



# ToscanaMedica

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



## L'orticaria cronica grave

L. Dal Canto, L. Emmi, M.L. Flori, G. Galli,  
F. Gemmi, E. Maggi, N. Pimpinelli, O. Rossi

## Assistenza sanitaria ai pazienti stranieri irregolari

M. Zuppiroli

## L'attività domiciliare programmata e integrata a Firenze nel 2013

E. Gori, L. Indiani, A. Sala, T. Grassi, E. Sinisgalli,  
M. Chellini, L. Baggiani, S. Gostinicchi, A. Appicciafuoco,  
G. Bonaccorsi, P.M. Marchese

## La vecchiaia subita e la vecchiaia vissuta

G. Gori

# N° 2 FEBBRAIO 2015



**Priligy**<sup>®</sup>  
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013





Fondato da  
**Giovanni Turziani**

In coperta  
Igor Mitoraj, Ikaro caduto,  
bronzo, 2012

Anno XXXIII n. 2 - Febbraio 2015

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale

D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2015 € 2,73



Antonio Panti

**Direttore Responsabile**  
Antonio Panti

**Redattore capo**  
Bruno Rimoldi

**Redattore**  
Simone Pancani

**Segretaria di redazione**  
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

**Direzione e Redazione**  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze  
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045  
<http://www.ordine-medici-firenze.it>  
e-mail: [toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it)



Simone Pancani

**Editore**  
Edizioni Tassinari  
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze  
e-mail: [pre.stampa@edizionitassinari.it](mailto:pre.stampa@edizionitassinari.it)



Antonella Barresi

**Pubblicità**  
Edizioni Tassinari  
tel. 055 570323 fax 055 582789  
e-mail: [riccardo@edizionitassinari.it](mailto:riccardo@edizionitassinari.it)  
<http://www.edizionitassinari.it>

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

## COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: [toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it](mailto: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.



### LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Il miracolo di Igor Mitoraj  
F. Napoli

### EDITORIALE

- 5 "Du degré de certitude de la médecine"  
A. Panti

### OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 L'orticaria cronica grave  
L. Dal Canto, L. Emmi, M.L. Flori, G. Galli,  
F. Gemmi, E. Maggi, N. Pimpinelli, O. Rossi
- 13 Un problema rilevante: l'orticaria grave  
A. Panti

### QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14 Medicina e attività fisica tra benessere  
e opportunità terapeutica  
P.M. Cattorini
- 17 L'attività domiciliare programmata e integrata a Firenze nel 2013  
E. Gori, L. Indiani, A. Sala, T. Grassi, E. Sinisgalli, M. Chellini,  
L. Baggiani, S. Gostinicchi, A. Appicciafuoco, G. Bonaccorsi,  
P.M. Marchese
- 19 La gestione interdisciplinare e multiprofessionale del  
paziente con disfagia nel percorso territorio-ospedale-territorio  
E. Ceccherini, G. Campanile, P. Castellucci, B. Vujovic
- 20 La vecchiaia subita e la vecchiaia vissuta  
G. Gori
- 22 Strutture Ospedaliere in condizione di maxiemergenza  
E. Masini, L. Mugnai, S. Boncinelli
- 23 Detenzione delle armi da fuoco  
D. Lepore
- 25 Due position paper nazionali su abitato, mobilità e salute  
M.G. Petronio
- 27 La corretta comunicazione  
A. Bani, M. Miniati
- 37 Assistenza sanitaria ai pazienti stranieri irregolari  
M. Zuppiroli
- 40 È successo di nuovo!  
A. Panti
- 40 Trial "N-di-1"  
P. Tonelli
- 42 Statistica e terapie controverse  
M. Pandolfi, G. Carreras

### REGIONE TOSCANA

- 29 Chirurgia a ciclo diurno  
Consiglio Sanitario Regionale
- 34 La rete regionale delle unità integrate  
per il tumore maligno della prostata  
Consiglio Sanitario Regionale
- 36 Chirurgia Protesica Ortopedica  
Consiglio Sanitario Regionale

### RICERCA E CLINICA

- 44 Gli impianti zigomatici nel trattamento  
delle gravi atrofie mascellari  
A. Tedesco
- 46 Update sul trattamento delle ernie discali lombari  
M. Dobran

### STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 48 Il fazzoletto  
M. Fanfani

### SANITÀ NEL MONDO

- 52 Salute senza confini, un libro di Paolo Vineis  
G. Maciocco

### LETTERE AL DIRETTORE

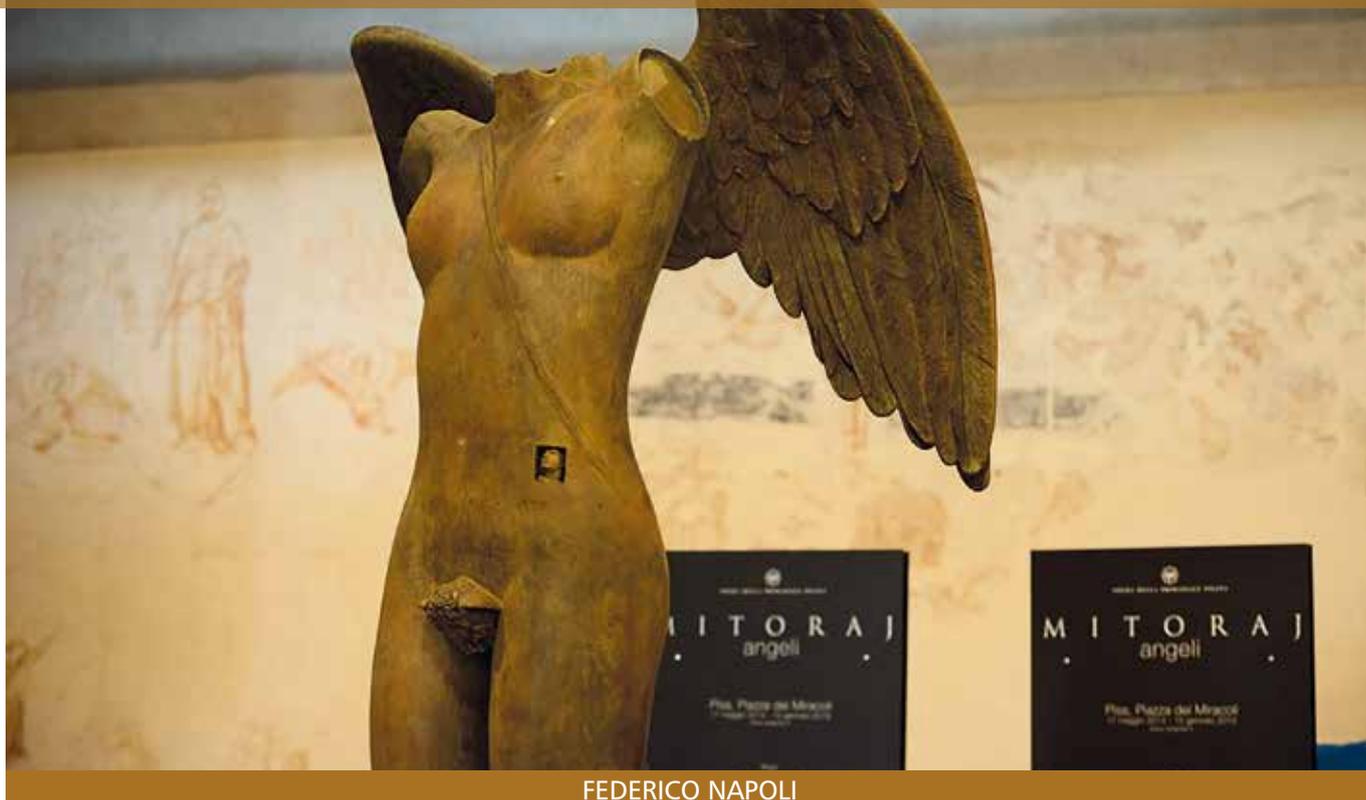
- 54 Sindacalese  
T. Rubino
- 55 Service di Solidarietà Sanitaria a favore  
degli indigenti viventi in Italia  
R. Cecchi
- 56 Slow Medicine versus Fast Profit  
S. Spinsanti

- 58 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

- 61 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

- 41 BACHECA

- 43/61/62 CORSI E CONVEGNI



FEDERICO NAPOLI

## Il miracolo di Igor Mitoraj

Signorile e sorridente in vita, lo scultore Igor Mitoraj è stato autore di un'arte nella quale compaiono echi dell'interiorità e simboli, che affondano profonde radici nella natura umana, cioè nel mito: ovvero nel racconto, sentito come risposta agli interrogativi sulle origini, utile per avvicinarsi alla verità.

Su questa falsariga, l'artista – polacco nato in Germania da genitori polacco/francesi, ma negli ultimi trent'anni con studio vicino a Pietrasanta - ha potuto cogliere quel substrato culturale universale perché comune a culture diverse, intriso di bellezza e di memoria. Con un senso di celebrazione che è divenuta postuma dopo la sua scomparsa (Parigi 2014), Pisa dedica a Mitoraj una significativa mostra ospitandola in un luogo sacro – titolo dell'esposizione "Angeli" –, ma anche magico: Piazza dei Miracoli. Un luogo che è divenuto la *piazza d'Italia*, come Mitoraj è lo scultore simbolo del contemporaneo.

Qui, un'opera come "Ikaro caduto" idealmente continua a volare nel grande prato disteso attorno alla Cattedrale, divenendo presenza viva in relazione alle grandi architetture: un'allegoria sulla libertà e contro i conflitti.

D'altro canto, il duomo pisano, dedicato a Santa Maria Assunta, è intriso di riferimenti orientali; il Camposanto contiene terra del Golgota; il battistero risulta in equilibrio fra elementi bizantini e islamici; la torre è unica nel suo genere anche per la valenza simbolica. Ebbene, in questo spazio che è un'unione fra oriente e occidente, forgiato dalla storia millenaria di Pisa, in questo luogo si avverte il senso di trovarsi su di un confine: la stessa collocazione della piazza a ridosso delle mura esterne indica in essa un luogo estremo, decentrato nell'antico tessuto cittadino. E scultura di confine è quella di Mitoraj, collocata fra realtà e metafisica: una scultura di formazione classica, ma anche post-moderna nella sua rappresentazione della frammentazione, cioè quella che appare un'offesa della memoria e quindi dell'essere umano. Una scultura formalmente divisa, ma nello stesso tempo ricomposta, perché realizzata con inserti di

origine diversa, quindi per accostamenti. Nelle opere presenti alla mostra pisana organizzata per festeggiare i 950 anni della Cattedrale, formalmente da un lato appare il senso di scissione, il passato perduto – "Eros bendato" –, dall'altro si afferma il gesto creativo – "Il grande toscano" –, È una bellezza pratica e simbolica al contempo, nella quale si apprezza la tecnica realizzativa, l'impaginazione della composizione che esalta la monumentalità di queste opere; ma nella quale si avverte anche il passo del tempo e l'evocazione del mito. Un'espressione artistica, questa di Mitoraj, che conserva i semi lasciati in lui dall'antico maestro avuto presso l'Accademia d'Arte di Cracovia, cioè il regista teatrale Tadeusz Kantor, che con la sua formazione "Cricot 2" ha saputo proporre negli anni un teatro visionario, frutto di un atteggiamento non convenzionale. Ma per la teatralità che nelle sculture di Mitoraj si ritrova, potremmo ricordare anche certe assonanze con i manichini teorizzati dal pittore e scrittore polacco Bruno Schultz.

Mostra completa, soddisfacente, esaustiva (opere in bronzo, gesso; gessi preparatori), divisa fra la Piazza e il Museo delle sinopie, con esposti numerosi disegni dal tratto deciso e (novità nelle novità) alcune tecniche miste di grandi dimensioni – gli inizi artistici dell'artista sono pittorici –, riflesso della scultura e ospitate dall'Opera della Primaziale Pisana negli spazi degli ex uffici recuperati ad una funzione espositiva. Opera è la promotrice della mostra, che si è avvalsa dell'operato di Alberto Bartolini come ideatore e direttore dell'evento.

**Igor Mitoraj. Angeli**  
Piazza dei Miracoli, Pisa  
orario: tutti i giorni 9,00-17,00  
Prorogata fino al 12 aprile 2015

Igor Mitoraj, *Ikaria*, bronzo, 1996

ANTONIO PANTI

# “Du degré de certitude de la médecine”

Era il 1788, la rivoluzione trionfava, quando Jean Georges Cabanis scriveva questo trattatello, pubblicato dieci anni dopo, nel quale, pur convinto del grandioso futuro della scienza, coglieva fin da allora “lo iato perdurante tra la conoscenza medica in generale e l’atto terapeutico concreto”, come scrive Sergio Moravia nella prefazione all’edizione Laterza. Cabanis scriveva che “la certezza rigorosa appartiene agli oggetti di pura speculazione, in pratica ci si deve accontentare di approssimazioni più o meno esatte, di “certezze pratiche”, le uniche cui la natura ci permette di pervenire.” Cabanis afferma che le scienze non potranno mai sostituirsi all’arte, ma che questa indirizzerà quelle; una fiducia illuministica nel progresso della scienza, plasmata su una concreta visione della cangiante mutevolezza dei fatti che solo il buon medico può interpretare.

Corsi e ricorsi della storia. Sul BMJ del giugno 2014 è apparso un articolo di Trischa Greenhalgh dal titolo: “EBM, un movimento in crisi?”. L’EBM, sostiene l’autrice, ha costituito un nuovo paradigma che ha sostituito la tradizione aneddotica e teoretica della medicina con il riferimento a evidenze provenienti da trials randomizzati di alta qualità. In verità molti hanno espresso la preoccupazione che l’enfasi posta sulle evidenze erodesse l’importanza dell’esperienza clinica. Il movimento EBM ha avuto un grande successo e linee guida e PDTA hanno convinto medici, amministratori e magistrati. Tuttavia si è sempre percepita la discrasia tra le certezze sperimentali e la variabilità della prassi medica. Inoltre il perverso affidamento di quasi tutta la ricerca alle regole del mercato ha fatto sì che le contraddizioni e le spregiudicate distorsioni delle sperimentazioni sponsorizzate abbiano ingenerato sfiducia nei medici. I quali inoltre sono sommersi da un immane volume di dati, talora incoerenti.

La stessa Greenhalgh sintetizza la crisi dell’EBM in una figura che val la pena di riportare.

## LA CRISI DELL’ EBM

- Il “marchio di qualità” *evidence based* è stato abusato da gruppi di interesse
- Il volume di prove di evidenza, particolarmente di linee guida cliniche, è diventato insostenibile
- Benefici statisticamente significativi possono essere marginali nella pratica clinica
- Regole rigide e spinte verso l’uso di tecnologie possono condurre ad un’assistenza medica concentrata sul management piuttosto che sul paziente
- Linee guida basate su prove di evidenza spesso non hanno una buona applicazione nei casi di multimorbilità.

L’autrice sostiene che l’EBM dia benefici marginali alla clinica perché gli effetti positivi di un trial possono essere significativi sul piano statistico ma non su quello clinico e perché si possono sottostimare i danni nel passaggio da un target selezionato a una popolazione reale; infine si può

favorire il fenomeno del *disease mongering*. Insomma lo strumento EBM, pur prezioso per la formazione dei medici alla consapevolezza scientifica, tuttavia mostra minor forza di fronte al problema moderno della complessità epigenetica e della multimorbilità. Gli autori propongono di non abbandonare l’EBM, alla quale dobbiamo molto del progresso della medicina scientifica, ma di orientare la prassi verso una medicina basata su evidenze reali, cioè sulla capacità di medico di domandarsi quale sia “il miglior piano di azione per il singolo paziente” nelle circostanze di osservazione della malattia e del contesto. Scoprire quel che conta per il paziente, oltre a quel che gli serve, significa avere strumenti che affianchino le stime quantitative con le certezze esperienziali del medico; seguire sì le regole, ma piegarle al giudizio fondato sulla evidenza, sull’esperienza e sulla conoscenza psicologica, empatica del paziente, sul recupero della cosiddetta medicina narrativa. Psicologia, negoziazione, condivisione, sono caratteristiche del medico che si intrecciano con la conoscenza delle evidenze scientifiche.

Fin qui niente di nuovo. Ma l’intreccio tra EBM e relazione col paziente si cala oggi in un contesto economico, politico, tecnologico e commerciale inserito all’interno di grandi trasformazioni sociali. Sempre più difficile. Gli autori propongono di tornare ai principi del movimento EBM, ormai ineludibili, piegandoli alla personalizzazione delle evidenze e alla condivisione col paziente delle decisioni che lo riguardano. Queste sono per gli autori le “evidenze reali”. Ogni medico sa di praticare una scienza probabilistica (incerta) e di vivere in un perenne conflitto di interesse. Due realtà assai poco modificabili. Ne dobbiamo dedurre che la macchina umana è troppo complessa per la medicina? Non è questo il problema. La prassi della medicina moderna ne pone altri, non soltanto di metodo. La questione delle evidenze, cioè delle prove scientifiche dell’agire medico, ne solleva altre legate alla responsabilità del medico, e quindi alla valutazione che ne dà la magistratura, nonché alle attese della società nei confronti della scienza, anzi della fede nei miracoli della medicina.

Ma torniamo a Cabanis. Questo mirabile trattatello fu scritto agli albori della scienza moderna, quando le cure non avevano alcuna base sperimentale se non qualche modesto empirismo. Allora occorreva dimostrare, con una grande intuizione anticipatrice, che la medicina era una scienza e che almeno “certezze pratiche” giustificavano sul piano epistemologico l’agire del medico. Oggi tutto fa pensare ad un colossale equivoco. Nella medicina non vi sono “certezze assolute”, come tutti sembrano credere, ma solo evidenze certamente “scientifiche” ma da confrontare con la prassi prima di affidarle alla sola matematica: “certezze pratiche”. Insomma una riflessione sulle tesi di questo geniale precursore della medicina moderna sarebbe utile a molti, magistrati, politici, giornalisti, bioeticisti, agli stessi medici.

TM

LUANA DAL CANTO<sup>1</sup>, LORENZO EMMI<sup>2</sup>, MARIA LAURA FLORI<sup>3</sup>, GIUSEPPE GALLI<sup>4</sup>  
FABRIZIO GEMMI<sup>5</sup>, ENRICO MAGGI<sup>6</sup>, NICOLA PIMPINELLI<sup>7</sup>, OLIVIERO ROSSI<sup>8</sup>

# L'orticaria cronica grave

**TOSCANA MEDICA** – *Inquadriamo l'orticaria dal punto di vista fisiopatologico e clinico, con un'attenzione particolare ai suoi costi umani e sociali.*

**MAGGI** – Il meccanismo fisiopatologico alla base dell'orticaria è la liberazione di mediatori chimici da parte dei mastociti, cellule specializzate che si trovano localizzate per lo più a livello del sottocute e dei tessuti sottomucosi. Il processo di rilascio di queste sostanze coinvolge il recettore delle IgE e costituisce il classico meccanismo della cosiddetta reazione immunomediata di tipo I.

Recentemente sui mastociti sono stati identificati numerosi recettori, tra i quali i recettori di cosiddetto danno tissutale, recettori per antigeni batterici e virali, per citochine o chemochine o per le anafilotossine. Questo significa che sono numerosi gli stimoli che possono causare la liberazione dei mediatori mastocitari con la conseguente comparsa della ben nota sintomatologia clinica.

A questo dato si associa inoltre una grande variabilità da soggetto a soggetto sia per presenza di recettori mastocitari sia per il rilascio dei mediatori, che si risolve, a fronte dello stesso stimolo, in quadri clinici differenti anche nello stesso soggetto e nei vari periodi della vita. Si comprende quindi come la diagnosi di queste patologie sia ad oggi ancora piuttosto difficile.

**ROSSI** – Oggi l'orticaria spontanea viene suddivisa in acuta, che dura meno di sei settimane e cronica che tende a persistere oltre questo limite di tempo. L'orticaria cronica, come confermano i dati della Letteratura e quelli dell'esperienza dei clinici, colpisce prevalentemente il sesso femminile. Questo evidentemente si correla alla situazione ormonale del sesso femminile ed infatti è stato dimostrato che sui mastociti sono presenti recettori anche per gli estrogeni, responsabili della sintomatologia che si manifesta, ad esempio, in gravidanza o in prossimità del ciclo mestruale.

Sempre rimanendo nel campo dell'epidemiologia, ricordo che a livello di popolazione generale esiste un 25-30% di soggetti che almeno una volta nella vita hanno sperimentato un attacco acuto di orticaria, mentre la forma cronica colpisce circa lo 0.5-1% della popolazione. In Italia dati recenti parlano di una percentuale dello 0.4% di persone colpite da orticaria cronica, situazione potenzialmente molto invalidante per i pazienti, sia a livello lavora-

tivo che scolastico, con perdite economiche stimate intorno ai 5.000 Euro all'anno legate alla riduzione della capacità lavorativa e del rendimento scolastico.

Soprattutto nei soggetti più giovani un fattore importante da considerare è la loro difficoltà a praticare attività sportiva, visto che anche lo sforzo fisico può essere responsabile del fenomeno della degranolazione dei mastociti e quindi dello scatenamento della sintomatologia. Nei pazienti di età più avanzata è invece da sottolineare come causa scatenante dell'orticaria sia l'assunzione di farmaci di comune impiego quali l'acido acetilsalicilico e gli antiipertensivi.

**FLORI** – Indubbiamente l'orticaria cronica è una patologia che limita molto la qualità della vita dei pazienti, con un disagio paragonabile a quello provocato da patologie definite maggiori, tanto che negli ultimi anni sono stati messi a punto questionari specifici volti ad indagare l'impatto della malattia sia sulla vita di relazione che nei confronti dell'attività lavorativa, valutando in particolare le attività quotidiane, i disturbi del sonno e la preoccupazione per l'aspetto fisico.

**TOSCANAMEDICA** – *Oltre alle cause adesso ricordate, esistono dei fattori ambientali che possono essere responsabili dello scatenarsi dell'orticaria?*

**PIMPINELLI** – Oggi la maggior parte dei casi di orticaria viene definita "idiopatica", visto che conosciamo il meccanismo patogenetico ma non ancora la vera e propria causa scatenante, dovendo pertanto confrontarci con una malattia a dire poco capricciosa e dalla diagnosi talvolta anche molto insidiosa. In linea di massima si può dire che, oltre alle cause ricordate in precedenza, l'orticaria può essere causata da agenti fisici (caldo, freddo, pressione; cosiddetta orticaria "colinergica").

**EMMI** – Considerando che individuare la causa/cause dell'orticaria può essere davvero difficile, ritengo che una buona anamnesi, ancora più che in altre patologie, possa davvero rappresentare un aiuto prezioso al clinico per ottenere un corretto inquadramento. Concentrandoci sulla forma cronica, che rappresenta quella di maggior impegno sia diagnostico che terapeutico, occorre in primo luogo escludere le orticarie fisiche, quali l'orticaria da pressione, quella acquagenica, la già ricordata



Luana Dal Canto



Lorenzo Emmi



Maria Laura Flori



Giuseppe Galli

<sup>1</sup> Direttore della UO Farmaceutica Gestione Farmaci, AOU Pisana

<sup>2</sup> Responsabile SODs Lupus Clinic e del Centro di Riferimento per Malattie Autoimmuni Sistemiche, AOU Careggi, Firenze

<sup>3</sup> Responsabile UOS Allergologia Dermatologica Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

<sup>4</sup> Medico di medicina generale, componente della Commissione Terapeutica Regionale



Fabrizio Gemmi



Enrico Maggi



Nicola Pimpinelli



Oliviero Rossi

variante colinergica, ed infine l'orticaria pigmentosa espressione di una possibile mastocitosi.

Successivamente è sempre utile raccogliere informazioni sui farmaci assunti, sull'attività lavorativa e su eventuali stili di vita del paziente, ad esempio attività ludiche che prevedano il contatto con sostanze ad effetto potenzialmente scatenante.

Altro campo da indagare con attenzione a livello anamnestico è rappresentato dalla eventuale presenza di concomitanti condizioni infettive visto che alcuni recettori presenti sui mastociti possono essere attivati in maniera specifica da alcuni patogeni.

Resta inoltre da indagare, in particolare nelle forme di orticaria cronica, la presenza di eventuali malattie autoimmuni (ad esempio di tiroidite di Hashimoto mediante la ricerca degli anticorpi anti tireoperossidasi) che di solito suggeriscono una patogenesi autoimmune dell'orticaria stessa.

Infine ricordiamo rare forme di orticaria-vasculite che hanno delle peculiarità semeiotiche particolari quali la dolorabilità dei pomfi, che prevale sulla sintomatologia pruriginosa, la durata maggiore di 24 ore di ogni singola lesione e gli esiti pigmentari. In tali casi occorre tuttavia eseguire una biopsia cutanea del pomfo per ottenere una conferma del sospetto diagnostico di vasculite. Una volta ottenuta una buona anamnesi, gli accertamenti da programmare sono essenzialmente la valutazione degli indici di flogosi, dell'emocromo, della funzione tiroidea ed una consulenza allergologica. Ulteriori indagini di approfondimento vengono di solito decise caso per caso, in particolare se sono presenti situazioni atipiche (ad esempio forme di orticaria-vasculite nell'anziano di sospetta natura paraneoplastica)

**FLORI** – È indiscusso che un'anamnesi accurata richiede un certo tempo perché i pazienti vanno sollecitati con domande specifiche nei confronti di numerosi aspetti, come già sottolineato. Tutte queste informazioni sono, a mio avviso, fondamentali perché possono orientarci in maniera corretta per l'iter diagnostico da seguire anche in considerazione che non tutti i possibili fattori causali necessitano di essere indagati in tutti i pazienti. Del resto le ultime linee guida relativamente alle indagini da effettuare consigliano proprio di attenersi soprattutto alla storia clinica di ciascuno e questo non può essere sottovalutato in considerazione anche dei costi sia a carico del paziente che del SSN.

**TOSCANA MEDICA** – *Orticaria e medicina del lavoro: esiste una relazione certa e dimostrata?*

**ROSSI** – Per quanto concerne l'orticaria acuta direi di sì, basti pensare ai casi indotti dall'esposizione al lattice della gomma in ambito lavorativo sanitario. I casi di orticaria cronica nell'ambito della medicina del lavoro sono più eccezionali, anche se le forme da contatto potrebbero in qualche maniera interessare quella specialità medica.

**FLORI** – L'orticaria da contatto interessa soprattutto alcune categorie professionali tra cui il personale

sanitario con l'allergia al lattice, gli addetti alla ristorazione, i parrucchieri, i giardinieri e i fiorai. Per completezza, non va infine dimenticata tra le forme professionali, un tipo particolare di orticaria fisica, quella da vibrazione, che può interessare tutti quei lavoratori che utilizzano il martello pneumatico o anche altri strumenti vibranti.

**TOSCANA MEDICA** – *Orticaria e psiche: in questo caso esiste una relazione certa e dimostrata?*

**ROSSI** – Alcuni neuropeptidi prodotti a livello del Sistema Nervoso Centrale hanno dei recettori anche sui mastociti ed i soggetti affetti da orticaria in condizioni di stress emotivo presentano effettivamente un peggioramento della loro sintomatologia. Queste considerazioni ci fanno pensare all'esistenza di una correlazione, peraltro ancora non chiarita, tra orticaria e condizioni di natura psicosomatica.

**TOSCANA MEDICA** – *Alla luce di quanto ascoltato fino ad ora, approfondiamo il concetto della diagnosi differenziale delle varie forme di orticaria.*

**PIMPINELLI** – La diagnosi di malattia è fondamentalmente clinica; per questo anche io sottolineo l'importanza assoluta di una buona raccolta anamnestica. Il passo fondamentale da compiere rimane comunque quello di identificare le forme croniche da quelle acute e partire da qui per costruire qualsiasi percorso sia diagnostico che terapeutico.

**MAGGI** – Sempre in tema di diagnosi, vorrei ricordare che l'orticaria nel 40-50% dei casi si associa alla presenza di angioedema e questo ci impone di indagare quelle forme di malattie congenite legate a carenza sia qualitativa che quantitativa di C1-inibitore, fattore di fondamentale importanza per l'attivazione della cascata del complemento. Si tratta ovviamente di casi rari e selezionati che possono comunque contribuire a risolvere alcuni quesiti diagnostici legati all'orticaria.

Tornando per un attimo alla questione dei costi, un recente lavoro condotto dal network europeo Galen 2 ha dimostrato che le allergie respiratorie e cutanee interessano nel nostro continente circa 50 milioni di persone e che ben il 90% di questi soggetti non riceve alcun trattamento oppure viene trattato in maniera impropria.

Per quanto riguarda l'orticaria solo il 33% dei pazienti mantiene nel primo anno una buona aderenza alla terapia, riducendosi questa percentuale a livelli drammatici negli anni successivi. La media dei giorni di lavoro persi è di circa 50 in un anno per ogni paziente con un costo medio per soggetto di circa 2.500 Euro ed una spesa complessiva a livello continentale oscillante da 50 a 150 miliardi di Euro.

È stato calcolato che se i malati venissero correttamente trattati ed altrettanto correttamente seguissero la terapia, il costo della loro patologia si ridurrebbe a circa 120 Euro annui!

**EMMI** – Per rimanere in tema di associazione tra orticaria e malattie rare, ricordo il rapporto con al-

<sup>5</sup> Direttore Sanitario dell'AOU di Pisa

<sup>6</sup> Ordinario di Medicina Interna, Direttore della SOD di Immunologia e Terapie Cellulari AOUC, Università degli studi di Firenze

<sup>7</sup> Associato di Clinica Dermatologica, Università degli Studi di Firenze

<sup>8</sup> Dirigente SOD Immunoallergologia, AOU Careggi di Firenze

cune sindromi autoinfiammatorie, ed in particolare la sindrome di Schnitzler e di Muckle-Wells. Tuttavia in questi casi, oltre all'orticaria, sono presenti altre manifestazioni cliniche come gli episodi di febbre periodica, l'artrite, l'ipoacusia neurosensoriale e la polineuropatia. L'orticaria pertanto in alcuni rari casi può essere il primo segno clinico di una condizione assai severa ad eziopatogenesi del tutto differente.

**TOSCANA MEDICA** – *Orticaria ed allergie alimentari. Il RAST conserva ancora la sua utilità ed in caso affermativo, quale è il suo costo?*

**ROSSI** – Nel gruppo delle orticarie croniche la componente allergica IgE mediata nei confronti degli alimenti rappresenta una percentuale molto bassa, circa il 2-3% della casistica. Anche in questo caso comunque l'anamnesi accurata viene facilmente in aiuto: se un paziente riferisce la comparsa di orticaria dopo l'assunzione di un determinato alimento non è ovviamente necessario indagare oltre per capire che siamo di fronte ad una forma IgE mediata. E quindi la conferma diagnostica può essere fatta anche con la ricerca delle IgE specifiche per particolari allergeni alimentari.

I casi di orticaria acuta più comunemente riconoscono ana patogenesi IgE mediata pertanto in questi casi il RAST può risultare particolarmente utile.

**FLORI** – Riguardo al costo del RAST non è semplice districarsi tra le varie voci, comunque in linea generale per un pannello di IgE specifiche fino a 12 allergeni, la regione Toscana rimborsa 102 euro. Se viene utilizzata anche la biologia molecolare, riservata ovviamente a casi selezionati, il rimborso della

regione è di 18 euro per singolo allergene. Invece il ticket a carico del paziente è di 38 euro per il pannello di 12 allergeni e di 18 euro per singolo allergene ricombinante.

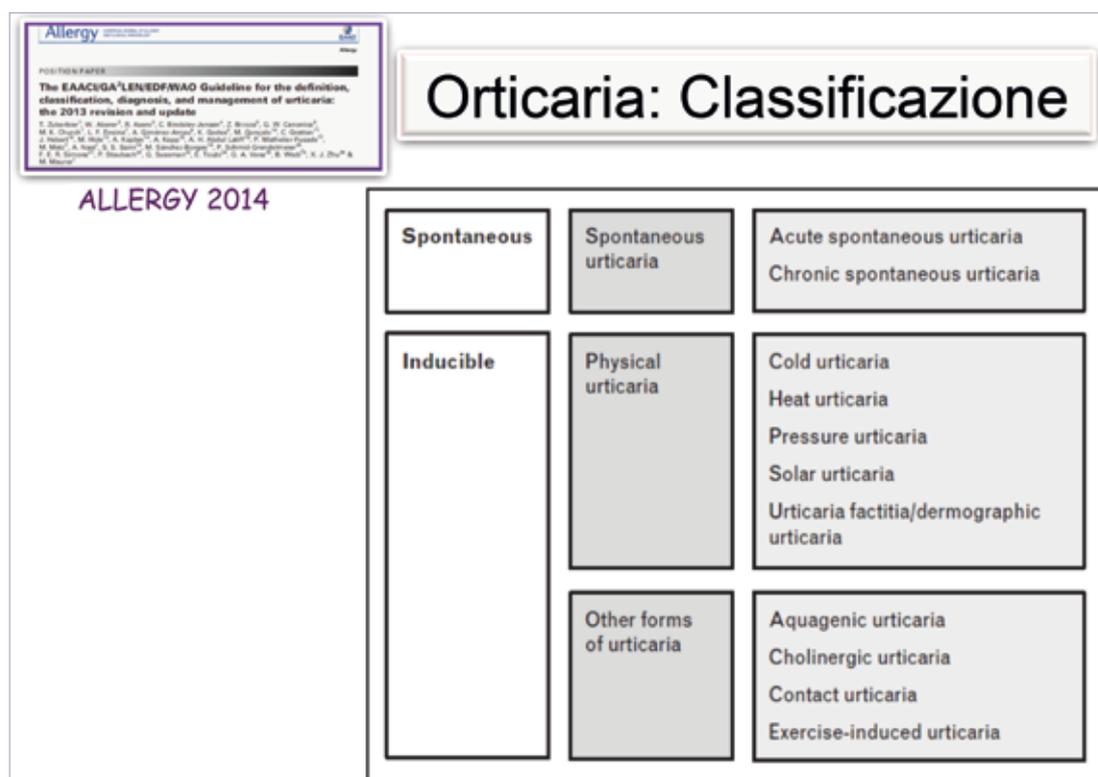
**TOSCANA MEDICA** – *Dottor Galli quale è il punto di vista della medicina generale e quali sono i collegamenti esistenti in Toscana tra i medici di famiglia e gli specialisti?*

**GALLI** – Per esperienza personale posso dire che in linea di massima il rapporto dei medici di famiglia con i pazienti affetti da orticaria sia acuta che cronica è per lo più deludente.

