certo carico di invalidità, di regola associato ad una determinata dimensione e qualità delle lesioni, l'invalidità progredisce indipendentemente dalla frequenza con cui si formano nuove lesioni infiammatorie. Questa osservazione ha condotto ad ipotizzare che dopo un certo numero di anni nella Sclerosi Multipla può comparire anche una patogenesi degenerativa, che ha come substrato un danno assonale e una perdita neuronale, ormai non più direttamente legati al caratteristico stato infiammatorio delle fasi di esordio. Si può in questo modo spiegare almeno in parte il motivo per cui terapie efficaci all'inizio della malattia, quasi mai lo sono quando il viraggio verso la fase degenerativa è ormai avvenuto.

Purtroppo questo significa che sostanzialmente nelle forme croniche progressive e secondarie oggi non disponiamo ancora di terapie realmente efficaci sul decorso della malattia.

TOSCANA MEDICA – *Pensate che i medici di famiglia siano sufficientemente formati per affrontare globalmente la gestione assistenziale di un paziente con Sclerosi Multipla?*

MANFREDI – A livello regionale non credo sia mai stato organizzato niente in campo formativo e questa iniziativa di "Toscana Medica" potrebbe rappresentare un buon punto di inizio. Per quanto riguarda la medicina generale vorrei sottolineare che le indagini di neuroimaging (soprattutto la RM con gadolinio), necessarie per confermare un sospetto diagnostico sostenuto magari da una sintomatologia sfumata e poco definita, molte volte nelle realtà più

PARTECIPANO



Roberto Banfi



Mauro Alberto Battaglia



Alfonso Iudice



Carlo Manfredi



Luca Massacesi



Monica Ulivelli

periferiche della nostra Regione non sono facilmente accessibili. Questa difficoltà ostacola un iter diagnostico veloce ed efficace.

ULIVELLI – Effettivamente nei grandi Centri le cose sono notevolmente più semplificate e l'accesso al Centro di riferimento dopo il primo attacco e quelli successivi è rapidamente garantito con l'immediata presa in carico del paziente da parte dello specialista.

In Toscana qualche anno fa con apposita delibera regionale, la n. 525 del 2004, vennero istituiti i Centri di riferimento per la Sclerosi Multipla, definiti nel loro funzionamento con équipe multidisciplinari ed in stretto contatto con la medicina generale. Oggi, ad una verifica di quanto fatto finora, uno dei più importanti problemi emersi è proprio quello delle difficoltà di raccordo esistenti tra l'Ospedale o il Centro di riferimento e le strutture deputate all'assistenza territoriale. Potrebbe essere pertanto giunto il momento di riunire intorno ad un tavolo tutti i protagonisti a vario titolo interessati alla gestione complessiva di questi pazienti per iniziare a pensare un nuovo modello di assistenza integrata.

MASSACESI – La delibera alla quale faceva ora riferimento la dottoressa Ulivelli, predisposta per definire il percorso assistenziale del paziente con Sclerosi Multipla, purtroppo a livello regionale toscano

non ha avuto applicazione uniforme. In questo senso penso che un richiamo, ormai a distanza di qualche anno, alle autorità regionali per implementare ed applicare davvero tale atto normativo anche a Firenze potrebbe essere utile ai nostri pazienti.

La collaborazione tra gli specialisti ed i medici di base certamente rappresenta un momento di grande importanza e di reale beneficio per i malati, anche se in molti casi si basa solo sulla buona volontà dei singoli professionisti di instaurare efficaci rapporti di collaborazione con i colleghi. A Firenze le cose non vanno male, come è testimoniato ad esempio dal fatto che spesso alcune procedure terapeutiche che normalmente vengono gestite in ospedale (come la somministrazione per via parenterale di cortisonici, in caso di ricaduta di malattia), vengono eseguite a domicilio del paziente, dopo che il medico di famiglia ha compilato la necessaria prescrizione ed ha provveduto ad attivare i servizi territoriali per la somministrazione della terapia. Il risultato finale è ovviamente assai gradito all'ammalato, ma attualmente esso deriva esclusivamente dall'impegno episodico, non coordinato e non codificato, delle singole professionalità coinvolte in questo tipo di iniziative.

BANFI – Secondo la mia esperienza lavorativa anche in realtà aziendali più piccole rispetto a quella fiorentina appare estremamente importante cercare di facilitare al massimo la vita di queste persone, spesso ancora giovani ed in piena attività lavorativa e sociale. Per questo anche i meccanismi di dispensazione dei farmaci necessari dovrebbero essere quanto più possibile snelli e veloci, consentendo ad esempio di ottenerne in dimissione un quantitativo tale da potere trascorrere almeno un mese prima di dovere nuovamente essere costretti a rifornirsene.

MANFREDI – La delibera prima ricordata a mio parere dovrebbe servire, magari aggiornata e rivista, a dare ad ogni operatore che a vario livello si occupa di questi pazienti la garanzia di potere accedere ad un sistema di assistenza articolato e funzionante nello stesso modo in tutta la Regione.

IUDICE – La collaborazione tra specialisti e medici di famiglia è fondamentale in questa malattia, e diviene ancora più necessaria per la complessità di gestione terapeutica che i nuovi farmaci per la Sclerosi Multipla impongono. Il monitoraggio della tollerabilità clinica e biologica delle nuove terapie non può essere unicamente demandato allo specialista.

TOSCANA MEDICA – *Il fatto che nel nostro Paese esista una Federazione Italiana Sclerosi Multipla significa che la presa in carico di questi malati è certamente assai delicata e coinvolgente, visto che la diagnosi si lega ad un cambiamento che prima o poi essi dovranno provare in prima persona. Quale è il vissuto della Sclerosi Multipla a livello di società?*

BATTAGLIA – Il messaggio che deve essere fortemente sottolineato è che oggi la Sclerosi Multipla è una malattia affrontabile e gestibile, con la quale riuscire a vivere la propria vita fino in fondo. Questo messaggio di speranza, oltre ovviamente che ai malati, deve essere diretto anche a tutti coloro che intorno a loro interagiscono quali familiari, amici, datori e colleghi di lavoro.

Ovviamente le cose non sono così semplici ed almeno un terzo di pazienti affronta grosse difficoltà legate essenzialmente alla durata della malattia, insorta magari quando le terapie non avevano ancora raggiunto il livello attuale di efficacia.

Per questo è fondamentale che sia disponibile una adeguata rete assistenziale sul modello di quella individuata dalla delibera regionale del 2004 che accanto ai Centri di riferimento universitari offriva tutta una serie di interventi anche a livello territoriale, tra i quali l'apporto concreto della medicina generale, in grado davvero di migliorare la qualità di vita degli ammalati.

Come è stato detto, purtroppo non tutti gli obiettivi sono stati raggiunti ed ancor oggi un aspetto di fondamentale importanza nella nostra Regione è assolutamente carente, vale a dire il livello dell'attività riabilitativa, momento assistenziale che realmente è in grado di fare la differenza tra una buona o una meno buona qualità della vita.

Gli ammalati in fase molto avanzata necessitano poi di tutta una serie di prestazioni che vanno dai servizi a domicilio ai contributi economici per la non autosufficienza, settore sul quale in Toscana si sta lavorando con impegno, sulla falsariga di quanto avviene per la Sclerosi Laterale Amiotrofica.

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo la questione della comunicazione della diagnosi al paziente.*

ULIVELLI – Il momento della comunicazione della diagnosi in pratica divide in due la vita del paziente, un "prima" ed un "dopo" la malattia, momento da affrontare con le risorse di cui ognuno, in un simile momento, è in grado di disporre. Bisogna anche ricordare che la diagnosi di Sclerosi Multipla generalmente non avviene tout court, arrivando alla fine di un percorso diagnostico per lo più abbastanza lungo e faticoso durante il quale si cominciano ad utilizzare termini generici quali malattia "infiammatoria" o "demielinizzante". Ad un certo punto però il nome corretto della

malattia deve venire necessariamente pronunciato ed in questo momento si crea nel soggetto una vertiginosa destabilizzazione psicologica causata dalla consapevolezza di essere affetto da malattia cronica invalidante. In molti casi l'interlocutore non riesce neppure a cogliere in pieno il senso delle nostre parole ed appare pertanto fondamentale quanto il medico che comunica la notizia debba essere preparato a gestire al meglio la situazione da un punto di vista psicologico, dedicandovi tutto il tempo necessario e fornendo fin da subito strumenti di aiuto quali, ad esempio, la disponibilità a successivi colloqui, un call center al quale rivolgersi per chiarire i mille dubbi legati alla nuova condizione di vita, il recapito della sezione AISM più vicina. La situazione ottimale prevedrebbe durante questo tipo di colloquio anche la presenza di uno psicologo che, se parte attiva fin dal momento della comunicazione della diagnosi, diventerebbe per il paziente una figura di riferimento sulla quale contare, naturalmente presente all'interno dell'équipe multidisciplinare

MANFREDI – Io credo che il momento della comunicazione della diagnosi o anche solo del sospetto diagnostico a persone di 20-40 anni che magari stanno ancora progettando la propria vita, sia davvero di enorme drammaticità.

In caso poi di Sindrome Clinicamente Isolata, nella quale il secondo attacco può presentarsi anche dopo due anni da quello di esordio, il supporto psicologico del medico di famiglia e di tutti gli altri professionisti diventa veramente di eccezionale importanza in un così lungo periodo di snervante attesa. I messaggi che devono arrivare al paziente dai vari nodi della rete di assistenza sia ospedaliera che territoriale devono pertanto essere il più possibile univoci e condivisi, per evitare di generare nel malato ansia ed angoscia ancora maggiori. Non dimentichiamo inoltre che quando si viene a conoscenza di essere affetti da una malattia grave, si cercano di reperire dappertutto notizie ed informazioni nel più breve tempo possibile, oggi ricor-



Prevalenza della SM in Europa

Fonte: tratto da Pugliatti et al. *The epidemiology of multiple sclerosis in Europe*, *Eu J of Neurology* 2006.

rendo invariabilmente ad Internet, con tutto quello che consegue in termini di attendibilità delle fonti e della maniera con la quale le nozioni vengono veicolate ai diretti interessati.

TOSCANA MEDICA – *In linea di massima per le Associazioni dei malati Internet rappresenta un vantaggio o uno svantaggio?*

BATTAGLIA – Internet rappresenta senza dubbio un grande vantaggio fondamentalmente perché permette di raggiungere un gran numero di persone con informazioni tempestive ed aggiornate in maniera molto più efficace rispetto ad altre tecniche più “tradizionali” quali la carta stampata, gli incontri ed i congressi. D'altra parte bisogna ricordare che la Rete è anche un grande contenitore che archivia e dispensa di tutto, indipendentemente da qualsiasi valutazione oggettiva di correttezza o scorrettezza. Anche i malati di Sclerosi Multipla devono quindi navigare con cautela ed attenzione per non incappare in notizie fuorvianti, illusorie o peggio del tutto false. Credo pertanto che la persona che comunica la diagnosi di Sclerosi Multipla debba anche fornire tutte le indicazioni necessarie per trovare sul web informazioni veramente utili ed assolutamente attendibili. In questo senso il consiglio più immediato è quello di rivolgersi ai siti delle Associazioni di riferimento per le singole patologie, evitando percorsi non controllabili e di dubbia autenticità. Purtroppo anche nel caso della Sclerosi Multipla, molte volte i pazienti cercano non tanto l'informazione realmente corretta, quanto comprensibilmente qualcosa che possa in qualche modo soddisfare il loro legittimo desiderio di guarigione. Questo però significa che non deve essere dato alcun credito a quei siti che promettono miracolose guarigioni praticamente da tutte le malattie croniche, compresa la Sclerosi Multipla.

BANFI – Per rimanere al tema dell'intervento precedente, ho trovato in Internet un sito italiano nel quale si danno indicazioni per curare tutte le malattie neurologiche con l'eritromicina per os; chiaramente questa è una soluzione che, anche in assenza di evidenze, è preferita dai pazienti rispetto alla via parenterale, spesso indispensabile in diverse condizioni cliniche come appunto anche la Sclerosi Multipla.

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo la questione della terapia della Sclerosi Multipla durante le varie fasi evolutive della malattia, sia dal punto di vista farmacologico che da quello degli interventi riabilitativi.*

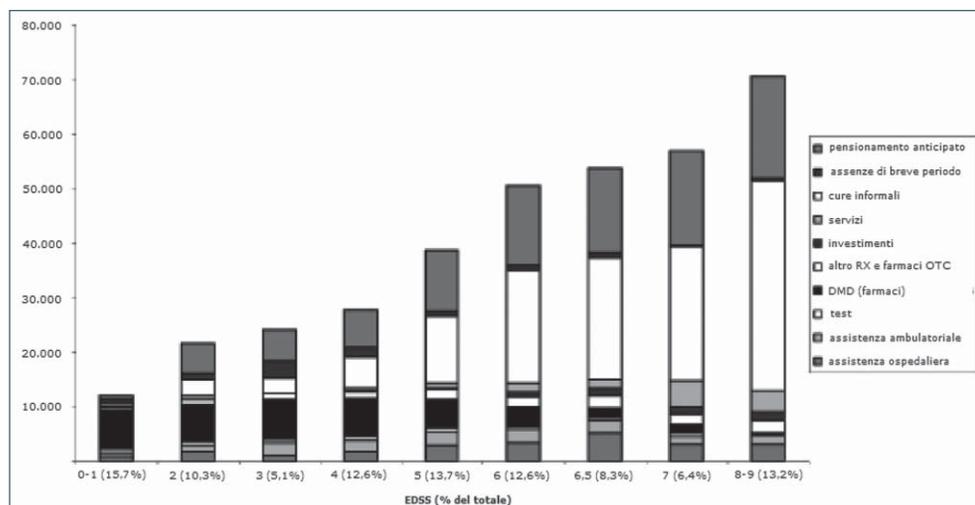
MASSACESI – L'approccio terapeutico effettivamente è diverso nelle varie fasi di malattia. La terapia della fase acuta, ormai standardizzata a livello internazionale, si basa essenzialmente sulla somministrazione dei boli di farmaci cortisonici per via parenterale. Inoltre nelle fasi iniziali si può utilizzare un farmaco appartenente ad una classe cosiddetta “disease modifying treatments” (DMT), cioè farmaci in grado di prevenire ulteriori ricadute e quindi di modificare l'evoluzione clinica della malattia. Tuttavia sulla modalità ottimale di utilizzazione di tali trattamenti ancora non esiste un accordo unanime tra gli specialisti, perché alcuni (ed io tra questi), non sono convinti dell'opportunità di somministrare in ogni caso un DMT e spesso aspettano almeno il secondo attacco, data la variabilità di decorso di una malattia in cui dopo il primo attacco acuto possono seguire anche diversi anni di benessere. Comunque è importante sottolineare che oggi disponiamo di terapie in grado di modificare l'evoluzione clinica delle prime fasi della malattia. Questo dato determina anche importanti conseguenze quando viene comunicata la diagnosi al paziente. Infatti oggi, grazie alla disponibilità di terapie efficaci, il medico può mettere da parte qualunque esitazione nell'informare esaurientemente sulle reali aspettative in termini di qualità della vita futura e sul repertorio terapeutico a sua disposizione.

Questo atteggiamento necessariamente cambia quando arrivano alla nostra osservazione soggetti in fase avanzata di malattia, già con disabilità stabilizzata: in questi casi purtroppo non abbiamo a disposizione nessuna terapia medica. Qualche speranza potrebbe venire in futuro dalla ricerca di nuovi approcci terapeutici in grado di “proteggere” le strutture nervose al momento del viraggio della malattia verso la fase degenerativa, rallentando la sua evoluzione clinica verso le forme più gravi di disabilità. Tuttavia in questo settore nessun farmaco in fase di sperimentazione clinica ha dato finora risultati incoraggianti.

ULIVELLI – Le terapie immunomodulanti vedono purtroppo anche degli effetti collaterali che possono condizionare la qualità di vita quotidiana. Gli interfe-

I costi della SM

Fonte: tratto da Kobelt et al. *Cost and Quality of life of multiple sclerosis in Italy*, Eur J Health Economics 2006.



roni ad esempio, si associano spesso ad una fastidiosa sintomatologia simil influenzale che compare dopo la somministrazione del farmaco ed a reazioni locali in sede di inoculo, aumento della fatica, aumento della spasticità. In corso di terapia con glatiramer acetato possono comparire dolori toracici con importante stato ansioso. Da non sottovalutare inoltre, insieme alla via di somministrazione, la frequenza delle iniezioni che riporta costantemente all'attenzione la condizione di malattia

IUDICE – Indubbiamente l'armamentario terapeutico oggi disponibile per la Sclerosi Multipla è una enorme conquista dell'impegno in ricerca e sviluppo farmacologico, se pensiamo che solo 20 anni fa non avevamo niente per curare. Naturalmente questo scenario richiede una accurata personalizzazione della terapia, basata sulle diverse fasi di intervento e sugli obiettivi concordati insieme all'ammalato. Restano ahimè forme di malattia che non hanno ancora una risposta terapeutica soddisfacente e richiedono il ricorso a trattamenti non farmacologici appropriati, come ad es. la neuroriabilitazione e la fisioterapia.

BATTAGLIA – Soprattutto nei casi di maggiore gravità l'approccio multidisciplinare ben condotto ed organizzato può essere realmente in grado di garantire un soddisfacente livello di qualità di vita. Pensiamo ad esempio alla spasticità ed alla conseguente sintomatologia dolorosa a livello muscolare che possono per lo più venire ben controllate dalla terapia farmacologica e da un adeguato supporto riabilitativo ed alle disfunzioni vescicali che necessitano di un monitoraggio urologico specificamente dedicato e competente.

TOSCANA MEDICA – Prof. Massaccesi, facendo seguito a quest'ultimo intervento, in Toscana quale è ad oggi la situazione per quanto riguarda i team multidisciplinari e gli interventi riabilitativi adesso ricordati dal prof. Battaglia?

MASSACESI – Si tratta di aspetti specificamente affrontati già nella Delibera Regionale del 2004 cui abbiamo accennato prima. In linea di massima è possibile affermare che nei Centri di Riferimento per la Sclerosi Multipla, presenti nelle tre Università toscane, i pazienti trovano tutto quello che è necessario per la migliore gestione possibile del loro stato di malattia. Quello che invece ancora manca almeno in alcune sedi è una figura professionale che sia in grado di gestire in maniera complessiva il percorso di cura dei soggetti con Sclerosi Multipla, soprattutto per quanto riguarda l'accesso ai differenti servizi, specialmente in caso di disabilità, sia motoria che cognitiva. Si tratterebbe in buona sostanza di collegare al meglio da un punto di vista organizzativo le opportunità offerte dai Centri di riferimento con le molteplici istanze derivate dal livello di assistenza legato sia al resto dell'ospedale che al territorio e di facilitarne l'accessibilità al paziente.

Vorrei inoltre ricordare che proprio i Centri di Riferimento devono affrontare il maggiore carico di lavoro. Infatti in Centri come Firenze vengono seguiti in media dagli 800 ai 1000 malati ogni anno, attraverso almeno due visite programmate e visite non programmate in occasione di eventi acuti. Di regola ciascuna di tali visite dura 30-40 minuti e talvolta anche un'ora. Inoltre almeno presso l'AOU Careggi di Firenze è di-

sponibile un accesso telefonico per i pazienti che assorbe risorse di personale dedicato e addestrato specificamente supportato solo da fondi di ricerca. Da noi infatti molta attività di assistenza è impropriamente coperta da personale medico precario finanziato con fondi di ricerca.

ULIVELLI – Concordo assolutamente con il Prof. Massaccesi e vorrei sottolineare che in Toscana per quanto riguarda la Sclerosi Multipla si sta lavorando tra mille difficoltà alla realizzazione di un modello assistenziale integrato che, una volta preso in carico il paziente, lo mantenga al centro di tutto il sistema cercando di affrontare al meglio i mille problemi legati alla malattia.

BATTAGLIA – I centri di riferimento fanno davvero un lavoro enorme, con poche risorse e tanta buona volontà e questo problema dovrebbe essere affrontato soprattutto in chiave di sviluppo futuro della ricerca e delle conseguenti ricadute assistenziali.

Fatta salva la necessaria integrazione tra strutture di riferimento e territoriali, come del resto già previsto dalla citata Delibera regionale, vorrei parlare della situazione della riabilitazione che in Toscana presenta luci e molte ombre. Accanto ad esperienze estremamente positive, si assiste a comportamenti francamente discutibili, come ad esempio quelli dei medici che prescrivono un non meglio precisato numero di sedute di fisioterapia senza neppure impostare il necessario piano riabilitativo individuale secondo quanto confermato ancora una volta dalle linee-guida 2011 in materia. Purtroppo molti operatori sanitari ancora oggi pensano che le malattie croniche, ed in particolare la Sclerosi Multipla, non richiedano un così grande supporto riabilitativo, da destinare invece opportunamente all'acuzie!

ULIVELLI – Anche in campo riabilitativo è fondamentale la collaborazione tra i vari professionisti impegnati nell'assistenza ai malati di Sclerosi Multipla che in ogni realtà regionale, la grande città o il piccolo centro isolato, dovrebbero avere il diritto di ricevere lo stesso livello di cure. Per questo si sta adesso lavorando per cercare di costruire una cartella clinica integrata che segua il paziente e sulla quale neurologi, fisioterapisti e medici di medicina generale possano riportare le proprie indicazioni e valutazioni, in questo modo rese immediatamente e facilmente disponibili. Anche in questo campo poi molto importante appare la collaborazione tra il Servizio Sanitario regionale e le Associazioni dei pazienti: a Siena, ad esempio l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla provvede ad offrire un supporto riabilitativo aggiuntivo, compresi i trattamenti in piscina.

TOSCANA MEDICA – Affrontiamo adesso la questione delle novità terapeutiche per la Sclerosi Multipla e parliamo del fingolimod, nome probabilmente ancora sconosciuto alla massima parte dei nostri lettori. Cerchiamo di dare una visione di insieme di questa nuova molecola.

MASSACESI – Il fingolimod è un farmaco immunosoppressore con una modalità di azione innovativa che ha dimostrato una efficacia maggiore rispetto al placebo ed ad una determinata classe di interferoni, con in più anche il grande vantaggio di potere esse-

re somministrato per via orale. Trattandosi tuttavia di un farmaco realmente innovativo a mio parere è del tutto condivisibile l'atteggiamento prudente delle Agenzie regolatorie europea e italiana che hanno predisposto un piano di minimizzazione degli eventuali rischi del fingolimod, limitandone per ora l'impiego come presidio cosiddetto "di seconda linea" per le forme recidivanti remittenti. In pratica lo si può usare quando i farmaci DMT tradizionali non riescono a controllare in maniera adeguata la malattia oppure in casi particolarmente gravi. Questo per prolungare alla fase post-marketing il tempo di osservazione del profilo di tossicità, peraltro assai promettente, rendendo disponibile nel frattempo il farmaco a tutti i pazienti. Infatti il farmaco per ora è stato utilizzato solo da pochi anni in un numero ancora limitato di individui, la maggior parte dei quali altamente selezionati in quanto reclutati negli studi clinici e quindi e non completamente rappresentativi della popolazione generale.

Indubbiamente il fingolimod sembra rappresentare davvero una novità importante nella cura della Sclerosi Multipla, anche se per il momento non disponiamo ancora di dati post-marketing di sicurezza definitivi.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono gli endpoints primari che si vanno a valutare quando si parla di farmaci per la Sclerosi Multipla e quali sono stati i risultati ottenuti in questo senso con il fingolimod?*

ULIVELLI - Gli endpoints primari che si prendono in considerazione sono il numero delle ricadute per anno e il numero di nuove lesioni e/o lesioni captanti gadolinio alla RM.

Rispetto a questi parametri, gli studi relativi al fingolimod ne hanno effettivamente dimostrato una notevole efficacia. Per quanto riguarda gli eventi avversi, pur in assenza di impatto sul quotidiano, è comunque necessario valutare la possibilità di linfocitopenia ed insorgenza di infezioni. Ad oggi il fingolimod sembra non associarsi a sviluppo di forme tumorali. Problemi quali la bradicardia ed il rialzo pressorio richiedono inoltre specifiche monitorizzazioni. Per

esempio alla prima somministrazione, che avviene presso il Centro, si registra il tracciato ECG per 6 ore e si raccolgono parametri vitali ogni ora.

BANFI – In tempi di grave crisi appare oggettivamente molto importante cercare di recuperare quante più risorse possibili, anche se naturalmente farebbe piacere a ciascuno di noi potere liberamente disporre di tutte le novità terapeutiche via via disponibili.

Dal punto di vista farmacoeconomico io credo che oggi ci sia ancora la possibilità concreta di "investire" su quello che abbiamo a disposizione per utilizzare al meglio quanto risparmiato nell'innovazione. In Oncologia ad esempio siamo riusciti a recuperare tantissime risorse da destinare alle nuove molecole con l'impiego razionale dei generici e degli equivalenti disponibili. Probabilmente proporre anche in campo neurologico un simile approccio metodologico potrebbe rivelarsi utile.

ULIVELLI – Ovviamente le osservazioni del dottor Banfi si riferiscono ai costi diretti che certamente aumentano nel caso di un farmaco di nuova introduzione il quale però, se realmente efficace, non potrà che incidere positivamente su quelli indiretti.

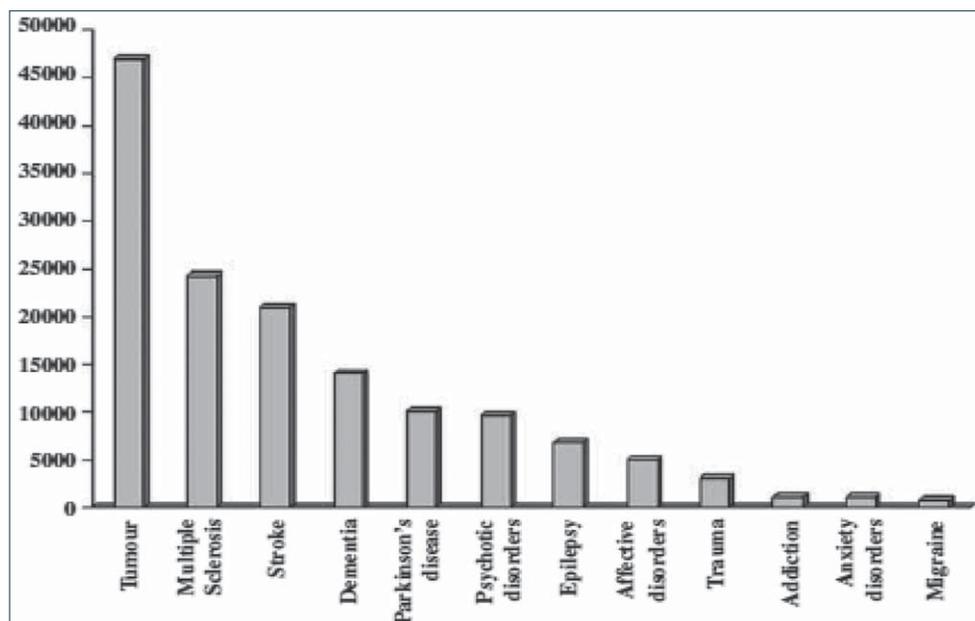
BANFI – In linea di massima la dottoressa Ulivelli ha perfettamente ragione, però noi tutti conosciamo quanto sia facile misurare un costo diretto e quanto invece sia difficile farlo con uno indiretto, quantizzando ad esempio il valore economico di un certo numero di giornate di lavoro risparmiate.

MANFREDI – Penso che la strada più giusta per affrontare e possibilmente risolvere uno dei più gravi problemi della Sanità moderna, quello cioè della sostenibilità delle prestazioni a fronte della drammatica scarsità delle risorse disponibili, sia quello di aumentare il numero degli studi comparativi, gli unici davvero in grado di stabilire con precisione se un nuovo farmaco, al di là del costo, sia realmente vantaggioso oppure no.

Nel caso del fingolimod siamo ancora in una fase intermedia perché i dati ad oggi disponibili fanno

**Cost per patient
(€ 2004)**

Fonte: tratto da Pugliatti M. et al. *Costo f disorders of the brain in Italy Neuroscience 2008.*



riferimento ad un unico studio contro interferone durato un anno ed a due altri studi contro placebo della durata di due anni. Seppure le evidenze ad oggi pubblicate facciano pensare che si sia davvero di fronte ad una significativa innovazione terapeutica, è certamente necessario ampliare le nostre conoscenze in questo settore. Per quanto riguarda ad esempio gli effetti collaterali del fingolimod, a mio parere sarebbe molto importante prendere in considerazione la sua lunga emivita, della durata di alcuni mesi, che potrebbe creare qualche problema se non tenuta sotto controllo per un certo periodo anche dopo la sospensione dell'assunzione.

In buona sostanza le autorità regolatorie anche in questo caso hanno il difficilissimo compito di "mettere

un freno" all'eccessivo entusiasmo legato alla comparazione di una nuova sostanza, allo stesso tempo però permettendone un impiego oculato per capirne a fondo le reali potenzialità.

BATTAGLIA – La Sclerosi Multipla è una malattia che con il passare del tempo fortunatamente ha visto nettamente migliorata la propria evoluzione clinica. La possibilità che le cose possano in futuro ragionevolmente migliorare, dal punto di vista dei malati non può ovviamente che essere vista con enorme favore. La richiesta che viene da queste persone è che quindi le risorse disponibili vengano, per quanto possibile, impiegate in quei settori dove realmente esistono possibilità significative di miglioramento.

Una cronicità più affrontabile

ANTONIO PANTI

La prevalenza in Italia è calcolata intorno ai 65.000 casi, in Toscana circa 3.800, con un'incidenza di 4 casi ogni 100.000 abitanti e costi umani e sociali rilevantissimi, da 30.000€ fino a 80.000€ ogni anno per i casi più gravi. La sclerosi multipla colpisce per i due terzi donne sotto i 40 anni, proprio nell'età della maggiore attività di lavoro, della fertilità, dei progetti di vita che cominciano a realizzarsi. Una cronicità – la sclerosi ha una prognosi di decenni – gravata da rilevanti costi diretti, sanitari, indiretti, (per la perdita del lavoro e per l'impegno dei familiari) e intangibili, per la deteriorata qualità della vita.

In effetti la maggior parte dei casi ha un decorso lento e remittente, con lunghi periodi di recupero, ma l'evoluzione è inevitabile; inoltre una percentuale di pazienti presenta invece un decorso rapido con invalidità gravissima. Insomma una prognosi difficile perché la forma è variabile nello spazio, nel senso che non è prevedibile la localizzazione dei danni, e nel tempo perché non possiamo sapere quando avverranno le ricadute.

In pratica, sostengono i nostri esperti, ogni volta che un deficit neurologico si presenta e si mantiene per un certo periodo di tempo, si possono avviare le procedure diagnostiche, fondamentalmente la RMN. Però l'esordio è subdolo e le remissioni lunghe, per cui la diagnosi esige tempo e cautela nella comunicazione.

Oggi la malattia è meno stigmatizzante e le possibilità terapeutiche molto migliori. Tuttavia si tratta di comunicare una diagnosi che cambia la vita del paziente. Un processo che esige da parte del medico capacità psicologiche e umana empatia e richiede tempo, proprio ciò che manca oggi. Ma la diagnosi è già il punto di arrivo di un percorso che impegna il medico di famiglia e lo specialista e, insieme, un *team* multidisciplinare che affronti i sintomi e i dan-

ni di organo. In Toscana è codificato un percorso sicuramente efficace, con la consueta difficoltà della disomogeneità dell'applicazione nelle diverse ASL. Eppure un percorso omogeneo ed efficiente rassicura il paziente e rende a lui e ai familiari la vita più semplice.

In questa organizzazione il punto debole, come spesso accade in Toscana, è la riabilitazione. Eppure in una disabilità motoria il fisiatra dovrebbe essere parte fondamentale del *team* multidisciplinare che ha in carico il paziente. Vi sono associazioni di pazienti che cercano di aiutare i pazienti e le famiglie in queste drammatiche situazioni, in cui il sostegno deve essere continuativo e gli interventi sociali garantiti.

