



ToscanaMedica

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



Le metastasi ossee: quali novità

D. Amoroso, R. Banfi, R. Danesi,
F. Di Costanzo, A. Lagi, L. Livi, E. Mini

**Percorso chirurgico
Ospedale per Intensità di Cure**

La comunicazione paziente/medico

M. Milli, F. Trentanove, F. Biondi,
I. Sarmiento, F. Bandini, A. Zuppiroli, S. Polvani

**La simulazione:
una nuova modalità di formazione
e aggiornamento in medicina**

F. Innocenti, R. Pini, G. Gioachin, S. Nelli, G.F. Gensini

N° 2 FEBBRAIO 2013

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- I colori della scagliola
F. Napoli 4

EDITORIALE

- Scegliere saggiamente
A. Panti 5

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Le metastasi ossee: quali novità
D. Amoroso, R. Banfi, R. Danesi, F. Di Costanzo, A. Lagi, L. Livi, E. Mini 6
- Migliorano efficacia e sicurezza dei farmaci innovativi
G. Berni 11

QUALITÀ E PROFESSIONE

- La comunicazione paziente/medico
M. Milli e coll. 12
- Medicina generale
S.E. Giustini e coll. 16
- Il tablet nella pratica medica
M. Macucci 18
- Il fumo fa male alla salute e danneggia il portafoglio
G. Spagnolo 20
- Le famiglie e le criticità nel percorso delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite
R. Chiaramonti e coll. 21
- Scambiare braccia con cervelli
A. Panti 24
- Il Servizio Centri Consulenza Giovani dell'Azienda Sanitaria Firenze
T. Tanini e coll. 25
- Il cuore in pena
F. Ceraudo 27
- La simulazione: una nuova modalità di formazione e aggiornamento in medicina
F. Innocenti e coll. 37

- "Potenziare l'immunità" e "stimolare l'autoguarigione". È possibile?
M. Pandolfi 40
 - Quale prevenzione oggi?
A. Fedi 42
 - Telefoni mobili, wi-fi ed effetti sulla salute
M.G. Petronio e coll. 43
 - Psiconcologia: l'organizzazione del supporto psico-terapeutico nella sofferenza cronica
L. Fei e coll. 45
 - I succhi di frutta nell'alimentazione dell'infanzia
D. Mileti 47
- LETTI PER VOI** 28
- REGIONE TOSCANA**
- Percorso chirurgico Ospedale per Intensità di Cure
BACHECA 29
 - *BACHECA* 41
- RICERCA E CLINICA**
- Un caso davvero raro di anafilassi da uovo all'età di 2 mesi
F. Mori e coll. 49
- STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA**
- Una storia di aureole e di cappelli
M. Fanfani 50
 - La riforma sanitaria di Pietro Leopoldo - Parte II
S. Boccadoro 54
- MEDICINA LEGALE**
- La prova scientifica nel processo penale. Recenti adeguamenti giurisprudenziali
G. Corsi 56
- SANITÀ NEL MONDO**
- Nessuno sia escluso
G. Maciocco 57
- LETTERE AL DIRETTORE**
- Storia a lieto fine di una caramella
A. Fusi 59
- VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani** 59
- NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi** 60
- CORSI E SEMINARI/CONVEGNI E CONGRESSI** 62

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXXI n. 2 - Febbraio 2013
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 copertina: *Manifattura carpigiana o romagnola - Paliotto d'altare - Siglato "P.V.". Inizi del XVIII sec.; cm 169x94 Firenze, Collezione Bianco Bianchi di antiche scagliole*

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2013 € 2,73

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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



I colori della scagliola

Alchimie di colori. L'arte della scagliola è una mostra ospitata presso lo Spazio Mostre dell'Ente Cassa di Risparmio, a Firenze: tecnica che trova una sua prima affermazione nel Seicento, diffusa particolarmente in ambiente religioso ma non solo, la scagliola trova sempre più entusiasti estimatori.

Si tratta di realizzare immagini pittoriche senza olio o tempera, di trovare luminosità e delicatezza senza le trasparenze dell'acquerello, di dare forma a opere non solo da collocarsi ad una parete come un quadro, ma da destinare anche ad altri usi (come un piano di tavolo).

Sulla falsariga del commesso fiorentino (tecnica di importazione fiamminga ottenuta con l'uso di pietre dure), mancando in piena Pianura padana (l'epicentro è Carpi) la materia prima (appunto la pietra), si opta per l'uso del più economico e approvvigionabile gesso (selenite), successivamente colorato.

Fatto il disegno su di una superficie predisposta (anch'essa in gesso, più raramente in ardesia), la si incide scavandola secondo la composizione e quindi vi si cola il gesso appositamente colorato; è un procedimento lento, difficile, tra la pittura e l'incisione, la decorazione e il disegno, la scultura e la lavorazione artigianale, con risultati che possono anche essere stupefacenti: quadri, piani di tavolo, paliotti d'altare, decorazioni di mobili.

Ancora per qualche settimana questa *mostra delle meraviglie* è aperta, promossa e organizzata dall'Ente Cassa di Risparmio di Firenze e dall'Associazione Osservatorio dei Mestieri d'Arte, curata da Silvia Botticelli e Modestino Romagnolo: sono una trentina di opere scelte e datate fra XVII e XIX secolo, provenienti dalla collezione privata di Bianco Bianchi, illustre scagliolista, che oggi vede nell'opera dei figli la prosecuzione della propria bottega.

Esposti sono manufatti sacri come i paliotti, grandi pannelli decorativi delle mense d'altare, di provenienza carpigiana (ricchi di tralci vegetali) o romana (maggiormente architettati), non di rado con piccole immagini sacre o stemmi indicanti patronati.

Parallelamente, appaiono composizioni religiose monocrome a imitazione della stampa – raffinata la *Madonna con Bambino e San Giovannino* di Bartolomeo Manzini – e decorazioni di mobili.

Poi, il gusto del Sette-Ottocento volge l'uso di questa tecnica a temi più laici, quali la rappresentazione di vedute di città – in mostra scorci di Firenze, Roma, Livorno, a opera di Enrico Hugford o della bot-

tega dei fratelli Della Valle – e paesaggi realizzati in ambito toscano.

Così, anche la scagliola riflette le trasformazioni socio-culturali della società, passando da una applicazione in origine preferibilmente religiosa nell'ambito della Controriforma, ad un successivo ambiente maggiormente laico e borghese: ne è esempio il piano di tavolo con episodio di battaglia risorgimentale.

In mostra non mancano una vetrina ed un video prettamente didattici sulla tecnica, nonché una coppia di colonne che imitano il marmo senza esserlo: è l'esempio di come la scagliola risponda ad un preciso gusto, dal quale non è estraneo il fascino dell'illusione.

D'altro canto, chi non resta ingannato a San Miniato al Monte di fronte alle colonne marmorizzate delle navate, in effetti decorate a scagliola?

Alchimie di colori. L'arte della scagliola

Spazio mostre, Ente Cassa di Risparmio di Firenze (via Bufalini 6)

Prorogata fino al 28 febbraio

orario: lunedì/venerdì 10,00-19,00;

sabato/domenica 10,00-13,30/15,00-19,00

FEDERICO NAPOLI



MANIFATTURA NAPOLETANA (?) - Pannello rappresentante un vaso di fiori con uccelli - Datato sul retro 1704; cm 36x44 Firenze, Collezione Bianco Bianchi di antiche scagliole



Scegliere saggiamente

ANTONIO PANTI

“Abbiamo fede in Dio, gli altri portino i dati”

Bernard Fischer,

intervista al Washington Post, 29 ottobre 1979

“Scegliere saggiamente” è la traduzione del titolo (*Choosing wisely*) del documento prodotto da nove tra le maggiori società scientifiche americane, ciascuna delle quali ha indicato 5 casi in cui i medici abitualmente prescrivono accertamenti o farmaci in modo del tutto inutile, talora dannoso. Ben 45 item da evitare secondo scienza, e anche secondo coscienza, perché accollano al paziente o all'assicurazione (in Italia al SSN) costi del tutto superflui. In alcuni casi è talmente ovvia l'inutilità della prestazione che ci si domanda perché i medici la richiedano, al di là di ogni temuta *malpractice* o di ogni indebita pressione del paziente.

Esistono molteplici spiegazioni di questi comportamenti (irrazionali se non sono in malafede) ma una sembra più rilevante. In tutti i casi presi in considerazione dal documento americano ci sono evidenti dati sull'inutilità di quell'accertamento mentre manca ogni dato sulla sua utilità. Ma i medici o sono convinti che la medicina sia una scienza e allora le prove (le evidenze) sono dirimenti per le loro scelte oppure pensano di dare maggior valore all'intuito o all'abitudine, all'arte insomma che, tuttavia, è utile per selezionare le prove e adattarle al singolo, non per creare tante medicine quanti sono i medici.

Il medico non è solo uno scienziato, è anche un *guaritore*; senza una relazione empatica col paziente la tecnica non basta. Ma perfino gli stregoni non sono spreconi. E oggi la medicina fornisce ai medici una quantità di dati per scegliere, non solo in modo appropriato ma *saggiamente*, con sapienza, cioè in un accorto equilibrio di attenzione al paziente, alla collettività, all'efficacia e all'efficienza. Tutto ciò è ormai parte della deontologia professionale. Può coincidere con le esigenze economiche del servizio ma non discende da quelle. E i medici cominciano a riflettere saggiamente sulle loro decisioni, e di recente è nato il “Movimento per la Decrescita Felice” e prima ancora la Società di “*Slow Medicine*”, che si fondano sui

concetti di sobrietà, qualità, equità, precauzione, insomma su una medicina attenta a “fare meno per fare meglio”.

Parole d'ordine che non significano, si badi bene, un acritico e impossibile ritorno a chissà quale età dell'oro di una medicina capace solo di prendersi cura del paziente mentre, è fin troppo ovvio, la scienza e la tecnologia offrono all'umanità condizioni di vita impensabili anche qualche decennio or sono. Rispetto per la scienza e per il cittadino consistono nel trovare la misura per usare al meglio ogni tecnica disponibile senza farsene sovrastare.

Tuttavia resta un problema irrisolto: ma il cittadino che vuole dalla medicina? Guarire sempre, tornare come prima di ammalarsi, migliorare la propria efficienza psicofisica, non invecchiare. *Vaste programme*, direbbe De Gaulle! Rispondere a questa domanda esige uno sforzo immane di comprensione tra medicina e società, a condizione che i mass media e la politica si pongano in posizione di mediazione e non di ricerca del consenso. Un'opera immane di pedagogia che può essere repressiva (si concedono poche, indispensabili prestazioni), orientativa (si insegna a scegliere saggiamente), incoraggiante (tutto a tutti, fiduciosi nel senso civico), esemplare (il governo clinico che coinvolge professionisti e amministratori); oppure tutte queste cose insieme.

Come far sì che tutti, a partire dai medici, diventino sapienti gestori della solidarietà? La questione è basilare per il futuro della sanità, della medicina e dei medici come professionisti indipendenti.

Il Consiglio Sanitario Regionale ha programmato un convegno nel quale medici e amministratori si confronteranno su come individuare mezzi e strumenti per “scegliere saggiamente”.

Successivamente, se possibile, il Consiglio Sanitario Regionale metterà a confronto medici e magistrati. Scegliere spetta ai medici ma la saggezza deve essere diffusa.

TM



Le metastasi ossee: quali novità

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo il problema delle metastasi ossee alla luce di una nuova opzione terapeutica, ancora non disponibile in Italia, rappresentata dal denosumab, un anticorpo monoclonale che sembra avere un profilo di efficacia estremamente interessante.*

Prima però di entrare nello specifico della terapia, quale è l'inquadramento clinico-epidemiologico del processo di metastatizzazione a livello osseo?

LAGI – Dal punto di vista della Medicina d'Urgenza si tratta di un problema certamente rilevante visto che la comparsa delle metastasi ossee cambia radicalmente la qualità della vita dei pazienti, oltre ovviamente a condizionarne la prognosi, causando un aumento significativo del numero degli accessi al Pronto Soccorso.

AMOROSO – Facendo seguito a quello che diceva il dott. Lagi, ricordo che i tumori che nel corso della propria storia naturale maggiormente si associano alla comparsa di ripetizioni ossee sono quelli di mammella, prostata, polmone, tiroide, oltre al mieloma multiplo che classicamente si presenta a livello delle ossa e, seppure con frequenza minore, anche il cancro del rene.

L'ordine riportato rispecchia abbastanza fedelmente l'andamento epidemiologico di questa condizione che, come giustamente sottolineato, condiziona pesantemente l'andamento clinico della malattia con tutto quello che consegue in termini di costi sia diretti che indiretti.

DI COSTANZO – L'attenzione dei clinici è molto alta nei confronti di questa problematica, sia per la sua alta incidenza nel paziente neoplastico (negli USA su 1.200.000 pazienti oncologici circa il 50% ha ripetizioni ossee), sia per la sintomatologia clinica soprattutto dolorosa che grava pesantemente su questi malati in termini di qualità di vita (QoL) ed assistenza globale.

LIVI – Ovviamente concordo con gli interventi precedenti e ricordo che le metastasi ossee aumentano notevolmente la gestione complessiva dei pazienti a causa della alta incidenza di complicanze importanti quali le fratture patologiche e gli squilibri nel metabolismo del calcio.

MINI – Le fratture patologiche rappresentano davvero un problema di rilevante importanza anche economica, dato che si associano a ben il 50% dei casi di neoplasia mammaria richiedendo quindi interventi terapeutici sia di natura radioterapica (nel 40% dei casi) che chirurgica come ad esempio la stabilizzazione vertebrale (11%) o la decompressione midollare in caso di ripetizioni alle strutture ossee della colonna (3-4%).

BANFI – Dal punto di vista dell'assistenza farmaceutica credo sia importante sottolineare che oggi molti di questi pazienti hanno visto profondamente modificata la propria storia clinica, finendo per diventare quasi dei malati cronici, con tutto quello che ciò comporta

in termini di costi non solo per i farmaci antitumorali veri e propri, ma anche per tutti quelli di supporto e sostegno al loro stato complessivo di malattia.

TOSCANA MEDICA – *Quale è l'approccio terapeutico alle ripetizioni a livello osseo e quali sono i risultati che oggi ci possiamo ragionevolmente attendere?*

DI COSTANZO – Un concetto da non dimenticare assolutamente è che le metastasi ossee rappresentano l'evoluzione metastatica della malattia neoplastica e pertanto devono essere considerate come l'espressione di una malattia sistemica che principalmente necessita di un trattamento oncologico globale che nella maggior parte dei casi deve prevedere un trattamento farmacologico (chemio, ormonoterapia, farmaci biologici, ecc) integrato da altre terapie come radioterapia e chirurgia. Con questa visione è possibile controllare la malattia neoplastica, la progressione ossea ed i sintomi correlati. A questo va aggiunto il controllo del dolore che rappresenta il sintomo più rilevante in questi pazienti. Accanto ai farmaci antitumorali, appaiono oggi molto importanti le già ricordate terapie di supporto che comprendono, nel caso specifico, anche le molecole in grado di potenziare la ricalcificazione dell'osso, quali ad esempio i "vecchi" bifosfonati e più recentemente il denosumab. Solo attraverso questa impostazione è possibile controllare la malattia neoplastica ed in particolare le metastasi ossee. Approcci mirati al solo controllo di una parte del problema, non possono dare risultati utili al paziente.

DOMENICO AMOROSO¹, ROBERTO BANFI², ROMANO DANESI³, FRANCESCO DI COSTANZO⁴, ALFONSO LAGI⁵, LORENZO LIVI⁶, ENRICO MINI⁷

¹ Primario oncologo dell'Ospedale "Versilia", ASL 12 di Viareggio

² Dirigente del Servizio Farmaceutico della AOU "Careggi" di Firenze

³ Ordinario di Farmacologia all'Università di Pisa

⁴ Direttore SC di Oncologia Medica I della AOU Careggi di Firenze

⁵ Primario della SOD Medicina d'Urgenza, ASL di Firenze

⁶ Ordinario di Radioterapia dell'Università di Firenze

⁷ Ordinario di Oncologia medica dell'Università di Firenze

PARTECIPANO



Domenico Amoroso



Roberto Banfi



Romano Danesi



Francesco Di Costanzo



Alfonso Lagi



Lorenzo Livi



Enrico Mini

AMOROSO – Oggi forse più che di terapia di supporto sarebbe più corretto parlare di trattamenti integrati alle differenti terapie specifiche antitumorali, con una particolare attenzione al fondamentale contributo offerto dagli specialisti della terapia del dolore.

Il problema delle metastasi ossee deve quindi essere modernamente affrontato in una vera e propria ottica di intervento multidisciplinare.

LIVI – Ovviamente non tutti i pazienti con metastasi ossee devono essere trattati nello stesso modo, visto che ad esempio un paziente che ha già riportato una frattura patologica verosimilmente dovrà essere avviato alla chirurgia mentre un altro con ripetizioni diffuse necessiterà in prima battuta di un intervento radioterapico. Appare pertanto fondamentale un approccio oncologico generalizzato, da adattare alla realtà patologica di ogni singolo malato.

DI COSTANZO – Anche secondo me, quando si valuta in particolare il problema metastasi ossee, è molto importante valutare ogni singolo paziente alla luce della sua situazione clinica globale e dello stadio della malattia. Un conto è infatti trattare un soggetto con isolate aree osteolitiche asintomatiche, un altro gestire una situazione caratterizzata da lesioni estese, in stato prefratturativo o addirittura già sedi di frattura, per lo più associate ad importante sintomatologia dolorosa e notevole scadimento della qualità della vita.

TOSCANA MEDICA – Dopo questo inquadramento introduttivo, affrontiamo il tema della discussione: *il denosumab rappresenta realmente un avanzamento nelle possibilità di cura e prevenzione delle complicanze dell'interessamento osseo metastatico?*

AMOROSO – Il denosumab sembra presentare indubbiamente dei vantaggi dal punto di vista gestionale, anche se la nostra esperienza è al momento assai limitata soprattutto a causa delle difficoltà attuali di reperimento.

Si tratta di un farmaco molto maneggevole, che viene somministrato per via sottocutanea e che presenta meno effetti indesiderati degli ormai classici bifosfonati, essendo indirizzato verso le nuove strategie terapeutiche oggi perseguite in Oncologia che cercano di identificare targets sempre più precisi, risparmiando in tal modo altri organi ed apparati non coinvolti dalla malattia.

DI COSTANZO – La disponibilità di nuove opzioni terapeutiche non può non tenere conto della precedente storia delle terapie di supporto nelle metastasi ossee e dei risultati raggiunti che rappresentano la base con cui confrontarci. Lo standard in uso fino agli anni novanta del secolo scorso era puramente di tipo farmacologico, mirato direttamente sul tumore con interventi di tipo chemioterapico ed ormonale, ai quali veniva eventualmente affiancata la radioterapia. Negli anni successivi sono state associate in terapia anche le varie classi di bifosfonati, fino ad arrivare alla molecola di questa classe ad oggi dotata di maggiore efficacia, cioè lo zoledronato. I risultati ottenuti sono a favore di una riduzione delle fratture patologiche e di complicanze della metastatizzazione ossea rispetto alla sola chemioterapia e radioterapia. In Oncologia questi approcci terapeutici hanno rappresentato dei piccoli ma significativi passi in avanti ed hanno modificato l'impostazione di cura complessiva della malattia metastatica ossea e delle sue complicazioni.

In questa ottica deve essere considerata anche l'introduzione del denosumab che certamente presenta degli innegabili vantaggi quali la già ricordata modalità di somministrazione sottocutanea, una volta al mese, la minore nefrotossicità che ne permette la somministrazione anche in pazienti con elevati livelli di creatinina e, al pari di altre molecole simili, un potenziale effetto antitumorale ancora da verificare ulteriormente. Uno studio di fase III ha infatti dimostrato un'efficacia superiore di denosumab rispetto a acido zoledronico nel trattamento delle metastasi ossee in 2.049 pazienti affette da carcinoma mammario in stadio avanzato. La superiorità è stata dimostrata nel ritardare una serie di complicazioni scheletriche gravi.

AMOROSO – A mio parere l'avanzamento delle conoscenze sui processi di metastatizzazione ossea rappresenta uno dei campi più affascinanti della ricerca in Biologia.

Per potere parlare di effettivo miglioramento è necessario che vengano costruiti appositi studi randomizzati di fase 3 che mettano a confronto le nuove molecole con quello che ad oggi appare in questo campo lo standard terapeutico di riferimento cioè lo zoledronato. A questo proposito ricordo che alcuni trials relativi al tumore di mammella, prostata ed al mieloma multiplo hanno dimostrato la superiorità del denosumab rispetto allo zoledronato per quanto riguarda alcuni endpoints significativi, rappresentati appunto dagli eventi scheletrici correlati alla malattia neoplastica. L'anticorpo monoclonale d'altra parte non ha mai dimostrato alcun vantaggio i termini di sopravvivenza rispetto al bifosfonato, essendo semmai stato responsabile di alcuni eventi avversi legati ad un suo importante effetto collaterale, vale a dire l'ipocalcemia.

MINI – Un risultato significativo degli studi clinici controllati è il prolungamento del tempo alla comparsa degli eventi scheletrici in corso di malattia neoplastica metastatica di 3-4 mesi ottenuto con il trattamento con denosumab rispetto a quello con zoledronato. Per questo tipo di pazienti con malattia disseminata e quindi a prognosi complessivamente infausta, si tratta di un risultato rilevante soprattutto dal punto di vista della qualità della vita e sarà interessante verificarlo nella pratica clinica quotidiana.

BANFI – Oggi per problemi essenzialmente di natura economica, gli studi di farmacoeconomia vengono costruiti mettendo a confronto la molecola da testare contro uno o più placebo. Un aspetto legato al denosumab è rappresentato invece dal fatto che è stata una delle poche molecole in questi ultimi anni testata direttamente "contro" il suo potenziale "concorrente", vale a dire l'acido zoledronico, con qualche indiscutibile vantaggio, seppure di non grandissima rilevanza. Quello che comunque penso sia molto importante cercare di quantificare è la frequenza delle complicazioni legate alla somministrazione degli anticorpi monoclonali (aumento di infezioni quali pancreatiti ed endocarditi ed anche di alcune forme tumorali). Il grosso problema del clinico secondo me è proprio quello di riuscire a capire i limiti reali del rapporto costo/beneficio connesso all'impiego di queste molecole.

TOSCANA MEDICA – Prendendo spunto dalla questione della sicurezza di impiego adesso citata, come si può riassumere il profilo generale del denosumab?

DANESI – Il denosumab è stato il risultato della migliore comprensione del meccanismo osteolitico che sta alla base del processo di metastatizzazione neoplastica e questo ha sostanzialmente permesso di identificare un nuovo bersaglio terapeutico.

Con i bisfonati abbiamo cercato di inibire la proliferazione degli osteoclasti creando delle condizioni di tossicità locale grazie appunto all'azione dell'acido fosfonico la cui caratteristica principale è quella di concentrarsi in maniera molto selettiva nella struttura ossea.

Con l'introduzione del denosumab si è compiuto un vero e proprio salto di notevole qualità culturale.

Questo anticorpo monoclonale agisce infatti sul RANKL o RANK Ligand, proteina prodotta anche dalle cellule tumorali, che agisce con attività tipicamente paracrina sulla promozione dell'attività specifica degli osteoclasti legandosi al recettore RANK. Un aspetto estremamente interessante del denosumab, seppure ancora non perfettamente chiarito, è inoltre rappresentato dalla sua azione sul RANK Ligand non solo a livello degli osteoclasti ma anche delle cellule tumorali con l'effetto di limitarne la proliferazione (Figura 1).

AMOROSO – La questione degli effetti collaterali di una nuova molecola è senza dubbio di enorme importanza, soprattutto quando si parla di farmaci biologici, essendo infatti di fronte a profili completamente differenti, ad esempio, da quelli dei chemioterapici o delle sostanze attive sul sistema ormonale.

Per quanto riguarda il denosumab una metanalisi del giugno 2012 che ha preso in esame circa 6.000 pazienti ha evidenziato che, rispetto ai bifosfonati, il suo profilo di tossicità appare abbastanza favorevole, legato ad una riduzione della tossicità renale ed ad un contemporaneo incremento della calcemia. Tra l'altro approfittando per ricordare che il denosumab deve essere impiegato insieme ad una adeguata supplementazione di calcio e vitamina C.

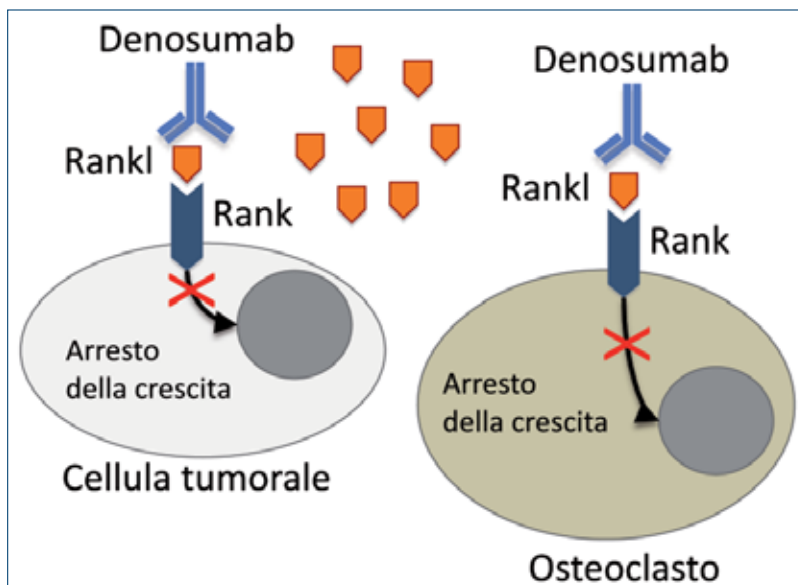


Figura 1 - Il sistema Rank/Rankl (Rank ligand) è coinvolto nella crescita ed inibizione dell'apoptosi nelle cellule tumorali e negli osteoclasti. Per questa ragione, il denosumab può inibire la stimolazione della crescita e la resistenza all'apoptosi in entrambe le cellule.

DI COSTANZO – Effettivamente i risultati ad oggi disponibili, provenienti da 4 o 5 studi clinici randomizzati, depongono per un profilo complessivamente positivo del denosumab, anche se non bisogna dimenticare che, dopo la registrazione nei singoli Paesi, questi farmaci vengono per lo più utilizzati in una popolazione molto più ampia e per alcuni versi diversa da quella dei pazienti inclusi nei trial clinici sia in senso positivo che negativo. Ad esempio, l'osteonecrosi della mandibola secondaria a terapia con bifosfonati negli studi di fase III non era emersa con la gravità che la pratica clinica allargata ha dimostrato.

Questo farmaco potrà sicuramente avere una sua collocazione nelle strategie delle metastasi ossee, anche se al momento è piuttosto difficile valutare come si inserirà nell'ambito della flow-chart terapeutica. Questo dipenderà dalle indicazioni di registrazione AIFA, da ulteriori studi, dal costo, ecc.

LIVI – È vero che non siamo di fronte ad una novità terapeutica epocale, però ritengo che il denosumab rappresenti davvero una novità significativa nella cura di questi malati non dimenticando che, come giustamente sottolineato, la sua efficacia è stata testata proprio contro i suoi più diretti concorrenti.

MINI – Il profilo di sicurezza del denosumab sembra molto buono, soprattutto per quanto riguarda l'assenza di nefrotossicità. Non bisogna tuttavia dimenticare che, al pari dei bifosfonati, la sua somministrazione può essere responsabile di osteonecrosi della mandibola. Si tratta di un evento avverso oggi ben conosciuto, ma che anni fa emerse come evento imprevisto della terapia con i bifosfonati dopo la loro commercializzazione. Attualmente questa è un effetto collaterale che può essere efficacemente prevenuto sia per i bifosfonati che per il denosumab.

L'impiego di questo nuovo farmaco nella pratica clinica oncologica e la farmacovigilanza permetteranno di inquadrare ancora meglio il suo profilo di sicurezza che come ho detto appare buono.

DI COSTANZO – Per quanto riguarda l'osteonecrosi mandibolare, dopo l'"epidemia" di qualche anno fa, oggi le cose sono decisamente migliorate grazie ad

una attenta prevenzione che gli oncologi hanno messo in atto in collaborazione con gli odontoiatri. Tutti questi soggetti, prima dell'inizio della terapia, vengono infatti sottoposti ad una visita specialistica da parte di odontoiatri sensibilizzati al problema ed effettuano una ortopantomografia alla ricerca di eventuali situazioni locali, magari misconosciute, che potrebbero agire come fattori predisponenti alla necrosi ossea della mandibola. In particolare la consulenza odontoiatrica serve per escludere quei soggetti che per cause parodontali o gengivali presentano una mobilità abnorme dei denti che condiziona un rimaneggiamento continuo dell'osso e per effettuare interventi di bonifica dentaria. Con questo approccio terapeutico i casi di osteonecrosi nella nostra esperienza sono quasi del tutto scomparsi.

AMOROSO – Sempre per rimanere in tema ricordo che a questo proposito esiste addirittura anche una raccomandazione ministeriale basata sulla buona pratica di una corretta e complessiva igiene dentale al fine di prevenire l'insorgenza della osteonecrosi mandibolare.

BANFI – Tornando per un attimo alla questione dei pro e dei contro del denosumab, ricordo che alcune recentissime raccomandazioni inglesi sottolineano che, seppure non presentando alcun vantaggio in termini di sopravvivenza, appare tuttavia efficace nel ritardare le complicanze ossee nei pazienti con malattia neoplastica disseminata e nel controllarne la sintomatologia dolorosa. Si sottolinea inoltre che i potenziali utilizzatori del farmaco devono essere accuratamente selezionati per individuare solo quelli nei quali sia oggettivamente possibile attendersi dei vantaggi significativi.

TOSCANA MEDICA – *Alla luce di quanto detto finora è possibile sintetizzare gli effetti collaterali del denosumab?*

LAGI – In assenza di una esperienza clinica ad oggi significativa, credo che le sue credenziali siano complessivamente ottime.



Figura 2 - Radioterapia dell'osso.



Figura 3 - Frattura patologica.

LIVI – In estrema sintesi si può dire che siamo di fronte ad una molecola che può causare soprattutto osteonecrosi mandibolare ed ipocalcemia.

DI COSTANZO – Tra l'altro l'ipocalcemia indotta dal denosumab sembra essere di insorgenza piuttosto rapida e questo non deve mai fare dimenticare la supplementazione calcica durante questo tipo di terapia.

Rimanendo sempre in tema di "effetti collaterali", non credo debba essere poi tralasciato l'aspetto economico della terapia con farmaci biologici, valutazione di enorme importanza in tempi di crisi come quelli che stiamo attraversando adesso. Tuttavia pur essendo un monoclonale e quindi potenzialmente ad alto costo, informazioni preliminari suggeriscono un costo ragionevole rispetto ai bifosfonati di ultima generazione.

MINI – Non essendo eliminato per via epatica ma seguendo la via metabolica e di eliminazione delle immunoglobuline, il denosumab è più facilmente gestibile rispetto ai bifosfonati ed i suoi potenziali effetti collaterali sono pertanto limitati anche nei soggetti con insufficienza epatica o renale di più o meno elevata gravità.

DANESI – Il denosumab tra l'altro, rispetto al bifosfonato, presenta un'eliminazione molto più rapida, presentando in tal modo dei riflessi importanti anche sulla gestione degli eventuali eventi avversi legati appunto alla lunga permanenza della molecola nell'organismo (vedi appunto la nefrotossicità).

TOSCANA MEDICA – *Torniamo per un attimo alla questione economica legata all'impiego di questo anticorpo monoclonale.*

AMOROSO – Essendo ovviamente doveroso, soprattutto in questo periodo, non trascurare la questione economica, credo che il ragionamento in linea generale debba essere impostato non tanto sul costo del singolo farmaco, quanto sui vantaggi che si possono trarre dal suo impiego in termini di miglioramento della qualità della vita dei pazienti ed in possibilità di ripresa dell'attività lavorativa.