Infatti nonostante tutte le condivisibili osservazioni fatte in precedenza dai Colleghi circa l'anamnesi e la diagnosi di queste condizioni, in medicina generale ancora oggi molti pazienti non sono riusciti a superare l'idea che il proprio stato di malattia debba necessariamente venire in qualche modo certificato, oltre che dalla visita e dall'esame clinico per quanto accurato, anche da qualche ulteriore accertamento diagnostico.

Dopo questo sconcertante approccio alla patologia in questione e sempre secondo la mia esperienza, vorrei dire che la maggioranza dei soggetti con orticaria cronica sono fermamente convinti che si tratti esclusivamente di forme di allergia alimentare, richiedendo pertanto esami come il già citato RAST (per lo più inutile), o sottoponendosi a fantomatiche e non validate prove di intolleranza e come diretta conseguenza a regimi dietetici più o meno assurdi.

A mio parere sarebbe pertanto assai utile costruire dei percorsi condivisi tra medici di famiglia e specialisti, perché i primi siano messi in condizioni



di ribattere in maniera scientificamente corretta alle istanze spesso assurde dei propri pazienti.

**FLORI** – Concordo con quanto riferito dal dott. Galli e a questo proposito non dobbiamo dimenticare che i pazienti vanno informati che sia la medicina basata sull'evidenza, che le esperienze dei clinici, dimostrano chiaramente che indagini a tappeto non aumentano in maniera significativa la probabilità di individuare la causa dell'orticaria. Inoltre i pazienti vanno rassicurati sulla prognosi generalmente favorevole della malattia anche in mancanza di una diagnosi eziologica.

**TOSCANA MEDICA** – *Dottor Gemmi i numerosi Centri che un pò dappertutto propongono terapie personalizzate e diete specifiche in senso generalmente "antiallergico" sono accreditati dalla Regione oppure sono il frutto del libero mercato oggi imperante anche in sanità?*

*Ed ancora esistono ad oggi dei percorsi che favoriscano una corretta collaborazione tra medici di famiglia e specialisti?*

**GEMMI** – La patologia di cui stiamo parlando causa ovviamente molta ansia e preoccupazione nei pazienti che, a fronte di una scarsa propensione a rivolgersi ai Centri di riferimento, preferiscono spesso ricorrere all'automedicazione oppure alle medicine alternative. La situazione è inoltre complicata dal fatto che le terapie disponibili a livello di medicina generale non sono poi così numerose e che, come detto, poco si ricorre a quelle strutture in grado invece di proporre schemi di terapia con farmaci innovativi ed altamente selettivi.

Penso pertanto che la migliore soluzione per cercare di limitare il ricorso ai Centri "antiallergici" prima ricordati sia davvero quella della migliore collaborazione possibile tra medici di base e specialisti in maniera che i primi possano avere un riscontro certo è rapido da parte dei secondi sia per quanto riguarda il momento diagnostico che quello terapeutico.

**ROSSI** – Purtroppo ormai assistiamo ad un pullulare di centri che promettono soluzioni a "fantomatiche" allergie/intolleranze alimentari. Vengono proposti test non validati scientificamente anche su "internet" spesso, offerti a caro prezzo ma che attirano un numero sempre crescente di sprovviste persone in assenza di qualsiasi attività regolatoria.

**GEMMI** – Questo genere di lucrose prestazioni, è bene ricordarlo, non sono certo vietate e, se eseguite in farmacia, godono senza dubbio di crisma del "camice bianco" che tanto impressiona certe classi di pazienti. Ancora sottolineo che l'unica strada da percorrere è quella della maggiore integrazione possibili tra tutti i professionisti che si occupano di queste tematiche, coinvolgendo anche gli specialisti pediatri, visto che i pazienti molte volte rientrano nelle classi di età di loro competenza specifica.

**MAGGI** – Non dimentichiamo inoltre che queste prestazioni possono anche essere potenzialmente pericolose per la salute dei pazienti come abbiamo osservato in alcuni nostri pazienti che, sulla scorta dei risultati di questa diagnostica assolutamente discutibile, sono stati ad esempio sottoposti a schemi dietetici del tutto sbilanciati.

### ORTICARIA : IMPATTO CLINICO



**Il 15-25% della popolazione ha avuto almeno un episodio di orticaria nel corso della vita**

**Chronic Urticaria is a rather frequent disease with an estimated prevalence of 0.5-1%**

**Clin Rev Allergy Immunol 33:134-143 2007**

**EMMI** – Ritengo che il rapporto tra medico e paziente abbia anche in questo caso la massima importanza. Generalmente un paziente iperteso non si chiede il perché della comparsa di ipertensione, mentre quello affetto da orticaria chiede di conoscere con esattezza il/i responsabile/i della propria condizione, nonostante entrambe le patologie risultino nella stragrande maggioranza dei casi “idiopatiche”, anche dopo l’esecuzione di estensive indagini. Responsabile di questa discrepanza potrebbe essere la diffusione nella popolazione del pensiero comune che l’orticaria abbia un’origine allergica, in particolare alimentare. Compito del medico è spiegare adeguatamente la situazione, chiarendo che nel caso dell’orticaria spesso non si riesce ad identificare una causa di malattia. Risulta invece essenziale focalizzarsi sul trattamento ed in particolare sul controllo dei sintomi (prurito e pomfi), che spesso alterano in modo considerevole la qualità della vita dei pazienti.

**TOSCANA MEDICA** – *In linea di principio e partendo dalla considerazione che siamo in un campo oggettivamente assai mal definito, quali sono le forme di orticaria la cui gestione potrebbe essere affidata esclusivamente ai medici di famiglia e quali quelle invece che sarebbe più opportuno indirizzare allo specialista? E poi, a quale specialista, il dermatologo, l’allergologo, l’immunologo?*

**ROSSI** – In fase acuta la gestione è senza dubbio del medico di base che, come già detto, con una buona anamnesi nel 90% dei casi risolve il problema, visto che in genere il fattore scatenante è l’assunzione di un farmaco piuttosto che di un alimento. La questione, superata la fase acuta, però si amplia nel senso che potrebbe essere opportuno

identificare con precisione quale sia il principio attivo verosimilmente responsabile, al fine di evitare il possibile ripetersi di nuovi episodi. Tra l’altro va ricordato che un episodio acuto di orticaria può essere premonitore di future reazioni anche di maggiore gravità con interessamento sistemico. A questo punto credo che debba entrare in gioco lo specialista, che necessariamente deve essere interpellato anche in caso di orticaria cronica resistente alle comuni terapie gestibili a livello di medicina generale come la somministrazione di antistaminici e cortisonici.

**FLORI** – Indubbiamente anche se la gestione dell’orticaria acuta dovrebbe senz’altro essere soprattutto di competenza del medico di medicina generale, in una discreta percentuale di casi il paziente accede direttamente al pronto soccorso dove inevitabilmente questi quadri vengono trattati con steroidi endovena associati ad anti-istaminici di vecchia generazione e questa associazione non sempre rappresenta la terapia migliore. In particolare, il cortisone, a mio avviso, dovrebbe essere utilizzato, in casi selezionati e soprattutto in presenza di coinvolgimento respiratorio.

**GALLI** – Il medico di medicina generale spesso si trova a dovere essenzialmente rassicurare i propri pazienti piuttosto che curarli in senso stretto. Questo è il caso dell’orticaria che molte volte spaventa le persone al punto di farle immediatamente pensare allo shock anafilattico dopo avere assunto un farmaco o ingerito un alimento più o meno a torto considerato “pericoloso”. Per questo il comportamento del medico generalista deve essere il più possibile rassicurante, considerando anche che la stragrande maggioranza delle forme acute guarisce

### Persistenza orticaria cronica Condizione clinica invalidante

- > 6 mesi: 50%
- > 10 anni: 20%



In Europe alone, more than **five million people suffer from persistent urticaria symptoms** which severely impair **quality of life**, with negative effects on sleep, daily activities, school/work life and social interactions.

Reductions in quality of life similar to patients with **heart disease**



Maurer et al., *Allergy* 2011

Metz et al., *Journal of Dermatological Science* 2013

spontaneamente e che circa il 30-40% di quelle croniche rimane senza una causa chiaramente identificata. Il ricorso allo specialista credo sia fondamentalmente da riservarsi a quei relativamente rari casi in cui sia da approfondire una situazione clinica ad eziopatogenesi particolarmente complessa.

**ROSSI** – Recentemente sono state pubblicate le linee-guida europee sulla diagnosi e sul trattamento dell'orticaria cronica non rispondente al trattamento antistaminico che hanno cercato proprio di limitare al massimo gli accertamenti iniziali necessari per inquadrare correttamente la situazione. Si tratta in buona sostanza di un panel di esami ematici abbastanza limitato e di comune esecuzione, integrato dal test del siero o del plasma autologo per valutare la presenza di una eventuale componente autoimmune. Un corretto inquadramento del paziente consente anche di proporre soluzioni terapeutiche nuove come l'impiego di "terapia biologiche" nei pazienti non responsivi al trattamento antistaminico protratto.

**TOSCANA MEDICA** – *Parliamo adesso di terapia. Oltre ai farmaci ormai "storici" come i già ricordati antistaminici e cortisonici, esistono delle novità terapeutiche di particolare rilievo?*

**DAL CANTO** – Le linee-guida che citava prima il dottor Rossi si basano su tre livelli di intervento. Nel primo troviamo gli antistaminici classici e quelli di ultima generazione che, altamente selettivi per il recettore H1, non presentano più i ben noti effetti anticolinergici prima riscontrati nelle molecole di più "vecchia" concezione.

Il passo successivo è rappresentato, in assenza di risultato dopo 2-3 settimane di terapia, dall'aumento della posologia che nei casi di maggiore gravità può addirittura venire quadruplicata ed a questo punto siamo ovviamente nel campo dell'utilizzo

off label di questi farmaci.

Qualora anche dopo questo approccio la sintomatologia continui a non presentare miglioramenti si ricorre ad altre opzioni di cura ed in particolare alla ciclosporina il cui uso off label nella nostra Regione con apposita delibera viene consentito, tra l'altro, anche in caso di orticaria autoimmune. Ovviamente non bisogna dimenticare che la ciclosporina nonostante il buon livello di efficacia presenta numerosi effetti indesiderati ed interazioni con altri farmaci che ne consigliano un impiego particolarmente oculato.

Nelle linee-guida ricordate in precedenza viene inoltre ricordato come opzione di cura anche un farmaco di più recente introduzione, l'Omalizumab.

Si tratta di un anticorpo monoclonale impiegato anche in Italia da diversi anni nella terapia delle forme più gravi di asma allergico e che recenti studi di fase 3 hanno dimostrato essere particolarmente efficace anche nella terapia dell'orticaria cronica spontanea. Questo anticorpo agisce legandosi selettivamente e con alta affinità alle IgE libere, prevenendo la loro interazione con mastociti e basofili, e dunque interrompendo la cascata allergica. Alle dosi normalmente impiegate riduce i livelli di IgE di circa il 90% determinando una rapida riduzione della sintomatologia, entro due settimane.

La posologia indicata negli studi prevede la somministrazione di 300 mg sottocute ogni quattro settimane x 24 settimane.

Il profilo di efficacia dell'Omalizumab, gravato da effetti collaterali tutto sommato ben controllabili, appare quindi molto soddisfacente, mancano tuttavia studi - di follow-up di lunga durata ed in classi di popolazione di età avanzata. L'impiego del farmaco è riservato all'uso ospedaliero o sotto la diretta sorveglianza di un operatore sanitario. I costi sono abbastanza rilevanti con una spesa media mensile di circa 610 Euro.

## ORTICARIA CRONICA: IMPATTO SULLA QUALITA' DELLA VITA E SUI COSTI

Annual Direct and Indirect Health Care Costs of Chronic Idiopathic Urticaria  
*Arch Dermatol.* 2008; 144(1):35-39.

Perdita della produttività  
→ Riduzione del 25%-30% della produttività lavorativa/scolastica



O'Donnell et al. *Br J Dermatol.* 1997; 136:197.  
Thompson et al. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 43:24.

**FLORI** – Per quanto riguarda la ciclosporina vorrei aggiungere che, a mio avviso, è un farmaco estremamente utile soprattutto in quei pazienti che richiedono, per il quadro clinico, frequenti trattamenti con il cortisone che notoriamente espone a violenti rimbalzi al momento della sospensione. L'azione del farmaco è in genere veloce anche nei confronti del prurito. Non dimentichiamo inoltre che numerosi pazienti inizialmente non responsivi agli antistaminici, dopo un trattamento con ciclosporina, possono nuovamente utilizzare gli antiH1 in monoterapia con una risposta efficace.

**PIMPINELLI** – Secondo la mia esperienza nell'orticaria cronica l'associazione dell'antistaminico H1 con quello H2 riesce a garantire in almeno nella metà dei casi una buona risposta terapeutica.

**TOSCANA MEDICA** – *Quale è il vero target di impiego dell'Omalizumab? Parlando in termini di costi il suo impiego è giustificato a fronte della sostenibilità attuale dei sistemi sanitari sia nazionali che regionali?*

**MAGGI** – Avendo partecipato alla riunione di Berlino del 2012 durante la quale sono state prodotte le linee-guida di cui stiamo parlando, ricordo che il concetto di fondo che ha guidato il nostro lavoro è stato quello di affrontare le forme croniche gravi con il più basso dosaggio possibile di anti H1, eventualmente incrementandolo ogni due-tre settimane fino ad una posologia quadruplicata. Esiste poi una via alternativa che consiste nella somministrazione di un anti H1 in associazione con un antileucotrieno oppure un anti H2. In caso di acuzie o esacer-

bazioni della malattia si può ricorrere agli steroidi, però per un periodo di tempo non superiore a 7 giorni e con un ritorno quanto prima possibile alla somministrazione di antistaminici.

Dopo questo primo step, il passo successivo è stato quello di definire la sostanziale uguaglianza tra l'impiego della ciclosporina e dell'Omalizumab, a differenza di quando stabilito dalle precedenti linee-guida.

Il grande vantaggio dell'anticorpo monoclonale è rappresentato soprattutto dalla sua capacità, finché assunto, di fare praticamente scomparire la sintomatologia, a fronte di modeste ed assai rare reazioni avverse imputabili per lo più alla presenza di sostanze eccipienti come i polisorbati. Nella mia esperienza altri effetti indesiderati sono stati sporadici casi di cefalea, epilessia e dolorabilità a livello gastrico.

La risposta alla domanda di *Toscana Medica* a proposito di quali soggetti possano realmente beneficiare dall'assunzione dell'anticorpo monoclonale può essere introdotta da alcuni dati epidemiologici. I dati della Letteratura in particolare dicono che il 50% dei pazienti con orticaria cronica dopo tre anni di terapia con farmaci antistaminici sono ancora sintomatici e che nel 20% dei casi la sintomatologia arriva a durare anche 10 anni. Fortunatamente i soggetti che rientrano in questa classi, afflitti da una qualità di vita veramente scadente, rappresentano una nicchia di circa lo 0.4%. Ecco solo in questi pazienti, costretti ad andare ogni anno 5-6 volte al Pronto Soccorso per ricevere dosi massicce di cortisonici endovena, credo che il costo sostenuto per le terapie con Omalizumab sia ampiamente giustificato.

## GESTIONE CLINICA DELL'ORTICARIA CRONICA CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- Le linee guida sulla diagnosi e gestione dell'orticaria sono poco seguite dai medici specialisti
- Il controllo clinico dell'orticaria, spesso, risulta ancora un obiettivo non raggiunto
- L'orticaria cronica può compromettere la vita lavorativa/scolastica e di relazione con costi diretti ed indiretti elevati
- I farmaci in uso possono non funzionare e dare effetti collaterali
- Scarsa compliance/aderenza alla terapia
- Complessi meccanismi patogenetici sono responsabili dei differenti fenotipi di orticaria cronica

**Necessità di nuove strategie per il controllo dell'orticaria cronica  
«non responder» al trattamento antistaminico**

**GEMMI** – Anche io credo che l'alto grado di invalidità causato dalle forme gravi e di lunga durata di orticaria giustifichi in gruppi selezionati di pazienti l'impiego di farmaci ad alto costo, purché sia sempre mantenuto un canale adeguato di comunicazione reciproca tra i clinici che li prescrivono, le farmacie ospedaliere che li dispensano e le Direzioni sanitarie aziendali che ne autorizzano l'impiego.

**TOSCANA MEDICA** – *Nei soggetti anziani, notoriamente spesso costretti ad impegnative politerapie, il trattamento prolungato con antistaminici richiede un timing particolare per quanto riguarda, ad esempio, il monitoraggio della funzionalità cardiaca?*

**EMMI** – Con gli antistaminici di ultima generazione

il problema dell'interferenza con l'attività cardiaca, ed in particolare l'allungamento del QT, praticamente non sussiste. Nel soggetto anziano potrebbe tuttavia essere utile, e soprattutto in casi di trattamenti prolungati, una valutazione cardiologica.

**TOSCANA MEDICA** – *Una domanda di natura estremamente pratica. Il prurito, talvolta insopportabile, rappresenta un grosso problema per i pazienti con orticaria cronica. Oltre ai farmaci fino ad ora citati, è necessario ricorrere ad altre classi di molecole farmacologicamente attive?*

**MAGGI** – L'azione dell'Omalizumab sul prurito è veramente notevole con la sua scomparsa nel giro di una, due settimane. In questo senso non appare necessario alcun altro supporto terapeutico.

ANTONIO PANTI

## Un problema rilevante: l'orticaria grave

"I medici gente grandiosa: prima quando si aveva il prurito ci si grattava, ora ci danno dieci pomate e nessuna serve" Oggi Gottfried Benn non avrebbe potuto scrivere questa battuta. I progressi della medicina ci consentono di affrontare, e spesso risolvere, anche i casi più gravi di orticaria, quelli che realmente incidono sulla vita dei pazienti e sulle loro capacità relazionali e di lavoro.

L'orticaria è una malattia immunitaria che tutti conoscono e che si presenta spessissimo in forma lieve, idiopatica oppure legata a moltissimi stimoli esterni. Se l'orticaria grave colpisce per fortuna un numero minimo di persone, moltissime altre possono presentare durante la vita un episodio che, spesso, si risolve autonomamente. In genere quando vi è un episodio di orticaria si pensa o a un contatto con un qualsivoglia materiale o ad un alimento. Per inciso la preoccupazione che il fenomeno possa ripresentarsi ha creato la moda di tanti Centri dove si propongono accertamenti diagnostici del tutto inutili o diete le più fantasiose. Purtroppo è difficile opporsi a queste pseudo medicine, sta al medico, in particolare a quello di famiglia, tentare di rassicurare il paziente e di spiegare che la diagnosi è prevalentemente clinica ed anamnestica.

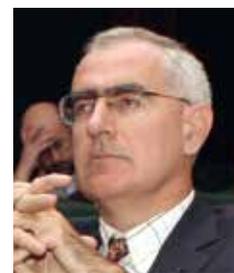
Comunque l'orticaria è vissuta come un segnale di allarme nella previsione di un possibile shock e come tale il medico deve prenderla seriamente in considerazione. Se poi la malattia prosegue e si aggrava in forme pruriginose sem-

pre più invalidanti, allora bisogna ricorrere allo specialista. I nostri esperti hanno notato come un vero percorso diagnostico non sia stato individuato finora nella nostra Regione e come la comunicazione tra medici e con il paziente su un tema così delicato debba essere implementata. Le linee guida europee indicano una scalarità nella terapia partendo dagli antistaminici (tutti conoscono i vantaggi di quelli di nuova generazione) che in certi casi possono essere usati a dosaggio off label ma con grandissima cautela a causa delle possibili reazioni avverse. Il secondo gradino, quando l'orticaria non è controllabile, è rappresentato dalla ciclosporina o, nei casi più gravi, da un anticorpo monoclonale, l'Omalizumab. La novità è importante perché questo fatto riesce, nella quasi totalità dei casi, a controllare il prurito ed ad ottenere miglioramenti sufficientemente duraturi nel tempo. Certamente l'uso di questo farmaco comporta il solito problema di costi elevati, estremamente più alti di quelli degli antistaminici o del cortisone, ma più alti anche di quelli della ciclosporina. Tuttavia i risultati ci sono e la possibilità di dare un così grande vantaggio ai pochi casi veramente gravi rappresenta un segno positivo nel rapporto costi/benefici. In conclusione, una patologia frequente e di pertinenza del medico di medicina generale può diventare veramente grave e richiedere l'intervento dello specialista che oggi è senz'altro in grado di condurre a risultati più soddisfacenti a causa dei progressi della tecnologia farmacologica. **TM**

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

PAOLO MARINO CATTORINI

# Medicina e attività fisica tra benessere e opportunità terapeutica



Paolo Marino Cattorini è Professore Ordinario presso la *School of Medicine* e Docente di Bioetica, Università degli Studi dell'Insubria, Varese; laureato in medicina e in filosofia, è stato componente del Comitato nazionale per la Bioetica e della Commissione Nazionale per la Lotta all'Aids; tra le sue pubblicazioni ricordiamo: *Bioetica*, Milano, Elsevier, 2011, *Bioetica e cinema*, Milano, FrancoAngeli, 2006 e *Il desiderio di salute*, Torino, Camilliane, 2013.

Il "maratoneta" del film di John Schlesinger (Usa 1976), il timido ebreo, studente di storia e appassionato di corsa, chiamato Babe e interpretato da Dustin Hoffman, guarda e sogna Abebe Bikila<sup>1</sup>. Lo sogna come un idolo, per l'eleganza della postura, per la fierezza dello sguardo di un etiope, che alle Olimpiadi di Roma del 1960 vinse addirittura senza scarpe. Lo sport ha i suoi riti, i suoi santi, i suoi idoli e liturgie. Come ogni religione secolare, invita a seguire una Legge, una tavola di norme, un'etica insomma. Ma quale etica?

Un medico, che si occupi oggi di sport, si trova nel cuore di dilemmi etici bollenti. La cosa non è del tutto nuova, perché già nel 1962 (quindi prima della nascita istituzionale della bioetica), almeno due capitoli di un manuale di etica, assai consultato (perlomeno) dai sanitari milanesi, diedero molto da discutere<sup>2</sup>. In uno si esprimeva una chiara condanna del pugilato professionistico, una condanna – diceva l'autore – che "non può sorprendere il medico sportivo, sempre assai preoccupato della sorte dei suoi atleti"<sup>3</sup>. Il motivo? Nella boxe l'atleta cerca direttamente di danneggiare l'avversario:

"tutti i professionisti che salgono sul ring mirano al K.O. (*Knock-out*); tutti i colpi sono visibilmente indirizzati a questo fine". Quando un legale, in un pubblico dibattito del 1958, tentò di sostenere il contrario, "i campioni presenti, fra cui Duilio Loi, Jacovacci, Garbelli, dissentirono apertamente decisamente: «E allora sul ring, che ci andiamo a fare?»". "Il K.O. e il K.D. (*Knock-down*) non sono dunque semplici incidenti indesiderati o comunque estranei alla struttura del pugilato, ma sono elementi tecnici della formula pugilistica del quadrato"<sup>4</sup>.

Parlavamo di un dibattito infuocato. La prima ragione riguarda l'incertezza nella *definizione di sport*. Il pugilato (senza il casco da palestra o altre protezioni) è uno sport? E l'automobilismo? E il free-climbing in solitaria, senza protezione? E una gara con gli amici alla play-station? Noi abbiamo proposto una definizione, che suona più o meno così: "un corpo addestrato lotta nella sua interezza, secondo regole predefinite, contro un ostacolo, nel desiderio di espandere la propria signoria sull'ambiente"<sup>5</sup>. In quest'ottica non c'è contraddizione tra il valore della salute e l'obiettivo della competizione, in quanto il compito di quest'ultima è quella di determinare chi (e in che misura) abbia saputo migliorare attraverso il training le proprie individuali risorse corporee di base, al punto da padroneggiare e migliorare le *abilità* (*skills improvement*), tipiche e specifiche di ogni sport, conseguendo un apprezzabile risultato o sconfiggendo gli avversari. I beni "intrinseci" allo sport ruotano attorno all'elasticità ed efficacia del gesto atletico, che è simbolo di un corpo sano, impegnato in una vita buona e legato lealmente a vincoli sociali giusti (di cui le regole sportive di *fairness* sono esempio). Sono invece beni "estrinseci": la fama, il prestigio sociale, il denaro e il vantaggio/successo competitivo di per sé<sup>6</sup>.

La nozione di *salute*, che facciamo nostra, è quella classica di Canguilhem. La salute è "normatività", la capacità cioè di imporre le proprie norme all'ambiente e di inventarne di nuove<sup>7</sup>. Un organismo è più sano se ha una maggiore elasticità nel trar fuori, dalle proprie riserve vitali, regole omeostatiche più sicure ed efficienti rispetto sia alle minacce ambientali (un rugbista allenato ha una tonicità muscolare che lo protegge dai contatti nella mischia), sia alle

<sup>1</sup> J. Schlesinger, *Marathon Man (Il Maratoneta)*, Usa 1976, dal romanzo di William Goldman, autore della sceneggiatura.

<sup>2</sup> G. Perico S.I., *Difendiamo la vita*, Milano, Centro Studi Sociali, 1962. I capitoli erano "Lo sport – Valori e aberrazioni" e "Il pugilato" (quest'ultimo alle pp. 339-360).

<sup>3</sup> Ivi, p. 360.

<sup>4</sup> Ivi, p. 353. Negli stessi anni era apparso sugli schermi il film *Un uomo facile*, di Paolo Heusch, Italia 1959.

<sup>5</sup> P.M. Cattorini, Cap. Il "Salute nello sport. La questione etica del doping", in Id., *Il desiderio di salute*, Torino, Camilliane, 2013, p. 67.

<sup>6</sup> T.H. Murray - A.J. Schneider, "Sports, Bioethics of", *Enc. Bioethics*, 3<sup>rd</sup> Ed., S.G. Post, Ed. in Chief, Farmington Hills, Gale - Macmillan, 2004, pp. 2461-2469.

debolezze psicofisiche interne (un podista allenato ha le risorse cardio-respiratorie idonee per affrontare lo stress della corsa e adotta spontaneamente meccanismi neuro-psichici più potenti nel tollerare il dolore). Non è quindi uno sport quella pratica in cui l'impegno corporeo non è rilevante, in cui la salute è programmaticamente usurata o messa a repentaglio, in cui l'obiettivo della performance è inseguito accanitamente, in cui la fatica del training è sostituita da trattamenti protesici o farmacologici artificiali.

Dopo un'ora e 12 minuti della pellicola *Il maratoneta*, il dr. Szell (Laurence Olivier), ex nazista e trafficante di diamante, ci mostra che cosa sia un uso non medico di conoscenze mediche (*non medical use of medical knowledge*<sup>7</sup>): la sua perizia odontoiatrica è impiegata per torturare il povero Babe. "Is it safe?" ("è sicuro?") è la tremenda, ossessiva domanda del carnefice, mentre scava e perfora una carie della vittima. Che cos'è, oggi, "medicina"? Secondo la tradizione ippocratica, essa ha il suo nucleo di senso nella clinica: aver cura di un sofferente, prevenendo o guarendo le sue malattie, riabilitando o lenendo il dolore. Secondo invece le ipotesi di "riplasmazione corporea", la medicina è una tecnica impegnata a ridisegnare i confini, i contenuti e le funzioni corporee, secondo il desiderio di un "utente" (non necessariamente malato), che sia libero, informato, competente.

E la *medicina dello sport*? Anche qui la strada si biforca. In un'ottica più "clinica" (quella che difendiamo), il medico sportivo previene, cura o riabilita le patologie dell'atleta; non colture con pratiche patologiche (gare pericolose; uso di sostanze potenzianti); supervisiona gli aspetti sanitari di nutrizione, igiene, allenamento; subordina all'interesse dell'atleta (a breve e lungo termine) gli obiettivi di incremento prestazionale; non prescrive farmaci o interventi allo scopo di garantire la partecipazione alla gara, se prevede che al termine di quest'ultima la condizione clinica sarà peggiore. La medicina dello sport è quindi pienamente medicina, dato che lo sport (Canguilhem *docet*) lavora per incrementare la salute.

In una prospettiva di *enhancement* (potenziamento) la medicina dello sport non è una

branca della medicina tradizionalmente clinica, ma sarebbe più simile alla "cosmesi" chirurgica non-terapeutica, in quanto il suo obiettivo non sarebbe il conforto della sofferenza (*suffering relief*), ma il miglioramento della forma (*improvement of fitness*), l'estensione delle capacità di svolgere attività fisiche senza fatica (*without exhaustion*), l'incremento delle prestazioni (*performance*), l'allestimento delle condizioni psicosomatiche utili a perseguire gli obiettivi sportivi che un soggetto ritenga prioritari, la realizzazione del potenziale agonistico di un atleta (*to fulfill one's own potential*)<sup>9</sup>. Questo modo d'intendere la specialità medico-sportiva s'inserisce perfettamente, come si vede, nella filosofia medica dell'*enhancement* o potenziamento: spingere un corpo sano al di là dei suoi limiti fisiologici, per soddisfare desideri etici, estetici, ideologici, economici, ecc. Somministrazione di sostanze, impianto di protesi, ibridazioni genetiche sono alcuni degli strumenti coerentemente impiegabili da chi voglia ampliare certe funzioni prestazionali (il dibattito sul *transhumanism* aiuterà il lettore che voglia documentarsi in proposito<sup>10</sup>).

L'imbarazzo dei codici d'etica di fronte a questi dilemmi è prevedibile ed è rappresentato da un testo recente<sup>11</sup>, che dedica un nuovo capitolo alla *medicina potenziativa* ed estetica<sup>12</sup>. Vi si dichiara che:

"Il medico, quando gli siano richiesti interventi medici finalizzati al potenziamento delle fisiologiche [N.d.A.: da sottolineare: "fisiologiche"] capacità psico-fisiche dell'individuo, opera, sia in fase di ricerca che nella pratica professionale, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta"<sup>13</sup>.

Il possesso di idonee competenze, la promessa di non suscitare né alimentare aspettative illusorie, la prudenza d'individuare possibili soluzioni alternative di pari efficacia, il diligente impegno di garantire la massima sicurezza delle prestazioni erogate, costituiscono le condizioni di un comportamento corretto<sup>14</sup>. Eppure, pochi passaggi prima<sup>15</sup>, il divieto di esorbitare

<sup>7</sup> Georges Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998.

<sup>8</sup> Il termine viene da un importante rapporto internazionale: Hastings Center, *Gli scopi della medicina: nuove priorità*, in *Notizie di Politeia*, n. 45, a. 13, 1997 (ed. it. a cura di M. Mori). Per il rapporto, scopi propriamente medici sono: prevenzione delle malattie e dei danni fisici; promozione e conservazione della salute; alleviamento del dolore e delle sofferenze causate dalle patologie; terapia e assistenza dei malati (anche di quelli inguaribili); rimozione dei rischi di morte prematura e propiziazione di una morte serena.

<sup>9</sup> Per queste tesi, cfr.: "Why sports medicine is not medicine", il titolo lapidario del cap. 2, del volume curato da M. McNamee, *Sport, Medicine, Ethics*, Oxon - New York, Routledge, Taylor & Francis, 2014.

<sup>10</sup> Cfr. R. Marchesini, *Post-human. Verso nuovi modelli di esistenza*, Torino, Bollati Boringhieri, 2002 e *Il tramonto dell'uomo. La prospettiva post-umanista*, Bari, Dedalo, 2009.

<sup>11</sup> FNOMCeO, Roma, *Codice italiano di Deontologia Medica*, 18 maggio 2014.

<sup>12</sup> Il Titolo XVI.

<sup>13</sup> Art. 76.

<sup>14</sup> Stiamo parafrasando il capovero dedicato alle finalità estetiche.

<sup>15</sup> Artt. 71-73 "Medicina dello sport".

dall'ambito strettamente terapeutico sembrava categorico:

"Il medico non consiglia, favorisce, prescrive o somministra trattamenti farmacologici o di altra natura non giustificati da esigenze terapeutiche, che siano finalizzati ad alterare le prestazioni proprie dell'attività sportiva o a modificare i risultati dei relativi controlli. Il medico protegge l'atleta da pressioni esterne che lo sollecitino a ricorrere a siffatte pratiche, informandolo altresì delle possibili gravi conseguenze sulla salute"<sup>16</sup>.