La sclerosi multipla ha visto migliorare le possibilità di cure per l'uso dei corticosteroidi e degli immunomodulatori. La Regione Toscana ha sempre sostenuto l'onere delle terapie innovative per quanto costose e, come si è già detto, ha tentato di organizzare percorsi di cura idonei a sostenere i pazienti e le famiglie. Purtroppo le risorse scarseggiano e i casi aumentano. Il collegamento tra centri specialistici e territorio rappresenta un problema non più rinviabile.

Oggi, comunque, un'ulteriore speranza si apre per questi pazienti, un farmaco innovativo e somministrabile per os, il fingolimod, che ha già rivelato buoni effetti su alcuni *end point*, anche se non se ne conoscono del tutto le possibili reazioni avverse. Per cui per ora può essere utilizzato solo come farmaco di seconda linea. Ne è sostenibile l'uso per il servizio sanitario? La domanda si pone sempre più spesso e può trovare risposta solo se i medici e il sistema pubblico si impegneranno in studi comparativi. E quello che anche in questo caso occorre fare per garantire ai pazienti una possibilità in più di migliorare la prognosi di questa gravissima affezione. **TM**

*Si ringrazia Novartis
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Maurizio Dal Maso, chirurgo vascolare fino al 1999, medico di direzione sanitaria nella Az. Asl di Firenze fino al 2005. Spec. in Otorinolaringoiatria e Patologia Cervico-facciale. Chirur. Microchirur. e Chirur. Sperimentale ed Ig. e Med. Prev. Fra il 1999 e il 2005 Resp. del progetto CUP Metropolitan di Firenze, che ha coinvolto anche le AOUC e Meyer. Dal 2005 al 2010 Dir. Sanit. dell'Az. Policlinico Umberto I di RO, da febbraio 2011 è Dir. Sanit. della Asl 1 di MS.

Il medico è il manager!

Una recente ricerca del CERISMAS riguardo il SSN evidenzia un modello gestionale che fatica ad innovare, un'aziendalizzazione tuttora critica e un eccessivo numero di medici con responsabilità gestionali. Certamente le attività burocratico-amministrative sono aumentate, ma è solo il 19,5% dei medici operanti in corsia quello che ha responsabilità gestionali e dunque è difficile sostenere che questo sia il vero problema. A meno che non si voglia riaccendere la stagione della polemica fra medici e manager, che era stata opportunamente conclusa nel 2003 con il famoso articolo del BMJ *"Doctors and managers: a problem without a solution?"* in cui si spiegava perché non può esistere una dicotomia fra i due ruoli che sono da intendersi, invece, come due facce della stessa medaglia perché la scarsa pratica manageriale è letale almeno quanto la scarsa pratica clinica. Peraltro, già dal titolo si evinceva che questo è un problema senza soluzione e, quindi, per definizione un problema che non ha soluzione non è un problema.

La realtà in cui tutti i giorni si svolge la nostra

attività è chiara e nota a tutti: il medico decide come utilizzare le risorse in base ad un percorso clinico-assistenziale che giudica ottimale per quello specifico paziente. È logico e

necessario che abbia questa libertà di scelta ma

sarebbe incoerente, però, se non avesse anche la responsabilità dell'impiego corretto delle risorse. In sanità, dunque, il controllo economico non è di natura gerarchica ma passa attraverso la responsabilità professionale di coloro che hanno in cura i pazienti.

Il medico in ogni attimo della propria attività è sempre inesorabilmente ed ineludibilmente dottore, docente e dirigente (*medico in 3D*) perché le attività cliniche (prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione), quelle di educatore verso discenti, pazienti e familiari e quelle di dirigente sono inscindibili e scorrono integrate lungo tutte le ore di attività professionale indipendentemente dalla specializzazione o dal contesto in cui si opera.

MAURIZIO DAL MASO

Direttore Sanitario ASL 1 di Massa e Carrara

- Direttore Sanitario Aziendale - Dott. Maurizio Dal Maso



MEDICI E MANAGER

... poor management practice is at least as lethal as poor clinical practice.

... a solution is to improve the quality of health service managers.

... to make managers think and behave like doctors or vice versa.

... doctors and manager have much to earn from each other ...

**Doctors and managers;
a problem without a solution ?
BMJ, vol. 326 – 22 march, 2003.**

- Come "fare salute" : la corretta gestione farmacologica del paziente iperteso -
Centro Congressi - Marina di Massa, 24 settembre 2011

1



IL MEDICO E' IL MANAGER

- Il medico decide come utilizzare le risorse in base ad **un percorso clinico -assistenziale** che giudica ottimale per quello specifico paziente.
- E' logico e necessario che abbia questa **libertà** di scelta.
- Sarebbe incoerente, però, se non avesse anche la responsabilità dell'impiego corretto delle **risorse**.
- In sanità il **controllo** economico non è di natura gerarchica ma passa attraverso la **responsabilità professionale** di coloro che hanno in cura i pazienti.

- Come "fare salute" : la corretta gestione farmacologica del paziente iperteso -
Centro Congressi - Marina di Massa, 24 settembre 2011

2

Il vero problema quindi non è la dicotomia fra medici e manager, ma è quello di cui già nel 2002 Antonio Panti scriveva su Toscana Medica *"Non c'è dubbio che i medici siano a disagio di fronte ai cambiamenti dei sistemi sanitari e alla trasformazione dei rapporti con i pazienti e con la società. I medici sentono quasi in pericolo la natura e i valori della*

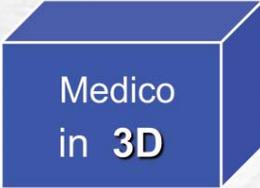
loro professione".

Questo era, ed è tuttora, il vero problema, ovvero il cambiamento costante e non opportunamente "presidiato" del rapporto medico-paziente e, più in generale, del livello e della qualità (scarsa) della comunicazione interna ed esterna alle organizzazioni sanitarie.

TM



- 1. Clinico**
 - > prevenzione
 - > diagnosi
 - > terapia
 - > riabilitazione
- 2. Insegnante - Educatore**
 - > discenti
 - > utenti e familiari
- 3. Dirigente**
 - > utilizzo appropriato di tutte le risorse



Medico in 3D

- Come "fare salute" : la corretta gestione farmacologica del paziente iperteso -
Centro Congressi - Marina di Massa, 24 settembre 2011

3

Le reti sociali in Sanità

L'esperienza del centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali



Laura Belloni, spec. in Psicoterapia Relazionale Sistemica conseguita nel 1991 c/o il Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma. Spec. in Psichiatria c/o l'Univ. di Firenze, Scuola di Spec. in Psichiatria nel 1993. Direttore SODC Clinica delle Organizzazioni, Staff Direzione Aziendale, AOU Careggi. Resp. del Centro di Riferimento Reg.le sulle Criticità Relazionali, Staff della Direzione Generale.

Sempre più rispetto al passato è riconosciuta la necessità di un approccio multidisciplinare e integrato tra i diversi servizi sanitari finalizzato a cogliere il tema della salute nei suoi aspetti bio-psico-sociali. La "rete" è il modello che meglio descrive, sia da un punto di vista strutturale che funzionale, l'interconnessione necessaria ai diversi servizi sanitari per rispondere efficacemente ai bisogni dell'utenza. In termini generali la rete è costituita da un insieme di nodi (persone, città, aziende) collegati tra loro da linee (relazioni, strade, comunicazioni). In ambito sociale, i nodi sono rappresentati dagli individui, dai gruppi, dalle organizzazioni, mentre le linee descrivono l'insieme delle relazioni esistenti, favorite e sostenute da scambi comunicativi peculiari e specifici. Lo sviluppo di percorsi, nati da specifici obiettivi (promozione del benessere nelle organizzazioni sanitarie) o da domande esplicite (consulenze o sviluppo di progetti su specifiche aree), devono tener conto dell'intero sistema di relazioni e di soggetti che compongono la rete nella quale si inseriscono.

Coerentemente con tale visione, il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRRRCR) sviluppa progetti rivolti al personale delle aziende sanitarie ed ospedaliere, e non solo, sulla base delle criticità di natura relazionale riferite dagli stessi destinatari. Il modello di intervento privilegiato è quello di rete. In una fase preliminare vengono individuati istituzioni e servizi implicati nel tema in oggetto coinvolgendoli a pieno titolo in qualità di interlocutori. La costituzione e l'avvio di tavoli di lavoro consente di facilitare la conoscenza reciproca tra i vari soggetti istituzionali e la condivisione e il confronto sulle problematiche presenti e sugli interventi possibili sia all'interno delle singole Istituzioni sia, nel caso del contesto sanitario, all'interno del percorso di presa in carico dell'utente e dei suoi familiari.

Un esempio di tale modalità di intervento è rappresentato dal progetto "Impatto psicologico e sociale dei traumi stradali nell'area fiorentina", nato nel 2007 con l'obiettivo di creare un percorso strutturato per la tutela psicologico-relazionale e implementare quella socio-assistenziale delle vit-

time della strada e la tutela psicologica degli operatori coinvolti ai vari livelli di intervento mediante azioni di supporto psicologico, formazione e supervisione attivabili lungo tutto il percorso post trauma.

Finalità ultima è il miglioramento della qualità della vita per le vittime e le loro famiglie e del benessere psicologico e lavorativo degli operatori coinvolti. In seguito all'individuazione e al coinvolgimento dei

principali attori delle istituzioni e dell'associazionismo presenti nell'area fiorentina che da tempo si occupano dell'evento trauma stradale a vari livelli è stato costituito un tavolo di lavoro al fine di poter

evidenziare e confrontarsi sulle problematiche presenti e sugli interventi possibili sia all'interno delle singole istituzioni sia, e soprattutto, in tutto il percorso di presa in carico della vittima di incidente stradale e dei suoi familiari. La conoscenza delle attività svolte sul tema da parte di vari soggetti istituzionali ha permesso il superamento delle problematiche esistenti a vantaggio del potenziamento e dello sviluppo di tali attività e la stesura di un documento finale condiviso che ripercorresse le procedure e le fasi di intervento sia specifiche di ogni ente che nelle relazioni con altri servizi. Questo ha permesso che le attività di consulenza e supporto avviate, sia pur nella diversità e specificità delle singole aree di intervento (emergenza urgenza territoriale e ospedaliera, Polizia Municipale), non risultassero frammentati o disgiunti ma facessero parte di un unico percorso di rete.

Un altro esempio relativo alla modalità di intervento di rete del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali è rappresentato dal Progetto "Benessere relazionale degli operatori e prevenzione del disagio professionale", avviato a gennaio 2010 e rivolto ai professionisti delle Aziende Sanitarie della Toscana. L'obiettivo generale è stato sensibilizzare le Aziende Sanitarie sull'importanza del benessere psicologico degli operatori, al fine di perseguire il miglior funzionamento dell'organizzazione stessa. Il percorso di costruzione della rete regionale ha visto succeder-

LAURA BELLONI¹, DAVIDE GIOMI², MONICA GIULI³

¹ Psichiatra - Dirigente Medico. Direttore della SOD Clinica delle Organizzazioni (AOU - Careggi) e Responsabile del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali.

² Psicologo. Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, AOU - Careggi, Firenze.

³ Psicologo. Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, AOU - Careggi, Firenze.

si diverse azioni: in primis la realizzazione di un corso formativo finalizzato alla costituzione del gruppo degli Osservatori Relazionali (DGR 1124 del 28/12/2010), ovvero operatori afferenti alle diverse realtà sanitarie della Toscana che assolvono a una funzione di osservazione privilegiata delle criticità di natura relazionale che si verificano nella loro azienda di appartenenza. Alla formazione è seguita la costituzione di due tavoli di lavoro coordinati dal Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, uno formato dagli osservatori stessi e avente come scopo il sostegno, l'intervisione e il monitoraggio delle attività intraprese all'interno di uno spazio di confronto e discussione comune, nell'ottica di sviluppare percorsi volti allo sviluppo del benessere lavorativo e organizzativo; l'altro di *coordinamento regionale* con obiettivi

sovra-ordinati di mappatura dell'esistente, implementazione dei servizi aziendali dedicati alla progettazione di interventi per il benessere e loro messa in rete, fino allo sviluppo di linee guida condivise, base per l'effettiva creazione di servizi omogenei a livello regionale.

Il sostegno alla capacità di "fare rete" da parte dei servizi e delle strutture e, nello specifico, la promozione del confronto e coordinamento delle diverse attività in corso ai vari livelli favorisce quindi il miglioramento dell'attuazione degli interventi, la qualità dei risultati e il loro sviluppo nel tempo, con ricadute positive sia per l'utenza che per gli operatori stessi che, insieme ai servizi e alle istituzioni di appartenenza, rappresentano i nodi della rete. **TM**



Allaman Allamani. Medico psichiatra. Già aiuto di Gastroenterologia all'ospedale di Careggi, e coordinatore del Centro Alcologico dell'Azienda Sanitaria di Firenze, è attualmente consulente dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana per un progetto europeo di politiche alcoliche. È membro dell'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze.

Un modello utile di trattamento per utenti e famiglie con disturbi del comportamento alimentare

1. Il disturbo della condotta alimentare

Fin dalla metà del '900 in Occidente sono aumentati i disturbi del comportamento alimentare (DCA), caratterizzati

secondo il DSM da abbuffata, perdita di controllo, preoccupazione per il peso e per le forme del corpo, bassa stima di sé. In un campione statunitense di 9-14 anni, 7,1% di maschi e 13,4% di femmine riportava DCA. Il recente studio ESEMeD sui disturbi mentali non psicotici di 6 paesi europei (Italia inclusa) indica una prevalenza di DCA di almeno il 2,15% della popolazione di 18 anni e oltre, con le donne 3 a 8 volte più degli uomini. Un recente studio a Sesto Fiorentino riferisce dati inferiori (1,21%) di prevalenza nella vita.

Fin dal '70 anoressia mentale, e poi bulimia,

sono state osservate in Italia da internisti, psichiatri e terapeuti familiari e cognitivo-comportamentali. Gli interventi pubblici o privati, fino agli anni '80 effettuati nei reparti di psichiatria, medicina ed endocrinologia, o mediante psicoterapie, sono cresciuti sino a contare oggi oltre 150 strutture- ambulatori, day hospital, posti letto salva-vita e riabilitazioni, spesso ad approccio multidisciplinare.

Dal 1997 il Ministero della Salute ha emesso le relative linee guida; con un documento del 2010 la Regione Toscana indica strutture, percorsi di assistenza e linee d'indirizzo per costruire una rete di servizi specifici. Attualmente i DCA sono visti come parte della categoria delle dipendenze, e si è documentato un maggior abuso di alcol nelle bulimie, nonché una parziale concomitanza di DCA, alcoldipendenza e uso di sostanze.

ALLAMAN ALLAMANI*, PATRIZIA AMMANNATI°, GINETTA FUSI#, ANDREA QUARTINI#

* Centro Alcologico di ricerca e Prevenzione

° Unità Operativa di Dietetica

SAT-UFM SERT FI/C - Azienda Sanitaria di Firenze

2. Un modello d'intervento terapeutico per DCA

L'associazione tra alcolismo, dipendenza da droghe e da farmaci, e DCA (specie bulimia e anoressia) è stata ben osservata fin dalla metà degli anni '90 nel programma del Centro Alcolologico dell'Azienda Sanitaria di Firenze (ASF). In pochi anni, i periodici resoconti forniti alla direzione aziendale ne riconoscevano una prevalenza fino al 20% rispetto a tutta l'utenza. In anni in cui l'assistenza a persone con DCA era limitata o assente, fu così ideato un programma all'interno del Centro, parallelo a quello attuato per gli alcolisti, iniziato nel settembre 1999 e interrotto nel giugno 2007 (per la riorganizzazione del Centro imposta dal Dipartimento Dipendenze dell'ASF). Poiché tale *Programma per DCA* ha avuto un certo successo, potrebbe essere utile da replicarsi, con eventuali correttivi, anche per la sua relativa semplicità. Ci sembra perciò opportuno descriverlo. La sua *finalità* è stata di aiutare i pazienti e la loro famiglia ad evitare il ricorso all'abuso o al rifiuto di cibo come stile comportamentale, ed al controllo da parte dei famigliari; è costituito di 5 parti:

1. visita medica/colloqui familiari con medico e infermiera, con competenze gastroenterologica e comunicazionale. I professionisti ascoltano i problemi, diagnosticano la patologia, e motivano l'utente/famiglia, l'accesso all'ambulatorio è per appuntamenti, con follow up ogni 1-3 mesi (il carico è stato di 4 ore/operatore per settimana);

2. successivamente la dietista, senza indicare

diete, propone e poi valuta un diario dietetico e un piano alimentare per una riabilitazione nutrizionale (carico di circa 5 ore settimanali);

3. frequenza a 8 incontri multifamiliari motivazionali di 120 minuti una volta la settimana, condotti da un educatore, con presenza della dietista, e la testimonianza di un membro recuperato di *Overeaters Anonymous* (od O.A., gruppo che fa riferimento al programma dei 12 passi), che permette ai partecipanti un iniziale processo di identificazione; si è aggiunto un gruppo settimanale di autoconsapevolezza corporea, condotto dall'educatore. Si è trattato di un impegno-operatore complessivo di 5 ore e 1/2/settimana. Nel 1999-2003 i pazienti usufruirono di un corso di arte-terapia, per entrare in contatto con le proprie emozioni;

4. successivo invio ai gruppi locali di O.A., per una frequenza mono o plurisettimanale;

5. se persistono ipercoinvolgimento intorno al sintomo alimentare, o conflittualità familiare, o problemi psicopatologici, si raccomanda una psicoterapia e talvolta l'ospedalizzazione.

3. Valutazione dell'esperienza (1999-2007)

3.1 Le diagnosi effettuate e il carico dei pazienti

Le diagnosi utilizzate per tutti i pazienti DCA (e loro famiglie) entrati anche una sola volta in contatto col programma sono state 4: anoressia, bulimia, DCA non altrimenti specificati, e disturbi da alimentazione incontrollata (DAI). In un cer-

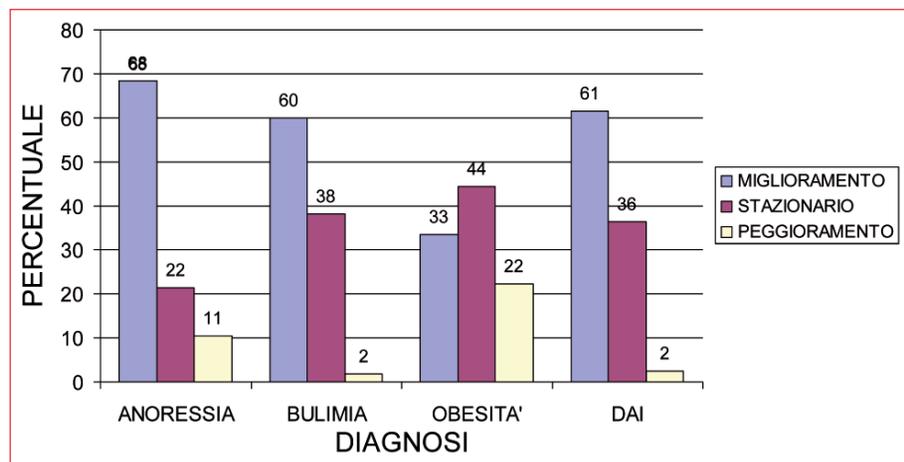


Figura 1 - % (arrotondata) di miglioramento sintomatologico/comportamentale dopo 12 (± 3) mesi di programma secondo il tipo di diagnosi DCA (N=210).

Tabella 1 - Pazienti con DCA trattati presso il Centro Alcolologico dell'Azienda Sanitaria di Firenze tra il 1999 e il 2007 suddivisi per diagnosi.

Anoressia: (20 solo anoressia, 7 anoressia + altro *)	27	9,5%
Bulimia: (42 bulimia, 11 anoressia-bulimia, 21 an-bul. + altro*)	74	26,0%
DCA non altrimenti specificati	14	4,9%
Disturbi da alimentazione incontrollata (116 DAI, 53 DAI + altro*)	169	59,5%
TOTALE	284	100,0%

* altro: altra dipendenza (alcolismo, tossicodipendenza, farmacodipendenza, dipendenza affettiva, gioco d'azzardo), depressione, patologie internistiche correlate.

to numero di casi si deve aggiungere una seconda patologia per dipendenza da sostanze o da condotte, o depressione o gravi malattie organiche. Tra il 1999 e il 2007 vi sono stati 284 primi contatti (media di 35,5 /anno), in prevalenza femmine (F=246) con età media di 41,23 (min. 15 max 74), e 9.000 visite (media di n. 1.100 visite/anno) (Tabella 1).

3.2. Valutazione del programma

Dei 284 pazienti con un primo contatto, 210 (74%) hanno aderito al programma, avendo fatto durante 2 mesi consecutivi:

- I. almeno 2 visite mediche o
- II. almeno 1 visita medica e 3 visite dietetiche o
- III. almeno 1 visita medica e 4 gruppi motivazionali.

Due sono gli indicatori di risultato al controllo dopo 12 mesi (-/+ 3 mesi):

(a) *invii concordati ad O.A.* (Overeaters Anonymous). Sono stati 143 su 210 (68%), essendo gli O.A. stati molto soddisfatti per la collaborazione;

(b) *cambiamento dei sintomi/condotte seguenti*: peso, comportamenti compensatori, ricorso alle strategie d'evitamento, dimostrata assertività e consapevolezza del problema. Il cambiamento positivo è stato evidente per i casi di anoressia, bulimia e DAI, meno marcato per l'obesità (Figura 1).

4. Conclusioni

Il *Programma per DCA* del Centro Alcolico dell'ASF è sorto nel 1997 per intervenire su un problema crescente, spesso associato all'alcol-dipendenza, in assenza o scarsità di risorse terapeutiche specifiche. Il programma si è servito del solo personale preesistente nel Centro, con l'aggiunta di una dietista a tempo parziale. Il carico di ore per singoli operatori è stato modesto consistendo di 14,5 ore operatore/settimana. L'approccio rivolto anche ai familiari ha potenziato la motivazione degli utenti al cambiamento, mentre i gruppi di mutuo aiuto O.A., a costo zero per il sistema sanitario, hanno garantito continuità di trattamento per un periodo indefinito di tempo.

Il sistema ambulatorio medico-familiare e dietologico/gruppi motivazionali/gruppi di mutuo aiuto appare un efficace e economico approccio per migliorare la condizione delle persone con DCA, patologia cronica da crescenti costi alla sanità pubblica e ai privati cittadini.

Bibliografia

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

TM

A.M.M.I. (Associazione Mogli Medici Italiani) organizza una conferenza sull'OGM

Martedì 27 Marzo ore 16
all'Ordine dei Medici di Firenze.

Il Prof. Michele Stanca parlerà su:
Le biotecnologie per il miglioramento delle produzioni e della qualità degli alimenti.

Concluderà la Prof. Valeria Terzi, intervenendo su:
Le tracce dei geni per qualificare e garantire l'autenticità dei prodotti agroalimentari mediterranei.

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

Le nuove dipendenze non da sostanze



Paolo Cardoso, psicologo psicoterapeuta ad indirizzo analitico e psicologo del lavoro. Opera a Firenze come libero professionista nel campo clinico e nella consulenza alle aziende. È presidente dell'ass.ne Erich Fromm Firenze e vice presidente dell'Eurispes Toscana. Ha scritto libri ed articoli concernenti la clinica, la comunicazione e lo stress lavoro correlato.

Con il termine “dipendenza”, l’OMS definisce una condizione fisica e psichica che nasce dall’interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica. Le risposte comportamentali dell’organismo vivente si manifestano attraverso il bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo allo scopo di produrre i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione.

Tale definizione, viene adottata anche all’interno del DSM IV-TR dove il concetto di dipendenza patologica presuppone esclusivamente l’uso di sostanze psicoattive.

Tuttavia, oggi stanno avendo una crescente diffusione anche fenomeni di dipendenza non legati al consumo di sostanze.

Tali condotte, vengono definite con il termine “nuove dipendenze” o dipendenze comportamentali. Tra quelle che hanno riscontrato una vasta

eco sia in ambito scientifico che pubblico, troviamo il gioco d’azzardo patologico, le dipendenze legate all’uso delle “nuove tecnologie” (PC, internet, cellulare, ecc...), la dipendenza da lavoro, quella affettiva e lo *shopping* compulsivo.

Tali modalità comportamentali, assumono l’accezione di dipendenza in quanto presentano diversi fattori comuni a quelle da sostanza. Questi sono: la **dominanza** (in entrambi i casi la sostanza o l’attività dominano i pensieri e l’agire del soggetto); la **tolleranza** (si manifesta attraverso la crescente esigenza di aumentare la dose di sostanza o la quantità di attività per ottenere l’effetto di piacevolezza); l’**astinenza** (si presenta in entrambi i casi nel momento in cui il soggetto è impossibilitato ad assumere la sostanza o a mettere in atto l’attività); Il **conflitto** (si crea in seguito al comportamento disturbato portando conseguenze negative nella sfera personale e sociale del soggetto); la **negazione del problema** e la **ricaduta**.

Diversi tipi di dipendenza comportamentale, presentano comorbilità anche con altri tipi di dipendenze come quella da sostanze e da alcool oltre alla presenza frequente di disturbi dell’umore, di personalità, del controllo degli impulsi e alimentari.

La dipendenza comportamentale sicuramente più diffusa è quella relativa al **gioco d’azzardo**. Questo, non rappresenta una pratica in sé disadattiva, tanto che circa l’80% della popolazione adulta gioca o ha giocato d’azzardo almeno una volta nella sua vita. Solamente il 3% (prevalentemente uomini)

ni) viene classificato come giocatore patologico. Frequentemente chi ne soffre, si avvicina al gioco inizialmente per ottenere l’eccitazione emotiva di cui è carente nella vita, infatti non è raro riscontrare in queste persone la presenza di una vita sociale e relazionale povera.

L’ideazione prevalente del giocatore d’azzardo è quella di essere in grado di controllare il gioco sopravvalutando spesso le proprie possibilità di vincita. Il pensiero di tipo magico, permette al giocatore di mantenere l’illusorietà di controllo sul gioco e circolo vizioso della dipendenza viene alimentato dalla sensazione di esaltazione che il soggetto prova ad ogni vincita la quale viene vissuta come una sorta di riscatto, sia economico che morale, sulle precedenti perdite. Solitamente, non vi è una percezione chiara del problema fino a quando la situazione finanziaria del soggetto non è grave.

Un altro tipo di dipendenza, che sta avendo una sempre più vasta diffusione è quella relativa all’**utilizzo patologico di internet**. Coloro che ne soffrono, non utilizzano la rete per svago, ma rispondono all’impulso incontenibile di fruire della rete per il maggior tempo possibile arrivando anche ad avere vere e proprie crisi d’astinenza qualora il soggetto sia impossibilitato a collegarsi. Con tale termine, si fa riferimento a diverse tipologie di utilizzo problematico di questo strumento, come la *cyber sex addiction* (dipendenza da pornografia online), la dipendenza dai *social-network*, dai giochi di ruolo, dai giochi d’azzardo e dal commercio *online*, oltre alla ricerca compulsiva di informazioni attraverso la rete. Sostanzialmente, questo tipo di dipendenza costituisce un comportamento di evitamento che le persone mettono in atto per sfuggire alle proprie problematiche esistenziali. Tale evitamento si esplica attraverso due modalità disfunzionali di utilizzo della rete: il *retomane per fuga* che utilizza internet come mezzo per sfuggire ai propri vissuti depressivi e nei casi più gravi arriva alla sostituzione della vita reale con quella virtuale (è il caso di molti ragazzi hikikomori, patologia prima presente solo in Giappone e che ora va diffondendosi anche nel mondo occidentale) e il *retomane per azione* che utilizza la rete per soddisfare le proprie aspettative di riuscita (è il caso dei

PAOLO CARDOSO*, LUCIA PACELLA**,
CHIARA MALANDRINI**, ELISA ROMOLINI**

* Psicologo Psicoterapeuta Firenze
** Psicologhe Firenze

gamblers e dello shopping compulsivo attraverso le aste on-line).

Oggi giorno tuttavia, anche il **lavoro** può portare ad una vera e propria dipendenza. Questa viene definita anche come *workhaolism* o *work addiction*, e si manifesta attraverso un comportamento compulsivo verso l'attività lavorativa, la quale assorbe la maggior parte della vita del soggetto che spesso dedica più di otto ore al giorno al lavoro compresi il week-end e il tempo libero. Frequentemente il *workaholic* presenta un'incapacità di adattamento che si esprime attraverso sentimenti di scarsa autostima, paura di perdere il controllo e difficoltà relazionali. I pensieri e le preoccupazioni, vengono progressivamente rivolti al lavoro, al punto tale da creare confusione fino all'ottundimento del pensiero. La presenza di alti livelli di stress legati all'ossessione verso il lavoro, porta alla comparsa di disturbi di natura psicosomatica nonché ad un aumento del rischio di scompensi cardio-circolatori. Come per tutte le dipendenze, anche per quella da lavoro si possono presentare fenomeni di tolleranza e astinenza dall'impiego.

Un tipo particolare di **dipendenza** comportamentale è quella **affettiva**; riguarda tipicamente le donne e si sviluppa in particolar modo in seguito a fenomeni post-traumatici da stress. Si esplica attraverso la ricerca ossessiva dell'amore del partner, tanto che la semplice presenza talvolta può portare fino a veri e propri stati di ebbrezza. Questa condizione, gli è indispensabile per il proprio benessere che non riesce a ottenere in altri modi. Spesso, il bisogno spasmodico della presenza fisica dell'altro è talmente intenso da sentire di esistere solo quando è vicino al partner. Questi soggetti sperimentano vissuti emotivi di colpa e terrore relativi alla possibilità di venire abbandonati. Presentano una bassa

autostima dovuta all'erronea convinzione di non meritare la felicità e la tendenza all'idealizzazione del rapporto.

In fine, affrontiamo brevemente un altro tipo di **dipendenza**, quella **da cibo**. Essa si manifesta attraverso il desiderio spasmodico di cibo, il quale però non trova appagamento durante la consumazione del pasto. L'idea prevalente di questi soggetti riguarda la consumazione del cibo, che viene visto come l'evento più gratificante della giornata, ma allo stesso tempo meditano di eliminare ciò che hanno ingerito. Frequentemente trasformano le loro giornate in uno spuntino continuo e questo nel tempo porta ad una serie di danni per la salute fisica (come malattie coronariche, aterosclerosi cerebrovascolare, cancro colo-rettale, ipertensione, diabete, ecc..) e psicologica.

Le strategie di intervento per tali dipendenze si possono sostanzialmente suddividere in due categorie, gli interventi di tipo psicologico e quelli di tipo farmacologico. Tra le terapie psicologiche, hanno avuto un'elevata percentuale di successo l'utilizzo dei gruppi di *self-help*, la psicoterapia individuale e familiare e l'uso di strategie cognitivo-comportamentali. Tra quelle farmacologiche invece, vengono utilizzati principalmente 3 classi di farmaci: gli SSRI, gli antagonisti dei recettori per gli oppioidi e gli stabilizzatori dell'umore.

Siamo convinti che ancora molto deve essere chiarito sia in termini di eziopatogenesi, diagnosi e comorbilità per queste patologie.

Andranno affinati gli studi epidemiologici e crediamo che occorrerà un approccio multidisciplinare per affrontare queste patologie. Anche i recenti studi delle neuroscienze stanno andando nella via delle terapie farmacologiche e psicologiche, ingrate tra di loro.

