



ToscanaMedica

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



Il grande paziente psichiatrico

G. Casu, S. Domenichetti, S.E. Giustini,
F. Lena, G. Perugi, V. Quattrocchi, L. Roti

Si può fare a meno di compilare bene la cartella clinica?

S. Lenzi, M. Martelloni

La scheda MEWS per la valutazione postoperatoria del paziente chirurgico

L. Ghilli, G. Ciabatti, F. Babbini, G. Lattarulo, L. Martelli,
D. Scarlini, A.R. De Gaudio, V. Giovannini

Il passato e il presente dell'endoscopia

C. Foppa, L. Bandettini

N° 3 MARZO 2012

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Gli americani e Firenze nell'Ottocento
F. Napoli 4

EDITORIALE

- Il nome del paziente
A. Panti 5

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Il grande paziente psichiatrico
*G. Casu, S. Domenichetti, S. E. Giustini, F. Lena
G. Perugi, V. Quattrocchi, L. Roti* 6
- La psichiatria, come cambia
A. Panti 13

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Si può fare a meno di compilare bene la cartella clinica?
S. Lenzi, M. Martelloni 14
- L'evoluzione del fenomeno suicidario in Toscana
F. Voller 17
- Perdere la dignità in carcere
F. Ceraudo 18
- La scheda MEWS per la valutazione postoperatoria del paziente chirurgico
*L. Ghilli, G. Ciabatti, F. Babbini, G. Lattarulo,
L. Martelli, D. Scarlini,
A.R. De Gaudio, V. Giovannini* 19

RICERCA E CLINICA

- Trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)
F. Lamanna 22
- LES e Lupus Clinic di Firenze
L. Emmi, E. Beccastrini, D. Squatrito 24
- Il passato e il presente dell'Endoscopia. Parte 1
C. Foppa, L. Bandettini 25
- La depersonalizzazione
A. Bani 37
- Indicazioni delle Conferenze di Consenso per le gravi cerebrolesioni acquisite
B. Lombardi 39
- La gestione del diabete gestazionale
*A. Fedi, R. M. Nasto, E. Botti, M. E.K. Mie, B. Becchi,
I. Bonanni, P. Marini, L. Randazzo, T. Faraoni* 41

- L'utilizzo della radiofrequenza pulsata nel trattamento delle sindromi dolorose
M. La Grua 44
- La mortalità infantile della popolazione immigrata in Toscana
A. Sala, A. Martini, E. Chellini, C. Neri 46

BACHECA

REGIONE TOSCANA

- In Regione Toscana dopo l'Accademia del cittadino, nasce il GART, gruppo di cittadini al servizio della qualità e sicurezza delle cure
S. Albolino, E. Beleffi, P. Mosconi 29
- La formazione per la salute in carcere
B. Trambusti 30
- Prevenzione malattia da Streptococco Gruppo B
Consiglio Sanitario Regionale 33
- Indicazioni mediche all'analgesia nel parto con blocco neuro assiale
Consiglio Sanitario Regionale 35

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- La riforma sanitaria del Granducato di Toscana
M. Fanfani 48

SAPER FARE SAPER ESSERE

- Il socialismo ha fallito, il capitalismo ha fatto peggio
A. Panti 52
- La mutua comprensione tra medico e paziente
S. Beccastrini 53
- Genitori e figli
N. Picariello 55

SANITÀ NEL MONDO

- Verso un nuovo concetto di salute
G. Maciocco 56

LETTERE AL DIRETTORE

- L'aderenza alla terapia in psichiatria
G. Manfreda 57
- Riflessioni di getto sulla "medicina della crisi"
P.M. Mandelli 58

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

- CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI** 38/59/60
- NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi** 60

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXX n. 3 -marzo 2012
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
*John Singer Sargent,
A Torregalli Signore in giardino, 1910*

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2012 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti
Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi

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

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

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

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: 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.



Gli americani e Firenze nell'Ottocento

Città nell'immaginario collettivo internazionale, Firenze ha richiamato in passato numerosi artisti che fra Ottocento e primo Novecento in lei hanno trovato il sapore di una vita pacata propria ad un piccolo centro urbano e la contemporanea eclatante lezione artistica del suo passato.

Così, nell'attuale mostra presso Palazzo Strozzi (e aperta fino al 15 luglio) dal titolo *Americani a Firenze. Sargent e gli impressionisti del Nuovo Mondo*, troviamo pittori d'oltre oceano come John Singer Sargent (tra l'altro, nato a Firenze), William Merritt Chase o Thomas Eakins, oppure James Abbott McNeill Whistler e Mary Cassatt (ambedue personaggi di lunga presenza in Europa), tutti accostati a rappresentanti dell'arte fiorentina di quegli anni quali Telemaco Signorini, Silvestro Lega o Michele Gordigiani, oltre a scrittori quali Henry James.

In tal modo, attraverso la mostra, si delinea il clima culturale della città a cavallo di due secoli, fatto di vitalità locale – i postumi della stagione della *macchia* –, di apporti esterni, di arricchimenti da un passato che sa ancora stimolare anche se la lezione che viene appresa dai vari Frederick Childe Hassam o William Morris Hunt è quella della storia e della tradizione.

Tutti questi artisti, tornati in patria dal viaggio in Europa e da Firenze contribuiranno ad elevare il livello qualitativo ed espressivo dell'arte statunitense, ponendo le basi di un successivo costante affrancamento dall'arte europea, accentuatosi dopo la grande esposizione *Armory Show* di New York (1913).

Al contrario, Firenze troverà proprio in questo suo successo di richiamo internazionale lo spunto per una successiva (ed attuale) vocazione alla rendita del passato.

E quel fitto intreccio (anche ideale) fra Silvestro Lega e Edmund Charles Tarbell, Giovanni Boldini e John White Alexander, William Merritt Chase e Adolfo Tommasi, si diraderà successivamente, trovando l'arte d'oltre oceano riferimenti diversi, per quanto ancora la presenza statunitense in città sia avvertibile per le tante strutture scolastiche di specializzazione.