Nel caso specifico del denosumab non dimentichiamo che i periodi di ospedalizzazione causati dalla diffusione metastatica a livello delle ossa, le fratture patologiche, le terapie in regime di day-hospital, i ricoveri in ospedale, le sedute di radioterapia, i lunghi periodi di convalescenza a casa sono tutti elementi che contribuiscono a fare delle valutazioni farmacoeconomiche una problematica estremamente complessa ed articolata: è stato per esempio calcolato negli Stati Uniti un solo evento avverso a livello scheletrico "costa" in un singolo paziente dai 7 ai 12.000 dollari.

DI COSTANZO – Negli Stati Uniti la terapia con denosumab costa 1650 dollari al mese, contro gli 844 dello zoledronato e queste cifre in Italia possono essere contenute attraverso il sistema del risk-sharing o pay-back. Questo perché nel nostro Paese esistono tutta una serie di meccanismi regolatori del commercio dei farmaci che in molti casi fanno apparire i nostri costi irrisori rispetto ad altre realtà di altri paesi.

Un'altra considerazione importante è data dal fatto che nel nostro Paese appare indispensabile che il farmaco biologico venga inserito in un apposito database che raccolga tutti i pazienti che l'hanno ricevuto, con la segnalazione degli eventuali eventi avversi.

LIVI – Non dimentichiamo poi che l'acido zoledronico sta perdendo il brevetto e per questo è ipotizzabile la prossima comparsa sul mercato di qualche generico con conseguente modificazione delle dinamiche di mercato. In questo senso ancora più importante appare il meccanismo di selezione dei pazienti ai quali somministrare questo tipo di terapie.

BANFI – Il nostro sistema di quantificazione delle spese e dei vantaggi legati ad una determinata terapia appare ancora oggi imperfetto visto che, per fare un esempio, non è poi così chiaro quanti siano realmente i giorni di lavoro guadagnati dall'impiego di un certo farmaco. D'altra parte non possiamo certo trascurare anche quanto "costi" una complicanza infettiva legata all'impiego di un biologico in un paziente affetto da malattia neoplastica.

A parte comunque la questione dei costi diretti ed indiretti, in Italia come del resto in altri Paesi il co-

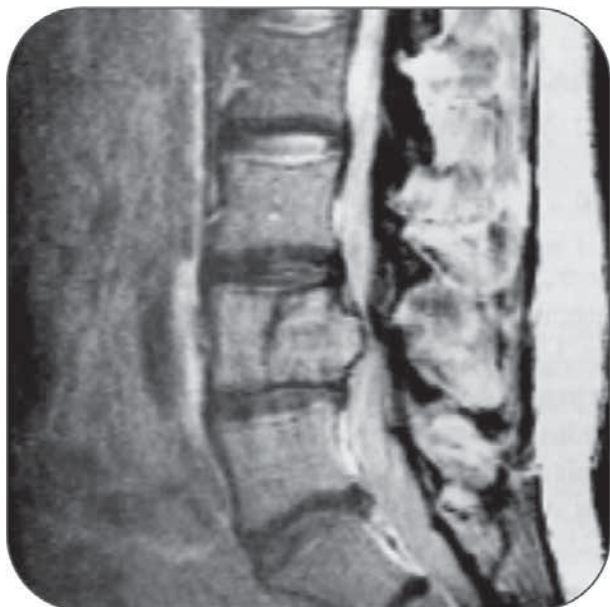


Figura 4 - Compressione del midollo spinale.



Figura 5 - Terapia chirurgica di frattura ossea.

sto finale del denosumab sarà definito dagli accordi intercorrenti tra le autorità regolatorie e le industrie produttrici.

MINI – Le manifestazioni infettive riportate in corso di trattamento con denosumab sono rare ed in genere di entità lieve o moderata, e peraltro le infezioni si verificano nella stessa percentuale anche con l'impiego dello zoledronato. Si tratta verosimilmente di eventi associati allo stato di immunosoppressione tipica del paziente oncologico e dei concomitanti trattamenti chemioterapici.

DANESI – Il sospetto che l'impiego del denosumab potesse aumentare il rischio infettivo nei pazienti oncologici si basava per lo più su evidenze in vitro, anche se l'esperienza clinica non ha sostanzialmente confermato questa ipotesi.

DI COSTANZO – Come conclusione della discussione vorrei sottolineare un punto a mio parere molto importante: ad oggi non tutti i pazienti neoplastici con metastatizzazione ossea devono necessariamente ricevere sempre e comunque i farmaci dei quali abbiamo parlato fino ad ora. In molti casi infatti l'approccio terapeutico a questo tipo di pazienti si può basare su trattamenti di differente natura come ad esempio chemio e radioterapia. Questo significa che ogni singolo paziente deve essere attentamente valutato in un contesto pluridisciplinare che identifichi caso per caso la strada migliore da percorrere. La selezione operata in questa maniera, alla luce anche della storia naturale della malattia che vede le neoplasie comportarsi in maniera differente per quanto riguarda l'evoluzione della localizzazione ossea, non può che avere ricadute importanti anche per quanto riguarda l'aspetto di outcome e dei costi.

Migliorano efficacia e sicurezza dei farmaci innovativi

GIANCARLO BERNI

Gli studi che sottendono ai *trials* sulla sperimentazione clinica dei farmaci innovativi sono condotti, oggi con molta maggior attendibilità scientifica, col metodo della non inferiorità nei confronti di quelli efficaci già in uso e non più contro placebo.

Così si elevano gli standard di efficacia nei confronti dei risultati delle terapie tradizionali già riconosciute sulla base delle metanalisi condotte secondo le regole della Evidence Based Medicine. Ne risulta, utilizzando i farmaci cosiddetti innovativi testati con questo metodo, una ulteriore garanzia di efficacia, disponibile per i medici e soprattutto a favore di chi soffre. È il caso dell'anticorpo monoclonale denosumab proposto per la prevenzione degli eventi scheletrici correlati alle metastasi ossee da tumori solidi e mieloma.

Il più lungo periodo che intercorre tra la diagnosi di metastatizzazione ossea e la comparsa di fratture, col ricorso alla radioterapia, alla chirurgia, alla decompressione midollare e alla comparsa della pericolosa ipercalcemia maligna, sono un risultato documentato nei confronti della terapia già in uso orientata allo stesso problema.

Esiste anche un guadagno in salute a causa della minore incidenza di complicazioni invalidanti, successive alla comparsa di complicità delle metastasi ossee, che promuove l'impiego di questo farmaco anche a favore dei pazienti nefropatici.

È vero peraltro che i vantaggi documentati risul-

tano di grandezza contenuta rispetto agli obiettivi ricordati quando si consideri l'impiego aggiuntivo del denosumab nel contesto generale del trattamento oncologico.

È certo però che offrire al paziente una qualità di vita migliore e rimandare nel tempo le invalidità legate alla compromissione ossea è una opportunità da non perdere.

È d'obbligo domandarsi quanto costi il raggiungimento di questi obiettivi. In tempi di *spending review* è necessario cercare di rispondere a questa domanda che non può però trovare nel sicuro aumento della spesa diretta (per quanto non si conosca ancora il prezzo di contrattazione nel mercato italiano) le ragioni di una sua bocciatura.

È infatti necessario considerare dal punto di vista farmacoeconomico, oltre al guadagno in salute, la riduzione dei costi indiretti legati al procrastinare interventi per le complicità delle metastasi ossee e sulle loro sequele.

L'allargamento alla fascia dei pazienti con insufficienza renale, esclusa dal trattamento con acido zoledronico, rappresenta un'altra freccia a disposizione della moderna medicina. In altri termini si può concludere che la ricerca farmaceutica ci consente, anche in questo campo, di migliorare la cura di questi pazienti da selezionare, tuttavia, con grande oculatezza, in base a rigidi criteri individualmente valutati.

TM

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



Massimo Milli, Spec. in Cardiologia. Dal 1991 dirigente medico c/o il Rep. di Cardiologia dell'Osp. di S. Maria Nuova (ASF) ove attualmente presta servizio come Direttore f.f. della struttura. Dal 2000 ha costituito a S. Maria Nuova un programma di assistenza dedicato alla gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico.



La comunicazione paziente/medico

Un importante strumento per migliorare la qualità dell'assistenza Un decalogo degli aspetti relazionali

La nostra esperienza

Il tema del rapporto medico-paziente è da tempo oggetto di riflessioni: in questa relazione ogni soggetto coinvolto (comunità scientifica, professionisti sanitari e cittadini) ha avuto modo di evidenziare un'escalation della conflittualità che, dopo l'allontanamento dagli antichi binari affettivo-paternalistici, sta producendo un progressivo distacco tra due figure che dovrebbero collaborare per un solo obiettivo: la salute. Le cause sono molteplici e complesse; tra queste, l'incremento del tecnicismo, l'iper-specializzazione del medico, il cambiamento della società e la conseguente modificazione dei valori di riferimento, degli atteggiamenti relazionali e dell'immaginario collettivo.

Punta dell'iceberg di questo scenario è il colloquio tra medico e paziente che diventa elemento critico dove si condensano tutte le tensioni latenti. Eppure l'importanza di questo incontro è chiara: rappresenta un momento fondamentale, sia nel setting del ricovero ospedaliero sia in quello ambulatoriale, per ricavare importanti informazioni anamnestiche tra i cui fini, oltre a quello del raggiungimento di una corretta diagnosi, c'è anche quello di promuovere la partecipazione della persona alle decisioni che riguardano la propria salute. Questo facilita l'instaurarsi di una relazione terapeutica che garantisce l'aderenza alla cura da parte del paziente e rende edotti sia il paziente che i suoi familiari sull'andamento della malattia. Al raggiungimento di questi obiettivi si frappongono vari ostacoli:

- la mancanza di una adeguata formazione accademica del medico sui principi della comunica-

zione verbale, paraverbale (tutto ciò che interessa la voce tranne il contenuto) e non verbale (il linguaggio del corpo), rimandando questi aspetti solo alla sensibilità personale;

- la continua pressione riguardo alla necessità della contrazione dei tempi sia di ricovero che delle prestazioni ambulatoriali; ciò collide, almeno apparentemente, con la possibilità di avere rapporti qualitativamente soddisfacenti di colloquio con il paziente;

- la carenza di setting ambientali adeguati per comunicare al paziente o ai suoi familiari informazioni spesso emotivamente pesanti riguardo alla prognosi della malattia.

Comunicare e porsi nel modo corretto nei confronti del paziente ha una ricaduta sia sul piano clinico sia su quello legale. A riprova di quanto non solo i contenuti del colloquio, ma anche gli aspetti di comunicazione paraverbale e non verbale siano fondamentali per gli aspetti di rivendicazione legale, è interessante notare ad esempio che negli Stati Uniti alcune compagnie assicurative fissano il premio per i singoli medici anche sulla base di una valutazione di un colloquio medico/paziente video registrato, i cui contenuti verbali vengono criptati, consentendo l'analisi dei soli aspetti paraverbali e non verbali; sulla base di questi elementi lo psicologo della compagnia assicurativa individua la percentuale di rischio che quel medico ha di andare incontro a contenziosi legali. Ugualmente, analizzando i contenuti dei reclami pervenuti all'URP della nostra Azienda Sanitaria di Firenze¹, abbiamo rilevato che questi riguardano essenzialmente difficoltà relative a problemi di comunicazione e, in percentuale molto mi-

MASSIMO MILLI¹, FEDERICO TRENTANOVE²,
FEDERICA BIONDI³, ILARIA SARMIENTO⁴,
FABRIZIO BANDINI⁵, ALFREDO ZUPPIROLI⁶,
STEFANIA POLVANI⁷

¹ Cardiologo, Ospedale Santa Maria Nuova Laboratorio NBM ASL 10 Firenze

² Antropologo, Laboratorio NBM ASL 10 Firenze

³ Sociologa, Laboratorio NBM ASL 10 Firenze

⁴ Psicologa, Laboratorio NBM ASL 10 Firenze

⁵ Cardiologo, Ospedale Mugello Laboratorio NBM ASL 10 Firenze


⁶ Cardiologo, Dipartimento Cardiologico Laboratorio NBM ASL 10 Firenze

⁷ Sociologa, Educazione alla Salute Laboratorio NBM ASL 10 Firenze

¹ Dati relativi all'area medica nel 2009.

Decalogo del *buon paziente*


Io...




- 1** **Ho uno scopo** *Voglio capire cos'ho, cosa devo fare per curarmi, se ci sono altre possibilità di cura e se sono in buone mani*
- 2** **Mi presento** *Presento al medico la mia persona*
- 3** **Informo** *Riassumo al medico le mie condizioni di salute e la mia storia clinica*
- 4** **Osservo** *Guardo il medico mentre mi informa sulle mie condizioni*
- 5** **Mi faccio capire** *Ripeto al medico quel che mi sembra non abbia capito della mia situazione e delle mie difficoltà*
- 6** **Ascolto** *Smetto di parlare e cerco di capire cosa mi sta dicendo il medico*
- 7** **Esprimo** *Dico al medico quel che non ho capito, o che non sono sicuro di aver capito bene, e le mie perplessità*
- 8** **Dubito** *Sono sicuro di aver detto tutto il necessario e di aver compreso esattamente cos'ho e cosa devo fare?*
- 9** **Chiedo** *Pongo domande al medico, anche se mi sembrano non pertinenti o ridondanti*
- 10** **Chiarifico** *Il medico ha frainteso qualcosa? Ho qualche difficoltà che non sono riuscito a comunicare? Ho chiari i punti fondamentali del colloquio?*

Decalogo del *buon medico*


Io...



- 1** **Ho uno scopo** *Vorrei che il paziente uscisse dall'ambulatorio informato sulle proprie condizioni e propenso a seguire la cura*
- 2** **Mi presento** *Non do per scontato che il paziente sappia già chi sono*
- 3** **Informo** *Fornisco al paziente tutte le informazioni sul suo stato di salute, il trattamento e lo stile di vita da seguire*
- 4** **Osservo** *Guardo il paziente ed osservo le sue reazioni, mentre gli dico cosa ha e cosa deve fare*
- 5** **Mi faccio capire** *Uso stile, linguaggio e terminologia che mi sembrano adeguati alla persona che ho di fronte*
- 6** **Ascolto** *Lascio spazio al paziente di esprimersi anche se tocca aspetti apparentemente non legati al contesto specifico*
- 7** **Esprimo** *Aiuto il paziente ad esprimere i suoi dubbi ed esemplifico le indicazioni terapeutiche*
- 8** **Dubito** *Sono sicuro che il paziente abbia capito cosa dovrà fare al momento che terminerà l'incontro?*
- 9** **Chiedo** *Chiedo al paziente di ripetere le mie indicazioni*
- 10** **Chiarifico** *Rafforzo e cerco di spiegare, anche con altre parole, le indicazioni sul percorso di cura*



SSI Azienda Sanitaria Firenze
Servizio Sanitario delle Toscano



Medicina basata sulla Narrazione
Progetto Name 2

REFERENTI

Dott. Massimo Milli Dott. Federico Trentanove
massimo.milli@inf.toscana.it ftrentanove.esterno@inf.toscana.it

Figura 1

nore, ad aspetti di carattere tecnico-professionale.

D'altra parte, se è vero che il medico deve porre attenzione a come si relaziona con il paziente, valorizzando l'aspetto dell'ascolto dei disturbi e del vissuto di malattia del paziente, è anche vero che il paziente deve arrivare *preparato* al colloquio con il medico e pronto anche a mettere in discussione l'idea che si è fatta della propria situazione clinica. La grande facilità di accesso ad informazioni sanitarie, per esempio via web, rappresenta infatti una risorsa importante per rendere più *esperto* il paziente su vari aspetti della propria malattia, ma può anche determinare delle errate interpretazioni della propria situazione clinica che, se non affrontate in modo *elastico* dal paziente al momento del colloquio, possono impedirgli di comprendere a pieno l'entità del problema e le motivazioni di alcune scelte terapeutiche. In conclusione non dobbiamo mai scordarci che il colloquio medico/paziente, essendo un atto che coinvolge due attori, deve prevedere attenzioni, fiducia e rispetto da entrambe le parti.

Lo spirito della nostra proposta, rivolta sia ai pazienti che ai medici, parte dalla considerazione che il cittadino ed il sanitario non sono categorie astratte, immutabili ma rappresentano entrambe l'evoluzione della società. E se questa si muove sempre più su binari tecnico-scientifici, con minore attenzione ai risvolti umani ed esistenziali della malattia, il prodotto inevitabile sarà quello di un paziente pieno di attese nelle capacità miracoliche della medicina e quello di un medico *mal-educato* nel convincimento che si possa trascurare (*trans-curare*) la biografia perché è la biologia che conta. Se atteggiamenti di autoreferenzialità paternalistica, forti di un sapere tecnico-scientifico fatalmente asimmetrico, sono ormai in fase di progressivo disconoscimento, sarebbe un errore spostare

l'asse della bilancia verso una posizione altrettanto squilibrata dove l'autonomia della persona sia data aprioristicamente e non piuttosto considerata come un traguardo da raggiungere anche all'interno del percorso di malattia. Viaggio che non può che essere intrapreso insieme dai curanti e dai curandi e non certo in reciproca solitudine o, peggio ancora, con litigiosità.

È in questa direzione che si muove la medicina basata sulla narrazione (Narrative Based Medicine, NBM) che nasce allo scopo di affiancare la medicina basata sulle prove (Evidence Based Medicine, EBM), cercando di dotare il professionista e il paziente di ulteriori strumenti, quelli narrativi, utili per favorire la reciproca comprensione. La NBM si muove a stimolare e migliorare sia le narrazioni delle storie di malattia sia le spiegazioni cliniche e terapeutiche, ed aiuta a decrittare e decostruire le strutture narrative e i codici semiotici che si articolano durante il colloquio.

L'Azienda Sanitaria di Firenze da anni si muove in questo filone promuovendo progetti di medicina narrativa che hanno avuto diverse finalità rivolgendosi sia alla ricerca (analisi qualitative e quantitative) sia alle successive applicazioni. In particolare le ricerche qualitative attuate nel progetto NaMe (Narrative Medicine) e nel progetto NaMe2 si sono concentrate su interviste semi-strutturate a pazienti e videoregistrazioni di colloqui medico/paziente nei reparti di Cardiologia, Oncologia e di Rianimazione. L'analisi quantitativa e testuale si è invece focalizzata sulle storie racchiuse nei reclami arrivati all'Urp nei confronti del Dipartimento di Medicina, per l'anno 2009. A tutto ciò si sono aggiunti i convegni sulla Medicina Narrativa del 2009 e del 2012 e gli incontri formativi sulla comunicazione medico-paziente, svolti nel 2011/2012 e centrati sulla pratica medica quotidiana.

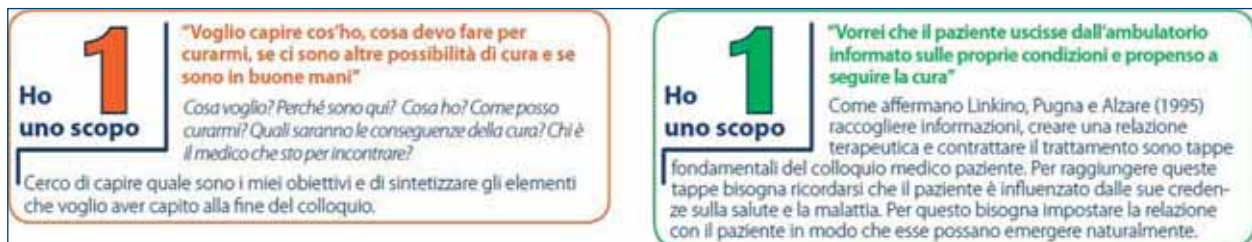


Figura 2



Figura 3

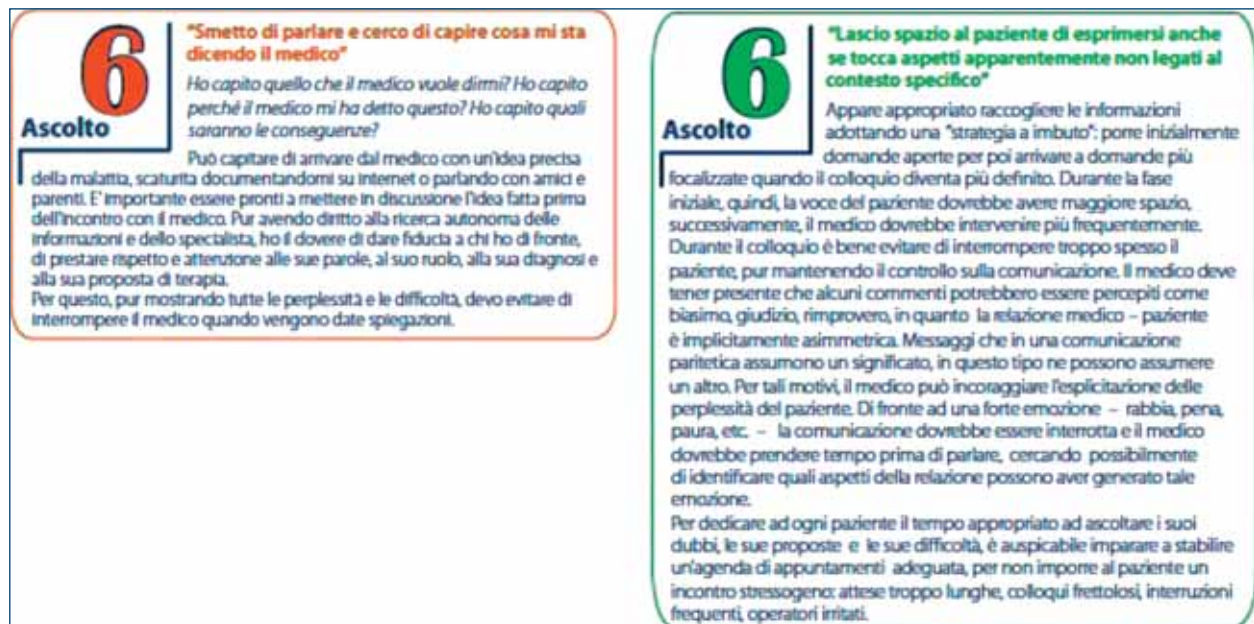


Figura 4

La nostra proposta

Riteniamo opportuno proporre alla comunità medica, al fine di sollecitare riflessioni e commenti, un decalogo che focalizza alcuni snodi fondamentali nella comunicazione tra medico e paziente. Si tratta del risultato di un lavoro multidisciplinare che ha visto coinvolti i clinici insieme a psicologi, sociologi, antropologi ed esperti di comunicazione.

Il decalogo ha l'intento di offrire al medico e al paziente, in modo rapido ed efficace, consigli e spunti per le riflessioni. Concentrandosi sul momento del colloquio, il decalogo identifica le seguenti dieci azioni sia dalla prospettiva del medico che da quella del paziente²:

1. Ho uno scopo
2. Mi presento
3. Informo
4. Osservo
5. Mi faccio capire
6. Ascolto
7. Esprimo
8. Dubito
9. Chiedo
10. Chiarifico

Il decalogo è riportato sia in una locandina (Figura 1) che in una brochure contenente anche il questionario di valutazione d'efficacia. Nella brochure si trovano due sezioni (quella del paziente e quella del medico) dove vengono approfonditi i singoli punti del decalogo di cui diamo alcuni esempi nelle Figure 2, 3, 4.

Lo stile comunicativo si esplicita in tre livelli:

1. il concetto espresso da un verbo: un'azione spot chiara e comprensibile;
2. l'esplicitazione del concetto dal punto di vista del medico e del paziente;

3. ulteriori approfondimenti contenuti nella brochure.

Il decalogo è attualmente in uso a livello sperimentale presso alcuni ambulatori e reparti della nostra Azienda e sarà valutato e corretto attraverso i *feedback* degli operatori e dei pazienti che lo stanno utilizzando.

Conclusioni

Migliorando la comunicazione e la comprensione, il decalogo si propone l'obiettivo di una cura partecipata ed il più possibile adeguata alle esigenze del malato, cercando di contribuire alla costruzione di quel ponte che permette di stabilire una corretta relazione di fiducia tra medico e paziente. Dieci semplici suggerimenti per migliorare il colloquio e di conseguenza capire meglio sintomi, difficoltà quotidiane, diagnosi e strategie di cura, nella convinzione che il tempo della relazione è tempo di cura. Il decalogo si propone di promuovere la reciproca responsabilizzazione del paziente e del medico rifondando quel *patto di cura* tra medico e paziente che nel tempo si è andato progressivamente perdendo. Per concludere con Balint: non si tratta di auspicare un *medico buono* ma di ribadire con forza che un *buon medico* non può non affiancare alle competenze scientifiche anche quelle relazionali e non vi potrà essere un buon medico senza un buon paziente.

Gli autori segnalano che lo studio è stato sostenuto dalla Pfizer.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: massimo.milli@asf.toscana.it o ftrentanove.esterno@asf.toscana.it

TM

² L'ordine delle azioni non è da ritenersi secondo una rigida successione temporale.



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

Medicina generale

Un'opinione su farmaci, costi, sostenibilità in tempi di "revisione della spesa"

Antefatto generale

Passando immutato il pacchetto *spending review*, sarà possibile garantire prestazioni sanitarie di adeguata qualità nonostante i prelievi al *bancomat delle crisi* ovvero al settore della farmaceutica? In Toscana, ad esempio, si potrà (Tavola B13) «spendere ancora molto meno» nella farmaceutica territoriale?

Premessa

Un non corretto uso dei farmaci (e di altre tecnologie sanitarie), oltre a provocare danni all'ecosistema, comporta costi impropri a carico del SSN e del cittadino e rende non disponibili una notevole quantità di risorse che potrebbero essere impiegate utilmente a beneficio dei pazienti.

Dati nazionali e regionali (Tratto da Rapporto Osmed 2011 AIFA & ISS)

- Nel 2011 il mercato farmaceutico è stato pari a 26,3 miliardi di €, di cui i 3/4 rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale. In media, per ogni cittadino, la spesa per farmaci è stata di 434 €.
- La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è diminuita rispetto al 2010 dell'1,6%, ancora più marcata (-4,6%) è la riduzione di quella a carico del SSN, che nel 2011 è stata pari 12,4 miliardi di €. La Sicilia, con 258 € pro capite, è la Regione con la spesa di classe A-SSN più elevata, mentre **la regione con il valore più basso è la Toscana con 167.7 €.**
- Il consumo farmaceutico territoriale di classe A-SSN aumenta dello 0,7% rispetto all'anno precedente: ogni mille abitanti sono state prescritte 963 dosi di farmaco al giorno, nel 2000 erano 580.
- La prescrizione di farmaci equivalenti, che nel 2002 rappresentava il 13% delle DDD/1000 abitanti die, costituisce nel 2011 oltre metà delle dosi. Circa un 1/3 della prescrizione è relativa a farmaci generici equivalenti, una quota tra le più basse osservate a livello internazionale.

Costi e bisogni

Sono i due bracci della bilancia entro i quali si dibatte da qualche tempo il nostro SSN e re-

gionale: una difficile equazione nella quale giocano una parte rilevante numerose variabili. Una di queste è quella dell'aderenza alle terapie da parte del paziente, essenziale per ottenere i benefici che la cura si propone e indispensabile nel caso delle patologie croniche.

SAFFI ETTORE GIUSTINI*, BEPPINO MONTALTI**

* Medico di medicina generale ASL 3, consulente AIFA, e componente Commissione Terapeutica Regionale

** Medico di medicina generale ASL 3 Segr. Prov.le Fimmg Pistoia

• Ai medici e ai pazienti (e perché no ai decisori) deve interessare quanto e come l'aderenza alla terapia da parte del paziente condiziona l'efficacia della cura?

• Che ruolo giocano, sull'atteggiamento del paziente, la capacità comunicativa del medico e/o i vincoli a cui deve sottostare un sistema sanitario avaro di risorse?

• Da una carente compliance del paziente derivano conseguenze negative – sul piano economico soprattutto – per il servizio sanitario?

La quadratura del cerchio non è facile: data per certa l'influenza dell'aderenza alle terapie sulle sorti del sistema sanitario, resta da individuare attraverso quali strumenti gli operatori sanitari possano coinvolgere il paziente in un "circuito virtuoso" che, partendo dall'attività di prevenzione, giunga fino al trattamento – efficace anche se non risolutivo – della patologia cronica.

Dobbiamo tenere presente poi che come riequilibrare i conti è un problema *artificiale* nel senso che fin tanto che il tetto di spesa complessiva resta del 16%, per poterci permettere l'aumento generato dai costi dei farmaci cd innovativi, la Medicina Generale dovrà raschiare il fondo del barile... ma anche questo, nel tempo non sarà sufficiente e penso che il tempo sia giunto.

Con la contrazione accelerata dei ricoveri e con la conseguente diminuzione delle giornate di degenza, si è ormai spostata sul cosiddetto "territorio" la gran parte delle spese per il ciclo di cure dei pazienti soprattutto quelli cronici.

Anche e soprattutto con la presa in carico attraverso il Chronic Care Model dei pazienti affetti da diabete, bronchite cronica, ictus, scompenso di cuore non possiamo porci il problema della ottimizzazione delle cure in primo luogo relazionali e di supporto e in secondo luogo anche farmacologiche.

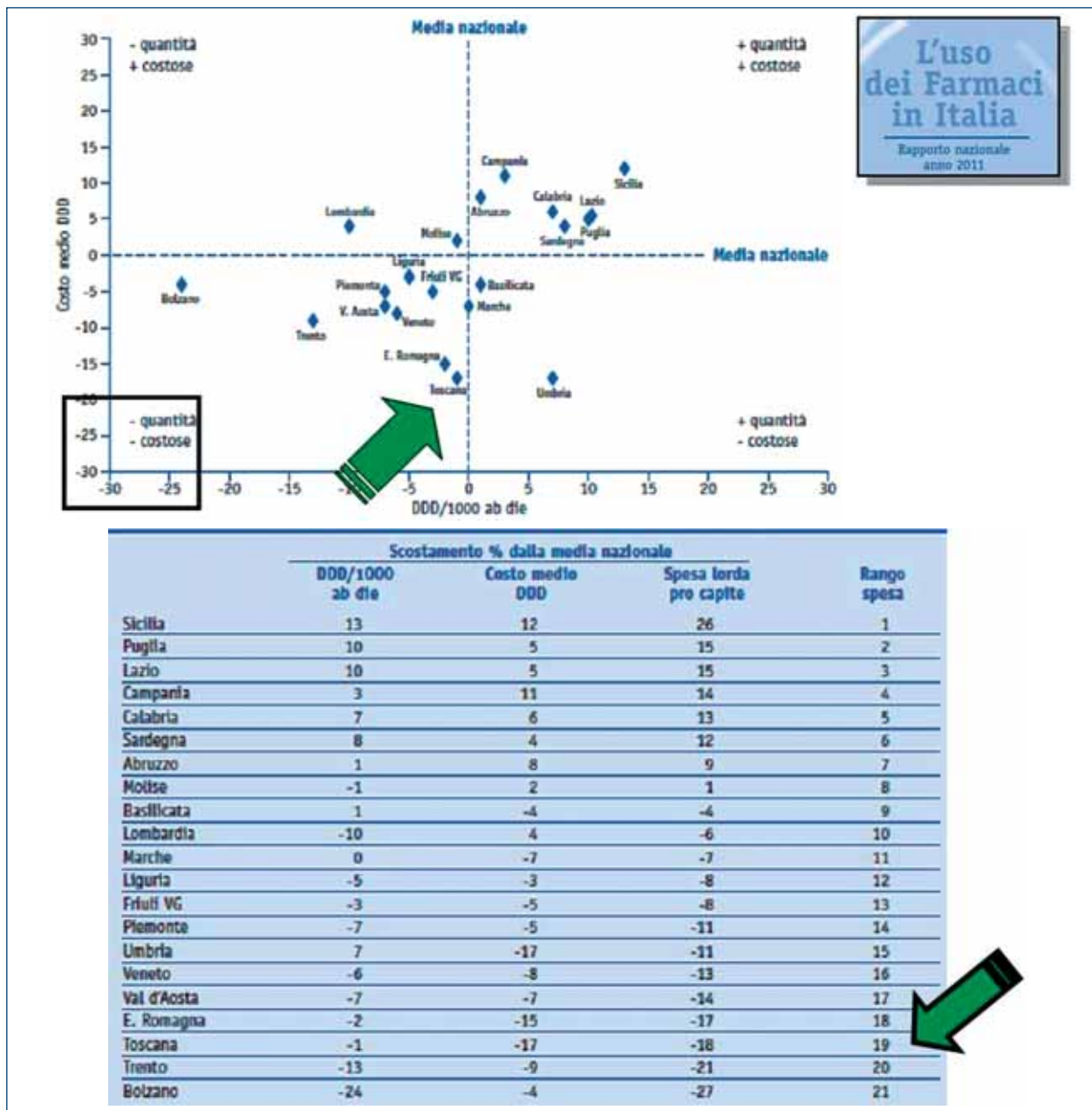


Tavola B.13 - Variabilità regionale dei consumi farmaceutici territoriali 2011 per qualità, costo medio di giornata di terapia e spesa (Tavola e Figura).