TM

CORSI E SEMINARI

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA

Il XXV Corso Interattivo di Ecografia Internistica si terrà presso il Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) nel periodo **30 maggio - 3 giugno 2012**. Direttori: Marcello Caremani e Fabrizio Magnolfi, Servizio di Ecografia - Ospedale di Arezzo (Tel. 0575/255208). Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento, caratterizzato dalla didattica interattiva, che comprende lezioni, discussione di casi clinici, sessioni videoquiz ed esercitazioni pratiche a piccoli gruppi 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, semeiotica e terminologia per la refertazione. Un ampio spazio viene dedicato all'ecografia in emergenza-urgenza, sia per quanto riguarda il paziente con dolore addominale acuto e con patologia toracica acuta, sia per quanto riguarda il paziente politraumatizzato. Ai partecipanti sarà consegnato un CD ed un syllabus con tutte le lezioni del corso. All'edizione 2011 sono stati attribuiti 22 crediti ECM. Info: Ultrasound Congress - Tel 0575.380513/348. 7000999 Fax 0575.981752. E-mail: info@ultrasoundcongress.com - www.ultrasoundcongress.com.

PROPRANOLOLO ED EMANGIOMI DELL'INFANZIA: UNA GIORNATA DI STUDIO AL "MEYER"

Si svolgerà il giorno **sabato 31 marzo pv** presso l'Aula Magna della AOU "Meyer" di Firenze una giornata di studio ed approfondimento su "Il beta bloccante non selettivo come strategia antiangiogenetica nel neonato, nel bambino e nell'adulto: attualità e prospettive". Il concetto di fondo, sul quale si confronteranno neonatologi, dermatologi, biologi, farmacologi, oculisti, ed oncologi, è la recente dimostrazione che il propranololo, beta-bloccante non selettivo da decenni impiegato come farmaco antiipertensivo, favorisce la regressione degli emangiomi neonatali, il più frequente tumore benigno dell'infanzia. Per informazioni: R. Latragna - UO Formazione AOU "Meyer", fax 055/5662379; e-mail: r.latragna@meyer.it.

Le linee guida: seguirle con giudizio



Alexander Peirano, Medico Chirurgo, Specialista in Odontoiatria e protesi dentaria, libero professionista, Firenze. Già Vice Presidente della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), Sezione Firenze.

Considerazioni in merito all'articolo dell'intervista al giudice Amedeo Santosuosso in commento alla sentenza della Cassazione n. 8254 del 02.03. 2011 che condannava un medico nonostante che, nel suo agire, si fosse uniformato a quanto previsto dalle linee guida specifiche proprie del suo intervento. Nella sentenza della Suprema Corte penale dunque veniva affermato che l'attenersi alle linee guida non è di per sé elemento sufficiente a far ritenere il sanitario indenne da responsabilità. Si tratta con tutta evidenza di una radicale innovazione dei principi in tema di responsabilità.

Abbiamo letto con molta attenzione l'articolo in oggetto che approfondisce e chiarisce molti aspetti sul ruolo delle linee-guida in medicina e sulle diverse interpretazioni e connotati che ad esse vengono attribuite, con i conseguenti risvolti giuridici.

La sentenza in questione mette in evidenza una criticità importante determinata da una parte dal diritto del paziente ad essere trattato e rispettato come persona, dall'altra la condotta del medico a cui vengono imposti "paletti" rappresentati da direttive, considerazioni, disposizioni, decreti ministeriali, ecc. ecc. che riguardano al più esigenze teoriche, valutate prevalentemente su basi statistiche, e che rischiano di togliere autonomia all'atto medico.

Innanzitutto viene fatta chiarezza su un aspetto fondamentale, spesso ignorato, rappresentato dalla soggettività ed unicità del malato e dal fatto che la medicina non può essere ricondotta "tout court" a schemi preordinati, per quanto scientificamente riconosciuti dalle evidenze scientifiche: anche recentemente molti autorevoli studi stanno mettendo in crisi il sistema delle EBM, che presenta diverse criticità, soprattutto in merito al controllo dei "controllori" e delle metodologie adottate per le selezioni a monte, non sempre inoppugnabili.

Resta il fatto che la biologia e la medicina offrono, per loro natura, ampio spazio alla variabilità e che le statistiche di successo non significano, anche se con percentuali alte, "ipso facto", applicabilità a tutti i casi, anche in presenza di patologie similari.

Altra importante considerazione è rappresentata dalla sempre più evidente dicotomia che si sta verificando, specie nel campo pubblico, tra scelte economico-aziendali-manageriali e scelte del medico, con conseguente conflittualità che allo stato spesso si rivela perdente per il medico, verso il quale la parte Amministrativa nutre (più o meno giustamente) diffidenza, considerandolo non all'altezza di dare indirizzi utili ai bilanci azienda-

li ed escludendolo dalle scelte: le conseguenze più dannose sono rappresentate:

- da una perdita motivazionale per l'operatore, che non si sente libero nelle scelte e nell'informazione da dare (è lui alla fine che parla e risponde in prima persona al paziente);
- nello snaturamento del rapporto diretto e fiduciario medico-paziente;
- nella limitazione del diritto alla salute ed alla scelta del cittadino.

ALEXANDER PEIRANO*, MARCELLO RIDI**

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

** Medico Chirurgo, Specialista in Odontoiatria e Protesi dentaria, Firenze

Questa situazione va estendendosi anche nelle strutture private, dato il dilagare dei convenzionamenti e della tendenza a divenire sempre più "strutture" per offrire servizi maggiori e concorrenziali (si fa per dire) agli utenti: il fenomeno va, in pratica, di pari passo ad una tendenza della Società alla globalizzazione, in quanto il cittadino si sente psicologicamente più tutelato dall'Organizzazione delle grandi strutture che da chi materialmente vi opera.

La bioetica cambia e si adegua con i tempi (basta pensare a quanti cambiamenti vi sono stati di recente dei Codici Deontologici) e, sinceramente, i cambiamenti stanno accelerando in maniera esponenziale anche per il progredire altrettanto rapido delle tecniche e della scienza.

Per questo occorre una seria riflessione anche sul fatto che spesso le regole dell'EBM e delle Linee-Guida non tengono conto delle tempistiche e del fatto che la ricerca, in molti campi della medicina, non viene più fatta a livello Istituzionale, ma sperimentata frettolosamente sullo stesso paziente immettendo in commercio prodotti e metodiche che il mercato, l'economia e la pubblicità voracemente richiedono per motivi che poco hanno a che fare con la vera tutela del diritto della salute.

Nel campo dei pareri di consulenza medico-legale in responsabilità professionale, l'intervista appare anche come un forte, attuale e chiaro richiamo a considerare, da parte del perito o degli "addetti ai lavori", quegli aspetti, nell'attività e

nel comportamento, non limitati esclusivamente all'esame delle classiche cause immediate (dipendenti cioè dal singolo operatore: diligenza, prudenza e perizia – gli active errors del diritto anglosassone) ma anche a quello delle remote, vale a dire tecnologie, organizzazione ed ambiente di lavoro (latent errors) ed al mancato monitoraggio dei parametri di rischio ed applicazione dei sistemi di controllo.

Dunque il medico, l'odontoiatra, può discostarsi dalle linee guida indicate per quella determina-

ta operazione perché queste indicano principi che magari non sono corretti o del tutto idonei per il caso concreto in esame.

In ogni caso, dopo questa sentenza, non sarà più possibile al sanitario ritenersi al riparo da responsabilità nel suo operato semplicemente affermando di aver seguito le linee guida previste.

A nostro avviso restano però sempre importanti nello stabilire l'onere della prova. **TM**



Paolo Filidei, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva con orientamento in Sanità Pubblica presso l'Università degli Studi di Pisa, lavora dal 1994 presso l'ASL 11 di Empoli, è responsabile della Unità Operativa Semplice Prevenzione Malattie Trasmissibili e coordina la Commissione Malattie Infettive e Vaccinazioni dell'ASL 11.

Sinergia tra sanità pubblica e pediatria di famiglia per le vaccinazioni dell'infanzia

L'esperienza dell'ASL 11 di Empoli

Introduzione

Il calendario delle vaccinazioni della Regione Toscana sottolinea la necessità, per la promozione dell'offerta vaccinale, di ricercare la collaborazione dei medici di medicina generale e pediatri di famiglia, an-

che mediante modelli organizzativi innovativi di provata efficacia.

Tra gli interventi atti ad aumentare la copertura vaccinale sono fortemente raccomandati gli inviti attivi, i solleciti a coloro che non si sono presentati, gli interventi di educazione e quelli di estensione dell'accesso ai servizi vaccinali.

L'indagine ICONA 2008 rileva che in Toscana il 94% delle vaccinazioni pediatriche vengono effettuate dai centri vaccinali delle Asl, mentre del tutto marginale è il ruolo dei pediatri di libera scelta nella somministrazione dei vaccini.

I pediatri sono certamente la categoria medica più vicina ai bambini ed alle loro famiglie ed hanno sempre dato molta importanza, per tradizione e cultura, all'attività preventiva ed in particolare alle vaccinazioni. È inoltre noto che il pediatra di libera scelta esercita nei confronti delle famiglie una sicura influenza, e che l'adesione dei genitori

alle vaccinazioni è alta laddove queste sono consigliate dal proprio pediatra.

Il Piano Nazionale Vaccini 2005-07, ancora vigente, prevede che i servizi vaccinali definiscano uno stretto collegamento con i pediatri di libera scelta, in quanto figure professionali di riferimento per la salute del bambino. Tale coinvolgimento deve riguardare le attività di counselling alle vaccinazioni, ma al pediatra possono essere affidate anche altre azioni quali:

- valorizzare il dato anamnestico del bambino, con particolare ri-

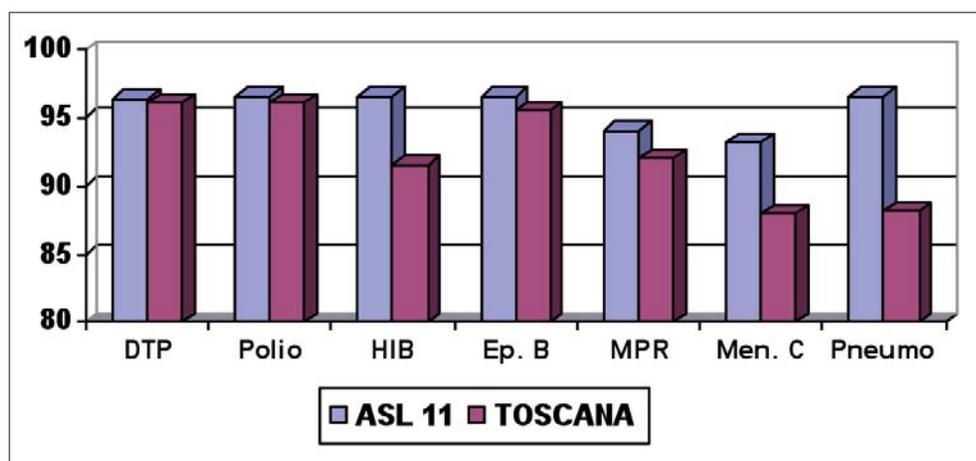
guardo all'individuare le controindicazioni vere e false, relative e assolute;

- promuovere il consenso informato alla vaccinazione, fornendo ai genitori le informazioni necessarie;
- concorrere a ridurre i ritardi nella somministrazione, in particolare per la prima dose;
- notificare i casi di malattia infettiva e le reazioni avverse a vaccino;
- somministrare le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia al fine di aumentare il livello di copertura vaccinale;
- assicurare ai servizi vaccinali eventuali attività di consulenza pre/post vaccinale.

PAOLO FILIDEI*, GABRIELE MAZZONI*,
PIERO SALVATORI*, ARTURO INTELISANO*,
FABIO GARGANI^, CLAUDIO LELLI^,
ELENA LOTTI^

* Azienda USL 11, Empoli
^ Pediatra di Famiglia

COPERTURE VACCINALI A 24 MESI REGIONE TOSCANA E ASL 11, ANNO 2010



Le vaccinazioni pediatriche nell'ASL

Nel 1996 è stata istituita nell'Asl 11 la "Commissione Malattie Infettive e Vaccinazioni", con compiti di programmazione, verifica, valutazione, indirizzi operativi riguardo alla prevenzione delle malattie infettive, ed in particolar modo alle politiche vaccinali. La Commissione comprende rappresentanti dei servizi Aziendali (Igiene e Sanità Pubblica, Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali, Farmacia, Professioni Sanitarie), e dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. In questa sede, i servizi aziendali e i pediatri di libera scelta condividono azioni, obiettivi e risultati per quanto riguarda le vaccinazioni.

Nel 2000 è stato firmato il primo accordo tra Asl 11 e i pediatri di libera scelta per le vaccinazioni dell'infanzia: l'ultima revisione è avvenuta nel febbraio 2011. L'accordo prevede che il pediatra di famiglia, oltre a promuovere l'offerta, gestisca anche l'esecuzione dell'atto vaccinale ai bambini di età inferiore ai 6 anni. In particolare, il pediatra di libera scelta somministra le vaccinazioni ai bambini suoi assistiti, nel rispetto del calendario regionale, cura l'aggiornamento dei libretti pediatrici personali ed invia i report di attività. L'atto vaccinale può essere eseguito negli ambulatori Asl (in tal caso è assicurata la disponibilità di idonei spazi, attrezzature e personale di supporto), o nello studio del pediatra di libera scelta. Sono previste specifiche procedure per la gestione del mancato consenso alla vaccinazione.

Resta a carico dei Servizi della Asl l'organizzazione generale, in particolare la gestione degli inviti, dell'anagrafe vaccinale, dell'approvvigionamento dei vaccini, la produzione dei report statistici.

L'accordo prevede per il pediatra di libera scelta una retribuzione oraria, definita sulla base di 5 prestazioni/ora: la spesa prevista per il 2011 è di circa 120.000 €.

Per l'Asl, l'affidamento ai pediatri di libera scelta delle vaccinazioni, a partire dal 2000, ha

consentito il risparmio dei costi relativi al personale medico, in particolare l'eliminazione di convenzioni con pediatri consultoriali e il dirottamento su altri compiti dei medici dei servizi aziendali precedentemente addetti alle vaccinazioni pediatriche.

Risultati

Le coperture vaccinali pediatriche dell'Asl 11 nei bambini di 24 mesi sono da anni a livelli ampiamente soddisfacenti. I dati relativi al 2010 sono superiori alla media regionale, sia per i vaccini tradizionali (esavalente 96,4%, MPR 94%), che per quelli di più recente introduzione (meningococco 93,2%, pneumococco 96,5%).

Conclusioni

L'accordo per le vaccinazioni dell'infanzia è un importante esempio di collaborazione tra Sanità Pubblica e pediatra di libera scelta per il raggiungimento di obiettivi condivisi, e valorizza il ruolo del pediatra in particolare nella promozione del consenso informato (anche in relazione alle conoscenze anamnestiche che sono in grado di meglio definire le eventuali controindicazioni e precauzioni), nel concorrere a ridurre i ritardi agli appuntamenti vaccinali, spesso dovuti a "false controindicazioni" (lo studio ICONA 2008 evidenzia come maggiore motivo di mancata vaccinazione il fatto che "il bambino non stava bene"), nel contattare e sensibilizzare i soggetti "difficili da raggiungere", in particolare stranieri.

Con questo accordo il pediatra di libera scelta, oltre a svolgere il fondamentale ruolo di "counseling" vaccinale, somministra anche ai propri assistiti fino all'età di 6 anni i vaccini previsti dal calendario regionale. Questo modello si è dimostrato molto apprezzato dai genitori, ed appare efficace nel raggiungere e consolidare elevati livelli di coperture vaccinali, ed efficiente in termini di costi per l'Azienda.

TM

Malattie inventate e risarcimenti immaginari, la medicina tra profitto e salute

ANTONIO PANTI

Senza scomodare ancora il *diseases mongering* non vi è dubbio che la medicina moderna viva ogni giorno il conflitto da un lato tra la lotta alle disuguaglianze, “la salute in tutte le politiche”, la medicina di iniziativa volta a diminuire le devastanti acuzie e, dall’altro, la continua torsione della ricerca scientifica in ricerca del profitto, il tentativo surrettizio di trasformare un mondo di sani in una turba di potenziali malati da curare con ogni tipo di farmaco che sostituisca la vita sana, la dieta equilibrata, l’attività fisica.

L’etica, la buona politica, la clinica, urgono per una medicina meno ridondante, aggressiva, onnipervasiva. Ma la realtà ha imboccato la strada dell’eccesso di medicina. Certamente un potente fattore è l’irriducibilità della speranza umana. Difficile rinunciare a illudersi quando è in gioco la salute; i viaggi della speranza lo dimostrano.

Ma fattore ancor più determinante è il profitto applicato ai desideri fomentati dal *marketing*. La moderna medicina sembra voler trasformare il villaggio del Dr. Knock in un’interpretazione sanitaria del villaggio globale. E che lo Stato ci metta meno bocca possibile! Il trionfo del mercato senza regole, responsabile della crisi attuale, minaccia il futuro della sanità come diritto (portatrice di salute per tutti) per trasformarla in sanità come profitto (portatrice di salute per chi se la può permettere).

La cura delle malattie reca spesso disagi, inestetismi, disabilità, danni. Sempre una conseguenza spiacevole può essere prospettata. La presunzione del danno, anche se infondata, può costringere l’incolpato a cercare accordi pur di togliersi la noia e la pena di defatiganti iter giudiziari. Ecco allora che turbe di legulei assediano gli ospedali offrendo i loro servizi con l’offa che il presunto danneggiato pagherà solo se vincerà la causa e avrà il risarcimento.

Che ne pensano gli Ordini degli Avvocati? Non è dato saperlo anche se lo si è chiesto. Sembra che

la causa di questo ulteriore deleterio americanismo stia nella pletora di professionisti disoccupati. Che così, come altre categorie, giornalisti, magistrati, filosofi, eticisti, politici, amministratori, vivono sulla medicina. La questione di fondo non cambia: è sempre la ricerca del profitto che, da un lato, provoca l’invenzione delle malattie, dall’altro fomenta la caccia al presunto colpevole.

I medici assumono un atteggiamento difensivo per timore del contenzioso (richiedono un maggior numero di accertamenti diagnostici) e, nello stesso tempo, possono cadere nell’eccesso di cure a causa della pressione consumistica delle aziende chimiche e del pubblico. Le conseguenze sono identiche: l’aumento delle spese inutili.

Oggi, in tutto il mondo, si sostiene il ritorno alla medicina relazionale, empatica, riflessiva e sobria. La quale inoltre sarebbe più efficace sul piano clinico (la medicina di iniziativa) e su quello della sostenibilità del servizio. I medici dovrebbero seguire l’esempio delle giovani generazioni e indignarsi di fronte alle tante degenerazioni della medicina moderna, stravolta verso una malintesa produttività.

Si può fare buona sanità con meno soldi se si riducono gli interventi inutili (quanti centenari inutilmente operati o nutriti artificialmente, quanti farmaci di alto costo usati al posto dei generici!). Dovremmo riflettere, imparando la sobrietà da chi lavora nel terso mondo. Dovrebbe, la società, capire questo messaggio di educazione alla salute e di solidarietà.

Allora speriamo nei giovani. L’Ordine di Firenze ha costituito una commissione per la formazione affidata a giovani colleghi. Lo scopo, autenticamente formativo, è di discutere sul futuro della medicina, sulla sostenibilità della sanità, sul ruolo dei medici non solo nel progresso della scienza ma nel garantirne la fruizione a chiunque ne necessiti.

TM

Come lavorare in una rianimazione a Capo Finisterre



Lea Paola Fabbri, Direttore della U.O. di Anestesia e Rianimz. della Lunigiana (Asl 1), è spec. in Anestesia e Rianimaz. e Neurofisiopatologia c/o l'Univ. di FI. Autrice di 96 pubblicazioni. Stage Università di Birmingham (UK) e di San Francisco. Collabora con i fisici del LENS, fa parte del gruppo di studio sulle cellule staminali endoteliali nell'ambito della "sepsi nei pazienti critici" in collaborazione con l'Univ. di FI.

Svolgere l'attività professionale in una Terapia Intensiva (T.I.) ai confini del mondo presenta una serie di problematiche la cui soluzione richiede talora aver superato un corso di sopravvivenza come in un ambiente ostico come il deserto. Gli svantaggi sono molti e gli equilibristi non mancano per cercare di offrire una qualità di prestazioni sanitarie all'altezza della gravità dei casi clinici.

Ma non sempre gli equilibristi sono percorribili, anche con tutta la buona volontà e la particolare abilità dei circensi! Chi opera in una T.I. di confine si sente spesso stretto in una morsa, dietro un'inferriata che condanna ad una vita di stenti e di privazioni per cui non resta che affidarsi alla clemenza della corte o all'aiuto di Dio.

La nostra T.I. è composta da 4 posti letto collocati in camere separate ma prive di monitoraggio centralizzato, il che comporta ovviamente un grosso dispendio energetico dal punto di vista gestionale a fronte di un livello di sicurezza talora difficile da raggiungere e mantenere.

Il raggiungimento degli obiettivi prefissati diventa pertanto un viaggio con mezzi di fortuna e spesso si arriva alla meta malconci e con le ossa rotte.

Nelle T.I. dei grossi centri si viaggia in sicurezza su una strada asfaltata e con mezzi idonei giungendo alla meta consapevoli di aver conseguito il miglior risultato possibile con i presidi più appropriati.

La nostra T.I. si trova al crocevia di tre regioni, Toscana, Emilia e Liguria e, come tutte le strutture che si trovano in tali posizioni geografiche, si definisce "di confine", in quanto si embricano come in un caleidoscopio, culture, modi di pensare, linguaggi diversi che appartengono a tutti ed a nessuno.

La nostra T.I. è gestita da 5 medici, nessuno dei quali autoctono che, con grande dedizione si impegnano ad erogare un livello sanitario qualificato a tutta la popolazione. Ma effettivamente ci sentiamo molto soli, ci sembra di non appartenere a nessuno ed ogni sforzo compiuto viene solo raramente gratificato. Numerosi sono gli svantaggi

di lavorare in una T.I. di un mondo lontano, tutto diventa complicato e talora difficilmente gestibile, mi riferisco in particolare a:

- consulenze (non tutti i giorni sono disponibili);
- esami di laboratorio (viaggiano su ruote, talvolta si perdono e la domenica si fermano);
- approvvigionamento di emoderivati (viaggiano su ruote);
- procedure diagnostiche;

LEA PAOLA FABBRI

U.O. Anestesia e Rianimazione Lunigiana Asl 1
Massa Carrara

- centralizzazione dei pazienti;
- aggiornamento scientifico (a pochi informatori viene in mente di

passare dalla Lunigiana).

Tutti quanti, o almeno molti, viaggiano su ruote e, come il traffico pesante sull'autostrada, la domenica si fermano e gli altri giorni il viaggio si rivela alquanto pericoloso.

Ci sono però anche dei vantaggi a vivere e lavorare a Capo Finisterre.

L'offerta sanitaria ed anche quella formativa che siamo riusciti a proporre è sicuramente di buon livello nonostante le ristrettezze economiche in cui si trova la nostra sanità. In un contesto siffatto, dove l'estensione geografica è molto grande e la viabilità a volte non è agevole, siamo riusciti a valorizzare a pieno l'informatica come mezzo di condivisione, confronto ed aggiornamento.

In collaborazione con i nostri informatici siamo infatti riusciti a realizzare ben sette seminari scientifici da Aprile a Giugno 2011 collegando in videoconferenza i due ospedali di Pontremoli e di Fivizzano che distano fra loro circa 50 Km.

Ciò ha consentito di offrire l'opportunità a tutti gli operatori sanitari di aggiornarsi, scambiare opinioni, offrire suggerimenti senza spostarsi dal proprio luogo di lavoro.

Questo è stato realizzato grazie alla collaborazione ed alla tenacia degli informatici della nostra ASL che si sono prodigati nel rendere fattibile questa importante esperienza che ha sicuramente contribuito a sensibilizzare anche i nostri dirigenti che hanno accolto con grande favore questa iniziativa facendosi carico di elevarne

ulteriormente il livello.

Devo inoltre sottolineare come la cultura non abbia latitudine infatti se vogliamo stare al passo lo possiamo fare ed in questo un grosso supporto ci viene offerto dalla biblioteca della nostra ASL.

Allora è questo il momento di volare alti, di uscire da quella burocrazia schizofrenica in cui sta annaspando la nostra sanità, prendiamo il volo e qui da Capo Finisterre invitiamo tutti a farlo, ora abbiamo le ali e le nostre ali sono la telemedicina.

Il futuro: LA TELEMEDICINA

La telemedicina “una particolare modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria da parte delle istituzioni presenti sul territorio”, che avvalendosi dei moderni mezzi di telecomunicazione, “permette di fornire servizi di diagnosi ed assistenza medica integrata, superando i vincoli della distribuzione territoriale, delle competenze, della distanza tra esperto ed utente e della frammentazione temporale dell’intervento sul singolo assistito” (Comitato Nazionale per la Telemedicina).

La definizione più esaustiva del termine è senz’altro quella concordata a livello CEE da una Commissione di esperti, che ha redatto un documento sulle prospettive di sviluppo della telemedicina in Europa (Advanced Informatics in Medicine - AIM 1990) con l’obiettivo di migliorare la qualità dei servizi sanitari, facilitare la formazione professionale di medici e infermieri ed ottimizzare il trasferimento qualificato di dati ed esperienze tra i vari Paesi europei.

Secondo la Commissione Europea, organizzatrice tra l’altro dell’EHTO (European Health Telematics Observatory - Osservatorio delle applicazioni mediche della telematica), la telemedicina è “l’integrazione, monitoraggio e gestione dei pazienti, nonché l’educazione dei pazienti e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedono”.

I campi di applicazione della telemedicina sono numerosissimi ed in continua evoluzione ed ogni branca della medicina può avvalersi di questo strumento per migliorare l’esercizio delle attività cliniche, assistenziali e didattiche. Basta un cellulare per veicolare i dati da un elettrocardiografo portatile ad una centrale di ascolto e permettere una diagnosi a casa in tempo reale.

Applicare la telematica in ambito medico si-

gnifica, infatti, rispondere con tempestività alle esigenze diagnostiche (telediagnosi) e terapeutiche (teleassistenza) di cittadini distanti dalle strutture sanitarie o comunque impossibilitati a muoversi da casa; fornire una risposta valida ed efficace in caso di malati cronici o anziani e un supporto indispensabile nelle urgenze (telesoccorso); favorire l’aggiornamento scientifico (teledidattica) e il collegamento interattivo tra medici (videoteleconsulto) con condivisione dinamica di informazioni, cartelle cliniche digitali, tracciati diagnostici, immagini biomediche, che si “muovono” in tempo reale e con la massima definizione. Ne consegue una concreta interrelazione tra le strutture minori o più deboli e quelle maggiori o specialistiche.

È evidente dunque, come la possibilità di usufruire di metodiche siffatte in una T.I. lontana dai grossi centri metropolitani potrebbe rappresentare una reale conquista in termini di ottimizzazione dei risultati clinici, miglioramento delle attività didattico-formative e sviluppo di progetti condivisi con la comunità scientifica, insomma un modo per sentirsi meno soli.

L’applicazione dei sistemi informatici trova larga applicazione in aree molto vaste del nord Europa in cui le distanze proibitive e avverse condizioni climatiche non impediscono di erogare il meglio dell’offerta sanitaria in qualunque zona geografica si trovi la popolazione. E allora mi chiedo, è mai possibile che sotto il nostro bel sole mediterraneo non si riesca a spendere le energie per dar corpo e vita a tante fulgide e brillanti idee piuttosto che ad aride procedure, improbabili accreditamenti, incomprensibili norme, delibere, leggi, insomma tutto quel gran minestrone che ci ha cortocircuitato il cervello. Io credo che ce la possiamo fare.

Bibliografia

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

TM

Esami di Laboratorio



Consegna rapida



Negli Stati Uniti il Piatto diviso in quattro sostituisce la Piramide Alimentare



Riccardo Innocenti, dietista, dal 2001 svolge attività di sorveglianza nutrizionale nei bambini e nei ragazzi per il progetto "Okkio alla Salute" e HBSC. Si occupa dell'applicazione di programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità nella scuola elementare.

Da qualche mese, tentando di collegarsi con il sito della USDA (Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti) www.mypyramid.gov, per visualizzare l'ultima versione della piramide alimentare americana, si viene reindirizzati al sito www.choosemyplate.org dove fa bella mostra di sé un (finora) inedito piatto, chiamato, appunto, *Myplate*. Sul Piatto si adagiano quattro "fette": su metà piatto frutta e verdura, e sull'altra metà alimenti cerealicoli e proteici; a queste si aggiunge, in un'appendice, un latticino.

L'operazione compiuta dagli americani è tutt'altro che un semplice cambio di logo. Essa rappresenta il primo segno tangibile, dopo la pubblicazione del dossier *Solving the Problem of Childhood Obesity Within a Generation*, sulla determinazione della politica statunitense in tema di prevenzione dell'obesità, non fosse altro per l'impegno economico dimostrato con questa campagna di *re-marketing* costata alle finanze pubbliche ben due milioni di dollari.

La storia della piramide alimentare americana

Che la piramide alimentare soffrisse di qualche problema di comunicazione con le bocche e gli stomaci americani era noto fin dal suo esordio negli anni '90. Tuttavia, per oltre 4 lustri, la piramide, nonostante le critiche, ha fatto proseliti in tutto il mondo: è stata ripresa pari, pari (manco a dirlo) dagli egiziani e da altre nazioni anche con varianti spesso pittoresche, come la pagoda alimentare cinese e coreana, l'arcobaleno canadese o il tempio greco.

Gli italiani, ovvero l'INRAN, l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, non l'hanno mai adottata, anche se ci sono state proposte illustri, come quella commissionata nel 1994 dal Ministero della Salute al prof. Carlo Cannella e visibile sul sito www.piramideitaliana.it.

La critica maggiore alla piramide alimentare americana riguarda il concetto di porzione e, conseguentemente, di quantità di alimenti da consumare. Infatti, specialmente per una buona forchetta, la quantità è molto soggettiva. È innegabile, inoltre, come questa si sia man mano ingigantita di pari passo con la corporatura dei cittadini (specialmente americani), innescando un circolo vizioso che non è improprio definire *autoalimentato*.

Anche il concetto grafico di piramide è fonte di di-

scussione. Il vertice, dove prendono posto gli alimenti da consumare meno, è sinonimo, per citare il dizionario, di *sommo* o *supremo*. La base, dove si trovano gli alimenti da consumare di più, potrebbe essere intesa come *parte inferiore*, e con il termine *inferiore* non si richiamano certo alla mente i cibi migliori.

L'ultima modifica americana alla piramide, del 2008 e oramai quasi introvabile sul sito governativo, la

ritraeva non più tagliata in piani orizzontali, bensì divisa in 6 spicchi verticali colorati, di diverso spessore che rappresentavano i gruppi alimentari, scalata da un atleta per sottolineare l'importanza dell'attività fisica associata all'alimentazione. Insomma: non proprio il massimo della semplicità per promuovere uno stile di vita salutare.

In Toscana, invece, possiamo ben guardare ad un modello positivo di Piramide. La "nostra" PAT (Piramide Alimentare Toscana) promuove, infatti, non solo una corretta alimentazione elaborata su solide basi scientifiche, ma anche un comportamento eco-sostenibile favorendo il consumo di prodotti locali (a km 0). Inoltre, la grafica a strati convergenti suggerisce in modo naturale la proporzione tra le diverse qualità di cibo senza ricorrere a complicate indicazioni di quantità/frequenza.

Cosa c'è nel piatto

I 4 + 1 gruppi alimentari riportati nel nuovo schema alimentare americano meritano un approfondimento. Questo al fine di dare una corretta definizione a delle parole sicuramente efficaci da un punto di vista della comunicazione, ma un po' meno se si vogliono conoscere aspetti più specifici di una dieta sana. Il sito governativo choosemyplate.org risponde, in modo semplice e chiaro, a tutte le domande fornendo consigli e trucchi per un consumo corretto e economicamente sostenibile di alimenti sani.

Per i gruppi *fruits* e *vegetables* (frutta e verdura) i consigli si orientano soprattutto a rispettare la stagionalità (minor costo e miglior sapore), a preferire la freschezza (meno sale aggiunto) e ad evitare quelli preparati con grassi e/o zuccheri aggiunti.