La mostra a Palazzo Strozzi, dunque, delinea il

clima cittadino di un secolo fa, dove erano presenti collezionisti quali Egisto Paolo Fabbri e Charles Loeser, capaci con le loro scelte artistiche di contribuire ad alimentare il clima culturale della città (l'amore dei due per le opere di Paul Cézanne):

mentre il primo è presente in mostra anche come pittore, la sorella Ernestine accompagna l'esposizione con fotografie del tempo, estremamente in sintonia con le opere pittoriche. Ma la città fine Ottocento offre ai visitatori d'oltre oceano anche un'atmosfera costituita da abitudini borghesi – un riflesso è riscontrabile nei ritratti eseguiti da Sargent e Chase oppure da Vittorio Corcos e Boldini –, da suggestioni – la lezione coloristica e formale assorbita da John La Farge –, da sapori – la vita negli alberghi di città o nelle ville in collina, rintracciabile nelle opere di Willard Leroy Metcalf –.

La mostra, curata da Francesca Bardazzi e Carlo Sisi, trova una sua collocazione certo nel programma della Fondazione Palazzo Strozzi dedicata a mostre che hanno come soggetto Firenze e che da qui si irradiano toccando temi di livello internazionale; ma l'esposizione si colloca anche tra le celebrazioni vespucciane, nel 5° anniversario della morte del navigatore fiorentino.

Americani a Firenze. Sargent e gli impressionisti del nuovo mondo

Palazzo Strozzi, fino al 15 luglio 2012

orario: tutti i giorni 9,00-20,00 (giovedì 9,00-23,00)



William Merritt Chase (*An Italian garden*, 1909).



Il nome del paziente

ANTONIO PANTI

Qualcuno ha definito il paziente moderno “esigente” perché non sopporta il male ma rivendica diritti, chiede risarcimenti, vuol decidere lui. Esistono diversi vocaboli per indicare chi si rivolge al medico. In un buon dizionario si leggono definizioni che ci aiutano a capire se chi sta di fronte al medico è semplicemente un essere umano che ha bisogno di aiuto oppure, pur nella stessa situazione, ha mutato atteggiamento culturale e collocazione sociale.

Paziente è il malato quando è affidato alle cure di un medico. Uno stato di fatto che diventa ruolo sociale (accettare di essere oggetto di cure) e implica disponibilità alla sopportazione, accuratezza nell'eseguire gli ordini del medico, tolleranza dei disagi e delle limitazioni imposte dalla malattia.

I medici però hanno clienti, cioè “pazienti” che si avvalgono abitualmente della loro opera di professionisti. Cliente, nell'antica Roma, è il cittadino che si pone sotto la protezione di una persona autorevole. È evidente che entrambi termini, paziente e cliente, presuppongono un rapporto paternalistico. Il termine “assistito” è tramontato con le Mutue, anche se esprime la situazione obbiettiva di colui che usufruisce di assistenza.

Esiste anche l'utente, colui che usufruisce di un bene pubblico, definizione burocratica del tutto estranea alla medicina che non eroga servizi come il gas o l'acqua ma offre complesse prestazioni personalizzate. La somma dei pazienti non è un'utenza perché peculiare del malato è il vissuto assolutamente personale. Neppure ha senso la parola “consumatore”, cioè acquirente di beni o servizi. Tutti possiedono la salute e, quando si ammalano, non vogliono tanto acquistare terapie quanto riacquistare la salute compromessa. E la salute, a differenza della sanità che ha un prezzo e piuttosto alto, è un bene immateriale.

Oggi si parla di “consumerismo” per indicare la tendenza dei consumatori a organizzarsi per difendersi dalla pubblicità indiscriminata e controllare qualità e prezzi dei prodotti. L'esperienza insegna che le associazioni dei malati esercitano un ruolo lobbistico molto lontano da questa definizione. I sociologi della medicina (esistono e sono tanti) considerano questo fenomeno un risvolto negativo rispetto all'auspicato incremento di *empowerment* del paziente, fatto questo positivo per conseguire la parità tra medico e paziente e superare il paternalismo medico verso una concreta alleanza terapeutica.

Il Codice Deontologico usa spesso la parola cit-

tadino, col significato di soggetto appartenente a uno stato e come tale portatore di doveri e di diritti. Il Codice considera il paziente portatore di diritti inalienabili, fundamentalmente l'autonomia decisionale che si esprime nell'istituto del consenso informato. Un passo avanti di grandissima portata, un vero cambiamento di paradigma rispetto allo stesso giuramento di Ippocrate.

Il Codice però impone al medico di assistere senza alcuna distinzione ogni persona umana. Sovviene che l'articolo 32 della Costituzione della Repubblica considera l'individuo, non il cittadino, meritevole della tutela della salute. Il lemma “individuo” amplia il concetto di tutela anche a chi non ha la cittadinanza ma comunque ha bisogno di cure. E questo impone la deontologia. Individuo è il singolo essere umano nella sua accezione biologica e sociale.

Ma il Codice Deontologico definisce l'oggetto delle cure del medico “persona umana” che è “l'individuo umano senza alcuna specificazione, considerato nell'ambito delle sue funzioni e rapporti sociali”. Persona è anche la maschera, il corpo, la vita, il soggetto di diritto, l'individuo in quanto esiste nella sua umanità e nelle relazioni con sé stesso e col mondo, dal cogito cartesiano alla *individua substantia rationalis naturae* di Severino Boezio. Persona è termine più estensivo per definire chi si rivolge al medico, tuttavia evoca discussioni filosofiche e religiose che divengono politiche. La medicina moderna riesce a rendere artificiale un fenomeno naturale quale la vita, all'inizio e al termine. Allora quando inizia o finisce quel soggetto di diritto e oggetto di rispetto che è la persona?