Sappiamo che queste passano dal vaglio di un controllo dell'aderenza e della compliance al trattamento, ad una lista di priorità del paziente con comorbidità, **ma anche nell'adeguamento** della politerapia in caso di nuove diagnosi e di sottotrattamento.

Postfazione

L'aumento dei costi associati alle nuove tecnologie e i limiti di spesa hanno stimolato la ricerca di una maggiore efficienza e appropriatezza e anche a tentare di valutare l'efficacia delle terapie non soltanto in base al costo di un singolo elemento, quale ad esempio il farmaco utilizzato, ma piuttosto in base al costo/paziente complessivo.

Non si può negare, e i cittadini (prima ancora che i malati) devono sapere e conoscere come la medicina generale in Toscana abbia dato e si stia operando molto per un uso oculato del farmaco (vedi Tavola B13 e Tabella fonte Rapporto Osmed 2011). E questo da molti anni e con non pochi sacrifici, visto che viviamo tutti nelle pieghe della società dei consumi. A nostro parere pertanto occorre:

1. analizzare i bisogni non ancora soddisfatti, totalmente o parzialmente dei pazienti, dall'attuale assistenza farmaceutica, con riferimento al ruolo del medico di medicina generale nella gestione dei farmaci; gli *unmet need* sono pochi ma l'accesso ai farmaci nuovi è **pericolosamente mi-**

nimo, aumenta la lista di attesa per la modifica dei piani terapeutici con aggravio dei costi, esclude di fatto dalla prescrizione la medicina generale con una deleteria perdita di cultura farmacologica sulle novità farmaceutiche, sulle interazioni, etc.;

2. analizzare i fattori clinici che possono favorire l'uso appropriato ed efficiente dei farmaci da parte dei medici di medicina generale in relazione alle criticità dei bisogni dei pazienti e alle comorbidità;

3. numerosi studi nazionali (vedi Rapporto Osmed 2011 ma anche i precedenti) dimostrano la variabilità prescrittiva dei medici di medicina generale «diretta o indotta» da specialisti che non si associa a dimostrate differenze di esiti nella salute della popolazione.

Oggi esistono sistemi informatizzati che possono migliorare l'individuazione, a partire dalla cartella clinica informatizzata, dei pazienti meritevoli di una *modifica terapeutica* e che permettono al medico di medicina generale di avere in tempo reale un completo controllo di gestione delle principali malattie croniche dei singoli e di sottogruppi di pazienti.

Ultimo aspetto ma determinante stante la gra-

ve crisi finanziaria europea è la necessità di vari soggetti (Regione, Industria, Università, Operatori) di investire nel settore della ricerca, volano per lo sviluppo.

Conclusione

Il grande interesse che la politica del farmaco suscita sia a livello nazionale che regionale, può trasformare il momento di crisi in una grande opportunità di politiche sociali, unendo finalmente in un accordo trasparente gli attori sopracitati, mettendo a frutto le potenziali risorse finanziarie dell'industria, quelle di interesse generale dell'amministrazione pubblica (dagli investimenti al raccordo con il mondo universitario per lo sfruttamento dei brevetti, etc), la volontà di coniugare ricerca e sviluppo anche locale del settore universitario.

In sintesi: uniformità di accesso alle cure per tutti i pazienti, disponibilità per il medico di ricorrere agli strumenti terapeutici complessivamente più appropriati, regolamentazione adeguata ed innovativa del mercato del farmaco.

TM

Il tablet nella pratica medica



Marco Macucci è nato nel 1960. Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1984 e specializzato in Neurologia nel 1988 presso l'Università di Firenze. Dottore di Ricerca in Fisiopatologia delle Funzioni Nervose. Dirigente Medico di I livello nella UOC Neurologia della AUSL 11 di Empoli, dove si occupa dell'Ambulatorio per le Malattie Neurologiche Rare.

ce *personal computer*, fisso o portatile. Ho immaginato due medici, A e B, il primo senza *tablet*, il secondo con *tablet*.

MEDICO A - Nel 2012 il medico si aggira nei reparti con foglietti scritti a mano, e con la necessità di doversi sempre fermare davanti

Uso il *personal computer* dalla metà degli anni Ottanta, e *internet* dalla fine degli anni Novanta. Più o meno dalla stessa epoca utilizzo regolarmente la posta elettronica. Ovviamente questi strumenti hanno cambiato, in meglio, il mio modo di lavorare, come per molti colleghi. Solo dall'inizio del 2012 ho iniziato ad usare un *tablet*, e vorrei dire due parole per affermare come, secondo me, questo strumento può migliorare il lavoro quotidiano del medico in misura molto maggiore del sempli-

ce a un *computer* libero per accedere agli applicativi aziendali e guardare cosa deve fare e dove deve andare, passando gran parte del suo tempo tra distrazioni e interruzioni. Non dispone di mezzi per farsi capire dai pazienti stranieri, non può fare registrazioni audio o video o foto dei pazienti comunicabili tramite la rete wi-fi aziendale (il telefono del medico di servizio permette solo di fare foto e registrare audio, di scarsa qualità e spesso non inviabili a terze persone).

Se ha bisogno di annotare un documento o parte di esso deve prendere appunti oppure prendere l'originale e cercare una fotocopiatrice. Se lo vuole trasmettere, sempre che sia del formato giusto, deve cercare un *fax*, oppure uno *scanner*, portarlo sullo schermo del *personal computer* e poi inviarli per *e-mail*. Quando si trova di fronte un paziente che si esprime male ha gravi problemi di comunicazione con esso. Come se non bastasse, deve consultare intere borse di documenti cartacei perché sulla prenotazione delle visite e degli esami sta

scritto di portare tutta la documentazione disponibile.

MARCO MACUCCI

UOC Neurologia - AUSL 11 - Empoli (FI)

MEDICO B - Il medico, che si muove all'interno della rete *wireless* dell'azienda, riceve tutte le richieste di consulenza sul *tablet* mediante un semplice messaggio *e-mail*, proveniente dal reparto richiedente, oppure può collegarsi a una piattaforma informatica mediante una semplice applicazione. Può consultare le immagini radiologiche sul *tablet* in ogni punto dello ospedale. Può tenere sul *tablet* molte migliaia di pagine necessarie per il suo lavoro archiviate *off-line*, e in ogni momento può consultare *internet* per ogni esigenza. Può registrare brani audio, scattare foto, registrare video e condividere tutto questo via mail in tempi reali con ogni operatore sanitario esterno o interno. Può tradurre frasi scritte o parlate per il paziente o dal paziente in oltre cinquanta lingue diverse per facilitare la comunicazione con i pazienti che non parlano italiano. Qualsiasi documento di qualsiasi formato, colore e dimensione deve semplicemente essere fotografato e può essere inviato subito per *e-mail* a chiunque senza bisogno di cercare un *fax* o una fotocopiatrice. Di fronte a un paziente con difficoltà di espressione ha a disposizione molti modi di comunicazione alternativa. I suoi pazienti ambulatoriali hanno tutti i documenti essenziali e scannerizzati raccolti in una chiavetta USB, di cui una copia resta sempre a casa del paziente.

Perché propongo questi modelli? Essi rappresentano in modo approssimato per difetto cosa si può fare avendo a disposizione un *tablet*, senza dover continuamente cercare qualcosa per fare qualcosa, mentre si tenta di ricordare qualcosa e di rispondere a qualcuno. Propongo quindi una lista, noiosa ma degna di riflessione, delle azioni che è possibile eseguire con un *tablet*, tenendo conto delle applicazioni disponibili mentre sto scrivendo questo articolo.

Prima di tutto è possibile scrivere, qualsiasi cosa, a mano o da tastiera, salvarlo e inviarla subito per *e-mail*. Ovviamente, si può leggere ogni testo in qualsiasi formato, sulla rete, ricevuto per *e-mail* o di qualsiasi altra origine. Posso disegnare o far disegnare al paziente quello che ritengo utile ricordare o inviare a qualcuno, a mano libera o usando un pennino. È possibile registrare ed ascoltare brani audio di qualsiasi natura, archivarli e inviarli a piacere (mai avuto problemi nel ricordare una storia clinica complessa e frammentata?). Sul versante visivo, è facilissimo vedere documenti foto e video di qualsiasi origine, così come fotografare lesioni, entità semiologiche o piccole parti salienti di documentazioni cliniche. Si possono filmare fenomeni clinici importanti senza dover sempre ricostruire descrizioni altrui, spesso incomplete perché non specialistiche. Quello che viene documentato può essere rivisto, anche insieme a colleghi più esperti. Inutile dire che si può cercare su *internet* o sulle reti *intranet* aziendali tutto quello che si vuole. Si può comunicare per *mail*, per telefono, o con canali più diretti quando

questi sono disponibili. È importantissima la possibilità di calcolare, usando calcolatori ordinari ma anche molte applicazioni mediche che permettono di eseguire calcoli clinicamente importanti o di determinare punteggi clinici in scale di valutazione di utilità diagnostica e prognostica. Quasi banale tenere un diario o un promemoria svuotandosi le tasche di fogli spiegazzati. Si può seguire una lezione o una conferenza. E infine, la possibilità di tradurre in decine di lingue diverse quello che diciamo ai pazienti o che da loro ci viene detto, con la possibilità di farli scrivere sulla tastiera adeguata alla loro lingua o anche di scrivere a mano gli ideogrammi con i quali si esprimono (quanto tempo si passa con i pazienti cinesi o comunque orientali in attesa dei mediatori culturali o di un familiare che parla italiano?) Ci possiamo fermare, ma solo per esigenze di spazio.

Per terminare questo scritto, però, è necessario ragionare anche come pazienti, oltre che da medici. Quindi, iniziamo a pensare quante persone malate non possono parlare, ma possono scrivere, ascoltare, guardare e indicare frasi, parole e oggetti. Pensiamo a quanti pazienti non parlano e non comprendono la lingua italiana o l'inglese, o quante persone comprenderebbero meglio quello che stiamo dicendo se noi avessimo a disposizione una semplice tavola anatomica per corredare le nostre parole. La sola esistenza delle applicazioni per la traduzione, a mio parere, giustifica l'uso sistematico del *tablet*. In sintesi, ciò che migliora in modo drammatico è il livello della comunicazione col paziente. Il *tablet* con le sue applicazioni si propone come strumento di mediazione comunicativa multidirezionale (intercomunicante col paziente e con soggetti terzi umani o informatici).

Alla luce di tutto quanto detto, forse vale la pena di provare a favorire l'uso di questo strumento, almeno dotando tutti i presidi ospedalieri di una rete *wi-fi* alla quale collegarsi. Riguardo alla dotazione dello strumento, sappiamo che non sono momenti adatti a pianificare spese aggiuntive. Tuttavia, si possono accettare tagli economici ma non alle nostre intelligenze: se questo piccolo aiuto migliora il nostro lavoro, non è giusto lasciarlo solo per il tempo libero. Possiamo cominciare usando i nostri *tablet* e scambiando reciprocamente insegnamenti e curiosità con i colleghi: non stiamo parlando di un giocattolo, visto che migliaia di colleghi in tutto il mondo lo stanno già usando.

Bibliografia

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

TM

Nota: l'autore di questo scritto non ha nessun rapporto economico, di collaborazione retribuita o gratuita con nessuna azienda produttrice o distributrice dello strumento tablet.



Giorgio Spagnolo, cardiologo ambulatoriale, ha presieduto per molti anni la Sez. Reg. le Toscana dell'Ass. Naz. dei Cardiologi Extraospedalieri, nel periodo 2000-2005 è rappresentante eletto dei colleghi della nostra Regione nella Consulta ENPAM degli Spec. Esterni, nella quale svolge tuttora il ruolo di Past-President.

Il fumo fa male alla salute e danneggia il portafoglio

Tanti motivi per dire stop alle "bionde"

Premesso che questa mia nota è dedicata ai tanti, anzi troppi colleghi e colleghe che non riescono ad abbandonare, come sa-

rebbe doveroso, la dipendenza dal fumo, inizio con il citare alcuni dati statistici molto significativi.

I fumatori in Italia sono circa 11,8 milioni, gli ex fumatori 7,8 milioni, i non fumatori 32,3 milioni. Nel 2010

sono stati venduti in Italia 87 milioni di chili di sigarette, e dato che un chilo corrisponde a 50 pacchetti da venti, possiamo parlare di 4350 milioni di pacchetti e di ben 87 miliardi di sigarette! Un pacchetto al giorno costa almeno 1800 euro all'anno, e con la recente "manovra" i prezzi dovrebbero salire di 20-25 cent. al pacchetto, che fanno un altro centinaio di euro all'anno. Dalle "accise" sulle sigarette (58,5% sul prezzo di vendita) lo Stato ricava 10,48 miliardi di euro, che però risultano appena sufficienti a coprire i costi sanitari dei danni prodotti dal fumo! Di qui la necessità di procedere ad un ulteriore aumento del prezzo delle sigarette: il nuovo introito dovrebbe essere, secondo quanto è stato proposto in Parlamento, destinato per intero al sostegno dell'assistenza sanitaria regionale, ed innescherebbe un'auspicabile diminuzione del consumo di tabacco. E considerando che i volumi di vendita in Italia si aggirano per il 2010 intorno ai 5 miliardi di pacchetti di sigarette l'anno, un ulteriore aumento delle accise sui tabacchi lavorati genererebbe maggiori entrate pari a circa 5 miliardi per ogni euro di aumento.

Tutto ciò premesso, passiamo ad elencare i benefici derivanti dall'abbandono del fumo:

1. Dopo appena venti minuti dall'ultima sigaretta la pressione arteriosa tende a normalizzarsi.
2. Dopo 8 ore il livello di monossido di carbonio nel sangue scende verso la norma e si incrementa il livello di ossigeno.
3. Dopo 24 ore i capelli, la pelle e l'alito perdono l'odore del fumo.
4. Dopo 48 ore il senso del gusto e quello dell'olfatto migliorano.

5. Dopo 72 ore è più facile respirare ed aumenta la capacità polmonare.

6. Dopo un periodo che va dalle 2 settimane ai 3 mesi aumenta il livello di energia, il viso appare più roseo e rilassato, la pelle più luminosa, i capelli più splendidi.

7. Dopo 9 mesi tosse, congestione, fatica e dispnea diminuiscono.

8. Dopo 5 anni il rischio di tumore polmonare si riduce progressivamente di circa il 50%

e parallelamente diminuisce il rischio di sviluppare tumori in altre sedi anatomiche, quali bocca, faringe, esofago, laringe, vescica, reni e pancreas.

9. Altrettanto gradualmente si riduce il rischio di eventi coronarici, quali angina ed infarto miocardico.

10. Dopo 10 anni il rischio di decesso per tumore polmonare torna pari a quello di una persona che non ha mai fumato.

Venendo ora alle motivazioni, da una ricerca condotta dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori su un campione di 3500 ragazzi fra i 12 e i 18 anni è risultato che al 78% di loro non piace baciare un ragazzo o una ragazza che fuma, e che per l'84% di loro il gesto di fumare non contribuisce a rendere una persona più interessante, spigliata o affascinante. Luca Barbareschi, che per amore di sua figlia ha rinunciato a fumare gli amatissimi sigari toscani, ha così motivato la sofferta decisione: "Ho capito che per una bimba non è piacevole avere un papà che puzza di tabacco".

Non va inoltre trascurato il fatto che smettere di fumare, oltre a ridurre il rischio di gravissime malattie, è anche una scelta conveniente sotto il profilo economico. Il fumatore spesso non si rende conto della spesa perché il costo delle sigarette è diluito nel tempo: se invece facesse un calcolo su base annuale si accorgerebbe di quanto la spesa sia rilevante. Abbiamo già visto che, dato che un pacchetto di sigarette costa circa 5 euro, chi ne fuma uno al giorno spende almeno 1.800 euro all'anno, ossia in pratica chi ha il vizio da 10 anni ha già *mandato in fumo* oltre 18.000 euro! Per non parlare di quanto spende chi, come Marco Pannel-

GIORGIO SPAGNOLO

Cardiologo, Firenze. Rappresentante eletto per la Toscana degli specialisti esterni presso la Consulta ENPAM

la, di pacchetti ne fuma tre al giorno da una vita!, o di chi fuma negli Stati Uniti, dove un pacchetto di sigarette può arrivare a costare anche 12,50 dollari, ossia più di 9 euro!

A questo punto potremmo elencare tante belle cose che si potrebbero fare o acquistare con i soldi risparmiati con la rinuncia al fumo, ma ci limitiamo a citare, fra i tantissimi vantaggi, quello che chi non fuma non rischia di intossicare con il fumo passivo le persone che gli stanno vicino, di violare il divieto di fumo in ambienti pubblici,

di incendiare la casa fumando a letto, di distrarsi dalla guida per cercare l'accendino, di irritare il Capo facendo continue pause-sigaretta, ecc.

Ed a proposito di quest'ultimo *vantaggio* concludo citando i risultati di uno studio di Nadia Anzani e Zornitza Kratchmarova per "Panorama", in base al quale tra pause-sigaretta (in media 180 ore di lavoro perse), giorni di malattia (almeno cinque) e degenze ospedaliere, ogni fumatore provoca alla sua azienda un danno economico di almeno 3.500 euro l'anno. E scusatemi se è poco! **TM**

Le famiglie e le criticità nel percorso delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite

Proposte di Soluzione

La Giornata, organizzata dall'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) e dall'Associazione Cerebrolesioni Acquisite (ASS.C.A.) qualche mese fa c/o l'ospedale S. Giovanni di Dio a Firenze, ha cercato di fotografare le principali criticità che le famiglie evidenziano nel percorso di una Grave Cerebrolesione Acquisita, dal ricovero ospedaliero al potenziale rientro al domicilio, allo scopo di avanzare proposte di soluzione richiamando buone prassi clinico-riabilitative attuate in alcune parti del territorio toscano.

Sono stati affrontati tre aspetti maggiori del suddetto percorso, di seguito descritti.

I - Le criticità legate alla diagnosi / prognosi dello SV (stato vegetativo) o SMC (stato di minima coscienza) e all'orientamento (intensità) riabilitativo

Premesso che:

• **l'errore diagnostico**, riportato in lette-

ratura, per lo Stato Vegetativo è del 41%, quando la diagnosi è fatta solo su base clinica e, soprattutto, senza l'ausilio di scale neuro-comportamentali validate. Da qui la necessità di garantire una diagnosi esperta, e, quindi, ragionevolmente corretta, basata sia sulla valutazione neurologica e neuro-comportamentale (con scale come la CRS-R) che su indagini strumentali (Conferenza Stato-Regioni dell'Aprile 2011), neurofisiologiche (EEG, Potenziali Evocati) e neuroradiologiche convenzionali, in tutte le fasi del percorso (dall'ospedale al territorio) ed in tutto il territorio regionale e nazionale;

• **la prognosi** per lo stato vegetativo e di minima coscienza (SMC) è considerata definitiva, allo stato attuale delle conoscenze, solo dopo un periodo di osservazione esperta, clinico-strumentale (v. sopra), medio-lungo: sei mesi per le forme ad etiolo-



Roberta Chiaramonti, Neurologa-Neurofisiopatologa, Dirigente Medico di I Livello, U.O. di Neurologia-Neurofisiopatologia dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF). Gestisce per l'ASF il percorso ospedaliero/extra-ospedaliero di continuità osservazionale degli Stati Vegetativi/Stati di Minima Coscienza nella fase della cronicità e quello degli esiti delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA).

R. CHIARAMONTI¹, B. MARSELLA²,
G. ZACCARA³, PL. TOSI⁴

¹ Dirigente Medico I Livello Neurologia-Neurofisiologia, UO Neurologia, Responsabile del Centro per la Presa in Carico Globale delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) e per il Monitoraggio degli Stati Vegetativi e di Minima Coscienza dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF)

² Presidente Associazione Cerebrolesioni Acquisite, ASS.C.A., Firenze

³ Direttore UO Neurologia-Neurofisiologia, ASF

⁴ Direttore Generale ff dell'ASF

gia non-traumatica, 2 anni per quelle ad etiologia traumatica;

- **L'orientamento dell'intensità riabilitativa** per il malato in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza è richiesto molto precocemente rispetto al tempo ritenuto necessario a sciogliere la prognosi. Già 2-4 settimane dopo l'esordio acuto, nella condizione di Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza alla dimissibilità dai reperi intensivi o subintensivi, e, dunque, nella fase post-acuta precoce, si deve inviare in riabilitazione il malato (alta intensità riabilitativa o codice 75, dove presente; riabilitazione intensiva ospedaliera o codice 56; riabilitazione estensiva o codice 60). Questa difficoltà può essere risolta solo garantendo la continuità di un'osservazione clinico-strumentale esperta longitudinale, periodica o pseudo-periodica (in base all'evoluzione singola del caso), per rivedere l'orientamento riabilitativo, riallocando il malato in strutture o moduli a diversa intensità riabilitativa;

- **L'informazione** sul percorso di cura dello Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza e sulle strutture di riabilitazione e di lungodegenza territoriali dei familiari dei malati in Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza o con esiti di grave cerebrolesione acquisita (GCA) domiciliare, fin dal ricovero in rianimazione, è carente o assente.

Sono state presentate alcune delle **soluzioni individuate in Toscana** (proposte anche per un'estensione a livello nazionale):

1. Uno strumento digitale (**scheda-filtro**), recentemente messo a punto dall'Agenzia Regionale di Sanità, in collaborazione con il gruppo dei tecnici interpellati (rianimatori, neurologi, neurofisiopatologi, riabilitatori), che ha la finalità di omogenizzare la modalità d'inquadramento clinico-strumentale delle condizioni di Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza, dalla fase acuta alla post-acuta, in tutta la Regione Toscana. Nella scheda sono riportate le valutazioni cliniche, le scale neuro-comportamentali, le valutazioni neurofisiologiche (EEG, Potenziali Evocati) e neuroradiologiche convenzionali da garantire al malato con la tempistica indicata, per un periodo osservazionale che arriva fino a due anni dal momento del passaggio in Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza.

2. Il modello operativo di gestione della fase post-acuta dello Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza attivato ed aggiornato, fin dal 2006, dall'UO di Neurologia-Neurofisiopatologia dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF):

- un **team di neurologi e neurofisiologi ospedalieri** che dalla sede della U.O. **si sposta presso le Strutture di Riabilitazione extra-ospedaliere**, Codice 56 e 60, **convenzionate (Villa delle Terme, Segesta)** – sul territorio fiorentino non è ancora stato attivato il Codice 75

- e garantisce, al letto del malato, la valutazione e/o rivalutazione esperta (clinica neurologica e neurofisiologica) longitudinale (fase post-acuta) per rivedere nel tempo l'attualità della diagnosi e per eventualmente variare l'attribuzione riabilitativa (SV che passi a SMC, o viceversa).

- **Gruppi Multiprofessionali** misti per la gestione dei malati in SV / SMC nella fase post-acuta composti da:

- neurologi ed neurofisiopatologi ospedalieri;
- fisiatristi, internisti e geriatri extra-ospedalieri;
- paramedici (infermieri, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, musicoterapeuti) delle strutture extra-ospedaliere;
- psicologi, individuati dall'Associazione di familiari Ass.C.A. (Associazione Cerebrolesioni Acquisite), che lavorano in convenzione con l'Azienda Sanitaria Fiorentina.

- Di questi gruppi composti (pubblico-privato) fanno parte anche i familiari o i *care givers* dei malati.

3. La mappatura su sito web aggiornata delle strutture di riabilitazione e di lungodegenza disponibili sul territorio toscano ed **opuscoli informativi** su tutte le diverse fasi del percorso di cura, da distribuire fin dalla fase acuta, che l'Agenzia Regionale di Sanità, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato (ASS.C.A. e ATRACTO) sta predisponendo allo scopo d'informare in modo esaustivo, ed in tutte le fasi del percorso, i familiari dei malati in SV / SMC o con esiti di GCA.

II - Le criticità relative alla gestione clinico-riabilitativa del soggetto con esiti di neurolesione acquisita rientrato al domicilio

Dopo il rientro al domicilio, la persona con esiti di GCA, portatrice di disabilità residua (motoria e/o cognitivo-comportamentale), dovrebbe poter contare sulla continuità dell'osservazione clinica specialistica e dovrebbe poter completare il proprio percorso riabilitativo attraverso ulteriori programmi di rieducazione, e sempre con un continuativo supporto psicologico. Ad oggi, rientrati a casa, il malato ed i suoi familiari trovano come primo, e spesso "solitario", referente sanitario il medico di medicina generale, che, attraverso questi stessi familiari, attiva i servizi sociali, i servizi territoriali, le visite specialistiche e gli eventuali esami di laboratorio o strumentali da effettuare (comunque da fissare, far eseguire, ritirare e far rivalutare dal Medico "a carico della famiglia" ...).

C'è, dunque, la **necessità di costruire un continuum osservazionale clinico-rieducativo rispetto alle fasi ospedaliere del percorso riabilitativo, con la finalità di riguadagnare al ruolo di risorsa sociale il soggetto con esiti di GCA.**

In questo senso, sono state presentate le soluzioni individuate in Toscana e già operative in alcune realtà auspicabilmente da esportare:

- Modello dell'ASF (dal 2009) della presa in carico globale, proattiva, del malato con esiti di GCA e dei suoi familiari, modello incentrato sulla figura del *case manager*, in questo caso neurologo, che è chiamata, da una parte, a coordinare un'équipe multidisciplinare di sanitari ospedalieri e, dall'altra, ad essere il punto di connessione integrata di un gruppo multiprofessionale di operatori psico-socio-sanitari (assistenti sociali, servizi territoriali infermieristici, di riabilitazione, di logopedia, di dietologia, psicologi, educatori, associazione di volontariato Ass.C.A.), i quali, a diverso titolo, sono implicati nel processo di rieducazione e di reinserimento socio-lavorativo, ove possibile del malato. Il *case manager* dunque, da un lato valuta e monitorizza gli aspetti medici legati alla neurolesione, rivede la terapia neurofarmacologica, attiva consulenze specialistiche di altra branca e richiede esami di laboratorio o strumentali con modalità day service, dall'altro valuta il bisogno di supporto psicologico, partecipa con i dirigenti scolastici ed i colleghi di docenti ai gruppi multiprofessionali previsti per legge per i casi di soggetti maggiorenni ma che ancora frequentano la scuola, e partecipa, insieme al braccio psico-socio-sanitario, alla messa a punto di un piano individualizzato di rieducazione (motoria, cognitivo-comportamentale) e di reinserimento socio-lavorativo.

- Servizio di **supporto e consulenza psicologica** sia per le persone con esiti di GCA ed i loro familiari che per i familiari di persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza, realizzato attraverso la collaborazione tra ASF ed ASS.C.A.

- **Modelli "individualizzati" di riabilitazione cognitivo-comportamentale e di reinserimento socio-lavorativo**, ove possibile, ispirati dalla volontà di recuperare al ruolo di risorsa sociale la persona con esiti di GCA che rientri al domicilio e, dunque, incentrati sulla necessità d'identificare le risorse residue della persona, che, attraverso un percorso di adattamento creativo, indirizzato dalle preferenze o dagli interessi della stessa, diventano il punto di forza per la ricostruzione di un nuovo piano di vita (Modello derivante dalla collaborazione tra ASS.C.A., strutture private convenzionate di Villa delle Terme, Gruppo in Firenze ed ASF; Modello dell'UO di Recupero e Rieducazione

Funzionale dell'Azienda USL 4 di Prato; Modello di inserimento lavorativo dell'Istituto di riabilitazione Madre della Divina Provvidenza di Arezzo).

- **Riabilitazione delle funzioni cognitive della persona con esiti di GCA via web** (esperienza della Usl 9 di Grosseto).

- **Riabilitazione neuro-motoria:** ben organizzata per le fasi ospedaliere del percorso delle persone con esiti di GCA (codice 75, 56 e 60), non risulta sufficientemente garantita nelle fasi successive (domiciliarizzazione o lungodegenza), nelle quali le famiglie non riscontrano quella adeguata continuità che sarebbe necessaria.

III - Criticità relative alla farmacoterapia "off-label"

È di cruciale importanza che la gestione farmacologica dei Soggetti in Stato Vegetativo/Stato di Minima Coscienza o con disabilità cognitivo-comportamentale da esiti di GCA sia in mano a specialisti che abbiano esperienza specifica nel campo e che possano seguire la Persona con continuità nelle varie fasi del percorso riabilitativo. Bisogna, infatti, continuamente valutare quanto sia vantaggioso che un farmaco protegga da crisi epilettiche ma deprima la vigilanza, che stimoli la vigilanza o la prestazione cognitiva ma possa indurre crisi epilettiche, o che contenga i disturbi comportamentali ma alteri il livello di vigilanza o la prestazione cognitiva. Non esistono, al momento, studi di registrazione per le tre classi farmacologiche – inibitori dell'acetilcolinesterasi, neurolettici atipici, amantadina – di fatto utilizzati nell'ordine, nel disturbo cognitivo (mnesico-attentivo), nel disturbo comportamentale, e per favorire il recupero del contatto con l'ambiente nello Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza. Il loro utilizzo, che è prassi, è "fuori indicazione" e richiede, pertanto, un consenso informato. La spesa per l'acquisto di questi farmaci (onerosa) è tutta a carico delle famiglie dei malati.

In attesa di studi clinici di registrazione, è stata avanzata la richiesta di rimborsabilità della spesa sostenuta dalle famiglie, in particolare per i neurolettici atipici, allo scopo di garantire l'equità di accesso alla cura soprattutto ai meno abbienti, con identificazione delle Strutture e dei Professionisti esperti che, analogamente a quanto avviene per le Unità di Valutazione Alzheimer, UVA, coperti sul piano assicurativo, siano autorizzati alla prescrizione previo consenso informato per l'indicazione *off label*. **TM**

Mamilavi

PURIFICAZIONE INTERNO AUTO

L'autolavaggio **Mamilavi**, sito nel quartiere Rifredi di Firenze, è specializzato in un particolare trattamento, che distrugge acari, batteri e muffe. Il prodotto usato è **Puressentiel Purificante-Spray** ai 41 olii essenziali. Un servizio estremamente utile, rivolto anche alle mamme che devono trasportare frequentemente bambini sulla propria auto. **Ai medici iscritti all'albo per il primo intervento viene garantito uno sconto del 30% su tutto il listino.**

Mamilavi, Via Luigi Michelazzi 15 Firenze, tel. 055.5276309

www.esclusivamenteitaliano.it - info@esclusivamenteitaliano.it - Info: Sig. Mannheim, cell. 335.8229935

Scambiare braccia con cervelli

ANTONIO PANTI

Il grafico che pubblichiamo non ha bisogno di molti commenti. Il maggior numero di medici che hanno studiato nel proprio paese e ora lavora negli USA proviene dall'Italia. Siccome negli Stati Uniti non assumono i più asini, questo dato significa semplicemente che il nostro paese ha sprecato soldi per laureare migliaia di giovani, per lo più studiosi e brillanti, per poi vederli emigrare. Leggiamo molti nomi italiani tra le firme dei migliori lavori scientifici americani o tra quelli dei clinici più illustri. Qualcuno ha anche vinto il Nobel e Dulbecco e Levi Montalcini, che annoveriamo tra i premiati italiani, in realtà hanno effettuato in America le loro ricerche.