Come può realizzarsi, a partire da premesse così ambivalenti, l'*esclusività* dell'obiettivo medico-sportivo di *tutelare la salute e l'integrità psico-fisica* del soggetto<sup>17</sup>? Tale obiettivo, il Codice lo sottolinea, dovrebbe costituire il *criterio* dirimente per valutare se un atleta, in ambito agonistico, possa proseguire o debba interrompere la preparazione o l'attività sportiva e addirittura per denunciare tempestivamente all'autorità competente e all'ordine professionale quei casi in cui l'indipendente valutazione medico-sportiva non venga accolta<sup>18</sup>.

Torniamo alla filosofia dello sport. Date le incertezze teoriche, è difficile condannare oggi

il *doping*, usando gli argomenti retorici del passato<sup>19</sup>. Non ci sarebbe un imbroglio sleale, se ci fosse un permesso pubblico di utilizzare sostanze dopanti (certificandole); il danno agli atleti (peraltro presente in molti sport rischiosi o estremi, che vengono ciononostante consentiti) dev'essere dimostrato caso per caso e non può giustificare divieti paternalistici (oltre al fatto che il *doping* attuato clandestinamente comporterebbe presumibilmente più pericoli); il rischio di emulazione è purtroppo già presente nell'exasperata competizione (in gara e nel *training*) degli sport d'élite; il cattivo esempio offerto alla società, ai giovani in particolare, non ha prodotto leggi proibizioniste per il consumo di caffeina, alcol o tabacco; la qualifica di artificiosità del *doping* sconta la vaghezza della nozione di naturale/normale in società pluralistiche come la nostra (e del resto nessuno dannerebbe le scarpe chiodate indossate da certi atleti come un affronto alla "naturalità" della deambulazione).

Per non cadere in un vuoto appello moralistico, vanno ripensate eticamente le parole-chiave (come abbiamo qui brevemente cercato di fare): sport, medicina, benessere, terapia. **TM**

**Info:** [paolo.cattorini@uninsubria.it](mailto:paolo.cattorini@uninsubria.it)

<sup>16</sup> Art. 73.

<sup>17</sup> Esclusività reclamata dall'art. 71 "Valutazione dell'idoneità della pratica sportiva".

<sup>18</sup> Art. 72.

<sup>19</sup> Cfr. J. Savulescu citato da T. Black, "Anti-doping puritanism is killing sport", *spiked*, July 22, 2013.

## ORDINE DI FIRENZE

### E-mail e PEC:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it  
 amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedita@ordine-medici-firenze.it  
 relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it  
 segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

### Orario di apertura al pubblico:

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

### Rilascio certificati di iscrizione:

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

### Tassa annuale di iscrizione:

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

### Cambio di indirizzo:

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

### Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

### Consulenze e informazioni:

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

### Newsletter:

inviate per e-mail 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](http://www.ordine-medici-firenze.it)**

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



Emanuele Gori, laureato in Medicina e Chirurgia e specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Ha lavorato fin dal 1990 per l'Azienda Sanitaria di Firenze, rivestendo vari ruoli tra cui Direttore SS CUP e Anagrafe e Direttore Dipartimento Attività Amministrative Decentrate. Dal dicembre 2013 ricopre il ruolo di Direttore Sanitario Aziendale della ASF.

EMANUELE GORI, LAURA INDIANI<sup>1</sup>, ANTONINO SALA<sup>1</sup>, TOMMASO GRASSI<sup>1</sup>, ERSILIA SINISGALLI<sup>1</sup>, MARTINA CHELLINI<sup>1</sup>, LORENZO BAGGIANI<sup>2</sup>, SANDRA GOSTINICCHI<sup>2</sup>, ALBERTO APPICCIAFUOCO<sup>2</sup>, GUGLIELMO BONACCORSI<sup>3</sup>, PAOLO MORELLO MARCHESE<sup>4</sup>

# L'attività domiciliare programmata e integrata a Firenze nel 2013

## Dati della Medicina Generale

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti ed in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali al proprio domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

L'assistenza domiciliare viene garantita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come servizio facente parte del livello di assistenza distrettuale (DPCM 29.09.2001).

L'importanza della correttezza dei flussi è ribadita dal DM 17.12.2008 che, con le successive modifiche apportate dal DM 06.08.2012, ha previsto l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD), per la raccolta delle informazioni inerenti a tutti gli interventi programmati sanitari e socio-sanitari erogati a domicilio. La Regione Toscana nel corso del 2013 ha richiesto alle aziende sanitarie di alimentare tale flusso e la nostra ASL ha raggiunto complessivamente la percentuale del 7,17% di assistiti ultrasessantacinquenni in Assistenza Domiciliare (AD).

Il medico di medicina generale (MMG), quando individua una criticità relativamente ad un suo assistito, propone l'attivazione di un piano di assistenza domiciliare attraverso la condivisione di interventi da attivare sulla base di una valutazione delle caratteristiche cliniche del paziente, del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali.

La nostra analisi si è focalizzata sulle forme di AD di questa tipologia.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale erogato dal medico di medicina generale, si distinguono anche ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n.262/2010 due tipologie di cure domiciliari:

- assistenza domiciliare programmata (ADP);
- assistenza domiciliare integrata (ADI).

L'ADP prevede un intervento di tipo mono professionale (MMG) mentre l'ADI si configura in un

approccio multiprofessionale (medici di medicina generale, infermiere, fisioterapista, ecc.).

Secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, le condizioni che rendono possibile l'attivazione di ADP sono:

- a) impossibilità permanente a deambulare;
- b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni;

c) impossibilità per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali: insufficienza cardiaca in stadio avanzato; insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale; arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato; gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione; cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi; paraplegici e tetraplegici.

La frequenza degli accessi può essere mensile, quindicinale o settimanale; la durata massima del piano è rispettivamente nell'ASF annuale, semestrale e trimestrale.

L'ADI può essere invece attivata in caso di:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);

È stata effettuata un'analisi di ADP ed ADI nell'Azienda Sanitaria di Firenze, relativamente all'anno 2013 utilizzando i dati sull'attività domiciliare estratti dall'applicativo in uso in Azienda, che consente la registrazione dei piani assistenziali attivati dai medici di medicina generale. La suddivisione dei piani ADP e ADI per zone-distretto è illustrata nel **Grafico 1**.

Nel periodo dal 1 gennaio al 31 dicembre 2013, nell'Azienda Sanitaria Firenze, il 62,6% dei

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

<sup>2</sup> Direzione Sanitaria Aziendale ASF

<sup>3</sup> Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Firenze

<sup>4</sup> Direttore Generale ASF

medici di medicina generale risultano aver attivato ADP ed il 15,6% ADI. Sono risultati in totale 7621 piani ADP e 289 piani ADI attivi.

Per quanto riguarda i piani ADP la cadenza con la quale il medico di medicina generale si è recato a domicilio è stata per il 70,8% mensile, per il 24,3% quindicinale e per il 4,9% settimanale.

Analizzando età e genere degli assistiti in ADP si è visto che il 96,4% erano di età  $\geq 65$  anni e prevalentemente donne. L'età media generale rilevata è stata 85 anni.

Per quanto riguarda i piani ADI, l'età media degli assistiti è stata pari a 77 anni, con una percentuale di ultrasessantacinquenni dell'85,8%. La distribuzione per genere è risultata 52,2% femmine e 47,8% maschi.

Dato che gli assistiti risultano in prevalenza anziani, per il calcolo dei tassi si è ritenuto opportuno utilizzare una popolazione pesata sulla base dei pesi riportati nel PSR 2008/2010. I tassi dei piani ADP attivati per 1000 assistiti mostrano una media aziendale di 21,5x1.000 abitanti, con il valore più elevato nella zona Sud-Est (26,0) e quello più bas-

so a Firenze (17,8).

I piani ADI, in base ai criteri previsti dall'ACN per la gestione della medicina generale, hanno registrato in Azienda un tasso medio per 1000 assistiti di 0,8 x 1.000 abitanti, con il valore più elevato nella zona Nord Ovest (2,8) e quello più basso nella Sud Est (0,6) (**Grafico 2**).

L'analisi dei dati sull'assistenza domiciliare ha evidenziato una differenza dei tassi di utilizzo tra le diverse zone, sia per le ADP che per le ADI. La variabilità riscontrata sarà oggetto di analisi ulteriori e di monitoraggio al fine di valutare l'appropriatezza dell'attivazione di tale istituto.

È necessario continuare a monitorare i flussi dell'attività domiciliare, sia perché l'attività rientra nel monitoraggio ministeriale dei LEA ed è necessaria all'attribuzione di ulteriori fondi sanitari, sia per poterne garantire l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo, anche al fine di correggere eventuali disuguaglianze nell'accesso all'interno delle diverse zone della ASL.

TM

Info: [emanuele.gori@asf.toscana.it](mailto:emanuele.gori@asf.toscana.it)

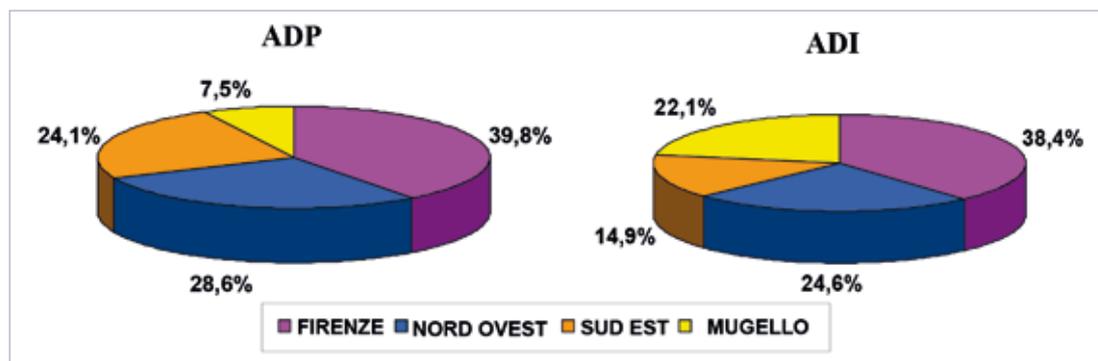


Grafico 1 - Piani ADP/ADI attivati nell'anno 2013, distribuzione per ZONA-DISTRETTO

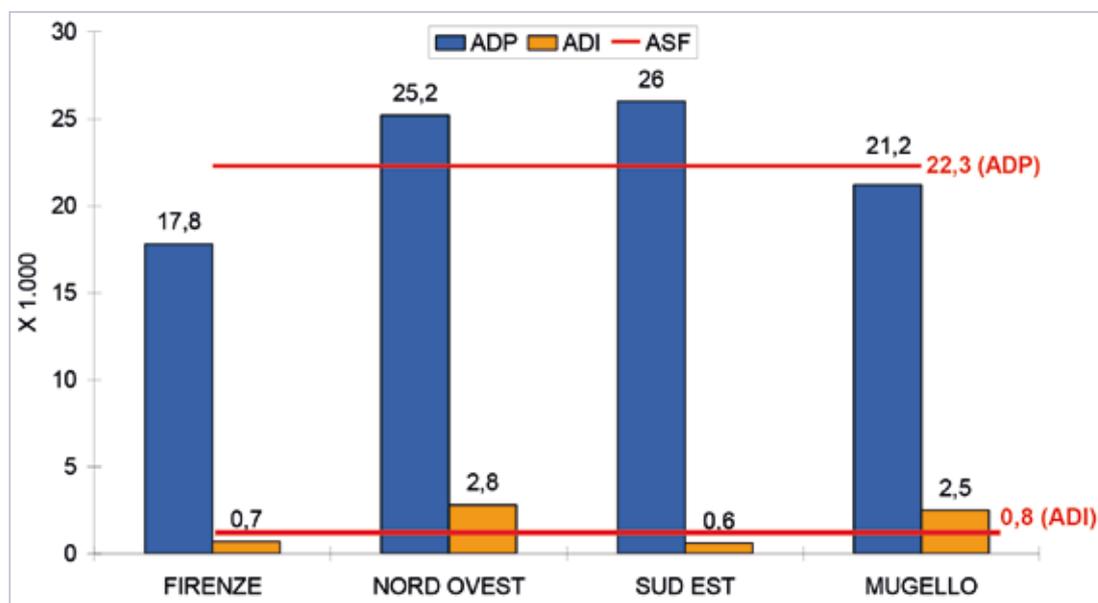


Grafico 2 - Piani ADP/ADI attivati nell'anno 2013, tassi x 1000 assistiti (Pop 1 gennaio 2013 pesata Assistenza Anziani, 65+ anni)



Emanuele Ceccherini,  
Direttore UOS Nutrizione  
Clinica, AUSL 8 Arezzo

EMANUELE CECCHERINI, GRAZIA CAMPANILE<sup>1</sup>, PATRIZIA CASTELLUCCI<sup>2</sup>, BRANKA VUJOVIC<sup>3</sup>

# La gestione interdisciplinare e multiprofessionale del paziente con disfagia nel percorso territorio-ospedale-territorio

Uno dei principali obiettivi dell'Azienda Sanitaria USL 8 di Arezzo è quello di promuovere l'integrazione organizzativa e clinica tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli di erogazione allo scopo di promuovere il miglioramento continuo della qualità dei servizi. A tal fine, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) rappresenta lo strumento che, attraverso un approccio per processi, consente di strutturare le attività e gli interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree di azione (territorio, ospedale, ecc.) sono coinvolte nella presa in carico del cittadino che manifesta un bisogno di salute. Il PDTA consente inoltre di valutare e quindi misurare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento, alle risorse disponibili.

L'utilità di elaborare un PDTA relativo alla disfagia è sostenuta da considerazioni epidemiologiche. L'incidenza della malattia è in costante aumento, in relazione soprattutto all'aumento dell'età media della popolazione, all'aumento delle patologie cerebrovascolari, degli incidenti stradali, al maggior utilizzo della chirurgia demolitiva cervico-encefalica. Inoltre la disfagia è caratterizzata da elevata incidenza di complicanze, spesso causa di accessi multipli al Pronto Soccorso e ospedalizzazioni ripetute, con riduzione della qualità della vita (tale da richiedere spesso un supporto psicologico), elevato impatto sociale, sanitario ed economico derivante dal trattamento, disomogeneità di diagnosi, trattamento e assistenza.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, individuato ad hoc dalla Direzione dell'Azienda, ha definito i principali obiettivi del percorso:

1. consolidare ed adottare comportamenti uniformi per la diagnosi della disfagia;
2. prevenire o correggere la malnutrizione e le sue complicanze;
3. prevenire le complicanze della disfagia;
4. valutare la possibilità di riabilitazione attraverso l'intervento del logopedista;
5. ritardare, attraverso la modifica della die-

ta, il ricorso a supplementi artificiali e successivamente ritardare e/o evitare il posizionamento di Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG);

6. ridurre il posizionamento di PEG in pazienti con attesa di vita < 30 gg;

7. migliorare, quando possibile, la qualità di vita dei pazienti e garantire il sostegno psicologico al paziente e alla famiglia;

8. ridurre le ospedalizzazioni per malnutrizione, disidratazione, insufficienza renale acuta, ab ingestis con insufficienza respiratoria;

9. contenere i costi attraverso scelte terapeutiche, riabilitative e nutrizionali appropriate e utili.

Operativamente il percorso viene attivato direttamente (tramite prenotazione di visita presso la U.O.S. Nutrizione Clinica dove è presente un ambulatorio dedicato per le valutazioni multidisciplinari) da parte del medico di medicina generale, degli specialisti ospedalieri, del day service/day hospital ospedaliero, dei medici specialisti territoriali, dei reparti ospedalieri (per i pazienti ricoverati con consulenza durante la degenza o differita), del Pronto Soccorso che, in caso di sospetta disfagia, attiva il medico nutrizionista per una prima valutazione a cui seguono:

- rinvio ad una successiva valutazione multidimensionale presso ambulatorio dedicato;
- proposta di ricovero nel caso si renda necessario inserimento di accesso nutrizionale stabile.

La prima visita multidisciplinare (nutrizionista, logopedista, dietista) prevede:

- valutazione dello stato nutrizionale (indagine clinica-alimentare, esami strumentali);
- valutazione della deglutizione (Disfagia Risk Score - DRS);
- valutazione clinica delle comorbilità;
- nei casi in cui si ritiene necessario approfondimento diagnostico, esame radiologico (videofluoroscopia).

Nei casi complessi e con comorbilità possono essere coinvolti contestualmente o in modo programmato:

- geriatra/internista (per la valutazione geriatrica/internistica e condivisione dell'opportunità

<sup>1</sup> Direttore Presidio Ospedaliero San Donato-Arezzo, AUSL 8 Arezzo

<sup>2</sup> Direttore Zona/Distretto Aretina, AUSL 8 Arezzo

<sup>3</sup> Direttore Sanitario, AUSL 8 Arezzo

del ricovero, in special modo per il paziente geriatrico con presbifagia);

- neurologo (per la valutazione neurologica e condivisione dell'opportunità del ricovero, in special modo per il paziente con patologie neurologiche croniche degenerative);

- specialista in Neuroriabilitazione funzionale (per la valutazione dei pazienti candidati a PEG e per coloro che richiedono programma di riabilitazione dopo rimozione PEG);

- endoscopista;

- specialista in Otorinolaringoiatria (per la valutazione specialistica dei pazienti con tumori testa – collo);

- broncopneumologo territoriale (per il monitoraggio domiciliare dei pazienti con progressi episodi di ab-ingestis);

- broncopneumologo ospedaliero (sia per i pazienti con SLA per il posizionamento della PEG e l'avvio alla nutrizione enterale, sia per la diagnosi e il trattamento della grave insufficienza respiratoria in UTIP, mediante supporto ventilatorio e/broncoscopia);

- rianimatore/Intensivista, nei casi con ARDS

e insufficienza respiratoria multi-organo;

- psicologo per il paziente e/o i familiari.

In caso di ricovero, la degenza ospedaliera media prevista è di 24-72 ore con successivo passaggio in MO.DI.CA (Modulo di continuità assistenziale) per completamento dell'induzione, stabilizzazione del paziente e programmazione del training alla NAD al paziente o ai caregivers.

È prevista la programmazione del follow up per tutti i pazienti presi in carico con gestione ed archiviazione dei dati clinici tramite software aziendale.

Per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del PDTA vengono utilizzati i seguenti indicatori:

- n. di diagnosi di disfagia/n. di visite effettuate per disfagia;

- n. di PEG posizionate/n. di pazienti disfagici;

- n. di pazienti con PEG per disfagia con sopravvivenza > 30 gg dal posizionamento / n. totale di pazienti disfagici con PEG. TM

Info: [e.ceccherini@usl8.toscana.it](mailto:e.ceccherini@usl8.toscana.it)

GUIDO GORI

## La vecchiaia subita e la vecchiaia vissuta

La vecchiaia subita e la vecchiaia vissuta è un tema di notevole interesse per chi è attratto dal mondo della gerontologia, della geriatria e dagli accadimenti mentali e affettivi di questa età della vita. Non ritengo che si possano immaginare distinte e separate queste due qualità della vecchiaia, magari ci possono essere esempi in cui l'una prevale sull'altra, ma sostanzialmente c'è un confine molto sfumato tra le due, che sono quindi in un costante rapporto dialettico tra di loro.

Ci sarebbe poi da chiedersi chi sono gli anziani, dato che questo termine si rivolge a coloro che sono usciti dal mondo del lavoro, agli over 65 mediamente. Quindi un anziano è definito così per una sorta di convenzione; non c'è un dato biologico, un algoritmo, un marker. Sappiamo che oggi gli anziani corrispondono al 20.5% della popolazione, ma che nelle previsioni essi raggiungeranno una percentuale molto maggiore, ed in particolare nel 2050 gli ultraottantenni saranno il 180% in più degli attuali.

L'esperienza pluridecennale in Psico-Geriatria conferma che accanto ad una percentuale di anziani fragili o malati per affezioni fisiche, affettive, o cognitive età correlate esiste una percentuale molto maggiore (1/4 vs 3/4) che non vivono la loro tarda età come un peso incumbente. In entrambi i gruppi, certamente con maggiore evi-

denza quantitativa e qualitativa nel secondo, ci sono soggetti legati alla vita, ai suoi valori, che amano stare in relazioni appaganti, che vivono forti desideri passioni o conflitti. Quindi vecchiaia come declino o come trionfo sugli istinti non è l'immagine oggettiva della realtà, ma è piuttosto il prodotto di timori, fantasie o desideri che il mondo dei non anziani proietta su quello anziano. Queste configurazioni opposte della terza e quarta età hanno dato luogo a stereotipi, banalizzazioni, semplificazioni sulla vecchiaia, purtroppo ancora oggi imperanti. Anche il mondo medico quando si orienta verso un anziano lo fa come se fosse prevalentemente un oggetto di osservazione, da misurare, valutare, testare. Ovviamente in talune circostanze queste valutazioni sono fondamentali, come nella monitoraggio di una degenza, di una riabilitazione. Ma al di fuori di questi casi si rischia di perdere di vista il fatto che l'anziano spesso desidera essere soggetto di una relazione, e quindi davanti al medico raccontare le sue vicende personali, il suo vissuto in relazione alla sua vecchiaia, cioè quella esperienza complessa in cui si declina il sentimento di invecchiare.

Questo sentimento ci offre una enorme variabilità individuale; ognuno invecchia a modo suo, sulla base della storia personale, della struttura



Guido Gori, specialista in Geriatria e Gerontologia, Specialista in Psichiatria. Direttore f.f. dell'U.O Geriatria ASF, coreponsabile medico del CDA "Le Civette" ASF, Membro del Consiglio Direttivo dell'AIP (associazione italiana psicogeriatrica), professore a contratto Università di Medicina di Firenze.

del carattere, del sesso, del lavoro svolto, della famiglia e delle condizioni sociali, economiche e sanitarie. Va dunque valorizzata la continuità nella storia di una persona che non è una entità astratta ed isolata, un bambino - un adulto - un vecchio - ma una unità dinamica e solo fenomenologicamente mutevole. Ma allora, dati questi molteplici destini psicoesistenziali, ci sono aspetti che influenzano l'apparato psichico senile in modo più uniforme e condiviso?

Certamente il **Corpo**, che da mediatore degli scambi con il mondo e da simbolo di controllo diventa un oggetto ostacolo e il **Tempo**, tesoro in estinzione, rientrano, in questo contesto. Questi due aspetti, che riguardano molto anche il processo dell'invecchiamento, in vecchiaia si correlano fundamentalmente a certi tipi di personalità: a) coloro che non sono riusciti ad affrancarsi da un bisogno di appartenenza al processo produttivo o al successo sociale; b) coloro che sentono il bisogno di mettere in ordine o riparare certi aspetti dolorosi o insoddisfacenti della loro vita; c) coloro che investono sul corpo come principale indicatore del proprio valore; d) coloro che investono sul corpo per negare il processo di invecchiamento, cioè le ineludibili usure del tempo. La corporeità, in condizione di non malattia, è sempre una intersezione, una zona di frontiera, di dialettica tra il corpo che sono, Leib secondo la fenomenologia tedesca, ed il corpo che ho, Korper, anche se il primo che esprime l'intenzionalità, la capacità di relazione, di soggettivizzare il mondo e di mondanizzare l'io usualmente oltrepassa e trascende il secondo. Il gioco di articolazione tra soggetto corpo e oggetto corpo si fa difficile nei momenti di passaggio della vita, come ad esempio nella vecchiaia. Va comunque sottolineato che ci può essere ancora una dialettica tra Korper e Leib, se c'è una elaborazione, cioè un lavoro interno che sfocia in accettazione, reazione costruttiva, e nuovi investimenti. Altrimenti ci sottomettiamo al Korper che ci fa subire quanto proviene dalla nostra materialità, e che siamo costretti ad essere.

Il tempo ha un valore così rilevante come non l'ha mai avuto in altre età della vita. Il passato incombe soddisfacente, ricco o no. Il passato non solo si ha, ma soprattutto si è. Avere un passato equivale ad essere come siamo stati, componenti non trascurabile del sentimento di Sé, della propria identità. Il presente si coarta ed il futuro è in linea discendente, con cadute di progettualità anche se la speranza non per questo è sempre annullata (motivi teologici, mondani, affettivi, intrapsichici). In queste dimensioni del tempo è frequente incontrare una ambivalenza ed una conflittualità; il soggetto vive nel passato ma è ancora agganciato al presente, e pensa al futuro anche se limitato, a come vivere, l'idea della morte è spesso scotomizzata o allontanata in un rimando temporale indefinito.

Se corpo e tempo sono dimensioni omogeneamente condivise in vecchiaia, appartengono alla stessa matrice anche **eventi provenienti dalla realtà esterna (o interna?)** come le va-

riazioni dell'assetto familiare (morte del coniuge, allontanamento dei figli arrivo dei nipoti), il pensionamento, le elucubrazioni e le polarizzazioni sullo stato di salute - comparsa di malattia, minaccia di ricovero - spettro dell'invalidità e delle sue conseguenze.

La caratteristica comune di questi eventi è che non sono situazioni di emergenza, ma vere crisi esistenziali che implicano cioè un cambiamento di assetti interni, di relazioni e di comportamenti. Ma cambiare è difficile, soprattutto per chi non è mai riuscito a modificare i propri consueti meccanismi di fronte a dinamiche familiari, lavorative e interpersonali in genere. Solo chi ha saputo elaborare le innumerevoli crisi ed i micro-lutti della propria esistenza è preparato al cambiamento, mentre gli altri saranno esposti ad un insuccesso. Necessario è allora disinvestire da valori fino ad allora significativi e strutturanti e reinvestire su oggetti magari prima percepiti come marginali o irrilevanti. Nell'ambito di queste crisi esistenziali, che tendono ad accomunare i soggetti nel loro lavoro intrapsichico di invecchiare, vanno segnalati alcuni eventi, tutti col significato di perdita, e sul cui modo di essere affrontati si gioca l'oscillazione tra vecchiaia subita o vissuta. Il primo fra questi è la perdita del coniuge, poi la scomparsa di una persona affettivamente investita con lunga storia di identificazione, poi la perdita di beni materiali, ed infine la perdita di una parte del corpo, delle proprie funzioni, del controllo delle proprie azioni. Anche se non è perdita totale come accade per la memoria, la vista, l'udito e così via, spesso viene evocato il fantasma di un mondo insicuro, dipendente, precario.

Non ci sono reazioni uniformi a queste crisi. In alcuni casi, fortunatamente non i più frequenti, c'è un comportamento disadattativo, con lamentosità, maldisposizione, intolleranza, ostilità opposizione che ha alimentato uno stereotipo dell'invecchiamento come regressione a tappe arcaiche dello sviluppo o il ricorso a modalità manipolative di interazione con gli altri. Più frequentemente c'è una accettazione dei limiti senza troppi ritiri difensivi, con ricerca di nuove soluzioni, con tolleranza al sostegno, con tolleranza alla dipendenza senza che venga meno il desiderio di preservare la propria autonomia. Oggi in gerontologia si parla spesso di resilienza, come capacità di ricominciare da capo, di ricostituire una vita significativa anche dopo perdite, di affrontare la realtà senza negarla o cadere nella disperazione.

In conclusione la reazione di fronte alla vecchiaia e ai suoi eventi critici dipende da:

- condizioni sociali e ambientali;
- struttura di personalità del soggetto, se ha cioè tolleranza al cambiamento, alla dipendenza, capacità di nutrire fiducia, se ha impiegato nella vita meccanismi difensivi maturi, se ha un nucleo stabile di identità accettata nel passato e nel presente, senza ricorso ad evitamenti o fughe in avanti.

TM

Info: [guigor@libero.it](mailto:guigor@libero.it)

EMANUELA MASINI, LAURA MUGNAI<sup>1</sup>, SERGIO BONCINELLI<sup>2</sup>

# Strutture Ospedaliere in condizione di maxiemergenza

## Come Mantenere le Funzioni Essenziali

Il progetto di ricerca "Gestione della Continuità Operativa delle Strutture Ospedaliere in Condizione di Maxiemergenza" è uno studio che, attraverso un set definito di indicatori da applicare a tre parametri (appropriatezza, efficienza e qualità) permetterà di valutare le eventuali debolezze nell'espletamento dei servizi assistenziali, territoriali ed ospedalieri al sopravvenire di eventi disastrosi con ripercussioni sul medio e lungo periodo. Il progetto fornirà gli strumenti metodologici atti ad identificare la vulnerabilità degli ospedali del comune di Firenze e dei comuni limitrofi nel caso siano interessati da una maxiemergenza, di carattere naturale o antropico, che veda la parziale o totale compromissione della continuità assistenziale di una o più strutture ospedaliere. Dopo aver identificato la vulnerabilità, sarà possibile elaborare strategie e piani organizzativi per mantenere la continuità operativa anche in caso di maxiemergenza. Poiché le strutture ospedaliere sono responder di primo livello, è di fondamentale importanza che i servizi essenziali siano garantiti in ogni condizione: a tal fine è necessario elaborare un Piano di Continuità Operativa delle Strutture Ospedaliere al sopravvenire di una maxiemergenza.

La vulnerabilità è un elemento fondamentale del processo di gestione del rischio ed è normalmente correlata all'esposizione e alla fragilità di una comunità e della sua capacità di reagire ad un evento pericoloso. I disastri, sia di origine naturale che antropica, da sempre causano gravi ripercussioni sulla salute pubblica, sia in termini di vite umane, sia per le interruzioni di servizi essenziali per le comunità coinvolte, in particolare quelli forniti dalle strutture ospedaliere, tenute a garantire le attività essenziali in ogni condizione.

Durante una maxiemergenza l'intero sistema ospedaliero può essere degradato. In particolare, si possono distinguere due fasi: una prima fase di *coping* (di circa 24 ore) in cui non sempre le risorse sono sufficienti a soddi-

sfare l'elevata domanda, e una seconda fase di *recovery*, ossia di recupero delle funzioni ospedaliere, della durata di giorni o mesi.

### Andamento indicativo del livello di performance ospedaliera al sopraggiungere di una situazione di maxiemergenza



Al fine di valutare l'effettiva performance della struttura ospedaliera, si può utilizzare un Indice globale del livello di performance preventivo (*Hospital Performance Index - HPI*) calcolato tramite due ulteriori indici: la capacità di trattamento (*Hospital Treatment Capacity - HTC*) e la sicurezza intrinseca (*Intrinsic Security - IS*) a loro volta calcolati per ogni singola struttura/area funzionale.

Per massimizzare l'efficienza della risposta dei servizi in caso di forte squilibrio con la domanda, occorre stabilire criteri per l'ottimizzazione e la gestione delle risorse strutturali, tecnologiche e professionali di una struttura ospedaliera. La gestione delle risorse tecnologiche può riguardare l'installazione di elementi di back up o l'utilizzo di apparecchi provenienti da altre strutture non colpite dalla stessa maxiemergenza. Per quanto riguarda le risorse strutturali, si possono prevedere delle aree aggiuntive dedicate ai servizi per i quali è previsto un aumento del carico lavorativo durante una maxiemergenza. Per l'ottimizzazione funzionale, è consigliabile la formazione del personale attraverso simulazioni ed esercitazioni, al fine di garantire un adeguato supporto in caso di situazione critica. Esempi di efficaci iniziative di formazione all'intervento in caso di disastro sono il programma di training *Simdisaster*, il gioco online *Auxilium!* e il corso ADE "Il Soccorso nelle Grandi Emergenze in Area Ospedaliera" rivolto



Emanuela Masini, Spec. in Tossicologia Medica, Anestesiologia e Rianimazione. Professore Ordinario di Farmacol. e Tossicol. c/o la Scuola di Scienze della Salute, Univ. di FI, Dir. della Scuola di Spec. e della SOD Complessa di Tossicologia Medica. Referee per importanti riviste internazionali e Consulente e Revisore di Progetti di Ricerca per la Comunità Europea e per l'assegnazione di fondi nazionali e internazionali.

<sup>1</sup> Assegnista di Ricerca c/o Dip. di Scienze della Salute, Univ. degli Studi di Firenze

<sup>2</sup> Cultore della materia, Univ. degli Studi di Firenze

agli studenti del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze.

La valutazione del livello di protezione è fondamentale per il corretto funzionamento di una struttura ospedaliera, specialmente se si considera l'impiantistica e la tecnologia. Le azioni di approfondimento di aspetti legati all'ambito organizzativo o procedurale possono permettere di raggiungere in tempi molto più brevi il superamento di criticità che si verificano durante eventi calamitosi. È possibile elaborare un Piano di Continuità Operativa delle Strutture Ospedaliere al sopravvenire di una maxiemergenza applicando la disciplina del Business Continuity Management (BCM) che, in sanità, designa un approccio in grado di assicurare che le funzioni operative critiche continuino a essere svolte o vengano ripristinate nel più breve tempo possi-

bile. Ai fini dell'efficacia del piano è opportuno istituire all'interno della struttura ospedaliera un *Disaster Committee* con l'obiettivo di individuare, monitorare e supportare le azioni previste per la continuità dell'attività sanitaria, come formare il personale e aggiornare e verificare il piano di continuità stesso.

Sebbene sia impossibile azzerare la probabilità che eventi calamitosi si verifichino, attraverso una buona preparazione e pianificazione effettuate in condizioni ordinarie, l'impatto sulle strutture ospedaliere in condizioni di emergenza può essere ridotto, in modo da continuare a garantire livelli essenziali di assistenza alla collettività.