I *grains*, ovvero, il gruppo dei cereali, come pane, pasta e prodotti per la colazione, sono consigliati, anche in questo caso, senza zuccheri o grassi aggiunti. L'obiettivo che viene proposto è di consumarne una parte, almeno il 50%, integrali. Per raggiungere questa quota viene consigliato di consumare pane e pasta integrali e di scegliere gli altri prodotti a base di

RICCARDO INNOCENTI, ALESSANDRA PETROLO,
GIUSEPPE VANNUCCHI

Unità Funzionale Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Azienda USL 4 Prato

cereali integrali.

La parola *protein* è quella che ha bisogno di maggiori spiegazioni in quanto, da sola, indica il gruppo degli alimenti proteici, senza lasciar intuire ulteriori dettagli. Non viene escluso alcun tipo di carne, ma viene consigliato di variare le scelte e di preferire quelle meno grasse, senza grassi aggiunti e con poco sale (consultando l'etichetta alimentare). Le indicazioni presenti sul sito evidenziano l'importanza di fagioli e piselli come *Unique Foods*, grazie all'elevato valore proteico e di fibra ed al ridotto contenuto di grassi e sale. Viene consigliato di assumere almeno due porzioni (circa 230g) di pesce a settimana.

Il *dairy*, ovvero il latticino (latte, yogurt e formaggio), è il gruppo alimentare più controverso: se da un lato è necessario assumerlo quotidianamente per l'apporto di calcio, dall'altro ha un contenuto notevole di grasso e, nel caso di prodotti conservati, come i formaggi, anche di sale. Il suggerimento è quello di passare al latte scremato o parzialmente scremato e, inoltre, di preferire il latte al formaggio, per il minor contenuto di sale.

Il concetto delle Calorie Vuote

Nella guida per le corrette scelte alimentari del programma americano *ChooseMyPlate*, si fa spesso riferimento alle cosiddette *calorie vuote*. Il concetto di caloria vuota non è nuovo, tuttavia, non è mai stato definito in modo condiviso. In questo caso, il termine viene usato per indicare alimenti arricchiti con zuccheri e/o grassi solidi, ma con poche o nessuna sostanza nutritiva.

Con *grasso solido* vengono indicati grassi che rimangono solidi a temperatura ambiente, come il burro, i grassi animali ed il grasso di pasticceria.

Gli *zuccheri aggiunti* sono zuccheri e sciroppi che vengono addizionati durante la preparazione, ad esempio, di bevande zuccherate, caramelle e dolci.

Grassi solidi e *zuccheri aggiunti* possono rendere l'alimento o la bevanda più attraente, ma aggiungono anche molte calorie in eccesso per il nostro organismo.

Una piccola quantità di *calorie vuote* è consentita e piacevole, ma la maggior parte delle persone ne mangia molto di più di quanto sia salutare. E ingrassa.

L'invito è quindi a scegliere alimenti e bevande che non contengono zuccheri aggiunti, come l'acqua, i succhi di frutta non zuccherati o i cereali non zuccherati e ad evitare i grassi solidi consumando carni magre, pollo senza pelle e latte parzialmente scremato.

La rivoluzione del piatto americano

Pur non essendo esente da critiche, il piatto rappresenta senz'altro un messaggio semplice e intuitivo per tutta la popolazione. Ognuno può fare facilmente un esame del proprio apporto nutrizionale e capire se ha rispettato le proporzioni indicate: "Almeno la metà degli alimenti consumati oggi erano frutta e verdura?"; "Sono riuscito a mangiare carni magre solo per un quarto del mio piatto?" e così via.

Ma la rivoluzione del programma *ChooseMyPlate* non sta solo nel cambiamento dello strumento utilizzato. C'è ben altro sul piatto delle scelte alimentari.

Con tre semplici messaggi le autorità statunitensi hanno preso una posizione decisiva nella battaglia contro l'obesità e, indirettamente, anche contro le potenze commerciali del cibo e degli zuccheri. La svolta è paragonabile alla ferma posizione, presa negli anni '50, contro le multinazionali del fumo.

- Gusta il tuo cibo, ma mangia di meno.
- Evita porzioni di grandi dimensioni.
- Bevi acqua invece di bevande zuccherate.

Occorre ricordare che gli Stati Uniti sono stati i precursori delle Linee Guida Nutrizionali. Le loro prime indicazioni, rilasciate dal Dipartimento dell'Agricoltura, risalgono addirittura agli inizi del secolo scorso. Indicavano come doveva essere composta la spesa settimanale di una famiglia media americana. Gli altri Stati, compresa l'Italia, hanno seguito l'esempio ricalcandone, o quasi, anche la formula grafica articolata prima in 7 e poi in 10 consigli. Comprensibile e giusta la scelta dei divulgatori scientifici di tutte le nazioni, perché le correlazioni tra stile di vita e salute sono valide in tutto il pianeta.

Nel *MyPlate* è cambiato l'approccio comunicativo di questi contenuti. È noto, infatti, che la riduzione dell'introito calorico si associa ad una diminuzione del peso del soggetto messo a dieta.

Meno noto è che, come emerso in un recente trial clinico randomizzato, le diete ipocaloriche determinano una perdita di peso significativa indipendentemente da quale macronutriente venga ridotto o aumentato.

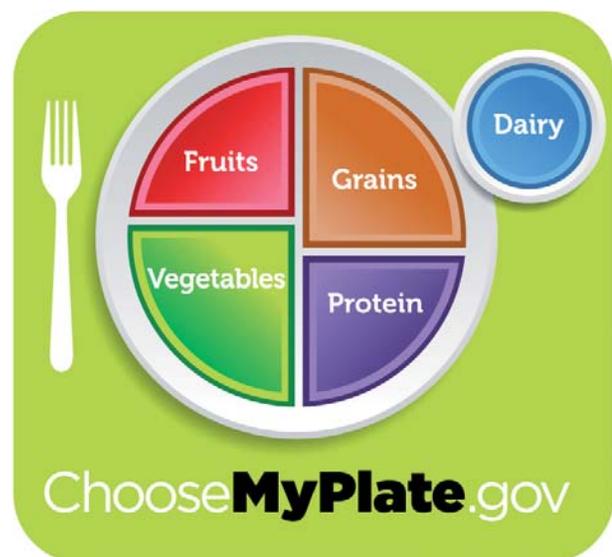
Per dimagrire, quindi, non serve scervellarsi nello scegliere o evitare un certo alimento ritenuto rispettivamente salutare o obesogeno: l'importante è mangiare meno, ovvero, introdurre nell'organismo meno calorie. E per mangiare meno senza soffrire la fame, bisogna rivolgersi a cibi che non contengono inutili *calorie vuote*: frutta, verdura, cereali integrali, cibi proteici magri e latticini, preferibilmente magri.

La differenza fondamentale con le precedenti indicazioni sta nel dichiarare apertamente che il cibo rappresenta sì un piacere, ma che bisogna mangiarne meno. Prima si esaltava il consiglio di **aumentare** la frutta e la verdura, ora si punta principalmente sulla **riduzione** della quota calorica generale incidendo soprattutto su *grassi solidi* e *zuccheri aggiunti*.

In definitiva, le indicazioni per gli americani, al di là della forma, nella sostanza ribadiscono un modello alimentare basato prevalentemente su alimenti di origine vegetale: frutta, verdura, cereali, legumi, poca carne e un latticino.

Uno schema alimentare che ribadisce la validità e la vitalità della nostra *dieta mediterranea*.

TM



Percorsi di risoluzione alternativi al contenzioso giudiziale

La gestione diretta dei risarcimenti e rapporti con la media-conciliazione. Prime riflessioni

La Regione Toscana fin dagli anni 2007-2008, ha dato avvio alla sperimentazione di forme alternative alla gestione del contenzioso. Lo scopo era essenzialmente quello di recuperare e migliorare il rapporto di fiducia con il cittadino e velocizzare i risarcimenti.

Presso l'AOU Careggi e l'ASL 6 di Livorno nel 2009 fu introdotto in via sperimentale un servizio di conciliazione che mirava a rendere più agile la gestione del contenzioso, contestualmente fu approvato in accordo con la Regione un progetto di gestione diretta dei sinistri dando luogo, pertanto, alla sperimentazione di entrambi gli istituti.

L'esperienza positiva di gestione diretta dei sinistri presso l'AOU Careggi, l'analisi economica dei dati sul contenzioso, possibile con il sistema informativo SRGS messo a punto dal Centro GRC sin dal 2006, hanno permesso alla Regione Toscana, con la delibera GRT 1203 del dicembre 2009, di assumere direttamente il rischio RCT/RCO delle aziende sanitarie, senza più trasferirlo alle compagnie assicurative.

RAFFAELLA GIARDIELLO*, RICCARDO TARTAGLIA**, GIACOMO BORSARI**

* UOC Affari Generali Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

** Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente

È stato possibile avviare tale percorso in quanto l'analisi del trend della sinistrosità, calcolato su 10 mila ricoveri/anno, era rassicurante e l'organizzazione di un sistema di gestione del rischio clinico avrebbe potuto controllare e contenere il numero e la gravità di eventi avversi. Nel quadriennio 2006/2010

il trend delle richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi ha mostrato una lieve riduzione e la distribuzione per gravità (intesa come valore del risarcimento)

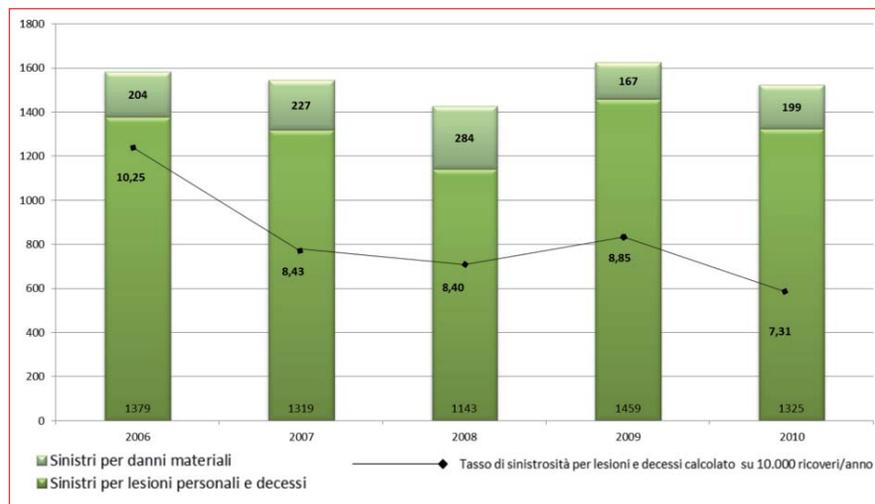
si è concentrata maggiormente sui risarcimenti d'importo inferiore o uguale ai 50.000 euro, che rappresentano a tutt'oggi il 90% del totale.

Questi risultati sono presumibilmente dovuti a una costante propagazione della cultura della sicurezza anche mediante l'introduzione degli strumenti di Risk Management quali ad esempio la segnalazione degli Eventi Avversi o l'implementazione delle Buone Pratiche per la sicurezza delle cure mediante la campagna per sensibilizzare al ripetuto il lavaggio delle mani, l'introduzione dell'uso della check list di sala operatoria, le procedure per la prevenzione delle cadute, la redazione di linee guida sul rischio trombo-embolico, la prevenzione della distopia di spalla, ecc.

La delibera GRT 1203/2010 ha introdotto come strumento collegiale e multidisciplinare per la gestione della richiesta di risarcimento, il Comitato Gestione Sinistri, di cui fanno parte: specialisti in Medicina Legale, dirigenti degli uffici Affari Generali/Legali, medici della Direzione Sanitaria, il Clinical Risk Manager e, in alcuni casi, il Loss Adjuster.

Ogni Azienda assicura l'intera trattazione del sinistro, dall'istruttoria per l'accertamento dell'an (nesso causa effetto) sulla responsabilità,

Trend del tasso di richieste di risarcimento - 2006/2010



alla proposta di liquidazione per il calcolo del *quantum* (importo risarcibile).

Gli obiettivi sono stati, da una parte, consolidare il rapporto di fiducia con i cittadini, attraverso una serie di azioni che lo favorissero (velocità nella liquidazione, se viene riconosciuto il danno, numero di telefono dedicato, fasce orarie ampie, grande attenzione agli aspetti relazionali) e, dall'altra, superare il dualismo Assicurazione-Azienda da una parte e professionista dall'altra, studiando e gestendo insieme con l'operatore sanitario ed il suo legale l'iter risarcitorio.

Da un punto di vista meramente economico è opportuno far presente che i costi assicurativi rappresentano meno del 1% del Fondo Sanitario Regionale e costituiscono solo un aspetto, seppure rilevante, della sinistrosità.

A due anni dall'inizio del progetto, sulla base di un primo consuntivo, si può affermare che i risultati sono incoraggianti: confrontando i dati del contenzioso 2010 con quelli del 2008 (ultimo anno in cui tutte le aziende avevano una copertura assicurativa, anche se comprensiva di franchigia) emerge una maggiore efficacia sia nel valutare gli eventi (riserva/valutazione interna) che nel definirli (liquidato, respinto, senza seguito).

Il numero delle richieste di risarcimento, tra i due anni di riferimento, in valore assoluto, è simile, ma il numero di quelle valutate negli anni 2008 rispetto al 2009 (determinato a settembre dell'anno successivo) è complessivamente raddoppiato, mentre il numero delle richieste di risarcimento chiuse è passato dal 4% al 51 %.

Significativa è la riduzione dei tempi di chiusura che passano dai circa 335 giorni per le richieste in presenza di compagnia assicurativa ai circa 208 della gestione diretta.

Sul piano della gestione del rischio, sono da rilevarsi alcuni significativi interventi quali, ad esempio, l'implementazione di procedure per la presa in carico delle protesi dentarie che ha pressoché azzerato i costi dei relativi risarcimenti (AOU-Careggi); analogamente la campagna regionale sulle cadute in ospedale è servita a contenere un incidente estremamente frequente e talvolta grave.

Un'ottima ed utile iniziativa è stata il corso organizzato dal Centro GRC in collaborazione con le tre aree vaste, con il supporto della AOU

Classificazione dei risarcimenti per gravità dal 2006 al 2010

Gravità (€)	Nr	Probabilità	Probabilità cumulativa
1 - 5.000	1229	51,77%	51,77%
5.001 - 10.000	347	14,62%	66,39%
10.001 - 20.000	309	13,02%	79,40%
20.001 - 50.000	275	11,58%	90,99%
50.001 - 100.000	112	4,72%	95,70%
101.000 - 200.000	46	1,94%	97,64%
200.001 - 300.000	24	1,01%	98,65%
300.001 - 500.000	12	0,51%	99,16%
500.001 - 1.000.000	14	0,59%	99,75%
oltre 1.000.000	6	0,25%	100,00%
totale	2374	100,00%	

Careggi, per i componenti dei Comitati di Gestione dei Sinistri (CGS). Hanno partecipato tutti gli operatori (medici e amministrativi) impegnati in quest'attività. È stata una esperienza importante non solo per favorire una maggiore uniformità sui criteri di valutazione del danno e sulla definizione dei risarcimenti, ma anche per rinsaldare un rapporto tra area amministrativa e sanitaria e incrementare sinergie e collaborazioni rispetto al funzionamento dell'azienda sanitaria.

Sono inoltre stati fatti corsi per aumentare l'attenzione dei professionisti sulla gestione della documentazione sanitaria, sulla corretta informazione e sulla cultura del necessario consenso del paziente, elementi che spesso non permettono ai professionisti e alle aziende sanitarie di difendersi adeguatamente, mancando la prova documentale di quanto realmente fatto, con la conseguenza di dover accogliere le richieste di risarcimento pur in presenza di dubbi sull'accertamento dell'*an*.

Per quanto riguarda la media-conciliazione,

Le buone pratiche (good practices)

- Appropriatezza terapia antibiotica** (Icon: Pill)
- Rischio nutrizionale** (Icon: Fork and knife)
- CVC** Prevenzione infezioni CVC (Icon: CVC catheter)
- Prevenzione delle cadute** (Icon: Person falling)
- Check list di sala operatoria** (Icon: Checklist)
- ID** Corretta identificazione paziente (Icon: ID card)
- Audit clinico** (Icon: Exclamation mark)
- DOLORE** Gestione del dolore (Icon: Pain icon)
- CTA** Gestione farmaci antiblastici (Icon: Pill)
- Comunicazione difficile** (Icon: Speech bubble)
- Igiene mani** (Icon: Hand being washed)
- IR** Incident reporting (Icon: Document with X)
- ES** Segnalazione evento sentinella (Icon: Alarm bell)
- PUSH** Prevenzione ulcere da pressione (Icon: Pressure icon)
- Sorveglianza delle antibiotiche resistenze** (Icon: Microscope)
- STU** Scheda Terapeutica Unica (Icon: Document)
- M&M** Rassegna mortalità e morbilità (Icon: Document)
- TAO** Gestione Terapia Anticoagulante Orale (Icon: Pill)
- MEWS** Adozione indice deterioramento cardiaco (Icon: Heart)
- Prevenzione Trombosi Venosa Profonda** (Icon: Blood clot)
- Emorragia post-partum** (Icon: Blood drop)
- Prevenzione distocia di spalla** (Icon: Hand holding shoulder)

nell'ambito di una collaborazione con l'Università degli studi di Firenze, Facoltà di Giurisprudenza, che ha sostenuto le aziende, Facoltà di Giurisprudenza, che ha sostenuto le aziende, stimolandone la sensibilità ed effettuando un percorso di formazione, è stato possibile confrontarsi con questo istituto ancor prima che entrasse in vigore il D.Lgs 28 nel marzo del 2010. Nel 2008-2009 è stata avviata la sperimentazione di una forma di conciliazione: presso l'AOU Careggi e l'ASL 6 di Livorno è stato sperimentato questo istituto per casi di errata terapia, ritardata diagnosi, smarrimento protesi, manovre di intubazione e cadute per importi non superiori a 50.000 euro. Era prevista una gestione interna alle due aziende, ad eccezione del conciliatore, che era configurato come soggetto terzo neutrale (di solito giudici di pace, avvocati, sociologi del diritto) al fine di agevolare la comunicazione tra le parti e raggiungere un accordo negoziato superando e gestendo l'iniziale approccio emotivo e conflittuale. Tale conciliazione era del tutto facoltativa, ma non era condizione di procedibilità come quella prevista dal D.Lgs 28.

La conciliazione sperimentata a Careggi ha presentato fin dall'inizio alcuni elementi di criticità: difficoltà nel contemperare una procedura snella di risoluzione dei conflitti con l'esigenza di chiarire se esistessero e quali fossero gli elementi di responsabilità, scarsa partecipazione del professionista all'istruttoria, mancata previsione di un ruolo strategico della medicina legale nell'ambito dell'istruttoria a favore del ruolo del conciliatore.

Tali criticità furono sollevate dai professionisti sanitari durante la presentazione dell'istituto tenutasi all'Ordine dei Medici di Firenze il 13 ottobre 2008, e ampiamente recepite nella progettazione della attuale gestione diretta dei sinistri, tanto che questo modello viene oggi valutato dagli stessi professionisti, come momento di garanzia del loro operato.

L'entrata in vigore del D.Lgs 28 porta essenzialmente: se ci sia contrapposizione tra la media-conci-

Oggetto	2008	2010
Richieste risarcimento	1.537	1.587
Riserva	806	1433
Chiusure ^o	67 (4,3%)	787 (51,6%)
Contenzioso civile	74	50
Liquidate*	45	310
Tempo medio di chiusura in gg*	335	208

* confronto dati a settembre dell'anno successivo
^o chiuse (senza seguito, respinte o liquidate)

liazione e la gestione diretta.

La gestione diretta non viene preclusa dalla nuova normativa inquadrando tra le "negoziazioni volontarie" previste all'art. 2 del D. Lgs. 28/2010, andando di fatto a sostituire le trattative effettuate dagli uffici liquidazioni o dai loss adjuster delle Compagnie Assicuratrici. In ogni caso si potrà accedere alla mediazione quando il CGS dell'Azienda abbia respinto la richiesta di risarcimento o proposto un'offerta economica non ritenuta congrua dall'utente, prima che questi intraprenda un contenzioso giudiziale.

La gestione diretta nella sostanza attua una forma assimilabile alla media-conciliazione, anche se non sono previste né spese né il mediatore. Qualora sia accertata la responsabilità, l'intento è quello di addvenire a una soluzione bonaria della vertenza, anche mediante incontri collegiali che vengono proposti dalle aziende e ben accolti dalla controparte.

La mediazione potrà essere uno strumento efficace soprattutto nei casi in cui, appurato l'*an*, vi siano difficoltà nello stabilire il *quantum*.

La tabella seguente riporta l'esperienza di mediazioni che hanno avuto le aziende del SST al 13 ottobre 2011, precisando che le richieste si riferiscono a periodi anche precedenti la gestione diretta.

Da questi primi dati emerge che le compagnie assicurative non hanno quasi mai aderito al tentativo di conciliazione; con la gestione diretta le aziende toscane, viceversa, stanno perseguendo una logica di studio e apertura a tale nuovo istituto senza preclusioni a ulteriori e diverse forme di gestione alternativa, sempre con l'intento di favorire e facilitare il rapporto col paziente/cittadino.

È auspicabile che, proprio a seguito di tale maggiore adesione, la Toscana sia, ancora una volta, pioniera nell'applicazione di tale nuovo istituto.

Azienda	Casi mediazione	Casi conciliati	Mancato accordo	In corso	Non presentata azienda / assicurazione	Altro
Massa	5	1	0	2	1	1
Lucca	3	0	0	3	0	0
Pisa	3	0	0	1	2	0
Livorno	12	4	4	4	0	0
Versilia	4	1	0	0	3	0
AOU Pisana	14	1	4	7	2	0
Area nord-ovest	41	7	8	17	8	1
Pistoia	5	1	2	2	0	0
Prato	2	0	0	0	2	0
Firenze	13	0	2	0	11	0
Empoli	5	0	0	0	0	5
AOU Careggi	7	0	0	0	7	0
AOU Meyer	0	0	0	0	0	0
Area centro	32	1	4	2	20	5
Siena	2	0	0	0	2	0
Arezzo	9	0	0	0	9	0
Grosseto	4	0	0	0	0	4
AOU Senese	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Area sud-est	15	0	0	0	11	4

Consumo di Albumina e Immunoglobuline nella Regione Toscana

Sangue e derivati del sangue sono prodotti scarsi e costosi e solo di derivazione umana, di cui è necessario fare un utilizzo razionale. Consapevole di questo, l'allora

Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione per l'attività trasfusionale (CRCC) della Regione Toscana, oggi Centro Regionale Sangue (CRS), nel 2007 ha

redatto e fatto pervenire alle Aziende Sanitarie una Linea Guida¹ contenente Raccomandazioni "evidence-based" sul buon uso del sangue, che richiamano le disposizioni nazionali... La pubblicazione è stata concepita e realizzata come ausilio ai prescrittori per limitare i rischi da uso inappropriato e per ottimizzare il "Value for Money" della scelta terapeutica in questo specifico ambito.

Nel Settembre scorso il Centro Regionale Sangue ha presentato all'Assemblea del Consiglio Sanitario Regionale i dati di consumo regionale di sangue e derivati nel triennio successivo alla pubblicazione della Linea Guida. Nell'incontro è stata presa particolarmente in considerazione la costante crescita dei consumi di Albumina e Immunoglobuline. Tali farmaci sono acquistati dall'Industria Farmaceutica e sono solo in parte contenuta prodotti in conto lavorazione a partire dal plasma raccolto nei servizi trasfusionali toscani e donato da donatori toscani. I costi sostenuti dalla Regione per questi farmaci sono particolarmente elevati: **16.862.880** Euro nel 2008, **20.776.736** Euro nel 2009 e **21.439.264** Euro nel 2010.

Un netto incremento della prescrizione e quindi dei costi può trovare spiegazione nella crescente necessità di interventi curativi per i residenti nella Regione Toscana e nel costante aumento di residenti in altre Regioni che scelgono di curarsi in Toscana. Tuttavia, disomogeneità tra le diver-

se Aziende Sanitarie nell'andamento della spesa per gli stessi presidi terapeutici potrebbero anche essere indicative della persistenza di prescrizioni "off-label". Una verifica puntuale delle prescri-

zioni sarebbe lunga, onerosa e difficile in considerazione dell'incertezza nel valutare l'appropriatezza prescrittiva caso per caso, a posteriori e spesso dopo lungo tempo. Tuttavia

l'osservazione grafica dell'andamento dei consumi, nella fattispecie dei costi regionali che costituiscono la spesa delle singole Aziende per questo capitolo, può fornire indicazioni indirette in merito al grado di adesione alle Raccomandazioni. In caso di adesione vasta e collettiva, infatti, l'andamento tendenziale della spesa delle Aziende nel tempo dovrebbe progressivamente uniformarsi e venire a coincidere con quello complessivo regionale. È in questa ottica che il Consiglio Sanitario Regionale ha promosso una revisione della Linea Guida regionale condivisa per la prescrizione di questi farmaci ed ha inoltre promosso una stretta sorveglianza sull'appropriatezza delle prossime prescrizioni.

Analisi dei dati

1. Albumina

L'analisi è stata innanzi tutto diretta a verificare se l'andamento della crescita dei costi sostenuti dalla Regione per l'Albumina nel triennio 2008-2010 abbia o meno una tendenza lineare: tale condizione consente di formulare previsioni di costo per gli anni a seguire utilizzando un semplice modello lineare.

Linearizzando i dati Regionali del triennio 2008-2010 (in verde) si ottiene un coefficiente di determinazione molto prossimo a 1 ($R^2 = 0,9999$), indice di un andamento certamente lineare.

LUIGI TONELLI*, GIANCARLO BERNI*,
GIORGIO MATTEI**, SIMONA CARLI°

* Consiglio Sanitario Regionale, Regione Toscana

** Centro Interdipartimentale di ricerca E. Piaggio,
Facoltà di Ingegneria, Univ. di Pisa

° Centro Regionale Sangue, Regione Toscana

¹ CRCC-Sistema Trasfusionale Toscano. Raccomandazioni per il corretto utilizzo di emocomponenti e plasmaderivati. Cariprato. 2007.

Questo consente di stimare come altamente probabile un ulteriore incremento di circa 0,8 milioni di Euro sia nel 2011 che nel 2012 dei costi sostenuti dalla Regione per l'Albumina.

Per analizzare l'uniformità dei comportamenti prescrittivi occorre sottoporre ad analisi di linearizzabilità l'andamento delle singole aziende in quanto un andamento unico macroscopicamente lineare può anche provenire dalla sommatoria di un insieme di andamenti non lineari, nel caso specifico le serie temporali di spesa delle singole Aziende Sanitarie.

L'analisi di linearizzabilità della spesa per Albumina delle singole Aziende ha evidenziato che gli andamenti nel tempo di tale spesa non sono uniformi. Come mostra la **Tabella 2**, per 7 Aziende USL ed 1 Azienda Ospedaliera l'andamento è lineare ma per 3 Aziende USL ed 1 Azienda Ospedaliera lo è solo debolmente (borderline) e non è lineare per 2 Aziende USL e 2 Aziende Ospedaliere.

La rappresentazione grafica "radar plot" della variazione percentuale annua consente di avere un'immediata visione di insieme degli andamenti temporali di spesa per Albumina nelle diverse Aziende Sanitarie. Nel "radar plot" di **Figura 1** ogni raggio della figura rappresenta un'Azienda, e i colori diversi visualizzano le differenze annue della spesa (nella fattispecie in valori percentuali). Se l'andamento della spesa per Albumina delle diverse Aziende variasse in modo uniforme i cerchi al centro del grafico sarebbero regolari; concentrici per spesa incrementale o decrescente, sovrapposti per spesa invariata. Cerchi deformati, invece, sono indicativi di andamenti difformi. Nel grafico della figura si nota una tendenza complessiva alla crescita, fatta eccezione per la Azienda

Ospedaliera di Siena, con deformazioni in forma di punte o avallamenti, particolarmente vistosi per le ASL 4 e 8 e la AO Meyer, a esprimere un andamento di spesa grossolanamente dissimile da quello delle altre Aziende.

In sintesi, per quanto riguarda i consumi di Albumina dalle rappresentazioni grafiche dei costi regionali e della spesa delle singole Aziende si può concludere:

1) che per quanto riguarda la Regione nel suo complesso è prevedibile che nel futuro si confermi la tendenza alla crescita lineare dei costi;

2) che in 7 Aziende USL e in una Azienda Ospedaliera la tendenza della spesa è strettamente conforme all'andamento regionale complessivo;

3) che in altre 8 Aziende la prescrizione non si conforma all'andamento complessivo;

4) che per queste Aziende si può presumere che la variabilità non dipenda solo dal variare della "domanda" ma anche da altre ragioni, che potrebbero consistere in errori di reporting ma anche in incoerenza prescrittiva, eventualmente anche in non controllata prescrittività off-label.

2. Immunoglobuline

Come illustrato in **Tabella 3** l'analisi di linearizzabilità dei dati di costo complessivi del triennio 2008-2010 (in verde) indica per il 2009 rispetto al 2008 un incremento dei costi per Immunoglobuline di oltre 3 milioni di Euro (+25%) e per il 2010 rispetto al 2009 un decremento di circa 230.000 Euro (-1,5%). Il coefficiente di determinazione ($R^2=0,69$) non è indicativo di linearità, ma neppure la esclude e pertanto la previsione fatta con modello lineare per gli anni successivi dovrà essere verificata sulla base dei dati reali.

Tabella 1 - Regione Toscana. Costi Albumina.

Anno	Reali			Stimati con modello lineare	
	2008	2009	2010	2011	2012
Costi	4.586.466	5.405.435	6.298.800	7.142.567	7.998.734

Tabella 2 - Spesa per Albumina. Analisi di linearizzabilità.

Lineare	R^2	Border line	R^2	Non lineare	R^2
ASL 2	0,95	ASL 1	0,69	ASL 5	0,02
ASL 3	0,91	ASL 7	0,62	ASL 12	0,08
ASL 4	0,91	ASL 10	0,57	Siena AO	0,38
ASL 6	0,95	Careggi AO	0,66	Meyer AO	0,12
ASL 8	0,96				
ASL 9	0,99				
ASL 11	0,93				
Pisa AO	0,99				
REGIONE	0,99				

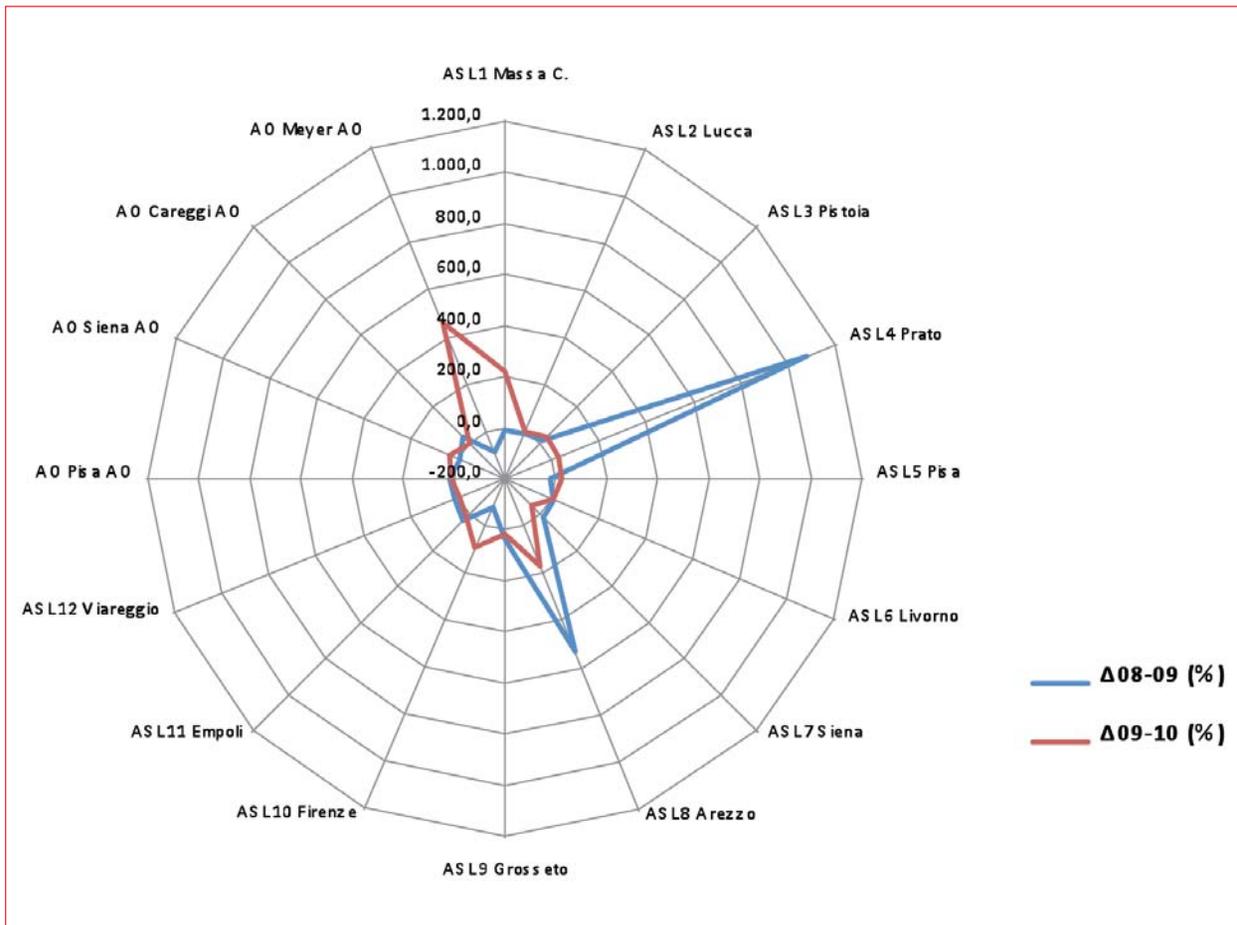


Figura 1 - Regione Toscana. Variazione spese per Albumina (%).