Il nome del paziente, in conclusione, non è una questione lessicale ma antropologica. L'uomo, nella malattia, si comporta più o meno come dall'inizio dei tempi, ma la percezione di se stesso è mutata, cambiata la società e trasformata la richiesta alla medicina, non soltanto la guarigione ma il mantenimento dell'eterna giovinezza o l'immortalità. Oggi non curiamo soltanto malati ma con la medicina di iniziativa, con la medicina antiaging, con la genetica e le protesi, con l'educazione alla salute e la “sanità in tutte le politiche”, curiamo i sani perché non diventino malati o perché pensiamo che la vita stessa sia una malattia?

Comunque non sostituiamo il nome del paziente, in grazia della privacy, con un numero. “Avanti il numero 7”! Meglio dire “Avanti il signore colla scheda numero 7”. Come vuol essere chiamato ce lo dirà lui.

TM



Il grande paziente psichiatrico

Il punto di vista sulla terapia

TOSCANA MEDICA – *Quale è l'inquadramento nosologico attuale delle grandi patologie psichiatriche?*

CASU – Sostanzialmente le grandi patologie psichiatriche, quelle cioè gravate dai maggiori costi sia individuali che sociali, vengono ancora oggi identificate secondo le vecchie classificazioni ottocentesche che descrivevano due grandi gruppi di malattie: il primo rappresentato dai disturbi dell'area schizofrenica, il secondo dai gravi disturbi dell'umore, depressioni maggiori ricorrenti con o senza sintomi psicotici e disturbi bipolari.

A questi gruppi più recentemente si sono aggiunti anche i disturbi del comportamento alimentare (in particolare le forme gravi di anoressia ed alcune forme di bulimia) ed i disturbi della personalità. Una variabile drammatica che aggiunge gravità a situazioni già notevolmente compromesse è rappresentata poi dall'incontro di molti di questi quadri patologici con le sostanze di abuso. Si realizza in questo modo una miscela devastante che peggiora in maniera drammatica la prognosi della malattia psichiatrica, ne ostacola il trattamento e complica enormemente il lavoro dei Servizi di salute mentale.

DOMENICHETTI – Le situazioni patologiche che ha adesso ricordato il dottor Casu un tempo erano considerate gravi perché il malato per lo più progrediva inesorabilmente verso la demenza, senza che fossero disponibili cure adeguate per rallentare questa devastante evoluzione. Non per niente la schizofrenia anticamente veniva chiamata anche "dementia precoc"!

Oggi a mio parere la gravità di queste malattie va "ripensata" di fronte agli strumenti terapeutici attualmente disponibili. Per fare un esempio nell'area schizofrenica e nel campo dei disturbi dell'umore, disponiamo di terapie, farmacologiche e psicosociali, veramente efficaci che hanno permesso di raggiungere dei successi di cura in passato semplicemente impensabili.

Ad oggi quello che ancora si può definire "incurabile" è rappresentato dal grande campo dei disturbi degli assetti di personalità, insensibili, se non sintomatici, ai trattamenti farmacologici e bisognosi di lunghi e complessi interventi di natura psicologica e psicoterapica.

Purtroppo bisogna riconoscere che i Servizi psi-

chiatrici sono oggi più preparati ad affrontare e gestire correttamente la "vecchia" patologia psicotica rispetto alle nuove richieste che arrivano invece dai soggetti con gravi disturbi della personalità, soprattutto per quanto riguarda la loro precoce individuazione a livello di popolazione.

QUATTROCCHI – Il riferimento alle patologie classiche (disturbo schizofrenico e disturbo dell'umore) che hanno fatto i colleghi, merita una precisazione che riguarda lo sviluppo delle strategie di presa in carico (diagnosi, terapia e riabilitazione) in particolare per le patologie dello spettro schizofrenico e per i disturbi del tono dell'umore. Nel trentennio post legge 180/833 si sono sviluppati modelli di cura multimodale e multidisciplinare.

Per queste patologie oggi si tende a limitare i ricoveri presso il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura alle situazioni cliniche di assoluta gravità ed acuzie (sono anche percentualmente rari i TSO), infatti questi pazienti vengono sempre più inseriti in percorsi assistenziali ben strutturati che molto spesso, se la presa in carico è precoce, esitano in quella che viene definita guarigione sociale. A tal proposito è opportuno sottolineare la differenza tra paziente cronico e paziente che necessita di un lungo trattamento nel tempo sì, ma modulato e dinamico nelle varie fasi del percorso di cura. Da molti anni infatti i servizi dipartimentali si impegnano per la riduzione del danno (adesione al trattamento, contenimento della sintomatologia, riduzione dell'alta emotività espressa familiare, riabilitazione ed inserimento sociale lavorativo ed abitativo in autonomia). Tutto ciò verso la promozione dell'empowerment della persona paziente fino a far sì che diventi membro di gruppi di auto e mutuo aiuto, facilitatori sociali e protagonisti/testimoni nelle occasioni di educazione alla salute nelle scuole etc.

Accanto a questi quadri che definiamo "maggiori", troviamo i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi di personalità (con particolare attenzione e preoccupazione per il disturbo borderline) ed i disturbi dell'adattamento, oggi assai più frequenti che in passato anche a causa di una generalizzata incapacità a tollerare fattori stressanti, frustrazioni etc. Il Pronto Soccorso Ospedaliero accoglie molto spesso persone

GIULIANO CASU¹, SANDRO DOMENICHETTI²,
SAFFI ETTORE GIUSTINI³, FABIO LENA⁴,
GIULIO PERUGI⁵, VINCENZA QUATTROCCHI⁶,
LORENZO ROTI⁷

¹ Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti della Asl di Prato

² Responsabile dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti ASL Firenze;

³ Medico di medicina generale, coordinatore commissione CCM Fimmg Pistoia

⁴ Dirigente del Servizio Farmaceutico della Asl di Grosseto

⁵ Ricercatore, Università di Pisa

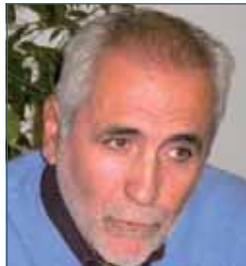
⁶ Responsabile del Dipartimento di Salute mentale della Asl di Empoli

⁷ Dirigente del settore Servizi alla persona del Dipartimento della Salute della Regione Toscana

PARTECIPANO



Giuliano Casu



Sandro Domenichetti



Saffi Ettore Giustini



Fabio Lena



Giulio Perugi



Vincenza Quattrocchi



Lorenzo Roti

con disturbo dell'adattamento per la frequente messa in atto di comportamenti lesivi per la propria incolumità fisica, comportamenti che sono molto spesso sintomo di una enorme difficoltà ad adeguarsi ai cambiamenti, alle separazioni, alle perdite che si verificano naturalmente nel corso della vita. Il fenomeno che attraversa la popolazione senza distinzione di età, di sesso e di condizione sociale, sembra appunto esprimere le peculiarità della vita contemporanea che obbliga, in un clima di competitività, a coltivare obiettivi di perfezione, di bellezza, di benessere a tutti i costi.