TM

Info: [masini@unifi.it](mailto:masini@unifi.it)



Daniela Lepore si è specializzata in Medicina Legale e delle Assicurazioni nel 1990 presso l'Università di Modena e in Igiene e Medicina Sociale nel 2005 presso l'Università di Firenze. Dal 1999 lavora in qualità di Dirigente Medico Legale presso l'Asl 11 di Empoli, dove, dal 2009, è direttore dell'U.O. di Medicina Legale. È autrice di numerose pubblicazioni.

DANIELA LEPORE

## Detenzione delle armi da fuoco

### Requisiti d'idoneità e riflessioni

I requisiti psicofisici per il rilascio del certificato medico di idoneità alla detenzione dell'arma da fuoco, in cui il fine è esclusivamente detentivo e non dell'utilizzo dell'arma, si differenziano da quelli del porto d'armi per uso caccia o per difesa personale. La detenzione di arma da fuoco, differisce infatti dal porto in quanto in questo caso l'arma è detenuta presso l'abitazione e non può essere portata al di fuori di essa (altrimenti sarebbe porto). Inoltre per porto d'arma si intende la pronta disponibilità della stessa ad essere utilizzata o per difesa personale oppure, nell'uso caccia, per l'attività venatoria consentita dalla legge e praticata nel territorio destinato. I requisiti per l'ottenimento del porto di arma da fuoco sono contemplati nel Decreto M. del 28 aprile 1998.

Nell'Asl 11 di Empoli la richiesta dei certificati di detenzione costituisce in media il 15% rispetto a quelli per idoneità al porto d'armi e la motivazione deriva per lo più dall'aver ricevuto in eredità le armi (comprehensive di munizioni) da un familiare o parente defunto. Dal punto di vista legislativo la più recente normativa italiana

sulla detenzione di arma da fuoco è dettata dal Decreto Legislativo 26 ottobre 2010, n. 204 nella parte "Modifiche al Regio Decreto 18 giugno 1931, n. 773" che a riguardo dei requisiti medici per l'idoneità alla detenzione dell'arma così recita: "Chiunque detiene le armi..., senza essere in possesso di alcuna licenza di porto d'armi, deve presentare ogni sei anni la certificazione medica... Il questore subordina il rilascio del nulla osta alla presentazione di certificato rilasciato dal settore medico legale delle Aziende sanitarie locali, o da un medico militare, della Polizia di Stato o del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, dal quale risulti che il richiedente non è affetto da malattie mentali oppure da vizi che ne diminuiscono, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere, ovvero non risulti assumere, anche occasionalmente, sostanze stupefacenti o psicotrope ovvero abusare di alcool, nonché dalla presentazione di ogni altra certificazione sanitaria prevista dalle disposizioni vigenti".

La mancata presentazione del certificato medico autorizza il Prefetto a vietare la detenzione

delle armi denunciate. Da notare che nei requisiti richiesti per il rilascio di tale certificazione non sono specificati i requisiti visivi, invece obbligatori nel certificato per il porto d'arma, ma ci sentiamo di poter affermare che il certificato di idoneità per la detenzione deve presupporre oltre ai requisiti psicofisici anche i requisiti sensoriali che permettano l'effettiva sorveglianza dell'arma per la quale si chiede la detenzione. La denuncia di detenzione deve essere ripresentata ogni qual volta il possessore trasferisca l'arma in un luogo diverso da quello indicato nella precedente denuncia e il possessore deve assicurare anche che il luogo di custodia offra adeguate garanzie di sicurezza.

Quando si detiene nella propria abitazione, nella proprietà privata, o si porta indosso un'arma non registrata presso gli organi di Polizia di Stato, si parla di possesso illegale di armi da fuoco. Nel nostro codice penale la detenzione abusiva di armi è punita dall'art. 697. È possesso illegale di armi da fuoco anche se il numero di armi e munizioni detenute supera i limiti prestabiliti dalla legge. In alcuni Paesi, tra cui l'Italia, la detenzione di armi automatiche (con capacità di sparare a raffica) è illegale, così come la manomissione o la modifica di armi per aggiungere caricatori con capacità maggiori, o nel caso delle armi lunghe, è illegale l'accorciamento della canna o delle canne di un fucile per rendere l'arma più maneggevole e di conseguenza anche più facile da nascondere. Nella maggior parte degli Stati Europei detenere legalmente un'arma implica dei doveri a cui il detentore deve assolutamente aderire.

A seconda del permesso che si possiede è possibile avere un numero limitato di armi, sia lunghe che corte e le suddette armi devono essere tenute in luoghi appropriati (luoghi sicuri, ma non per forza armadi appositi), rigorosamente scariche, ovvero non pronte a sparare. Inoltre il possessore si deve limitare a detenere un certo numero di munizioni: ciò, in Italia, non si applica alle armi da caccia che possono essere detenute in numero illimitato (le relative munizioni, invece, se trattasi di cartucce a pallini possono essere detenute fino ad un massimo di 1500 pezzi). La disciplina in materia non è uguale nei Paesi Europei: in Svizzera, unico Stato in cui il cittadino riceveva in dote l'arma militare e che figurava fino a pochi anni fa in cima alle statistiche di suicidi e incidenti familiari da esse causati, solo con l'adesione al trattato di Schengen è stata introdotta dal dicembre 2008 una regolamentazione sulla detenzione delle armi. Uno studio, pubblicato nell'*American Journal of Psychiatry* nel luglio 2013, giunge alla conclusione che un minor accesso alle armi da fuoco ha portato a una «diminuzione durevole»

del tasso di suicidi in Svizzera. In Norvegia, Paese della strage del 22 luglio 2011, costata la vita a 77 persone, la materia è regolata dal *Firearm Weapons Act*: il permesso proprietà può essere concesso alle persone "sobrie e responsabili" che abbiano compiuto i 18 anni e che documentino la necessità del possesso dell'arma da fuoco. Esiste però un'eccezione all'età: le persone di età inferiore ai 18 anni, ma superiore ai 16, possono presentare domanda per licenza di proprietà di fucile da caccia con il consenso dei genitori o del tutore.

Per la pistola, l'età per la detenzione è di 21 anni senza eccezioni consentite. Per le armi ereditate, spetta al capo della polizia locale prendere una decisione basata sui fatti individuali del caso. Dopo la prima guerra Mondiale con il Trattato di Versailles, la Germania proibì la detenzione di armi, anche in luoghi di privata dimora, e impose ai suoi cittadini la consegna di esse. Tale normativa durò dal 1919 al 1928. Attualmente nonostante la detenzione delle armi sia già regolato unitariamente a livello europeo (direttiva 91/477/CEE del 18.06.1991), le autorizzazioni da parte ufficiale italiana al possesso di ed al porto d'armi (certificato italiano per il porto d'armi) non sono riconosciute in Germania; chi detiene l'arma deve essere maggiorenne, affidabile, personalmente idoneo, nonché provare la sua conoscenza in materia e la necessità del possesso dell'arma. L'autorizzazione al porto d'armi può essere conferita per la durata di un anno e di seguito prolungata più volte.

A differenza dei Paesi Europei, negli Stati Uniti d'America ci sono organizzazioni quali l'*American Rifle Association*, che viene frequentemente definita come la più antica organizzazione per i diritti civili degli Stati Uniti, che agisce in favore dei detentori di armi da fuoco. Negli USA è un diritto costituzionale detenere armi da fuoco nella propria abitazione: *"A well-regulated militia being necessary to the security of a free State, the right of the people to keep and bear arms shall not be infringed"*. Infatti nel secondo emendamento della Costituzione viene affermato che il diritto dei cittadini a detenere e portare armi non potrà essere infranto. Nelle leggi viene rispecchiata sempre la storia culturale e sociale di un Paese e la consapevolezza che negli ultimi 50 anni le più grandi stragi compiute da civili con armi da fuoco sono avvenute negli Stati Uniti, anziché portare a discutere su una maggiore regolamentazione del controllo delle armi, trova invece resistenze nella gran parte del popolo statunitense.

**TM**

Info: [d.lepore@usl11.toscana.it](mailto:d.lepore@usl11.toscana.it)



Maria Grazia Petronio, Direttore UOS Ambiente e Salute Asl 11 di Empoli. Professore a contratto in Igiene Ambientale presso la Facoltà 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

## Due position paper nazionali su abitato, mobilità e salute

Nel 2013 si è costituito su proposta della Società Internazionale medici per l'Ambiente (ISDE) un gruppo di lavoro nazionale con l'obiettivo di redigere un documento condiviso su ambiente abitato/urbanistica/mobilità e salute.

All'iniziativa hanno aderito numerosi enti, università, società scientifiche, istituti di ricerca, associazioni e il risultato del lavoro sono due position paper che sono stati presentati ai rappresentanti dei Ministeri Ambiente e Salute il 16 Maggio u.s. nella sede della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli odontoiatri di Roma e a Firenze il 10 giugno in un convegno organizzato dal Consiglio Sanitario Regionale.

Proponiamo una sintesi dei documenti la cui versione integrale può essere scaricata dal sito dell'ENEA <http://www.enea.it/it/produzione-scientifica/edizioni-enea>.



### **La sostenibilità dell'ambiente abitato<sup>1</sup>**

La stretta correlazione tra salute e qualità degli ambienti abitati è stata riconosciuta da tempi molto antichi. Le professionalità ed i settori da coinvolgere sono molteplici e vanno dalle istituzioni competenti, ai tecnici, alle associazioni mediche professionali.

La sede dei processi decisionali in materia di sostenibilità dell'ambiente abitato si deve allargare sempre di più e bisogna stabilizzare strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni. Strumenti che l'Unione Europea propone da molti anni, e non possono più essere ignorati o aggirati nelle pratiche decisionali locali e regionali.

Fenomeni recenti di impoverimento vedono le metropoli del nord e del sud del mondo assomigliarsi sempre più e alcune "patologie" urbane sono ormai fattori riconoscibili, che abbassano la qualità di vita di intere comunità che abitano le nostre città. Molte città sono soggette alla minaccia di malattie infettive, malattie non trasmissibili e incidenti, compresi violenza e crimine.

Dunque le aree urbane se da un lato offrono l'opportunità di vivere in un contesto salutare per le maggiori possibilità di accesso ad una molteplicità di servizi, tra cui anche quelli destinati alla cultura ed alla ricreazione, dall'altro presentano rischi per la salute e nuove sfide sanitarie.

Il gruppo di lavoro convocato da ISDE, facendo tesoro delle diverse professionalità e dell'esperienza maturata in tanti campi disciplinari, ha provato ad evidenziare i principali fattori che minacciano la qualità dell'habitat e la salute delle persone e ha elaborato una lista di linee di indirizzo concrete, che possono essere adottate da una pluralità di attori locali, nella consapevolezza che mancano interventi coerenti e di ampio respiro che affrontano le questioni dell'ambiente abitato dando loro adeguata rilevanza.

Si propone un'accezione di sostenibilità aperta, ospitale, attenta alla dimensione ambientale, ma anche a quella umana, legata agli ecosistemi e alla cultura, come espressione tipica di una comunità vicina alle persone ma anche sensibile ai modi in cui queste si associano, prendono decisioni, interagiscono con le istituzioni, si assumono responsabilità.

Le proposte operative. L'abitato sostenibile come:

- 1) progetto di sistema;

<sup>1</sup> Petronio MG, Dipartimento di Prevenzione ASL 11 di Empoli e Faggioli A, Università di Bologna (Coordinatori).

Forni A, Baldissara B, Fidanza A, ENEA; Bertolucci G, Istituto Nazionale Bioarchitettura -INBAR; Patrizio C, Appolloni L, Università La Sapienza di Roma Facoltà di Ingegneria Civile e Industriale; Pileri P, Granata E, Politecnico di Milano Dipartimento di Architettura e Studi Urbani; Capolongo S, Buffoli M, Rebecchi A, Concilio M G, Nachiero D, Politecnico di Milano Department of Architecture, Built Environment and Construction Engineering; Fanfani D, Università di Firenze Facoltà di Architettura; Rognini P, Università Pisa Corso di Laurea in Scienze Ambientali; Battisti F, Università di Pisa Scuola Specializzazione Igiene e Medicina preventiva; Settimo G, Istituto Superiore di Sanità; Cori L, Leo C G, Mincarone P, CNR Istituto Fisiologia Clinica - IFC e Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali - IRPPS; Pagliani T, Consorzio Mario Negri Sud; Pala G, Associazione Italiana di Agrobiologia e Fondazione Maugeri Istituto Scientifico di Pavia; Todesco L, Associazione Culturale Pediatri; Raimondi E, Camana S, Associazione Nazionale Architettura Bioecologica-ANAB; Bauleo FA, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria Università di Perugia; Masciello E, Società Italiana Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata; Zanchini E, Legambiente; Ficorilli S, Pirovano C, WWF; Amoroso R, Provincia di Firenze-Unione Comuni del Circondario Empolese Valdelsa; Manetti R, Comune di Montelupo Fiorentino; Geddes M, medico esperto in programmazione sanitaria.

- 2) progetto di tutela del suolo;
- 3) progetto locale di territorio;
- 4) progetto partecipato;
- 5) progetto energetico;
- 6) progetto di riduzione dell'inquinamento;
- 7) patto tra città e campagna;
- 8) progetto di ottimizzazione delle risorse;
- 9) progetto di rilancio delle piccole imprese e dell'edilizia pubblica;
- 10) progetto per la valorizzazione e rivitalizzazione delle periferie;
- 11) progetto per la sicurezza dell'abitato;
- 12) progetto di conservazione dei beni paesaggistici e culturali.

### Principi e linee di indirizzo per un sistema della mobilità sostenibile<sup>2</sup>

Il sistema di mobilità del nostro Paese, pur essendo **estremamente costoso** a causa del sovradimensionamento del parco veicoli individuali e del complementare sottodimensionamento del traffico non motorizzato e su trasporto pubblico:

- da un lato, non riesce a garantire in modo efficace l'esercizio del diritto alla libera circolazione a tutti i cittadini in analogia misura, con pregiudizio per la coesione sociale;
- dall'altro, è configurato in modo tale che l'esercizio della mobilità limita e danneggia fortemente altri diritti fondamentali della persona, come quello alla sicurezza, ad un ambiente integro, alla salute, al lavoro e allo sviluppo sociale e culturale.

La maggior parte dei Paesi della UE15 ha affrontato l'evoluzione del sistema della mobilità

negli ultimi venti anni dotandosi di nuove normative, di nuove discipline del traffico, adottando nuovi strumenti di pianificazione e programmazione.

Su questo versante il nostro Paese registra un forte ritardo che costituisce la causa strutturale dei limiti schematicamente richiamati sopra.

Il gruppo di lavoro propone quindi:

- un sistema integrato di analisi e valutazioni dell'impatto della mobilità sull'ambiente, sulla salute dei cittadini, sulla loro sicurezza personale, sulla coesione sociale e sulla qualità/vivibilità urbana.

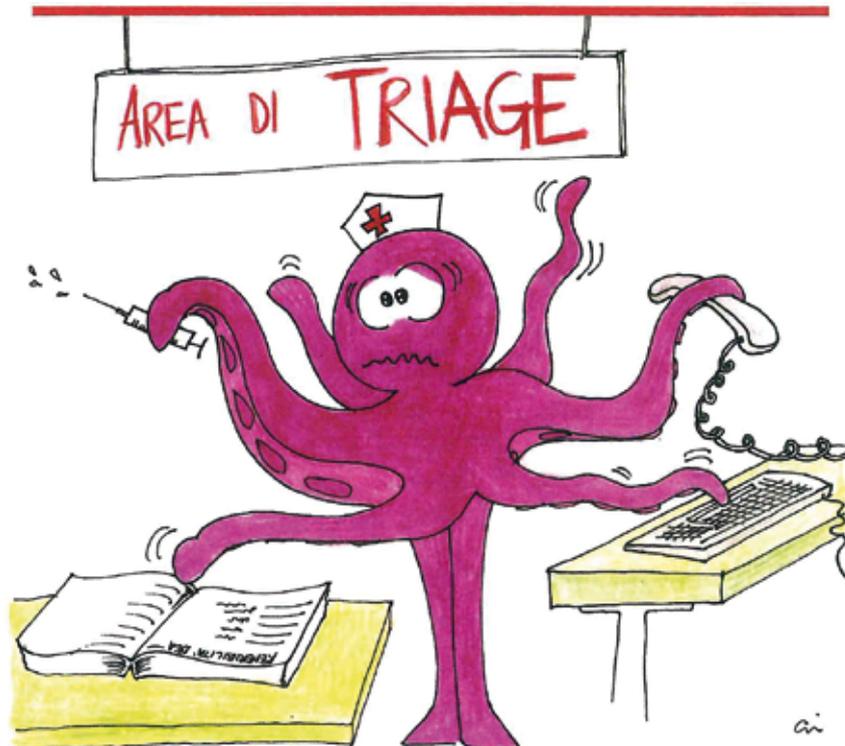
- linee di azione più promettenti per favorire la migrazione dei cittadini da modelli di mobilità ad alto impatto (caratterizzati da una sovrautilizzazione di vettori individuali motorizzati anche per spostamenti su distanze minime) verso modelli di mobilità a basso impatto (caratterizzati da una maggiore quota di spostamenti a piedi, in bicicletta e su trasporto pubblico, da una netta riduzione dei costi complessivi del trasporto e da un deciso miglioramento della sua efficienza complessiva).

È intenzione dell'ISDE (a questo scopo sono state sottoscritte convenzioni con ENEA, ANAB e in via di definizione con INBAR) continuare a supportare questa attività di promozione di gruppi di lavoro transdisciplinari con l'obiettivo di realizzare strumenti operativi per azioni concrete a supporto delle amministrazioni, dei tecnici e dei cittadini.

TM

Info: [mg.petronio@usl11.toscana.it](mailto:mg.petronio@usl11.toscana.it)

<sup>2</sup> Coppo M, RST Ricerche e Servizi per il Territorio e Pedone A, ISDE sez. di Arezzo (coordinatori) Biagioni D, Rete Città Sane; Buffoni R, Regione Toscana; Cirinei G, Centro Franco Basaglia; Giuliano MC, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata (SIOMI); Lenzi S, WWF; Maggioli M, Università La Sapienza Roma; Messina G, ENEA; Occhini L, Dipartimento di Scienze della Formazione Università di Arezzo; Porcile G, ISDE Liguria; Toffol G e Reali L, Associazione Culturale Pediatri (ACP); Rubbo R, Agenzia della Mobilità Provincia di Bolzano; Tonacci A, CNR – IFC.



Tratto da  
"A sirene spiegate",  
C.G. Edizioni  
Medico Scientifiche



Alessandro Bani, medico chirurgo, specializzato in Psichiatria presso l'Università di Pisa, ha pubblicato oltre 100 lavori scientifici, ed è coautore, assieme alla dott.ssa Marina Miniati, anch'ella psichiatra, di libri tra i quali: *Il Disagio Giovanile*, *La Paura*, *La Menzogna*. Lavora presso il Servizio di Psichiatria dell'Asl 12 di Viareggio (Direttore prof. M. Di Fiorino), con incarico di alta specializzazione in Riabilitazione Psichiatrica.

ALESSANDRO BANI, MARINA MINIATI<sup>1</sup>

# La corretta comunicazione

## Aspetto essenziale nella clinica medica

A che serve dare consigli o indicazioni terapeutiche se poi il paziente non capisce il nostro intento? A che serve dare indicazioni comportamentali se poi il paziente le rifiuta perché il terapeuta non è stato chiaro e convincente?

A che serve parlare con il paziente se questo pone una barriera emotiva e cognitiva nella comunicazione con il medico? A cosa serve al paziente parlare con un medico che non sa comunicare e senza alcun aspetto empatico?

Il terapeuta nella sua attività deve essere consapevole di come sia difficile comunicare con il paziente preoccupato e concentrato sulla propria patologia e sofferenza, come difficile può risultare l'uso del linguaggio per strutturare una relazione di aiuto così come è necessario. Dovrebbe per altro esser tenuto presente come la *comunicazione* rappresenti un processo attivo *strettamente connesso alla relazione interindividuale* e quindi espressione delle caratteristiche profonde della personalità dell'uomo-paziente e del suo modo di apparire agli altri: personalità espansive, assertive, aggressive se si contrappongono ad altre taciturne, dubbiose ed incerte che presentano atteggiamenti diversi e contrapposti.

### La Comunicazione

La *comunicazione* è percepita e modificata non solo dai "sentimenti" e dalle "emozioni" degli individui interagenti: dalla accettazione o dal rifiuto, dalla fiducia o dall'odio, dalla vergogna, o dall'invidia, ma anche dalla presenza di uno stato psicopatologico quale la depressione o l'ansia inibente e fobica; "emozioni" abnormi dunque che incidono sull'espressione ed efficacia della comunicazione stessa.

D'altra parte, comunicare con gli altri facilita la comprensione di se stessi in quanto il soggetto agisce parlando, ascoltando e, relazionandosi con l'ambiente, realizza: *"l'esplicitazione ed il rapporto con l'altro diverso da sé, con il quale consciamente o inconsciamente il soggetto si confronta"*.

La comunicazione interiore, poi, realizza l'ascolto del proprio io, nel silenzio e nella solitudine, che è quella della meditazione e che può essere indirizzata alla ricerca della perfezione intima: *"I pensieri più alti vengono nella più solitaria delle solitudini"* (Nietzsche).

Il genere umano può comunicare con le più

svariate modalità espressive: dal linguaggio verbale a quello non verbale o del corpo, con il silenzio e con i gesti; può comunicare con segni e con simboli e tutte queste modalità evolvono nel tempo e si trasformano adattandosi alle esigenze individuali, all'ambiente, allo spazio ed al tempo.

La comunicazione, intesa come pura e semplice trasmissione unidirezionale delle informazioni, si concretizza tra tutti gli esseri viventi e, secondo alcuni studiosi, è possibile anche tra entità artificiali (macchine), ma *il processo comunicativo* che vede coinvolti gli uomini è molto di più, è la costruzione di una realtà e di una verità condivise, un atto di pura cooperazione (la "struttura maieutica" di D. Dolci) ed anche di "consapevolezza".

Nel contesto della Comunicazione evidenziamo come il linguaggio verbale presenti notevoli vantaggi rispetto a quello gestuale nonostante che il gesto sia di più facile comprensione ed immediato, oltre che meno soggetto alla falsificazione con la "menzogna".

È innegabile come le parole permettano di creare simboli capaci di distinguere con precisione oggetti o azioni simili riducendo le inevitabili ambiguità di significato rispetto ad una comunicazione di tipo figurato: la lingua parlata permette di trasmettere messaggi più accurati e più sfumati<sup>1</sup>.

In accordo con la letteratura evidenziamo come, quando si comunica, ciascun soggetto compie essenzialmente tre azioni principali (*I 3 "passi" della comunicazione*):

- **percepisce** il messaggio;
- **interpreta** il messaggio, dà ad esso un giudizio che è il frutto di esperienze pregresse che hanno determinato la costruzione della sua struttura cognitiva;
- **reagisce** al messaggio o **sente emozioni** in relazione ad esso.

### Il significato del comunicare nella relazione di aiuto

Se adattiamo quindi queste considerazioni specificamente alla costruzione del rapporto medico-paziente, osserviamo che la funzione del comunicare può estrinsecarsi in diversi aspetti essenziali.

Quando parliamo con il paziente, quindi, cercando di dargli spiegazioni e di aiutarlo, evidenziamo:

<sup>1</sup> Psichiatra - U.O.C. Psichiatria. ASL12 di Viareggio

<sup>1</sup> Per approfondire: Miniati M., Barsella E.: "So quello che Dico. Appunti sulla cognizione comunicativa nella relazione terapeutica". DEBATE Ed., Livorno, 2012.

- a. l'esplicita e consensuale accettazione del rapporto medico-paziente;
- b. l'attivazione e l'espressione del materiale ideo-affettivo dell'interlocutore;
- c. l'utilizzazione del sapere esperienziale più che del sapere dottrinale;
- d. la *presa di coscienza della complessità della relazione stessa* in quanto non basta analizzare superficialmente un messaggio se non cerchiamo l'impiego di metafore ed analogie;
- e. la *decodifica dei messaggi*;
- f. il raggiungimento di una valida alleanza terapeutica.

La comunicazione tuttavia può presentarsi problematica e contraddittoria, ovvero può fallire, quando le intenzioni del parlante e l'interpretazione dell'ascoltatore non si incontrano (Milroy, 1984).

In questo modo, possono crearsi da parte di chi ascolta a) *Incomprensioni*, dove si chiedono chiarimenti sulle intenzioni di chi parla perché non si riesce a capire correttamente; b) *Malintesi*, dove si attribuiscono alla fonte della comunicazione intenzioni diverse da quelle che era suo intento trasmettere; c) *Rigetti*, qualora si creda che chi parla stia mentendo; d) *Negazioni*, nel caso in cui si ritenga che l'emittente possieda convinzioni erranee sulle condizioni dell'atto comunicativo; infine, e) *Rifiuti* quando non si accetta lo scopo di colui che sta parlando.

Thomas Gordon elenca **dodici barriere della comunicazione**:

1. **Dare ordini**, comandare: "Tu devi...", "Bisogna che tu", "Tu farai...".
2. **Minacciare**, avvisare, mettere in guardia "Se non farai così...", "...altrimenti...".
3. **Fare la predica**, rimproverare "Dovresti...", "Sta al tuo senso di responsabilità...", "Sai che è tuo dovere...".
4. **Offrire soluzioni**, consigli: "Al posto tuo farei", "Consentimi di darti un consiglio...".
5. **Argomentare**, persuadere con la logica "Ecco perché tu sbagli...", "Sì, però, ...".
6. **Giudicare**, criticare, biasimare "Sei un incapace...", "Sei un perdigiorno...".
7. **Ridicolizzare**, etichettare, usare frasi fatte "Fannullone!", "Ti comporti da bambino...".
8. **Interpretare**, analizzare, diagnosticare "Sei solo stanco...", "Tu in realtà non vuoi dire questo...".
9. **Fare apprezzamenti**, elogiare per manipolare "Hai ragione, il tuo amico è proprio terribile...".
10. **Rassicurare**, consolare "Non avere paura...", "Fatti coraggio...".
11. **Contestare**, indagare, mettere in dubbio "Perché...", "Chi...?", "Come?".
12. **Cambiare argomento**, minimizzare, ironizzare "Parliamo d'altro!", "Adesso non è il momento...".

### Gli stili comunicativi

Tra medico e paziente possono quindi crearsi diverse modalità di rapporto e tali modalità devono

essere lette ed interpretate al fine di utilizzarle per il benessere del paziente. È naturale, ad esempio, che una modalità di comunicazione rigida da parte di entrambi, possa impedire il colloquio. Riportiamo gli stili espressivi più comuni che i soggetti possono tenere nell'incontro:

#### Stile aggressivo dove il soggetto:

- ritiene che solo con la forza e la veemenza si possano ottenere dei risultati;
- vede il mondo popolato da nemici e da persone ostili, le quali devono essere attaccate;
- pensa che lo scoppio di collera sia una forma di catarsi, di sfogo per ridurre la sua tensione interiore;
- ha ignoranza cognitiva e sociale.

#### Stile passivo dove il soggetto:

- accetta e subisce le idee altrui;
- desidera essere simpatico e amico di tutti;
- cerca di evitare i conflitti, temendo di ricevere da essi stress eccessivo;
- ha poca autostima di sé;
- evita di esprimere le personali esigenze.

#### Stile assertivo:

- accetta le idee altrui, ma esplicita chiaramente le proprie opinioni;
- mantiene buoni rapporti di interazione con gli altri;
- vede nella negoziazione lo strumento per affrontare e risolvere i conflitti;
- ha autostima;
- ha rispetto e amore per sé e per gli altri.

Altri stili comunicativi possono essere rappresentati dallo **stile drammatico**, dove spesso si amplificano contenuti e disagi, **aperto** dove si cerca di nascondere il meno possibile, **amichevole** per cercare, e non sempre accade, una partecipazione e condivisione nelle idee, il **polemico** dove ogni argomento è motivo di contrarietà e critica.

### Conclusioni

Al di là degli stili comunicativi, il terapeuta dovrebbe avere consapevolezza del proprio stile e conoscere le tecniche professionali per attuare altre modalità di interazione quando il proprio risulta fallimentare ai fini terapeutici e di rapporto. Il terapeuta dovrebbe riconoscere e tener presenti quindi le molteplici cause di fallimento della comunicazione quali:

- non saper ascoltare;
- formulare giudizi;
- fornire frasi fatte;
- cambiare argomento;
- frasi di rifiuto senza appello.

La comunicazione tra medico e paziente rappresenta quindi un bisogno ed una capacità che va sviluppata; se poi, quindi, l'intento è quello terapeutico e non di intrattenimento essenziali oltre la pazienza, il buon senso e la "fortunata" empatia, sono tecnica e professionalità. **TM**

Info: [banialex@virgilio.it](mailto:banialex@virgilio.it)



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



<http://www.regione.toscana.it/consiglio-sanitario-regionale/pareri>

## Consiglio Sanitario Regionale

**PARERE 93/2014**

### Chirurgia a ciclo diurno

#### Modalità di organizzazione e attività della chirurgia ambulatoriale in stretta connessione con la Day Surgery

Il gruppo di lavoro esprime un parere unanime sulla necessità di trattare la Chirurgia Ambulatoriale in due livelli di diversa complessità:

- **primo livello a complessità ed invasività minore** (la cosiddetta "Office-based Surgery" della letteratura anglosassone) che mantiene tutte le caratteristiche della chirurgia ambulatoriale "tradizionale" rappresentata essenzialmente da procedure su cute e annessi. Questo livello di attività chirurgica può essere svolto anche nelle strutture intermedie ambulatoriali quali le UCCP;

- **secondo livello a complessità ed invasività maggiore** (chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata - Advanced Ambulatory Surgery) nella quale confluiscono (e confluiranno sempre di più con i nuovi LEA) le procedure chirurgiche tradizionalmente eseguite in regime di Day Surgery (se non ancora in regime di RO). Per la "chirurgia ambulatoriale complessa" è evidente una stretta vicinanza con il regime di Day Surgery, in una visione unitaria dei due setting, a partire dalle modalità di immissione nella lista di programmazione, prevedendo standard qualitativi e procedurali sovrapponibili nell'ambito della "chirurgia a ciclo diurno".

Vengono inoltre espresse le seguenti considerazioni:

- Il nomenclatore tariffario dovrà essere opportunamente rivisto per la aggiunta delle procedure attualmente previste dalla codifica ICD 9 CM e trasferibili in regime ambulatoriale e per la indicazione a nuove procedure attualmente non codificate perché scaturite da innovazioni tecnologiche tendenti alla riduzione della complessità e della invasività.

- Questa evoluzione organizzativa comporta una necessaria revisione del sistema "tariffario" oltre che delle regole autorizzative e di accreditamento. È prevedibile una particolare attenzione alla "valorizzazione" delle attività chirurgiche "trasferite" nel regime ambulatoriale, in riferimento all'intero percorso assistenziale oltre che alle caratteristiche tecnologiche che rappresentano il presupposto indispensabile alla minore invasività procedurale e alla sicurezza

za del paziente, nei termini di appropriatezza clinica ed organizzativa. In questa ottica appare riduttiva la analisi dei flussi SPA attualmente indicativi della attività chirurgica ambulatoriale, carente di numerose variabili utili per la tipizzazione delle procedure e della complessità clinica ed assistenziale della casistica trattata ed emerge la necessità di creare un flusso dati esaustivo, sul modello dei flussi SDO per i ricoveri ospedalieri.

- Occorre, anche, valutare le condizioni della più stretta connessione con le attività tradizionalmente inquadrate nel setting della Day Surgery (ad esempio il limite temporale delle "due ore") e ridefinirne le caratteristiche anche al fine della loro valorizzazione economica estendendo le considerazioni all'intero percorso assistenziale in termini di valutazione di tipo "cost-effectiveness" (ad esempio cosa cambia da un punto di vista organizzativo, risorse umane ecc. a fronte di una tecnologia innovativa che consente l'esecuzione dell'intervento in termini di minima invasività e di sicurezza).

- L'inserimento della chirurgia ambulatoriale nel progetto del percorso chirurgico informatizzato (DGRT 438/2011, Decreto 2279/2011) appare il necessario presupposto per la correttezza della prestazione sanitaria, del suo trasparente inserimento nei flussi sanitari regionali, della alimentazione del fascicolo sanitario elettronico e per il corretto monitoraggio degli indicatori di performance.

I possibili ambiti dello sviluppo della chirurgia "a ciclo diurno" (ambulatoriale e Day Surgery) rispetto a quella a "ciclo breve" (estesa alla Week Surgery), con l'intento di allargare sempre più la erogazione di attività nel regime appropriato, comportano la necessità di poter disporre di indirizzi regionali sulle definizioni delle responsabilità professionali nella gestione dell'intero percorso assistenziale coerenti con lo sviluppo del concetto di "ospedale per intensità di cura" nel quale la chirurgia a ciclo diurno e quella a ciclo breve trovano un eccellente esempio di applicazione (vedi Allegato I).

#### Allegato I

#### Parere del CSR sulle modalità di organizzazione ed attività della chirurgia ambulatoriale in stretta connessione con la Day Surgery

La chirurgia a ciclo diurno offre la possibilità di eseguire interventi chirurgici in elezione, selezionati e programmabili, in regime di *outpatient* (chirurgia ambulatoriale di I e di II livello) o in regime di ricovero (Day Surgery).