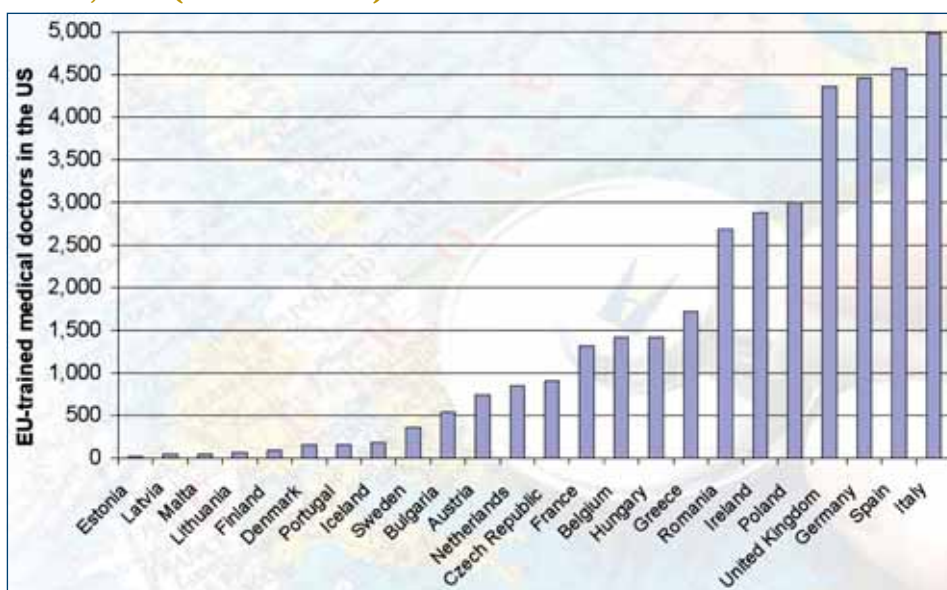
Quasi tutte le più importanti scoperte della scienza e della tecnica dell'ultimo secolo provengono dagli States. Questa, a pensarci bene, è la vera grandezza americana e la ragione vera del predominio mondiale che hanno esercitato e tuttora detengono. Esattamente il contrario della politica che tutti i nostri governi, nessuno escluso, hanno praticato per decenni. Per oltre un secolo abbiamo esportato le nostre braccia e i nostri cervelli. Ora che siamo un paese ricco, ma lo diventiamo sempre meno e con buona ragione, perché la ricchezza nasce dal progresso e questo dalle innovazioni scientifiche, importiamo braccia per raccogliere pomodori e per tutti quei mestieri che non vogliamo più praticare e che, fino a pochi decenni orsono, rappresentavano il nostro lavoro di emigranti.



Importiamo braccia ma esportiamo cervelli. Finanziamo un'Università fatiscente e povera di mezzi e di strumenti, che prepara tanti ottimi giovani che però poi non sa riassorbire, così come il nostro asfittico, corporativo e rigidissimo mercato non sa impiegare. Ci si trincerava nella cittadella dei titoli acquisiti per anzianità, dimentichi di vivere nel mercato globale dei saperi, delle competenze e della fantasia creativa.

Accogliamo (male) chi raccoglie pomodori e costringiamo a emigrare i nostri migliori giovani. E non possiamo incolpare i fati avversi né le maligne stelle. È proprio colpa nostra, di tutti, e non diamo sentore di ravvederci. **TM**

Number of foreign-trained physicians by country of training, United States, 2006 (OECD data set)



Il Servizio Centri Consulenza Giovani dell'Azienda Sanitaria Firenze

Presentazione e attività



Tommaso Tanini, dal 2010 è Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. Da Gennaio 2012 sta svolgendo un tirocinio formativo presso il Centro Consulenza Giovani del Presidio Socio-sanitario Le Piagge di Firenze.

Contesto d'azione

L'adolescenza è un periodo di passaggio denso di cambiamenti e caratterizzato dalla trasformazione delle modalità di adattamento in vista della costruzione di un nuovo modo di essere e di agire, nel quale vengono rimessi in gioco i legami con la famiglia e con il gruppo parentale e dove i ragazzi si muovono tra la richiesta di tutela rivolta al gruppo di adulti di riferimento ed il desiderio di indipendenza e di autonomia.

Questa fase evolutiva è caratterizzata da fisiologiche crisi adolescenziali, di fatto necessarie a ridiscutere il vecchio ordine e ad introdurre elementi di cambiamento, ma anche da situazioni di vera e propria psicopatologia ad esordio adolescenziale. Su queste premesse si fondano i Centri Consulenza Giovani, collocati all'interno dell'Area Consultoriale dell'Azienda Sanitaria di Firenze, e che costituiscono una *porta di accesso* facilitata (accesso libero senza appuntamento, gratuito, riservato, con garanzia della privacy, svincolo dalla residenzialità e senza richiesta medica, in autoriferimento, con un forte rapporto con le Scuole e le Associazioni del territorio) per tutta la popolazione adolescenziale e giovanile sia per la promozione del loro benessere, sia per l'accoglimento precoce di situazioni a rischio o con disagio già conclamato.

Prestazioni fornite dai Centri Consulenza Giovani

I Centri Consulenza Giovani si occupano dal 1996 di coordinare, progettare ed offrire:

- interventi di promozione del benessere, prevenzione del disagio, accoglienza, consulenza e presa in carico nei confronti di pre-adolescenti, adolescenti e giovani (target di età 13-24 anni) e dei loro adulti di riferimento;
- progetti educativi rivolti sia agli adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), sia a minori, pre-adolescenti e giovani, nelle scuole di ogni ordine e grado, nei Centri Giovani dei Comuni e nei Centri di Aggregazione Giovanile del territorio.

Il modello operativo prevede un'*équipe* multi-

disciplinare, motivata al lavoro di gruppo e ad un metodo di approccio globale, ed è costituita da psicologi, ginecologi, assistenti sociali, assistenti sanitari, ostetriche, neuropsichiatri infantili, educatori professionali, dietiste e talvolta altre tipologie di operatori ancora.

TOMMASO TANINI¹, CARLA BONDI²,
ROBERTO LEONETTI³, PATRICIA BETTINI⁴

¹ Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Firenze

² Responsabile delle attività consultoriali Asl 10

³ Coordinatore Centri Consulenza Giovani Asl 10

⁴ Referente Organizzativo Centri Consulenza Giovani Asl 10

Il coordinamento dei Centri Consulenza Giovani si trova presso il Presidio Socio Sanitario "Le Piagge", Via dell'Osteria 8, Firenze (Tel. 055.3224265/6, Fax 055.3224265/240, e-mail: coordinamento.ccg@asf.toscana.it).

Volume attività e progetti svolti nel 2011

Dall'analisi effettuata attraverso il Cruscotto Consultori dell'Applicativo del sito aziendale e dai dati in possesso dai singoli operatori emerge che, nel 2011, gli utenti che si sono recati presso uno dei Consultori Giovani della ASL 10 di Firenze sono stati 1749, per un totale di 3775 prestazioni erogate. Le aree di maggior richiesta sono state quella della *contraccezione* (328 utenti, per un totale di 1219 prestazioni), quella della maternità (238 utenti per un totale di 747 prestazioni) e quella definita come *altra problematica ostetrico-ginecologica* (485 utenti per un totale di 653 prestazioni).

Le ragazze che si sono rivolte al Servizio per una richiesta di interruzione volontaria di gravidanza sono state 113, per un totale di 296 prestazioni. Molti ragazzi si rivolgono al Servizio anche per problematiche classificate poi dall'*équipe* nell'area del *disagio* (106 utenti, 88 di sesso femminile e 16 di sesso maschile, per un totale di 334 prestazioni). I Grafici 1 e 2 riassumono i suddetti dati, relativi a utenti e prestazioni erogate nel 2011, suddivise per genere.

L'utenza di nazionalità straniera che si rivolge a questo Servizio rappresenta un'importante fetta del totale ed è in costante aumento, sottolineando l'importanza che questo Servizio riveste nel collocarsi trasversalmente come punto di snodo per la gestione di problematiche legate al fenomeno migratorio o per ricongiunzioni familiari.

Nel 2011 sono stati anche svolti progetti scola-

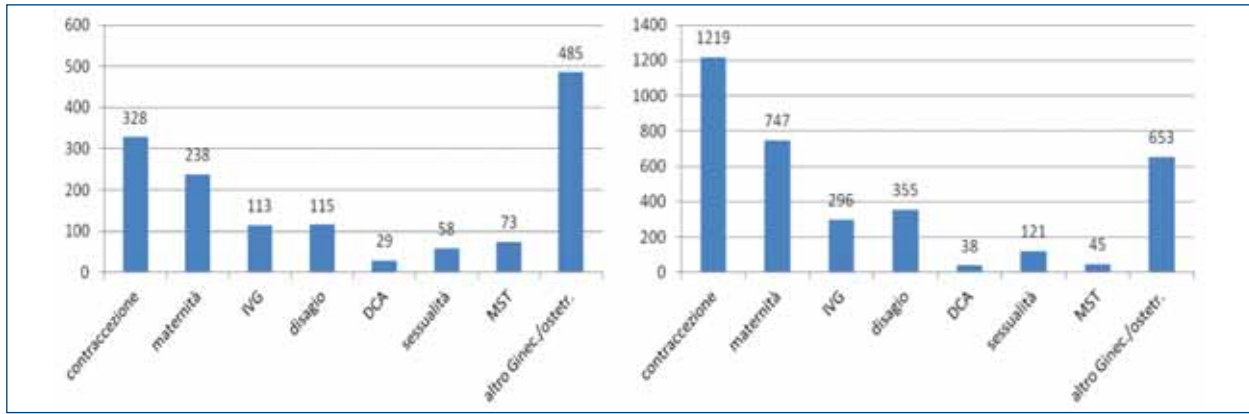


Grafico 1 - Numero utenti che si sono rivolti al Servizio e prestazioni erogate, nel 2011, suddivisi per aree di maggior interesse (per DCA si intende Disturbi del Comportamento Alimentare e per MST si intende Malattie Sessualmente Trasmesse).

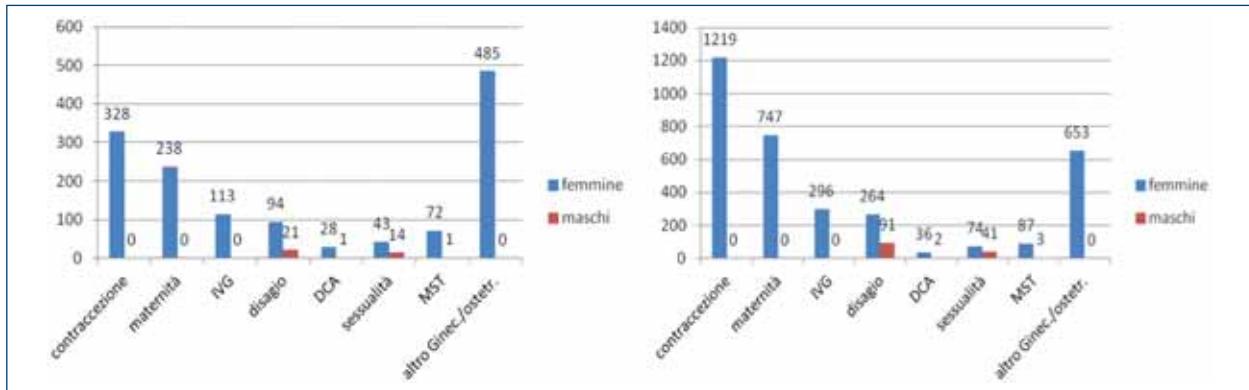


Grafico 2 - Utenti che si sono rivolti al Servizio e prestazioni erogate, nel 2011, suddivisi per genere.

stici quali “Life skills education”, per un totale di 20 plessi scolastici e il coinvolgimento di 178 insegnanti e 190 genitori, il progetto formativo “La collaborazione scuola, famiglie, servizi del territorio”, rivolto a 115 insegnanti e operatori delle scuole dell’infanzia e degli asili nido del Comune di Firenze, progetti di “Educazione all’affettività e alla sessualità” per 145 classi di scuola secondaria di primo e secondo grado, sono stati organizzati Forum e partecipazioni ad Assemblee giovanili con i ragazzi di 19 Istituti secondari di secondo grado, per un totale di circa 5000 studenti coinvolti. Sono state inoltre fornite 303 consulenze on-line sul sito “Sesso&altro” del Portale Giovani del Comune di Firenze ed è stato attivato il progetto-percorso Aziendale “Home visiting: sostegno alla genitorialità”.

Conclusioni

I bisogni degli adolescenti e la conoscenza dei determinanti di salute coinvolti possono trovare accoglienza e risposta nei Centri Consulenza Giovani. L’esperienza di consultazione con gli adolescenti ha spinto gli operatori che lavorano in questo Servizio a trovare modalità integrate che delineino percorsi fruibili, connotati da una forte integrazione tra i Servizi che intervengono prima e quelli che intervengono successivamente, predisponendo e mantenendo costante la rete fra tutti coloro che stanno intorno agli adolescenti. Risulta necessaria l’implementazione di interventi che vedano l’integrazione fra istituzioni, servizi socio-sanitari, scuole, enti pubblici, privati e associazionismo, e l’indispensabile rete territoriale

dove sia garantita la continuità dei riferimenti e dei percorsi. **TM**



Il cuore in pena

Le malattie cardiovascolari in carcere

Progetto salute in carcere D.R. 1096/2011
Azienda usl 2-Lucca



Francesco Ceraudo,
già Direttore del Centro
clinico del carcere
"Don Bosco" di Pisa.

Le aumentate esigenze della popolazione detenuta in termini di salute, l'incremento delle patologie (HIV, HCV, HBV, TBC, cardiopatia ischemica, BPCO e disturbi psichiatrici), hanno sviluppato una situazione complessa da valutare con particolare attenzione attraverso specifiche occasioni di formazione del personale sanitario.

Studi clinici ed epidemiologici concordano che la prima causa di morte nella popolazione generale e nella popolazione detenuta è caratterizzata dalla patologia cardiovascolare.

L'infarto del miocardio rimane la principale causa di morte tra la popolazione detenuta.

Secondo stime elaborate dall'Agenzia Regionale Sanità (ARS) l'11,4 della popolazione detenuta in Toscana presenta patologie riferite alle malattie dell'apparato circolatorio, tra cui assumono particolare importanza la cardiopatia ischemica e l'ipertensione arteriosa.

Nella Casa Circondariale di Lucca 4 sono i detenuti che sono affetti da esiti di pregresso infarto del miocardio e vengono sottoposti ad un assiduo studio di monitoraggio.

Nel 2010 sono stati rilevati negli istituti penitenziari toscani 35 casi di infarto del miocardio, 6 dei quali seguiti da un decesso.

Da qui nasce l'esigenza di sviluppare modelli tesi a garantire l'implementazione della Medicina basata sulle evidenze e la verifica di standard qualitativi.

La Medicina penitenziaria ha nell'ambito cardiovascolare un ruolo professionale di primo piano sia per la prevenzione primaria che secondaria e può far riferimento ad un corpo di evidenze scientifiche e di linee guida significative.

Il Medico penitenziario diventa il gestore operativo della patologia cardiovascolare e ciò implica un particolare impegno sia sotto il profilo quantitativo, per l'elevata percentuale dei pazienti già affetti o comunque esposti al rischio di insorgenza di forme cardiovascolari sia, sotto il profilo qualitativo inteso come domanda di prestazione elevata e comunque adeguata alla severità delle

forme cardiovascolari, siano esse forme acute o croniche.

Questo richiede, oltre che un continuo e specifico processo di aggiornamento, anche l'adozione di una linea di comportamento in grado di assicurare non solo un'adeguata assistenza ai pazienti affetti da malattie cardiovascolari, ma contestualmente, un livello realmente efficace di prevenzione primaria e secondaria.

Nell'attuale situazione penitenziaria il soggetto che merita una maggiore stratificazione del rischio cardiovascolare è quello che presenta un'età maggiore di 50 anni.

Nella Casa Circondariale di Lucca i malati costituiscono il 15% pari a 30 detenuti.

Partendo dalla premessa che il carcere provoca sospensione della vita in termini di affettività e di sessualità, risulta evidente come sia necessaria una valutazione immediata allo scopo di intervenire sul disagio psichico esistente con capacità tecniche, ma anche con dosi rilevanti di relazione umana.

Vengono definiti fattori di rischio cardiovascolare le caratteristiche dei soggetti che in studi di popolazione sono risultati correlati all'insorgenza di cardiopatia ischemica.

I fattori di rischio si distinguono in **non modificabili**, che devono essere conosciuti per la stratificazione del rischio e **modificabili**, legati sia allo stile di vita, sia a caratteristiche biochimiche metaboliche: su questi ultimi il medico deve intervenire per ridurre la probabilità di andare incontro ad una malattia cardiovascolare.

Fattori di rischio non modificabili

- **Età.** La malattia è rara prima dei 35 anni, poi il rischio aumenta progressivamente.
- **Sesso.** Negli uomini il rischio di malattia coronarica aumenta progressivamente con l'età, mentre nelle donne è raro prima della menopausa: successivamente il rischio aumenta fino ad essere sovrapponibile a quello dell'uomo dopo i 70 anni.
- **Storia familiare.** Verificare una storia familiare di malattie cardiovascolari maggiori (angina, infarto del miocardio, ictus).
- **Storia personale.** Verificare una storia perso-

FRANCESCO CERAUDO

Già direttore del Centro clinico
del carcere "Don Bosco" di Pisa

nale di cardiopatia coronarica o di altre malattie aterosclerotiche.

Fattori di rischio modificabili legati a stili di vita

- *Fumo* (attivo e passivo). Esiste una relazione lineare tra le affezioni cardiache e l'abitudine al fumo.

- *Sedentarietà*. Esistono dati derivanti da studi osservazionali che dimostrano come soggetti sedentari presentino un rischio relativo di cardiopatia coronarica incrementato del 30/50% rispetto a soggetti che praticino attività fisica, anche moderata e che questo si riduce proporzionalmente con l'aumento dell'attività fisica.

- *Alimentazione ricca di grassi saturi*
- *Abuso di caffeina*

Fattori di rischio modificabili legati a caratteristiche biochimico-metaboliche

- Elevati livelli di colesterolemia totale e LDL-colesterolemia.

- Bassi livelli di HDL- colesterolemia.
- Elevati livelli di trigliceridemia.
- Iperglicemia.
- Ipertensione arteriosa.
- Obesità.
- Sindrome metabolica.

A questi fattori di rischio da tempo conosciuti, bisogna aggiungere un altro elenco rappresentato da fattori di rischio aggiuntivi.

Essi vengono definiti **indicatori di rischio** e sono:

- fibrinogeno;
- omocisteina;
- lipoproteina(a);
- microalbuminuria;
- proteina c reattiva.

Nel contesto carcerario acquisiscono particolare importanza nella genesi della malattia cardiovascolare:

- Fumo (talvolta anche 40-60 sigarette al giorno).
- Scarsissimo movimento.
- Vitto ricco di insaccati, scatolame e merendine.
- Condizioni di stress permanente.

Il dolore toracico che si presenta nelle carceri è una *brutta bestia*: il più delle volte viene sottovalutato ed è di difficile interpretazione anche perché il detenuto è portato talora alla simulazione. Pertanto, la prima cosa da fare è comprendere se il dolore toracico è reale o è un artefatto.

Per riconoscere il dolore da infarto del miocardio costituiscono punti fondamentali per la diagnosi:

- Localizzazione.
- Caratteristiche ed estensione del dolore.
- Sintomi associati.

Da quanto sopra si desume la necessità che ogni Presidio Sanitario Penitenziario disponga di un servizio cardiologico adeguato.

Attraverso una minuziosa raccolta delle caratteristiche dei sintomi accusati dal paziente e dei fattori di rischio dello stesso, il Medico Penitenziario può acquisire informazioni significative per sospettare una cardiopatia ischemica e proseguire con gli accertamenti diagnostici del caso.

Un elettrocardiografo con le diagnosi prestampate coadiuvato da un set per il rilievo e la valutazione degli enzimi di necrosi (troponina e CK-MB) può essere di grande aiuto in attesa dell'intervento dello Specialista Cardiologo.

Il Presidio Sanitario Penitenziario di Gorgona deve valutare l'opportunità di allestire la Telemedicina. **TM**

Letti per voi

Toscana Medica 2/13



Medici in cerca d'autore

Lorenzo Speranza

Il Mulino Editore

E' appena uscito, per i tipi del Mulino, Bologna 2012, l'ultimo libro di Lorenzo Speranza, "Medici in cerca d'autore". Il medico è una presenza fissa nella nostra società. Balzac lo affianca al prete e all'uomo di legge, «l'uno medica le piaghe dell'anima, l'altro quelle della borsa, il medico quelle del corpo». Nel corso del tempo queste tre figure hanno perso la loro «carnalità» per divenire tre icone, una sorta di «Santissima Trinità» dei nostri villaggi. In questa rappresentazione, tuttavia, il personaggio veramente centrale è il medico, mentre gli altri due, a seconda dei Paesi e delle

epoche, possono cambiare. E i medici, dal canto loro, cosa pensano? Differenziando le «motivazioni della scelta» dal «modo in cui si esercita la professione», l'autore cerca di decifrare la «scatola nera» dell'identità medica. E lo fa raccogliendo le storie di medici di varia specialità. E forse anche la scelta di provare a comprendere la professione attraverso dei racconti rivela più di un punto in comune con l'approccio «narrativo» in medicina. Lorenzo Speranza è Professore di Sociologia dei processi economici e del lavoro nell'Università di Brescia.

Bruno Rimoldi

Percorso chirurgico Ospedale per Intensità di Cure

Osservatorio regionale Ospedale per Intensità di Cure

Responsabile: Mario Cecchi

Gruppo di Studio Percorso Chirurgico

Coordinatore: Andrea Valeri

Componenti: Paolo Bechi, Flaminio Benvenuti, Carlo Alberto Bianchi Rossi, Gianni Biancofiore, Ugo Boggi, Michele Boggia, Andrea Carobbi, Massimo Cecchi, Andrea Coratti, Angelo Raffaele De Gaudio, Michele Di Marino, Pasquale D'Onofrio, Marco Feri, Franco Filippini, Fabrizio Gemmi, Sandro Giannessi, Orlando Goletti, Mirko Lombardi, Vincenzo Lucchetti, Annunziata Carol Maddaluni, Andrea Mazzoni, Andrea Mercatelli, Alessandro Morettini, Cinzia Orsi, Enrico Pinto, Andrea Rinnovati, Marco Scatizzi, Giampaolo Sozio, Francesco Spina, Pierluigi Tosi, Roberto Troiani, Andrea Veneziani, Maurizio Viti.

Principi generali e accesso al percorso

Nell'ambito della generale riorganizzazione del sistema delle cure, con l'avvento del sistema di Ospedale per Intensità di Cure si ravvede la necessità di ridisegnare un percorso chirurgico comune, integrato e condiviso, che tenga globalmente conto delle esigenze cliniche ed assistenziali del paziente e delle strutture destinate a prenderlo in carico.

Analogamente al "percorso medico" anche il "percorso chirurgico" ha come pilastro un rapporto condiviso e strutturato fra ospedale e territorio in modo che non avvenga mai la dimissione del paziente ma una presa in carico successiva in setting di complessità e localizzazione diversa.

L'Organizzazione dell'ospedale per Intensità di Cure (OSPIC) sottintende la separazione dei flussi inerenti le prestazioni programmate e le prestazioni rese in regime di urgenza in un quadro che deve evolvere verso un **ospedale per processi di cura**. L'accesso al percorso chirurgico e la conseguente lista di attesa saranno pertanto strutturati secondo gradi crescenti di priorità clinica e modulati nei diversi setting in base alla complessità assistenziale prevista.

Inoltre, come premesso, si dovrà distinguere tra percorso dell'urgenza/emergenza attraverso il DEU e percorso programmato.

Configurano condizioni per l'attivazione di un percorso programmato la stabilità clinica senza i criteri dell'urgenza nonché la programmabilità dell'iter diagnostico-terapeutico. Saranno criteri di esclusione l'instabilità clinica o possibilità di deterioramento rapido e la presenza di condizioni che prevedano un percorso clinico non programmabile.

Criticità del percorso chirurgico preoperatorio

Questa fase iniziale del percorso prevede la presa in carico del paziente, alla luce delle problematiche cliniche specifiche e della complessità assistenziale prevedibile, con la finalità del trattamento chirurgico.

I punti chiave individuati sono stati:

Riduzione degli accessi

Il percorso programmato dovrà prevedere un numero massimo di accessi presso le strutture di riferimento, finalizzati alla programmazione diagnostica e terapeutica preoperatoria, concentrando le varie prestazioni previste dal regime di preospedalizzazione e di prericovero in pochi momenti specifici.

Riduzione della degenza preoperatoria

Il percorso preoperatorio trova nella sua standardizzazione, nell'accesso del paziente da esterno alle varie prestazioni ambulatoriali e diagnostiche e nella corretta informazione al paziente stesso elementi essenziali per la riduzione dei tempi di degenza preoperatoria, consentendo di iniziare un regime di ricovero solamente il giorno stesso o al massimo, in casi selezionati con particolari esigenze assistenziali, il giorno precedente all'intervento chirurgico.

Programma diagnostico condiviso

Un ulteriore risparmio di risorse è stato possibile attraverso la standardizzazione dei percorsi diagnostici, definendo per le varie patologie un iter diagnostico essenziale ma necessario, differenziato per le modalità di accesso nel caso che l'indicazione chirurgica nasca da una problematica oncologica o per altra patologia benigna (Allegato A).

Questo programma è stato definito come "di prericovero" o di definizione diagnostica, e prevede un percorso parallelo ma diviso dal percorso di preospedalizzazione standard.

Liste di attesa e servizi telematici

Nel momento della prenotazione dell'intervento chirurgico al paziente verrà attribuito un codice e una priorità, attraverso cui sarà possibile stabilire in ogni momento una previsione di attesa.

La possibilità di offrire la visualizzazione delle liste di attesa on-line accessibili anche dall'esterno, e la telematizzazione dei percorsi di prenotazione su

cui monitorizzare in ogni momento l'intero percorso, fino a confluire in una cartella clinica virtuale è stato considerato un obiettivo essenziale.

Valutazione infermieristica

È stata inserita nel comune percorso di preospedalizzazione, che prevedeva oltre alla valutazione chirurgica con l'indicazione all'intervento una valutazione anestesiologicala, una terza valutazione condotta dal personale infermieristico.

Il fine è quello di individuare attraverso specifici score e questionari eventuali criticità assistenziali prevedibili, con la possibilità di attivare precocemente supporti necessari durante il ricovero di tipo dietetico, fisioterapico, ecc e percorsi di dimissione facilitata per quei pazienti per cui siano prevedibili dimissioni difficili.

Indicazioni all'intervento

È il solo chirurgo che pone l'indicazione all'intervento chirurgico e che ne rimane referente per l'intero percorso.

Informatizzazione

È indispensabile poter disporre di un sistema informativo condiviso (a livello regionale) che rappresenti il sostegno strutturale di tutto il percorso chirurgico ed in grado di realizzare il linguaggio comune fondamentale alla comunicazione delle diverse professionalità e fra gli operatori ed i cittadini (informazioni, ecc...).

Percorso chirurgico preoperatorio

Vengono di seguito analizzati i momenti specifici del percorso preoperatorio (Figura 1):

1. Visita chirurgica con indicazione all'intervento e compilazione di un foglio di inserimento in lista di attesa comprendente una prima sottoscrizione generica di consenso all'intervento prevedibile proposto e relativa classe di priorità. Il chirurgo, se ritiene che siano necessari ulteriori accertamenti per definire il percorso terapeutico, provvederà a richiederli come esami di completamento diagnostico. Vengono definiti esami di completamento diagnostico tutti quegli esami che risultino utili per una completa definizione della patologia e necessari per una corretta proposta terapeutica. Rientrano in questa categoria sia le visite specialistiche che gli approfondimenti diagnostici strumentali. Rientrano invece negli esami di preospedalizzazione tutti quegli esami finalizzati ad una completa valutazione anestesiologicala. È fortemente raccomandabile che il chirurgo che compila il foglio di prenotazione, al momento della raccolta dei dati anamnestici, provveda ad individuare comorbidità che possano richiedere accertamenti anestesiologicali specifici (visita cardiologica, ecocardiogramma, ecc.) in modo da prescriverli già sulla prenotazione, oltre a quelli standard. Questo consentirà di ridurre eventuali nuovi accessi per esami necessari per una valutazione anestesiologicala completa richiesti soltanto durante la visita dell'ane-

stesista. Il foglio di prenotazione viene consegnato (dal chirurgo o dal paziente) ad un C.U.P. che provvederà ad inserire il paziente nella lista di attesa generando così un codice specifico. Il paziente, attraverso un numero telefonico di riferimento, potrà verificare il proprio codice di lista di attesa e l'effettiva prenotazione. Il CUP procederà a fissare gli appuntamenti previsti dal percorso preoperatorio in base alla priorità. La prenotazione di esami di completamento diagnostico destinati alla stadiazione di pazienti neoplastici dovrà prevedere percorsi facilitati e la completa esenzione da ticket. Gli esami di completamento diagnostico per l'inquadramento di patologia benigna dovranno essere invece richiesti dal chirurgo o dal medico di medicina generale su apposito ricettario regionale e quindi a carico del paziente.

2. Gli esami di preospedalizzazione previsti dovranno essere eseguiti in un unico accesso. Dove è possibile viene raccomandato di eseguire anche la valutazione anestesiologicala nella stessa data. Il paziente eseguirà inoltre una valutazione infermieristica, in cui verrà identificato precocemente il livello di necessità assistenziale. Questo consentirà di attivare tempestivamente tutti gli ausili necessari per la corretta gestione del ricovero e della dimissione del paziente.

3. Valutazione anestesiologicala (dove non eseguita in accesso precedente). I pazienti che eseguono il percorso diagnostico preoperatorio in altra sede si inseriscono direttamente a questo livello.

4. Rivalutazione da eseguire a ridosso dell'intervento. Riservato ai pazienti per i quali sono stati richiesti ulteriori esami di completamento diagnostico o preospedalizzazione per i quali si renda necessaria una variazione della proposta terapeutica iniziale o una ridefinizione della strategia chirurgica in base alle esigenze cliniche ed anestesiologicalhe. Viene raccomandato questo accesso anche ai pazienti che rimangano in lista di attesa per periodi superiori a 6 mesi.

5. Ricovero. Al momento del ricovero viene consegnato un modulo di consenso informato dettagliato riguardo alla patologia specifica e all'intervento concordato. Tale modulo può essere consegnato anche in concomitanza del primo o del quarto accesso, e riconsegnato sottoscritto al momento del ricovero.

È stato strutturato un modello unico per la prenotazione e accesso alla lista di attesa, che preveda la possibilità di mettere in evidenza precocemente tutte le varie criticità specifiche per ogni singolo paziente.

Pagina 1

Questo modello è formato da una prima pagina fronte-retro, in cui siano evidenziati i dati anagrafici del paziente, il chirurgo di riferimento che pone l'indicazione e la relativa Unità Operativa di appartenenza, oltre che la diagnosi operatoria e l'intervento chirurgico previsto con la durata prevista per la procedura.

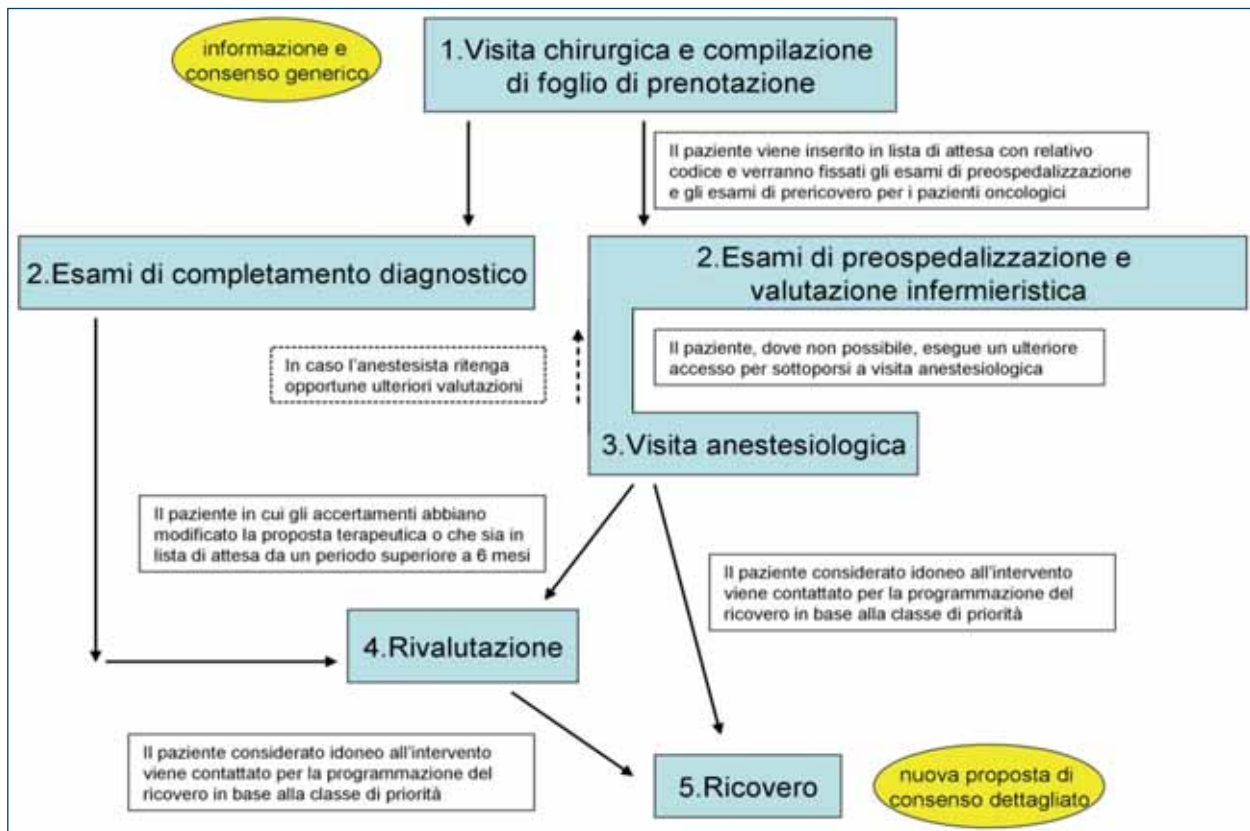


Figura 1

All'apice del foglio sarà possibile visualizzare il codice del paziente e la relativa priorità (Figura 2).