Tabella 3 - Regione Toscana. Costi per immunoglobuline.

Anno	Reali			Stimati con modello lineare	
	2008	2009	2010	2011	2012
Costi	12.276.414	15.371.301	15.140.464	17.126.776	18.558.801

Tabella 4 - Immunoglobuline. Analisi linearizzabilità.

Lineare	R ²	Border line	R ²	Non lineare	R ²
ASL 1	0,92	ASL 2	0,75	ASL 3	0,00
ASL 6	0,95	ASL 5	0,66	ASL 4	0,16
ASL 7	0,99	ASL 11	0,83	ASL 12	0,00
ASL 8	0,97	Pisa AO	0,77	Siena AO	0,24
ASL 9	0,91	Careggi AO	0,65		*
ASL 10	0,96	Meyer AO	0,79		*
		REGIONE	0,69		*

L'analisi di linearizzabilità della spesa per Immunoglobuline delle singole Aziende (Tabella 4) ha evidenziato che gli andamenti della spesa nel tempo sono lineari, in crescita o in decremento,

per 6 Aziende USL, sono di incerta linearità per 3 Aziende USL e 3 Aziende Ospedaliere e sono nettamente non lineari per 3 Aziende USL ed una Azienda Ospedaliera. Queste difformità, oltre

a rendere ragione della impossibilità di produrre una previsione per gli anni successivi con un semplice modello lineare, sono espressive di una sostanziale disomogeneità dei comportamenti prescrittivi. Disomogeneità confermate dal “radar plot” di **Figura 2**.

In sintesi, per quanto riguarda i consumi di Immunoglobuline dalle rappresentazioni grafiche dei costi regionali e della spesa delle singole Aziende si può concludere:

1) che è prevedibile, sebbene tutt'altro che certo, un incremento dei costi regionali di 2 milioni di Euro (+13%) nel 2011 e di 1,4 milioni (+8%) nel 2012;

2) che in solo 6 Aziende su 16 la tendenza della spesa è lineare;

3) che non è possibile effettuare una previsione di spesa per le restanti 10 Aziende;

4) che, quanto meno per queste 10 Aziende, è probabile che la variabilità non sia unicamente funzione della domanda ma potrebbe essere determinata da prescrizioni off-label.

Conclusioni

In conclusione, dopo aver valutato i dati e formulato le considerazioni espresse qui in sintesi, l'Assemblea del Consiglio Sanitario Regionale ha ritenuto necessario² innanzi tutto aggiornare le Linee Guida sul Buon Uso di Sangue e Derivati, in particolare dell' Albumina ed Immunoglobuline, e poi procedere all' implementazione a livello delle Aziende che dimostrano uno scostamento significativo dall' andamento di spesa/costo regionale affinché le stesse ottengano un impiego quantitativamente e qualitativamente diverso.

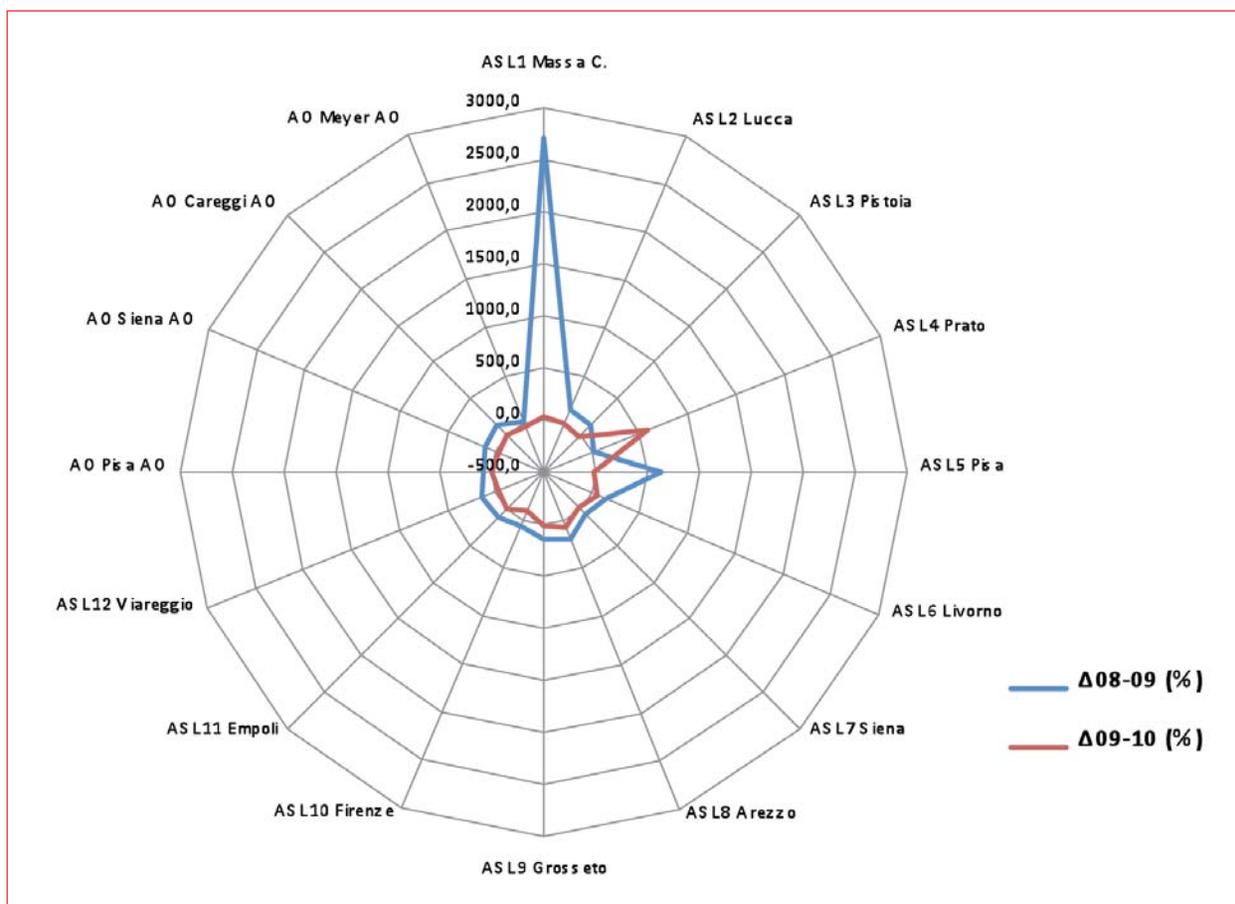


Figura 2 - Regione Toscana. Variazione spese per Immunoglobuline (%).

² [http://servizi.salute.toscana.it/csr/img/getfile_img1.php?id=21811]; [http://servizi.salute.toscana.it/csr/img/getfile_img1.php?id=21814]; [http://servizi.salute.toscana.it/csr/img/getfile_img1.php?id=21813]; [http://servizi.salute.toscana.it/csr/img/getfile_img1.php?id=21812].

Consiglio Sanitario Regionale

Endoscopia e anestesia

Nella seduta del giorno 8 novembre 2011, l'Ufficio di presidenza del CSR ha espresso parere sul quesito posto dalla Dirigenza Regionale relativo a: Attività di endoscopia: requisiti inerenti la disponibilità dell'anestesista o presenza di personale sanitario che ha effettuato il corso BLSD.

Il Dott. Valerio Del Ministro ha relazionato sulla revisione della letteratura, sugli eventi avversi gastrointestinali e ha presentato un documento relativo al quesito.

Parere 60/2011

Oggetto: Attività di endoscopia: requisiti inerenti la disponibilità dell'anestesista o presenza di personale sanitario che ha effettuato il corso BLSD.

Sintesi del parere approvato:

Ogni attività endoscopica dovrà essere effettuata nel rispetto delle Linee Guida.

Si ritiene che le attività endoscopiche possano essere svolte non necessariamente all'interno dei presidi ospedalieri, purché si adottino protocolli d'intervento concordati con il presidio ospedaliero più vicino e si possa disporre tempestivamente dei mezzi di soccorso del 118.

Le attività endoscopiche, svolte in regime di elezione, possono avere sia scopi diagnostici che terapeutici, in entrambi i casi la procedura può essere condotta sia in regime di ansiolisi-sedazione che in anestesia generale.

Regime di ansiolisi-sedazione: Richiede preser-

vazione dei riflessi di protezione delle vie aeree, del respiro spontaneo, della stabilità emodinamica in termini di frequenza cardiaca e pressione arteriosa.

Si ritiene necessaria la presenza del medico endoscopista e dell'infermiere di supporto, entrambi in possesso dell'attestato BLSD e/o ACLS.

È necessaria una adeguata dotazione tecnologica ed una procedura organizzativa di collegamento con il servizio di emergenza.

Anestesia generale: Oltre al medico endoscopista ed all'infermiere di supporto, entrambi in possesso dell'attestato BLSD e/o ACLS, si ritiene necessaria la presenza di un Medico anestesista-rianimatore, di una dotazione tecnologica e di una procedura organizzativa per far fronte alla necessità di rianimazione cardio-polmonare di base e avanzata.

Ogni attività endoscopica dovrà essere effettuata nel rispetto delle Linee Guida.

Epilessia farmaco-resistente

Nella seduta del 4 ottobre 2011, l'Ufficio di Presidenza del CSR ha espresso parere sui percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali in Toscana per pazienti con epilessia farmaco-resistente.

Relativamente all'epilessia la Regione Toscana ha predisposto nel 2006 una Linea Guida, aggiornata nel 2009 ed inserita on line tra le pubblicazioni della Regione Toscana, è previsto un ulteriore aggiornamento nel 2012.

Parere n. 47/2011

Oggetto: Epilessia farmaco-resistente

Quesito: PDTA per il paziente con epilessia farmaco-resistente in Toscana

La risposta al quesito ha comportato l'organizzazione di uno studio finalizzato alla definizione di percorsi specifici ed alla verifica della possibilità di risposta nei Servizi Regionali.

Coordinatore dello studio e relatore presso il CSR è stato il Prof. Giancarlo Berni.

L'osservazione dei servizi ha evidenziato una possibilità di risposta intraregionale ed ha consentito la costruzione di una pianta del network regionale a disposizione per gli steps diagnostici necessari e per i vari livelli di assistenza.

Viene considerata la possibile opzione di terapia chirurgica volta alla rimozione del focus epilettogeno.

Parere favorevole per:

Individuare l'area epilettogena con esattezza attraverso steps diagnostici di progressiva complessità.

Predisporre la possibile opzione di terapia chirurgica volta alla rimozione del focus epilettogeno.

Con questo obiettivo vengono stabiliti due distinti percorsi per l'adulto e per il bambino

A - *Bambino*: il percorso afferisce all'AOU Meyer di Firenze ed è coordinato dal Prof. Renzo Guerrini.

B - *Adulto*: afferisce all'AOU di Siena (Policlinico Le Scotte) ed è coordinato dal Dott. Roberto Campostrini.

Il percorso diagnostico – terapeutico è riassumibile nelle seguenti fasi: fase della clinica – fase della diagnostica neurofisiologica – per neuroimmagini – neuropsicologica – valutazione preoperatoria – fase operatoria- valutazione degli outcome.

Per ogni specifico momento del percorso sono state individuati, nelle tre Aree Vaste, i servizi dedicati.

Per la valutazione neurochirurgica e per l'eventuale intervento operatorio le competenze sono affidate all'AOU Meyer ed al Policlinico Le Scotte.

Ai fini di far conoscere diffusamente questi percorsi viene proposto alla Dirigenza regionale di avvalersi dei mezzi di comunicazione fra le professioni sanitarie e del coinvolgimento delle associazioni dei pazienti.

L'adolescenza tra emancipazione e conflitti

Medico e psicologo nella prevenzione della crisi dell'adolescente



Katuscia Pizzo, educatrice domiciliare presso la Cooperativa sociale L'Agorà di Firenze. Tutor specializzato in ABA (Applied Behavior Analysis/Verbal Behavior) sia a livello scolastico che domiciliare per il trattamento dei disturbi pervasivi dello sviluppo.

L'adolescenza è una fase del ciclo della vita che inizia con la pubertà e che termina in corrispondenza del completamento dello sviluppo fisico della persona. È caratterizzata da grandi mutamenti sia in relazione allo sviluppo dei caratteri sessuali primari (a carico cioè degli organi riproduttivi) che di quelli secondari (caratteri distintivi del sesso) sia a livello psicologico e comportamentale. In questo lungo periodo di crescita l'adolescente si trova a fronteggiare cambiamenti importanti che hanno ripercussioni profonde sulla formazione dell'identità.

In primo luogo la persona adolescente si scontra con il bisogno di distacco dal controllo dei genitori e dalla loro dipendenza emotiva, che la conducono spesso ad assumere atteggiamenti che vengono definiti "ribelli" dalle figure di riferimento. Il gruppo e quindi la creazione di forti relazioni con i coetanei è uno strumento che aiuta l'adolescente ad emanciparsi dalla famiglia, aderendovi infatti il ragazzo soddisfa un bisogno di sicurezza e di identità con un modello che risulta essere diverso per molti aspetti da quello proposto dai genitori.

Questo nuovo bisogno di adesione alle "regole" del gruppo rende l'interazione tra l'adolescente e l'adulto ancora più complessa. Ci si trova frequentemente di fronte alla sensazione di impotenza di genitori che manifestano l'incapacità di gestire atteggiamenti di protesta ed espressione delle proprie opinioni che non ammettono compromessi (i miei amici escono e fanno determinate cose e le voglio fare anch'io!).

In molti casi il timore di reazioni "sconsiderate" da parte del figlio adolescente conduce il genitore ad assumere un atteggiamento educativo estremamente permissivista, a non esprimere opinioni discordanti da quelle del figlio o all'opposto ad assumere un atteggiamento autoritario; tali atteggiamenti educativi possono contribuire alla sperimentazione di una profonda crisi da parte dell'adolescente. La consapevolezza da parte del genitore dell'esistenza di una fase "normale" di ribellione adolescenziale riveste un ruolo di fondamentale importanza nella prevenzione della **crisi dell'adolescente**.

La **figura del medico pediatra** ha in questo caso l'importante ruolo di "tutor", permette ai genitori di trarre vantaggio dalla conoscenza precoce delle motivazioni che sottostanno al comportamento della persona adolescente, aiutando in tal modo i genitori a implementare una modalità educativa ottimale al supporto del figlio in periodo di profonda trasforma-

zione. L'adolescente è infatti immerso in una nuova realtà personale e sociale che si diversifica da quella che lo aveva accompagnato fino a quel momento. Si trova di fronte ad un corpo che sta cambiando, di fronte alla ricerca di una sua nuova identità, di nuovi valori e ideali in cui credere.

L'adolescenza dunque non è un periodo che riguarda solo lo sviluppo della persona adolescente, essa richiede infatti un "riassetto dell'equilibrio dell'intero nucleo familiare". I comportamenti e i principi accolti dai genitori devono essere confrontati con

una realtà che differisce da quella che caratterizzava il periodo pre-adolescenziale e rielaborati in forma autonoma.

Il genitore dovrebbe favorire lo sviluppo dell'autonomia nell'adolescente ponendosi così in aiuto del figlio nel distacco psicologico, permettendo al ragazzo di sperimentare direttamente le proprie capacità di gestione di alcune delle problematiche che può incontrare nella vita. Questo compito risulta spesso estremamente difficile per il genitore che può trovarsi a sperimentare sentimenti di negligenza e di mancanza di attenzioni verso il figlio, che *generano una grande sofferenza*. I naturali conflitti dovrebbero essere vissuti dalle figure genitoriali come una normale fase di sviluppo dei figli verso l'autonomia, cedendo via via il controllo in funzione della maturità acquisita dall'adolescente.

Il medico è la figura che più precocemente può farsi carico di incoraggiare i genitori alla responsabilizzazione, all'indipendenza e al riconoscimento di certi privilegi dell'adolescente fin dalla pubertà. Questo richiede maggior tempo da dedicare alla visita. Molte ricerche dimostrano come atteggiamenti troppo autoritari inducono risentimenti nei ragazzi, inibiscono la fiducia in se stessi e il senso di autoefficacia favorendone uno sviluppo meno equilibrato e caratterizzato da un'alta propensione al conflitto. Un atteggiamento troppo permissivo crea, invece, nel ragazzo ambiguità e confusione in particolare rispetto alla percezione di sé; i ragazzi possono sentirsi onnipotenti, credere che tutto gli sia dovuto, o avere difficoltà a comprendere dove cominciano e dove finiscono i loro limiti, le loro possibilità. Si genera così la confusione sia rispetto alla percezione di se stessi ma anche rispetto alla percezione degli altri e della realtà circostante. L'atteggiamento genitoriale ideale è quello autorevole. I ragazzi necessitano di regole e il genitore deve saper porre dei limiti ed essere as-

KATIUSCIA PIZZO

Laureata in psicologia, specializzata in Applied Behavior Analysis, aderente al gruppo di studio dell'adolescente di Firenze, coordinatore Fabio Franchini

servivo. È importante che i genitori implementino un sistema di reciprocità nel rapporto con i figli che sarà utile anche per lo sviluppo della capacità di risoluzione dei conflitti da parte di questi.

La **condizione educativa ideale** è dunque quella che si basa sul rispetto, l'autenticità e la coerenza dei messaggi. Il compito del genitore è dunque soprattutto quello di creare un clima di rispetto e di accettazione che non si trasformi nel disinteresse e nel

permissivismo che renderebbero ancora più insicuro e confuso il bambino o il giovane. I genitori possono imparare a rapportarsi al proprio figlio all'interno di un modello relazionale che faccia proprie la libertà e la disciplina, attribuendo l'importanza che merita alla profonda accettazione del diritto di ogni individuo a seguire la propria tendenza di sviluppo. Esistono genitori così?

TM

Ricerca e clinica

Toscana Medica 2/12



Arturo Consoli, medico in formazione specialistica, Attività assistenziale e di ricerca. Formazione ultraspecialistica presso Neuroradiologia Interventistica (direttore dott. Salvatore Mangiafico), A.O.U. Careggi, Firenze, Italia.

L'evoluzione della Neuroradiologia Interventistica della AOU Careggi, Firenze

Analisi retrospettiva dal 2000 al 2011

Introduzione

La Neuroradiologia Interventistica riconosce le sue basi nell'attività pionieristica di un medico neurologo portoghese, Egas Moniz, che, all'Università di Lisbona nel 1927 introduce l'angiografia cerebrale con l'intento di studiare in maniera più approfondita diverse patologie del sistema nervoso centrale. La tecnica angiografica, che prevede un accesso arterioso (generalmente a livello dell'arteria femorale) e l'introduzione di un catetere per l'iniezione endovascolare di mezzo di contrasto con la contemporanea acquisizione di immagini da parte di un angiografo, è andata incontro a continue innovazioni dal punto di vista della tecnica e dei materiali utilizzati. Inoltre, anche gli angiografi e gli stessi materiali sono andati incontro ad una vera e propria rivoluzione. Il progresso culturale che ha investito la classe medica nel XIX secolo ha fatto sì che l'attenzione del clinico si focalizzasse anche sulle sindromi vascolari, prima sconosciute o poco considerate. Anche le metodiche diagnostiche, con l'introduzione della TC prima e della risonanza magnetica poi, hanno consentito di

individuare lesioni e malformazioni vascolari diventate poi oggetto di numerosi studi. Infine, le nuove possibilità diagnostiche hanno aperto la strada per la strutturazione di tecniche interventistiche, fornendo alla neuroradiologia una nuova dimensione, quella interventistica.

A Firenze, il Centro di neuroradiologia interventistica nasce nel 1989, anno in cui viene effettuato il primo trattamento endovascolare (Figura 1) di uno pseudoaneurisma intracavernoso. Il primo decennio, durante il quale si stabilizza la necessaria iniziale curva di apprendimento, è caratterizzato da un'attività rivolta soprattutto a trattamenti pre-operatori di lesioni espansive intra-assiali (meningiomi)

ARTURO CONSOLI*, SERGIO NAPPINI**,
LEONARDO RENIERI*, DALMAR ABDULCADIR*,
ELISABETTA GIANNOTTI*, VALENTINA
MANGIAFICO**, SALVATORE MANGIAFICO***,
LEONARDO CAPACCIOLI****

* Scuola di Specializzazione in Radiologia, AOU Careggi Firenze

** SOD Neuroradiologia Interventistica, AOU Careggi Firenze

*** Direttore SOD Neuroradiologia Interventistica, AOU Careggi Firenze

**** Direttore Scuola di Specializzazione in Radiologia, AOU Careggi Firenze; Direttore SOD Radiodiagnostica 3

e di fistole durali.

Nel 1993 è stato effettuato il primo trattamento di una malformazione artero-venosa (MAV) cerebrale. Nel 1994, infine, è iniziata l'attività del trattamento endovascolare degli aneurismi intracranici, in stretta collaborazione con la figura del primario neurochirurgo, Dott. P. Mennonna, alla quale rimane sempre collegata fino a diventarne parte in-



Figura 1 - Pseudoaneurisma intracavernoso, trattato con occlusione della carotide interna con palloncino (1989).

tegrante e complementare, soprattutto in ambito vascolare. Nel 1997 è stato, inoltre, trattato per la prima volta a Firenze, un caso di embolia dell'arteria basilare con fibrinolisi loco-regionale.

La Neuroradiologia Interventistica di Careggi

L'attività della SOD (Struttura Organizzazione Dipartimentale) di neuroradiologia interventistica presso l'AOU Careggi di Firenze, entrata a far parte, insieme alla Stroke Unit, del Dipartimento Cuore e Vasi, ha visto un progressivo incremento delle procedure endovascolari nell'ultimo decennio.

Le principali ragioni sono i miglioramenti in ambito tecnologico (angiografi digitali, materiali sempre più precisi e manovrabili ecc.), una maggiore precocità della diagnosi di malattie principalmente cerebrovascolari, una maggiore graduale conoscenza delle possibilità terapeutiche endovascolari da parte

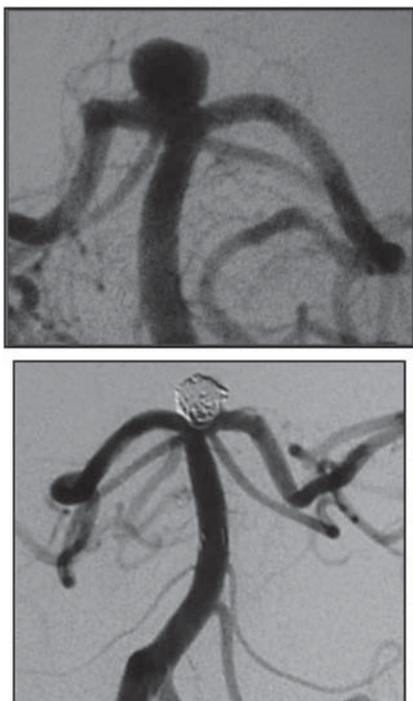


Figura 2 - Aneurisma dell'apice dell'arteria basilare trattato con spirali e tecnica di stent a Y.

dei medici generali e di specialisti quali il neurologo o il neurochirurgo ed il riconoscimento sempre maggiore delle *stroke unit*, in cui il neuroradiologo interventista può rappresentare, oggi, una figura chiave.

Il ruolo di quest'ultimo si configura quindi come uno specialista dell'area neurovascolare, in cui il background radiologico deve necessariamente integrarsi con una solida base clinica e neurochirurgica. La maggior parte dell'attività del neuroradiologo interventista, infatti, si concentra sul trattamento di patologie malformative, come gli aneurismi (Figura 2) e le MAV, sia sulla patologia ischemica cerebrale.

Gli aneurismi intracranici sono, infatti, delle dilatazioni sacciformi che si formano in corrispondenza di punti di maggiore fragilità sulle pareti arteriose, apparendo come dei rigonfiamenti, che, a causa di questa genesi malformativa, hanno una maggiore fragilità e sono, quindi, a rischio di rottura che può determinare una emorragia sub-aracnoidea (ESA, Figura 3). Questo è un quadro clinico di urgenza, che si manifesta spesso con una cefalea nucale ("a colpo di pugnale") a cui possono associarsi o meno dei sintomi neurologici che dipendono dalla sede dell'aneurisma. Secondo quanto riportato nella letteratura internazionale, l'ESA determina in circa il 30% dei casi la morte del paziente. Le MAV sono caratterizzate da connessioni anomale tra il sistema arterioso e quello venoso, costituendo dei grovigli vascolari i cui vasi, poiché malformati, hanno una struttura anormale e possono essere causa di sanguinamenti intracranici. Anche in questo caso la



Figura 3 - TC cranio. Quadro di Emorragia Sub-Aracnoidea (ESA).

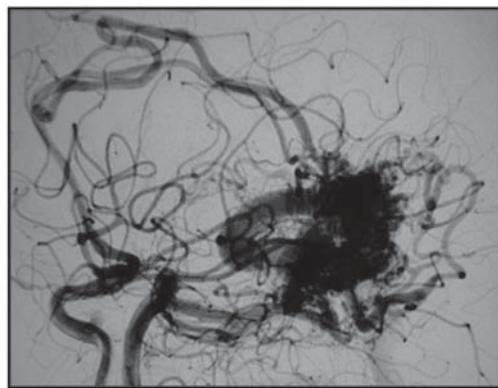


Figura 4 - Malformazione Artero-Venosa (MAV) intracranica dello splenio del corpo calloso.

sintomatologia dipende dalla sede della malformazione.

Altri campi d'azione sono: il trattamento di fistole durali cerebro-midollari, le stenosi carotidee e il trattamento precoce dell'ictus ischemico.

Nel triennio 2000-2003 questo centro ha effettuato circa 1200 procedure interventistiche tra cui 178 trattamenti endovascolari di aneurismi intracranici emorragici e occasionali, 96 embolizzazioni di MAV (Figura 4) e fistole durali cerebro-midollari, 46 stent carotidei, 18 trattamenti fibrinolitici loco-regionali in ictus ischemici e circa 850 studi angiografici in elezione o in urgenza.

Nel confronto di questi dati con quelli degli anni successivi si evince una crescita costante della neuroradiologia interventistica fiorentina, anche grazie alle continue innovazioni tecnologiche che si sono sviluppate prevalentemente negli ultimi anni (stent a diversione di flusso, spirali ultrasoft, ecc.)

Nel 2006, ad esempio, il numero di aneurismi trattati in un anno è di 117, che negli anni successi-

vi fino ai dati di quest'anno, ha raggiunto una media di circa 250 trattamenti endovascolari maggiori, tra cui circa 130 aneurismi trattati per anno, 40 MAV cerebrali, 25-30 casi di stroke ischemico (con una reperibilità 24h/24) rappresentando il centro di riferimento regionale, uno dei primi in Italia e di livello europeo.

Conclusioni

La neuroradiologia interventistica è una branca clinico-radiologica di grande interesse e sviluppo futuro, che può creare delle figure chiave all'interno dei percorsi ospedalieri soprattutto nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Il centro fiorentino, in questo senso, si propone come parte integrante di un progetto assistenziale multidisciplinare insieme ai neurochirurghi, neurologi, medici di pronto soccorso, neuroranimatori, con prospettive di sviluppo in una progetto di integrazione con i presidi ospedalieri dell'Area Vasta Toscana Centro. **TM**



Riccardo Giuliani laureato e specializzato in radiodiagnostica presso l'Università di Pisa nel 1998. Attualmente in servizio presso l'UOC Radiologia dell'Ospedale Unico della Versilia. Dal 2004 si occupa in particolare di interventistica osteoarticolare con pubblicazioni su riviste a valenza nazionale ed interventi a congressi regionali e nazionali.

Ecografia interventistica per la sindrome da conflitto sottoacromiale

Secundo la maggioranza degli autori la sindrome da conflitto sottoacromiale (SCS) rappresenta la causa più frequente di spalla dolorosa (80/90% di tutte le spalle dolorose). Nei paesi anglosassoni è

la seconda causa di perdita di giornate lavorative (per patologia osteoarticolare). 8 o 9 pazienti su 10 che lamentano dolore alla spalla, soffrono di SCS.

La SCS si presenta con dolore ed impotenza funzionale, localizzato alla spalla, esacerbato da movimenti di estensione ed abduzione del braccio. La SCS è stata definita e classificata in tre stadi da Charles Neer nel 1972, tale classificazione può essere ancora ritenuta valida e di pratica utilità. L'eziologia è multifattoriale.

La spalla è un complesso articolare formato da cinque articolazioni: scapolo omerale, acromion clavareo, sterno clavareo, scapolo toracica e sotto acromion deltoidea. La sotto acromion deltoidea è forma-

ta essenzialmente dalla omonima borsa sottoacromion deltoidea (SAD) che consente lo scorrimento del tendine del sovraspinato sotto una struttura fissa come l'arcata acromiale, ed una struttura con cinetica diversa come il muscolo deltoide (Figura 1).

La diagnosi è clinica, i test (Neer Jobbe Hawkins)

sono semplici, rapidi ed affidabili. La diagnostica strumentale (ecografia dinamica ed Rx), serve a confermare la diagnosi clinica e cosa molto importante a stadiare la malattia. Nei gradi 1 e 2 di Neer le alterazioni

sono totalmente o parzialmente reversibili con la terapia medica e fisioterapica, nello stadio 3 le alterazioni sono irreversibili ed i pazienti beneficiano nella maggior parte dei casi del trattamento chirurgico.

Il trattamento medico della SCS è essenzialmente basato su infiltrazioni con antiflogistici nella borsa SAD. La guida ecografica è determinante nel guidare la infiltrazione nel punto più efficace, rappresentato dall'articolazione di scorrimento, cioè dalla borsa SAD. Infatti se noi facciamo uno spaccato anatomico ed ecografico ci rendiamo conto che senza guida ecografica le probabilità di infiltrare

RICCARDO GIULIANI,
ITALO GIOVANNI BURRELLI, EMILIO TARABELLI,
PAOLA VAGLI*, CLAUDIO VIGNALI

UOC Radiologia USL 12 Viareggio
* UO Radiologia Diagnostica
e Interventistica Università di Pisa



Figura 1

elettivamente la borsa, che in condizioni fisiologiche è una cavità virtuale, non sono molte (Figura 2).