Ma tornando ai pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare e con Disturbo Borderline di Personalità, sono del parere che richiedono una presa in carico complessa che prevede una competenza ed un percorso specifico che deve strutturarsi nei Servizi per la Salute Mentale.

Da anni si ritiene necessario un forte impegno a garantire, anche attraverso percorsi formativi per tut-

ti gli operatori coinvolti, una effettiva presa in carico, specifica, dei pazienti affetti da questi disturbi, attualmente così emergenti.

PERUGI – La vecchia nosografia psichiatrica basata essenzialmente sugli elementi prognostici dei grandi quadri psicotici, appare oggi in crisi soprattutto sotto la spinta degli studi di neuroimmagine e di genetica molecolare. La distinzione tra schizofrenia e psicosi maniaco-depressiva appare sempre meno definibile e si assiste all'esplosione di patologie caratterizzate da grande instabilità, impulsività, uso di sostanze, queste ultime sempre più numerose ed ubiquitarie, che ha cambiato l'approccio alle grandi patologie psichiatriche. Conseguentemente anche l'offerta dei servizi psichiatrici si è trovata a fronteggiare una realtà in cambiamento, fatta di vecchia e nuova cronicità che richiede risposte più complesse e specifiche per i singoli quadri clinici che vanno al di là degli interventi di supporto farmacologico, psicologico e riabilitativo, nati sulla realtà del paziente schizofrenico cronico con decorso deteriorativo.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono i disturbi cosiddetti da assetto della personalità che oggi tanto spesso vengono chiamati in causa?*

QUATTROCCHI – Il disturbo di personalità che mette a dura prova maggiormente i Servizi per la Salute Mentale, è il disturbo borderline, insieme al disturbo antisociale ed a quello narcisistico talvolta commisti e confusi tra loro. A questi si aggiungono il disturbo esplosivo di personalità ed altri. Per quanto riguarda il disturbo borderline si esprime sostanzialmente con un disagio che coinvolge interamente la persona afflitta da una percezione di vuoto incolmabile e da una rabbia inesauribile verso gli altri e verso se stessi. Ci troviamo a prenderci cura di persone molto instabili sia per quanto riguarda le relazioni interpersonali, che per quanto riguarda gli affetti e l'immagine di sé. Non è infrequente la presenza di marcata impulsività, di autolesionismo e di associazione di abuso di sostanze.

PERUGI – Quello che oggi viene identificato con i disturbi di personalità è una complessa varietà di quadri clinici ad esordio precoce, nell'infanzia o nell'adolescenza, caratterizzati da grande instabilità affettiva, disturbi comportamentali e marcate difficoltà relazionali. Spesso queste forme sono complicate o scatenate dall'uso di sostanze, che spesso mette in crisi la distinzione tra servizi psichiatrici e servizi per le tossicodipendenze. Molti di questi pazienti rappresentano forme di cosiddetta "doppia diagnosi" che richiedono interventi specifici.

TOSCANA MEDICA – *Perché la frequenza di questi disturbi sta aumentando costantemente?*

CASU – Noi sappiamo che la personalità di un soggetto si forma nei primi anni di vita per risultare poi compiutamente strutturata nell'adolescenza. Oggi viviamo in un contesto sociale che involontariamente tende a promuovere l'insorgenza di questi disturbi, nel senso che gli attuali sistemi educativi e familiari conducono ad una ben scarsa tolleranza alla frustrazione e parimenti al bisogno del soddisfacimento immediato

di qualsiasi bisogno. Si realizza pertanto uno stimolo talvolta eccessivo all'autoaffermazione, come se tutti dovessimo partecipare ad un grande banchetto di offerte sociali dal quale non possiamo assolutamente tollerare di essere esclusi. I nostri giovani vivono la competizione come partecipazione obbligata e dovuta ad una sorta di piacere collettivo e quando la realtà si dimostra sfortunatamente diversa dalle aspettative, di fronte ad una qualsiasi frustrazione, si innescano immediatamente modalità relazionali e comportamentali caratterizzate da mancato controllo degli impulsi e dal tentativo di soddisfare il prima possibile il bisogno negato. Ecco quindi comparire grande instabilità relazionale ed affettiva con possibili condotte autolesioniste e finanche suicidarie, per lo più a scopo dimostrativo. Spesso si associa poi a queste situazioni, già molto complesse, l'assunzione delle nuove sostanze di abuso. Non più la "vecchia" eroina, che portava alla marginalità e all'esclusione sociale, ma la cocaina, le amfetamine, l'ecstasy utilizzate al contrario secondo dinamiche di caricaturale inclusione sociale, in una pericolosissima e distorta autoesaltazione della competitività sociale.

ROTI – Le testimonianze degli esperti fino ad ora esposte pongono qualche problema a chi si deve occupare di programmazione a livello di Sanità pubblica perché disegnano un quadro molto differente da quello che un po' tutti noi eravamo stati abituati a conoscere durante gli anni di studio universitario. Le nostre conoscenze in campo psichiatrico erano e probabilmente ancora sono legate alla vecchia tassonomia e, seppure non specialisti in materia, tutti i medici hanno per lo meno sentito parlare ad esempio di depressione, disturbi ossessivo-compulsivi, psicosi, schizofrenia. Rappresentando queste classificazioni ancora oggi la base sulla quale la Sanità pubblica esegue la programmazione in campo psichiatrico, penso sia giunto il momento di prendere in seria considerazione i nuovi fenomeni patologici che, come abbiamo sentito, stanno sempre più affermandosi in diverse classi di popolazione.