La sezione successiva è finalizzata all'identificazione del percorso di preospedalizzazione previsto in base alle varie criticità chirurgiche e anestesologiche, oltre al tipo di ricovero (Figura 3).

Infine la prima pagina si completa con la definizione del rischio trombotico e le eventuali consegne preoperatorie da considerare al momento del ricovero (Figura 4).

Nel retro della pagina è stato quindi inserito un apposito spazio per una anamnesi generale e farmacologica, un esame obiettivo, e la segnalazione di eventuali allergie o terapie che possano creare problematiche durante il percorso chirurgico (Figura 5).

Infine viene sottoscritto dal paziente e dal chirurgo un consenso informato generico, che rappresenta l'accettazione del paziente del percorso proposto (Figura 6).

Pagina 2

La seconda pagina consente una raccolta anamnestica più precisa, che viene consegnata al paziente al momento dell'accesso al percorso, e che potrà riempire o con il chirurgo proponente, o a domicilio, riconsegnando il documento durante la visita anestesologica.

In questa pagina compare la possibilità di consenso al trattamento con emoderivati.

Pagina 3

La terza pagina contiene la tabella estratta dalle linee guida per la prevenzione del tromboembolismo venoso in chirurgia generale redatta dal Consiglio

RICOVERO ORDINARIO	N° lista.....data.....
Chirurgo.....U.O.....	CLASSE PRIORITA'
Cognome e Nome.....	nato il.../.../...a.....
Indirizzo.....	Comune.....
Telefono (casa)...../ (cell).....	
DIAGNOSI.....	
INTERVENTO PREVISTO.....	
TEMPO OPERATORIO PREVISTO.....min.	
ESAMI IN PREOSPEDALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Figura 2

ANESTESIA PREVISTA	RISCHIO CHIRURGICO	PROFILO ESAMI
<input type="checkbox"/> Locale – sedoanalgesia <input type="checkbox"/> Locoregionale <input type="checkbox"/> Generale	<input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Profilo 1: Emocromo, PT, PTT, ECG <input type="checkbox"/> Profilo 2: Emocromo, PT, PTT, elettroliti, glicemia, creatinina, ECG, Rx Torace <input type="checkbox"/> Profilo 3: Emocromo, PT, PTT, elettroliti, glicemia, creatinina, ECG, Rx Torace, emogruppo, EGA al ricovero
ALTRI ESAMI.....		
.....		
RICOVERO	<input type="checkbox"/> ... gg prima dell'intervento <input type="checkbox"/> 1 gg prima dell'intervento <input type="checkbox"/> il giorno dell'intervento	ore..... ore..... ore..... <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> Ordinario

Figura 3

CONSEGNE CHIRURGICHE PREOPERATORIE	
<input type="checkbox"/> PROFILASSI ANTIBIOTICA
<input type="checkbox"/> PROFILASSI ANTITROMBOTICA
CLASSE DI RISCHIO TROMBOTICO	<input type="checkbox"/> BASSO: <1 <input type="checkbox"/> MEDIO: 1 <input type="checkbox"/> ELEVATO: 2 <input type="checkbox"/> ELEVATISSIMO: >3
<input type="checkbox"/> ALTRA TERAPIA PREOPERATORIA
<input type="checkbox"/> ISTRUZIONI PARTICOLARI PER IL PAZIENTE :
Data:	Firma e Timbro Chirurgo

Figura 4

Sanitario Regionale della Regione Toscana (2011), al fine di poter identificare lo score di rischio e la relativa profilassi.

Documenti accessori consegnati al paziente

Al paziente viene inoltre consegnato un modulo di **consenso informato dettagliato**, che può comodamente consultare a domicilio e da sottoscrivere con il chirurgo al momento del ricovero, dopo aver discusso eventuali dubbi o necessità emerse dalla lettura del documento stesso.

È implicito che la lettura del documento non sostituisce una corretta e completa informazione che deve essere garantita al paziente già nel momento della prenotazione dell'intervento chirurgico.

Inoltre, sempre nell'idea che una corretta informazione al paziente permetta anche una migliore gestione dello stesso a livello assistenziale, viene anche consegnato un **opuscolo informativo** che

contenga tutte le informazioni utili per il paziente in previsione del ricovero, eventuali preparazioni preoperatorie, numeri di telefono, link per accesso online, ecc.

Valutazione anestesiológica e gestione perioperatoria

La Medicina Perioperatoria rappresenta il fulcro della valutazione del paziente dalla fase di preospedalizzazione a quella di dimissione.

Obiettivo:

- aumentare la percentuale di pazienti con anamnesi ed esame fisico preoperatorio completi prima di chirurgia elettiva;
- eliminare test diagnostici senza indicazione clinica;
- aumentare la percentuale di pazienti che ricevono un trattamento appropriato delle loro comorbi-

CLASSIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DEL PAZIENTE

American Society of Anesthesiologists (ASA)
Classe Stato di Salute

- I Paziente in buona salute.
- II Patologia sistemica di media entità.
- III Patologia sistemica di severa entità stabilizzata.
- IV Patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante.
- V Paziente moribondo con aspettativa di vita < 24 h indipendentemente dall'intervento chirurgico.

La valutazione preoperatoria è imprescindibile per tutti i pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico ed in cui sia prevista una prestazione anestesiológica e deve essere effettuata in ambulatorio di preospedalizzazione.

La valutazione preoperatoria è ritenuta sempre necessaria quando sia prevista una prestazione anestesiológica; la stessa può essere omessa nei casi di pazienti apparentemente sani, candidati ad interventi in anestesia locale o sedazione come procedure odontoiatriche, dermatologiche, endoscopiche.

La decisione di eseguire esami di laboratorio, indagini strumentali o visite specialistiche supplementari prima di procedure diagnostiche-terapeutiche richiedenti l'intervento di un medico anestesista deve essere presa dal medico anestesista caso per caso, sulla base di indicazioni cliniche, comprese l'età del paziente, i fattori di rischio ed il tipo di procedura chirurgica.

DISPOSIZIONI GENERALI

I pazienti che si recano alla visita anestesiológica dovranno consegnare al medico anestesista:

- eventuali precedenti accertamenti effettuati;
- il modulo contenente la proposta e l'indicazione chirurgica correttamente compilato dal chirurgo;
- il questionario anamnestico compilato da loro o con l'aiuto del proprio medico, firmato e che riporti i farmaci assunti abitualmente;
- per pazienti che hanno subito un intervento chirurgico o visita anestesiológica nei 6 mesi precedenti sono validi gli accertamenti a suo tempo effettuati, purché sia disponibile la documentazione, sempre che non siano intervenute modificazioni cliniche di rilievo;

Figura 5

- l'anestesista che effettua la visita anestesiológica si riserva di richiedere ulteriori accertamenti diagnostici ed ematochimici;

È compito e dovere dell'anestesista e/o dell'infermiere della preospedalizzazione durante la visita illustrare al paziente i possibili trattamenti del dolore postoperatorio e illustrare al paziente la scala di valutazione del dolore (VAS e verbale numerica 0-10).

INDAGINI PREOPERATORIE

Per uniformare e semplificare i contenuti della valutazione clinica operata dall'anestesista, la richiesta degli esami per pazienti tiene conto della classificazione della chirurgia secondo gradi di complessità.

In pazienti con patologie internistiche di rilievo verranno aggiunti agli schemi previsti, secondo giudizio clinico dell'anestesista, gli esami diagnostico-strumentali che consentano di individuare il grado di funzionalità dell'organo compromesso.

VALIDITA' TEMPORALE DELLE INDAGINI

In assenza di segni clinici intercorsi dalla data di esecuzione dell'esame, si stabiliscono i seguenti intervalli temporali di validità:

- **ECG** - 6 mesi.
- **Visita cardiologia** - 6 mesi.
- **Esami ematochimici** - in assenza di segni clinici significativi e specifici, si ritiene congruo un intervallo di 6 mesi da valutare comunque caso per caso con la tipologia di intervento da eseguire e con la storia clinica del paziente.
- **Radiografia del Torace** - in assenza di segni clinici significativi e specifici, si ritiene congruo un intervallo di validità dell'esame di 6 mesi.

Indicazioni specifiche circa la richiesta di ECG

Raccomandato se non eseguito nell'ultimo anno, indipendentemente dall'età, nei pazienti con storia di diabete, ipertensione, dolore toracico, scompenso cardiaco, fumo, vasculopatie periferiche, incapacità ad eseguire le normali attività, obesità ed in presenza di segni di compromissione CV al momento della visita chirurgica.

Indicazioni specifiche circa la richiesta di Radiografia del torace

RACCOMANDATO in caso di:

- Fumatori (1 pacchetto/die).
- Malattie cardiovascolari acute e croniche.
- Patologie neoplastiche maligne.
- Radioterapia toracica recente.
- Immunodepressione.
- Provenienza da aree endemiche per malattie infettive.
- Interventi di chirurgia maggiore.

NON RACCOMANDATO in caso di:

- pazienti con età inferiore a **45 anni** che non rientrano nelle categorie sopraccitate.

IL DIGIUNO PREOPERATORIO

- Prevede l'astinenza da liquidi chiari fino a 2h almeno prima che i pazienti si rechino in ospedale e 2h dopo l'intervento.
- Latte, pasti leggeri come toast, richiedono una assunzione preoperatoria di **almeno 6 ore**.
- Il periodo di digiuno per fritti e cibi grassi richiede **8 o più ore**.
- Sulla base del cibo assunto si potrà determinare un periodo appropriato di digiuno
- Per i pazienti diabetici l'intervento è in genere da prevedersi a inizio seduta del mattino.

TIMING PER L'INTERVENTO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A P.T.C.A. OD I.M. RECENTE

In pazienti con IM recente, è ragionevole attendere 4-6 settimane prima di un intervento elettivo (l'ottimale sarebbe attendere 6 mesi)

Se un paziente è stato sottoposto a recente procedura interventistica cardiaca (stent coronarici o altre procedure che richiedano terapia anticoagulante/

antiaggregante) bisogna tener conto che c'è chiara evidenza che la prematura sospensione per qualsiasi motivo della doppia antiaggregazione piastrinica (aspirina in associazione a clopidogrel, prasugrel o ticlopidina) dopo stent coronarico aumenti considerevolmente il rischio di infarto miocardico o morte. Quindi in tal caso vanno attentamente valutati i benefici dell'atto chirurgico in sé, e il rischio di sanguinamento chirurgico versus l'alto rischio di eventi cardiaci se la terapia antiaggregante è ridotta o interrotta prematuramente. Importanti considerazioni da farsi sono: da quanto tempo è stato confezionato lo stent e se lo stent è solo metallico o anche a rilascio di medicamento. La discussione del rischio per questo genere di pazienti richiede una valutazione congiunta col cardiologo. Se l'intervento chirurgico non può essere evitato durante tale periodo, la doppia antiaggregazione dovrebbe essere continuata perioperatoriamente tranne che in casi di chirurgia intracranica. Lo stop di una delle due terapie antiaggreganti può essere di beneficio per ridurre il sanguinamento ma è associata ad un aumento del rischio cardiaco. Se la terapia antiaggregante è stata assunta prima dell'intervento, dovrebbe poi essere ripresa il prima possibile

MEDICINA PERIOPERATORIA

Il Gruppo di lavoro considera centrale il ruolo della "medicina perioperatoria" per la definizione dell'intero percorso chirurgico sia in regime di programmazione che di urgenza.

Alla sua definizione devono contribuire figure professionali e discipline diverse, con ruoli di responsabilità gestionali e assistenziali variabili ed embricabili nelle diverse fasi del periodo postoperatorio stesso.

Le modalità della sua organizzazione, in sintonia con lo sviluppo dell'assistenza del modello di ospedale per intensità di cura, saranno sviluppate nell'ambito degli impegni previsti nelle prossime attività del gruppo di lavoro eventualmente integrato da ulteriori componenti professionali.

La professione infermieristica nell'OSPIC e nel percorso chirurgico

L'Organizzazione per Intensità di Cure rafforza il ruolo fondamentale dell'Infermiere quale punto di riferimento essenziale per il ricoverato e la sua famiglia.

Il personale infermieristico, assegnato ad aree multidisciplinari non più corrispondenti alle singole U.U.O.O., garantisce l'assistenza in setting omogenei per numero dei pazienti assicurando una flessibilità in relazione alla loro complessità assistenziale.

L'assegnazione degli infermieri all'area, la personalizzazione e la pianificazione dell'assistenza e delle cure, consente, attraverso l'impiego flessibile degli operatori, di poter coniugare le necessità dei singoli assistiti con le possibilità dell'organizzazione assistenziale prevedendo che si salvaguardi, per

quanto possibile, la collocazione del ricoverato sul letto di assegnazione e la mobilità del personale attorno a lui ed ai suoi bisogni.

L'infermiere partecipa quindi alla programmazione preoperatoria e al percorso di preospedalizzazione, all'assegnazione del posto-letto e concorre a predisporre e facilitare il percorso di dimissione, ricercando una tempestiva ed adeguata presa in carico nel territorio anche grazie all'istituzione di setting assistenziali di low care a gestione infermieristica.

La personalizzazione delle cure prevede che gli infermieri adottino un *Modello Assistenziale* dove:

- sia scelto il *Modello Teorico di Riferimento*, attraverso il coinvolgimento della direzione Infermieristica e degli infermieri clinici esperti del contesto;
- siano concertati criteri di accertamento del grado di complessità assistenziale del paziente (autonomia/dipendenza), resi fruibili come indici/score che orientano la pianificazione assistenziale e l'impiego delle risorse;
- sia garantita la *Formazione del personale*, infermieristico e di supporto, integrata con quella delle altre professioni, per ottenere l'adeguamento del modello lavorativo ai nuovi scenari organizzativi e ai percorsi clinico-assistenziali;
- sia sviluppata un'unica documentazione sanitaria (integrata dai contributi dei diversi professionisti), siano definiti protocolli di comunicazione e loro monitoraggio.

Aziende ospedaliere-universitarie (AOU) e aziende sanitarie locali (ASL)

Le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) svolgono in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Sistema Sanitario Nazionale ed in particolare del Sistema Sanitario Regionale della Toscana, nell'ambito del quale concorrono al raggiungimento sia della tutela complessiva della salute che della loro finalità di didattica e ricerca.

Pertanto l'applicazione dell'ospedale per intensità di cure alle aziende ospedaliere-universitarie dovrebbe adattarsi ad alcune caratteristiche che sono specifiche per queste strutture.

1) La presenza dell'Università rende più articolata l'organizzazione delle AOU. È tipico per queste aziende avere più UU.OO. per ogni singola disciplina, dovendo essere rappresentata sia la parte ospedaliera che universitaria. La necessità didattica impone inoltre di avere una maggior varietà della tipologia di pazienti, anche a bassa intensità, perché più collaborativi ed autonomi e quindi "ideali" per insegnare la redazione dell'anamnesi e la semeiotica ai giovani studenti. Il classico *frazionamento* delle Unità Operative, oltre ad un consistente risparmio di risorse, potrebbe essere gestito meglio se fossero realizzate delle aree omogenee di ricovero (aspetto

fondamentale dell'organizzazione per intensità di cure).

2) La maggior parte delle Aziende Sanitarie (12 ASL + 3 AOU) ha più presidi ospedalieri o Gruppi chirurgici, con caratteristiche diverse sia per dimensioni che per dotazioni organiche che possono essere integrati con riallocazione di attività e tecnologie. Il bacino di utenza globale di ogni provincia viene anche ad individuare, verosimilmente, per ogni "Dipartimento Chirurgico Aziendale" un flusso, per i vari tipi di patologia, adeguato ad assicurare la presenza, nei vari Team Chirurgici Dipartimentali, di professionisti con esperienza adeguata. Ogni Azienda dovrebbe pertanto implementare una riorganizzazione che preveda un unico Dipartimento (o Area Funzionale) Chirurgico all'interno del quale individuare, per le patologie complesse e/o rare (pancreas, esofago, fegato, endocrino, digestivo superiore, digestivo inferiore, mammella, ecc.) Unità o équipe, anche a carattere interospedaliero (nelle Aziende territoriali), con un Coordinatore, afferenti a Strutture Complesse di chirurgia dell'Azienda. L'organizzazione dipartimentale e la mobilità intraaziendale consentirebbero di razionalizzare le risorse e concentrare le casistiche e la tecnologia (evitando la suddetta frammentazione: i centri passerebbero dagli attuali 34 a 15) offrendo altresì prestazioni di alto livello ai cittadini e possibilità di crescita e gratificazione ai professionisti.

3) In ogni Azienda dovrebbero essere potenziate alcune strutture organizzative come i CORD, GOM, percorsi oncologici, etc. al fine di poter offrire un agevole accesso e gestione al percorso chirurgico, prevalentemente per i pazienti oncologici, e valorizzate, anche a livello regionale, alcune professionalità di eccellenza e tecnologie all'avanguardia disponibili non accessibili a tutte le strutture ospedaliere del territorio. In caso di mancanza di una o più professionalità ritenute necessarie per quella specifica attività, si prevede la possibilità che l'Azienda definisca contratti di collaborazione o "tutoraggio in sede" con i Centri di riferimento, che potrebbero coincidere talvolta con le Aziende Ospedaliere Universitarie dell'Area Vasta di appartenenza dell'Azienda Territoriale. E' anche prevedibile che, per particolari indirizzi specialistici, si possano ricercare sinergie tra Aziende limitrofe e AOU per ottimizzare i percorsi.

4) La Rete ospedaliera regionale è tuttora organizzata in modo che ogni Ospedale abbia un proprio bacino di riferimento e che a quell'Ospedale si rivolgano i cittadini per le problematiche urgenti, generalmente complesse: è pertanto necessario mantenere un adeguato "expertise" di alcuni professionisti, in grado di rispondere in tempo reale alla maggioranza delle esigenze chirurgiche, ed è altresì necessario strutturare, proprio nelle occasioni d'emergenza, i rapporti con i cosiddetti "Centri di riferimento specialistici" che attualmente appaiono molto aleatori.

La simulazione: una nuova modalità di formazione e aggiornamento in medicina



Francesca Innocenti, spec. in Geriatria nel 1994. Dirigente medico presso la SOD Geriatria dall'AOUC Careggi dal 1994 al 2008; dal 2008 è in servizio c/o la SOD Osservazione Breve Intensiva. È Tutor presso la Scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza e Urgenza. Dal 2008 è facilitatore certificato dalla Harvard University per l'uso del Simulatore in Medicina.

Ci sono momenti, nel lavoro di ogni giorno, in cui ci troviamo a dover gestire un'emergenza o una situazione critica: alla fine, comunque vada, se riflettessimo sulla nostra gestione troveremmo sicuramente molti punti in cui avremmo potuto agire meglio, dal punto di vista della tempestività, dell'efficacia, della correttezza diagnostica e terapeutica. In un normale Pronto Soccorso o Terapia Intensiva, questi momenti sono probabilmente abbastanza frequenti: ma dobbiamo proprio aspettare il paziente successivo per provare a mettere in atto una strategia che riteniamo migliore? È sufficiente conoscere bene la medicina, i farmaci, le diagnosi differenziali, le terapie disponibili per garantire un esito positivo? Sappiamo bene ormai che la risposta è no, e se tutto ciò è indispensabile non è sufficiente, perché le variabili introdotte dal *fattore umano* hanno un peso assolutamente rilevante.

Una modalità di apprendimento per adulti

In questa ottica la simulazione ci fornisce un ambiente sicuro per migliorare la nostra capacità di gestire situazioni critiche: la sicurezza deriva sia dalla possibilità di sbagliare e di riflettere sui nostri errori senza conseguenze, sia dalla creazione di un ambiente in cui il partecipante si senta accolto, non giudicato e coinvolto in prima persona nel processo di apprendimento. Nel nostro Centro, il principio di fondo di ogni sessione di simulazione, che noi esplicitiamo sempre all'inizio, è che "Crediamo che chiunque partecipi alle attività del Programma di Simulazione sia intelligente, ben preparato, cerchi di fare del proprio meglio ed abbia intenzione di migliorare". La possibilità di miglioramento della propria preparazione offerte dalla simulazione risultano particolarmente efficaci verso discenti adulti, già formati, dotati di

un ampio bagaglio di conoscenze e di una esperienza pratica: secondo la teoria andragogica di Knowles, gli adulti:

- sono indipendenti e capaci di autogestirsi;
- hanno già accumulato un ampio bagaglio di esperienze, che costituiscono una grande risorsa per l'apprendimento;
- danno particolare valore alle modalità di apprendimento che si integrano con i problemi che

scaturiscono dal lavoro quotidiano;

- sono più interessati ad un approccio immediato, centrato sui problemi che ad uno centrato su argomenti specifici;

- sono più motivati ad imparare dalla propria riflessione su un'esperienza che da quelle di altri.

FRANCESCA INNOCENTI¹, RICCARDO PINI²,
GIAMPAOLA GIOACHINI³, STEFANIA NELLI⁴,
GIAN FRANCO GENSINI⁵

¹ Dirigente Medico SOD Osservazione Breve Intensiva, AOUC

² Direttore SOD Osservazione Breve Intensiva, AOUC; Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza e Urgenza

³ Coordinatore Infermieristico; Area di Attività Osservazione Breve e Intensiva, AOUC

⁴ Infermiera, Area di Attività Osservazione Breve e Intensiva, AOUC

⁵ Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze

Una nuova equazione per il successo

Come la simulazione può comunque migliorare la nostra capacità di gestire situazioni critiche? Sappiamo ormai che per raggiungere un esito positivo in tale situazione, oltre ad una ottimale gestione medica, è indispensabile mettere in atto una strategia di gestione dell'evento critico (Crisis Resource Management, CRM). Tale complesso di principi è stato inizialmente formulato nell'ambito dell'aeronautica, dove circa 30 anni fa venne sviluppato il *Crew Resource Management*, ossia Gestione delle risorse dell'equipaggio, come risposta all'osservazione che la causa principale degli incidenti aerei era costituita da una carente capacità di lavorare in gruppo e non da una mancanza di capacità tecniche. I professionisti venivano filmati durante le simulazioni di volo e la performance del team veniva successivamente discussa durante una sessione di *debriefing*, o riflessione, condotta da facilitatori appositamente formati. Il programma ebbe un'ottima riuscita e la performance e l'af-

fiatamento degli equipaggi aumentarono significativamente. Rilevando molti aspetti in comune con la medicina, i formatori delle professioni sanitarie, inizialmente soprattutto nell'ambito dell'anestesiologia, mutuarono tale modalità di formazione e crearono una analoga procedura chiamandola appunto *Crisis Resource Management* (CRM).

I principi della *Crisis Resource Management*

Chiarezza dei ruoli: nel momento in cui ci si affronta una situazione critica, bisognerebbe identificare in modo esplicito un leader, che ha il compito di organizzare il team, mantenere una visione globale della situazione, controllare la comunicazione fra i membri, esprimere chiaramente gli obiettivi e i cambiamenti che si verificano. L'obiettivo non è una organizzazione di tipo gerarchico, ma una chiara e reale condivisione della gestione dell'evento critico, con piena responsabilità da parte di ciascuno.

Comunicare in modo chiaro: mantenere un tono di voce controllato, non mandare messaggi "all'ambiente", ma identificare sempre un destinatario ed aspettare sempre la conferma dell'avvenuta esecuzione di una richiesta o controllo.

Contributo personale: resistere all'impulso dell'autosufficienza e chiedere tempestivamente aiuto; aggiornare ogni nuovo intervenuto sulla situazione attuale e sui precedenti, esplicitando la propria valutazione della situazione ed eventuali raccomandazioni.

Gestire le risorse: Pianificare con anticipo le risorse necessarie e conoscere adeguatamente ciò che si ha a disposizione, strumentazione presente in reparto e nell'ospedale, consulenti disponibili, e quant'altro può essere utile nella gestione del caso. Sforzarsi di pensare fuori dagli schemi.

Valutazione globale: evitare di fissarsi su un'idea, sia essa una diagnosi o un problema, ma mantenere la capacità di prendere le distanze dalla situazione, rivalutarla di frequente, prendendo in esame le possibili alternative, attraverso il confronto aperto con tutto il team, con cui è bene valutare la congruenza delle proprie posizioni.

Se dopo la gestione di un evento critico nella realtà, ci fermassimo e lo riesaminassimo alla luce

di questi punti, che sembrano scontati, ci renderemmo conto che probabilmente abbiamo ancora della strada da fare!

La simulazione: lo scenario ed il debriefing

Ogni sessione di simulazione si articola in diversi momenti: dopo una presentazione iniziale dei principi della CRM ed una familiarizzazione con il manichino e la strumentazione dell'ambiente, i partecipanti gestiscono uno scenario, la cui struttura può cambiare a seconda del grado di esperienza professionale dei partecipanti.

La parte fondamentale della sessione è però costituita dal debriefing, ossia il momento in cui si analizza la performance del team, con una speciale attenzione a creare un clima in cui i partecipanti si sentano valorizzati, rispettati, liberi di imparare in un ambiente adeguato. Nel ciclo dell'apprendimento esperienziale di Kolb, il debriefing rappresenta l'osservazione riflessiva, a cui ciascun partecipante partecipa in prima persona, per giungere ad una visione condivisa e mai preconfezionata dello scenario e delle possibilità formative che sono state offerte durante lo svolgimento. Il facilitatore dal canto suo deve avere ben chiari gli obiettivi della sessione, ma diversamente da una tradizionale insegnante, si pone quasi come *co-discente*, soprattutto quando lo scopo principale dello scenario è di tipo comportamentale, cercando non di insegnare, ma di dirigere e guidare i partecipanti, in modo che l'esperienza formativa sia quanto più proficua possibile.

E, alla fine, è importante individuare qualche *Take-home messages*, un messaggio da portare a casa, meno generico possibile, che spesso scaturisce da una riflessione sullo scenario unita ad una riflessione su ciò che in situazione analoghe accade nella pratica di tutti i giorni!

Il Centro di Simulazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Nel marzo 2007 l'Università di Firenze in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi e la Regione Toscana ha istituito un Centro di Simulazione con manichini "high fidelity" sia adulto che pediatrico dedicato alla Medicina di Emergenza-Urgenza. In questi 5 anni di intensa attività, il Centro ha organizzato oltre 600 sessioni di simulazione alle quali hanno partecipato medici, infermieri e volontari che operano sulle autoambulanze (Tabella 1 e 2). Come mostrato nella Figura 1, tutti i discenti hanno apprezzato l'efficacia della simulazione come metodo di apprendimento e non si sono rilevate differenze significative tra medici dei Pronto Soccorso, medici del 118 e infermieri (Figura 2 e 3) a conferma della adattabilità del metodo a scenari lavorativi e background culturali diversificati. Infine, dato ancora più importante, tutti i discenti hanno confermato che la simulazione ha contribuito a migliorare le loro prestazioni lavorative (Figura 4).

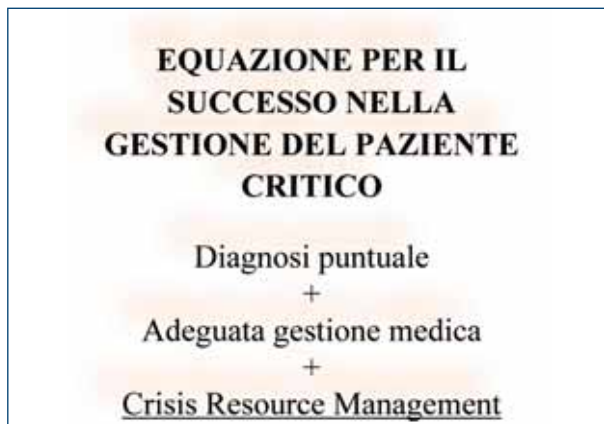


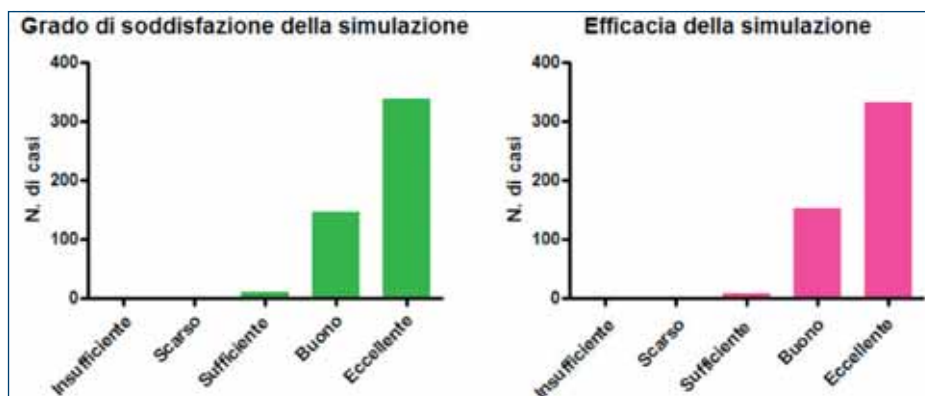
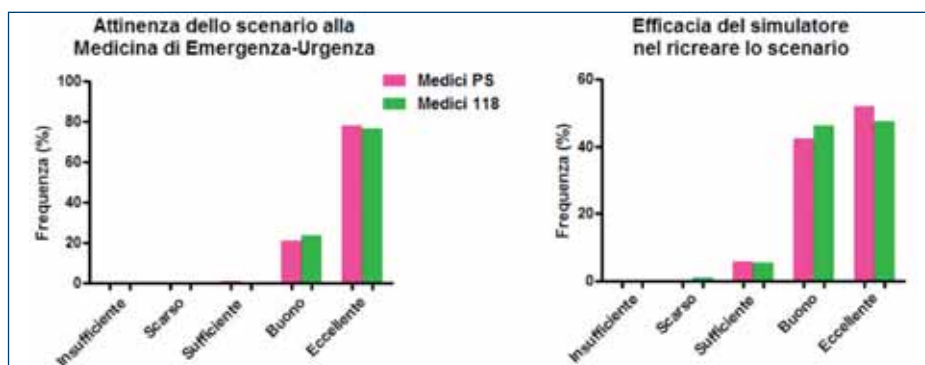
Tabella 1 - Centro di Simulazione AOUC.

Da Marzo 2007 a Marzo 2012:

- 576 sessioni di simulazione (2300 ore):
 - 40 sessioni per il “Pediatric Trauma Team”
 - 238 sessioni per la Certificazione in Medicina di Emergenza-Urgenza
 - 88 sessioni Corso *Refresh* della Certificazione
 - 17 sessioni per il Master triennale Toscano in Medicina di Urgenza
 - 8 sessioni per il Master in Medicina di Emergenza-Urgenza
 - 18 sessioni per studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
 - 22 sessioni per studenti del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche
 - 41 sessioni per il Master Infermieristico in Medicina di Urgenza
 - 104 sessioni per il Corso per medici ed infermieri del DEA dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Tabella 2 - Centro di Simulazione AOUC.