Nella sindrome da conflitto sottoacromiale la borsa sad può essere distesa da liquido, allora è agevole trovarla sotto guida ecografica. Nella maggior parte dei casi prevalgono però i fenomeni fibrotici ed aderenziali e la borsa deve essere evidenziata, distendendola sotto guida ecografica (riempiendola) con soluzione fisiologica. Nel distenderla aumentiamo gradatamente la pressione del liquido all'interno della borsa (Figura 3).

Riusciamo così a scollare le eventuali aderenze fibrose che spesso ostacolano lo scorrimento dei foglietti bursali (provocando dolore ed impotenza funzionale). Con la borsa ormai distesa, possiamo infiltrare con sicurezza i farmaci che riteniamo più efficaci.

Abbiamo quindi standardizzato la metodica.

- 1) Distensione e scollamento delle pareti bursali.
- 2) Infiltrazione di antiflogistico (steroidi).

3) Infiltrazione acido ialuronico (nella maggior parte dei casi, in cui non c'è versamento, ma sinchie fibrose, dopo aver scollato le pareti bursali infiltriamo acido ialuronico, in modo da favorire la lubrificazione e quindi lo scorrimento delle pareti bursali una sull'altra).

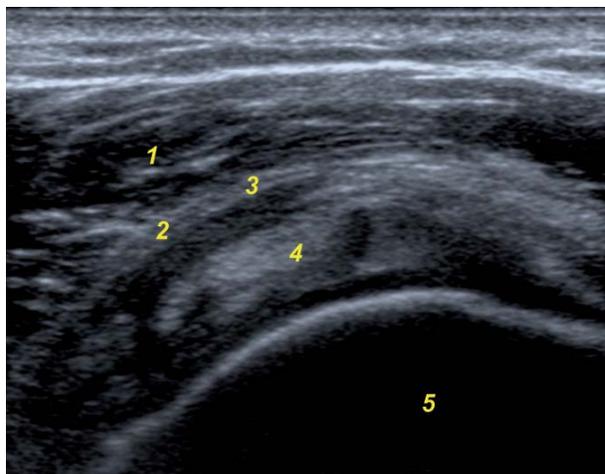


Figura 2 - 1. Muscolo. 2. Fasce. 3. Borsa. 4. Tendine. 5. Osso.

Casistica personale

Abbiamo trattato con questa metodica, 43 pazienti consecutivi con sindrome da conflitto sottoacromiale di grado II di Neer. Valutazione con test a punti (clinico e funzionale) prima del trattamento, rivalutazione con lo stesso test dopo tre e sei mesi.

A tre mesi 41 su 43 pazienti (**un solo trattamento**) presentavano un miglioramento del 60%, 2 pazienti non avevano avuto beneficio.

A sei mesi 35 pazienti confermavano i benefici ottenuti, 6 pazienti presentavano ripresa della sintomatologia.

Conclusioni

A nostro avviso l'efficacia di questo tipo di trattamento è dovuta alla precisione consentita dalla guida strumentale, che consente di infiltrare nel bersaglio ottimale, e nello stesso tempo permette di scollare meccanicamente le aderenze bursali, che il più delle volte sono alla base del dolore e della impotenza funzionale. Rispetto alle metodiche tradizionali consente, spesso con un **unico trattamento**, di ottenere benefici duraturi, in quasi tutti i pazienti con Sindrome da conflitto sottoacromiale. **TM**



Figura 3 - 1. Ago. 2. Borsa SAD. 3. Tendine sovrascapolare.



Simone Cipani laureato a Fi e specializzato in Anestesia e Rianimazione nel 2001. Si è sempre occupato di emergenza e di formazione. Istruttore ACLS ANMCO American Heart Association dal 2006 dedicandosi alla formazione di personale infermieristico e medico in emergenza urgenza. Istruttore ACLS ASF 10. Si occupa di ecocardiografia dal 2008.

Ipotermia ed arresto cardiaco

Le linee guida CPR/AHA 2005 indicavano l'ipoteremia terapeutica come una potenziale opzione (classe IIa) da utilizzare nei pazienti vittime di arresto cardiaco extraospedaliero da fibrillazione ventricolare/tachicardia ventricolare senza polso.

Con l'uscita delle nuove linee guida CPR/AHA 2010 si è ulteriormente rafforzata questa opzione tanto da diventare una raccomandazione di classe I. Se tale evidenza è divenuta

così forte per i ritmi defibrillabili (FV/TV) altrettanto non possiamo asserire per i ritmi non defibrillabili (PEA e Asistolia), dove permane fino ad oggi un basso grado di evidenza. Ma quali sono i presupposti sui quali si basa questa importante opzione terapeutica? Innanzitutto definiamo **IPOTERMIA**

come uno stato di bassa temperatura corporea del "core" (<35° C) o centrale che può essere accidentale o indotta.

Tale condizione determina:

- **rallentamento dell'attività enzimatica responsabile della formazione dei radicali liberi;**
- **protezione e stabilizzazione della membrana cellulare;**
- **riduzione della richiesta di ossigeno nelle aree ischemiche;**
- **riduzione dell'acidosi intracellulare con riduzione dei lattati;**
- **inibizione della biosintesi, del rilascio ed uptake di neurotrasmettitori eccitatori.**

Ecco quindi che di fronte ad un paziente vittima di Arresto Cardio-Circolatorio (ACR) extraospedaliero, sottoposto prontamente ad efficaci manovre rianimatorie (tempo di latenza dalla perdita di coscienza alla prima compressione toracica entro 4-6') con ripresa del circolo ed uno stato di coma che perdura, dobbiamo pensare rapidamente a raffreddarlo. La temperatura target deve essere raggiunta il più precocemente e velocemente possibile (entro e non oltre le 2 ore dal recupero di un ritmo compatibile con la vita, cosiddetto ROSC). L'ipoteremia deve essere quindi indotta già in fase extraospedaliera.

Va mantenuta per **12-24 ore** consecutive dal momento dell'induzione dell'ipoteremia. Ad oggi nonostante esistano molteplici sistemi inducenti ipoteremia nessuno di loro si è dimostrato più efficace rispetto agli altri. Le opzioni terapeutiche sono

rappresentate da:

- applicazione ghiaccio su inguine, collo, ascelle;
- infusione di cristalloidi freddi 30 ml/kg in 30';
- devices commerciali.

La temperatura target deve essere compresa tra **32-34°C** con monitoraggio continuo esofageo o in arteria polmonare; il paziente deve essere sottoposto a **sedazione e curarizzazione** al fine di evitare produzione di calore da brivido. Qualora persista instabilità emodinamica indotta dall'infusione di sedativi risulta mandatorio **l'utilizzo di vasoattivi al fine di mantenere adeguati valori di pressione arteriosa media**. Le complicanze più frequenti indotte dall'ipoteremia sono:

- sanguinamento;
- polmonite;

- sepsi;
- aritmie.

Alla fase ipotermica (12-24 ore) deve seguire il **riscaldamento** del paziente; questa fase non

scivra da rischi deve essere performata in 12-24 ore al fine di ridurre al minimo il rischio di **severe ipotensioni ed edema cerebrale**. Stop alla sedazione una volta raggiunta la normoteremia.

Meccanismi protettivi dell'ipoteremia

- Riduzione attività enzimatica per formazione radicali liberi;
- Protezione e stabilizzazione membrana cellulare;
- Riduzione richiesta O₂ nelle aree ischemiche;
- Riduzione acidosi intracellulare;
- Inibizione biosintesi, rilascio ed uptake neurotrasmettitori eccitatori.

Pazienti eligibili per ipoteremia terapeutica

FV extraospedaliera (classe I)
PEA/ASISTOLIA extraospedaliera (classe IIb)
ARRESTO CARDIACO intraospedaliero (classe IIb)

Da studi clinici appare ipotizzabile l'uso di ipoteremia terapeutica dopo ROSC sia in corso di shock cardiogeno che associata alla PCI in urgenza/emergenza. Incoraggianti appaiono i risultati della terapia fibrinolitica per infarto miocardico acuto in pazienti vittime di arresto cardiaco con recupero di un circolo spontaneo. Ecco quindi che nell'ambito della gestione dell'arresto cardiaco, soprattutto se da ritmi defibrillabili, occorre prontamente pensare all'ipoteremia terapeutica come ulteriore ed importante strumento al fine di ottimizzare l'outcome neurologico del paziente.

TM

Quindici anni di terapia neurochirurgica della malattia di Parkinson a Careggi



Silvia Ramat, laurea in Medicina e Chirurgia. Specializzazione in Neurofisiopatologia. Dottorato di Ricerca in Neuroscienze. Dal 2008 Ricercatore a tempo determinato presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università degli Studi di Firenze. Docente del corso di laurea in Biotecnologie dell'Università degli Studi di Firenze.

La malattia di Parkinson è la seconda più frequente malattia neurodegenerativa dopo quella di Alzheimer, con un forte impatto epidemiologico, sia in termini di incidenza (20 nuovi casi/100.000 abitanti/anno) che di prevalenza (250 casi/ 100.000 abitanti).

Esistono oggi numerosi farmaci (levodopa, dopamino-agonisti, inibitori delle COMT, inibitori delle MAO-B) per la terapia della malattia di Parkinson, in grado di controllare la sintomatologia per anni e di permettere al paziente di svolgere una vita sostanzialmente normale; tuttavia dopo trattamento prolungato con levodopa si osserva la comparsa di fluttuazioni motorie e di discinesie, che possono rivelarsi fortemente invalidanti e compromettere l'autonomia e la qualità della vita.

In un gruppo altamente selezionato di pazienti in fase avanzata di malattia il trattamento neurochirurgico trova una indicazione elettiva.

La metodica chirurgica utilizzata è la stimolazione cerebrale profonda (Deep Brain Stimulation - DBS), che consiste nell'impianto di elettrostimolatori cronici quadripolari su precisi target anatomici cerebrali profondi. Si tratta

di una tecnica di neuromodulazione, che ha lo scopo di ripristinare la funzionalità dei circuiti strio-talamo-corticostriatali, alterati nella malattia di Parkinson.

A partire dal 1987 tale metodica ha soppiantato la chirurgia di tipo lesivo (talamotomia, pallidotomia) dei disturbi del movimento, con indiscutibili vantaggi in termini di efficacia, sicurezza, reversibilità, possibilità di intervenire bilateralmente. La DBS si rivolge a pazienti di età inferiore ai 70 anni, affetti da una forma grave e disabilitante di malattia di Parkinson, con conservata risposta alla terapia con levodopa, assenza di demenza e psicosi, assenza di gravi patologie concomitanti e RM dell'encefalo sostanzialmente

SILVIA RAMAT^o, LAURA MARIA RAGLIONE^o,
PAOLO SEBASTIANO BONO^{*},
GUIDO PECCHIOLI^{*}, SARA MEONI^o,
DUCCIO BACCI^o, MARCO PAGANINI[^],
SANDRO SORBI^o, FRANCO AMMANNATI^{*}

^o S.O.D. Neurologia 1, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, AOUC, Firenze

[^] S.O.D. Neurologia 2, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, AOUC, Firenze

^{*} S.O.D. Neurochirurgia 1, AOUC, Firenze

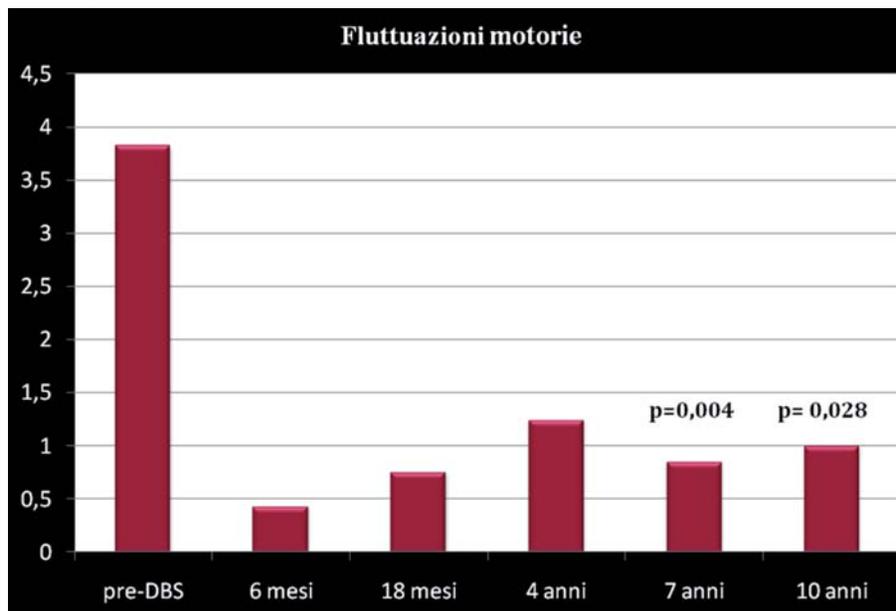


Tabella 1 - Riduzione delle fluttuazioni motorie dopo la DBS.

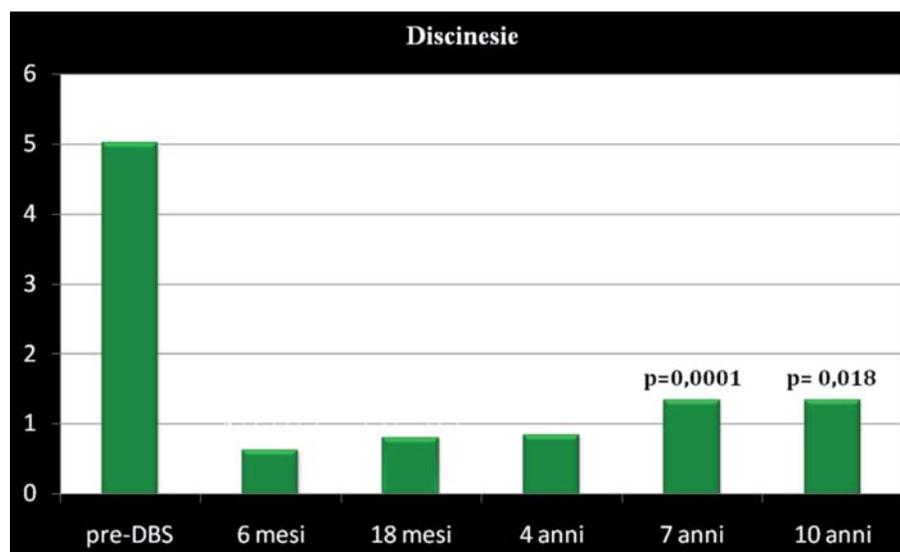


Tabella 2 - Riduzione dei movimenti involontari dopo la DBS.

nella norma. Per verificare i suddetti criteri di inclusione è necessaria un'accurata valutazione del paziente, che comprenda non solo gli aspetti motori ma anche quelli cognitivi e comportamentali così come il neuroimaging.

Nella AOU Careggi-Firenze opera un team multidisciplinare, costituito da specialisti neurochirurghi, neurologi, neurofisiologi, neuropsicologi, psichiatri, neuroradiologi, medici nucleari e neuroanestesisti, che dal 1996 si occupa della terapia neurochirurgica della malattia di Parkinson. Il nostro è stato uno dei primi Centri in Italia ad utilizzare tale metodica e con essa sono stati realizzati 178 impianti, di cui:

- 78 impianti bilaterali sul nucleo subtalamico (STN) per malattia di Parkinson;
- 1 impianto monolaterale sul nucleo subtalamico (STN) per malattia di Parkinson;
- 5 impianti bilaterali sul globo pallido interno (GPI) per malattia di Parkinson;
- 1 impianto monolaterale sul nucleo ventrale

intermedio (VIM) del talamo per malattia di Parkinson;

- 1 impianto bilaterale su VIM-radiazione prelemniscal (RAPRL) per tremore;
- 3 impianti sulla formazione reticolare attivante mesencefalo-pontina per stato vegetativo persistente-stato di minima coscienza;
- 2 impianti bilaterali sul GPI per distonia generalizzata.
- 1 impianto monolaterale nel nucleo ventro-postero-mediale del talamo per nevralgia del trigemino pluritrattata e resistente alle terapie.

Il protocollo adottato dal nostro Centro prevede una serie di esami di screening al termine dei quali, se il paziente risulta candidato alla DBS, si procede alla fase neurochirurgica.

Si tratta di una tecnica complessa, che comporta due tempi operatori: nella prima fase, in anestesia locale, con metodica stereotassica, si localizza il target prescelto grazie a un reperimento anatomico (si utilizzano metodiche multiple: una, originale,

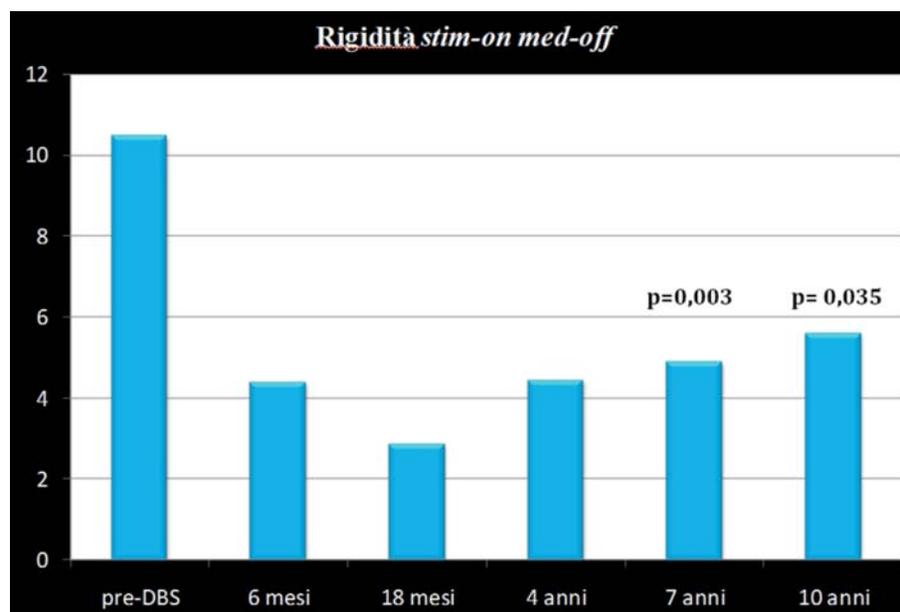
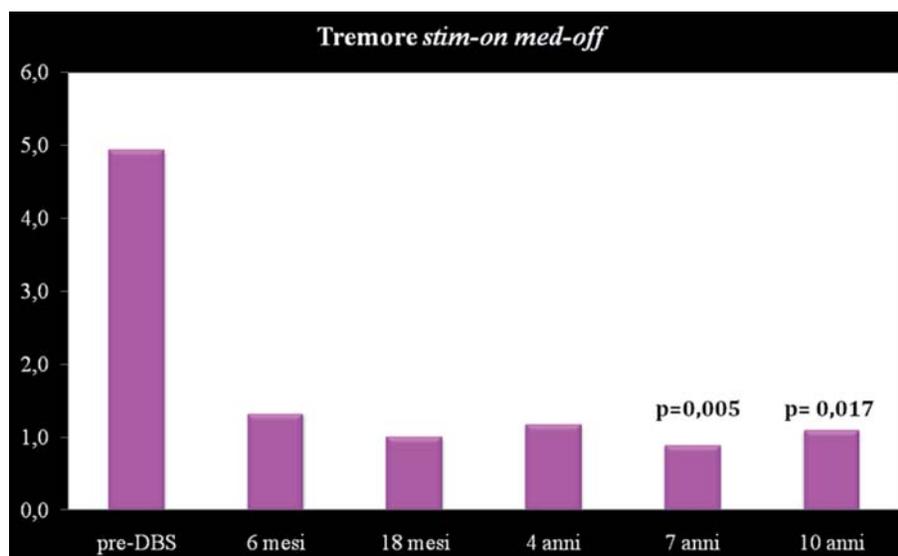


Tabella 3 - miglioramento della rigidità dopo la DBS.

Tabella 4 - Miglioramento del tremore dopo la DBS.



di calcolo trigonometrico in TC, associata a fusione TC-RM con neuronavigatore; reperaggio diretto e indiretto con RM ad alto campo; reperaggio RM, in rapporto al nucleo rosso); mediante poi la registrazione neurofisiologica di profondità (microelettrode recording-MER) e la stimolazione intraoperatoria, durante la quale il neurologo valuta gli effetti sul tremore, sulla rigidità e sulla bradicinesia, si verifica l'esatta localizzazione della punta dell'elettrocattetero.

Nella seconda fase, dopo circa una settimana, si procede, in anestesia generale, alla connessione degli elettrocatteteri con lo stimolatore (IPG: generatore programmabile di impulsi) che viene posizionato in una tasca sottocutanea infraclavare.

Il follow-up clinico, che a Careggi si svolge presso un Ambulatorio dedicato della Clinica Neurologica 1, è cruciale per il successo del trattamento: la DBS è infatti una terapia modulabile, con molteplici parametri da impostare (contatto stimolante dell'elettrocattetero, durata, frequenza e ampiezza dell'impulso); risulta pertanto fondamentale la corretta programmazione della stimolazione e il continuo adeguamento della terapia farmacologica da parte di neurologi esperti per ottenere i migliori risultati clinici e risolvere o minimizzare gli eventuali eventi avversi.

I benefici clinici della stimolazione cerebrale nella malattia di Parkinson sono ben documentati in Letteratura con follow-up fino a 5 anni; un unico studio prospettico pubblicato recentemente riporta un follow-up di 8 anni.

Abbiamo valutato i pazienti affetti da malattia di Parkinson trattati consecutivamente presso il nostro Centro con DBS bilaterale del nucleo subtalamico con follow-up a lungo termine (10 anni). La coorte dei pazienti ha un'età media di 60 anni (minimo 43, massimo 74) e una durata media di malattia di 13 anni (minimo 5, massimo 25). I pazienti sono stati valutati con la Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) nelle sue quattro parti, prima della DBS, dopo 6 mesi, 18 mesi, 4 anni,

7 anni e 10 anni dalla chirurgia, in condizioni di sospensione della terapia farmacologica (med off) e sotto l'effetto della terapia (med on); le valutazioni al follow-up sono state tutte eseguite con lo stimolatore acceso (stim on). Sono stati esaminati singolarmente anche gli item relativi al tremore, alla rigidità, alla bradicinesia e ai disturbi assiali.

Il risultato più clamoroso è la drastica riduzione dei movimenti involontari e dei blocchi motori. Tale risultato, evidente già subito dopo la DBS, si mantiene anche a distanza di dieci anni dall'intervento neurochirurgico. Le discinesie e le fluttuazioni motorie si riducono significativamente in tutti i successivi follow-up, sia come durata che come gravità.

I sintomi motori (tremore, rigidità, bradicinesia) migliorano tutti in maniera significativa e persistente fino al follow-up dei dieci anni, a seguito della stimolazione. Minore è l'effetto clinico della DBS sui sintomi assiali (deambulazione, equilibrio, parola). Gli effetti benefici fluttuanti osservati prima dell'intervento con l'assunzione della terapia medica, vengono rimpiazzati, dopo DBS



Figura 1 - Reperaggio del nucleo subtalamico mediante l'ausilio della microguida.



Figura 2 - Monitoraggio clinico intraoperatorio.

sul STN, da un miglioramento stabile e duraturo, come dimostra la significativa e persistente riduzione delle fluttuazioni motorie.

Gli eventi avversi gravi, con sequele neurologiche permanenti, sono rari; la maggior parte degli effetti collaterali sono lievi o moderati e di solito regrediscono spontaneamente o mediante opportune modifiche dei parametri di stimolazione e/o della terapia farmacologica.

Anche dai nostri dati risulta che la DBS del nucleo subtalamico è un trattamento sicuro ed efficace per una popolazione selezionata di pazienti

parkinsoniani e che i benefici si mantengono nel follow-up a lungo termine.

Oltre ad essere una terapia ormai consolidata in Centri esperti per i disturbi del movimento (malattia di Parkinson, tremore essenziale, distonia), la stimolazione cerebrale profonda è un settore della neurochirurgia in rapida espansione, con nuove indicazioni, alcune attuali, altre possibili, in campo neurologico (epilessia, cefalea a grappolo, dolore neuropatico, stato di minima coscienza) e psichiatrico (disturbo ossessivo-compulsivo, depressione maggiore farmaco-resistente). **TM**

Libri ricevuti

Toscana Medica 2/12



Ferdinando Zannetti, scienziato e patriota nel Risorgimento

Olinto Dini

Polistampa Edizioni

Olinto Dini ha pubblicato per le Edizioni Polistampa un breve e agile testo dedicato alla vita di uno dei protagonisti del Risorgimento, medico fiorentino, passato alla storia per aver estratto la pallottola dalla ferita di Garibaldi, ma anche uomo, patriota

e scienziato meritevole di studio e di ricordo per le sue doti morali e professionali. Il testo, che spazia su molte delle complesse problematiche di quell'epoca, è dotato di un ricco apparato iconografico e documentale.

Antonio Panti

Risorgimento dimenticato

Lanmarco Laquidara

Edizioni Elettica

Lanmarco Laquidara, dentista apuano, pubblica per le edizioni Elettica questo piccolo ma documentato saggio. L'assunto principale è che l'Italia uscita dal Risorgimento avrebbe potuto essere diver-

sa. Anche quella uscita dalla Resistenza. Teniamo alta l'idea di poterla migliorare noi, armati di reciproca laica tolleranza.

Bruno Rimoldi

Manfredo Fanfani

La riforma
sanitaria del Granducato
di Toscana



La transizione dall'assistenza caritativa
alla solidarietà sociale.
Una anticipazione dei criteri di appropriatezza,
efficacia e significatività clinica.



Ferdinando III di Lorena
Granduca di Toscana
dal 1791 al 1799
e dal 1814 al 1824

La Toscana è sempre stata attenta ai problemi della sanità e della solidarietà sociale; basti pensare alla efficienza dei suoi ospedali, in più occasioni lodata anche da turisti stranieri che vi avevano soggiornato. Uno fra questi descriveva gli ospedali di Firenze come "edifici regali con ottimi cibi, bevande alla portata di tutti, servitori diligentissimi,

bei letti dipinti dalle lenzuola di seta". Si tratta di un giudizio particolarmente attendibile per la sua fonte: il Monaco ribelle Martin Lutero, notoriamente più facile alla polemica che non alle lodi, che nel suo trasferimento da Erfurt a Roma nell'anno 1510 aveva soggiornato in un Ospedale di Firenze.

Un regolamento rivoluzionario ed anticipatore

Nel 1818 il Gran Duca Ferdinando III di Lorena, nell'ambito di numerose iniziative riformatrici, promulgava le "Massime e istruzioni da osservare generalmente in tutti li Spedali degli Infermi del Gran-Ducato di Toscana" (vedi riproduzione della copertina originale a pagina 5).

Il Regolamento può considerarsi anticipatore di alcuni principi informativi dei più moderni servizi sanitari; fra questi la transizione da principi assistenziali di tipo caritativo a forme solidaristiche e la nascita di una spiccata sensibilità sociale.

Gli Ospedali venivano distinti in due categorie: i Regi ed i Comunicativi; i primi erano condotti da un Rettore di nomina Gran-Ducato e svolgevano attività didattica e di intervento "su certi casi rari di malattia" e di "grandi operazioni".

Dalla carità alla solidarietà sociale

Il Regolamento sanciva tuttavia, in modo perentorio, che "nessuna conseguenza e verun diritto speciale, oltre ai sopra espressi, deriva dalla predetta qualificazione, e tutti i gli Spedali indistintamente sono *obbligati* a ricevere i miserabili Infermi di malattia curabile, a curarli, ed assisterli gratuitamente, dentro i limiti della loro finanza".

Gli Ospedali erano obbligati a programmare un numero di letti paganti in modo che non restasse in alcuna forma limitato il numero dei letti gratuiti, tenuti a beneficio degli Infermi miserabili.

L'assistenza veniva erogata tenendo conto di tre distinte fasce di reddito; in mancanza di una dichiarazione dei redditi del tipo oggi in uso, d'altra parte guardata talora con sospetto come affidabile elemento di selezione, venivano identificate tre fasce e precisamente quelle dei *paganti*, dei *poveri* (o a mezza-paga) e dei *miserabili*.

Un affidabile redditometro

L'attestato di appartenenza ad una delle fasce doveva essere rilasciato dal Parroco della Comunità di appartenenza. Il Parroco era evidentemente l'unica autorità che poteva operare attraverso la conoscenza di elementi che oggi sarebbero identificabili nel cosiddetto "redditometro".

Il Parroco era ritenuto responsabile e garante della verità di quanto certificato. L'affidare al Parroco un così delicato compito fu indiscutibilmente una oculata scelta: le garanzie di veridicità delle dichiarazioni avrebbero infatti trovato ulteriore conforto nella presenza di un'altra esigente Autorità celeste alla quale il Parroco avrebbe dovuto sempre rispondere a titolo strettamente personale.

Un rigoroso filtro di ammissione ospedaliera

Il Regolamento si poneva altresì il problema di un *rigido filtro di ammissione ospedaliera*. I *paganti* potevano essere infatti ammessi solo se ricorrevano quattro condizioni: la presenza di malattia curabile; una giusta causa (cioè l'impossibilità ad essere assistiti nel proprio ambito familiare), l'urgenza, la solvibilità.

Per i *poveri* ammessi al beneficio di pagare la metà delle spese, erano viceversa sufficienti

solo due condizioni di ammissione: la malattia curabile e l'attestazione di povertà; non erano necessari l'urgenza e la giusta causa.

I *miserabili* erano viceversa ammessi al beneficio di godere dei letti gratuiti; le condizioni di filtro di ammissione erano, come per i poveri, limitate alla sola presenza di malattia curabile ed alla attestazione di miserabilità.

Si tratta, come si vede, di una anticipazione degli odierni richiami alla appropriatezza delle prestazioni, efficacia e significatività clinica.

Salvaguardia delle fasce sociali deboli

Una ulteriore salvaguardia per le fasce sociali meno protette era rappresentata dal fatto che qualora i letti gratuiti fossero tutti occupati, questi malati dovevano essere ugualmente ricoverati in letti paganti a spese di "pii benefattori" o della "Comunità". Come in tutti i periodi di transizione il passato, cioè l'ipotesi di un intervento caritativo, si sovrappone come si vede all'innovazione, cioè all'intervento di tipo solidaristico.

Rigido controllo della spesa e degli abusi

È interessante sottolineare come il regolamento si sofferma più volte sul rigido rispetto del filtro di ammissione e sul controllo di durata della degenza.

Spetta al "Medico Astante" la verifica, non solo della presenza di malattia curabile, ma anche della urgenza e della giusta causa per i casi previsti.

I Commissari ed i Rettori, sotto la personale responsabilità, erano in dovere di sorvegliare il rispetto dei criteri di ammissione e la durata della degenza. Per l'esercizio di tali controlli potevano usufruire anche di consulenze esterne a loro piacere.

Nei casi urgenti, in mancanza di attestati od altri elementi di verifica, l'Infermo veniva comunque ricoverato nei letti paganti a carico della Comunità; le Autorità preposte avrebbero espletato solo successivamente le richieste formalità.

Anche per quanto riguarda l'uso dei farmaci il Regolamento pone una pietra su certi abusi del passato inibendo espressamente "ogni somministrazione gratuita a tutti gli impiegati, Ministri ed altre persone che ne avessero goduto senza averne i requisiti".

L'istituto dell'incentivazione

È previsto anche l'istituto dell'*incentivazione* limitato tuttavia, con molto acume pragmatico, al solo *cassiere* per il quale era previsto "un contributo proporzionale alla totalità delle rendite dello Spedale"; tale contributo era molto accortamente versato solo dopo l'effettivo incasso di tutte le somme esigibili. Si tratta come si vede di una incentivazione ad incassare e pertanto mirata alle entrate piuttosto che non misurata sulle voci di spesa.

Il rispetto per la persona che soffre

Da sottolineare che nel testo originale i termini *pagante*, *povero*, *miserabile*, sono sempre scritti con lettera minuscola mentre *Malato* ed *Infermo* sono scritti con lettera maiuscola, a sottolineare la considerazione ed il rispetto per colui che soffre.