A livello di programmazione è infatti estremamente importante sapere se la percentuale del 2-2.5% di popolazione sulla quale ci siamo finora basati quando si parla di gravi patologie psichiatriche può essere ancora considerata attendibile.

TOSCANA MEDICA – *L'intervento del dottor Roti sollecita una domanda molto importante: esistono dati epidemiologici che quantifichino i "nuovi" quadri psichiatrici legati ai disturbi del comportamento ed i loro costi associati?*

GIUSTINI – Si tratta di una domanda alla quale è molto difficile rispondere perché stiamo parlando per lo più di condizioni di disagio esistenziale che con sempre maggiore frequenza si trasformano in vere e proprie condizioni di patologia. Per questo motivo la codifica di queste condizioni è molto difficile non rientrando, almeno nelle prime fasi, in alcuna delle categorie tassonomiche oggi usate. Se i pochi dati attualmente disponibili e confermati dall'OMS parlano di una percentuale oscillante tra lo 0.5 e lo 0.4 di popolazione relativamente ad una condizione ben codificata come il disturbo bipolare, quando si parla ad esempio dei temperamenti ipomaniacali (situazione in qualche modo avvicinabile ai di-

sturbi della personalità) la percentuale sale al 4.7%. In pratica noi oggi dobbiamo prendere in considerazione situazioni di sofferenza e di disagio esistenziale non sempre ben definite che però hanno una altissima possibilità di trasformarsi in veri e propri stati di malattia.

LENA – Dalla mia esperienza all'interno di un Servizio farmaceutico in grado di monitorare i flussi prescrittivi ed il consumo dei farmaci posso confermare che le percentuali adesso riportate dal dottor Giustini sono sostanzialmente corrette, per quanto riguarda sia la dispensazione ospedaliera dei farmaci che quella ai singoli pazienti.

PERUGI – Tutti gli studi epidemiologici nazionali ed internazionali degli ultimi 20 anni ci confermano che la maggior parte degli individui che utilizza stabilmente servizi psichiatrici soffre di quadri complessi e nel corso della vita incontra i criteri per più di un disturbo mentale, in molti casi anche 4 o 5. Ciò significa che esiste una grande quantità di soggetti che presenta un decorso variabile caratterizzato da aspetti sindromici diversi, la qual cosa rende difficile una programmazione basata sulle diagnosi classiche. In particolare molte forme complesse ad esordio precoce sfuggono ad un inquadramento univoco.

TOSCANA MEDICA – *Quale è il ruolo del medico di famiglia nella diagnosi di queste situazioni?*

GIUSTINI – Anche in questo campo è stato ormai dimostrato che i risultati terapeutici migliori si ottengono quanto più precocemente viene ottenuta la diagnosi. I medici di medicina generale, soprattutto nel caso di situazioni borderline, si trovano però di fronte a soggetti per lo più non ancora veramente malati, di difficile inquadramento, talvolta giovanissimi, con cortei sintomatologici estremamente variegati ed indefiniti per i quali, anche in presenza di un forte sospetto di patologia psichiatrica, appare molto difficile sia consigliare che fare accettare il ricorso allo specialista. Il rischio pertanto è quello che la situazione si cronicizzi, virando sempre di più verso la malattia vera e propria. L'associazione con le sostanze di abuso ovviamente complica lo stato delle cose e molti degli interventi che potrebbero essere messi in pratica anche a livello di medicina di base (per esempio campagne di sensibilizzazione a livello scolastico) vengono spesso vanificati o ignorati.

TOSCANA MEDICA – *Dal punto di vista degli specialisti esiste accordo sulla diagnosi e sui criteri che la devono sostenere?*

QUATROCCHI – Per quanto riguarda la diagnosi del disturbo borderline di personalità si può dire che le cose oggi sono abbastanza ben codificate pertanto c'è in linea di massima un accordo rispetto alla diagnosi. Il paziente borderline o come si legge in letteratura (A. Correale), borderless cioè senza limite, vive in un costante stato disforico offensivo ed allarmato, non riesce ad aver quiete con tendenza ad azioni estreme in una dimensione esistenziale collegata ad esperienze traumatiche.

Il problema è che altri disturbi della personalità, oggi, tendono sempre più spesso a confondersi con quel-

lo borderline, comparando in soggetti che tendono ad affrontare le proprie difficoltà di relazione con il mondo attraverso modalità ora ambivalenti, ora persecutorie, ora di idealizzazione estrema e che colmano la sensazione di vuoto spesso con comportamenti compensatori autolesivi.

CASU – La diagnosi dei disturbi di personalità non appare certo facile, visto che in psichiatria la diagnosi si basa essenzialmente sulla clinica, senza poter ricorrere a criteri di validazione esterni quali quelli forniti dalla diagnosi strumentale o di laboratorio. I criteri classificativi attuali certamente hanno migliorato il livello di concordanza tra i clinici, anche se talvolta a scapito della validità della diagnosi stessa. Oggi si può disporre di una sistematizzazione abbastanza soddisfacente solo per le grandi patologie, mentre per i disturbi di personalità dovremmo aspettare i futuri sistemi classificativi basati su diagnosi di tipo dimensionale (dimensione “rabbia”, “introversione”, “impulsività” “sospettosità” e così via) e non più categoriale, visto che soprattutto il disturbo borderline si embrica e si sovrappone con altre situazioni ad oggi mal definite come ad esempio il disturbo narcistico. Questa nuova impostazione richiederà senza dubbio un notevole sforzo sia culturale che metodologico, visto che una diagnosi dimensionale presuppone un approccio al malato del tutto diverso da quello più semplice e “consolatorio” della diagnosi categoriale.