- 1220 Medici dell’Emergenza-Urgenza della Regione Toscana
- 34 Medici dell’AOU Meyer
- 50 Medici del Master in Medicina di Emergenza-Urgenza
- 80 Infermieri dell’AOU Meyer
- 80 Studenti del CdL in Medicina e Chirurgia
- 80 Studenti del CdL in Scienze Infermieristiche
- 80 Infermieri del Master Infermieristico in Medicina di Urgenza
- 186 (56 medici e 130 infermieri) AOUC “Careggi”

Figura 1 - Valutazione della Simulazione.**Figura 2** - Valutazione degli scenari.

Quali prospettive?

Appare chiaro come le opportunità offerte da questa modalità di apprendimento sono estremamente ampie: dall'utilizzazione nei curricula formativi di studenti di Medicina e specializzandi, al coinvolgimento di team multidisciplinari, meglio

se realmente facenti parte dello stesso team nella pratica clinica quotidiana.

Ormai in tutto il mondo centinaia di Centri utilizzano questo approccio per la formazione, con beneficio sia in termini di sicurezza del paziente, sia in termini di soddisfacente clima lavorativo. Questo

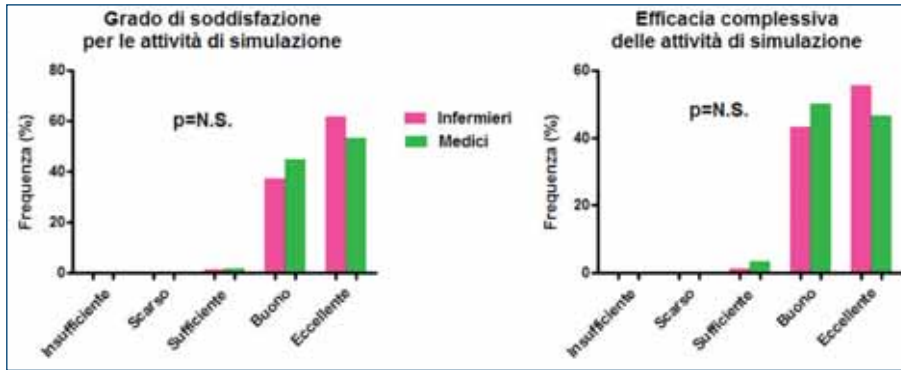


Figura 3 - Valutazione globale della sessione di simulazione.

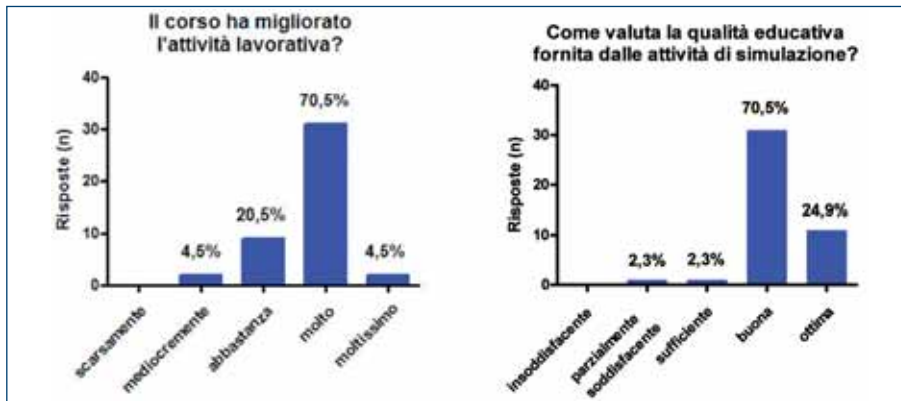


Figura 4 - Valutazione del corso.

perché lavorare in un team affiatato, collaborante, in cui esiste un desiderio condiviso ed esplicito di condivisione di responsabilità è indubbiamente di

grande utilità, soprattutto in ambienti di per sé molto stressanti quali la Medicina d’Emergenza-TM Urgenza e la Terapia Intensiva.

TM



Maurizio Pandolfi, Specialista in Oculistica. Nel 1969 docenza in clinica oculistica c/o l’Univ. di FI; ha fatto la carriera accademica in Svezia dove nel 1979 ha vinto la cattedra di Clin. oculistica all’Univ. di Lund con sede a Malmoe.

“Potenziare l’immunità” e “stimolare l’autoguarigione”. È possibile?

Si sente spesso il consiglio, specie in prossimità dell’inverno e relativa epidemia influenzale, di “potenziare le difese immuni-

tarie”. Alla prima sembra giusto farlo, ma: è possibile? E, soprattutto, ha un senso?

Da un po’ di tempo riaffiorano parole e concetti che credevamo sepolti. Nei giornali di tanti anni fa era frequente la pubblicità di medicine aventi sull’organismo un’azione benefica globale, farmaci atti a “depu-

rare il sangue”, a “proteggere il fegato”, ricchi di fosforo per acuire l’intelletto, e poi, l’Ischirogeno che “rigenera le forze e l’organismo”, la Forgenina “tonico neuromuscolare”, ecc.

Questi erano rimedi che si fondavano su una concezione del corpo come macchina con tanto di ingranaggi da lubrificare o come un fertilizio le cui mura vanno

rinforzate aspettando un attacco.

Sarebbe bello se in medicina le cose fossero tanto semplici, ma non è così, e a parlare del corpo come di una automobile o di un fortino si commet-

MAURIZIO PANDOLFI
Specialista in Oculistica. Cattedra di Clinica oculistica all’Università di Lund

te oltretutto quello che i logici chiamano “errore di categoria”, cioè si ascrive a qualcosa una proprietà che si addice solo a entità appartenenti a un'altra categoria. Il generico potenziamento delle difese immunitarie per difenderci dalle malattie è un esempio di questo errore.

Potenziare l'immunità

Il nostro sistema immunitario è un complicatissimo sistema di cellule e proteine coordinate tra loro. Ci sono gli anticorpi (IgG, IgA, IgM, IgE, e alcuni sottotipi), le cellule ematiche (polinucleati neutrofili, monociti, eosinofili, macrofagi, linfociti), il complemento, varie proteine con i loro ricettori e molte altre cose.

Sicché, quando leggiamo sul supplemento medico dei quotidiani che il rimedio tal dei tali ci farà passare un inverno senza tosse e catarro perchè esso ci “rinforza l'immunità” dovremmo chiedere a chi dà il consiglio: in che modo? Agendo su quale o quali degli innumerevoli componenti di questo sistema? La letteratura medica non contiene risposte convincenti a queste ipotetiche domande.

Inoltre, il sistema immunitario è un apparato biologico capriccioso e suscettibile di deviazioni, tra cui una inopportuna difesa da costituenti del nostro corpo scambiati per estranei con conseguenti malattie autoimmunitarie. Non sembra quindi una buona idea (ammesso che sia possibile) magari per evitare un comune raffreddore, sollecitare globalmente un dispositivo che può volgersi contro di noi. Almeno per ora, i soli modi di potenziare l'immunità sono selettivi come le vaccinazioni.

Per fortuna mancano prove che i rimedi oggi proposti per “fortificare l'immunità” funzionano davvero, e, con ogni probabilità, il nostro sistema immunitario se ne cura, per usare una similitudine di Leopardi, quanto la statua di Pompeo si commosse all'uccisione di Cesare.

Stimolare l'autoguarigione

Un'altra idea non ben definita e, come tale, di attuazione problematica è quella di “stimolare il potenziale di autoguarigione” dei pazienti in modo da “sostenere e amplificare i benefici dei trattamenti”, concetto che appare spesso nella divulgazione medica e pure in scritti diretti ai medici, (vedi per esempio <http://www.intempo-online.com/medicina-non-convenzionali/143-medicina-centrata-sulla>).

Anche questo sembrerebbe un ottimo proponimento, ma siamo alle solite perchè: cos'è esatta-

mente il “potenziale di autoguarigione” e soprattutto: come promuoverlo?

Lo si fa, si afferma, attivando l'influenza benefica che la mente ha sull'organismo mediante provvedimenti psicosociali e praticando un approccio olistico della medicina in cui rientrano una migliore informazione del paziente, il suo coinvolgimento nella scelta della cura con relativo *empowerment*, e altri interventi appartenenti alla cosiddetta *medicina centrata sulla persona*.

Che la mente, o il cervello se si vuole, influisca sul corpo è indubbio e l'effetto placebo costituisce un buon modello per studiare questa azione che è molteplice (vedi il manuale di Fabrizio Benedetti “Placebo Effects”, Oxford 2009). È dimostrato che l'aspettativa di miglioramento indotta da una cura in cui si ha fiducia produce svariati effetti sull'organismo. Ci sono effetti di vario tipo e di vario segno sulla percezione del dolore, sul sistema endocrino, immunologico, nervoso, cardiovascolare, urogenitale, respiratorio e gastroenterico. Addentrando nella lettura del libro di Benedetti è facile rilevare quanto sia multiforme un fenomeno di questo tipo e, di conseguenza, quanto sia incauto e affrettato passare a conclusioni cliniche generali da risultati singoli e spesso disgiunti tra loro.

Certo, misure psicosociali possono avere importanza nel motivare nei pazienti uno stile di vita più sorvegliato, una migliore aderenza alle cure ecc. e quindi avere *indirettamente* una influenza globale benefica. Non bastano tuttavia dati sperimentali isolati che mostrano questo o quell'effetto, spesso transitorio, sull'uomo e su animali da esperimento a legittimare l'assunto che è possibile agire sulla mente dei pazienti per promuovere *direttamente* in essi una non meglio definita “autoguarigione”. Allo stato attuale delle conoscenze, una teoria del genere, difficilmente quantificabile e verificabile, e che presuppone l'azione di una improbabile energia vitale, resta saldamente allo stato di ipotesi e può suscitare nei malati speranze infondate.

Indubbiamente la concezione che la psiche aiuti a guarire vive da molto nella nostra cultura, perpetuata anche da una buona letteratura. Nel commovente finale del romanzo “I Buddenbrook” di Thomas Mann, il giovanissimo Hanno, malato di tifo, muore perchè non ha la volontà di guarire e continuare a vivere. L'idea è validissima da un punto di vista letterario. La medicina però non è letteratura. **TM**

BACHECA

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



Aldo Fedi, dal 2011 è Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL n. 4 di Prato. In precedenza ha svolto attività di medico ospedaliero a Pistoia, poi di medico del lavoro in Valdinievole con interventi in agricoltura, in particolare nel florovivaismo, e in carta e cartotecnica, metalmeccanico (ex esposti amianto), calzaturiero, alimentare, articoli per la casa, trasporto merci.

Quale prevenzione oggi?

In un momento in cui tutti parlano di *spending review*, si ripropone la questione del significato e del ruolo della Prevenzione e delle strutture organizzative di questa.

Il deficit pubblico – ci dice Monti – è incompatibile con la necessità di una ripresa produttiva che crei posti di lavoro e reddito per un rilancio dell'economia.

Il discorso non sembra fare una piega – come si suol dire – eppure, la crisi non accenna a passare e, soprattutto, servizi che dovrebbero

garantire servizi fondamentali vengono ridotti o, addirittura, soppressi. Questo si sta verificando anche in prevenzione con conseguenze potenzialmente molto gravi.

La cosa può sembrare di scarso valore:

la prevenzione, infatti, di solito non ha un grosso impatto mediatico. Anzi, per certi aspetti, può anche creare fastidio: nessuno gradisce controlli, sopralluoghi, richieste di documenti, prescrizioni, sanzioni o cose del genere.

Tuttavia, l'assenza delle attività preventive, dall'assistenza (si pensi agli screening o alle vaccinazioni) alla vigilanza, determina un abbassamento di tutele e, con il tempo, favorisce l'emergere di danni a carico delle persone e dell'ambiente. Con la conseguenza che, a quel punto, lo Stato e la comunità dovranno, comunque, intervenire per rimediare come e se potranno.

Tutto questo comporterà spesa pubblica ulteriore (si stimano più di 40 miliardi annui per infortuni sul lavoro), oltre che importanti problemi individuali e sociali. Ricordiamoci della vicenda della "mucca pazza" conseguente alla distruzione del servizio veterinario britannico voluta dalla *deregulation*.

Tagliare i servizi della prevenzione comporta, alla fine, aggravare i conti pubblici.

Dire questo – sia chiaro – non significa che non si devono sottoporre i servizi della prevenzione a idonee verifiche di efficienza e di efficacia. Anzi, l'impiego di pubbliche risorse ci deve far sentire moralmente impegnati ad utilizzarle al meglio: in questo senso ogni richiamo al rigore e al rendiconto documentato sui risultati è ben fatto. Gli operatori della prevenzione devono impegnarsi in una continua ricerca di azioni veramente utili in termini di abbattimento dei rischi e di miglioramento dei livelli di salute.

Gli stessi cambiamenti epidemiologici in termini di patologie prevalenti a carattere cronico-degenerativo e di tendenze evolutive all'innalzamento dell'età media, peraltro, ripropongono continuamente il problema del fare prevenzione e la necessità di un ripensamento sul significato anche istituzionale e organizzativo di questo settore all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Il D.L.vo 502/92 segnò indubbiamente, in questo senso, un passo in avanti di sicuro rilievo con la definizione del Dipartimento di Prevenzione che resta una acquisizione importante per tutto il sistema sanitario italiano. Tuttavia, è giunto il momento di ridisegnare ruolo e competenze di questa struttura all'interno delle Aziende USL. Tutti, ormai, si sentono impegnati, e giustamente, a fare prevenzione: molti operatori sanitari dell'ospedale

e del territorio avvertono questa necessità. Ma fare prevenzione non è né semplice, né immediato. Richiede studio,

ricerca, preparazione e professionalità.

Si pensi ai Determinanti Sanitari (condizioni che incidono sullo stato di salute delle persone e delle comunità), quale, per indicarne uno, l'indice di deprivazione per reddito, occupazione, istruzione e coesione sociale: Giuseppe Costa ha mostrato, ad esempio, che gli indici di salute fisica peggiorano in Italia scendendo da Nord a Sud.

Ogni intervento di prevenzione deve fare i conti con certe condizioni. Una campagna informativa, ad esempio, (penso a certi spot TV) indifferentemente diretta in molteplici contesti rischia di generare modesti risultati, risolversi in sprechi o, addirittura, determinare incrementi di disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nel miglioramento reale delle condizioni di salute.

Se questo è, allora, occorre che il Dipartimento della Prevenzione, oltre che gestire le attività proprie (depurate di tutte quelle incombenze dimostratesi inutili), intervenga nella impostazione e nella programmazione di tutte le iniziative a carattere preventivo che possano essere pensate e attuate nell'ambito delle Aziende USL.

Alcuni, in questo momento di difficoltà, stanno pensando ad una sorta di separazione del Dipartimento della Prevenzione in vista di un suo orgoglioso rilancio identitario. La mia opinione è, invece, diametralmente opposta: ritengo che la conquista di una nostra identità stia nell'assunzione di un ruolo a tutto tondo all'interno dell'Azienda Usl, in una logica di Dipartimento della Prevenzione quale supporto effettivo per l'insieme dei servizi e dei professionisti che si vogliono spendere

ALDO FEDI

Direttore del Dipartimento di prevenzione
Azienda USL 4, Prato

in questa direzione. Questo, ovviamente, comporta che gli stessi operatori dei nostri Dipartimenti acquisiscano nuovi strumenti tecnico-scientifici sul terreno epidemiologico, della ricerca e della promozione della salute, ad esempio.

Occorre rompere quella sorta di corazza che negli anni si è venuta formando intorno ai nostri servizi, e mettere a frutto i risultati di anni della nostra attività a vantaggio di tutti i settori dell'Azienda USL. Conoscenza degli ambienti di vita e di lavoro e dei loro effetti sulle persone, individuazione e valutazione dei rischi, evoluzioni normative di carattere legislativo e tecnico, rela-

zioni con le parti sociali e le loro organizzazioni, aggiornamento professionale e formazione continua, rapporti con istituzioni essenziali per la prevenzione quali ad esempio quelle educative: sono solo alcuni dei contributi *unic* che il Dipartimento della prevenzione può mettere a disposizione di un progetto più generale.

Tanto più in un contesto socio-economico quale l'attuale che richiede risposte sempre più integrate e complesse, seppur precise e puntuali, che sono quelle che da un punto di vista di efficienza e di efficacia danno i risultati più incisivi e duraturi.

TM

Telefoni mobili, wi-fi ed effetti sulla salute

La massiccia diffusione a livello planetario dell'uso di telefoni mobili (TM), delle relative stazioni radio-base e delle tecnologie *wireless* ha aumentato rapidamente l'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici ad alta frequenza (CEM a RF) sollevando preoccupazioni sia nella popolazione generale che nel mondo scientifico, riguardo ai possibili rischi per la salute legati ai campi elettromagnetici ad alta frequenza da questi generati, soprattutto in relazione all'insorgenza di tumori cerebrali.

La metà degli utilizzatori di telefoni mobili (TM) su scala mondiale è rappresentata da bambini e giovani adulti (si stima che tra il 2000 e il 2011 i bambini tra 11 e 17 anni utilizzatori di telefonini in Italia siano passati dal 55,6% al 92,7%).

Sintesi delle evidenze epidemiologiche

Gli effetti biologici delle radiazioni non ionizzanti si suddividono in effetti termici ed effetti non termici. Una recente rassegna riassume i principali effetti non termici: alterazioni genetiche, alterazioni nella trascrizione del DNA e altri effetti epigenetici, alterazione della permeabilità della barriera ematoencefalica e conseguenze danno neuronale, induzione di *Heat Shock Proteins* e di apoptosi, riduzione della sintesi di melatonina e stress ossidativo, alterazione degli spermatozoi.

Studi concernenti l'esposizione a telefoni mobili

Numerosi studi caso-controllo e analisi *pooled* condotti principalmente da Hardell e coll. (Svezia)

hanno evidenziato incrementi di rischio statisticamente significativi e consistenti di sviluppare astrocitomi e neurinomi acustici dopo 10 anni o più di latenza o di uso continuato di cellulari analogici e digitali, in particolare sul lato della testa usato per telefonare (ipsilaterali) e nei soggetti che hanno iniziato ad usare il telefono mobile prima dei 20 anni.

Altri studi non hanno evidenziato incrementi di rischio. Nel 2000 la International Agency for Research on cancer (IARC) ha intrapreso uno studio internazionale (Interphone Study): una serie di studi caso-controllo condotti in 13 paesi nel mondo secondo un protocollo comune. Si tratta del più grande studio mai realizzato sull'argomento, costato oltre 19 milioni di euro e cofinanziato per quasi il 30% da industrie produttrici di cellulari. La pubblicazione più recente del gruppo Interphone riporta i risultati evidenziando: a) una riduzione del rischio di glioma e meningioma negli utilizzatori regolari di telefoni

mobili (gli stessi autori attribuiscono questo risultato ad un probabile *participation bias* e ad altri limiti metodologici); b) nessun eccesso di rischio per le stesse patologie dopo 10 anni di utilizzo; c) un eccesso di rischio per gliomi e meningiomi dopo 10 anni d'uso negli utilizzatori *pesanti*. Gli autori riferiscono che bias ed errori presenti nello studio limitano la



Maria Grazia Petronio, Direttore UOS Ambiente e Salute Asl 11 di Empoli Professore a contratto in Igiene Ambientale presso la Fac. di Medicina Università di Pisa ed il Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione Ambienti di vita e di Lavoro dell'Università di Firenze. Esperta in Ambiente e Salute, ha pubblicato numerosi articoli in riviste di rilievo nazionale e internazionale.

MARIA GRAZIA PETRONIO*,
FRANCESCA BATTISTI**

* Direttore UO Ambiente e Salute Asl 11 di Empoli

** Medico specializzanda presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università di Pisa.

forza delle conclusioni e ammettono che i soggetti indagati per lo più erano scarsi utilizzatori di telefoni mobili, in confronto agli standard odierni. Venivano, infatti, considerati *utilizzatori pesanti* coloro i quali usavano il telefono, in media, per mezz'ora al giorno. Da molte autorevoli fonti si sono alzate critiche all'impostazione metodologica dello studio Interphone.

Dopo aver esaminato e valutato la letteratura scientifica disponibile, inclusi i risultati Interphone, la IARC ha classificato i campi elettromagnetici ad alta frequenza nel gruppo 2b "possibilmente cancerogeni per l'uomo" in relazione all'insorgenza di glioma.

I bambini sono più vulnerabili ai campi elettromagnetici ad alta frequenza da telefoni mobili a causa del lungo periodo di esposizione che hanno davanti a sé e delle differenze biologiche rispetto agli adulti: il loro sistema nervoso centrale è in crescita, il tessuto osseo ha uno spessore inferiore, il tessuto cerebrale conduce meglio ed ha un maggior assorbimento di energia ad alta frequenza da telefoni mobili a causa del maggior tenore idrico e dell'elevata concentrazione ionica.

Studi concernenti l'elettrosensibilità

Alcuni pazienti riferiscono sintomi aspecifici come astenia, cefalea, disturbi del sonno, soggettivamente correlati alla vicinanza di fonti di campi elettromagnetici. Recenti evidenze nella letteratura scientifica riportano che in alcuni di questi casi è possibile riscontrare alterazioni fisiologiche oggettivabili. Molti autori riconoscono che l'elettrosensibilità possa essere una sindrome debilitante che interessa un numero crescente di persone nel mondo, benché sia difficile quantificare il fenomeno. Vari ricercatori richiamano l'attenzione sulla necessità di informare e formare i medici affinché questi pazienti possano comunque essere presi in carico.

Studi sugli incidenti stradali

Un'altra relazione importante è quella tra uso del telefono in automobile e rischio di incidenti stradali: è stato riportato un aumento del rischio fino a 4 volte. Gli incidenti non appaiono correlati solo all'impedimento fisico legato all'uso del dispositivo ma principalmente alla distrazione.

Conclusioni

In base alle evidenze suddette appare giustificata, in attesa di una posizione unanime della comunità scientifica, l'applicazione del Principio di Precauzione.

La risoluzione n. 1815/2011 del Consiglio d'Europa raccomanda espressamente, tra le altre cose, di adottare tutte le misure ragionevoli per ridurre l'esposizione dei bambini e dei soggetti giovani a campi elettromagnetici, specialmente ad alta frequenza da telefoni mobili; di ridurre i livelli di esposizione negli ambienti di vita; di segnalare le aree wireless; di prediligere le reti cablate e regolare severamente l'uso del telefonino dentro le scuole; di introdurre una chiara etichettatura che indichi la presenza di campi elettromagnetici, la potenza di trasmissione o il tasso di assorbimento specifico (SAR) dei telefoni mobili e qualsiasi rischio per la salute connesso con il loro utilizzo; di promuovere campagne di informazione.

Numerosi enti ed istituzioni nazionali ed internazionali (OMS, Ministero della Salute inglese, canadese, tedesco, francese e, nel 2012, italiano) hanno emanato utili raccomandazioni al fine di ridurre l'esposizione a campi elettromagnetici ad alta frequenza generati da telefoni mobili.

I medici possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione informando i cittadini e orientandoli verso il corretto uso dei telefoni mobili

TM

Raccomandazioni per il corretto uso dei telefoni mobili

Cosa non fare

- X Non fare utilizzare i telefoni mobili ai bambini sotto i 12 anni di età (se non in situazioni di emergenza), anche per scoraggiare eventuali condotte di dipendenza e abuso.
- X Non tenere il telefono sul corpo (anche se non in conversazione).
- X Evitare di utilizzare il cellulare in zone dove il segnale è debole oppure quando ci si sposta velocemente tra "celle" diverse (come in macchina o in treno).

Cosa fare

- ☑ Restare a più di 1 metro di distanza da una persona che sta parlando al cellulare.
- ☑ Utilizzare sempre l'auricolare (meglio ancora il vivavoce).
- ☑ Fare sempre attenzione a rivolgersi verso l'esterno il lato dell'apparecchio con l'antenna.
- ☑ Utilizzare il cellulare per conversazioni brevi. Per telefonate più lunghe servirsi di quelli fissi.
- ☑ Comunicare preferenzialmente via sms.
- ☑ Nell'acquisto di un telefonino, scegliere apparecchi che hanno il tasso di assorbimento specifico di energia (SAR) più basso.

Alla guida:

- X Non utilizzare il telefono, neanche con i dispositivi "a mani libere" (vivavoce, auricolari).
- ☑ Se necessario effettuare chiamate, fermarsi.

Psiconcologia: l'organizzazione del supporto psico-terapeutico nella sofferenza cronica

Dall'approccio *on demand* all'approccio *on progress*



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

L'obiettivo della Psico-Oncologia è rispondere ai bisogni psico(pato)logici e psicosociali che scaturiscono dall'assistenza oncologica. Le differenti prassi assistenziali che caratterizzano quest'ultima (prevenzioni, trattamenti, palliazione), non possono che condizionare profondamente i bisogni dell'utenza che si traducono, a loro volta, in aspettative di azioni psiconcologiche profondamente diversificate a seconda dei contesti oncologici. Le stesse linee guida dell'*International Psycho-Oncology Society* (IPOS) delineano un quadro molto ampio d'interventi, per certi versi informale, che proprio per la sua mission onnicomprensiva, non può essere applicato *tout court* nella sua interezza. Appare necessaria pertanto una prioritaria analisi dei bisogni, sorta di territorio di confine tra Psico-Oncologia e Oncologia e momento *topico* della prassi psiconcologica in quanto alla base della scelta tra le varie strategie operative. In questo senso le considerazioni che seguono discendono dalle riflessioni sull'attività psiconcologica che da oltre un decennio viene condotta all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, in una specie di interfaccia tra organizzazione ospedaliera *classica* e prassi assistenziale *a rete* dell'Istituto Toscano Tumori.

I due modelli classici, per molti versi contrapposti, d'intervento psiconcologico, si distinguono per la collocazione e il ruolo dell'operatore psiconcologo all'interno dell'area assistenziale oncologica:

1. operatore psiconcologo (psicologo, psichiatra) *all'interno* della struttura: l'operatore, per lo più con specifica formazione¹, è figura pienamente integrata all'interno dell'unità operativa oncologica in cui svolge compiti specifici in potenziale autonomia (ad es.: contatti con i familiari a scopo di supporto, *assessment* psicodiagnostici e trattamenti di "supporto psicologico");

2. operatore psiconcologo (psicologo, psichiatra, palliativista, operatore sociale, infermiere) *esterno* all'unità operativa oncologica: viene da questa di volta in volta contattato per la risoluzione di problematiche psicologiche e micro/macro-sociali. È questo il modello classico della consulenza psicologico-psichiatrica.

Come si può intuire (vedi Tabella 1), entrambi i modelli presentano vantaggi e limiti tangibili. Se nel primo modello all'integrazione dello psiconcologo all'interno dell'area assistenziale fanno da sfondo la specificità d'interventi e la competenza, il secondo modello non può prescindere dall'utilizzo di risorse di contenimento del *distress* psicologico (DP) proprie dell'equipe oncologica: il ricorso allo psiconcologo

LEONARDO FEI¹, LINDITA BUKACI²,
MARTINA FINO², SILVIO FIORENTINI³,
FEDERICA FULCINITI², SILVANA GRANDIZIO⁴

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

² Psicologa tirocinante S.O.D. Psiconcologia AOUC

³ Psichiatra S.O.D. Psiconcologia AOUC

⁴ Psicologa frequentatrice volontaria S.O.D. Psiconcologia AOUC

Tabella 1 - Modelli generali d'intervento psiconcologico

	VANTAGGI	LIMITI	PRESUPPOSTI
Psiconcologo interno a U.O. oncol.	competenza	stigmatizzazione	integrazione
Psiconcologo esterno a U.O. oncol.	destigmatizzazione valorizzazione risorse	aumento carico prof. formazione	condivisione degli obiettivi

¹ Questo modello riflette le posizioni della Società Italiana di Psico-Oncologia in merito alla figura professionale dello specialista in Psiconcologia prevista dal disegno di Legge (2010) non ancora esaminato dalla Commissione Sanità del Senato.

Tabella 2 - Istanze alla base di una richiesta di sostegno psicologico.

- **Maggiori informazioni** su malattia, prognosi, trattamenti.
- **“Aiuto”** che spazia da una prescrizione farmacologica a sostegni economici.
- **Presenza fisica accanto** al malato, in fase di stato o in fase terminale.
- **Psicoterapia.**

non è infatti sistematico. Questo, secondo la nostra esperienza, va spesso nella direzione delle aspettative dell'utenza.

Per converso il primo modello comporta da un lato la stigmatizzazione psichiatrica del malato oncologico con *distress* psicologico e dall'altro il rischio, costante, di una delega di problematiche all'operatore psiconcologo, così gravato da un considerevole rischio di *burn-out* (ad esempio conflittualità con familiari o all'interno dell'unità operativa oncologica).

La presenza stabile dello psiconcologo all'interno dell'area oncologica può attivare altresì la creazione di bisogni fittizi, attraverso generiche richieste di “sostegno psicologico” (vedi Tabella 2) rispettivamente da parte dei familiari (spesso motivate dalla necessità di maggiori informazioni circa malattia o prognosi) o da parte dell'équipe curante (non di rado espressione della difficoltà a una lettura empatica dell'angoscia del paziente come esito ‘fisiologico’ del *distress* psicologico)². Si arriva a volte persino al rifiuto dell'intervento di “sostegno” da parte del paziente che manifesta apertamente il desiderio di riprendere, per quanto possibile, il suo iter di vita normale.

Nel secondo modello d'intervento psiconcologico infine, alla potenziale valorizzazione delle risorse d'équipe fa da contraltare la necessità di una formazione psiconcologica per gli operatori oncologici e il rischio per gli stessi di un aumento dei carichi professionali anche emozionali.

La S.O.D. Psiconcologia dell'AOU Careggi di Firenze, fin dall'inizio della sua attività istituzionale (febbraio 2008), ha adottato un atteggiamento *flexibile* tra i due modelli, riservando al primo gli interventi nei reparti ad elevata criticità (in rapporto a fase di malattia e prognosi) ed al secondo gli interventi di consulenza a letto del malato nei reparti a minor criticità e di presa in carico per pazienti in fase post-critica e di follow-up (ambulatori all'interno del CORD).

Resta il problema se le modalità d'intervento descritte siano realmente in grado di rispondere agli obiettivi dell'*approccio globale al paziente oncologico*³, tenuto conto che molte delle implicazioni psicologiche presentate durante il decorso morboso hanno quantomeno come *sfondo*, se non come causa la complessità, a volte estrema, dell'iter diagnostico-terapeutico, la molteplicità degli operatori coinvolti, la criticità specifica delle singole procedure specie se invasive, le fluttuanti risorse adattative dei propri care giver.

Alla base dell'esperienza dei G.O.M.⁴, ormai comune all'interno dei Dipartimenti Oncologici della Regione Toscana, vi è la consapevolezza dei rischi de-

rivanti dalla molteplicità e dalla “frammentazione” dei diversi interventi clinici, di cui il *distress* psicologico è esito quasi scontato, come noto da tempo⁵.

Il *disorientamento* in fase precoce (post-diagnosi) o la *demoralizzazione* in fase di stato (ridotta compliance), espressioni di *distress* psicologico ben distinte dalla psicopatologia p.d., ne diventano però precursori inevitabili qualora non vengano adeguatamente trattate e la prassi psiconcologica insegna come l'insorgere di una “doppia diagnosi” (pazienti oncologico con psicopatologia) implichi un peggioramento prognostico globale (vedi Tabella 3).

Tabella 3 - Dal *distress* psicologico alla psicopatologia

VISSUTO DI MALATTIA ONCOLOGICA	
disorientamento	demoralizzazione
↓	
FALLIMENTO RISORSE ADATTATIVE	
↓	
disturbo post-traumatico da stress	depressione disturbi d'ansia

Un modello d'intervento psiconcologico dai risvolti innovativi, elaborato dalla SOD Psiconcologia dell'AOUC, è attualmente testato all'interno della collaborazione con la SOD Otorinolaringoiatria 2 per l'approccio psiconcologico ai tumori testa-collo. Ad ogni paziente viene assegnato uno psicologo, che lo seguirà durante tutto l'iter oncologico dalla diagnosi alla fase di riabilitazione/follow-up, conducendo l'*assessment* psicodiagnostico, gli eventuali colloqui di supporto, i contatti con i diversi operatori e soprattutto col nucleo familiare. L'*assessment* psicodiagnostico nelle fasi post-critiche e di riabilitazione viene attuato con analoghe modalità e strumenti, creando così i presupposti per un'adeguata gestione del follow-up.