Sempre nel testo originale la frase "curarli, ed assisterli gratuitamente" usa, in modo inconsueto per le nostre abitudini grammaticali, la virgola prima della congiunzione "ed"; si tratta di una licenza usata anche da scrittori e poeti nei casi in cui si voleva soffermare l'attenzione del lettore per dare maggiore risalto ad un particolare elemento del periodo seguente, in questo caso al concetto di gratuità dell'assistenza.

Queste caratteristiche della miniriforma sanitaria della Toscana Gran Ducale con i suoi fermenti, ed i suoi contenuti innovativi; un motivo di riflessione sulla avanzata sensibilità sociale dei nostri progenitori del Gran Ducato o meglio di quelli che erano definiti "I felicissimi Stati del serenissimo Gran Ducato di Toscana".



MASSIME E ISTRUZIONI
DA OSSERVARSI GENERALMENTE IN TUTTI LI SPEDALI
DEGLI
INFERMI
DEL
GRAN-DUCATO DI TOSCANA
APPROVATE

*Con Dispaccio di S. A. I. e R.
de' 17 febbrajo 1818.*



FIRENZE
DALLA TIPOGRAFIA MARENIGH
1818.

Continua nel prossimo numero...



Al centro la persona. In ricordo di Barbara Starfield

“**I** sistemi sanitari occidentali sono dominati da un paradigma che considera la malattia come l'elemento base della clinica. A partire dai tempi dall'anatomico Vesalius nel 17° secolo, la malattia è stata pensata in termini di anormalità degli organi del corpo. La medicina è praticata ancora in questa maniera, con ciascuna malattia che richiede specifiche conoscenze e una speciale competenza nella sua gestione. Poi l'adesione a linee-guida relative a ogni singola malattia è ciò che misura la qualità delle cure. In questo antiquato schema non c'è spazio per riconoscere che le malattie non sono distinte entità biologiche, totalmente separate dalla persona”.

“Le malattie non esistono da sole: avere una malattia predispone ad altre. Le persone hanno problemi di salute ma le malattie sono solo una parziale spiegazione dei loro problemi di salute.



Barbara Starfield (1932-2011)

Noi dobbiamo sapere di quali problemi di salute soffrono le persone, indipendentemente dall'etichetta di malattia che i professionisti gli attaccano. Il miglioramento, o la risoluzione, dei problemi (e all'inverso il peggioramento, che è spesso la conseguenza di eventi medici avversi) sono legittime misure di outcome e i medici che meglio riconoscono e affrontano

i problemi dovrebbero essere ricompensati per questo. Noi abbiamo bisogno di linee-guida appropriate per l'assistenza focalizzata sulla persona, non sulla malattia. Solo i medici di famiglia possono capire questo, perché essi non si concentrano su un particolare organo e perché sperimentano quotidianamente questa realtà”.

“Un secolo fa un clinico di valore come Sir William Osler riconosceva che “è più importante conoscere che tipo di paziente ha una malattia piuttosto che sapere quale tipo di malattia ha un paziente”. L'approccio orientato al paziente è più accurato rispetto a quello orientato alla malattia. Le malattie si verificano più frequentemente, sono più gravi e sono più spesso multiple nelle persone più svantaggiate socialmente. Solo un approccio basato sulla persona può accuratamente descrivere l'impatto della malattia nelle persone svantaggiate socialmente e indicare la natura degli interventi che sono richiesti per gestire adeguatamente l'aumentata vulnerabilità alle malattie e le interazioni tra queste”.

I brani che avete appena letto sono contenuti nell'ultimo articolo scritto da Barbara Starfield, prima della sua improvvisa scomparsa avvenuta il 10 giugno 2011, alla vigilia della partenza per l'Italia dove, a Pisa, doveva partecipare – con una lezione magistrale – a un convegno internazionale sulle Cure primarie.

Barbara Starfield era professore di Health Policy and Management alla Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimora (USA). Il Preside della Scuola, Michael J. Klag, nel messaggio di condoglianze la ricorda come “un gigante nel campo delle cure primarie e della po-



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”.

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

litica sanitaria”. Il termine “gigante” è il termine più adatto per rappresentare la statura di ricercatore, di docente e di difensore di diritti umani di Barbara Starfield.

Negli ultimi dieci anni due sono i principali temi su cui si è concentrata l’attività di ricerca e la riflessione politica di Barbara Starfield: il ruolo delle cure primarie nei sistemi sanitari e la gestione delle malattie croniche nell’ambito delle cure primarie.

Il ruolo e l’impatto delle cure primarie nei sistemi sanitari.

La questione è analizzata in tre fondamentali, ormai storici, paper pubblicati tra il 2002 e il 2005. L’oggetto della ricerca è: esiste qualche correlazione tra “forza” del sistema delle cure primarie e risultati in termini di salute, di equità e di efficienza? In estrema sintesi questi sono i risultati.

Sistemi sanitari con all’interno “forti” sistemi di cure primarie sono associati a una migliore salute della popolazione; gli indicatori presi in considerazione sono: a) la mortalità per tutte le cause; b) la mortalità prematura per tutte le cause; c) la mortalità prematura causa-specifica per broncopneumopatie e malattie cardiovascolari.

Le evidenze dimostrano inoltre che le cure primarie (a differenza di sistemi basati sull’assistenza specialistica) garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione.

Più forti sono le cure primarie più bassi sono i costi, come dimostra la Figura 1, dove nell’ordinata è rappresentata la “forza” delle cure primarie e nell’ascissa la spesa sanitaria pro-capite.

La gestione delle malattie croniche nell’ambito delle cure primarie.

È vero che le malattie croniche rappresentano la grande massa del peso assistenziale dei sistemi sanitari, ma il dato più preoccupante non è la quantità delle singole patologie croniche, ma la “comorbidità” e la “multimorbidità” che sono diventate la regola, piuttosto che l’eccezione. L’importanza della co/multimorbidità è provata da studi che dimostrano la sua associazione con l’incremento dei ricoveri ospedalieri, per situazioni che potrebbero essere prevenute con cure primarie di buona qualità, e con l’aumento dei costi.

Quando nella gestione delle malattie croniche sono stati introdotti indicatori di performance, anche come strumento per incentivare finanziariamente i medici (pay-for-performance), B.

Starfield ha aspramente criticato questa politica perché detti indicatori non premiano ciò che nelle cure primarie è un aspetto fondamentale della relazione terapeutica, ossia la capacità di lavorare sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e la continuità delle cure.

“Pay-for-performance – scrive B. Starfield – ha la potenzialità di aiutare a migliorare la qualità dell’assistenza se ciò può essere allineato con gli obiettivi dei professionisti. Tuttavia, iniziative che forniscono incentivi per pochi specifici elementi di una singola malattia o condizione rischiano di porre in secondo piano la complessità dell’assistenza del paziente nel suo insieme, specialmente se si tratta di un paziente anziano con malattie croniche multiple. Tali programmi possono portare a selezionare i pazienti, a “giocare con gli indicatori” piuttosto che a focalizzarsi sui bisogni della persona, e al disallineamento delle percezioni tra medico e paziente. Il focus primario dei movimenti per la qualità non dovrebbe essere il “pay for”, né la “performance”, ma piuttosto il paziente”.

Anche sulla spinta delle riflessioni di B. Starfield l’American College of Physicians ha approvato nel 2007 un Manifesto etico dal titolo “Pay-for-performance principles that promote patient-centered care” dove si legge: “Le misure di qualità dovrebbero rendere riconoscibile l’assistenza globale d’eccellenza. Esse devono premiare l’efficace gestione delle forme complesse di co-morbidità, venendo incontro ai bisogni di supporto e di comunicazione dei pazienti, garantendo la continuità dell’assistenza e gli altri elementi distintivi dell’assistenza globale. Tutti gli indicatori devono sostenere e valorizzare un’appropriata assistenza al paziente e la relazione medico-paziente”.

Bibliografia

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

TM

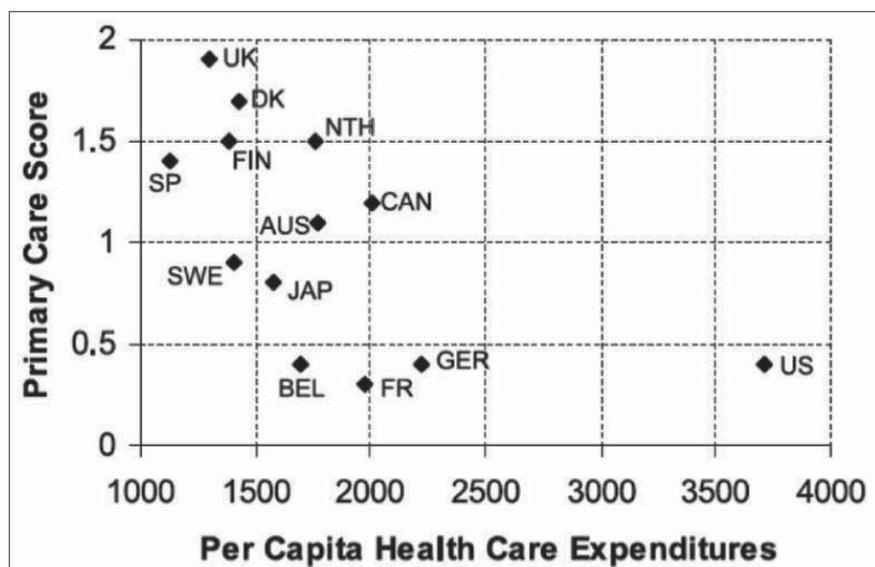


Figura 1 - Forza delle cure primarie e spesa sanitaria pro-capite (1997).



È nella Toscana granducale che, “a vantaggio della pubblica salute”, viene emanato il primo provvedimento contro la diffusione della tubercolosi



Francesco Carnevale è stato assistente presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Padova e poi di Verona dal 1969 al 1986, quindi, sino al 31.12.2009, dirigente di medicina del lavoro nell'Azienda Sanitaria di Firenze. Docente presso la Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Firenze è cultore di storia della salute dei lavoratori.

Nella Toscana della Reggenza di Francesco Stefano (1737-1765) e del Regno di Pietro Leopoldo (1765-1790), in maniera inedita, si sviluppano, sotto l'influsso delle più avanzate esperienze politiche europee, ampi dibattiti sulla società e sullo stato. I dibattiti, ed anche quelli sulla presunzione d'eguaglianza, sulla questione criminale e sulla riqualificazione della medicina, sono animati da scienziati di grande valore, anche morale, ed arrivano seguendo una strada facilitata al “sovrano legislatore” diventando materia di provvedimenti che in seguito verranno chiamate “riforme settecentesche”.

La più nota delle riforme granducali, da primato mondiale, è quella del 30 novembre 1786 che abolisce legalmente la pena di morte per tutti i reati, seguita tuttavia da un provvedimento leopoldino del 1790 che la reinserisce per i “criminali eccezionali”.

Meno noto, anzi ignorato dai più, è un altro provvedimento toscano, ampiamente anticipatore, l’“Editto a riparo delle conseguenze del male dell’etisia del 21 novembre 1754” che viene riportato di seguito. In questo caso il protagonista è Antonio Cocchi (1695-1758), poliedrico intellettuale e medico dell’Arcispedale di S. Maria Nuova.

Nel “Discorso sopra il contagio della tabe polmonare”, il “mugellano” informa come “fu domandato dal clarissimo magistrato della Sanità di Firenze al Collegio de’ Medici Fiorentini, quali siano le cose più o meno suscettibili della mali-

gnità del male della tischezza, e quali ripari potrebbero apprestarsi per espurgare e purificare quelle materie e robe che sono state ad uso ed in vicinanza di quelli che hanno sofferto tal male”. Facevano parte del “Collegio de’ Medici Fiorentini”

FRANCESCO CARNEVALE
Già Medico del lavoro, Firenze

personaggi notevoli: Michelangiolo Targioni, Lorenzo Gaetano Fabbri, Giovan Battista Mannajoni, Giuseppe Maria Saverio Bertini, Giovan Battista Felici, Giacomo Tjrel, Girolamo Giuntini, Anton Maria Franchi, Giovanni Targioni Tozzetti, Antonio Cocchi. La relazione prodotta dal “Collegio” (pubblicata nel primo volume delle “Opere” di Cocchi del 1824 mentre il relativo manoscritto, individuato da Ester Diana, è conservato nella Biblioteca Marciana), tratta ampiamente della natura e del contagio della tubercolosi e delle cagioni che determinano la malattia rimarcando l’importanza della “intima costituzione di ciascun corpo, detta ereditaria disposizione” ed anche del valore dei cibi e dell’aria ambiente, e quindi della contagiosità, anche se questa ultima non risulta esaltata in maniera eccessiva.

La relazione si conclude auspicando “i provvedimenti più utili per provvedere agli inconvenienti e alla troppo libera e dannevole contrattazione delle robe servite all’uso de’ tistici”.

I provvedimenti “più utili” vengono trasferiti in un editto (pubblicato nella Legislazione toscana di Cantini, edita tra il 1800 ed il 1808) che tende ad esaltare tutti i possibili aspetti delle vie di trasmissione della infezione, aerea e non, diretta ed indiretta, stabilendo limitazioni della libertà individuale “a vantaggio della pubblica salute” e della “contrattazione delle robe” ma anche, quasi

come premio di consolazione per gli ammalati e le famiglie povere, l'opportunità di non essere messi sulla strada dal padrone di casa e di far eseguire l'inventario delle cose ed i "necessari espurghi" a spese della Cassa del Magistrato.

È da considerare che le misure di prevenzione, che oggi considereremmo almeno in parte ridondanti, non tutte egualmente efficaci ma formulate con un eccesso di precauzioni e mutate in qualche modo da alcuni "consigli contro la peste", vengono emanate "ai fini pratici" superando errate concezioni "aprioristiche" di un immediato passato come quella dei "miasmi"; e ciò molto tempo prima che Jean-Antoine Villemin (1827-1892) stabilisca sperimentalmente, ed annunci nel 1868, che la tubercolosi è malattia trasmissibile e molto prima che Robert Koch (1843-1910) individui, nel 1882, l'agente causale.

Abbiamo poche informazioni per giudicare della effettiva applicazione, a Firenze ed in Toscana, dell'editto "a riparo delle conseguenze del male". Bisogna tuttavia dar credito a quanto sostenuto nel 1882 da Alessandro Lustig (1857-1937) e cioè che l'editto del 1754 "cadde dimenticato circa 30 anni dopo".

L'esempio granducale viene seguito pedissequamente, circa trenta anni dopo, nel 1782, nella Napoli borbonica e quindi in altri stati europei.

Solo a partire dagli ultimi decenni dell'Ottocento riprendono vigore, ad un livello più generale, dibattiti e quindi iniziative decisive contro la tubercolosi in difesa della collettività.

Nel 1909 Gaetano Pieraccini (1864-1957), come aveva fatto in un'altra occasione qualche anno prima Pio Foà (1848-1923), intervenendo nel corso del II° Congresso Nazionale per la Lotta Sociale contro la Tubercolosi che si tiene a Firenze, prende spunto dell'ordinanza granducale del 1754, esaltandola nel luogo dove era stata emanata, per auspicare provvedimenti molto più drastici ed economicamente impegnativi a livello nazionale, la costruzione di strutture per l'isolamento anche coatto del "vero tisisico confermato".

La discussione che ne segue è molto vivace ed ampia specie sulle modalità dell'isolamento dei malati e sulla previsione dei "dispensari" territoriali. Si discute già di alcune esperienze esemplari come quelle condotte in Svizzera ed in Lombardia dal medico "apostolo" della "peste bianca", Fabrizio Maffi (1868-1955).

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: carnevale@interfree.it

TM

EDITTO A RIPARO DELLE CONSEGUENZE DEL MALE DELL'ETISIA DEL 21 NOVEMBRE 1754

Riflettendo l'Imperial Consiglio di Reggenza ai molti disordini, e pregiudizi, che vengono a risultare alla pubblica quiete, e sicurezza dalla frequenza delle Tisi Polmonari che si scuoprono giornalmente, e da non prendersi contro il suddetto male veruna di quelle precauzioni, che sono necessarie per impedirne il progresso, e la dilatazione, anzi che facendo vedere l'esperienza, che le robe istesse servite all'uso de' Tisici, o sia per l'avidità di cavarne qualche ritratto, o sia per allontanarle più presto, che sia possibile dalla propria casa, senza alcuna cautela, e senza il minimo riguardo all'altrui pregiudizio, poste in contrattazione cagionano di poi danni, e conseguenze luttuose alla salute di coloro, ne' quali perciò coll'uso delle dette robe si dilata la malignità del suddetto male.

E credendo il Consiglio un oggetto così importante di essere in necessità di provvedere a' suddetti inconvenienti e alla troppo libera, e dannevole contrattazione delle robe servite all'uso de' Tisici, e di dover cautelare efficacemente la pubblica salvezza da quelli ulteriori perniciosi avvenimenti, che potrebbero in avvenire derivare dalla continuazione di un contegno così irregolare, ha incaricato perciò il Magistrato di Sanità

di Firenze di dare i provvedimenti più utili al riparo di tali inconvenienti.

Perlochè in adempimento de' supremi voleri, il Magistrato di Sanità di questa Città di Firenze ordina, stabilisce, e comanda che in avvenire dal giorno della pubblicazione della presente Legge, ciaschedun Medico, e Cerusico del Granducato di Toscana sia tenuto, ed obbligato indispensabilmente a denunciare al Tribunale della Sanità di questa Città di Firenze ogni ammalato, che sia vero Tisisico confermato, niuna persona di qualsivoglia sesso, grado, stato, e condizione eccettuata, con specificare nell'atto di detta denuncia il nome, cognome, e luogo dell'abitazione del detto ammalato, ad oggetto di potersi con tali notizie ordinare quelle diligenze che saranno necessarie, e che restano prescritte a pubblico beneficio, sotto pena, in caso di trasgressione, e di mancanza nel fare le dette denunce di scudi cento per ogni volta, da applicarsi per un terzo all'accusatore segreto, o palese, e ogni restante alla Cassa del Magistrato Medesimo in sgravio delle spese, con più l'arbitrio di detto Magistrato di Sanità.

E per maggior comodo, e facilità dei medici, e cerusici che esercitano fuori della Città di Firenze, e così in tutto il rimanente dello Stato, ordina,

e vuole il Magistrato, che siano tenuti li medesimi sotto l'istesse pene di sopra prescritte a fare le suddette denunce a' Governatori delle rispettive Province, nelle quali abiteranno, Commissari e Iusdicenti, che hanno Giurisdizione Criminale, i quali saranno obbligati di dare avviso al Magistrato predetto di Sanità di Firenze delle denunce, che saranno loro fatte da' medici, e cerusici delle rispettive loro Province, e di fare in seguito a' suoi luoghi, e tempi eseguire con tutta l'esattezza le precauzioni, e diligenze degl'espurghi, che sono notati in appresso.

Avutesi dal Magistrato le sopradette ordinate denunce da' medici, o cerusici, procederà il medesimo a far fare da suoi Ministri a ciò deputati l'inventario di qualunque cosa esistente nella Camera dell'infermo attaccato dal precitato male, e che servisse, o potesse servire per uso del medesimo, e in specie de' panni lini, e lani, materassi, sacconi, coltroni, coperte, e altro, che si ritrovi nel letto, vasi, sedie, e di ogn'altro utensile, niuno eccettuato, per procedere in caso seguisse la morte del predetto infermo a farne fare i necessari espurghi a cautela della pubblica salute, e di coloro nelle mani de' quali potranno passare le dette robe; quale inventario, ed espurghi dovranno farsi con tutta la moderazione a proprie spese dei ricchi, e benestanti, e per i poveri a spese della Cassa del Magistrato loro; dovendosi l'istesso regolamento fare osservare inviolabilmente fuori della Città di Firenze da' Governatori, e Iusdicenti dello Stato, con previa partecipazione, e ordine, del Magistrato medesimo di Sanità.

Si vuole in oltre, che subito seguita la morte di qualunque Tisico come sopra, siano tenuti ed obbligati sotto l'istessa pena di scudi cento, ed arbitrio, gli congiunti del defunto, e la persona, o persone, che averanno assistito al medesimo, alla cura di alcuno de' quali nel formarsi il suddetto inventario verranno consegnate le robe inventariate, di denunciarne la morte in Firenze al Tribunale di Sanità, e fuori a' rispettivi Governatori, Commissari, o Iusdicenti, affinché possano essere dati immediatamente gl'ordini opportuni per l'effettuazione degl'espurghi stati prescritti.

Ed affine d'impedire, che il suddetto male dell'Etisia maggiormente si dilati, e serpeggi da un luogo all'altro, onde ne restino infettate altre case, che quelle dove abitano i Tisici. Proibisce espressamente il Magistrato di Sanità a' proprietarj delle case, nelle quali abitano i Tisici di potere in veruna forma licenziare dalle medesime i pigionali, che fossero stati dati in nota per attaccati d'Etisia, per assicurarli eziandio dal rischio, in cui sarebbero di non trovare altro luogo, ove potersi ricoverare.

Resta parimente proibito agli eredi di quelle persone, che saranno morte del suddetto male di Etisia, di poter vendere a' rigattieri, rivenditori, o altri alcuna cosa di quelle, che hanno servito ad

uso de' predetti ammalati durante il termine di un mese dopo la loro morte, dentro il quale dovranno farsi le purgazioni espresse ne' seguenti Capitoli, sotto la detta pena di scudi cento per ogni volta a' trasgressori da applicarsi come sopra, ed a' rigattieri, rivenditori, o altre simili persone della carcere ad arbitrio del Magistrato di Sanità.

E perché siano palesi le cautele da praticarsi nel decorso del male della Tisi, e le diligenze degl'espurghi che saranno fatti eseguire dopo la morte, affine d'impedire ogni progresso, e dilatazione del suddetto male, si ordina; e prescrive quant'appresso.

Siccome l'esperienza fa chiaramente vedere, che l'aria stagnante accresce molto qualunque putrefazione, così dovrà essere cura di quelli, che assistono al Tisico, di lasciare di tempo in tempo l'ingresso libero all'aria nella camera del medesimo; siccome di procurare che l'ammalato non sputi altrove, che in vasi di vetro, o di terra invetriata, e questi spesso si mutino, e si lavino, avendo anche il pensiero di allontanare ogni giorno dalla Camera dell'infermo le altre separazioni, affine di togliere qualunque causa di maggiore putrefazione.

Dovranno dopo la morte essere lavate almeno due volte col ranno bollente le biancherie che hanno servito a' Tisici e l'istesso dovrà esser fatto a tutti i panni di lana lavabili, ed a' quei delle materasse, e de' guanciali, con lavare anche la lana, e battendola, ed esponendola all'aria, il che dovrà farsi anche alla piuma.

Si spiegheranno all'aria in luogo ventilato le vesti ed ogni genere di tappezzeria non lavabile, e si scuoteranno, e spazzoleranno, astergendole superficialmente con panni lini puliti.

I mobili di legno, e di metallo, vasi, e istrumenti che averanno servito all'infermo, saranno lavati, e stropicciati almeno due volte, tenendoli pure esposti all'aria per qualche tempo.

Il pavimento della camera sarà lavato almeno per due volte, e la muraglia imbiaccata tutta, tenendo per qualche tempo le finestre, e le porte aperte, acciò possa l'aria dissipare affatto ciò che restasse d'infezione nella camera medesima.

Riservandosi il Magistrato di supplire con ulteriori cautele, e provvedimenti a misura delle circostanze sempre che il bisogno lo richiedesse.

La presente Legge, e tutti gli Ordini, e determinazioni in essa contenute, le quali sono dirette alla conservazione della pubblica salute dovranno essere in avvenire puntualmente eseguite, ed osservate in tutte le Città, e luoghi del Granducato di Toscana; non ostante etc.

E contro i trasgressori si procederà sommaramente, ed omessa ogni formalità di ragione et ex officio.

E tutto etc. Mand. etc.

Urbano Pierattini, Canc.



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.)

Incidenza del tumore della cervice uterina nelle donne immigrate di prima generazione

I dati del Registro Tumori Toscano dal 1998 al 2005

Per stimare l'incidenza del tumore della cervice uterina nei residenti nelle province di Firenze e Prato nati in paesi diversi dall'Italia (immigrati di prima generazione) sono stati selezionati i dati di incidenza del Registro Tumori Toscano nel periodo 1998-2005 relativi ai residenti nell'area di copertura del registro.

Suddividendo la popolazione secondo la nazione di nascita, sono stati individuati tre gruppi di residenti: nati in Italia, nati in paesi a forte pressione migratoria (Europa centro orientale, America centro meridionale, Africa, Asia, esclusi Giappone e Israele), nati in paesi a sviluppo avanzato (Unione Europea, altri paesi europei, America Settentrionale, Oceania, Israele, Giappone).

La tabella riporta i tassi di incidenza, standardizzati secondo la popolazione europea (x 100.000), del carcinoma della cervice uterina nella popolazione di età fra 20 e 59 anni residente nell'area di Firenze e Prato: rispetto alle italiane (tasso standardizzato di incidenza 8.9), fra le donne nate

nei paesi a forte pressione migratoria si rileva un tasso di incidenza del carcinoma delle cervice uterina più alto (tasso standardizzato 16.7, $p=0.009$), mentre non emerge alcuna differenza statisticamente significativa nei confronti delle donne nate in paesi a sviluppo avanzato (tasso standardizzato 13, $p=0.4$).

Nonostante la casistica limitata e la possibile sottostima della reale popolazione immigrata, i tumori ad eziologia infettiva quali

il tumore della cervice uterina appaiono maggiormente rappresentati nei residenti nella nostra regione nati in paesi a forte pressione migratoria, sia a causa di un'alta prevalenza di infezione HPV che per il probabile minore accesso allo screening delle donne provenienti da tali paesi.

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 Toscano, tumore invasivo cervice uterina età 20-59 anni			
Rapporto fra tassi standardizzati			
	Italia	Paesi a sviluppo avanzato	Paesi a forte pressione migratoria
Tasso std	8.9	13	16.7
Frequenza	206	7	29
SRR (CI 95%)	1	1.46 (0.53-3.39)	1.88 (1.17-2.88)
p value		0.4	0.009

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. CI, limiti di confidenza al 95%; SRR, rapporto fra tassi standardizzati.



“Qi” l’ha visto? Prosegue il dibattito sulle MNC

Caro Direttore,

il famoso astronomo americano Carl Sagan racconta di un amico che sosteneva di avere un drago nel garage. Sagan andò a verificare. Il drago non c’era. «Dov’è il drago?» chiese Sagan.

E l’amico: «È qui, ma m’ero scordato di dirti che è invisibile».

Sagan propose di spargere farina sul pavimento per rilevarne le impronte.

«Buona idea – disse l’amico – ma il drago è sospeso per aria e non lascia tracce».

«Perché non constatarne l’esistenza con un sensore di calore a infrarossi?» chiese Sagan.

«Buona idea, ma è un drago che, oltre a essere invisibile, non emette calore».

«Perché allora non servirsi di una vernice a spruzzo per rivelarlo?».

«Buona idea, ma il drago è incorporeo e la vernice non gli si attacca».

E così via. Ma in tal caso, pensa Sagan, che differenza c’è tra un drago invisibile, incorporeo, che sputa un fuoco senza calore eccetera e nessun drago? E, più modestamente, mi chiedo io: che differenza c’è tra il Qi dell’agopuntura che non si può né vedere né in alcun modo misurare, (vedi lettera del cortese collega Pietro Addamo su Toscana Medica numero 10-2011), e nessun Qi? Addamo afferma che i suoi pazienti stanno meglio dopo l’agopuntura.

Ci credo senz’altro, ma come fa il collega a sapere che il miglioramento è causato dall’inaccertabile riequilibrio dell’elusivo Qi, come lui mostra di crede-

re, e non piuttosto dalla concreta aspettativa di un beneficio (e conseguente effetto placebo) che egli ha indotto nei pazienti quando li ha premurosamente trattati? Una cosa che non si può misurare “has no metric” si dice in scienza, e in scienza non ha valore. Come non hanno valore perché immisurabili le medicine diluite all’infinito dell’omeopatia, i “campi energetici” del tocco terapeutico ecc.

La lettera di Addamo è un buon esempio del fatto che le medicine non convenzionali costituiscono un paradigma medico a sé, del tutto separato da quello della medicina scientifica, e che accetta di essere discusso solo da coloro che ne condividono la particolare cornice di principi. In questo modo si capisce bene perché le critiche finora rivolte a queste medicine sono rimaste inascoltate. O fraintese, come dimostra la lettera della gentile collega Bernardini la quale risponde (stesso numero di Toscana Medica) ai miei forti dubbi sull’azione specifica di queste cure attribuendo valore di efficacia al fatto che esse sono praticate anche all’estero.

A questo punto c’è da chiedersi in che modo sia possibile integrare, come si vuol fare oggi, due paradigmi così dissimili e non comunicanti tra loro. Quanto a me, “alzo la mano e l’arme rendo”, come dice il Petrarca, astenendomi d’ora in poi da ulteriori, inutilissime come l’esperienza ha mostrato, critiche.

Maurizio Pandolfi

Già ordinario di oculistica all’Univ. di Lund,
Svezia

BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell’Ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: **Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni tra medici, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri.** I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.

OFFERTE LAVORO

- Cercasi collega odontoiatra per avviare collaborazione in endodonzia, conservativa e piccola chirurgia. Zona Novoli, Firenze. Cell. 392.8817423.
- Medico odontoiatra cerca giovani odontoiatri pratesi con esperienza o neolaureati da inserire nel proprio staff. Cell. 348.2453839.
- Centro analisi mediche di Empoli cerca neospecializzati in Medicina del Lavoro e già iscritti all’albo, per collaborazione professionale. Cell. 338.4392974.

ATTIVITA' CEDESI

- Causa trasferimento cedeses avviato studio odontoiatrico in FI centro (oltre 20 anni di attività), tramite affiancamento e collaborazione o altra formula. Ottima opportunità: interamente a norma, studio grande con 3 sale operative, ristrutturato, ottima posizione ed ambiente. E-mail: aimsaba@gmail.com.
- Cedesi studio medico di vani 4 più servizi, perfetto, in Lungarno Colombo, Firenze. Cell. 348.2929743.

VENDITA STRUMENTI

- Odontoiatra vende mobili, materiale, trattati, strumenti zona Lungarno Colombo, Firenze. Cell. 348.2929743.

Ancora sulle MnC

Caro Direttore,

ho letto nel numero 8-2011 di Toscana Medica la lettera del Professor Pandolfi dal titolo “Le critiche spiacevoli ma spesso utili” e mi sono detta: finalmente qualcuno che non va secondo la corrente, ma dice quello che pensa.

Non ho scritto subito per dichiarare la mia piena condivisione di quanto scritto dal collega, perché pensavo che l'avrebbero fatto altri, molto più qualificati di me nell'esercizio della professione. Da ciò la delusione nel leggere sul numero 10-2011 di Toscana Medica soltanto due commenti univoci e “conformisti” con la “moda” odierna delle medicine non convenzionali (MnC) o integrative.

Il commento del Dottor Pietro Addamo mi ha lasciato di stucco dato che è una disquisizione su un soggetto privo di qualsiasi connessione con la scienza quale l'energia vitale “Qi”.

L'altro, della Dottoressa Bernardini è un “non commento” perché non entra nel merito della questione, ma si limita a menzionare alcuni centri esistenti all'estero dove vengono praticate le MnC o comunque la medicina integrata come se ciò fosse una prova di efficacia.

A questo punto ho deciso di scrivere a Toscana Medica perché almeno un altro dissenziente si facesse vivo.

Non esercito la professione medica, ma sono stata “immersa” nella medicina per cinquanta anni della mia attività scientifica e didattica nell'Università di Firenze, di cui oltre trenta anni, come docente di Farmacologia a studenti e specializzandi della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Sono profondamente turbata e preoccupata per l'attuale involuzione della medicina nazionale, con l'ufficializzazione come atti medici, delle MnC alternative e, ancor più, per l'integrazione di esse nella medicina scientifica. Nessuno naturalmente è detentore della verità assoluta, ma il nostro avo Galileo Galilei, aveva ideato il metodo sperimentale con il quale è divenuto possibile distinguere la verità dall'errore e grazie a cui si sono arricchite enormemente le nostre conoscenze anche nel campo della medicina.