La caratteristica principale dei percorsi ad alto volume ed alta standardizzabilità, come la chirurgia elettiva a ciclo diurno, è la possibilità di eseguire una corretta programmazione della attività attraverso la selezione dei pazienti e la corretta

fase di preospedalizzazione da cui consegue la scelta del setting assistenziale adeguato.

La gestione del modello organizzativo prevede, inoltre, la partecipazione di differenti unità operative chirurgiche nella utilizzazione delle sedute operatorie e degli spazi di assistenza post operatoria, in linea con l'indirizzo generale della DGR 1235/12 che prevede per l'area chirurgica, il superamento della sua connotazione generalista puntando ad una segmentazione del bisogno chirurgico garantendo un utilizzo migliore delle sale operatorie e degli spazi di degenza.

In tale ambito possono essere gestiti con criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa i cosiddetti "DRG-LEA", cioè la lista di DRG trattati in regime di ricovero ordinario e di day surgery "potenzialmente inappropriati" in quanto potrebbero esseri trattati in un diverso setting assistenziale (quello ambulatoriale) con identico beneficio per il paziente e con minore impegno di risorse (DPCM settembre 2001; Accordo Stato Regioni 22 novembre 2001).

La chirurgia ambulatoriale si inserisce in un modello organizzativo dell'area chirurgica in cui si prevede la netta distinzione dei flussi in elezione rispetto alla emergenza-urgenza.

In questo senso rappresenta un modello per l'implementazione dell'organizzazione assistenziale secondo i criteri dell'ospedale per intensità di cura inteso non solo e soltanto come "livelli" di intensità assistenziale ma anche e soprattutto come percorso di cura integrato e centrato sui bisogni assistenziali del singolo paziente piuttosto che sugli ambiti delle discipline specialistiche.

I pazienti da avviare a tali regimi assistenziali debbono essere opportunamente selezionati sulla base delle condizioni generali e di fattori logistici e familiari e debbono essere preventivamente informati sul tipo di intervento e di percorso al quale sono sottoposti sottoscrivendo un "consenso informato" personalizzato.

### Definizione di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery

A livello internazionale le attività chirurgiche "diurne" vengono definite con termini diversi quali: Day Surgery, Ambulatory Surgery, Same Day Surgery, Day only, Office-based surgery.

L'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), alla quale aderiscono 29 Paesi, ha suggerito di considerare il termine di "Ambulatory Surgery" come sinonimo di Day Surgery e Same-day Surgery (senza pernottamento), da tenere distinta dalla "Office-based Ambulatory Surgery" (Office-based Surgery) riferita alla possibilità di eseguire interventi chirurgici (o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive o semi-invasive) in strutture ambulatoriali poste anche al di fuori delle strutture di ricovero.

In alcuni Paesi (Stati Uniti, Canada, Australia) tutte le attività chirurgiche non eseguite in re-

gime di ricovero sono inserite nel settore "out-patient" corrispondente al nostro settore "ambulatoriale".

Con il termine "Chirurgia Ambulatoriale" si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili:

- senza ricovero;
- in ambulatori territoriali idonei e ambulatori protetti (in ospedali o case di cura);
- in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia.

Per "Day Surgery" si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili:

- con un periodo di assistenza post operatoria limitata alle sole ore del giorno e comunque tale da consentire, senza rischi aggiuntivi, il ritorno del paziente al proprio domicilio;
- con qualunque tipo di anestesia;
- su pazienti a basso rischio clinico;
- in strutture con specifici requisiti di sicurezza.

Allo stato attuale, in Italia, molte prestazioni che potrebbero essere svolte in regime ambulatoriale sono in realtà effettuate in regime di ricovero, e quindi remunerate sulla base dei DRG, in quanto manca una normativa specifica a riguardo.

### Modelli organizzativi

Lo sviluppo della Chirurgia Ambulatoriale va inserito in un contesto più ampio, che prevede la differenziazione dell'offerta chirurgica programmata tra regime ambulatoriale, ricovero diurno e ricovero in regime ordinario.

La chirurgia ambulatoriale può essere ricondotta a 2 tipologie di attività, che si caratterizzano per diversa complessità e di conseguenza necessitano di diversi standard di sicurezza:

- chirurgia ambulatoriale tradizionale;
- chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata per ognuna delle quali dovrebbero essere definiti diversi standard strutturali, tecnologici-impiantistici, qualitativi e di sicurezza.

All'interno delle due tipologie possono essere ricondotti i diversi livelli di complessità delle prestazioni.

Le strutture di chirurgia ambulatoriale possono essere organizzate sia all'interno dei presidi ospedalieri per facilitare la riconversione della rete ospedaliera che nel territorio.

La decisione e la scelta del modello organizzativo sarà definito in ambito di programmazione regionale e dai piani attuativi locali. Vengono ipotizzati i seguenti modelli organizzativi:

### Strutture Intraospedaliere

- Strutture integrate con la day surgery;



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

- Strutture funzionalmente o totalmente autonome.

La distinzione di tali strutture sarà fatta sulla base della modalità utilizzate per pianificare il percorso del paziente, per gestire l'accoglienza dei pazienti e la degenza (letti tradizionali e letti ambulatoriali). Un elemento importante è rappresentato dalla modalità di gestione della sala operatoria (Sala Operatoria indipendente o comune all'interno del blocco operatorio).

### Strutture Extraospedaliere

Strutture indipendenti (Free Standing Center).

Tali strutture si caratterizzano per avere percorsi e spazi dedicati alla chirurgia programmata diurna (Chirurgia ambulatoriale da sola o associata alla Day Surgery) con Letti tradizionali e/o ambulatoriali e Sale Operatorie dedicate).

La necessità di prolungare l'osservazione post-operatoria o la conversione in ricovero verrà gestita mediante specifici accordi con strutture di ricovero tradizionale.

### Regime Ambulatoriale

In regime ambulatoriale potranno essere effettuati interventi di diversa complessità, distinti in:

- chirurgia ambulatoriale tradizionale (Office-based Surgery);
- chirurgia ambulatoriale complessa o avanzata (Advanced Ambulatory Surgery).

### Day Surgery

Il ricovero diurno potrà essere limitato alle sole ore del giorno.

### Ricovero in regime ordinario

Il ricovero in regime ordinario potrà essere riorganizzato tra:

1. Week Surgery (Short Stay);
2. ricovero tradizionale.

L'individuazione del setting assistenziale più appropriato si dovrebbe basare sulla fattibilità della procedura nei diversi setting assistenziali (Day Surgery, Chirurgia ambulatoriale, Week Surgery) sulla base del tempo di osservazione postoperatoria, conseguente a due elementi:

1. tipologia di possibili eventuali complicanze;
2. tempo di insorgenza della possibile complicanza dal momento dell'atto chirurgico (Time from surgery).

A tale proposito è necessario ricercare evidenze per supportare la scelta del setting assistenziale in termini di efficienza, efficacia, outcome e costi.

La scelta del setting assistenziale non può prescindere dalle condizioni del paziente (Criteri clinici di selezione).

Poiché in sanità le scelte decisionali passano attraverso la responsabilità professionale del medico che ha in cura il paziente, il quale decide come utilizzare le risorse in base al percorso clini-

co assistenziale ritenuto ottimale per ogni specifico paziente, è necessario ricercare il consenso dei professionisti con un forte coinvolgimento delle società scientifiche:

- liste di procedure (codice ICD9CM) fattibili nei diversi setting assistenziali;
- possibili percentuali di fattibilità nei diversi setting.

La **Chirurgia Ambulatoriale Complessa** risponde alle seguenti caratteristiche:

- si tratta di una chirurgia programmata;
- deve essere realizzata in condizioni tecniche che necessitano della sicurezza di un blocco operatorio;
- può prevedere tecniche anestesiológicas variabili;
- necessita di un periodo di osservazione post-operatorio, tale da consentire, senza rischi aggiuntivi, il ritorno del paziente al proprio domicilio, il giorno stesso dell'intervento chirurgico.

Nel momento in cui si ridefinisce il concetto di chirurgia ambulatoriale è necessario chiarire tre aspetti:

1. non esiste alcuna differenza tra una procedura chirurgica eseguita in regime ambulatoriale e la stessa procedura eseguita in regime di ricovero tradizionale;
2. non esistono differenze significative per la conduzione dell'anestesia. A tale proposito dovremmo prevedere più tipologie di anestesia, indispensabili per estendere la tipologia delle procedure chirurgiche effettuabili.

Nel concetto di complessità vengono erroneamente inclusi due aspetti che invece dovrebbero essere analizzati separatamente: la complessità del quadro clinico e della procedura chirurgica con l'intensità assistenziale.

La ridefinizione della chirurgia ambulatoriale deve garantire la sicurezza del percorso assistenziale e deve prevedere un percorso di condivisione con i professionisti, senza i quali non è possibile migliorare i livelli di appropriatezza clinico-organizzativa ed incrementare la qualità delle prestazioni.

### Requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di clinical governance

I requisiti della Chirurgia Ambulatoriale in parte sono sovrapponibili a quelli della Day Surgery. Una buona base di partenza sono le indicazioni contenute nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni dell'1/8/2002.

Il percorso standard del paziente deve essere garantito con diverse modalità di "Presenza in carico".

La chirurgia a ciclo diurno deve quindi essere intesa come un processo trasversale che attraversa le singole Unità Operative afferenti e che preveda una responsabilità di linea di produzione intesa come capacità di coordinamento tra differenti setting assistenziali e differenti discipline

chirurgiche secondo i principi della clinical governance.

Il coordinamento organizzativo, congiuntamente alla responsabilità gestionale appare necessario in un modello ospedaliero che richiede continui interventi manutentivi di natura organizzativa e che si fonda su criteri di intensità di cura e complessità assistenziale.

Le funzioni della responsabilità di coordinamento non intervengono nella gestione delle risorse assegnate per l'erogazione dei servizi ma nel coordinamento di tali servizi in funzione delle esigenze dell'utente, agendo sulle interfacce tra i processi erogatori dei servizi sanitari attraverso la definizione di protocolli comuni e di momenti di coordinamento.

In particolare le strutture di coordinamento, che costituiscono centri di responsabilità non titolari di budget, attraverso il coinvolgimento delle strutture di processo e professionali coinvolte nell'erogazione dei servizi di assistenza e di cura, svolgono le seguenti funzioni:

- emanano, aggiornano, ottimizzano e migliorano gli standard di riferimento, definendo le "migliori pratiche" da applicare ed, in termini economici, i parametri ottimali di assorbimento delle risorse per le diverse attività che compongono il percorso di cura e di assistenza;
- producono e migliorano costantemente i protocolli tecnico-scientifici e le linee guida da applicare nei processi di erogazione dei servizi, nonché per gestire le interfacce tra i diversi processi, al fine di garantire l'integrità del percorso per l'utente in termini di continuità e congruità degli interventi sanitari del flusso informativo che lo riguarda;
- definiscono indicatori di performance per il percorso di assistenza e di cura, monitorando i risultati ai fini dell'individuazione delle criticità e delle opportunità di miglioramento;
- concorrono con le strutture organizzative professionali interessate, all'individuazione dei bisogni ed allo sviluppo di adeguati percorsi formativi, collaborando alla realizzazione delle attività di formazione ed aggiornamento ed alla valutazione dei percorsi stessi.

Il responsabile del percorso della chirurgia a ciclo diurno assume quindi la responsabilità organizzativa e gestionale del percorso integrato: identifica i protocolli e le procedure, elabora il regolamento interno, cura la predisposizione della documentazione clinica, cura la realizzazione di modalità organizzative che soddisfino le esigenze di trasparenza, informazione e tutela dei diritti degli utenti; emana direttive finalizzate all'impiego delle risorse secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità, verificandone l'attuazione; monitora costantemente il raggiungimento degli obiettivi e l'efficienza dell'uso delle risorse, adottando le necessarie azioni correttive; cura i collegamenti con i Servizi e i medici di medicina generale; è responsabile del sistema qualità

e della gestione del rischio clinico, promuove e verifica l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione degli obiettivi affidati, favorendo il lavoro di squadra e l'integrazione tra le professionalità; monitorizza gli indicatori di performance.

Riveste inoltre una funzione propositiva nell'ottica del trasferimento di ulteriori procedure chirurgiche nei setting assistenziali appropriati attraverso il continuo aggiornamento in tema di tecniche chirurgiche, anestesilogiche ed assistenziali.

L'attività di coordinamento e gestione del processo trasversale di chirurgia a ciclo diurno deve essere inquadrata come attività di connessione tra le discipline chirurgiche ed il dipartimento di programmazione di servizi che cura la attuazione dei processi di programmazione e controllo dell'offerta sanitaria aziendale, assumendo valenza interdipartimentale.

#### **Separazione dei flussi e spazi dedicati (utilizzo esclusivo)**

Per ottenere i vantaggi attesi è necessario ribadire la netta separazione dei flussi nell'utilizzo della sala operatoria e degli spazi di degenza o di osservazione post-operatoria.

L'utilizzo esclusivo degli spazi dedicati è elemento fondamentale per ottenere i benefici attesi.

I pazienti operati hanno bisogno di assistenza adeguata, per un tempo più o meno lungo, in base al timing di insorgenza di eventuali complicanze ed in funzione del tipo di intervento per garantire la sorveglianza continua del paziente ed il monitoraggio dei parametri vitali, per tale motivo non è sufficiente l'individuazione di uno "spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento", ma è necessario prevedere dei veri e propri letti, che verranno codificati come ambulatoriali, in analogia a quanto avviene per i letti destinati alla dialisi o all'osservazione breve intensiva (OBI).

#### **Documentazione clinica ed approccio alla gestione per Processi**

Ogni struttura dovrebbe:

- condividere e definire il regolamento interno;
- definire le specifiche della scheda clinica e della cartella clinica, possibilmente condivisa (vedi standard JCH);
- definire ed adottare procedure clinico-organizzative per le fasi di ammissione, cura e dimissione;
- adottare protocolli per la fase di cura e per il monitoraggio perioperatorio;
- esplicitare i criteri di selezione ed esclusione dei pazienti;
- attivare un sistema di valutazione, prevedendo strumenti di misurazione e verifica.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

### Flussi informativi

Viene prevista la necessità di definire un adeguato flusso informativo (Introduzione della Scheda di Dimissione Ambulatoriale), indispensabile per sanare il debito informativo, attualmente garantito dalla SDO, la quale contiene informazioni che non hanno solo valenza amministrativa ma anche clinica.

La Scheda di dimissione Ambulatoriale dovrà contenere analoghe informazioni, per:

- garantire la rilevazione del numero degli interventi effettuati;
- alimentare il data base di rilevazioni degli esiti, indispensabile per l'analisi di appropriatezza clinico-organizzativa.

### PDTA e continuità assistenziale

La scelta del percorso migliore per determinate categorie di pazienti è affidata al professionista che ha in cura il paziente. Il medico, sulla scorta di quanto ribadito dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 8254 del 02/03/11, "deve perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone, la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura".

La tipologia del percorso del paziente è analoga nei due diversi setting assistenziali (Tabella 1).

Tutte le fasi della presa in carico devono essere organizzate al fine di permettere il ritorno a domicilio del paziente il giorno stesso dell'intervento chirurgico in condizioni di sicurezza.

**Tabella 1** - Analogie tra Day Surgery e Chirurgia ambulatoriale avanzata (Advanced Ambulatory Surgery)

Day Surgery	Chirurgia Ambulatoriale Complessa
Criteri clinici di selezione	
Pazienti ASA 1, 2, 3	Pazienti ASA 1, 2
<b>Grading chirurgico</b>	
Medio/bassa complessità clinica	Bassa complessità clinica
Valutazione pre operatoria	
Visita e raccolta anamnesi da parte dell'anestesista o del chirurgo che ha valutato il paziente. Esami pre-operatori in funzione del rischio clinico e del grading chirurgico (Linee Guida di riferimento)	Idem
Accettazione	
Apertura SDO	Avvio percorso ambulatoriale tramite CUP e compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.
Compilazione cartella clinica	Scheda paziente
Numero nosologico	Numero progressivo di riferimento
Regime	
Inpatients	outpatients
Esecuzione intervento chirurgico	
Personale in funzione dell'entità e della tipologia dell'attività	Idem
Almeno 2 chirurghi e 2 infermieri	Idem
Anestesista al tavolo operatorio	Anestesista nel blocco operatorio
Requisiti sala operatoria: sterilità, e spazi adeguati	Idem
Anestesia locale, loco regionale e generale	Anestesia locale, loco regionale. Generale in funzione dei requisiti
Presidi tecnologici in funzione della tipologia di attività	Idem
<b>Assistenza postoperatoria</b>	
N. personale (infermieri, OSS) in funzione del periodo di apertura della struttura	Idem
Tempo di osservazione variabile in funzione della possibile incidenza di complicanze e del timing di insorgenza dal momento dell'atto chirurgico (< 24 ore)	Tempo di osservazione variabile in funzione della possibile incidenza di complicanze e del timing di insorgenza dal momento dell'atto chirurgico (< 12 ore)
Posto letto tradizionale per l'osservazione post operatoria	Posto letto ambulatoriale (tecnico) per l'osservazione post operatoria, in analogia ai letti di Dialisi e a quelli dell'OBI
<b>Dimissione</b>	
Rilevazione parametri dimissibilità	Idem
Relazione clinica con i consigli comportamentali	Idem
Lettera per il MMG	Idem
Pianificazione dei controlli post-operatori	Idem
Debito informativo	
Compilazione SDO	Compilazione Scheda Ambulatoriale
Follow up	
A carico della struttura con il coinvolgimento del medico curante	Idem
<b>Affidamento MMG/Fine assistenza</b>	

**Coinvolgimento dei pazienti/cittadini**  
**Garanzia del diritto all'informazione**  
**per effettuare una scelta consapevole**

L'adeguata informazione del paziente contribuisce attivamente a realizzare una corretta presa in carico durante il percorso ambulatoriale.

L'informazione deve essere chiara, tempestiva, avviata fin dal momento dell'accettazione

dell'iter ambulatoriale, reiterata in ogni tappa del percorso di presa in carico e deve riguardare:

- le caratteristiche del percorso assistenziale;
- le modalità di preparazione all'intervento;
- i consigli comportamentali post-operatori.

Tali informazioni comprese le modalità di dimissione devono essere fornite anche ad un accompagnatore (Tutor).



A cura della  
 Direzione Generale  
 Diritti di cittadinanza  
 e Coesione Sociale

## Consiglio Sanitario Regionale

### PARERE 90/2014

#### ALLEGATO A

## La rete regionale delle unità integrate per il tumore maligno della prostata (Prostate Cancer Units)

### Premessa

Si stima che in Toscana nel corso del 2014 saranno diagnosticati circa 2200 nuovi casi di tumore della prostata. È la neoplasia più frequente fra gli uomini (18% del totale esclusi gli epitelomi cutanei), precedendo quella del colon retto (17%) e del polmone (11%). Il tumore della prostata ha avuto negli ultimi 15-20 anni una notevole crescita dei tassi d'incidenza a seguito della diffusione del test per la ricerca dell'antigene prostatico specifico (PSA), attualmente il trend è in riduzione. In Toscana, il rischio di ammalarsi di tumore della prostata nel corso della vita (0-84 anni) può essere stimato in 1 caso ogni 9 uomini. Anche in termini di prevalenza (soggetti con anamnesi positiva) il tumore della prostata si colloca al primo posto tra gli uomini (19% del totale dei casi prevalenti) con oltre 15.000 toscani che hanno avuto nella loro vita questa diagnosi. Nel 2011 sono deceduti 495 cittadini toscani per questa causa (Registro di mortalità regionale); la mortalità per questo tumore presenta un andamento in costante riduzione. Molto elevata la sopravvivenza che a cinque anni dalla diagnosi è superiore al 90%.

L'approccio multidisciplinare negli ultimi anni si è dimostrato la migliore delle opzioni di gestione del paziente oncologico per pianificare, ottimizzare, migliorare e fornire assistenza su misura ad ogni paziente, attraverso l'attività integrata di un team di specialisti.

Tale modello ha una particolare rilevanza nel caso del tumore della prostata soprattutto per la disponibilità di diversi tipi di trattamento in particolare la chirurgia e la radioterapia, variamente combinate con la terapia ormonale e medica.

Inoltre, recentemente, sono state introdott-

te le strategie di osservazione, come la "sorveglianza attiva"; osservazione periodica delle forme neoplastiche indolenti o a basso grado di aggressività, riservando il trattamento a quelle che mostrano progressione, e la "vigile attesa" che prevede il ritardo dell'inizio di terapie palliative fino alla comparsa di sintomatologia. La PCU riunisce funzionalmente tutte le unità operative, semplici, complesse o dipartimentali o servizi che sono coinvolti nella diagnosi e cura della patologia tumorale prostatica e che concorrono a garantire, in un'ottica di genere la multidisciplinarietà della diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti con carcinoma prostatico.

L'istituzione di una Prostate Cancer Units richiede un'adeguata riorganizzazione dei servizi che si occupano di gestione della malattia prostatica e che contribuiranno a garantirne la funzionalità. L'istituzione di una PCU consente di ottenere un miglior utilizzo delle risorse e di evitare il ricorso a consulenze multiple e all'utilizzo di terapie inappropriate. La PCU promuove attività di ricerca e favorisce l'inserimento di pazienti all'interno di trial clinici. L'Unità partecipa alla gestione del percorso formativo di propria pertinenza e si pone come riferimento per l'aggiornamento professionale nel settore.

### Il sistema di rete

Il sistema di rete organizzato con modello orizzontale non gerarchico, seguendo le logiche sopra descritte, viene utilizzato per la costituzione della Rete delle Unità Integrate per il tumore maligno della prostata - Prostate Cancer Units (PCU)

I primi obiettivi della rete sono:

- garantire l'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici e degli interventi fondati sulle migliori evidenze scientifiche;



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

- promuovere e partecipare ad iniziative di informazione e comunicazione rivolte ai pazienti;
- produrre e adottare procedure operative condivise;
- sviluppare la ricerca;
- supportare le attività di formazione rivolte ai professionisti coinvolti.

### I requisiti quali-quantitativi delle PCU

La PCU rappresenta il modello organizzativo scelto dalla Regione Toscana per l'assistenza nei setting ospedalieri, alle persone affette da carcinoma prostatico, caratterizzato da un team multidisciplinare e multiprofessionale di operatori dedicati, con esperienza specifica.

La PCU riunisce funzionalmente tutte le unità operative, semplici, complesse o dipartimentali o servizi che sono coinvolti nella diagnosi e cura della patologia tumorale prostatica e che concorrono a garantire, in un'ottica di genere la multidisciplinarietà della diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti con carcinoma prostatico.

Si deve quindi garantire che alla PCU partecipino un numero adeguato di professionisti ed in particolare:

- urologo;
- radioterapista;
- oncologo medico;
- radiologo;
- anatomopatologo;
- andrologo;
- per le professioni sanitarie personale con esperienza specifica.

### Requisiti specifici

#### Volume dei casi trattati

La PCU deve trattare ogni anno almeno 100 casi incidenti di tumore maligno della prostata. Tutti i trattamenti condotti nella PCU devono essere decisi nel corso dell'incontro multidisciplinare al quale devono partecipare tutti gli specialisti coinvolti. È resa obbligatoria la compilazione della scheda di valutazione redatta a cura del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) per la prostata, che diventa parte integrante e sostanziale della documentazione sanitaria. La PCU deve rispettare la normativa vigente sulle attività dei gruppi oncologici multidisciplinari.

#### Protocolli

La PCU deve fare riferimento alle raccomandazioni cliniche di ITT o a linee guida nazionali riconosciute e condivise fra gli specialisti del Centro. Tali protocolli dovrebbero essere rivisti ogni anno e le modifiche devono essere discusse e verbalizzate nel corso dei periodici audit clinici.

#### Raccolta ed analisi dati

La PCU deve continuamente analizzare i dati

della propria attività al fine di un costante monitoraggio degli specifici indicatori, garantendo periodici audit previsti anche dall'accreditamento istituzionale.

#### Comunicazione ai pazienti della diagnosi e del piano terapeutico

La CPU deve, nel minor tempo possibile, informare il paziente riguardo alla diagnosi e al piano di trattamento. Le informazioni al paziente devono essere date direttamente e non per lettera o per telefono, in un ambiente confortevole e riservato.

Il paziente dovrà iniziare il trattamento entro 30 giorni dalla diagnosi definitiva.

#### Formazione

Il CS deve offrire opportunità di formazione dedicata e organizzare corsi di aggiornamento continuo.

#### Ricerca

Il CS deve attivarsi per partecipare a studi clinici controllati, profit e no profit.

### Composizione della PCU

Ciascuna PCU è formalmente costituita da professionisti individuati dalla Direzione Aziendale all'interno delle strutture operative di riferimento, in base alle specifiche competenze acquisite.

È composta da:

- *Coordinatore clinico*: scelto dalla Direzione Aziendale tra uno dei membri;
- *Urologo*: almeno due urologi che hanno eseguito come primo operatore 25 prostatectomie radicali l'anno e che garantiscano una attività dedicata alla gestione delle neoplasie prostatiche;
- *Radioterapista*: almeno 2 radioterapisti con almeno 25 casi di ETP prostata trattati in un anno e che garantisca attività lavorativa dedicata nella gestione delle neoplasie prostatiche;
- *Oncologo medico*: 1 o più oncologi con esperienza di almeno 30 casi e che garantiscono attività lavorativa dedicata nella gestione delle neoplasie prostatiche;
- *Radiologo*: con esperienza consolidata nella gestione delle diverse metodiche di diagnostica per immagini (TRUS, RMN, TC, PET) e che garantisca un'attività lavorativa dedicata nella gestione delle malattie prostatiche;
- *Anatomopatologo*: con quota della sua attività dedicata e con almeno 150 procedure diagnostiche specifiche sulla prostata per anno;
- *Andrologo*, con esperienza specifica.

La PCU si avvarrà della collaborazione di tutte le professionalità sanitarie, con specifica esperienza necessarie al percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

La PCU è la sede naturale di incontro con l'associazionismo ed il volontariato di settore.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

### PARERE 94/2014

Seduta del 8 ottobre 2014

## Chirurgia Protesica Ortopedica

Vista la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la L.R. 14 dicembre 2005, n. 67 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale). Interpretazione autentica dell'articolo 59 della L.R. 40/2005 e s.m.i.;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 974 del 27 agosto 2001 "Consiglio sanitario regionale: presa d'atto del regolamento e modifica delibera n. 922/00";

Visto il regolamento del Consiglio Sanitario Regionale approvato nella seduta assembleare del 12 luglio 2011;

Vista la richiesta di parere n. 24/2014 "Chirurgia protesica ortopedica";

Visto il parere 73/2014;

Visto l'Ordine del giorno predisposto dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR);

Vista la normativa statale e regionale in materia;

Vista la documentazione agli atti;

Ascoltate le precisazioni formulate dai membri dell'Ufficio di Presidenza;

All'unanimità

#### ESPRIME IL SEGUENTE PARERE

Facendo riferimento alla DGRT 638/2009, al Piano Nazionale di Gestione delle Liste di Attesa (PNGLA) ed al più recente Decreto Dirigenziale 5580/2013 "Approvazione codifica delle classi di priorità per i ricoveri ospedalieri",

#### RITIENE

che per l'indicazione alla chirurgia protesica ortopedica (non oncologica) ed in particolare per l'anca ed il ginocchio, sia necessario adottare una metodologia di valutazione che faccia riferimento all'intero percorso assistenziale in modo tale da tracciare ed accompagnare, in maniera univoca e condivisa, il paziente "candidabile" all'intervento.

In coerenza con gli indirizzi regionali, espressi recentemente anche nella DGRT n.694/2014 "Ridefinizione delle modalità di accesso e della organizzazione dell'offerta clinico-diagnostica territoriale", viene considerata indispensabile l'adozione e la strutturazione del periodo di "pre-abilitazione" (inteso come percorso di preparazione all'intervento chirurgico) facendo riferimento anche all'esperienza canadese (Alberta Hip & Knee Joint Replacement Project).

Di conseguenza l'inserimento nella "lista di programmazione" chirurgica dovrebbe avvenire solo per i pazienti il cui bisogno chirurgico

è confermato dopo la fase di pre-abilitazione, utilizzando uno "score dei criteri di priorità" centrato sul bisogno assistenziale del singolo paziente basato su dati clinici e strumentali che tengano conto delle indicazioni del PNGLA, quali la valutazione del dolore, delle disfunzioni e della disabilità, ma comprensivi anche delle caratteristiche di tipo personale (ad es. età, bilateralità, associazione ad altre patologie disabilitanti la funzionalità degli arti), lavorative, socio-familiari, e della progressione/evoluzione della patologia e della sintomatologia.

#### RITIENE

inoltre che sulla base di questi criteri oggettivi e personalizzati sia possibile dare una risposta appropriata alle necessità di cura di ogni singolo paziente e che non riguardi esclusivamente il tempo trascorso tra l'immissione in lista e l'esecuzione dell'intervento.

Tenendo conto delle difficoltà con le quali l'offerta della chirurgia protesica ortopedica programmata (non oncologica), anche se in maniera variabile nei diversi punti di erogazione nel territorio regionale, intercetta la domanda superando il tempo massimo di attesa indicato in 90 giorni nella DGRT 638/2009,

#### REPUTA

che con l'adozione puntuale dei criteri sopra enunciati (fase di pre-abilitazione e score dei criteri di priorità personalizzati) questo limite massimo possa ragionevolmente essere fissato in 180 giorni, mantenendo peraltro tutte le altre prescrizioni della delibera suddetta e rispettando ampiamente quelli del PNGLA. Indica anche la necessità di disporre/attivare il sistema di gestione informatizzata dell'intero percorso (vedi indirizzi regionali della DGRT 438/2011, Decreto 2279/2011) nel quale inserire gli elementi strutturati dello "score dei criteri di priorità" e che possa essere utilizzato al fine della programmazione chirurgica nelle Aziende Sanitarie Toscane.

#### MANIFESTA

piena disponibilità alla preparazione di un documento di "consensus clinico" che affronti l'intera tematica del percorso assistenziale, dello score dei criteri di priorità, della valutazione dell'outcome clinico e del follow-up "strutturato" post-chirurgico, rimanendo a disposizione per il monitoraggio nel tempo dell'impatto delle nuove modalità di programmazione chirurgica nelle strutture operative sul territorio regionale.



Marco Zuppioli, medico di medicina generale Firenze

MARCO ZUPPIOLI

# Assistenza sanitaria ai pazienti stranieri irregolari

## La situazione attuale: indagine sociodemografica e inquadramento della normativa vigente

Nell'ambito del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Toscana, durante il semestre (01/06/12-30/11/12) di tirocinio presso l'Agenzia della Continuità Assistenziale dell'AOUC (Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi), ho collaborato alla realizzazione di un progetto rivolto all'assistenza ai pazienti non iscritti al SSN: "Progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio per i pazienti marginali". Si tratta di un progetto sperimentale sulla continuità assistenziale ospedale-territorio presentato dall'Azienda Sanitaria di Firenze e dalla Società della Salute di Firenze, approvato e finanziato dalla Regione Toscana con delibera n° 987 del 22/11/2010.

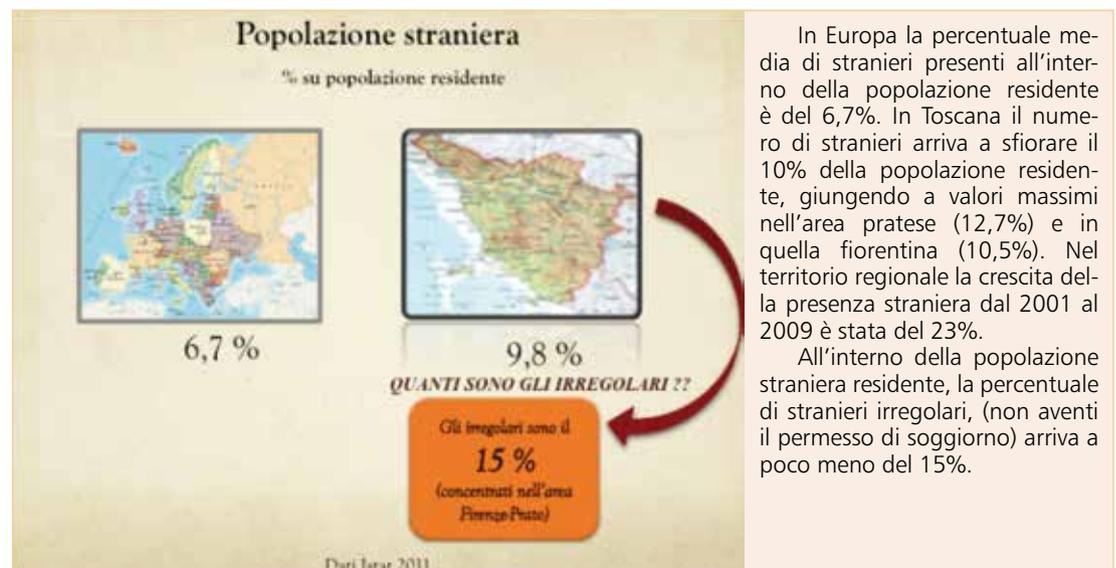
Il progetto, gestito dalla Caritas di Firenze, è iniziato il 12 Settembre 2011 con l'apertura della struttura di accoglienza e continuità assistenziale di bassa soglia "Casa Stenone", località Antella (Bagno a Ripoli, FI).