In questo modello il denominatore comune dell'iter oncologico diviene la relazione psiconcologo-paziente in ciascuna area assistenziale (ambulatori, differenti reparti di cura). La relazione diventa così garante della memoria storica del paziente e di tutte le problematiche sistemiche connesse. L'*approccio globale al paziente oncologico* si realizza quindi appieno attraverso la relazione psiconcologo-paziente.

Bibliografia

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

TM

² L'esperienza del Centro Counseling Oncologico Regionale (CCOR) dell'ITT ha evidenziato queste realtà. Cfr: Il Contact Center per l'Oncologia. Regione Toscana, ottobre 2010.

³ Secondo questo concetto non può esistere atto medico nei cfr. del pz oncologico se non si è in grado di rispondere tanto ai bisogni psico-sociali quanto a quelli sanitari.

⁴ Gruppi Oncologici Multidisciplinari.

⁵ I.P.O.S. (1999): dal 30 al 60% dei pz oncologici mostra un disagio emotivo significativo.

I succhi di frutta nell'alimentazione dell'infanzia

Gruppo di studio degli Aspetti Nutrizionali e Comportamentali dell'Adolescenza, Firenze



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

Premessa.

Che la frutta *faccia bene* è un'acquisizione comune e generalmente accettata; tuttavia il consumo di frutta è rimasto modesto nella popolazione e comunque non ha avuto un incremento pari a quello di altri alimenti come carne, grassi e zucchero, come è dimostrato dall'analisi dei principali componenti della nostra dieta in quest'ultimo decennio.

Da alcuni anni l'industria propone per l'alimentazione infantile i *succhi di frutta* come alternativa al consumo della frutta fresca. Così abbiamo voluto studiare i *succhi di frutta*, un argomento poco trattato e poco conosciuto dal pediatra, cercando di mantenere la più completa imparzialità sui problemi di qualità.

L'uso di bevande cosiddette analcoliche viene spesso sconsigliato in quanto queste:

- vengono consumate a temperatura troppo bassa;
- vengono assunte in genere fuori pasto per cui disturbano l'appetito del bambino;
- rappresentano un'assunzione calorica incontrollata;
- contengono zuccheri potenzialmente cariogeni;
- sviluppano gas a livello del tratto digerente.

Oggi tuttavia c'è un aumentato consumo di bevande analcoliche per:

- massiccia campagna pubblicitaria attraverso i mass-media;
- recente immissione sul mercato di prodotti a composizione equilibrata;
- moltiplicarsi dei formati e confezioni multiple.

Possiamo affermare che la popolazione infantile, ma gli italiani in genere, non sono grandi bevitori di succhi di frutta (6 litri all'anno procapite contro i 20 litri e oltre consumati nel nord Europa), anche perché questo tipo di bevanda viene considerato un fuori pasto ed il suo consumo è soprattutto estivo. Si tratta tuttavia di un *alimento* interessan-

te da un punto di vista nutrizionale, le cui qualità e caratteristiche dipendono principalmente da tre fattori: la percentuale di frutta fresca, il suo grado di maturazione e il sistema di estrazione.

Una legge del 1932, stabiliva che la denominazione *succo di frutta* fosse riservata esclusivamente al liquido ottenuto per spremitura del frutto nominato. Oggi, le cose sono un po' più complicate e, anche se le bevande alla frutta vengono chiamate comunemente succhi di frutta, una nuova legge differenzia ancora di più la denominazione di questi tipi di prodotti.

• Succo di frutta.

È ottenuto dalla spremitura del frutto tale e quale o da succo concen-

trato che viene ricostituito con acqua, senza alterare il rapporto originale di acqua e zucchero perciò dal punto di vista qualitativo, non c'è differenza. Per poter essere chiamato tale, deve quindi contenere frutta al 100%.

• **Succo e polpa di...** Questa denominazione ci sembra inaccettabile perché fa credere che si tratti di un prodotto ancora più naturale del succo. Ma le bevande che vanno sotto questa denominazione contengono meno frutta (50% minimo di quello di pera, 45% quello di pesca, 40% quello di albicocca e così via). Si tratta quindi di un sottoprodotto, ottenuto aggiungendo acqua e zucchero a una quantità di succo concentrato o di purea di frutta che non supera mai il 50%.

• **Nettare.** Si tratta di una denominazione altamente ingannevole, perché il nettare contiene la stessa percentuale del "succo e polpa" che può quindi chiamarsi anche in questo modo.

• **Bevande alla frutta.** Sono quelle, come aranciate e limonate, che per fare riferimento a un frutto ne devono contenere almeno il 12%.

Analisi del contenuto

La frutta

La normativa in vigore prevede che i succhi di frutta contengano il 100% del frutto nomina-

DORIANA MILETI¹, STEFANIA PISANO²,
ELENA FILIPPONI³, NADIA PICARIELLO⁴,
Coordinatore F. FRANCHINI⁵

¹ Pedagogista, Firenze

² Arteterapeuta, Firenze

³ Psicologa, Firenze

⁴ Pedagogista Relazionale, Firenze

⁵ Insegnamento di Nutrizione e Dietetica Pediatrica, Università di Firenze

to; per i nettari la percentuale di frutta varia; nel caso della pera deve essere almeno il 50%.

Vitamina C

Contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare da un prodotto industriale, trattato con il colore e che può restare a lungo sullo scaffale del negozio, o della farmacia, la quantità di vitamina C è particolarmente elevata. In media, in un litro di questi succhi di arancia sono presenti 484 milligrammi di vitamina C, più o meno quanti se ne trovano in una spremuta di arance fresche fatta in casa.

Anidride solforosa

Si tratta di un gas tossico che ha la proprietà di impedire lo sviluppo di microrganismi che alterano gli alimenti. L'anidride solforosa viene ampiamente utilizzata in enologia e si può trovare anche in altri prodotti, come residuo di precedenti lavorazioni, oppure aggiunta volontariamente. Questo antimicrobico può essere addizionato ai succhi di frutta o ai nettari in quantità non superiore a 10mg/Kg di polpa e succo concentrato e non è obbligatorio specificarlo in etichetta se il residuo supera o meno i 10mg/l nel prodotto finito.

Si tratta, però, di un additivo pericoloso e sembra inappropriato che la legge consenta di utilizzarlo dato che è così dannoso e non indispensabile.

Apporto calorico

Succhi di arancia e nettari di pera non sono eccessivamente calorici. Un bicchiere pieno di succo di arancia (circa 150ml) apporta mediamente 55 calorie e contiene circa 13 grammi di zucchero. Leggermente più alte le calorie dei nettari di pera: 79 calorie in un bicchiere e 19 grammi di zucchero.

La degustazione

Ben diversi sono il gusto, il colore e l'aroma di una spremuta *fatta in casa* rispetto al succo di arancia industriale: la spremuta casalinga è decisamente migliore. I due trattamenti che subisce il succo di arancia prodotto industrialmente (la pastorizzazione e la concentrazione), modificano infatti sensibilmente le caratteristiche originarie del frutto. La palatabilità, soprattutto nei bambini, riveste grande importanza, visto che la qualità tecnica dei prodotti non si differenzia molto.

Effetti indesiderati

Succhi di frutta e carie dentale

È da sottolineare che l'assunzione di succhi di frutta direttamente dalla bottiglia (anche per i microtraumi che questa produce sui denti) o con biberon, facilita l'insorgenza della carie, soprattutto quella del colletto. Per questo è necessario raccomandare l'introduzione dei succhi di frutta nell'alimentazione quando il bambino è in grado di bere dal bicchiere.

Succhi di frutta e disturbi gastro-intestinali

In età pediatrica l'eccessivo consumo di succhi di frutta può portare a manifestazioni gastro-intestinali quali diarrea cronica, malassorbimento, dolori addominali e meteorismo. Infatti bisogna

tenere presente che il malassorbimento del fruttosio è relativamente presente nella popolazione e che incrementa nell'aumentare della dose e della concentrazione del fruttosio stesso. Inoltre la presenza di sorbitolo (alcool naturale non assorbibile, che si trova soprattutto nei succhi di mela e di pera), aggrava il malassorbimento.

Pertanto, la composizione e la concentrazione dei carboidrati, la presenza del sorbitolo, della pectina e delle fibre nei succhi di frutta, possono accelerare il tempo di svuotamento gastrico e il transito intestinale e portare al malassorbimento e alla diarrea cronica.

Succhi di frutta e obesità

Normalmente l'assunzione incontrollata di succhi di frutta rappresenta un'introduzione di calorie in eccedenza. Infatti in uno studio condotto negli Stati Uniti la percentuale di bambini obesi è del 53% in coloro che assumono più di 33cl/die, rispetto al 32% di coloro che ne assumono meno di 33cl/die.

Conclusioni

I succhi di frutta, ottenuti con particolare tecnologia per mantenere inalterati tutti i principi nutritivi della frutta possono essere indicati per il loro apporto idrico salino e vitaminico, soprattutto nella stagione e nei climi caldi, ma devono essere privi di coloranti e conservanti.

La confezione deve indicare chiaramente la composizione, le norme per il mantenimento e la data di produzione che deve corrispondere alla data in cui il prodotto viene messo in vendita.

Succhi di frutta e nettari sono prodotti molto diversi, innanzitutto per la percentuale di frutta che contengono (100% nei succhi, non oltre il 50% nei nettari), per le caratteristiche nutrizionali e, non ultimo, per il prezzo. Possiamo dire che la qualità di questi prodotti è buona, nonostante risentano di un processo di lavorazione spesso drastico. Particolarmente penalizzante, soprattutto per i nettari, è la prova di degustazione; confortante invece la ricerca di additivi tossici come l'anidride solforosa e la vitamina C nei succhi di arancia, dove è presente in discrete quantità.

Le etichette, tuttavia, lasciano molto a desiderare anche se gli obblighi previsti dalla legge sono rispettati.

Denominazioni quali "nettare" o "succo e polpa" sono forvianti per il consumatore, che può essere indotto a credere che si tratti di prodotti di qualità superiore al succo 100%.

Tra il succo industriale e la spremuta *fatta in casa* ci sono delle differenze; la più importante è quella che riguarda il gusto. I succhi industriali sono ottenuti da succo concentrato, che venendo pastorizzato, modifica irrimediabilmente le sue caratteristiche originali. Al contrario, una spremuta appena fatta, mantiene inalterato il gusto, il colore, l'odore del frutto utilizzato, e le caratteristiche nutrizionali sono superiori al prodotto industriale; ci sono più sali minerali, vitamine e più fibra se la polpa non viene filtrata. **TM**



Un caso davvero raro di anafilassi da uovo all'età di 2 mesi



Francesca Mori. Dirigente medico presso la SOD di Allergologia della AOU "A.Meyer" di Firenze. Si occupa prevalentemente di allergie alimentari complesse e allergie a farmaci nel bambino, argomenti per i quali è autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.

L'uovo è una delle cause più importanti di anafilassi da alimenti, interessando circa l'1-2% dei bambini. Solitamente le reazioni vengono osservate dopo i 6 mesi in base all'età di introduzione di tale alimento nella dieta. Descriviamo il caso di un bambino di origine pakistana, al quale è stato somministrato per la prima volta l'uovo in epoca molto precoce.

Il bambino giunge alla nostra osservazione al Centro di Allergologia del Meyer in seguito a shock anafilattico dovuto all'ingestione di uovo all'età di 1 mese e mezzo. Dall'anamnesi emerge che la gravidanza è decorsa senza problemi, con parto eutocico ed il paziente è stato allattato al seno fino al primo mese per poi passare al latte artificiale.

I genitori riferiscono di aver somministrato l'uovo sbattuto e cotto a bagnomaria 2 volte dalla nascita ed in entrambe le occasioni il neonato ha presentato vomito. Alla terza somministrazione ad 1 mese e mezzo di vita, subito dopo l'ingestione di una piccola quantità di uovo (preparato con le stesse modalità) è comparsa una eruzione orticarioide al volto e al tronco seguita da dispnea e rientramenti al giugulo e intercostali per cui è stato chiamato il 118. In Pronto Soccorso è stata riscontrata una saturazione pari al 90% in aria ambiente e un rapido peggioramento della dispnea con sibili diffusi, estensione delle lesioni orticarioidi, tempo di refill 3-4 secondi e stridore inspiratorio. Il bambino è stato trattato con adrenalina intramuscolo (i.m.), idrocortisone (i.m.), ossigeno 10 litri/minuto con mascherina. Il paziente ha presentato 2 nuovi episodi di vomito e per sostenere il circolo è stato applicato un accesso intraosseo vista l'impossibilità a reperire un accesso venoso per lo stato di shock ipovolemico del piccolo paziente.

La risposta alla terapia è stata rapida con miglioramento delle condizioni cliniche nel giro di poche ore.

Prima della dimissione è stato eseguito un prelievo ematico per il dosaggio di IgE totali, triptasi, RAST latte, latte di capra, alfa lattoalbumina,

beta-lattoglobulina, caseina, albume: allume 1.08 KUA/L; IgE totali 9 KUA/L.

A distanza di 1 mese dalla reazione il paziente è stato valutato presso il centro di allergologia del Meyer dove sono stati ripetuti gli esami ematici che hanno mostrato un Rast per albume pari a 0.19KUA/l; IgE totali 7 KUA/L.

I *prick test* con gli estratti dell'albume sono risultati negativi (istamina 4/8 mm) mentre il *prick by prick* con albume e tuorlo hanno mostrato una positività: tuorlo 5/20 mm; albume

3/5 mm; istamina 4/8 mm.

Questo caso di anafilassi ad un mese e mezzo di età è eccezionale in quanto l'epoca di introduzione dell'uovo secondo le raccomandazioni dell'ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition) non è indicata prima dei 6 mesi al fine di evitare lo sviluppo di allergie.

È inoltre importante prestare attenzione alle numerose vie di sensibilizzazione agli alimenti: si è parlato di sensibilizzazione in utero o all'ovalbumina e all'ovomucoide attraverso il latte materno e sempre maggiore importanza viene riservata alla sensibilizzazione attraverso il contatto per via cutanea.

È in corso un dibattito sull'epoca corretta di inizio dello svezzamento, le raccomandazioni dell'ESPGHAN lo situano in un'epoca compresa tra i 4 mesi, quando viene raggiunta la maturità intestinale, ed i 6 mesi. Ulteriore argomento di discussione riguarda la possibilità di ritardare oltre i 12 mesi di età l'introduzione di alimenti particolarmente allergizzanti come uovo, pesce, frutta secca e frutti di mare. D'altra parte da studi recenti emerge l'esistenza di una *finestra di tolleranza* per l'introduzione degli alimenti solidi compresa tra i 4 e i 10 mesi.

La rarità dei casi di anafilassi precoce all'uovo nelle nostre casistiche è sicuramente dovuta alla ritardata introduzione dell'uovo nella dieta rispetto alle consuetudini di altri paesi.

TM

FRANCESCA MORI, SARA TUCCI, NERI PUCCI, SIMONA CONTESTABILE, LAURA DI GRANDE, STEFANO PANTANO, M. ELISABETTA ROSSI, ELIO NOVEMBRE

Centro di Allergologia AOU Meyer Firenze

Manfredo Fanfani

Una storia di aureole e di cappelli



QUANDO L'ABITO
NON FACEVA IL MONACO,
MA FACEVA IL MEDICO

L'OPERA D'ARTE: UN MEZZO MEDIATICO CHE HA ANTICIPATO LA "CIVILTA' DELLE IMMAGINI".

La lettura delle opere d'arte può spingere a enfatizzare le regole formali della composizione ponendo talvolta in secondo piano il messaggio che l'Artista intende trasmettere all'osservatore attraverso la forza evocativa dell'immagine.

Un approccio all'opera d'arte, che privilegi gli aspetti tecnici, può farci intimidire, suscitando l'ansia di chi *non se ne intende*. Nella visione dell'arte, come mezzo mediatico, è opportuno privilegiare il rapporto diretto fra artista e osservatore focalizzando emozioni e contenuti.

In assenza dei moderni mass-media (giornali, cinema, radio-televisione, internet e quant'altro) l'arte ha anticipato la cosiddetta *civiltà delle immagini*, rappresentando per secoli il mezzo privilegiato per far cronaca e pubblicità, palese o occulta!.. L'opera d'arte fa dell'*immagine visiva* la propria ragion d'essere.

In sostanza, se noi separiamo grandezza e gusto artistici dalla volatile leggerezza dell' audience televisiva, vediamo che il *miracolo televisione* è già straordinariamente presente nelle grandi pitture, ed è nato già a colori! *Sono cambiati i mezzi non la filosofia e lo scopo.*

Basta osservare tre cose: la scrittura è accessibile solo con un adeguato livello di studio; la parola suona per brevi istanti e cade; la percezione visiva è immediata e penetrante, ha effetti incisivi e permanenti. L'arte italiana in particolare ha assunto aspetti narrativi e descrittivi, si è fatta carico dell'evangelizzazione, della cronaca di eventi sociali o politici, della promozione d'immagine di un casato o di un personaggio, con risultati dominanti e persistenti.





Quando l'abito non faceva il Monaco ma, per il suo valore simbolico, faceva il Medico.

L'abito non ha solo un ruolo funzionale, fa parte integrante del *linguaggio del corpo*. Alcuni medici del passato sono più noti di molte celebrità contemporanee, in quanto immortalati dalle arti figurative che si sono rivelate mass media più efficaci della

copertina di una prestigiosa rivista. L'Arte, nella sua funzione rappresentativa, celebrativa e di potente mezzo di cronaca e informazione, capace di catturare l'attenzione col suo impatto emozionale, ci fa pervenire puntuali testimonianze dell'immagine del medico.

Il rapporto fra medico e paziente si giocava anche attraverso il simbolico *potere comunicativo degli abiti*, che esprimevano la posizione sociale e lo *status professionale*. Nel Medioevo esisteva uno specifico galateo che definiva la particolare *uniforme* del medico: era previsto un cerimoniale di investitura con la consegna della *berretta rossa, dell'anello e della cintura d'oro o d'argento*. In un documento datato Padova 16 aprile 1685 si legge: *"Solo chi è arrivato per mezzo di applauditi sudori ad insignirsi della laurea dottorale, in virtù di essa tiene facoltà di portare l'anello e la veste"*. Anche nella Firenze del Trecento i medici, insieme ad altri addottorati, hanno speciali privilegi sul loro modo di vestire. Nello Statuto del Capitano del 1321 e in successivi statuti, si

trovano precisi riferimenti all'abbigliamento del medico; solo ai *Medicis Phisicis* (che provengono da un lungo iter di studio in latino, grammatica, retorica, teologia e medicina) è consentito portare uno speciale mantello, la cintura di fili d'argento e guarnizioni di pelliccia di vaio, per distinguerli dai *ciarlatani*, dagli *acconciatori di ossa* e dai *barbieri flebotomi* che eseguono salassi e esercitano la bassa chirurgia senza una base culturale e riconoscimento accademico. Severe sanzioni sono previste per chi porta vesti e ornamenti senza averne diritto.

L'abbigliamento è il simbolo dell'immagine del medico e della sua dignità professionale. Con l'investitura il medico acquista il diritto di essere chiamato *"Maestro"*. Molte pubblicazioni, dedicate al *galateo del medico*, raccomandano norme culturali e di comportamento.

Nel lungo viaggio nei secoli, al *medicus philosophus* dell'etica ipocratica si abbina, sotto l'aspetto comportamentale, l'etichetta galenica del *medicus gratosus*. Il medico si compiace di certificare questo suo *status* professionale attraverso l'abbigliamento e le norme di galateo prescritte dalla tradizione.

Modificato gradualmente l'abbigliamento è sopravvissuta la tradizione dell'uso della *berretta* o del *cappello*, componenti simbolici della professione esercitata. Come la corona ha rappresentato la regalità, il cappello ha significato l'accesso ad un rango. Così raccontano i cronisti dell'epoca: se un artista o un professionista non porta il cappello in testa è guardato con sospetto.

Medicina e santità, aureole e cappelli.

Esiste un interessante rapporto tra medicina e santità, cappelli e aureole. E' tradizione vedere i santi raffigurati con l'aureola, ma suscita curiosità vederli raffigurati con aureola e cappello in testa. Questo accade quando, accanto alla santità, la tradizione vuole rispettare la simbologia della professione medica esercitata dal santo.

Il Beato Angelico e artisti di diversa scuola, ci mostrano i santi Cosma e Damiano raffigurati con aureola e cappello rosso orlato di pelliccia, segno distintivo dell'arte sanitaria. Il fatto che i santi medici siano sempre rappresentati con ampi mantelli e cappello in testa obbedisce evidentemente non tanto al gusto del singolo pittore quanto a una diffusa cultura dell'epoca, che conferisce all'esercizio della medicina un particolare *status* e un rigido *galateo di comportamento*.



Togliersi il cappello significava spogliarsi di una simbologia di "status".



Il cappello è l'espressione di un ruolo. Toglierlo è una parziale rinuncia a un simbolo, per avvicinare la persona che si ha davanti e stare insieme a proprio agio. Oggi si usa meno il cappello ma è suggestivo che si senta il bisogno di cancellare con un tratto di penna i titoli professionali, nobiliari e onoreficenze sul biglietto da visita, un gesto di rinuncia al proprio status, un modo simbolico di togliersi il cappello!... Qualche Medico, visitando a domicilio, senza rispettare la tradizione si toglieva il cappello posandolo sul letto del malato.

Il fiuto popolare, collegando il cappello alla presenza del medico e quindi della malattia, ha fatto dell'usanza un motto: *il cappello sul letto porta male*. Allargando la simbologia al saluto militare riappare la storia del cappello. Nel saluto la mano destra è portata alla visiera come segno di voler togliere il cappello e quindi di rinunciare allo status personale, ma il soldato non lo toglie perché quel cappello rappresenta l'altissima realtà istituzionale alla quale è votato. Nei regimi totalitari il saluto militare è a braccio teso, simbolo di unitotalità persona-istituzione.



Non c'è medico che non sia filosofo

Andrea del Castagno (1421 ca - 1457):
"Dante". Firenze, Monastero di Sant'Apollonia

Dante Alighieri, oltre che sommo poeta, fin dal 1297 era iscritto all'Arte Maggiore dei Medici e degli Speciali di Firenze: il suo nome si vede tuttora segnato in uno dei libri di matricola: "Dante degli Alighieri poeta fiorentino".

A sottolineare questa sua appartenenza veniva spesso raffigurato con i simboli dell'Arte: il *lucio rosso* (lunga tonaca chiusa al collo) e il cappuccio rosso orlato di pelliccia. Non meravigliava incontrare nella Firenze del Trecento medici che portavano il titolo di *dottori di grammatica*. All'epoca la medicina faceva parte della *filosofia naturale* e il Medico doveva essere un intellettuale, un filosofo e uomo di lettere: *Nullus Medicus nisi Philosophus*, non c'è medico che non sia filosofo, recitava l'antico aforisma.

Era il tempo in cui essere *Philosophus naturalium rerum* significava conoscere a fondo la natura umana.

Essere *doctus et expertus*, non solo nell'arte medica, ma anche depositario di una cognizione globale del mondo e dell'uomo, autorizzava a esercitare l'Arte medica e ad avvicinare il medico-filosofo a un dio, secondo l'antico detto di Ippocrate, qui greco-latino: *Iatros Philosophos Isotheos*.

I problemi filosofici e etici del medico nascono, soprattutto, quando ci si trova nell'area di demarcazione fra la vita e la morte, fra stato di salute e malattia, oppure di fronte a problemi dagli incerti confini morali come quelli bioetici. I medici sono frequentemente obbligati a dare valore etico alle loro scelte, sono chiamati ad essere *filosofi dell'umano*.



L'abito e gli accessori come mezzo di comunicazione.

Nei rapporti interumani, in particolare nel rapporto medico-malato, recenti sondaggi privilegiano la *comunicazione non verbale*, che precede l'interscambio attraverso la parola, dove acquistano rilevanza quelle metafore e simbologie che richiamano sicurezza emotiva; fra queste primeggia l'aspetto esteriore, il vestire secondo canoni dettati dalla cultura tradizionale, e il portamento, nei quali il paziente sembra trovare una prima risposta alle esigenze di sicurezza emotiva messa a dura prova dalla malattia.

L'Antico Testamento ricorda la dignità del portamento come mezzo di comunicazione: "Il vestito di un uomo e la sua andatura manifestano quello che egli è".

Nei secoli, all'ippocratico *medicus philosophus* si è aggiunto l'aspetto comportamentale del galenico *medicus gratus* che evidenzia l'importanza della relazione.

Poco sembra cambiato dai tempi passati di questo galateo non scritto: una necessità di comunicazione viva che si insinua fra medico e paziente mediante il *linguaggio dell'abbigliamento*.

Il figurino a lato proviene da un sondaggio di opinione che, secondo la cultura popolare corrente, sottolinea ciò che dovrebbe essere consentito o non consentito nell'abbigliamento del medico.

Continua nel prossimo numero...



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

La riforma sanitaria di Pietro Leopoldo

Parte II

Il riordino degli ospedali

I provvedimenti adottati nella seconda metà del XVIII secolo dal granduca Pietro Leopoldo hanno interessato a fondo anche gli ospedali, tanto da determinare un vero e proprio *ordinamento* molto innovativo rispetto alla preesistente organizzazione. Il nuovo assetto normativo e amministrativo scaturisce dall'applicazione pratica dei principi sanciti nella politica riformatrice leopoldina. Questi principi sono tradotti nel "Regolamento dei Regi Ospedali", che introduce una visione più moderna delle funzioni ospedaliere.

Il primo regolamento ospedaliero emanato in Toscana, con la sovrana approvazione del granduca, è quello del Regio Arcispedale Santa Maria Nuova di Firenze, datato 7 ottobre 1783. Una seconda edizione, ampliata in seguito all'aggregazione dell'ospedale psichiatrico di Bonifazio, è stata introdotta nel 1789.

Nella strategia politica di Pietro Leopoldo, il Regolamento di Santa Maria Nuova rappresenta una prima esperienza il cui atto innovativo era destinato ad estendersi a tutti i principali ospedali della Toscana. Infatti il 1° marzo 1784 entra in vigore il Regolamento dello Spedale Santa Maria della Scala di Siena, redatto il 15 dicembre 1783 sul modello di quello adottato a Firenze. Successivamente fu applicato agli altri ospedali principali: Pisa, Pistoia, Livorno, Arezzo e Prato.

Con l'introduzione del regolamento non si rinnova soltanto l'ordinamento dei servizi ospedalieri e l'assetto istituzionale dell'Ente, ma cambia sostanzialmente anche il concetto dell'assistenza ai ricoverati. Lo Stato introduce un disegno organico di ampia portata etico-sociale, nel quale s'identificano gli aspetti più significativi ed incisivi della riforma, che preludono ad una concezione

moderna delle attività ospedaliere e valorizzano la personalità dell'uomo malato. Viene conferito notevole impulso al progresso della medicina, sviluppando la ricerca e la sperimentazione, gli studi medici e l'aggiornamento professionale. Viene dato risalto a tutte le funzioni ospedaliere: sanitarie, amministrative, economiche, religiose.

L'Istituzione, considerata in modo globale e unitario, viene interpretata col la figura allegorica di un albero. Il suo tronco rappresenta l'entità centrale, cioè la

direzione dello stabilimento, da cui partono le ramificazioni che simboleggiano i settori funzionali dell'ospedale, nonché le diverse cariche e le incombenze relative ad ogni categoria di addetti.

La lettura del Regolamento evidenzia l'intento di conferire efficienza a tutti i servizi nonché ordine e disciplina nella vita comunitaria del personale e dei ricoverati. Con descrizioni particolareggiate vengono passate in rassegna le varie fasi del ricovero: ingresso, degenza, dimissione. Per ciascuna fase sono prescritte le disposizioni relative alla programmazione giornaliera delle attività che riguardano l'accoglimento, la cura, l'assistenza, l'igiene, l'alimentazione, il conforto spirituale.

In tutte le norme che il regolamento propone affiora il senso di un profondo rispetto per l'uomo malato. Prevale la dignità dell'uomo quando si dispone di alleviare il dolore e le sue sofferenze anche nelle malattie incurabili, quando i medici sono tenuti a chiedere il suo consenso per gli interventi operatori. S'impone il rispetto per l'infermo di mente, assistito e non più emarginato. Molta importanza viene conferita all'assistenza spirituale. Risalta la considerazione verso la religione cristiana, che lo Stato garantisce nonostante la sua politica di laicizzazione, senza pregiudizi per il culto di altre fedi e credenze.

SANDRO BOCCADORO
Già direttore sanitario Asl Firenze

La regolamentazione delle attività assistenziali non rappresenta soltanto una prima tappa verso l'evoluzione tecnico-organizzativa degli ospedali, ma un reale processo di modernizzazione che promuove subito la qualità dell'assistenza e migliora decisamente le condizioni della vita ospedaliera, disciplinando i comportamenti e lo svolgimento dei servizi.

Lo studio della medicina e la ricerca medica

Nel XVIII secolo lo studio della medicina in Toscana era affidato alle facoltà mediche di Pisa e di Siena, le quali provvedevano alla formazione di base degli studenti fino al conseguimento della laurea. A Firenze invece era operante presso l'Ospedale di Santa Maria Nuova *la scuola medico chirurgica fiorentina*, che aveva l'incarico di preparare i giovani laureati e sottoporli ad un esame per conseguire l'abilitazione professionale.

Durante il Governo della Reggenza e il Regno di Pietro Leopoldo si manifesta in Toscana un fervente rinnovamento degli studi medici. Questo periodo coincide con il progresso medico in Europa e con alcune essenziali affermazioni della medicina, che comincia a studiare le malattie su basi scientifiche.

Come tutti i problemi di rilevanza socio-politica la ricerca e gli studi medici suscitano l'interesse del Granduca, che si concretizza attraverso i regolamenti ospedalieri, nei quali è dedicato uno specifico capitolo alla scuola medico-chirurgica e alle sue funzioni. In questo periodo la cura dei malati viene sempre più collegata alla ricerca scientifica. L'osmosi tra insegnamento medico, ricerca ed esperienza ospedaliera dà sviluppo, nei limiti delle conoscenze di allora, ad una moderna impostazione scientifica, che si afferma soprattutto nelle branche della chirurgia, dell'ostetricia e della psichiatria.

La nuova condizione dell'infermo di mente

Pietro Leopoldo ha dato a Firenze la prima residenza accogliente per i malati dementi (Ospedale della Carità), il primo medico specialista in malattie mentali (Vincenzo Chiarugi), il primo Regolamento per gestire l'assistenza psichiatrica.

Nel Regolamento dei Regi Spedali Santa Maria Nuova e Bonifazio, redatto da Marco Govoni nel 1789 si legge: "...*supremo dovere umano e necessità medica è il rispetto della persona fisica e morale del malato di mente*".

Nell'ambito della *riforma sanitaria* di Pietro Leopoldo il radicale cambiamento dell'assistenza psichiatrica costituisce un aspetto tra i più nobili e qualificanti sul piano umano, sociale e psicologi-

co. Con questi provvedimenti gli infermi di mente sono sollevati dalle condizioni disumane ed aberranti che avevano subito in passato, quando era imperante il triste precetto "digiuno, catene e sferzate".

Nella nuova residenza istituita dal granduca con la denominazione "Spedale della Carità per dementi", che passerà alla storia come "manicomio di Bonifazio" il grande pioniere della moderna psichiatria, Vincenzo Chiarugi, realizza i suoi programmi di studio ed applica le sue teorie terapeutiche. Allestisce un ospedale psichiatrico modello "bello e grandioso nel suo aspetto esteriore; ampio, ventilato e salubre internamente; diviso in due metà, una per gli uomini e l'altra per le donne; fornito di tutti i comodi, con bagni, corridoi, passaggi erbosi".

Di fatto il nuovo ospedale psichiatrico era un vasto complesso, provvisto di giardini ed orti, verande e porticati per il soggiorno e per le attività all'aperto dei ricoverati. Aveva un ingresso spazioso e duecento camerette, distribuite in modo da separare gli alienati tranquilli da quelli agitati. In questo complesso Vincenzo Chiarugi, primo medico psichiatra in Italia, abolisce la contenzione forzata, e lascia circolare liberamente i pazienti, li fa socializzare tra loro facendoli vivere in consorzio, li fa applicare in attività di terapia occupazionale e riattivazione psico-sociale.