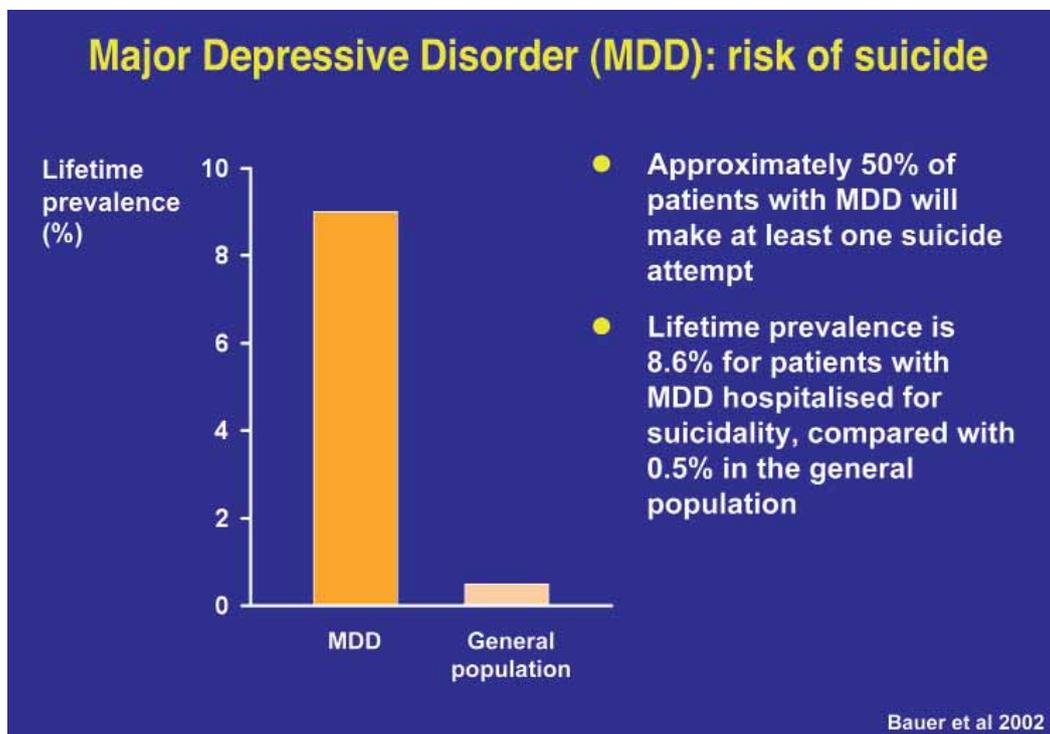
DOMENICHETTI – In tema di classificazione il sistema più usato è ancora oggi il cosiddetto DSM dell’Associazione Americana di Psichiatria, del quale nel 2013

uscirà la quinta versione. Solo qualche osservazione per fare capire quanto sia in evoluzione la materia della quale stiamo parlando. Circa quindici anni fa la seconda versione del DSM riportava 156 categorie di malattie mentali che nel 2013 diventeranno addirittura 358, arrivando a comprendere anche il “lutto senza depressione” (come se l’esperienza umanissima di una perdita cara venisse tout court traslata in una esperienza di malattia) e l’“astinenza da caffeina”.

Le nostre classificazioni insomma sono gravate da una certa “provvisorietà” legata soprattutto alla ricerca continua di molecole target che mentre cercano di colpire un sintomo, finiscono talvolta per creare una nuova malattia.

Secondo me i manuali diagnostici che usiamo in psichiatria, primo tra tutti appunto l’ormai universale DSM, dovrebbero avere una visione d’insieme maggiormente critica, per evitare come successo in passato che prestigiosi studiosi già coinvolti nelle versioni precedenti del manuale lo abbandonassero scandalizzati dalla vera e propria esplosione delle diagnosi riscontrata nelle edizioni successive.

PERUGI – La diagnosi in psichiatria rappresenta ad oggi un problema non risolto. Come già detto, l’introduzione di sistemi internazionali basati su criteri operativi ha risolto solo parzialmente il problema sollevandone di nuovi, come ad esempio la comorbidità e non rimuovendo il problema della soggettività. Nella pratica clinica la diagnosi in molti casi dipende più dal medico che dal paziente. Molti soggetti possono essere diagnosticati come personalità borderline, disturbo bipolare o schizofrenia a seconda del momento in cui sono visti e della formazione dello specialista che pone



It has been estimated that 50% of patients with depression will make at least one suicide attempt during their lifetime, and that suicide increases the global burden of MDD by 40%⁽¹⁾. Clinically depressed patients who have been hospitalised for suicidality have a lifetime risk of suicide of 8.6%, compared with 0.5% in adults with non-affective illness⁽¹⁾. However, it should be noted that there are no reliable measures to predict which patients are at the greatest risk of suicide.

Reference: (1) BAUER M. et al. *World J. Biol Psychiatry* 2002; 3: 5-43.

la diagnosi. Con l'avvento di modelli dimensionali di spettro si è ulteriormente complicata la situazione.

ROTI – Credo che il passaggio fondamentale dalla diagnosi psichiatrica categoriale a quella dimensionale debba implicare un ragionamento a livello di professione che, oltre ovviamente agli specialisti, deve estendersi anche a chi dispone della peculiare capacità di riconoscere l'esordio precoce di questi disturbi, vale a dire i medici di medicina generale con il loro particolarissimo rapporto medico-paziente/familiari. Si tratta di costruire un intero sistema basato su nuove concezioni diagnostiche e classificative che necessariamente richiederà la collaborazione partecipata dei tanti professionisti impegnati in questo settore.