I beneficiari del progetto sono:

- cittadini extracomunitari irregolari muniti di tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente);
- cittadini extracomunitari con permesso di soggiorno ma privi di residenza o di domicilio e senza fissa dimora;
- cittadini comunitari STP (rumeni e bulgari);
- cittadini italiani privi di documenti, non residenti né domiciliati, senza fissa dimora.

Nella realtà quotidiana questi pazienti non hanno un medico di medicina generale di riferimento e sono gestiti da un tipo di assistenza intermittente e frammentario, che si esplica essenzialmente attraverso accessi al DEA (Dipartimento Emergenza Accettazione) e ripetuti ricoveri, senza una vera continuità di cure.

Fin dall'inizio è emersa chiaramente la necessità di una figura professionale in grado di assolvere alla presa in carico del paziente prose-



In Europa la percentuale media di stranieri presenti all'interno della popolazione residente è del 6,7%. In Toscana il numero di stranieri arriva a sfiorare il 10% della popolazione residente, giungendo a valori massimi nell'area pratese (12,7%) e in quella fiorentina (10,5%). Nel territorio regionale la crescita della presenza straniera dal 2001 al 2009 è stata del 23%.

All'interno della popolazione straniera residente, la percentuale di stranieri irregolari, (non aventi il permesso di soggiorno) arriva a poco meno del 15%.

Figura 1 - Quadro sociodemografico: la % di stranieri residenti in Toscana supera la media europea

guendo il percorso di cura intrapreso in ambito ospedaliero e provvedendo all'assistenza sanitaria generale. Quale può essere, per capacità professionale e peculiarità assistenziali, la figura professionale sanitaria più indicata a svolgere un ruolo di coordinatore all'interno di un *team* multidisciplinare composto da medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, operatori socio sanitari, volontari?

Il medico di medicina generale, per come si configura oggi e per come dovrà necessariamente essere nell'immediato futuro (basti pensare al setting dell'assistenza alla cronicità), sembra essere la figura più indicata per ricoprire questo ruolo. Inoltre, nell'assistenza a pazienti che vivono in condizioni sociali, familiari e cliniche estremamente complesse, è auspicabile la presenza di un medico che abbia competenze non esclusivamente cliniche, ma anche relazionali.

Da queste osservazioni e dalla mancanza di chiarezza in ambito normativo in merito alla gestione dei pazienti non regolari, è scaturita la necessità di approfondire il tema dell'assistenza sanitaria agli immigrati non in regola col SSN (Figura 1).

### Dalle definizioni semantiche alle categorie amministrative e sanitarie

Spesso si fa confusione nel definire un cittadino straniero chiamandolo immigrato, migrante, extracomunitario, irregolare, clandestino. È opportuno sottolineare come il termine straniero non sia sinonimo di immigrato. Mentre con il termine migrante si definisce semplicemente colui che si sposta dal proprio luogo d'origine, con la parola immigrato si identifica colui che proviene e ha la cittadinanza in paesi a forte pressione migratoria ovvero Africa settentrionale, orientale e centro meridionale, Asia

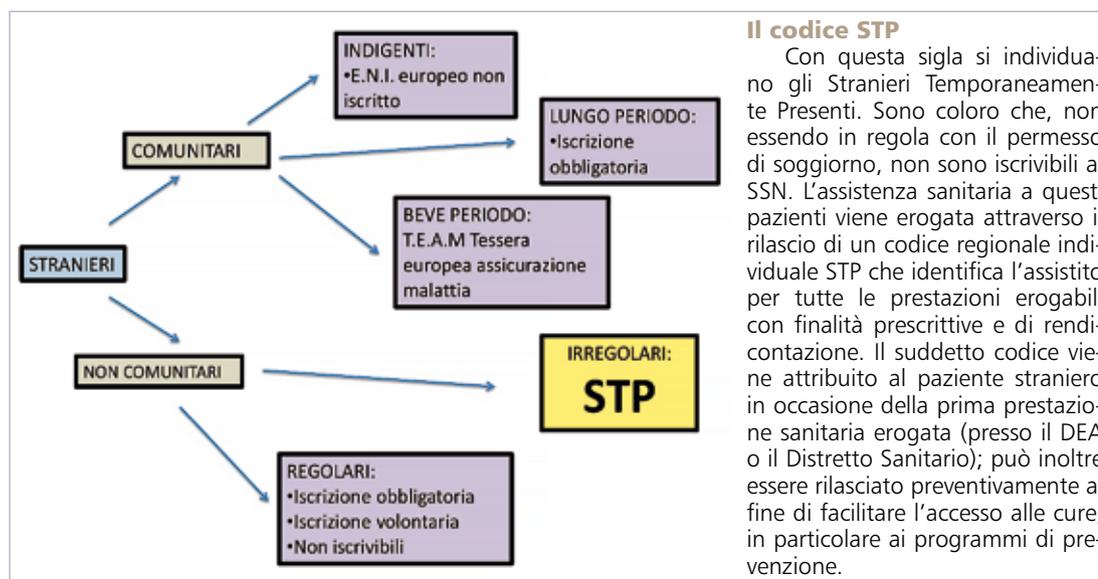


Figura 2 - Categorie amministrative e sanitarie

### Il codice STP

Con questa sigla si individuano gli Stranieri Temporaneamente Presenti. Sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono iscrivibili al SSN. L'assistenza sanitaria a questi pazienti viene erogata attraverso il rilascio di un codice regionale individuale STP che identifica l'assistito per tutte le prestazioni erogabili con finalità prescrittive e di rendicontazione. Il suddetto codice viene attribuito al paziente straniero in occasione della prima prestazione sanitaria erogata (presso il DEA o il Distretto Sanitario); può inoltre essere rilasciato preventivamente al fine di facilitare l'accesso alle cure, in particolare ai programmi di prevenzione.

**IL CODICE STP SOSTITUISCE IL C.F. NEL RICETTARIO REGIONALE**

Il codice STP deve essere utilizzato per:

- la prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche);
- la prescrizione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate;
- la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del SSN.

Le procedure di rimborso da inoltrare al Ministero dell'Interno tramite la Prefettura vanno effettuate in forma anonima, mediante il codice STP, con l'indicazione della diagnosi, del tipo di prestazione erogata e della somma di cui si chiede il rimborso.

Figura 3 - Codice STP nel ricettario regionale



**Figura 4** - Decreto Legislativo. n. 286, del 25 Luglio 1998

occidentale (tranne Israele), centro meridionale e orientale (tranne Corea del Sud e Giappone), America centro meridionale, Europa centro orientale (esclusi Rep. Ceca, Slovacchia, Slovenia, Ungheria). Gli stranieri provenienti da Paesi extra-europei possono essere regolarmente presenti sul territorio italiano se in possesso del permesso di soggiorno. In mancanza del permesso di soggiorno si definiscono due categorie:

- irregolare: in precedenza aveva un permesso di soggiorno che non è stato rinnovato.
- clandestino: non ha e non ha mai avuto un permesso di soggiorno.

*Ricordiamo che secondo la legge italiana, l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola non comporta alcun tipo di segnalazione all'Autorità* (Figure 2, 3).

Il codice STP può essere rilasciato dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dai Policlinici Universitari e dagli IRCCS (Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico). È un codice identificativo composto da sedici caratteri: tre caratteri costituiti dalla sigla STP; tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla regione; tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla ASL che attribuisce il codice; sette caratteri per il numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il suddetto codice viene attribuito al paziente straniero in occasione della prima prestazione

sanitaria erogata; può inoltre essere rilasciato preventivamente al fine di facilitare l'accesso alle cure, in particolare ai programmi di prevenzione.

**La situazione nazionale: normativa di riferimento e relativa applicazione** (Figura 4)

Per quanto riguarda le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria di base, il Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) n° 394/99 delega le Regioni italiane per l'organizzazione dei servizi sanitari, ovvero la definizione di chi deve fornire l'assistenza sanitaria di base: *“le regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica”*.

Come si nota nella tabella riassuntiva, la Regione Toscana è una delle poche regioni che ha individuato la Medicina Generale come modalità più opportuna per garantire le cure essenziali e urgenti agli STP. **TM**

**Info:** [mrc.zuppiroli@gmail.com](mailto:mrc.zuppiroli@gmail.com)

**Tabella 1** - Modalità di erogazione assistenza sanitaria a livello regionale

ambulatori dedicati per STP presso le strutture territoriali	Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna
ambulatori di volontariato convenzionati	Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Calabria, Sardegna
ambulatori dedicati per STP presso Aziende Ospedaliere	P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo
assistenza fornita dai medici di medicina generale	<b>TOSCANA</b> , Umbria e P.A. di Trento
ambulatori di volontariato non convenzionati	Lombardia, Puglia e Liguria
Pronto Soccorso	Basilicata

ANTONIO PANTI

## È successo di nuovo!

Il Pretore di Foggia ha condannato la locale ASL a rimborsare le spese sostenute per la terapia Di Bella a due donne, madre e figlia, affette da tumore del seno le quali, dopo il fallimento della chemioterapia, si erano rivolte al figlio del medico modenese, ottenendo un miglioramento riconosciuto dai medici dell'IEO di Milano. Il metodo Di Bella, argomenta il giudice, si è rivelato efficace, dopo il fallimento delle terapie ufficiali: una terapia è indispensabile, sostiene il giudice, se è efficace e insostituibile, se i farmaci in commercio sono, nelle particolari condizioni del caso, inefficaci e se, come la terapia Di Bella, è economicamente vantaggiosa; l'efficacia di un farmaco deve essere provata nel caso concreto.

Questo ragionamento è segno di pervicace ignoranza e pericolosissimo per l'assistenza, pubblica o privata che sia. Se si pone in rapporto di causalità le guarigioni inaspettate con qualsiasi pretesa "terapia" offerta da qualunque santone, si rende impossibile ogni previsione di spesa e si cancella il valore costituzionale dell'equità nella tutela della salute. Questa decisione dimostra un'incredibile confusione valoriale e una gravissima carenza culturale. Se il cittadino paga in proprio può spendere il suo denaro come vuole e, di fronte a una prognosi fatale, darsi alla bella vita oppure concedersi qualsiasi speranza di guarigione, dalle truffe più smaccate ai viaggi della speranza, dalle molteplici medicine dolci ai pellegrinaggi da un luminare all'altro. Ma quando paga la collettività, allora

bisogna definire le regole, quelle che i giudici dovrebbero conoscere meglio degli altri.

Il servizio sanitario non eroga risultati ma terapie, non garantisce guarigioni ma le cure opportune. Altrimenti si dovrebbero chiedere rimborsi a chi non guarisce e ristorare le spese del viaggio a Lourdes ai miracolati. Il cosiddetto "terzo pagante" si può far carico soltanto delle cure validate dalla scienza che, in base a esperimenti scientifici, siano riconosciute efficaci e non dannose. Del metodo Di Bella è stato dimostrato esattamente il contrario. E allora perché si leggono ancora simili sentenze? Perché la cultura italiana conosce la compassione, che non ha niente a che fare col diritto, e che può ispirare collette per estremi tentativi estemporanei, ma ignora le regole della scienza. La remissione spontanea di un caso non ha alcun significato metodologico; chiunque dovrebbe sapere che "post hoc non est propter hoc". Anzi i magistrati dovrebbero fondare le loro decisioni sulla dimostrata causalità di un fatto rispetto a un evento, oltre ogni ragionevole dubbio. E i periti? A quanto pare i medici dello IEO si sono limitati a descrivere il miglioramento senza prospettarne le cause.

In conclusione occorre definire quali parametri consentano di riallineare scienza e diritto e individuare il modo di monitorare le decisioni dei tribunali inerenti questioni tecnico scientifiche.

TM



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

PAOLINA TONELLI

## Trial "N-di-1"

Nell'ultimo decennio i trattamenti farmacologici sono divenuti progressivamente più mirati e complessi. Innanzi tutto si è manifestata la tendenza, per ora prevalente nel settore oncologico ma in corso di estensione ad altri settori, a rendere sempre più individualizzate le scelte terapeutiche. In secondo luogo in tutti i contesti sanitari è divenuta comune la prescrizione farmacologica "off-label", ovvero al di fuori delle

specifiche definite dagli organismi di controllo e autorizzazione dei farmaci. Nella pratica clinica, infine, è sempre più comune e diffuso il rilievo empirico che le terapie hanno un grado di efficacia e una tollerabilità altamente variabile da soggetto a soggetto, in maniera non prevedibile nella maggior parte dei casi. Tutti questi fattori comportano che spesso le prescrizioni siano dei "quasi esperimenti" che il clinico at-



Paolina Tonelli, Laurea in Medicina e Chirurgia nel 2013 (Università di Firenze). Medico Frequentatore Stroke Unit, Policlinico di Careggi (Dir. Prof. Domenico Inzitari)

tua e utilizza nella pratica di tutti i giorni ma dei quali l'unica traccia residua è nella memoria del prescrittore. Esiste dunque una miriade di dati di esperimenti individuali solo in ridottissima parte aggregati per produrre prove di evidenza. L'evidenza, che resta così non rivelata, potrebbe invece essere utilizzata per individuare i larghi trial necessari o almeno per indirizzare la ricerca verso specifiche ipotesi di studio.

Fin dall'inizio i fondatori dell'Evidence-based Medicine (EBM) hanno individuato la necessità di eseguire trial minori, in particolare per gli aspetti clinici per cui non ci sono prove di evidenza, ed hanno inserito questa procedura nella metodica EBM standard. La tecnica consiste nella realizzazione dei c.d. "trial-di-n=1". Si tratta di utilizzare alternativamente nello stesso paziente il farmaco in valutazione e il farmaco abituale oppure il placebo, e confrontare i risultati clinici, facendo intercorrere tra i due periodi una fase di "washout". Metodologicamente il "trial-di-n=1" ha tutte le caratteristiche dei trial maggiori – randomizzazione, cieco (massimizzato quanto possibile), misura degli esiti, confronto statistico degli esiti – con riferimento ad un singolo paziente. Il singolo paziente quindi è, in tempi diversi, tanto il caso che il controllo.

Negli elenchi che seguono sono riportati i criteri di fattibilità ed i criteri attuativi necessari per poter eseguire un "trial-di-n=1":

#### Criteri di fattibilità del "Trial N di 1"

- Esistenza di legittimi dubbi sull'efficacia del trattamento o sulle sue modalità d'uso;
- previsione di un uso lungo sufficientemente da poter eseguire la prova;
- collaborazione del paziente;
- criteri oggettivi di efficacia;
- cessazione di efficacia al cessare della cura;
- previsione della durata della prova;
- misurabilità degli effetti;
- collaborazione di un Farmacista;
- rispetto dei criteri di eticità.

#### Criteri attuativi del "Trial N di 1"

- Chiaro accordo con il paziente in merito alle variabili da osservare;
- suddivisione del piano di trattamento in due periodi, uno con il farmaco uno con il placebo (o il farmaco alternativo);
- replicazione dei due periodi in caso di risultati dubbi;
- esecuzione in cieco (per quanto possibile);

- definizione delle variabili di outcome;
- registrazione dell'andamento delle variabili.

Dai criteri sopra riportati si può comprendere la complessità della metodica, sia organizzativa sia in termini di dispendio di tempo. E infatti, al di fuori di qualche applicazione iniziale da parte degli entusiasti dell'EBM e dell'acquisizione di un suo legittimo spazio all'interno dell'insegnamento nelle Facoltà di medicina, i "trial-di-n=1" non hanno avuto grande diffusione. Questo dispendio di tempo e di lavoro, che potrebbe effettivamente apparire eccessivo nella pratica clinica ordinaria, non è tale per l'"off-label", soprattutto in ragione del maggiore rischio per il paziente che questa scelta comporta. Qualora il medico prescrittore individui nell'uso off-label di un farmaco una possibilità terapeutica potenzialmente migliore dello standard, sarebbe prudente e saggio verificare l'ipotesi con un "trial n-di-1". È ben nota del resto l'imprecisione delle stime "a occhio" per la deformazione dovuta a strutture mentali aprioristiche, come è esemplificato dalla "illusione" riportate in Figura 1: l'immagine è sostanzialmente diversa se guardata a rovescio, ma nella visione diretta la consapevolezza di questa diversità non modifica la percezione di un volto femminile sorridente.

TM

**Bibliografia:** [paolina.tonelli@gmail.com](mailto:paolina.tonelli@gmail.com)

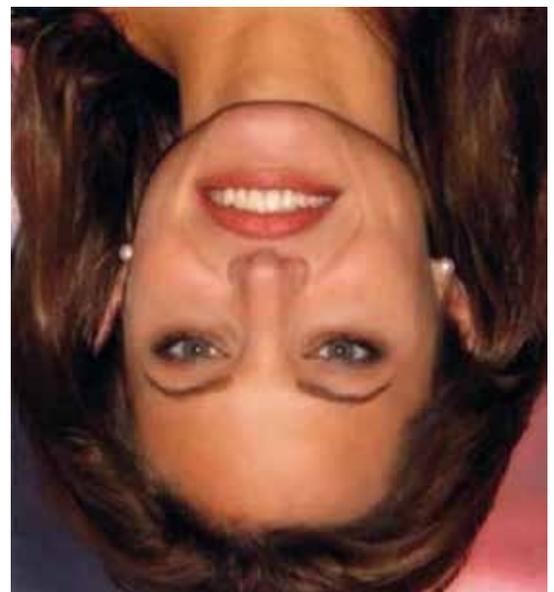


Figura 1

#### BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: [www.ordine-medici-firenze.it](http://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.

MAURIZIO PANDOLFI, GIULIA CARRERAS<sup>1</sup>

# Statistica e terapie controverse



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.

Periodicamente, se pur a intervalli talvolta lunghi, esperti di statistica ci ricordano i limiti di questa scienza nel comprovare un'ipotesi sperimentale. Chi fa ricerca non sempre ha presente questo ammonimento e noi medici non sfuggiamo alla regola, specialmente quando si tratta di giudicare gli studi clinici. Forse l'errore più comune è considerare il valore  $p$  o  $p$ -value, cioè l'unità di misura usata nella valutazione dei risultati dalla statistica correntemente in uso (statistica "frequentistica"), come prova sufficiente della validità del risultato ottenuto inteso non come originato dal caso ma come prodotto dall'intervento clinico in esame. A tale sbaglio si associa spesso quello di interpretare un  $p$ -value uguale, per esempio, a 0.05 (il corrente limite di probabilità della significatività statistica) come, in questo caso, la probabilità del 5% che la differenza sperimentalmente osservata sia un evento fortuito. Se facciamo così cadiamo nell'errore di "trasposizione del condizionante" poiché la probabilità di un effetto data una ipotesi non è la stessa di quella dell'ipotesi dato l'effetto. Esempio comune: la probabilità che un bambino col morbillo abbia macchie rosse sulla pelle non è la stessa probabilità che un bambino con macchie rosse sulla pelle abbia il morbillo. Comune è anche l'errore di pensare al  $p$ -value come alla probabilità percentuale di un risultato falso positivo oppure alla probabilità che l'ipotesi nulla (nessuna differenza tra i gruppi a confronto) sia vera. Secondo lo statistico americano Steven Goodman (<http://www.perfendo.org/docs/BayesProbability/twelvePvalue misconceptions.pdf>) le false interpretazioni del  $p$ -value sarebbero almeno 12 il che dà l'impressione di una entità cui, in un certo modo, si ataglia la definizione data dal poeta Montale al nostro animo di cui solo è possibile una caratterizzazione fondata sul contrasto. Una definizione affermativa del  $p$ -value comunque esiste ed è:

*"la probabilità di ottenere, ripetendo lo stesso esperimento, lo stesso risultato, o uno ancora più netto (estremo), supponendo vera l'ipotesi nulla".*

Inteso strettamente così, il  $p$ -value non sembra avere una grande utilità pratica dato che pochi ricercatori sono presumibilmente interessati a conoscere con quale frequenza otterranno,

ripetendo l'esperimento, lo stesso risultato in mancanza di divario tra i parametri appena confrontati: quello invece che interessa è sapere se l'ipotesi in esame è corretta o no. Si può tuttavia trarre un profitto tangibile da questo tipo di statistica usando una modificazione dell'antico ragionamento per assurdo proposto da Euclide secondo cui si dimostra indirettamente l'ipotesi A constatando le contraddizioni insuperabili cui si andrebbe incontro accettando l'ipotesi alternativa B. Il ragionamento statistico sostituisce l'esigenza che A contraddica *tout court* B con l'esigenza che A (in questo caso nessuna differenza tra i parametri in esame o ipotesi nulla) contraddica B (differenza tra i parametri in esame o ipotesi alternativa) con una probabilità elevata ove  $1-p$ -value dà una stima di questa probabilità.

Esistono almeno due obiezioni di metodo a questo modo di procedere. La prima è che il  $p$ -value tende a esagerare il suo valore di sostegno indiretto all'ipotesi alternativa. Questo perché includere nel computo del  $p$ -value, così com'è definito, valori più estremi di quello osservato aumenta indebitamente il peso della testimonianza contraria all'ipotesi nulla e, per converso, quello in favore dell'ipotesi in esame accentuando così il rischio di risultati falsi positivi. Si tratta di un concetto intuitivo di cui esiste anche una dimostrazione matematica. La seconda obiezione, assai più importante, riguarda il valore di prova del  $p$ -value. Esso infatti, o, se vogliamo, la statistica frequentistica in generale, riguarda esclusivamente i dati ottenuti e non l'ipotesi esaminata e quindi non può avere valore di inferenza. Una conseguenza di ciò è che questa statistica può, di per sé, essere usata per sostenere ogni tipo di ipotesi con conseguenze aleatorie sulla correttezza delle conclusioni. Ad esempio, un abbassamento statisticamente significativo ( $P=0.01$ ) della pressione endoculare in seguito alla somministrazione per collirio di un nuovo beta-bloccante può, in teoria, essere indifferentemente usato a sostegno di una diminuita secrezione dell'umor acqueo o di un aumento della facilità di deflusso di questo liquido. La scelta dell'ipotesi giusta (la prima) la facciamo fuori dal computo del  $p$ -value consultando la letteratura ove studi sperimentali dimostrano che i beta-bloccanti si legano ai beta recettori dell'epitelio ciliare inibendone la fun-

<sup>1</sup> Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

zione di discernere l'umor acqueo.

Esiste un altro tipo di statistica inferenziale chiamata bayesiana (ideata nel Settecento dal matematico Thomas Bayes) che ha il vantaggio di considerare la probabilità a priori o iniziale dell'ipotesi in esame permettendoci di giungere alla probabilità che essa sia corretta una volta ottenuti i risultati (probabilità a posteriori o finale). L'inconveniente qui è che la probabilità iniziale viene decisa dalla stessa persona che poi interpreta i dati, il che introduce nel processo un indesiderabile elemento di soggettività. Il ricercatore tuttavia dispone di almeno due basi oggettive per un giudizio attendibile. Una è costituita dalla letteratura scientifica esistente sull'argomento (vedi l'esempio del nuovo beta-bloccante in oculistica). Un'altra, del pari importante, è la plausibilità scientifica dell'ipotesi in esame cioè la sua conformità con le leggi accettate delle scienze di base. È evidente che interventi terapeutici fondati su meccanismi d'azione in contrasto con ciò che si insegna nei primi tre anni di medicina (ad esempio quelli proposti dalle medicine non convenzionali) hanno a priori una bassa probabilità di possedere realmente una efficacia specifica anche se ottengono in trial clinici p-value "significativi". In tali casi, eventuali effetti positivi saranno più ragionevolmente spiegati con la presenza di fattori di confusione o attribuiti ad altre cause come l'effetto placebo.

Intorno a questi argomenti abbiamo di recente pubblicato uno studio sull'European Journal of Internal Medicine intitolato "The faulty statistics of complementary alternative medicine (CAM)". Nell'articolo (per un riassunto e commento vedi <http://www.sciencebasedmedicine.org/beware-the-p-value/>), già disponibile online, si rileva il fatto a prima vista singolare che nella diagnostica clinica non viene usata la statistica frequentistica ma quella bayesiana. Infatti, la valutazione dei test clinici tiene sempre conto

della probabilità a priori che il paziente abbia davvero la malattia per cui viene eseguito il test – che in ricerca è il parametro corrispondente alla probabilità iniziale che sia vera l'ipotesi in esame. La differenza di metodo è comunque comprensibile poiché la diagnostica dispone di una probabilità a priori oggettiva dell'ipotesi (prevalenza della malattia in questione) mentre la ricerca si deve accontentare della stessa probabilità giudicata soggettivamente.

Per la statistica bayesiana sono state elaborate procedure standard che permettono di calcolare la probabilità a posteriori che sia corretta l'ipotesi in esame a seconda della probabilità iniziale attribuita ad essa. Nel nostro studio si riportano calcoli che mostrano quanto sia difficile ottenere una probabilità a posteriori significativa a sostegno di ipotesi cliniche in partenza improbabili. Così nel caso di una bassa probabilità iniziale come 9:1 a favore dell'ipotesi nulla occorre un p-value estremamente piccolo (0.001) per ottenere una probabilità a posteriori di appena 0.043.

In essenza, il nostro lavoro, oltre a ricordare la speciale cautela necessaria a valutare i risultati statistici propri e altrui, sottolinea l'errore di considerare questi risultati di per sé, isolandoli dalla natura della ricerca che sono chiamati a giudicare. In particolare, è bene tener presente che la significatività statistica da sola non certifica necessariamente l'efficacia di una cura né, tanto meno, legittima il suo impiego in clinica. Sorprende leggere in lavori clinici e in rassegne qualificate (Cochrane comprese) autori che sembrano intendere p-value significativi come prove indiscutibili di ipotesi cliniche. Così non è anche perché, come diceva il matematico Henri Poincaré, il calcolo delle probabilità non è una scienza meravigliosa che dispensa il ricercatore dall'aver buon senso.

TM

Info: [mauri.pandolfi@gmail.com](mailto:mauri.pandolfi@gmail.com)



## CORSI

Gargonza 2015

### Corso Interattivo di Ecografia Internistica Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) 28 maggio - 1 giugno 2015

**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 Sillabus con le lezioni del corso.

All'edizione 2014 sono stati attribuiti 30,8 crediti ECM

**Informazioni:** Ultrasound Congress - Tel 0575.380513 / 348.7000999 - Fax 0575.981752

E-mail: [info@ultrasoundcongress.com](mailto:info@ultrasoundcongress.com) - <http://www.ultrasoundcongress.com>



ANDREA TEDESCO



Andrea Tedesco, laurea in Odontoiatria Spec. in Chirurgia Odontostomatologica c/o l'Univ. di FI. Postgraduate c/o l'U.O. di Chir. Orale diretta dal Prof. M. Gabriele dell'Osp. S. Chiara di PI sul trattamento chir. delle gravi atrofie dei mascellari con impianti zigomatici. Ha eseguito oltre 60 interventi di chir. implantare con impianti zigomatici.

# Gli impianti zigomatici nel trattamento delle gravi atrofie mascellari

Negli ultimi anni l'approccio terapeutico per la riabilitazione implanto-protetica del paziente completamente edentulo è notevolmente cambiato.

Inizialmente una prima valutazione era spesso indirizzata verso la chirurgia additiva, soprattutto nei casi di edentulia totale con marcata atrofia delle ossa mascellari.

Tecniche di ultima generazione quali ad esempio la "All on 4" hanno avuto un grande successo soprattutto perché sfruttano l'osso residuo.

Infatti, pur disponendo di scarso volume osseo, come ad esempio nel mascellare superiore a livello della premaxilla e nella mandibola a livello della sinfisi nello spazio interforaminale, è possibile, utilizzando solo 4 impianti tradizionali, realizzare una protesi fissa a carico immediato, cioè vuol dire praticamente consegnare al paziente la protesi nella stessa giornata dell'intervento.

Nei casi di atrofia mascellare estrema, cioè quando non è possibile inserire alcun impianto, è utile ricorrere all'utilizzo di impianti zigomatici, in quanto, sfruttando l'osso disponibile nella regione zigomatica, si ancorano direttamente ad esso evitando tutte quelle procedure di chirurgia rigenerativa spesso difficili ed invalidanti per il paziente.

In questo modo è possibile:

- ridurre i tempi di attesa per la possibilità di effettuare il carico immediato, cioè inserire in giornata una protesi fissa;
- eliminare i notevoli disagi per i numerosi interventi;

- ridurre sensibilmente i costi, in quanto gran parte della riabilitazione si risolve in 48 ore circa.

Le tecniche chirurgiche per l'inserimento degli impianti zigomatici sono essenzialmente due: una tecnica intrasinusale ed una extrasinuasale a seconda se l'impianto dalla cresta alveolare passi o meno attraverso il seno mascellare per poi ancorarsi all'osso malare.

Pazienti portatori di protesi mobile con non poche difficoltà per la mancata ritenzione della protesi stessa si ritrovano da un giorno all'altro ad avere impianti e protesi fissa subendo un solo intervento.

Il protocollo chirurgico-protetico prevede la realizzazione di una protesi provvisoria fissa immediata e dopo circa 4-6 mesi una definitiva.

Il caso descrive un paziente di sesso maschile, in buono stato di salute, portatore di protesi totale mobile, con una marcata atrofia del mascellare superiore dovuta anche a fallimenti di precedenti interventi chirurgici.

Per evitare nuovi interventi di chirurgia rigenerativa è stata proposta la soluzione con impianti zigomatici

Dopo una ortopantomografia (OPT) iniziale si eseguiva una Tc Cone Beam per valutare il caso nei dettagli (Figura 1).

L'intervento è stato realizzato in anestesia generale con intubazione naso-tracheale

Sono stati inseriti due impianti zigomatici da 4x45 mm di lunghezza (uno per ogni emiarcata) e quattro impianti dritti standard da 3,5x11,5 mm anteriormente (Figura 2-4).

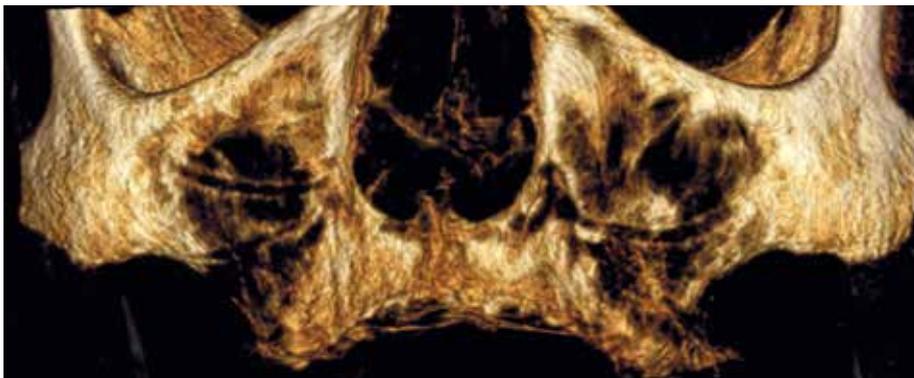


Figura 1 - Tc Cone Beam preoperatoria

Tutti gli impianti avevano un torque di inserimento di oltre 35 Nc.

Come da protocollo, dopo aver rilevato un'impronta intraoperatoria, è stato possibile riadattare opportunamente la vecchia protesi mobile del paziente effettuando così un carico immediato nella stessa giornata dell'intervento

chirurgico.

Dopo circa sei mesi dall'intervento è stata realizzata una protesi definitiva in acrilico con una struttura interna in titanio con sistema Cad-Cam NobelProCera (Figure 5-9).

TM

Info: [tedescoandrea@virgilio.it](mailto:tedescoandrea@virgilio.it)



Figura 2 - Impianto zigomatico da 4x45 mm di lunghezza



Figura 3 - Inserimento dell'impianto zigomatico nell'emiacata superiore dx con tecnica extrasinusale



Figura 4 - 2 Impianti zigomatici e 4 impianti standard inseriti



Figura 5 - OPT di controllo



Figura 6 - Protesi definitiva



Figura 7 - Protesi definitiva



Figura 8 - Protesi definitiva inserita



Figura 9 - Protesi definitiva

MAURO DOBRAN

# Update sul trattamento delle ernie discali lombari



Mauro Dobran, Laurea c/o l'Univ. di PI nel 1986, spec. in Neurochirurgia, dirigente medico in ruolo c/o la Clinica di Neurochir. degli Ospedali Riuniti di Ancona dal 1992. Membro della Soc. It. di Neurochir., della Soc. It. di Chir. Vertebrale e della S.N.O. Prof. a contratto c/o l'Univ. di Ancona per l'insegnamento di neurochirurgia spinale.

La lombalgia cronica è un sintomo molto comune dopo i 50 anni di età e rappresenta uno dei motivi più frequenti di consultazione medica.

In altri termini è stimato che più della metà della popolazione adulta abbia presentato nella sua vita almeno un episodio di lombalgia acuta con perdita di giornate lavorative.

Non tutte le lombalgie sono sostenute da ernie discali di pertinenza chirurgica, nella gran parte dei casi si tratta di pazienti con discopatie a vari stadi di degenerazione senza una vera e propria formazione erniaria espulsa.

Dal punto di vista semantico si definisce *bulging discale* la situazione nella quale il materiale discale protrude oltre i limiti fisiologici dell'anulus per almeno il 50% della circonferenza del disco.

In questi casi la lombalgia viene trattata con terapia conservativa come fisiochinesiterapia, ginnastica, perdita di peso corporeo e indicazioni terapeutiche farmacologiche tipo fans solo nei periodi di acuzie del dolore.