Il nuovo ospedale psichiatrico ospita una messe di soggetti inesplorati sui quali il Chiarugi si applica con passione, approfondendo e sviluppando i suoi studi. Ha così modo di osservare accuratamente il comportamento degli infermi, di classificare le malattie mentali secondo la sintomatologia e il loro decorso, di sperimentare le prime modalità di cura. Egli agisce con la consapevolezza di trattare dei malati da curare e rispettare. È lui il fondatore di una nuova branca della medicina: la psichiatria. Compone un poderoso trattato "Della pazzia in genere e in specie Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni".

Nei primi anni dell'800 presso la Scuola medica di Santa Maria Nuova viene istituita la cattedra delle "Malattie cutanee e perturbazioni intellettuali", prototipo dell'insegnamento ufficiale della psichiatria. Il primo direttore è Vincenzo Chiarugi.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: sandro.boccardo@virgilio.it

TM

Continua nel prossimo numero



Giuseppe Corsi, laureato a Firenze in Giurisprudenza nel 2000, mediatore presso la Camera di Commercio senese, svolge attività di consulenza. Come praticante avvocato ha affrontato anatocismo bancario e infortunistica stradale.

La prova scientifica nel processo penale

Recenti adeguamenti giurisprudenziali

In generale, la scienza pone delle ipotesi da confermare tramite un tentativo di falsificazione. A tal proposito, essa è debitrice dell'opera del filosofo Popper. Per comprendere la vastità delle problematiche sottese a questo argomento, si può aggiungere come esempio tra i tanti che la teoria della rotazione della terra venne provata solo nell'anno 1851, grazie al pendolo di Foucault.

Sotto il profilo della causalità, qualora una delle conseguenze naturali non si avveri, allora l'ipotesi non è vera, quindi non può diventare una legge scientifica.

La Cassazione ha accolto, nel 2010, i criteri della sentenza statunitense "Daubert" nella sentenza "Cozzini", inerente un caso di esposizione all'amianto. La grande novità della Daubert consiste nel fatto che il riconoscimento della comunità scientifica non è indispensabile: in sintesi, trattasi del concetto di idoneità del mezzo di prova nuovo.

In particolare, la giurisprudenza, tra il 1990 e il 2002, ha elaborato una concezione statistica di probabilità, spaccandosi in due correnti. Per la prima, una legge scientifica, che esprima una probabilità vicina alla certezza, può permettere una condanna. Per la seconda, finalizzata alla tutela della società, la condanna dell'imputato è permessa anche quando la legge scientifica esprima una probabilità seria tra 30 e 50.

La ricomposizione della giurisprudenza avviene nel 2002, con la sentenza cosiddetta "Franzese". Per le Sezioni Unite (SS.UU.) il fatto oggetto di accertamento è un fatto storico. Dunque, entrambe le tesi hanno un approccio errato, in quanto occorre ricercare la certezza processuale con riguardo al nesso causale inerente quella singola condotta e quel singolo evento, senza ricostruire la legge di validità astratta. Icasticamente, si rileva come possa essere oggetto di processo una vicenda in cui si verifichi il caso residuale, di probabilità infima. Con riguardo all'accertamento del nesso di causalità, la sentenza Franzese pone il modello "inferenziale induttivo", con cui l'operatore deve partire dal caso concreto per arrivare alla legge. Cosa ben diversa era il modello "nomologico deduttivo", con cui si traevano deduzioni da una legge astratta. Dunque, la Corte di Cassazione evidenzia la necessità di operare un giudizio controfattuale caratterizzato da

«elevata probabilità logica» o «alto grado di credibilità razionale».

Sotto il profilo della condotta omissiva, in particolare, la "Franzese" specifica che l'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza probatoria del nesso causale tra condotta ed evento, e cioè il dubbio plausibile e ragionevole, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva deve comportare l'esito assolutorio del

GIUSEPPE CORSI

Mediatore presso Camera di Commercio senese

giudizio.

Il risultato del giudizio controfattuale, allora, deve portare ad un dubbio residuo "non ragionevole", o privo di conferma. Inoltre, si deve poter escludere le eziogenesi alternative, appunto, "al di là di ogni ragionevole dubbio".

Altre caratteristiche del caso concreto da tenere in considerazione ai fini del giudizio di probabilità logica possono essere, in aggiunta a quanto sopra, il livello di gravità della patologia, la tempestività dell'accertamento della malattia, l'interazione con altri farmaci somministrati.

Si dovranno quindi comparare le peculiarità del caso *sub iudice* con le condizioni in cui è stata sviluppata l'indagine scientifica e/o statistica.

In casi di inesistenza di una legge scientifica, invece, per la sentenza Franzese, l'esistenza del nesso causale dovrà essere valutata sulla base delle massime di esperienza o delle generalizzazioni del senso comune, purché le stesse abbiano un solido fondamento scientifico che confermi la valutazione che ricollega la condotta all'evento.

Ciò premesso, si ricorda come sia diverso l'iter probatorio del procedimento civile (volto a regolare la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale) da quello penale, in ragione dei valori sottesi ai due processi, ovvero la tutela della libertà personale e la pretesa di risarcimento del danno. Difatti, mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", nell'accertamento del nesso causale in materia civile, invece, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non".

A proposito della differenza dell'onere probatorio in civile ed in penale, richiamiamo la sentenza n.4391/12 della IV sez. pen. Cass..

La sentenza tratta di un paziente affetto da schi-

zofrenia paranoide, che è ospite di una comunità protetta. È preda di allucinazioni auditive dettanti ordini, c.d. a contenuto imperativo. Ha sviluppato un delirio di veneficio, con rifiuto intermittente di alimentazione ed ostinata chiusura in se stesso. All'anamnesi, figurano stati di eccitazione psicomotoria con tentativi di atti autolesivi. Qualche giorno dopo il paziente si butta da una finestra di due metri circa, riportando lesioni che si evolvono mortalmente.

Con la I sentenza di merito, il tribunale di Asti condannava per omicidio colposo ed al risarcimento della parte civile gli amministratori, il direttore sanitario, il responsabile della sicurezza della casa di cura. La corte d'appello di Torino, poi, confermava la responsabilità del solo direttore sanitario, che adiva la giurisdizione di legittimità deducendo due motivi: il primo, la mancanza ed illogicità della motivazione, per cui non è certo se la "defenestrazione" sia stata effetto di una allucinazione o di una decisione consapevole. "Quanto all'ipotizzata necessità di trasferimento del degente in altra struttura più sicura, nessuno ha mai chiarito dove e in qual modo ciò dovesse accadere. In ogni caso, il trasferimento in un ospedale non avrebbe impedito l'attuazione del suicidio".

Per il secondo, si deduce la violazione degli artt. 40 e 41 cp. la morte, in realtà, "sarebbe stata cagionata da una polmonite generata da un batterio resistente alla penicillina, affezione contratta in ospedale". La Cassazione, non potendo valutare il merito, ricostruisce la categoria di "rischio consentito". Tale rischio è insuperabile ma è accettato dalla scienza medica e dalla società. Il malato di mente, cioè, non può essere isolato dalla società, ma deve comunque essere sorvegliato.

In conclusione, sotto il profilo penale, visto il ragionevole dubbio sulla causa della morte, l'imputato deve rispondere solo delle lesioni derivate immediatamente dalla "defenestrazione", reato estinto per prescrizione. Sotto il profilo civile, invece, "l'unico soggetto in grado di apprezzare la gravità della patologia del defunto era proprio il direttore, che avrebbe dovuto informare i vari soggetti responsabili all'interno dell'azienda al fine di coinvolgerli nelle conseguenti determinazioni. La mancanza di tale informazione ha lasciato all'oscuro gli imputati sulla situazione di emergenza in atto; sicché correttamente è stata esclusa l'esistenza di condotte colpose" in capo ai medesimi. **TM**

Sanità nel mondo

Toscana Medica 2/13



Nessuno sia escluso

A proposito di assistenza agli immigrati

Nel 1998 venne emanato il Testo Unico sull'immigrazione (*Decreto legislativo 286/98*) che stabiliva, tra l'altro le norme che dovevano regolare l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. In linea generale si stabilivano due principali criteri:

a) gli immigrati in regola col permesso di soggiorno e quindi residenti a tutti gli affetti avrebbero potuto fruire dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale, al pari dei cittadini italiani;

b) agli immigrati irregolari, ovvero non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP, Stranieri Temporaneamente Presenti), sarebbero state garantite le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali ancorché continuative per malattia ed infortunio e i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Una successiva Circolare del Ministero della Sanità (n° 5 del 24 marzo 2000) specificò il significato di "cure urgenti e essenziali":

- per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona;

- per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze cronicizzazioni o aggravamenti).

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

- Fu altresì affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.

L'applicazione di queste norme, soprattutto quelle relative agli immigrati irregolari, non è stata mai semplice e univoca, anche a causa della riforma del titolo V della Costituzione (anno 2001) che introduce la *devolution*, ovvero una forte autonomia delle



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".

Regioni in campo sanitario. A seguito di ciò la tematica "salute e immigrazione" è rimasta sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato, perché l'immigrazione è potestà esclusiva dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome, perché l'organizzazione sanitaria è competenza specifica delle Regioni). Ciò ha prodotto profonde differenze tra Regioni non solo nell'organizzazione dei servizi, ma anche nel riconoscimento dei diritti e dei livelli di assistenza garantiti (in alcune Regioni, ad esempio, il servizio pubblico garantisce agli immigrati irregolari solo i servizi di urgenza).

Per affrontare tali problematiche nel 2008 fu istituito, in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, il Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari", che ha rappresentato una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e Pubblica Amministrazione e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria.

Il Tavolo si è avvalso della consulenza tecnica della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni forte della sua vasta rete di contatti di operatori impegnati in prima persona in gran parte delle regioni e province autonome italiane, in grado di evidenziare criticità del sistema di accesso ai servizi e problematiche normative e organizzative e insieme di proporre soluzioni particolarmente efficaci.

Al termine di un lungo processo di consultazioni e confronto, il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA) che fornisce "Indicazioni per la corretta ap-

plicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane". Tale Accordo che pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti, contiene in estrema sintesi le seguenti direttive:

- iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
- iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi;
- iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
- iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali;
- garanzia agli immigrati irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti - STP) delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;
- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
- iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
- iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio;
- equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI (Europeo Non Iscritto, per cittadini comunitari privi di assistenza);
- proposta di estensione del tesserino/codice ENI nelle regioni/province che non lo hanno ancora previsto.

TM

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI sito Internet dell'Ordine
 AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org
 FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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



Storia a lieto fine di una caramella

Cosa c'è nella valigetta del dottore? Chi pensa che ci sia soltanto l'apparecchio per la pressione, il fonendoscopio, il ricettario e la biro, ha una visione molto limitata del dottore e del suo servizio. Dentro questa valigetta ci sono i sei anni e mezzo di studi, la volontà, le rinunce, i sacrifici, la continua disposizione all'ascolto, la partecipazione emotiva agli innumerevoli disagi fisici e psicologici di chi soffre. Da tutto ciò può nascere qualcuna di queste storie.

Nel 1966/68 con l'arrivo a Barberino di Mugello della fabbrica di confezioni Rifle dei fratelli Fratini, Barberino passa improvvisamente da paese agricolo a paese industriale. Rifle è parola inglese che significa "colpo" (di fortuna direi). I Fratini ottennero dal Comune un terreno gratis, purché nella fabbrica venissero assunte ragazze e donne confezioniste del paese. E così avvenne, e per 280 famiglie si creò un'occupazione ed uno stipendio inaspettato e inaspettato. Quando a mezzogiorno e un minuto le "fratine", con il loro caratteristico grembiule blu, passavano per la strada, la maggior parte a piedi e molte in bicicletta, per andare a mangiare a pranzo, vederle tutte insieme era fonte di gioia per tutti. Erano fortunate quelle che avevano a casa una mamma, una sorella, una suocera che aveva preparato il pranzo, perché alle 13.00 bisognava essere di nuovo in fabbrica.

Una di queste confezioniste, torna a casa, la mamma ha preparato il pranzo, mangia, parla, va nel bagno, si ferma qualche minuto ed è di nuovo pronta

per uscire. Nel corridoio su di un mobile c'è un piatto con delle caramelle. Lei ne prende una e pensa, così nel pomeriggio me la mangio. Verso le 16.00 mentre sposta una fila di pantaloni già pronti avverte un dolore al petto. Appoggia i pantaloni sul tavolo, spinge nuovamente e il dolore aumenta. E pensa, con tutti i mali che ci sono, noi donne, abbiamo anche quello del nodulo o addirittura del tumore al seno, ed io, che sono sfortunata, ho senz'altro quello. Appena alle 17.00 esco da qui, vado subito dal dottor Fusi, perché se c'è un nemico è meglio conoscerlo subito, e se c'è un amico è meglio conoscerlo subito.

Alle 17.10 è nel mio ambulatorio, ansiosa, impaurita e mi dice: "Dottore mi guardi, ho paura di avere qualcosa qui che mi fa male." È in piedi, io anche, e dico: "Vediamo." Solleva il golf e la camicetta, e cade in terra una caramella. E io dico: "E questa da dove viene?" E lei sorridendo dice: "E' la caramella che avevo preso da casa, per mangiarla, e nella grande paura me ne ero dimenticata." Passata questa paura, dico: "Prendiamo questa caramella, scartiamola, e dividiamola con le forbici, metà me la mangio io e metà se la mangia lei." E lei dice: "No dottore, è stata sotto il mio braccio per delle ore, ed ero anche sudata." Non importa dico io, la caramella è incartata. E così ce la siamo mangiata, facendoci sopra una risata liberatoria. Nei giorni, nei mesi, negli anni successivi, quando ci incontravamo anche da lontano, bastava un gesto per sorridere ancora.

Aldo Fusi



Incompatibilità per gli specializzandi

Talvolta i giovani medici specializzandi pongono domande e quesiti all'Ordine riguardo alla possibilità di svolgere altre attività professionali "a latere" del corso di specializzazione. Ritenendo la questione di interesse generale, l'Ordine ricorda che la normativa vigente consente al medico in formazione specialistica e titolare

di contratto di formazione unicamente lo svolgimento di attività extra-specializzazione consistente in sostituzioni brevi ai medici di famiglia e turni di guardia medica presso le ASL, sempreché non interferiscano con gli obblighi formativi. Quindi altre attività (come ad esempio quella di docente in corsi vari o di guardia medica presso

strutture sanitarie private e così via) non sono compatibili con lo status di medico specializzando. Si raccomanda, pertanto, l'osservanza di quanto sopra, perché l'accertamento di svolgimento di attività non compatibili può comportare la revoca del contratto di formazione specialistica.

Necessità dell'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri

L'Ordine dei Medici di Arezzo, che ringraziamo per la segnalazione, informa di aver ottenuto successo in un processo penale in cui era imputato un medico che esercitava la professione di odontoiatra senza l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri. In particolare, il medico riteneva di poter legittimamente esercitare con l'iscrizione all'Albo dei Medici e con la specializzazione in Odontostomatologia, ma senza l'iscrizione all'Albo degli Odon-

tooiatri. Il Tribunale di Arezzo in composizione monocratica (giudice Dott. Mauro Bilancetti) ha invece ritenuto necessaria l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri per cui ha condannato il medico per il reato di esercizio abusivo della professione odontoiatrica. Adesso si attende il deposito delle motivazioni. In ogni caso si tratta di una pronuncia importante perché sembrerebbe smentire le notizie di stampa che riguarderebbero un caso analogo

avvenuto a Torino con esito questa volta favorevole al medico. In attesa di conoscere le motivazioni delle decisioni della magistratura, l'Ordine mantiene sulla vicenda sempre la stessa posizione e cioè che per poter esercitare una professione "protetta" è indispensabile l'iscrizione al relativo Albo, per cui per esercitare la professione odontoiatrica è necessaria e indispensabile l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri.



Due decaloghi per la prescrizione di esami diagnostici e farmaci

Le due top ten sono state pubblicate da Richard Lehman sul blog che cura per il Centre for Evidence Based Medicine.

Riportiamo le sintesi di Arabella Festa apparsa sul sito: <http://www.pensiero.it/news/news.asp?IDNews=1216>

Prescrizione di esami diagnostici

1. Tieni conto delle prove di efficacia. Non prescrivere test invano. Se il valore predittivo di un test è inferiore al 50%, lancia una moneta: è più economico e altrettanto utile.

2. Applicazione delle prove. Non trattare acriticamente i risultati dei test.

3. Costo-efficacia. Non desiderare esami diagnostici inutilmente sofisticati; se esiste un test più economico e altrettanto utile, usa quello.

4. Educazione dei pazienti. Aiuterai i pazienti a comprendere che i valori limite sono delle convenzioni, e di per sé non indicano la presenza o meno di una malattia.

5. Decisioni condivise. Aiuterai le pazienti e i pazienti a comprendere i limiti dei test e deciderai con loro se eseguirli o no. Molte condizioni non possono essere escluse o diagnosticate dai test; molti test possono dare risultati falsi positivi o falsi negativi, e nessun test può indicare una prognosi precisa.

6. Assistenza centrata sul paziente. Non ignorare le esigenze delle pazienti e dei pazienti e onora le persone anziane: sono quelle

che più inducono nella tentazione di prescrivere test, fai quindi il possibile per evitare quelli inutili o pericolosi.

7. Efficienza. Non ripetere un test se il risultato è già disponibile, e registra in modo che siano reperibili i risultati degli esami che prescrivivi.

8. Etica. Non prescrivere test come difesa contro azioni legali, come placebo, o al posto di interventi di sostegno o palliazione.

9. Educazione e impegno. Aiuterai chi fa tirocinio e le colleghe e i colleghi più giovani a prescrivere test in funzione delle esigenze dei pazienti e della performance dei test. Non prescrivere test per abitudine o policy.

10. Conosci te stesso. Sii consapevole dei tuoi bias e dei tuoi limiti cognitivi. Non cadere nella trappola di presumere che tutti i risultati che deviano dalla norma siano importanti o che un risultato anomalo sia sufficiente a spiegare i sintomi.

Prescrizione di nuovi farmaci

1. Tratterai sulla base del livello di rischio, piuttosto che sulla base del fattore di rischio.

2. Userai cautela al momento di prescrivere un nuovo farmaco a

persone politrattate.

3. Considererai come benefici provati dei farmaci solo quelli verificati da studi con esiti primari (hard endpoints).

4. Non ti prostorerai agli esiti intermedi (surrogate endpoints), poiché questi non sono che idoli.

5. Non adorerai i target di trattamento, poiché questi sono solo una creazione dei comitati.

6. Accoglierai le informazioni sul rischio relativo *cum grano salis*, perché la popolazione di riferimento potrebbe avere scarsa somiglianza con quella che tratti.

7. Onorerai il numero necessario di soggetti da trattare, poiché in esso si trovano le informazioni rilevanti per il paziente e relative ai costi.

8. Non vedrai informatori farmaceutici, e non bramerai inviti a partecipare a simposi in location lussuose.

9. Condividerai le decisioni sulle opzioni terapeutiche con il paziente alla luce della valutazione dei rischi e dei benefici individuali.

10. Onora il paziente e la paziente anziani, perché sono coloro con i più elevati livelli di rischio, e sono più vulnerabili agli eventi avversi legati ai trattamenti.

Concorso nel reato di esercizio abusivo

Un odontotecnico è stato condannato per esercizio abusivo della professione odontoiatrica, ma nel processo è stata coinvolta anche l'assistente alla poltrona, che, benché non avesse svolto alcuna manovra curativa al paziente, collaborava comunque con l'odontotecnico, porgendogli gli strumenti e svolgendo i compiti tipici dell'assistente. In

questo caso, si tratta di mera connivenza non punibile, o piuttosto di concorso nel reato? La Corte di Cassazione ha risposto che si tratta di un vero e proprio concorso nel reato per cui anche l'assistente risponde penalmente come l'abusivo. Secondo la Suprema Corte, per il concorso nel reato è richiesto un contributo partecipativo morale o materiale

alla condotta criminosa altrui, caratterizzato, sotto il profilo psicologico, dalla coscienza e volontà di arrecare un apporto concorsuale alla realizzazione dell'evento illecito. Nel caso specifico, l'assistente alla poltrona sapeva benissimo che l'operatore non era abilitato, per cui collaborare con lui l'ha resa responsabile di concorso nel reato.

Medicina legale e IVA

Un medico legale ha subito un accertamento fiscale con il quale gli è stato contestato di aver fatturato prestazioni di consulenza medico-legale a favore di compagnie di assicurazione senza l'applicazione dell'IVA. Com'è noto, infatti, le prestazioni mediche godono dell'esenzione IVA solo quando sono finalizzate direttamente alla cura della persona, mentre se hanno carattere accertativo o peritale sono sottoposte all'applicazione dell'IVA. Il

medico si è difeso sostenendo che tali prestazioni risalgono a prima del 2005, prima cioè della Circolare dell'Agenzia delle Entrate che aveva chiarito questa distinzione. Riteneva, quindi, di aver agito in buona fede e di non essere quindi meritevole di sanzione. Ma la Corte di Cassazione, chiamata a giudicare definitivamente la questione, gli ha dato torto, sostenendo che anche prima del 2005 doveva esser chiaro che le prestazioni mediche

non finalizzate alla cura della persona dovessero essere assoggettate ad IVA, visto che l'art. 10 comma 1 n. 18 del DPR 633/1972 prevede da sempre l'esenzione solo per le prestazioni "di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni sanitarie". La Circolare del 2005, quindi, secondo la Cassazione non è stata innovativa ma semplicemente esplicativa. Ragion per cui la sanzione al medico è stata confermata.



Careggi al top per gli standard positivi

Gli standard ospedalieri proposti dal Ministero della Salute fanno discutere le Regioni, soprattutto riguardo alla loro vincolatività. Ad esempio, se da un lato Ministero e Regioni sono concordi nel fissare lo standard a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, la scelta su come modulare l'attuale previsione di 3 posti letto per gli acuti e 0,7 per la post-

acuzie dovrebbe essere oggetto di programmazione regionale. Anche gli standard sui bacini di utenza e sui volumi di attività sono oggetto di confronto fra le Regioni e il Ministero. Comunque, applicando i parametri attualmente elaborati dal Ministero, Il Sole 24 Ore ha stilato una "classifica" degli ospedali pubblici e privati italiani, dal-

la quale risulta che le strutture maggiormente "in regola" con gli standard ministeriali sono l'AOU Careggi di Firenze e l'AOU di Bologna. In complesso risultano 274 gli ospedali italiani che hanno un numero di esiti con standard positivi, mentre circa 1200 strutture sarebbero tutte da "regolarizzare".

Assistenza sanitaria ai minori stranieri irregolari

Cure e assistenza sanitaria saranno assicurate ufficialmente e gratuitamente a tutti i minori residenti in Italia, compresi quelli privi di permesso di soggiorno. Lo stabilisce un documento approvato nei giorni scorsi dalla Conferenza

Stato-Regioni che prevede, appunto, l'iscrizione obbligatoria al SSN anche dei minori stranieri irregolari. Il Ministero della Salute ha stanziato un fondo di 30 milioni di euro per questo obiettivo. Si ricorderà che fino ad ora gli stranieri

irregolari avevano diritto solo alle cure urgenti ed essenziali per malattia o infortunio. Da ora, invece, i bambini stranieri anche se irregolari avranno diritto all'assistenza sanitaria continuativa, fra cui il pediatra di base.

Fisco: novità con la Legge di Stabilità

Con l'entrata in vigore della Legge di Stabilità 2013, sono state approvate alcune novità in materia fiscale. In primo luogo la legge impone che la numerazione della fattura la identifichi in modo univoco. Questo si può realizzare in due modi: o proseguire la numerazione delle fatture indefinitamente, anno dopo anno, oppure ricominciare con il n. 1 ogni anno perché comunque la presenza della data della fattura

rende il numero univoco. Può essere però opportuno indicare il numero nella forma: "1/2013", "2/2013" e così via per rendere ancor più chiara la numerazione. In ogni caso, le due modalità sono entrambe valide e corrette. Un'altra novità riguarda l'obbligo di indicare nella fattura il codice fiscale del cliente, che prima era un dato facoltativo. Infine la legge ha istituito un apposito fondo finalizzato ad escludere

dall'IRAP i professionisti che nel loro studio non si avvalgono di lavoratori dipendenti o assimilati e che impiegano beni strumentali al di sotto di un certo valore. Questa esenzione scatterà dal 2014 e nel frattempo il Ministero dell'Economia dovrà stabilire l'importo del valore dei beni strumentali che costituisce la soglia per poter beneficiare dell'esenzione.

Visite per patenti presso le Ferrovie

Com'è noto, presso gli Uffici Sanitari delle Ferrovie dello Stato è possibile effettuare la visita medica per ottenere il certificato medico propedeutico al rilascio, al duplicato, alla conversione e

al rinnovo, delle patenti di guida e delle patenti nautiche nonché alla tutela avverso il giudizio della Commissione Medica Locale di sospensione o revoca della patente di guida. A Firenze l'Ufficio Sanitario

delle Ferrovie è ubicato presso la Stazione di Santa Maria Novella, sul lato esterno del binario 16, ed è liberamente aperto al pubblico. Per maggiori informazioni: tel. 055.2352221 - 055.2356203.

Studio sulla diagnosi precoce del tumore al polmone

L'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, insieme ad altri cinque centri in Italia fra cui il Centro Oncologico Fiorentino, ha avviato lo studio "Cosmos 2", diretto a forti fumatori o ex fumatori di età superiore a 55 anni per la diagnosi precoce del tumore polmonare

con TC torace a basso dosaggio e marcatori molecolari. Lo studio, finanziato dall'AIRC - Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro - prevede di includere 10.000 soggetti ad alto rischio e durerà 5 anni. I medici che hanno in carico pazienti che possono rientrare nella

ricerca, sono invitati a consultare il sito www.10secondi.it per ottenere maggiori informazioni e, se del caso, suggerire ai propri assistiti di entrare a far parte del bacino di persone oggetto di studio.

Una rete di nefrologi per la prevenzione delle malattie renali

Il 14 marzo 2013 si festeggia la Giornata Mondiale del Rene.

A Firenze in piazza della Repubblica dalle **8.30** alle **18.30** una postazione messa a disposizione dalla Croce Rossa Italiana ospiterà i nefrologi dei tre poli ospedalieri AOU Careggi, Santa Maria Annunziata e San Giovanni di Dio, per informare sui segni premonitori di malattia renale come prima forma di prevenzione e per effettuare un controllo della pressione arteriosa e un esame delle urine.

L'iniziativa è promossa dalla Federazione Italiana del Rene e supportata dalla Società Italiana di Nefrologia con l'alto Patronato del Presidente della Repubblica ed il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Firenze.



Estesi i certificati di malattia telematici

Dopo l'avvio dei certificati di malattia telematici, avvenuto nel settembre 2011, l'ultimo decreto sulla crescita (Decreto Legge 179/2012 convertito in Legge 221/2012) ha sancito la "quasi" definitiva armonizzazione della trasmissione telematica dei certificati di malattia per i lavoratori pubblici e privati. Infatti la procedura per l'invio online, che fino ad ora riguardava i certificati per tutti i lavoratori del settore privato, ma solo per alcune categorie di lavoratori pubblici, adesso è praticamente uniformata in modo uguale per tutti. Restano esclusi dai certificati di malattia telematici (e quindi continuano ad aver diritto ad ottenere i certificati in forma cartacea) i lavoratori pubblici appartenenti alle Forze Armate, ai Corpi armati dello Stato

e al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco. Si ricorda che la procedura per la redazione telematica dei certificati di malattia consente al medico di inviare direttamente il certificato all'INPS (anche se il lavoratore è iscritto ad un altro Ente previdenziale) ed è sufficiente comunicare al paziente il numero di protocollo del certificato trasmesso. Dal canto suo, il lavoratore può limitarsi a comunicare al proprio datore di lavoro tale numero di protocollo, senza più la necessità di inviare la raccomandata all'INPS e al datore di lavoro. Un'altra novità che riguarda i certificati di malattia è contenuta nel medesimo decreto e riguarda i certificati di malattia dei figli dei lavoratori pubblici e privati che chiedono giorni di permesso per assistere i figli ammalati. Il decre-

to prevede che sia il medico (nella maggior parte dei casi il pediatra) ad inviare in forma telematica il certificato di malattia del bambino all'INPS, indicando anche il nominativo del genitore che usufruirà del permesso. Ma la norma sull'invio telematico di questo tipo di certificati non è ancora entrata in vigore, in quanto è necessario il parere del Garante per la Privacy e un ulteriore decreto ministeriale per disciplinare le modalità tecniche di trasmissione dei dati. Tutto ciò dovrebbe avvenire entro il 30 giugno 2013. Viceversa è già entrata in vigore (e i medici già devono attenersi) la disposizione che impone di indicare nel certificato (per il momento ancora cartaceo) il nominativo del genitore che assisterà il figlio ammalato.

Offerte di lavoro

Sul sito internet della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici www.fnomceo.it è stata aggiornata la sezione "Lavoro, bandi,

concorsi" nella quale sono raccolti gli avvisi di ricerca di medici, sia per opportunità di lavoro, sia per borse di studio e bandi di ricerca.

Gli interessati possono consultare tale pagina, che viene periodicamente aggiornata.

CORSI E SEMINARI

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA XXVI Corso Interattivo di Ecografia Internistica Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) 29 maggio - 2 giugno 2013

Direttori: Marcello Caremani e Fabrizio Magnolfi

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. Viene insegnata la tecnica dell'esame ecografico convenzionale dell'addome e del torace, la semeiotica ecografica e la terminologia da utilizzare per la refertazione, l'ecografia color-Doppler e l'ecografia con contrasto (CEUS). I principali argomenti specifici sono rappresentati da anatomia e patologia di: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone.

Un ampio spazio viene dedicato all'ecografia in emergenza-urgenza, focalizzando le evenienze cliniche più frequenti in Pronto Soccorso. In particolare si pone l'attenzione sul paziente con dolore addominale acuto e con patologia toracica acuta, e sul paziente politraumatizzato.

Ai partecipanti sarà consegnato un CD ed un syllabus con tutte le lezioni del corso.

All'edizione 2012 sono stati attribuiti 28,5 crediti ECM

Informazioni: Ultrasound Congress - Tel 0575.380513 / 348.7000999 - Fax 0575.981752
E-mail: info@ultrasoundcongress.com - [Http://www.ultrasoundcongress.com](http://www.ultrasoundcongress.com)

CORSI DI AGGIORNAMENTO SULLA MEDIAZIONE

Il Dipartimento di Scienze Giuridiche dell'Università di Firenze propone per l'anno 2013 un corso di aggiornamento professionale in tema di mediazione, destinato a coloro che sono già mediatori e a tutti coloro che intendono acquisire competenze particolari per la gestione delle dinamiche negoziali e conflittuali. Il programma è articolato in sedici moduli formativi della durata di sei ore ciascuno, frequentabili separatamente. Il primo modulo, dedicato alle tecniche di negoziazione, si svolgerà il prossimo 6 febbraio dalle ore 14 alle ore 20 presso la Facoltà di Giurisprudenza di Firenze, Via delle Pandette 35 e le iscrizioni sono già aperte. Per informazioni ed iscrizioni: www.unifi.it/dpdpp/CMpro-v-p-118.html. Il secondo modulo, dedicato alle tecniche di comunicazione, è in programma per il 14 febbraio e le iscrizioni si apriranno il 30 gennaio.

CONVEGNI E CONGRESSI

IN TEMA DI EPATOLOGIA

Il convegno, organizzato dall'Istituto Leonardo da Vinci di Firenze, si terrà **sabato 16 marzo 2013** con orario 9-16 presso il Palazzo dei Capitani di Parte Guelfa, in Piazza di Parte Guelfa 123, Firenze. Ingresso Libero. 8 crediti ECM. Info: Nico Congressi Firenze tel. 055/8777875; email: info@nicocongressi.it



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

Manfredo Fanfani

Una storia di aureole e di cappelli



QUANDO L'ABITO
NON FACEVA IL MONACO,
MA FACEVA IL MEDICO

Articolo all'interno della rivista