TOSCANA MEDICA – *Sulla scorta di quanto detto finora è possibile inserire il nuovo percorso diagnostico terapeutico dei disturbi della personalità all'interno di quello più generale della cronicità? E quale potrebbe essere il rapporto costo-efficacia di un simile percorso che, oltre ad essere di vantaggio ai malati, conduca anche ad una valutazione complessivamente positiva dell'appropriatezza dell'intervento attuato?*

GIUSTINI – A parte i disturbi dei pazienti più giovani i medici di famiglia si trovano a gestire in prima persona i mille problemi della cronicità e tra questi anche le patologie psichiatriche dell'anziano per le quali però è relativamente semplice l'invio allo psichiatra o al geriatra. Il problema di fondo è legato tuttavia alla mancanza di un linguaggio comune tra il medico di medicina generale, che magari ha studiato qualche anno fa e lo specialista abituato a muoversi in un ambiente

completamente diverso dal punto di vista culturale e concettuale. Ogni medico di medicina generale ha tra i propri pazienti qualche soggetto psichiatrico, schizofrenico o psicotico, ormai ben conosciuto, "inquadrato" e tutto sommato di gestione non troppo complicata. Quello che invece crea qualche problema, anche ai colleghi di più giovane età, è il rapporto con i soggetti affetti da disturbi di vario tipo della personalità, situazioni che culturalmente la medicina generale non è stata preparata ad affrontare. Credo sia davvero pertanto fondamentale costruire un nuovo linguaggio che permetta ai medici di medicina generale ed agli specialisti di garantire un'assistenza integrata davvero efficace.

PERUGI – La comunicazione efficace tra medico di medicina generale e psichiatra è cruciale da un lato per intercettare precocemente le situazioni a rischio, evitando gravi complicazioni, e dall'altro favorendo una migliore gestione degli interventi terapeutici. A questo proposito la formazione dei medici di medicina generale richiede continui aggiornamenti volti ad implementare le conoscenze sui nuovi modelli diagnostici e sui nuovi trattamenti.

LENA – La discussione tra una diagnosi categoriale ed una dimensionale, che probabilmente occuperà gli esperti ancora per qualche anno, inevitabilmente si ripercuote anche sui comportamenti pratici della clinica di tutti i giorni. A questo proposito ricordo che ho avuto modo di seguire un gruppo di 350 pazienti per 6 anni registrando tutti gli shift di terapia che in questo periodo avevano presentato. Si trattava di una coorte di soggetti provenienti da quattro zone geografiche abbastanza lontane tra di loro le cui prescrizioni di farmaci

Impact of not achieving remission

- Patients with MDD who do not achieve remission may be at increased risk of:
 - relapse or recurrence of depressive symptoms
 - more severe and chronic future depressive episodes
 - shorter duration between depressive episodes
 - persistent impaired psychosocial functioning in work and relationships
 - greater risk of morbidity or mortality from stroke, diabetes, cardiovascular disease, suicide

Paykel et al 1995; Judd et al 1997 & 2000; Trivedi 2006

When patients achieve response, rather than remission, they are at a greater risk of relapse or recurrence of depressive symptoms⁽¹⁾. Approximately three-quarters of patients with residual symptoms following partial remission experience subsequent relapse⁽²⁾. Compared with patients achieving remission, patients who achieve a response have a poorer clinical outcome, an increased risk of severe and chronic future depressive episodes, and a shorter interval between episodes⁽¹⁾. Patients who do not achieve remission experience impaired psychosocial functioning in both their work and their relationships with others. There is also an associated increased risk or morbidity and mortality from stroke, diabetes, cardiovascular disease⁽³⁾. Not achieving remission is also linked to an elevated lifetime prevalence of suicide attempts⁽⁴⁾.

References: (1) Judd LL et al. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1501-1504. (2) Paykel ES et al. *Psychol Med* 1995; 25: 1171-1180. (3) Trivedi MH. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (Suppl 6): 27-32. (4) Judd LL et al. *J Affect. Disord* 1997; 45: 5-17.

psichiatriche presentavano comportamenti decisamente difforni tra di loro, sia per l'approccio specialistico che di quello della medicina di base. Questo significa che anche in Toscana molto c'è ancora da fare per fare sì che le migliori evidenze riescano davvero ad affermarsi.

TOSCANA MEDICA – È possibile che linee-guida adeguate e protocolli specifici possano migliorare la comunicazione tra specialisti e medici di medicina generale, secondo quello adesso riferito dal dottor Lena?

DOMENICHETTI – A differenza che in altri campi della Medicina, in ambito psichiatrico le linee – guida, generalmente della durata di pochi anni, hanno più valore di discussione e dibattito che di indirizzo e punto di riferimento.

A Firenze comunque la collaborazione tra gli psichiatri ed i medici di medicina generale è ben avviata ormai da diverso tempo, strutturata attraverso momenti di collegamento di varia natura (materiale cartaceo, occasioni di discussione, gruppi clinici ecc.). Bisogna però riconoscere che le nostre malattie sono in continua evoluzione e ben difficilmente possono venire inquadrare in schemi e protocolli di lunga durata. Questo oggettivamente complica anche i rapporti con la medicina generale, non fosse altro per le indicazioni terapeutiche che possono cambiare in maniera significativa anche in un breve intervallo di tempo.