Nell'ernia discale vera si produce una rottura dell'anulus fibrosus con spostamento del nucleo polposo nella parte postero-laterale del disco sotto il legamento longitudinale posteriore con conseguente compressione radicolare.

Nel caso il materiale discale fuoriesca anche dal legamento longitudinale posteriore che è fissurato si parla di ernia espulsa o estrusa.

Sono considerati fattori di rischio il sovrappeso corporeo, attività lavorative con elevato impegno fisico e sollevamento di carichi, guida di mezzi pesanti con vibrazioni importanti e prolungate nel tempo.

La sintomatologia determinata dall'ernia discale è tipicamente la lombosciatalgia o lombocruralgia definito come un dolore irradiato lungo il territorio di distribuzione della radice nervosa compressa.

Nonostante la sintomatologia algica sia più spesso violenta e fortemente invalidante è opinione comune che in molti casi possa regredire spontaneamente con trattamenti conservativi.

Risulta quindi di primaria importanza per il clinico poter riconoscere le situazioni potenzialmente candidate alla chirurgia che in casi selezionati può risolvere rapidamente la sinto-

matologia senza far perdere inutile tempo al paziente.

Nell'anno 2005 e 2008 furono elaborate per conto dell'Istituto Superiore di Sanità da parte di neurochirurghi ed ortopedici italiani delle linee guida sull'appropriatezza della diagnosi e del trattamento chirurgico dell'ernia del disco lombare sintomatica (PNLG 9 ISS: 2005-2008).

In tale documento sono state date indicazioni precise sulla diagnosi e trattamento dell'ernia discale lombare ponendo fine ad alcune leggende metropolitane sull'utilità di terapie quanto meno fantasiose.

Questo documento tuttora valido rappresenta un ottimo strumento di consultazione soprattutto per casi con indicazioni chirurgiche dubbie.

In sintesi nel documento si afferma che in un paziente affetto da lombosciatalgia, deficit neurologico, anamnesi positiva per tumore, febbre, dolore farmaco resistente, traumi recenti, osteoporosi conclamata, sindrome della cauda con o meno ritenzione urinaria deve essere eseguita una RMN lombosacrale (TAC e RMN si equivalgono per accuratezza diagnostica ma la RMN non espone il paziente a radiazioni) per verificare la diagnosi.

In caso di evidenza di ernia discale e in assenza di deficit neurologici le raccomandazioni sono di iniziare subito un trattamento farmacologico con riposo della durata di sei settimane e porre l'indicazione chirurgica solo al fallimento dello stesso.

L'indicazione assoluta all'intervento chirurgico urgente da eseguire entro le 24 ore è la sindrome della cauda equina, mentre il deficit neurologico isolato (ad esempio il piede cadente) non viene considerata indicazione chirurgica assoluta anche se l'intervento chirurgico è fortemente consigliato in tempi rapidi.

Nel caso si decida per l'intervento chirurgico i dati della letteratura scientifica confermano che la discectomia standard eseguita con occhialini da ingrandimento dà buoni risultati così come la microdiscectomia (oggi più utilizzata) eseguita con l'utilizzo del microscopio operatorio che però offre il vantaggio di essere mininvasiva cioè con un approccio di dimensioni ancora minori.

Nessuna evidenza di vantaggi reali utilizzan-

do metodiche quali laser, coagulazione, discectomia percutanea automatizzata, chemonucleolisi o sistemi di stabilizzazione rigidi o dinamici di recente utilizzo.

Per quanto riguarda l'ozono terapia al momento mancano studi randomizzati e controllati.

In tutti i casi è importante che il paziente partecipi attivamente alla scelta del trattamento medico-chirurgico soprattutto in funzione delle sue aspettative e stile di vita.

Il coinvolgimento psicologico del paziente riveste un ruolo fondamentale nel processo di guarigione, anche l'informazione medica sulle modalità di trattamento e sui rischi-benefici della procedura chirurgica o del trattamento conservativo sono di fondamentale importanza per il buon esito della terapia.

L'aspetto psicologico del paziente deve essere valutato attentamente, ad esempio una sindrome depressiva o fattori psicosociali non favorevoli che possono portare alla ricerca di un indennizzo in campo lavorativo possono indurci ad un *overtreatment* per ernie discali che potenzialmente sarebbero guarite con sola terapia conservativa.

Oggi l'intervento chirurgico di microdiscectomia offre una percentuale di guarigione superiore al 90% ma anche percentuali di complicanze che non vanno trascurate: reintervento per recidiva erniaria 3-6% dei casi, infezioni 1,7%, fistola liquorale 3,6%, lesioni radici nervose 0,84% fino a rischio di morte 0,06% (0,001-0,42 a seconda degli studi).

Di tutto questo il paziente deve essere reso edotto così da condividere con il proprio medico una scelta terapeutica responsabile ed affrontare il periodo postoperatorio con l'intenzione di guarire al più presto e riprendere le proprie attività.

Nell'approccio chirurgico una parentesi va aperta sul recente utilizzo di mezzi di sintesi associati alla microdiscectomia.

Secondo recenti articoli della letteratura non sembra che tali procedure apportino reali

vantaggi nell'*outcome* dei pazienti operati di microdiscectomia al primo intervento, solo nel caso di recidiva erniaria alcuni autori pongono indicazione al posizionamento di cage intersomatica e mezzi di sintesi posteriori.

Infine una riflessione sull'uso delle protesi di disco artificiale lombare, tecnica usata da alcuni anni soprattutto in nord Europa: allo stato attuale vi è ancora un certo disaccordo sulle indicazioni chirurgiche anche perché è una procedura eseguita con approccio anteriore laparotomico e può avere nel maschio serie complicanze come l'eiaculazione retrograda.

Nel complesso dai dati della letteratura e dall'esperienza clinica sembra che nel caso di ernia discale lombare che ha tutti i requisiti individuati dalle linee guida del ISS per l'intervento chirurgico, la microdiscectomia tradizionale sia oggi la tecnica chirurgica raccomandata sia per i risultati soddisfacenti che per la minima incidenza di complicanze postoperatorie.

In sintesi, nel paziente affetto da lombosciatalgia/lombocotalgia acuta occorre effettuare una anamnesi accurata verificando durata e sede del dolore, un attento esame neurologico ed una valutazione radiologica possibilmente RMN spinale valutando se esiste corrispondenza fra sede della discopatia e distribuzione radicolare del dolore.

Oggi in Italia vengono eseguiti all'anno più di trentamila interventi chirurgici per ernia discale lombare e molti di essi potrebbero essere un *overtreatment* per una erronea selezione del paziente.

Un intervento chirurgico inutile per una discopatia determina una sindrome dolorosa lombalgica/lombosciatalgica denominata *failed back syndrome*, un dramma per il paziente perché nella maggior parte dei casi tale condizione non è suscettibile di un efficace trattamento farmacologico e/o chirurgico perdurando per anni.

TM

Info: [dobran@libero.it](mailto:dobran@libero.it)



EDIZIONI TASSINARI

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI  
Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo / Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita

ULTIME NOVITA!

RILEGATURE  
ARTIGIANALI  
IN CARTONATO

•••••

STAMPA SU TESSUTO

NOVITÀ EDITORIALI

Trattato di podologia

Suddiviso in due volumi

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



**Manfredo Fanfani**

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

## IL FAZZOLETTO

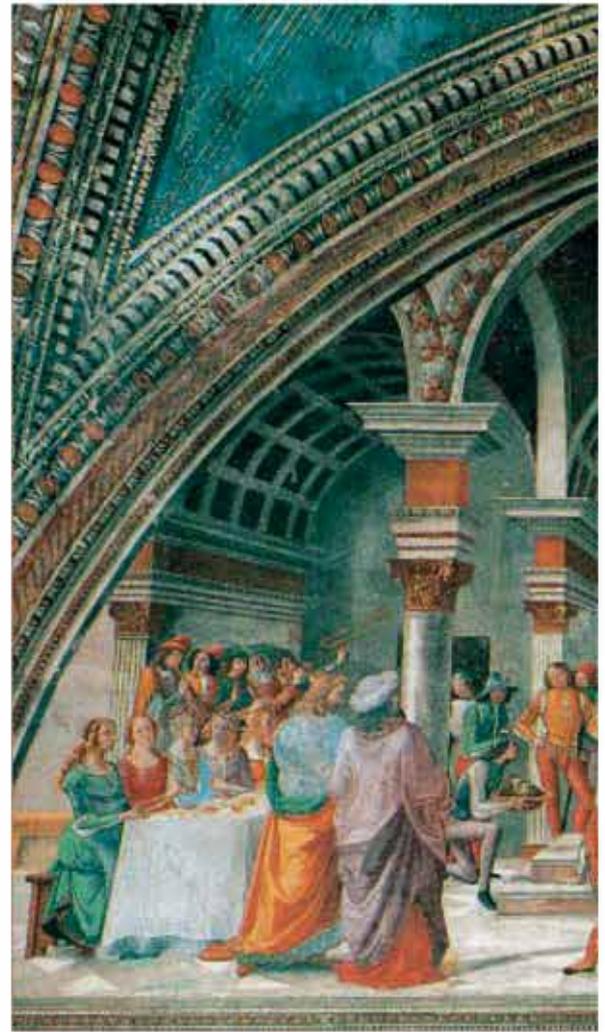
*Seconda Parte  
(Prima parte nel numero precedente)*



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

**Domenico Ghirlandaio (1449-1494),  
La Vocazione di Pietro e Andrea,  
Roma, Palazzi Vaticani, Cappella Sistina.**

*Nel rappresentare episodi a carattere sacro, gli artisti del tempo, in particolare il Ghirlandaio, inseriscono brani di vita quotidiana e le immagini di celebri personaggi, spesso committenti dell'opera. Il Ghirlandaio è indicato come lo scenografo dell'alta borghesia fiorentina. Le persone, a destra dell'immagine, sono veri e propri ritratti dei personaggi più importanti della colonia fiorentina a Roma, dove farà costruire anche una "Chiesa dei fiorentini". La comunità era originaria delle nobili famiglie e della borghesia mercantile che animavano Firenze alla fine del XV secolo e che avevano aperto a Roma succursali delle attività fiorentine. In prima fila un giovanetto tiene in mano un prezioso fazzoletto per simboleggiare l'elevato "status sociale" di tutto il gruppo di cui fa parte. Tenuto conto che attraverso l'arte si faceva anche informazione e promozione di immagine, si è trattato, verosimilmente, di una delle prime forme di pubblicità occulta! . . .*





**Domenico Ghirlandaio** (1449 – 1494),  
Storie del Battista, Banchetto di Erode,  
Firenze, Santa Maria Novella.

Tipica disposizione rituale delle tavole.  
Al centro, sopraelevata da scalini, la "tavola alta", dove siede il Re con i suoi dignitari; sui lati della tavola alta, in piedi, i giovani appartenenti alla nobiltà, che svolgeranno i prestigiosi ruoli dei "trincianti" e "coppiieri", con il compito di garantire la qualità dei cibi, tagliarli e servirli rispettando i rapporti di gerarchia. A sottolineare lo "status" di nobiltà richiesto per svolgere questi ruoli, il primo degli inservienti, in piedi sul lato destro della tavola alta, ostenta un raffinato fazzoletto sfuggente dalla sua borsetta fissata alla cintura (particolare). Il fazzoletto, prima ancora di utile oggetto con finalità igieniche, era considerato un simbolo di raffinatezza e di elevato rango sociale. Sui lati le "tavole basse" per la corte, a destra gli uomini, a sinistra le raffinate dame; ancor oggi la distribuzione dei posti a tavola tiene conto della marcatura delle gerarchie.



**Vittore Carpaccio** (1460 – 1525),  
Due dame veneziane. Museo Correr, Venezia.

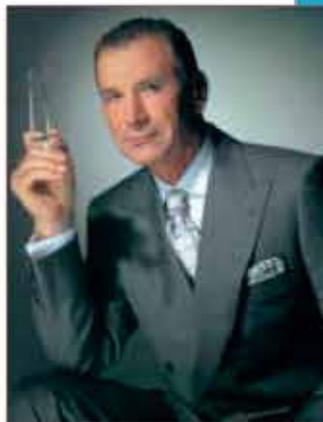
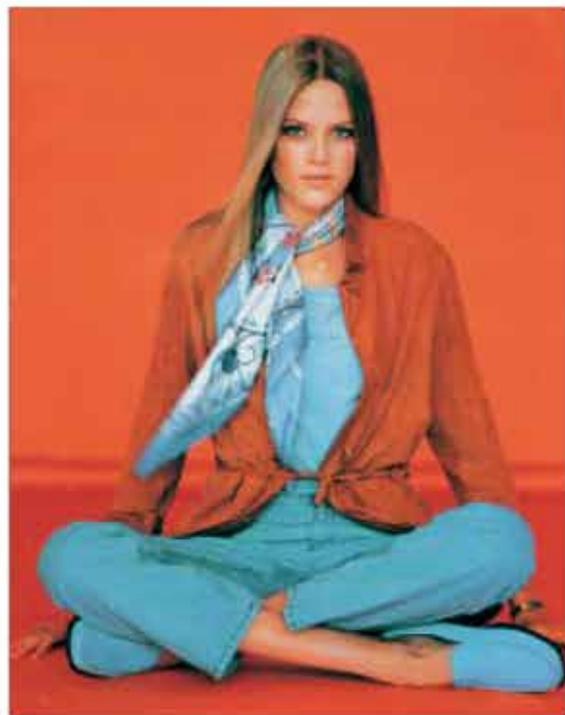
Questa tavola è stata definita da alcuni critici "la più bella pittura del mondo", ma ha anche sollevato le maggiori controversie per le ambiguità e le incertezze circa lo stato sociale delle due donne rappresentate: dame veneziane, gentildonne, spose, cortigiane o mularde? Le pantofole rosse con la suola altissima che una delle due donne si è tolte, poste in evidenza vicino al pavone, erano ad esempio considerate una prerogativa delle cortigiane. La presenza di uno stemma sul vaso posto sul balcone ha fatto propendere alcuni critici per una attribuzione di nobiltà. Deve essere considerato anche il significato del fazzoletto che una delle due dame si compiace mostrare con evidenza. All'epoca era costume ostentare il fazzoletto per il suo valore simbolico di appartenenza ad un elevato contesto sociale. Il senato veneziano aveva più volte denunciato pubblicamente certe ambiguità nel modo di vestire delle donne veneziane dell'epoca, il che creava un serio imbarazzo per la loro collocazione sociale. Fra le cortigiane esistevano vari livelli gerarchici, da quelle di basso rango a quelle di più elevato prestigio, per ciò definite "cortigiane oneste"... L'ostentazione del fazzoletto avrebbe, in tal caso, un ruolo intenzionale per definire simbolicamente uno status sociale privilegiato!...



La moda della seconda metà del '600 vede ancora nei preziosi fazzoletti, esibiti in mano da nobili signore, un importante simbolo di status sociale e di prestigio.



L'uso del fazzoletto si è diffuso, alle origini, più per il prestigio che ne conferiva il possesso, che non per motivi igienici. Per trascinamento culturale anche ai nostri giorni il fazzoletto spillato sopra l'abito di eleganti signore, i preziosi foulard annodati al collo o alla borsetta, i fazzoletti esibiti nel taschino dagli uomini, sono un retaggio di quella tradizione: ostentare il fazzoletto come segno di raffinatezza e simbolo di raggiunto, elevato, status sociale.



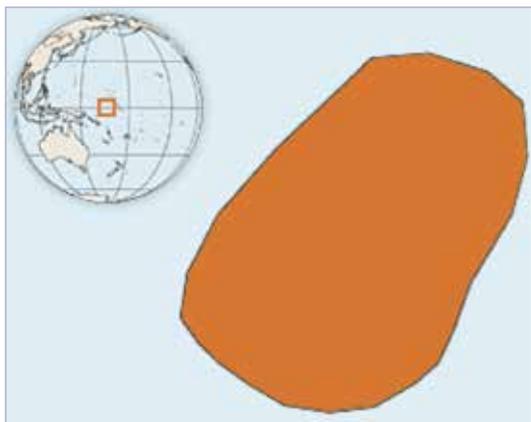
GAVINO MACIOCCO

# Salute senza confini, un libro di Paolo Vineis

Nauru - piccola isola del Pacifico (21 Km<sup>2</sup>), con una popolazione di circa 12 mila abitanti – è, dal 1968, uno stato indipendente, affiliato al Commonwealth e membro delle Nazioni Unite. Nauru è protagonista di una storia di globalizzazione in miniatura, un esempio quasi da manuale.

“L’isola andò incontro a un inatteso arricchimento nel corso degli anni settanta, grazie alla scoperta di un vasto deposito di guano che fu sfruttato per vendere fosfati, usati come fertilizzanti. Il reddito pro-capite degli isolani aumentò in modo vertiginoso, diventando uno dei più alti al mondo alla fine del decennio. L’aumento delle ricchezze si associò a molti importanti cambiamenti sociali, mentre l’eccessiva estrazione di fosfati si tradusse in una perdita di terreno coltivabile. Come conseguenza, l’alimentazione cambiò radicalmente, e il tradizionale consumo di pesce e verdure fu sostituito da una dieta occidentale a base di prodotti d’importazione. Inoltre gli isolani, avendo rinunciato a coltivare e pescare, adottarono uno stile di vita sedentario. Le conseguenze sulla salute non tardarono a manifestarsi. Nel 1975 la frequenza del diabete aveva superato il 30%, e nel 2007 Nauru aveva ancora uno dei tassi di diabete più alti al mondo. Sfortunatamente il rapido esaurimento delle riserve di guano e una pessima gestione finanziaria portarono Nauru alla bancarotta e oggi gli abitanti devono affrontare un’epidemia di obesità e diabete dalla prospettiva di un paese povero. I tre quarti dei letti in ospedale sono occupati da pazienti diabetici o con complicazioni dovute al diabete, e sull’isola vi sono solo 10 medici.

La storia di Nauru è esemplare di come può presentarsi la globalizzazione in molti paesi a basso reddito. Vi sono tutti gli elementi delle tragedie annunciate: l’aumento della ricchezza legato a risorse primarie esauribili; la tendenza a effettuare investimenti finanziari a rischio; la distruzione dell’economia tradizionale (agricoltura e pesca); la propensione a spendere in beni di consumo superflui e puramente di prestigio; la riduzione drastica riduzione dell’attività fisica; l’importazione di cibi industriali a sostituzione di quelli tradizionali. Non deve stupire che in questa sorta di “laboratorio” gli effetti



L’isola di Nauru

sullo stato di salute si siano manifestati più rapidamente che altrove”.

Con il caso dell’isola di Nauru si apre il libro di Paolo Vineis, professore di epidemiologia all’Imperial College di Londra. Un libro – tascabile nelle dimensioni, ma ricco di contenuti e di riflessioni – che si chiede in che misura e in quale direzione i processi di globalizzazione influiscano sulla salute delle persone e delle comunità.

Una delle principali conseguenze della globalizzazione è l’aumento dell’importanza degli interessi privati e delle pressioni sugli enti pubblici e di ricerca e sui sistemi sanitari, in un intreccio tra affari e politica che tende sempre più ad ampliarsi. E per la prima volta gli interessi del commercio entrano in collisione con quelli della salute, sovrastandoli, e la stessa Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO, World Trade Organization) si muove contro le regole volute dall’OMS, in difesa dei produttori di tabacco: “I membri del WTO non mettono in discussione la finalità di protezione della salute, ma denunciano che il disegno di tale regolamentazione delle vendite del tabacco possa avere conseguenze inutilmente negative sui commerci”. E nello scontro tra salute e commercio sembra non esservi partita: per ogni dollaro speso dall’OMS per la prevenzione delle malattie causate dall’alimentazione, più di 500 dollari sono spesi dall’industria alimentare



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”.

per promuovere i prodotti che le favoriscono. L'industria alimentare segue strategie non molto diverse da quelle usate in passato dall'industria del tabacco, come i massicci investimenti in pubblicità, spesso mirata a sottogruppi della popolazione, o la corruzione dei ricercatori (fenomeno di cui conosciamo probabilmente solo la punta dell'iceberg). La mortalità per cancro del polmone negli USA tra il 1960 e il 2010 è all'incirca raddoppiata (da 24 a 48 morti ogni 100.000 abitanti), la frequenza di sovrappeso e obesità negli stessi anni è passata dal 45 al 68 per cento e non accenna a diminuire.

L'epidemia di obesità e diabete (fenomeno designato dal neologismo *diabesity*) si sta rapidamente diffondendo nei paesi a basso e medio livello di sviluppo: in Cina e in India negli anni Ottanta la prevalenza del diabete era intorno al 2%, per registrare nei decenni successivi una crescita tumultuosa fino ad arrivare a oltre il 9%, con punte molto più alte nelle aree urbane.

La velocità nell'urbanizzazione, fenomeno strettamente collegato alla globalizzazione, ha decisamente contribuito allo sviluppo dell'epidemia di *diabesity*. L'"ambiente costruito" si sta diffondendo molto rapidamente nei paesi più poveri con effetti particolarmente importanti per le famiglie a basso reddito e si accompagna a cambiamenti – come l'accesso a cibi economici e di bassa qualità, o la riduzione dell'esercizio fisico – che influiscono sull'obesità. Nel mondo milioni di famiglie hanno sostituito un'economia familiare basata sul lavoro manuale e sull'autoconsumo legato alla terra con forme di vita urbanizzate e dipendenti dall'acquisto di cibi a basso prezzo.

Le stesse città stanno cambiando conformazione: i nuovi disegni urbanistici sono dominati da due fattori essenziali: gli ampi centri commerciali e l'uso dell'automobile. I centri commerciali sono luoghi che offrono tutti i possibili servizi e sono quindi usati come surrogati della vecchia piazza, della chiesa, e perfino della casa propria. Anche quando le distanze sono modeste, nella nuova concezione urbanistica la conformazione del territorio è tale per cui in molte zone l'uso dell'auto è indispensabile. È ovvio che tutto ciò contribuisce all'aumento dell'obesità attraverso l'interazione tra i suoi diversi fattori di rischio (sedentarietà, junk food, etc).

Stiamo attraversando il primo periodo nella storia in cui ci sono più persone sovrappeso che denutrite. Allo stesso tempo, tuttavia, la denutrizione non è stata sconfitta: secondo la FAO vi sono ancora 820 milioni di individui denutriti nei paesi a basso reddito e 9 milioni in quelli più sviluppati. Ma paradossalmente è la denutrizione che fornisce benzina all'epidemia di *diabesity*. Infatti la malnutrizione materna e il basso peso alla nascita del bambino sono feno-

meni associati ad un elevato rischio di diabete in età adulta. Il rischio si intensifica se i bambini con basso peso alla nascita hanno una dieta ricca, di tipo occidentale, durante la crescita e nella vita adulta. L'interpretazione che viene data è quella della "programmazione fetale", e cioè che l'embrione di madri denutrite si "programma" in funzione di un ambiente povero di nutrienti, e tende pertanto ad accumulare energia: la teoria del cosiddetto fenotipo parsimonioso. Ma quando, da bambino o da adulto, lo stesso individuo è esposto a un'alimentazione abbondante o sovrabbondante, l'accumulo si manifesta sotto forma di obesità, resistenza periferica agli effetti dell'insulina e diabete, *diabesity* appunto. Gran parte dei casi di basso peso alla nascita si verificano nei paesi a basso reddito, con un'incidenza massima nel Sud-Est Asiatico (31 per cento delle nascite), dove nello stesso tempo è in atto una trasformazione dell'alimentazione in senso occidentale e industriale e l'esplosione dell'epidemia di *diabesity*. Cominciano a esserci prove concrete del fatto che questi esiti patologici sono mediati da modificazioni epigenetiche a trasmissione transgenerazionale.

Un capitolo del libro è proprio dedicato al "paesaggio epigenetico". Tratta infatti dell'impronta duratura, transgenerazionale, che le grandi trasformazioni legate alla globalizzazione possono lasciare sul nostro DNA. E non si tratta di una metafora – come precisa l'autore –: è probabile che saranno soprattutto mutamenti epigenetici ad essere prodotti dalla globalizzazione. La tesi è che le grandi modificazioni dei mercati, nella disponibilità di cibo industriale e in altri aspetti importanti dello stile di vita che hanno avuto luogo negli ultimi 30-40 anni abbiano un impatto non tanto sul patrimonio genetico ma su quello che chiamiamo "paesaggio epigenetico". E vi sono prove sempre più numerose del fatto che i cambiamenti epigenetici del DNA sono legati a esposizioni ambientali, e in particolare a esposizioni in utero.

«Il paesaggio epigenetico» viene definito dall'autore il capitolo più politico del libro; l'epigenetica rappresenta in qualche modo il punto di incontro, il meccanismo in grado di spiegare come i grandi cambiamenti in atto a causa della globalizzazione potranno influenzare la salute delle popolazioni e quelle delle generazioni future.

*Paolo Vineis, Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione, 2014, Codice edizioni, Torino.*

TM

Info: [gavino.maciocco@alice.it](mailto:gavino.maciocco@alice.it)

TOMMASO RUBINO\*

# Sindacalese

L'altro giorno di lunedì mattina mentre avevo appena finito l'ambulatorio *in monte* a Sambaronto e mi accingevo ad andare a fare le visite domiciliari, che poi nel pomeriggio avrei avuto l'ambulatorio *in piano* in paese, arriva – come sempre – una persona ritardataria che chiede di poter essere visitata comunque e – davanti alle mie civili osservazioni, che ormai avevo spento il computer e che avevo tempo *pur troppo* solo per le domiciliari – oltre ad addurre a pretesto la presunta urgenza (che poi *come spesso accade* non è mai tale...) dà in escandescenze contro il sistema della sanità in Italia... che non funziona, che lei è stata rimbalsata da una parte all'altra, chiedendo a me ed agli astanti **come dovesse fare il cittadino in caso di bisogno, come se bene o male il medico di famiglia**, come accade spesso nei piccoli paesi, pur con i vari 118, servizi territoriali e *pronto soccorsi*, **non sia quasi sempre rintracciabile ed a disposizione**.

Un'altra paziente quest'estate in una circostanza simile mi ha detto – al momento che sostituivo la mia collega associata – che: "con tutta quella *mesata* che prendiamo... è giusto che siamo sempre a disposizione!!!...". Ps. La paziente di Sambaronto aveva già contattato la mia collega nel nostro ambulatorio principale, che le aveva detto che l'avrebbe visitata purché aspettasse il suo turno, non trattandosi di una vera urgenza, ma lei aveva risposto di aver fretta perché doveva poter andare a lavorare. Indipendentemente dal fatto che come al solito – per amicizia – ho poi visitato quella paziente a Sambaronto, ritengo sia opportuno ribadire quello che ho spiegato ad entrambe che adducevano rimostranze:

Che se dovessimo parlare in *sindacalese* il nostro contratto prevede di essere a disposizione telefonica per 2 ore fino alle 10 del mattino e durante l'orario di ambulatorio, avendo l'obbligo di effettuare in giornata solo le chiamate domiciliari che arrivano entro tale ora e l'ambulatorio nel mio caso (essendo massimalista) dovrebbe essere di sole tre ore al giorno (mentre quando mi va bene non me la cavo con meno di 5-6 ore) per il resto potremmo chiudere baracca e burattini ed andare a coltivare – come fanno tutti quando non lavorano – le proprie necessità.

Che la famosa *mesata* addotta a pretesto per pretendere la mia reperibilità non è poi tale perché ferma da ormai troppi anni e quindi corrosa dall'inflazione, dalle tasse e dalle spese che insieme ormai prendono oltre il 60% del mio stipendio e che comunque **essa è valutata per un certo numero di ore da lavorare al giorno**, mentre io ne faccio almeno il doppio e spesso anche la domenica sono a fare fogli, carte e ricette perché una buona parte del mio lavoro – che la gente non vede – viene spesa a fare di tutto di burocrazia (spesso anche dopo

cena).

**Se un lavoratore qualsiasi dovesse lavorare il doppio delle ore di quelle previste dal contratto vorrebbe essere pagato giustamente il doppio di stipendio, ma questo evidentemente non vale per i medici.** E poi la mia *mesata* non è veramente tale perché **non ho difficoltà a dichiarare** che su 109.000 € lorde che mi ha dato la ASL lo scorso anno (per cui pago più ticket per la sanità, più tasse scolastiche per i figlioli ecc.) a casa ne ho portati al netto delle spese 44000 che corrispondono a circa 3600 € netti al mese, cifra che fa di me un lavoratore benestante, ma non certo ricco anche considerando le ferie non pagate, come pure non è corrisposta la tredicesima e che la malattia in caso di non ricovero mi viene retribuita parzialmente.

Che la gente ha molte pretese perché il servizio è sempre **giustamente gratuito (e spero lo sia anche in futuro)**, mentre non adduce alcunché se deve andare dall'avvocato o dal notaio, ma questo fa parte delle umane peculiarità e non sarebbe giusto appesantire con ticket e balzelli l'unico servizio del SSN, che al momento ne è esente. Tuttavia si tratta di richieste esigibili solo perché il sistema di *finto convenzionamento* (finto perché ha con i controlli e gli obblighi quasi di una vera dipendenza) fa sì che il paziente possa passare da un medico ad un altro fino a trovare quello che riesce ad accontentarne i desiderata.

In pratica è poi il sistema stesso che crea un tale rapporto di amicizia-interdipendenza fra assistito e medico di medicina generale, che fa sì che noi lavoriamo oltre il dovuto per non perdere la fiducia dell'assistito... e questo costituisce la nostra forza ma anche la nostra debolezza.

Purtuttavia grazie a tutte le novità burocratiche, medico-legali e tecnologiche (ed anche sindacali...) che fanno parte dell'umano progresso, stiamo perdendo il nostro ruolo sociale e di conseguenza anche la nostra capacità contrattuale, venendo con il tempo il nostro ruolo sminuito, come è successo negli ultimi anni per gli insegnanti. Recuperare il primo è compito personale di ognuno, per il secondo basterebbe non avere sindacati che sembrano quasi conniventi e poter attuare ad esempio uno sciopero bianco con la pedissequa applicazione delle regole e dell'orario di lavoro, per far notare a chi ci coordina che senza la nostra buona volontà il sistema non può reggere...

"Ma la sua è una missione" mi dice qualcuno quando mi lamento... "Beh! Se volevo fare il prete lo facevo!!!" rispondo...

TM

Info: [rubinotommaso@tiscali.it](mailto:rubinotommaso@tiscali.it)

\* Medico di medicina generale, PT

ROBERTO CECCHI

# Service di Solidarietà Sanitaria a favore degli indigenti viventi in Italia

## Progetto Rete di Studi Professionali

*L'iniziativa avviata dai Lions di Arezzo è sicuramente encomiabile e opportuna. Purtroppo le politiche economiche degli ultimi decenni hanno portato ad un gravissimo incremento delle disuguaglianze con la conseguenza, rilevata in tutte le statistiche ufficiali, di un aumento del carico di malattie negli indigenti anche per un minor ricorso al servizio sanitario sia per il gravame dei tickets, sia per i pesanti impedimenti burocratici. Tuttavia fa un certo effetto a chi ha esercitato in tempi lontani il ritorno del libretto di miseria.*

Toscana Medica



SoSan, Organizzazione Lions per la Solidarietà Sanitaria Onlus (<http://www.solidarieta-lions.com>), nasce nel 2003 per coordinare le attività dei medici Lions e non, che intendono offrire la loro attività professionale a favore dei più bisognosi in tutto il mondo. L'Organizzazione non ha scopi di lucro e persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale; attraverso l'opera e non attraverso elargizioni di denaro o regalie.

Negli ultimi anni la SoSan ha promosso un Service per gli indigenti che vivono in Italia. È nostro desiderio operare a favore di poveri vecchi e nuovi, italiani e non, che risiedono nel nostro paese; offrendo loro prestazioni specialistiche complete, a titolo completamente gratuito. Questo pur nella consapevolezza del ruolo istituzionale in merito del Servizio Sanitario Nazionale. La nostra sarà semplicemente una offerta solidaristica, da singoli medici libero professionisti, nell'ambito della propria attività privata. Si rivolgerà ai meno abbienti ed ai più bisognosi, indipendentemente dalla cittadinanza; indipendentemente dalla loro possibilità di usufruire delle prestazioni del SSN o meno. Infine andrà anche ad agevolare l'attività delle strutture pubbliche, tanto oberate di richieste di prestazioni. Si propone, inoltre, di agire con la snellezza operativa tipica di ogni piccolo studio professionale; erogando laddove utile la diagnostica strumentale non invasiva necessaria, senza lungaggini amministrativo-burocratiche.

In Toscana (Distretto Lions 108LA) in base a tale Progetto, **ogni medico specialista che desideri aderire**, Lions o meno, iscritto alla SoSan o non iscritto, attraverso la sottoscrizione di una semplice Dichiarazione, formalizza a SoSan la propria disponibilità ad erogare prestazioni a titolo assolutamente gratuito a favore degli indigenti. Potrà decidere il numero mensile a sua scelta di prestazioni gratuite che intende erogare, direttamente nel proprio

studio professionale o comunque all'interno della sua consueta locazione ed organizzazione lavorativa. L'appuntamento gli verrà richiesto direttamente dall'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune opportunamente coinvolto da SoSan ed interpellato dall'indigente con una richiesta medica di prestazione specialistica anche su ricetta bianca. Tale richiesta, vidimata dal Comune, avrà di per sé valenza di discriminazione sulla condizione di bisogno dell'utente. Solo laddove non fosse possibile concretizzare una fattiva collaborazione con il Comune, SoSan si riserva di stipulare simili accordi con altri Enti, Istituzioni, Associazioni benefiche, ritenute idonee (pubbliche Assistenze, Caritas, ecc).