La ricerca biomedica ha dato moltissimo alla medicina clinica e sono sotto gli occhi di tutti i successi sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Si deve però riconoscere che la medicina attuale presenta alcuni punti critici quali un eccessivo tecnicismo, un “avaro” (in senso temporale) rapporto con il paziente, una soverchia burocratizzazione di cui si dolgono sia i pazienti

sia i medici. Ma non è con la medicina integrata che si migliora la situazione, occorre cominciare a insegnare ai futuri medici oltre alle componenti scientifiche della medicina anche la componente umana, riportando il malato-uomo nella sua interezza al centro di ogni atto medico.

Le MnC sono pratiche mediche basate soltanto su dottrine filosofiche o filosofico-religiose e che hanno avuto un revival poiché fanno facilmente presa sull'emotività delle persone nei riguardi della propria salute (emotività accentuata in corso di malattia) e che si diffondono in molti paesi anche per l'assoluta mancanza di educazione sanitaria.

Queste medicine vengono spesso giustificate invocando il diritto alla libertà di cura ma è arduo accettare che questo diritto comporti anche l'utilizzazione di medicine non scientifiche di cui non è stata convincentemente dimostrata l'efficacia specifica, mentre sono ben noti i rischi che, in misura variabile, possono far correre ai pazienti.

A questo proposito vorrei ricordare che da qualche tempo si osserva a livello internazionale un movimento critico nei riguardi della pratica e dell'insegnamento post-laurea di queste medicine, vedi ad esempio i lavori di Izzo e Ernst E., 2009; di Ernst et al., 2011; di Smith K., 2011; di Pandolfi M., 2011; di Colquhoun 2011 (bibliografia a richiesta).

Mi consta che un notevole dissenso esiste pure in Italia tra medici giovani e meno giovani, dissenso che viene spesso dissimulato per vari motivi, non ultimo il timore di dispiacere a un establishment tendente al conformismo e in genere favorevole alle MnC.

In conclusione, sono nettamente contraria alle MnC e alla loro integrazione nella medicina Scientifica. “Integrare” significa rendere qualcosa più completa, più valida e questo non può avvenire aggiungendo a terapie di provata efficacia altre di efficacia incerta o affatto assente.

Il mio disappunto è motivato anche dal fatto che in alcune regioni italiane dette medicine sono a carico del Sistema Sanitario Nazionale, sottraendo eventualmente risorse per terapie necessarie.

Come docente e ricercatrice non posso né voglio contraddire la mia linea di condotta che sempre si è basata sul rigore scientifico. Questo il motivo del mio intervento.

Lucilla Zilletti

Professore Emerito di Farmacologia
nell'Università di Firenze
lucilla.zilletti@alice.it

Letti sottratti...

Ho letto con qualche settimana di ritardo (lo ammetto) la lettera pubblicata su Toscana Medica 10/11 a pag 42 del Dott. Maido Giovacchino Castiglioni e in virtù del ruolo che rivesto mi sento in dovere di rispondere alle sue considerazioni, anche perchè questo mi dà l'opportunità di puntualizzare alcune cose su cui temo si stia facendo confusione...

Scorrendo le righe della lettera sopracitata è insorto dentro di me un profondo senso di rammarico e di amarezza. Rammarico perchè non condivido affatto la chiave di lettura che lo stimato collega esprime riguardo al ruolo (nella organizzazione Ospedaliera) dei reparti di Medicina Interna e Medicina d'Urgenza e amarezza perchè sembra che il collega individui nella presenza della Medicina d'Urgenza l'origine di tutti i mali della Medicina Interna.

Con la premessa che la Medicina Interna e la Medicina d'Urgenza sono 2 Specialità **distinte** e che anche l'assetto normativo italiano le riconosce come due Discipline **distinte** (**Medicina Interna** da un lato e **Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza** dall'altro), vorrei puntualizzare che all'interno delle organizzazioni ospedaliere le UU.OO. che le rappresentano dovrebbero avere ruoli e finalità diverse. La Medicina d'Urgenza ha numerose "mission" (- Primo e rapido inquadramento diagnostico orientato alla identificazione delle condizioni cliniche che comportano rischio per la vita o per la funzione di un organo; - Adozione dei primi interventi terapeutici mirati in particolare alla stabilizzazione dei pazienti a rischio; - Attivazione dei percorsi assistenziali intraospedalieri o di rete per le situazioni di emergenza; - Selezione dei pazienti che necessitano ricovero con scelta del livello di intensità assistenziale; - Rinvio a domicilio con le indicazioni per le eventuali successive fasi assistenziali) nessuna delle quali è in contrasto con quelle che sono le funzioni e le attività della Medicina Interna.

La verità è che i tempi cambiano e gli Ospedali cambiano e cambiano anche gli obiettivi delle cure ospedaliere perchè cambiano (e lo stanno facendo tuttora) anche i Piani Sanitari e gli obiettivi (sanitari) della nostra Regione con il potenziamento del territorio (Chronic Care Model) e dei percorsi di deospedalizzazione. In qualità di Professionisti (di qualsiasi disciplina) abbiamo il **dovere** di tener conto di questi cambiamenti e il **diritto** di dare il nostro contributo alla pianificazione del cambiamento. I cambiamenti sono come sappiamo momenti di grande "stress", ma sono anche i momenti in cui si presentano le migliori opportunità di innovazione. Ecco, io credo fermamente, anche da "ex" internista, che la Medicina Interna non debba lasciarsi sfuggire questa grande opportunità di "rivedere" e "riorganizzare" i propri percorsi e i propri servizi, perchè questo consentirà alla Madre di tut-

te le discipline (come giustamente è stata definita) di riappropriarsi del proprio ruolo e di mantenersi al passo coi tempi e con le "esigenze" dei tempi.

La Medicina d'Urgenza è giovane, è nata in questo contesto, ed ha nel proprio DNA il rapporto con il tempo (trova i suoi capisaldi nelle patologie tempo-dipendenti). Inoltre, spinta dal crowding di cui soffrono regolarmente i Pronto Soccorso, ha sviluppato (più o meno ubiquitariamente sul territorio regionale e nazionale) dei meccanismi che potremmo definire di "sopravvivenza" secondo i quali sviluppando al massimo i percorsi ambulatoriali (in collaborazione con i vari specialisti) e ottimizzando le attività nell'arco delle 24 ore (Osservazione Breve Intensiva) riesce in una buona percentuale dei casi ad effettuare una tempestiva dimissione con successivo follow-up ambulatoriale pur nel rispetto della good clinical practice (non è certo un caso che molte aziende, tra cui la A.O.U.P., si stiano muovendo verso percorsi di "deospedalizzazione"). A riprova di quanto detto, gli indici di riammissione dei pazienti dimessi dalla Medicina d'Urgenza (Parametri costantemente monitorati dalla nostra Regione) si sono mantenuti e si mantengono nei limiti "fisiologicamente" previsti per le nostre attività e la presunta facilità con cui i pazienti dimessi dalla Medicina d'Urgenza rientrano in ospedale non emerge in alcun dato scientifico, al di là dei luoghi comuni di cui sono straordinariamente colmi i nostri Ospedali.

Non posso escludere che in qualche ambiente "poco illuminato" si sia pensato di risolvere i problemi della Medicina Interna con l'implementazione della Medicina d'Urgenza, ma da professionista che opera nel settore in maniera estremamente attiva mi sento di rassicurare tutti gli amici e colleghi internisti: la Medicina d'Urgenza non è e non sarà mai in competizione con la Medicina Interna. I ruoli e gli obiettivi sono profondamente diversi e se in questo momento la Medicina Interna sta soffrendo per la riduzione dei posti letto (per motivi che sappiamo tutti quanti essere di natura "economico/congiunturale"), ne soffre in egual misura la Medicina d'Urgenza e il Pronto Soccorso laddove tale riduzione non avvenga sulla base di una attenta analisi della casistica e della possibilità/programmazione di riduzione dei tempi medi di degenza. È forse su questo che la Medicina Interna deve rivolgere il proprio sforzo innovativo e riorganizzativo. Ci sono esperienze e metodologie promettenti in tal senso... ma questa è un'altra storia.

Alessio Bertini

Presidente SIMEU Toscana - Dirigente Medico U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, AOU Pisana - E-mail: alessio.bertini@yahoo.it



Accesso ZTL occasionale per visite

Com'è noto, i medici che non hanno il telepass per accedere alla ZTL di Firenze, possono comunque accedervi per motivi di visita domiciliare, chiedendo un permesso preventivo che vale quattro ore. Tale permesso può essere chiesto ai reparti territoriali della Polizia Municipale o alla Società Servizi alla Strada. In casi di visita domiciliare urgente, il medico sprovvi-

sto di telepass può comunque accedere alla ZTL, ma entro 48 ore dall'accesso deve chiedere il "permesso a posteriori", non più presso l'Ordine, ma sempre e comunque presso gli stessi reparti territoriali della Polizia Municipale o alla Società Servizi alla Strada. Tale richiesta può anche essere inoltrata a tali uffici per mezzo di fax. I recapiti dei reparti territoriali della

Polizia Municipale sono consultabili nella seguente pagina del sito internet del Comune di Firenze: www.comune.firenze.it/opencms/export/sites/retecivica/materiali/polizia_municipale/corpo_polizia/PM_RepartiTerritoriali.pdf oppure ci si può rivolgere ai punti informativi della Società Servizi alla Strada: www.serviziiallstrada.it/index.php?lang=it.

Liberalizzazioni per i professionisti

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del decreto legge sulle liberalizzazioni si è chiarito il quadro degli interventi che riguardano le professioni. La novità principale è la modifica della precedente norma contenuta nella manovra di settembre, che adesso introduce l'obbligo del preventivo da sottoporre al cliente all'atto dell'accettazione dell'incarico professionale, prevedendo anche l'indicazione

degli estremi della polizza assicurativa contro la responsabilità civile. La mancata sottoposizione del preventivo al cliente costituisce illecito disciplinare. Confermata l'abolizione di ogni tariffario minimo e massimo, anche se sarà compito del Ministero prevedere alcuni parametri tariffari di riferimento ad uso degli organi giurisdizionali. Per quanto riguarda la pubblicità, il nuovo decreto non aggiunge

nulla a quanto già previsto dalla manovra di settembre: libertà pubblicitaria con ogni strumento, fermo restando l'obbligo di utilizzare messaggi veritieri e trasparenti. Le altre norme che disciplinano il tirocinio professionale non riguardano le professioni sanitarie. Saranno da approfondire le nuove norme che regolamentano l'apertura di nuove attività economiche e quindi la loro applicabilità ai professionisti.

La salute dei Migranti

Criticità e buone pratiche: il valore di un approccio multidisciplinare

Sabato 31 Marzo 2012 - ore 9.00-16.00

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze
Via Giulio Cesare Vanini 15 Firenze

L'evento è promosso dalla Commissione Formazione dell'Ordine di Firenze in collaborazione con il Dip. di Salute Pubblica dell'Università di Firenze e si propone una riflessione su criticità e buone pratiche nell'accesso e la fruizione dei servizi di salute da parte dei cittadini stranieri presenti nel territorio. Parteciperanno: A. Panti, L. Roti, L. Tessitore, C. Francini, G. Capitani, F. Scarselli, G. Giarelli, N. Semmaa, G. Maciocco, C. Bondi, L. Zammarchi, F. Capacci, M.G. Santini. ECM richiesti per medici chirurghi e crediti ADE per studenti di medicina iscritti al V e al VI anno. Partecipazione gratuita, previa iscrizione a: relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it, tel. 055.496522 int. 3. La partecipazione al corso è limitata a 70 partecipanti.

Un dono "neurologico" presentato all'Ordine

Grazie alla generosità del Rotary di Firenze Ovest, nell'estate scorsa sono stati donati alla Pallium di Firenze fondi per l'acquisto di un apparecchio di ultima generazione, l'"Easy Eye", che è stato presentato all'Ordine di Firenze.

Questo apparecchio è stato fino a oggi utilizzato dai neurologi, ma per le attuali caratteristiche del Sistema Sanitario Nazionale, alcune situazioni non sono più di esclusiva pertinenza dello specialista o dei reparti ospedalieri, ma coinvolgono in modo significativo sia la famiglia sia il medico di medicina generale.

La finalità dell'Easy Eye è fondamentalmente l'aiuto ai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Durante gli anni di malattia, nella quasi totalità dei casi, le funzioni cognitive rimangono intat-

te permettendo perciò una significativa e preziosa vita di relazione. Tuttavia in molte varianti patologiche la attività respiratoria viene ad indebolirsi fino a richiedere una tracheostomia, che rende difficile o impossibile l'uso della voce. In alcuni casi vengono mantenuti per qualche tempo i movimenti della dita che permettono l'uso di una tastiera, ma col tempo anche questa via comunicativa viene meno.

È in queste situazioni che viene sfruttato il movimento oculare (in genere conservato) per l'utilizzo di sistemi comunicativi semplici (quali le tavolette trasparenti ETRAN) o più complessi, quali i cosiddetti Comunicatori a puntamento oculare.

I comunicatori si presentano come normali computer ma prevedono alcuni aspetti tecnici pecu-

liari. Dalla cornice dello schermo vengono emessi raggi infrarossi che, mentre il soggetto indirizza lo sguardo verso la macchina intercettano le pupille, permettendo alla telecamera posizionata sotto il monitor di seguirne lo spostamento. Lo sguardo del soggetto, spostandosi sullo schermo, funziona come un mouse nel determinare la battitura di una lettera su una tastiera o la scelta di una icona tramite la quale attivare una funzione.

Fino a oggi gli ausili vengono prescritti grazie a un fondo nazionale speciale per gli affetti da SLA. I tempi di consegna sono lunghissimi. Per questo la Pallium ha iniziato a dare il proprio apparecchio in prestito. Ecco perché la donazione assume un grandissimo valore per l'aiuto a questa categoria di pazienti.



Incontro tra ENPAM e Ministro Fornero

L'ENPAM ha incontrato il Ministro del lavoro e delle politiche sociali Elsa Fornero per illustrarle il proprio progetto complessivo di riforma delle pensioni. La manovra è stata presentata dal Vice Presidente vicario della Cassa dei Medici e degli Odontoiatri Alberto Olivetti nel corso di un incontro informale presso il Ministero. Il Ministro Fornero ha apprezzato il percorso di riforma intrapreso da ENPAM, ma ha incoraggiato gli organi di governo della Fondazione a procedere verso l'applicazione, sia pure in pro-rata,

del metodo contributivo. La Fondazione ha illustrato le peculiarità del proprio sistema retributivo-redenzionale che, essendo basato sulla valutazione dei redditi dell'intera carriera professionale, è equivalente al contributivo se supportato da adeguate valutazioni attuariali. La Cassa dei Medici nel 2011 si è dotata di un ufficio attuariale interno per realizzare proiezioni tecniche in tempo reale. La titolare del dicastero inoltre ha incoraggiato l'accorpamento tra i diversi fondi facenti capo all'ENPAM, nonché a

perseguire ulteriormente la riduzione dei costi di amministrazione. Il Ministro ha anche sollecitato a portare subito l'età per il pensionamento anticipato a coincidere con quella del sistema pubblico, sia nel livello attuale, sia nel percorso di adeguamento all'evoluzione della longevità. Coerentemente con posizioni già espresse nelle competenti Commissioni Parlamentari, ha riconosciuto condivisibile l'inclusione dei redditi da patrimonio ai fini della valutazione della sostenibilità finanziaria della Cassa.

Corso sul Governo Clinico

Ha preso il via lunedì scorso il nuovo Corso Fad sulla "Sicurezza dei pazienti e degli operatori", terzo step del Corso sul Governo Clinico promosso dalla Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri, dal Ministero della Salute e dalla Federazione Nazionale Collegi Infermieri pro-

fessionali. Il manuale di formazione è disponibile sul sito <<http://eidf.emailsp.it/frontend/track.aspx?idUser=10258&idnl=688&url=http://www.fnomceo.it>>. Come di consueto il corso, che assegna 15 crediti ECM, viene proposto inizialmente in modalità web <<http://eidf.emailsp.it/frontend/track.aspx>

?idUser=10258&idnl=688&url=http://www.fadinmedi.it> e nei mesi successivi potrà essere seguito anche su apposito Manuale da richiedere con procedura telefonica automatizzata al n. 06.6841121, che conterrà il test di valutazione da inviare per fax.

Buona condotta per l'Albo

Il requisito della buona condotta per l'iscrizione all'Albo deve ritenersi ineludibile principio di carattere generale. Questa l'importante affermazione pronunciata dalla terza sezione civile della Corte di Cassazione con la sentenza n. 30790 del 30/12/2011, chiamata

a pronunciarsi sulla legittimità del rifiuto dell'Ordine di iscrivere all'Albo un giovane professionista con numerosi precedenti penali. Secondo i giudici, non solo le norme professionali, ma anche il Codice Civile con l'art. 1175 (dovere di correttezza) impongono all'Or-

dine la valutazione della buona condotta da parte di chi chiede di essere iscritto e se tale valutazione dà esito negativo (perché i precedenti penali rendono evidente un comportamento non appropriato) è assolutamente legittimo rifiutare l'iscrizione all'Albo.



L'ENPAM non grava sul Bilancio dello Stato

Il Tar del Lazio ha riaffermato l'autonomia della Fondazione Enpam. Con la sentenza depositata l'11 gennaio scorso (n. 224/2012), i giudici amministrativi hanno accolto il ricorso dell'Associazione degli enti previdenziali privati (Adepp) contro il loro inserimento nell'elenco Istat delle amministrazioni pubbliche. L'inclusione nell'elenco comporta per le Casse l'assoggettamento alle norme per il controllo della spesa pubblica e quindi una limitazione

della loro autonomia gestionale e finanziaria. Nell'elenco dell'Istituto di statistica sono state inserite quelle realtà che, svolgendo attività che comportano un costo per la pubblica amministrazione, incidono sul bilancio complessivo dello Stato. Secondo i giudici amministrativi le Casse di previdenza private, provvedendo con le proprie entrate a sostenere le spese per l'attività svolta ed essendo di fatto escluse da qualunque forma di finanziamento statale,

non pesano sulla spesa pubblica. Un riconoscimento dell'autonomia degli enti che il Tribunale amministrativo aveva già ribadito con una sentenza del 2008, poi sospesa dal Consiglio di Stato. La Fondazione Enpam ha più volte ribadito questa autonomia, riconosciuta in materia contabile, organizzativa, gestionale e finanziaria dallo stesso decreto legislativo che nel 1994 aveva portato alla privatizzazione delle Casse dei professionisti.

Stop alle false lauree rumene

Giro di boa per la risoluzione del problema dei falsi titoli di odontoiatria conseguiti da cittadini italiani presso alcune università rumene (ad esempio l'Università di Titu Maiorescu). Molti di questi titoli, infatti ottenuti prevalentemente da cittadini italiani senza

avere mai seguito un regolare corso di studi, e rimanendo di fatto sul territorio italiano, sono stati finalmente disconosciuti dalle Autorità rumene competenti. È risultato che organizzazioni senza scrupolo, anche attraverso internet, hanno venduto ai cittadini italiani pro-

grammi di studio "facilitati" presso alcune Università della Romania. Le iniziative intraprese congiuntamente dalla Commissione europea, dal Ministero della Salute e dal Dipartimento Politiche Europee, hanno permesso di ottenere questi primi importanti risultati.



Corso di aggiornamento in materia di Mediazione

La Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Firenze propone una formazione specialistica in tema di mediazione con l'obiettivo di aggiornare gli operatori della mediazione e tutti gli interessati nell'ambito dei vari settori dell'esperienza conflittuale, con particolare riferimento a quelle materie nelle quali il D.Lgs. 28/2010 ha previsto

l'obbligatorietà del tentativo di conciliazione. I moduli sono validi anche ai fini dell'aggiornamento ai sensi del DM 180/2010. In particolare, il giorno 29 marzo 2012 dalle ore 14 alle ore 19, si svolgerà il modulo di specializzazione in materia di responsabilità medica. Ulteriori informazioni e il fac-simile per presentare domanda di partecipazione sono disponibili

sul sito internet del Dipartimento di Diritto Privato e Processuale: www.unifi.it/dpdpp/CMpro-v-p-119.html. L'Ordine dei Medici di Firenze consiglia la frequenza di questo corso a tutti i propri iscritti che hanno già svolto il corso ministeriale di 50 ore, come percorso di aggiornamento in materia.

Verso la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari

La chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari potrebbe entrare nel decreto sulle carceri e avvenire così in tempi rapidissimi. Ne hanno discusso negli scorsi giorni il Presidente della commissione di inchiesta sul servizio sanitario nazionale,

Ignazio Marino e il Presidente del Consiglio Monti. Il tema negli ultimi mesi era finito al centro di inchieste giornalistiche e discussioni parlamentari. Una delle idee per superare il problema è di inserire il disegno di legge che la commissione di inchiesta

ha firmato all'unanimità nel decreto sulle carceri e arrivare così alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari in pochissimi mesi. Il Presidente del Consiglio verificherà la fattibilità con i Ministri della Giustizia Severino e della Salute Balduzzi.

Comparaggio e corruzione

Il medico convenzionato con il SSN che prescrive farmaci suggeriti dalle aziende farmaceutiche dietro compenso risponde del reato di corruzione. Lo stabilisce la sentenza della Corte di Cassazione n. 1207/2012. Il principio importante affermato dalla Suprema Corte è che in questi

casi non si tratta solo di comparaggio, ma anche del più grave reato di corruzione. Infatti il reato di comparaggio si verifica quando un medico "agevola la diffusione di specialità medicinali" per interesse proprio, ma se tale azione è compiuta da un pubblico ufficiale o da un incaricato

di pubblico servizio (come il medico convenzionato con il SSN), si ricade nel reato di corruzione. Concorso di reati, quindi, e di conseguenza la pena è quella prevista per il reato più grave.

Uso della RU486 in Italia

Nel 2011 sono stati almeno 8.000 gli aborti con la pillola abortiva. L'anno scorso una donna su quattro che ha interrotto la gravidanza entro le prime sette settimane (tempo massimo per utilizzare la RU486) ha scelto la "via farmacologica" al posto dell'intervento chirurgico. I dati si basano sugli ordini arrivati alla "Nordic Pharma", l'azienda che si oc-

cupa della distribuzione del farmaco in Italia, che l'anno scorso ha spedito agli ospedali italiani 7.397 confezioni per oltre 22mila pillole. E visto che in diverse regioni si usa una sola pillola per ogni procedura abortiva, significa che almeno 8mila interruzioni volontarie di gravidanza, sulle oltre 30mila stimate ogni anno, sono avvenute con la pillola che è in com-

mercio in Italia da aprile 2010. L'utilizzo della pillola varia, poi, da regione a regione. Ad esempio in Lombardia è previsto il ricovero ospedaliero per almeno tre giorni, come da indicazioni ministeriali, mentre in Toscana viene somministrata in day hospital e la donna torna in ospedale nei giorni successivi solo per le visite di controllo.

Gli appuntamenti europei del 2012

Ha preso il via il 20 gennaio scorso a Parigi, con la riunione del board CEOM (Conferenza Europea degli Ordini dei Medici), un anno ricco di incontri internazionali che coinvolgerà medici ed odontoiatri europei. Il calendario non è ancora completo in tutti i suoi appuntamenti, ma già sono note diverse date: come quella del meeting annuale dell'AEMH

(Associazione Europea dei Medici Ospedalieri) il 17 maggio a Varna (Bulgaria); lo Spring Meeting dell'UEMO (Associazione Europea dei Medici di Medicina Generale) l'8 e 9 giugno a Madrid; la quattro giorni (dal 29 agosto al 1° settembre) in quel di Lione dell'ADEE (Association for Dental Education in Europe). Non ancora definite nei dettagli lo

Spring Meeting dell'UEMS (Unione Europea dei Medici Specialisti), in programma nel mese di aprile a Bruxelles, così come le due riunioni FEDCAR (Federazione Europea delle Autorità competenti e degli Enti regolatori in campo odontoiatrico) di maggio (a Malta) e novembre (a Parigi).

CONVEGNI E CONGRESSI

ECOGRAFIA VASCOLARE IN EMERGENZA

9° corso di perfezionamento in diagnostica vascolare con ultrasuoni **4-7 giugno 2012**

Aula Magna (303) Centro Didattico Morgagni, V.le Morgagni 40, 50134 Firenze

Direttore del Corso: Prof. Sergio Castellani. Unità Funzionale di Angiologia Clinica e Sperimentale, Università di Firenze. Info.: 0557947413; e-mail: scaste.sergio@gmail.com - 055-4598772 - 4598031 - 4598779 (NIC). Il corso è rivolto agli addetti alla diagnostica ecocolordoppler, operatori e specialisti di diverse discipline (medicina interna, geriatria e gerontologia, cardiologia, medicina d'emergenza, chirurgia vascolare, anestesia e rianimazione, angiologia, neurologia) e riguarderà i principali quadri di patologia vascolare in fase acuta (ictus, trombosi venosa profonda, complicanze vascolari procedurali, ischemia acuta ed ischemia critica delle arterie degli arti inferiori, complicanze acute degli aneurismi). Iscrizioni entro il 31 maggio 2012. È stata presentata domanda per conferimento crediti ECM al ministero della salute. Decreto rettorale e modulo di iscrizione possono essere visualizzati al Link dell'Università di Firenze: <http://www.med.unifi.it/cmpro-v-p-485.html>



Nata la sezione toscana della SIP

Il 16 Settembre 2011 si è costituita a Prato la neonata Sez. Toscana della Società Italiana di Psichiatria, in occasione del convegno su "Percorsi di cura per la salute mentale degli adolescenti", con la elezione del nuovo Comitato Direttivo copresieduto dalla Prof. Liliana Dell'Osso, Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa e dal Dott. Giuseppe Cardamone, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della USL 9 di Grosseto.

Lo scopo di tale direttivo è essenzialmente di creare una rete di comunicazione efficiente con le istituzioni, diventando esso stesso portavoce delle istanze di tutta la nostra categoria, nessuno escluso.

La Società Italiana di Psichiatria è da tempo un autorevole punto di ri-

ferimento in ambito istituzionale. È fondamentale che continui ad avere tale ruolo soprattutto adesso che sta attuandosi un radicale cambiamento dei paradigmi assistenziali.

Diventa opportuno lavorare per un cambiamento di prospettiva: da un modello centrato sulla *collocazione spaziale* del provider (ospedale, ambulatorio, clinica) ad uno centrato sulla *dimensione temporale* del cliente. Per questo motivo è necessario investire anche nell'assistenza a lungo termine, che talvolta richiede modalità e strategie molto più complesse di quelle che sostengono il modello medico ospedalocentrico. Diventa, quindi, indispensabile differenziare competenze, luoghi ed attori sociali, attraverso un processo di *comprensione*, che diventa la parola chiave

del percorso terapeutico assistenziale delle persone con problemi di salute mentale.

Per intraprendere questo percorso è necessaria un'analisi approfondita della storia reale, culturale e sociale dei disturbi mentali gravi, affrontando la *multidimensionalità della sofferenza* dove il concetto di prevenzione si fonde con quello di cura attraverso l'integrazione di competenze con le altre agenzie.

Altro elemento importante, per una società scientifica come la nostra, è quello di preoccuparsi di formare ed aggiornare psichiatri in grado di lavorare con l'ottica della complessità, indipendentemente dal settore specifico in cui ogni singolo professionista opera.

Congresso Europeo di Medicina Integrativa

Per la prima volta si svolgerà in Italia il Congresso Europeo di Medicina Integrativa (ECIM), giunto alla sua quinta edizione. L'evento, che si è tenuto finora a Berlino, rappresenta il principale appuntamento europeo e internazionale per medici, operatori sanitari, ricercatori e aziende impegnati in questo settore e traccia lo stato dell'arte sull'efficacia delle medicine complementari/non convenzionali e sulla loro integrazione con la medicina convenzionale. Si terrà a Firenze, nel Palazzo dei Congressi, dal **21 al 22 settembre 2012** e sarà preceduto il 20 da una cerimonia di inaugurazione nel Salone dei Cinquecento di Palazzo Vecchio.

Promuovono ECIM 2012 la Regione Toscana, Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, e la Rete Toscana di Medicina Integrata (RTMI), insieme all'Università Charité di Berlino (Institute for Social Medicine, Epidemiology, and Health Economics), in collaborazione con l'Università di Firenze, le altre Università toscane, l'Ordine dei Medici regionale e l'Agenzia Regionale di Sanità. Il principale obiettivo del Congresso è quello di mettere in rete ricercatori e clinici e favorire il dialogo e il confronto costruttivi nella prospettiva di conseguire una reale integrazione fra le diverse branche che compongono la medicina.

Ampia e articolata l'agenda dei lavori che pone al centro del dibattito i

principali campi di applicazione clinica delle medicine complementari, aggiornamenti della ricerca scientifica, senza trascurare i temi dell'integrazione delle medicine complementari nelle risorse per la salute e dell'inquadramento normativo. Dal punto di vista clinico si va all'oncologia integrata, per esaminare, alla luce delle più attuali prove scientifiche in che modo alcuni trattamenti di medicina complementare possono contribuire a migliorare la qualità di vita del paziente e a ridurre gli effetti collaterali delle terapie antitumorali; al ruolo che le terapie complementari giocano nel dolore cronico (in particolare nella cefalea, nelle nevriti e nelle patologie reumatiche); ai disturbi della sfera mentale, alle patologie atopiche, allergie e intolleranze alimentari.

Altri temi trattati nell'ambito di ECIM 2012 sono il ruolo delle medicine complementari nel favorire il parto fisiologico e l'allattamento materno, la pediatria (con un focus su prevenzione e cura delle malattie da raffreddamento e dell'influenza), l'agopuntura e la medicina tradizionale cinese, con particolare riferimento al trattamento di problemi femminili quali sindrome climaterica, dismenorrea, sindrome premenstruale; la Psiconeuroimmunologia per affrontare lo stress; la medicina termale e la veterinaria non convenzionale.

In continuità con il lavoro svolto in questi anni dalla Rete Toscana di

Medicina Integrata, si presterà la dovuta attenzione al delicato tema degli eventi avversi in medicina complementare, alla gestione del rischio clinico in questa materia e alla sicurezza del paziente.

Sul versante più "politico" si evidenziano il confronto fra le esperienze di integrazione delle medicine complementari nei sistemi sanitari pubblici in Italia, in Europa e nell'area mediterranea, la normativa comunitaria per la produzione di medicinali omeopatici e fitoterapici e la relativa applicazione in Italia. Particolarmente innovativi gli sviluppi della ricerca omeopatica applicata ai modelli vegetali, da anni allo studio di una équipe di ricercatori dell'Università di Bologna, e la cooperazione sanitaria internazionale.

Su questi temi si raccolgono, dal 1° febbraio al 30 aprile, i contributi scientifici, che saranno inseriti nel programma del congresso sotto forma di comunicazioni o di poster. Gli abstract devono essere compilati in inglese e non superiori a 2.500 battute spazi inclusi, e vanno inviati all'indirizzo elettronico: ecim2012@regione.toscana.it dal 1 febbraio al 30 aprile 2012. È già attivo anche il website dedicato www.ecim-congress.org.

Rete Toscana
per la Medicina Integrata
Direzione generale Diritti
di cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

Cercasi medici per l'Africa

"Cuamm - Medici con l'Africa" ricerca alcune figure mediche per seguire i progetti dell'associazione in diversi Paesi africani. In particolare la

ricerca riguarda: un medico pediatra per l'Angola, un medico specialista in chirurgia per il Sudan e un medico ginecologo per la Tanzania. Gli inte-

ressati possono offrire la loro disponibilità sul sito dell'organizzazione: www.mediciconlfrica.org/modulo-candidature.

Manfredo Fanfani

La riforma sanitaria del Granducato di Toscana



La transizione dall'assistenza caritativa
alla solidarietà sociale.
Una anticipazione dei criteri di appropriatezza,
efficacia e significatività clinica.

Articolo all'interno della rivista