La prestazione professionale erogata dal medico che intende collaborare a tale progetto dovrà essere nella sua organizzazione la più completa possibile: lo scopo non è di eseguire uno screening ma di giungere, in tutti i casi in cui ciò sarà possibile, a diagnosi e cura di quella persona. E dovrà essere in toto gratuita. Laddove fossero necessari accertamenti non eseguibili nello studio del medico (esempio: esami laboratoristici; radiografie; ...) il medico rimanderà il soggetto alla attenzione del medico curante o comunque inviante, affinché possa effettuare tali accertamenti per vie ordinarie; e concluderà la propria prestazione gratuita dopo l'esecuzione di tali accertamenti.

Sin dall'inizio tale progetto è stato aperto a qualsiasi medico che desideri aderirvi. Un intenso e proficuo scambio di idee con l'Ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri di Arezzo – cui sono iscritto – ha poi permesso di affinare aspetti pratici e deontologici; quali ad esempio l'indispensabilità di una prescrizione medica della prestazione che l'indigente andrà a richiedere; l'indispensabilità di un referto scritto della prestazione eseguita al medico inviante. E di giungere ad una piena condivisione del Proget-

to e collaborazione da parte del medesimo Ordine professionale; alla pubblicazione di questa informativa su Toscana Medica.

Il Service è già partito formalmente ad Arezzo, a Chianciano Terme, a Castiglion Fiorentino, a Cortona e a Foiano della Chiana; i medici hanno offerto la propria disponibilità; raggiunto e firmato un accordo con i Comuni. Siamo ora in attesa di essere contattati dai rispettivi Servizi Sociali per erogare le prime prestazioni. Nelle prossime settimane partirà formalmente il Service anche a Firenze e a Tavernelle Val di Pesa. Stiamo lavorando per avviare il Service a Sansepolcro, Chiusi, Monte San Savino. Successivamente altre disponibilità mediche a Monsulmano Terme e Lucca.

Ad oggi SoSan è teoricamente in grado di erogare prestazioni gratuite nel campo della Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Gastroenterologia, Dermatologia, Ginecologia, Medicina Interna, Neurologia, Oculistica, Odontostomatologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Scienza dell'alimentazione. È inoltre in grado di

erogare ecografie praticamente in tutte le sue applicazioni possibili. Il numero delle disponibilità offerte da colleghi cresce ogni settimana: abbiamo contatti con psicoterapeuti, reumatologi, ecc. Il lavoro più lungo, è quello con i Comuni: spiegare il Service; superare talvolta qualche perplessità organizzativa; giungere alla Delibera di Giunta e firmare un Protocollo d'intesa, è attività che richiede tempo e pazienza.

Molto peraltro manca a che tutte le disponibilità raccolte costruiscano una "rete" solidaristica che attraversi tutto il territorio della nostra Toscana: non basterà avere prestazioni cardiologiche in quattro o cinque comuni, quelle reumatologiche in uno, per poter asserire di aver creato un servizio agli indigenti di tutta la regione. E questo ovviamente vale per qualsiasi specialistica. C'è quindi spazio anzi bisogno della buona volontà di molti altri colleghi. **TM**

*I medici interessati possono contattare il dr. Roberto Cecchi inviando una e-mail a: [cecchi.roberto@gmail.com](mailto:cecchi.roberto@gmail.com)*

SANDRO SPINSANTI

## Slow Medicine versus Fast Profit

La notizia: la moglie dell'ambasciatore russo a Roma si sente male; viene avviata a una clinica privata e ogni suo organo è passato diligentemente in rassegna da svariati specialisti; dopo 24 ore riceve la diagnosi: niente di cui preoccuparsi. Salvo del conto in banca, alleggerito di 18.000 euro. Sembra una notizia creata ad arte da Slow Medicine per farsi pubblicità. Perché chi chiedesse a coloro che la promuovono qual è il loro programma, riceverebbe una facile risposta: Slow Medicine mira esattamente a una pratica della medicina che sia il contrario di ciò che si è verificato in questa circostanza.

Vediamo, dunque. I tempi, anzitutto. Certo, *slow* non equivale a tirarla per le lunghe. Ma anche la velocità può essere controindicata (quando non si riferisca a un intervento chirurgico o terapeutico che richieda l'urgenza). "Tutto in 24 ore" è una formula insidiosa, perché brucia il tempo necessario perché la patologia – ma anche la "vis sanatrix naturae" – faccia il suo corso. I clinici del passato conoscevano e sapevano valorizzare il tempo richiesto.

La **sobrietà**, che richiede che si facciano non tutte le indagini diagnostiche possibili, ma solo quelle giuste, è stata violentata: la gentile signora, presa nel vortice di una efficientissima catena di montaggio diagnostica, è stata rovesciata come un pedalino. Senza che si intrav-

vedesse il filo rosso di un'ipotesi diagnostica. "Less is more"? Ma no: "More is more"! Con un happy end: l'annuncio alla paziente che non ha niente.

Naturalmente ci vuole anche una certa disponibilità del paziente a "lasciarsi fare" così. Medicina "**rispettosa**" è quella che tratta il malato come partner e non solo come oggetto da indagare (può suscitare dibattito se il fine sia quello di spremere finanziariamente il malato, cercare di tutelarsi con pratiche di medicina difensiva o cercare di arrivare a ogni costo a una diagnosi: ma non è questo il punto!). La disponibilità, tuttavia, è facile da ottenere. Si nutre di emozioni – la paura anzitutto –, di timore reverenziale di fronte all'autorità del medico, di vanità alimentata dal privilegio (il *fast track* riservato ai VIP e agli abbienti...).

È difficile, alla fine, sottrarsi al retrogusto di una gioia maligna: quando si demolisce la struttura sociale di una sanità "**giusta**", a vantaggio di una organizzazione a due livelli e a due velocità, risultano danneggiati non solo i poveri cittadini che affollano il pronto soccorso degli ospedali, ma anche i ricchi serviti dalle cliniche private. **TM**

**Info:** email



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

Astrazeneca



# Un futuro che viene da lontano.

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

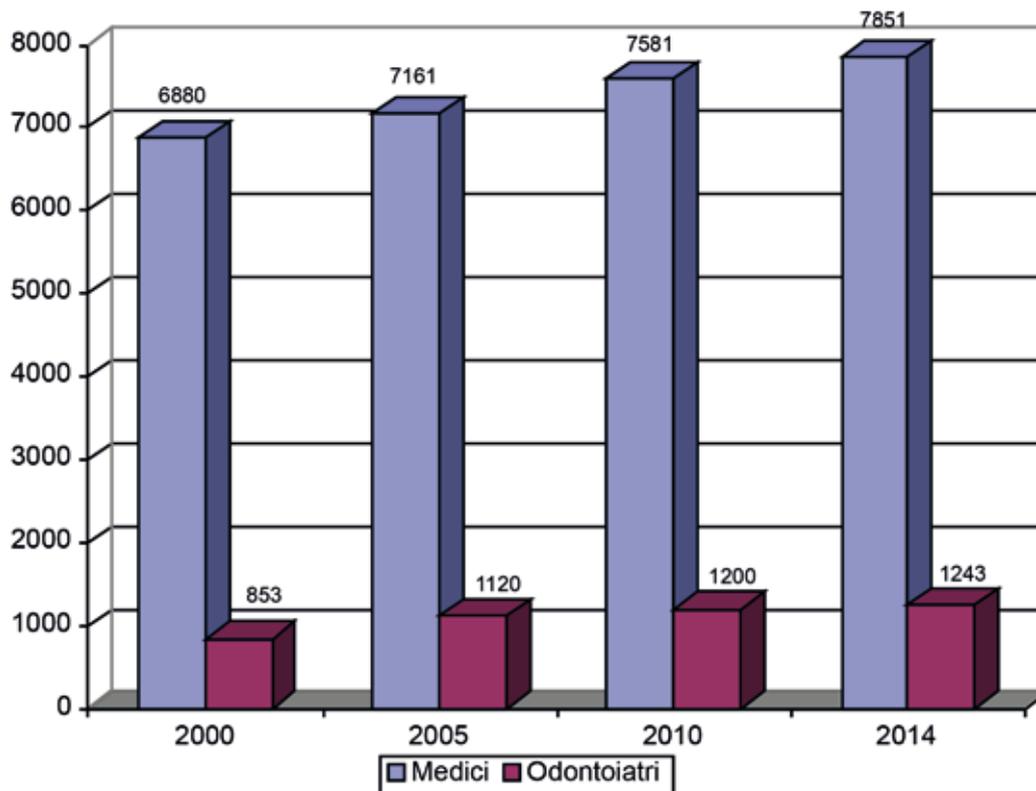
Un lungo percorso che ci permette di essere presenti in 100 paesi, come punto di riferimento unico per ricercatori, medici ed pazienti.

[www.astrazeneca.it](http://www.astrazeneca.it)

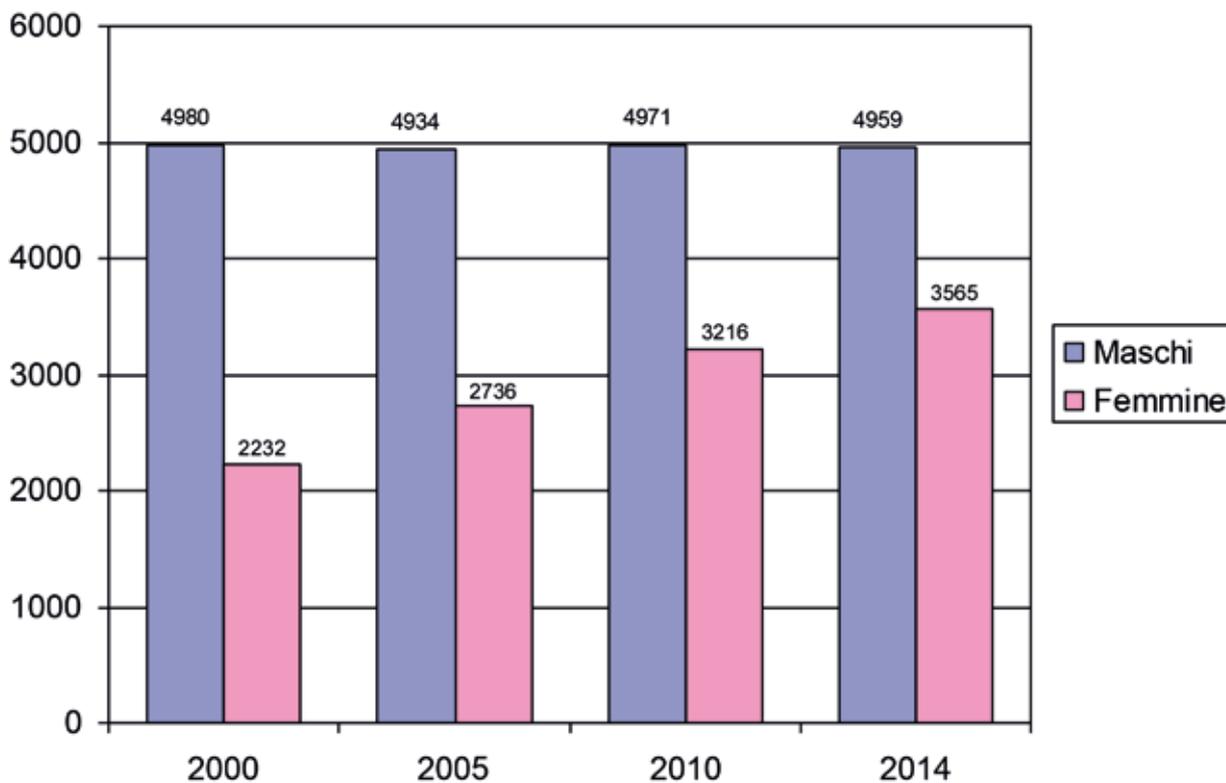
## L'Ordine di Firenze in cifre

Pubbllichiamo i dati dell'Ordine di Firenze aggiornati a Dicembre 2014

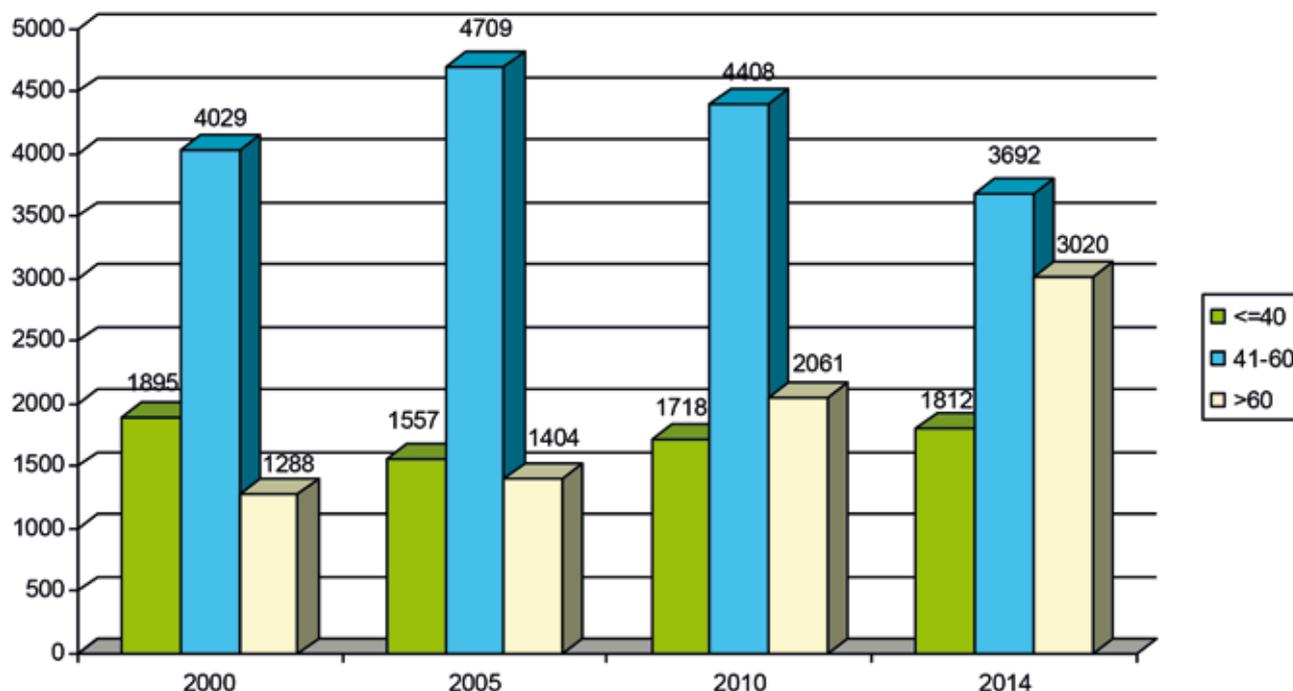
### SITUAZIONE ISCRITTI (comprese le doppie iscrizioni)



### ISCRITTI PER GENERE



## ISCRITTI PER FASCE DI ETÀ



## L'importanza della PEC

L'iscrizione al REGINDE, che interessa da vicino i medici che svolgono le funzioni di CTU nei Tribunali, è l'ultimo esempio di una procedura informatica che richiede al professionista di essere in possesso di una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC), tanto che senza di essa il medico non può più svolgere l'attività di consulente del giudice. Sempre più di frequente, infatti, con lo sviluppo delle procedure informatiche, il possesso di una casella PEC diventa

di fatto un requisito indispensabile per poter svolgere la propria attività professionale e non perdere opportunità di lavoro. Sebbene la legge non preveda alcuna sanzione per il medico che non attiva la PEC, con il passare del tempo è il "mercato" che la fa diventare di fatto obbligatoria perché non averla impedisce sempre più al medico di accedere a tante opportunità professionali. L'Ordine di Firenze ricorda che già da cinque anni mette a disposizione dei propri

iscritti la PEC in forma gratuita grazie ad una convenzione con il gestore Aruba Spa. Pertanto si invitano i colleghi che ancora non l'avessero fatto ad attivare la propria casella PEC, magari usufruendo del servizio gratuito messo a disposizione dell'Ordine. Per farlo è sufficiente collegarsi al sito [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it), consultare la pagina "PEC" presente nel menù a sinistra e seguirne le istruzioni.



## Certificati in ambito scolastico

L'Ufficio Scolastico Regionale della Toscana e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana hanno aggiornato l'Intesa già sottoscritta lo scorso

anno in merito ai certificati medici in ambito scolastico. L'aggiornamento si è reso necessario per chiarire meglio alcuni punti e anche per prendere atto delle novità introdotte dal Decreto del

Ministero della Salute dell'8 agosto 2014 in materia di attività sportiva non agonistica. Il testo dell'intesa e la relativa modulistica sono disponibili nel sito dell'Ordine di Firenze.

## LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR. NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



**Codice QR** - Rimando Link esterno con cellulare



**URL** - Rimando Link esterno



**Sommario** - Rimando pagina interno



**E-mail** - Rimando programma e-mail

## CORSI

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze  
 Corso accreditato ECM: 7,8 crediti formativi per l'anno 2015

## Le nuove tecnologie nell'esercizio della Medicina: apprendimento e comunicazione

(Dr. M. Masoni, Dr.ssa M.R. Guelfi)

Date: 28 Aprile 2015, 5 Maggio 2015, 12 Maggio 2015

Il corso è gratuito.

È possibile iscriversi al corso esclusivamente tramite il sito ordinistico:

<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/>

Posti disponibili 40. Per ottenere i crediti è necessaria la presenza a tutte e tre le serate.

\*\*\*\*\*

**Martedì, 28 Aprile 2015, ore 20.00 - 22.30**

### LE NUOVE TECNOLOGIE NELL'APPRENDIMENTO FORMALE DEL MEDICO

*Obiettivi didattici.* Assieme alla formazione residenziale e alla formazione sul campo, la formazione a distanza rappresenta una delle tre modalità di aggiornamento del medico previste dalla normativa ECM. In riferimento all'e-learning esistono infinite modalità di produrre e condurre corsi online. Dopo avere discusso le basi teoriche dell'e-learning, verranno analizzate alcune tipologie di corsi ECM a distanza e discusso quali caratteristiche dovrebbero possedere per essere maggiormente efficaci nella formazione del medico.

#### Programma

**20.00-20.30** - Registrazione dei partecipanti

**20.30-21.30** - Introduzione all'e-learning (Dott.ssa Maria Renza Guelfi)

**21.30-22.30** - E-learning ed ECM. Esercitazioni guidate (Dr. Marco Masoni)

\*\*\*\*\*

**Martedì, 5 Maggio 2015, ore 20.00 - 22.30**

### L'APPRENDIMENTO INFORMALE DEL MEDICO ALL'INTERNO DI UNA COMUNITÀ DI PRATICA

*Obiettivi didattici.* Tra le forme di aggregazione che i medici possono assumere, la comunità di pratica sembra attirare il maggiore interesse da parte dei ricercatori. I membri di una comunità di pratica hanno interessi comuni e si aggregano spontaneamente con lo scopo di condividere problematiche ed esperienze. Questo tipo di apprendimento di tipo informale produce risultati che possono essere catalogati e distribuiti con ovvi benefici per gli altri componenti. Verranno mostrati e discussi esempi di questo tipo di comunità presenti nel territorio nazionale.

#### Programma

**20.00-20.30** - Registrazione dei partecipanti

**20.30-21.30** - Apprendimento e Knowledge Management. Comunità Professionali e Comunità di Pratica (Dr. Marco Masoni)

**21.30-22.30** - Esempi di Comunità di Pratica in ambito medico (Dr. Marco Masoni)

\*\*\*\*\*

**Martedì, 12 Maggio 2015, ore 20.00 - 22.30**

### LA POSTA ELETTRONICA NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

*Obiettivi didattici.* La posta elettronica rappresenta uno strumento fondamentale per migliorare l'accesso del paziente alle cure primarie. Nonostante la diffusione ormai universale di questo servizio Internet, da recenti studi emerge che la frequenza e la qualità della comunicazione tra medico e paziente non è elevata. Con lo scopo di aiutare il medico a gestire in modo appropriato questo tipo di comunicazione, verranno discusse le norme e le linee guida relative all'uso della posta elettronica nel rapporto medico-paziente. Tale discussione sarà preceduta dalla trattazione delle nozioni di base necessarie per un utilizzo ottimale della posta elettronica.

#### Programma

**20.00-20.30** - Registrazione dei partecipanti

**20.30-21.30** - Nozioni di base per l'utilizzo della posta elettronica (Dott.ssa M. Renza Guelfi)

**21.30-22.30** - Esercitazioni guidate sulla gestione della comunicazione medico-paziente tramite e-mail (Dr. Marco Masoni)

**Prima dell'inizio dei lavori sarà offerto un light dinner.**

**Info:** Ufficio Relazioni Esterne, Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze. Tel. 055.496522 int. 3

## CORSI

### Corso FAD ECM "Ebola"

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

## Esami senza fila al centro prelievi di Careggi con il nuovo sistema di prenotazione on-line

È stato presentato a Careggi il progetto "Careggi Smart Hospital - Prelievo Amico", il nuovo sistema di prenotazione online delle prestazioni erogate al Padiglione 15 Piastra dei Servizi. L'Ingegnere Andrea Belardinelli, Direttore dello Staff aziendale, che ha coordinato il progetto ha illustrato come da oggi è più facile e veloce: eseguire un esame del sangue, consegnare i campioni o ritirare i referti al Centro prelievi. Dal sito internet [www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it), con pochi passaggi si può ese-



guire la prenotazione. Il servizio consente di scegliere il giorno e l'ora dell'appuntamento e accedere direttamente e senza attesa alla Piastra dei servizi. Basta presentarsi all'accettazione poco prima dell'appuntamento e dopo qualche minuto l'utente sarà chiamato. Se si arriva tardi è comunque possibile eseguire la prestazione facendo la consueta fila. La prenotazione è possibile anche da cellulare Smartphone con la App gratuita di AOUC e presto sarà disponibile dai totem Punti Si dell'Azienda.

La presentazione dei nuovi servizi on-line si è conclusa con la firma di un Protocollo d'intesa fra Azienda Careggi e Comune di Firenze per l'attuazione di programmi ed azioni tese all'integrazione dei servizi digitali al cittadino fra i due enti. Il protocollo, nell'ambito del Manifesto Digitale di Firenze è stato firmato dal Direttore Generale di Careggi Monica Calamai e dall'Assessore del Comune al Bilancio, Partecipate, Fondi europei, Innovazione tecnologica e sistemi informativi, Lorenzo Perra.

## Il chiropratico non è professionista sanitario

La Corte di Cassazione ha recentemente esaminato un ricorso nel quale la materia del contendere riguardava la figura del chiropratico. La questione verteva essenzialmente su aspetti fiscali, cioè se ritenere le prestazioni del chiropratico esenti da IVA (come le prestazioni del medico) oppure no. Le conclusioni della Suprema Corte sono state negative, nel senso che il chiropratico,

allo stato attuale della normativa italiana, non è considerato un "professionista sanitario" per cui è impossibile riconoscere il beneficio dell'esenzione IVA alle sue prestazioni. Vero è che con una legge del 2007 era stata prevista la disciplina della figura del chiropratico, sia per il percorso universitario che per l'istituzione di relativi registri nazionali, ma tale legge fino ad oggi è rimasta

inapplicata perché sono mancati i decreti attuativi. Allo stato attuale, quindi, non esiste né un percorso universitario definito, né sono stati istituiti i registri al Ministero della Salute e, in questa situazione, conclude la Corte, le prestazioni del chiropratico non possono essere assimilate, ai fini fiscali, a quelle degli altri professionisti sanitari, per cui non possono essere considerate esenti da IVA.

## Salviamo la formazione medica

Dall'accesso alla Facoltà di Medicina e alle Scuole di Specialità, alle "incoerenze programmatiche" di Regioni e Stato rispetto alla valutazione dei fabbisogni: è stata totalmente dedicata alla crisi del sistema formativo dei medici la seconda giornata del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici di fine anno. Ne è uscita una mozione, contenente un forte appello: "Salviamo la Formazione Medica". "Abbiamo un progetto complessivo per riformare nel profondo tutto il processo - ha dichiarato il Presidente della FNOMCeO,

Amedeo Bianco - e lo presenteremo, nelle prossime settimane, agli stakeholder del sistema". Al centro del programma di rinnovamento, tra l'altro, la programmazione basata su fabbisogni documentati e la selezione per l'accesso alla formazione pre e post laurea, per la quale andranno definite tempistiche certe, discipline note e un setting di iniziative preparatorie ai test di valutazione attitudinale, secondo standard internazionali. "Il Documento approvato dal Consiglio Nazionale - ha aggiunto, il Presidente Bianco - individua una piattaforma responsabile, che

si propone di innovare un sistema formativo in grandissima crisi. Non esprime dogmi ma evidenze. Ed è rispetto a queste evidenze che chiediamo di confrontarsi, per migliorarle, a tutti coloro che hanno a cuore la qualità della professione medica - fondamento imprescindibile di quella dei servizi a tutela della salute - e soprattutto il destino, la vita, le speranze, la fiducia di decine di migliaia di giovani, oggi ostaggi e vittime di un sistema costoso, inefficiente, con tratti di inefficacia e che stenta a riconoscere il merito. L'unica cosa che non possiamo fare è stare fermi".

## Medici del lavoro: i chiarimenti del Ministero

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri aveva sottoposto al Ministero del Lavoro due interpellanti per chiedere chiarimenti a proposito di alcune importanti questioni. Il primo caso riguardava la stipula di convenzioni tra alcuni Enti Pubblici e alcune ASL per lo svolgimento delle attività di sorveglianza sanitaria. Il Ministero ha chiarito che questa possibilità è esclusa in quanto l'attività di sorveglianza sanitaria

non può essere affidata a soggetti che per motivi istituzionali svolgono attività di vigilanza e controllo. Per cui il servizio di medicina del lavoro della ASL, in quanto organismo controllore, non può svolgere attività in convenzione con nessun soggetto, pubblico o privato che sia, ma deve limitarsi a svolgere le sue funzioni istituzionali di controllo perché altrimenti si verificherebbe un conflitto di interessi. Il secondo chiarimento fornito dal Mini-

sterio è servito a precisare che il medico del lavoro non è gerarchicamente subordinato al responsabile del servizio di prevenzione e protezione, perché al medico deve essere garantita autonomia professionale. Per cui, anche se nell'organizzazione dell'azienda l'ufficio del medico del lavoro è inserito nel servizio di prevenzione e protezione, ciò non implica una subordinazione del medico rispetto al RSPP.

## Corte dei Conti: bilanci ENPAM

La relazione della Corte dei Conti sui bilanci ENPAM dal 2010 al 2012 traccia un quadro molto confortante sullo stato di salute dell'Ente previdenziale dei medici e degli odontoiatri italiani. Infatti le affermazioni conclusive dei giudici contabili sono che l'ENPAM "ha sempre conseguito risultati economici positivi", che ha un patrimonio netto "sempre aumentato negli anni" e che "è sempre stato più che sufficiente a coprire il valore della riserva legale prescritta". Giudizio positivo anche sulla riforma approvata dall'ENPAM nel 2013:

secondo la Corte dei Conti, il rapporto tra contributi e spesa previdenziale, che era peggiorato negli anni prima della riforma, adesso ha raggiunto l'equilibrio di lungo periodo. Resta in squilibrio il fondo speciale degli Specialisti convenzionati esterni che comunque dovrebbe arrivare ad una soluzione strutturale grazie all'introduzione del DURC ENPAM. Per quanto riguarda gli investimenti, la Corte dei Conti ribadisce la "necessità che la gestione finanziaria venga attentamente monitorata e che le scelte contemperino la ricerca della

redditività con la sicurezza dell'investimento". Raccomandazione che il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM sposa in pieno, tanto che attualmente le procedure di investimento sono certificate con sistemi di controllo interno ed esterno e, dopo l'affidamento a livello europeo, delle funzioni di risk advisor, si sta adesso concludendo la gara per l'affidamento del ruolo di investment advisor. Conclude la Corte che il bilancio tecnico dell'ENPAM è predisposto in modo tale "che il saldo si mantenga positivo per tutti i 50 anni di previsione".

## Informare i colleghi al cambio di turno

La Corte di Cassazione (sez. IV penale - sent. 51730 del 12/12/2014) ha confermato la condanna per un medico accusato di lesioni colpose. Il medico aveva eseguito un intervento di plastica addominale ad un paziente, al quale era seguita, senza colpa del professionista, una complicanza emorragica. Ma la colpa del medico, a giudizio della Cassazione, è stata quella di non aver

impartito adeguate istruzioni al personale di assistenza, nonché di assicurarsi che fosse disposta adeguata vigilanza post-operatoria sul paziente nel corso della notte e, inoltre, a fronte dell'insorgenza di ulteriori sintomi tali da indurre il sospetto di insorgenza della complicanza, dopo aver visitato il paziente, di aver lasciato la clinica comunicando che sarebbe tornato l'indomani senza dare

precise informazioni ai colleghi del cambio di turno. Secondo i giudici, quindi, il medico ha violato la regola prudenziale di informare compiutamente i sanitari del cambio di turno sulla situazione del paziente e, in questo modo, è stato responsabile dell'aggravamento di una complicanza che pure era insorta senza colpa medica. Per questo motivo, il ricorso del medico è stato respinto.

## Contro ogni discriminazione

"Si porta a conoscenza dei pazienti che qui lavora il dott. XXX. Essendo questo professionista un omosessuale, si pregano i pazienti di prendere le dovute precauzioni (al fine di tutelare la propria salute)". È questo l'inquietante cartello che è comparso nei giorni scorsi sulla porta di uno studio dentistico di una città toscana. Il messaggio, fir-

mato da un non noto "Organismo di tutela dei pazienti contro le malattie contratte in ambito odontoiatrico" è stato trovato appeso alla porta dal titolare dello studio, che ne è rimasto molto turbato e che ha avvertito il collega. Costui ha affidato ad un legale la tutela dei propri diritti. Sulla squallida vicenda è intervenuto anche il Presi-

dente della Commissione Odontoiatrica Nazionale, Giuseppe Renzo, che ha condannato senza discussioni l'episodio discriminatorio, contrario a qualsiasi principio costituzionale e deontologico, esprimendo la solidarietà della categoria odontoiatrica al collega fatto ingiustamente oggetto di irrisione e volgarità.

### CONVEGNI

#### Ricerca ed Innovazione per una Medicina di Genere

Firenze, 7 marzo 2015 - Orario: 8.30-17.30 - Aula Magna, NIC 3

AOU Careggi, Largo G.A. Brambilla, 3 - Firenze

**Responsabile scientifico:** T. Mazzei, (AOU Careggi)

**Comitato scientifico:** R. Abbate, M. Calamai, A.M. Celesti, G. Galanti, M. Maggi, T. Mazzei, M.T. Mechi

**Relatori:** R. Abbate (AOU Careggi) **Il percorso di genere per le Malattie cardiovascolari;** M.P. Amato (AOU Careggi)

**Donne e Sclerosi Multipla;** G. Baggio (AOU Padova) **La prospettiva di genere in medicina;** S. Benemei (AOU Careggi)

**Ricerca e Medicina di Genere;** G. Biggio (Univ. di Cagliari) **Cervello e genere;** A.M. Celesti (Consiglio Sanitario Toscana)

**La medicina in Toscana: realtà e prospettive;** G. Galanti (AOU Careggi) **Sport e genere: mito o realtà;** M. Maggi

(AOU Careggi) **Il sesso Fragile;** T. Mazzei (AOU Careggi) **Il genere nella chemioterapia antitumorale;** A.M. Moretti

(Pol. Bari) **Differenze di genere nella patologia respiratoria;** M.T. Mechi (AOU Careggi) **Il Centro per la ricerca**

**ed innovazione per la salute e medicina di genere;** F. Petraglia (AOU Siena) **Endometriosi e dolore mestruale,**

L. Rasero (AOU Careggi) **Una formazione per la Medicina di Genere;** V. Moore (European Inst. for Women Health,

Dublin) **Gender and Medical Education;** L. Ricci (ASL 8 Arezzo) **Diabete e Genere;** V. Zangone (Ist. Oncologico Veneto)

#### Tumori e Genere

**Interverranno:** A. Tesi (M. Rettore, Università di Firenze), M. Calamai (Direttore Generale, AOU Careggi), A. Casini (AOU

Careggi), E. Coccia (AOU Careggi), M.R. Di Tommaso (AOU Careggi), V. Ricca (AOU Careggi), D. Villari (AOU Careggi).

**ECM:** L'evento rientra nel Piano annuale della Formazione AOU Careggi 2015

**Destinatari:** Professionisti Sanitarie

**Costo:** Iscrizione gratuita; Scheda di iscrizione disponibile sul sito [www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it)

**Segr.Org.va:** Biliotti Giuliana, U.O. Formazione AOU Careggi Tel. 055.794.7746 fax 055.794.7393

[biliottig@aou-careggi.toscana.it](mailto:biliottig@aou-careggi.toscana.it)



# Adenuric<sup>®</sup>

(febuxostat)



**Manfredo Fanfani**

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

## IL FAZZOLETTO



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

---

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

***Continuazione dell'articolo all'interno della rivista***

*Una copia della pubblicazione può essere richiesta a [info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it)*