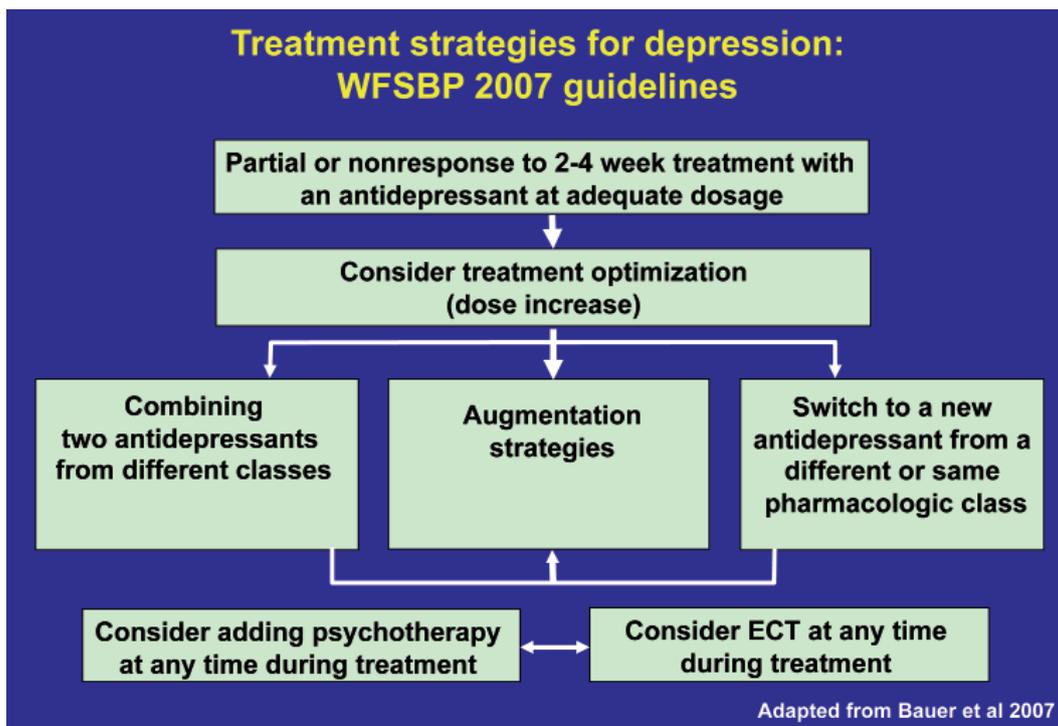
Per l'anno in corso cercheremo di sfruttare al meglio il rapporto esistente tra l'ospedale ed il territorio in relazione alla cronicità, indirizzando in appositi percorsi ospedalieri i cosiddetti depressi cronici (o meglio distimici con depressione resistente) che spesso affollano gli ambulatori dei medici di base rischiando purtroppo, in assenza di adeguati interventi farmacologici e psicoeducativi, la cronicizzazione della loro malattia.

Ovviamente sarebbe auspicabile che la Regione patrocinasse dei momenti di formazione comune tra specialisti e medici di medicina generale, per evitare che vengano vanificate esperienze simili a quella che ho adesso descritta. Tra l'altro all'amministrazione regionale preme molto la riduzione del consumo di farmaci serotoninergici nelle depressioni lievi e questa potrebbe essere una buona strada da percorrere.

La comunicazione tra specialista e medico di medicina generale appare poi estremamente importante anche nel caso dei giovani adulti che iniziano a manifestare tratti dissonanti rispetto ai normali comportamenti. Si tratta di situazione di difficile gestione in primo luogo perché appare difficilissimo fare accettare la realtà prima ai familiari e poi al paziente stesso. In questi casi la comunicazione efficace tra i vari professionisti può veramente fare la differenza, riuscendo ad identificare soluzioni non strettamente "mediche" quali per esempio l'invio dei pazienti ai Centri Giovani del Comune o delle Asl dove sono disponibili interventi di carattere psicologico e/o educativo in grado di intercettare precocemente e gestire al meglio una richiesta d'aiuto magari ancora non ben definita prima che si strutturi in malattia vera e propria.

ROTI – La Regione, che a breve proporrà una delibera di indirizzo in questo senso, è ovviamente molto interessata alla costruzione di una rete di competenze specialistiche psichiatriche e psicoterapeutiche nell'ambito dell'organizzazione delle cure primarie e guarda con molto favore alle esperienze che in questo periodo, oltre che a Firenze, stanno iniziando anche a Grosseto ed a Lucca.

TOSCANA MEDICA – Tra le varie opzioni di cura, quale è l'importanza attuale e quali le novità dell'approccio farmacologico ai grandi disturbi psichiatrici?



Reference: Bauer et al. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2007; 8(2): 67-104.

CASU – La terapia farmacologica delle gravi patologie psichiatriche, basata su molecole introdotte efficacemente nella pratica clinica più di cinquanta anni fa, ha modificato in maniera radicale il modo di approccio a queste condizioni insieme alla loro storia naturale.

A partire dagli anni ottanta sono comparsi farmaci importanti, come gli inibitori del reuptake della serotonina, che hanno in qualche maniera superato i “vecchi” triciclici, praticamente unico cardine sul quale per anni si è basata la terapia degli stati depressivi e dei disturbi d'ansia.

Per quanto riguarda i disturbi dell'area psicotica una grande novità terapeutica è rappresentata dai cosiddetti neurolettici atipici che si sono dimostrati in grado di migliorare sensibilmente l'aderenza dei pazienti allo schema di cura farmacologica proposto, con benefici sulla riduzione dei sintomi ed il mantenimento di un buon livello di vita lavorativa o di studio. Tra l'altro i neurolettici atipici sono caratterizzati anche dal non presentare importanti effetti collaterali, come quelli a carico del sistema extrapiramidale, che invece si riscontravano con le molecole di prima generazione.

QUATTROCCHI – Se la terapia farmacologica di prima generazione ha contribuito al superamento delle istituzioni psichiatriche totali tutti i neurolettici atipici e gli antidepressivi di nuova generazione hanno svolto una funzione veramente innovativa rispetto agli effetti collaterali e conseguentemente rispetto alla adesione al trattamento da parte del paziente. Gli antipsicotici atipici, associati a percorsi di cura e riabilitazione sempre più mirati, hanno permesso spesso evoluzioni inaspettate come già precedentemente descritto. Le caratteristiche sostanziali sia dei neurolettici atipici che dei nuovi antidepressivi, hanno consentito anche un uso ampio e trasversale nelle varie forme psicopatologiche. Anche se, nel corso degli anni l'utilizzo trasversale, allargato e non specialistico, soprattutto degli antidepressivi di nuova generazione, ha reso necessaria una riflessione, ancora in atto, sull'appropriatezza delle prescrizioni anche in termini di durata del trattamento e sulla opportuna collaborazione nello specifico, tra psichiatri e medici di medicina generale.

PERUGI – Antipsicotici e antidepressivi di nuova generazione hanno rappresentato un passo avanti rispetto al passato, più in termini di tollerabilità che di efficacia. Indubbiamente questi farmaci hanno permesso di trattare numerose forme che in passato sarebbero risultate intolleranti alle vecchie cure. È stato inevitabile un uso forse talora non appropriato di questi farmaci con la tendenza all'impiego diffuso in forme non indicate, a dosaggi inappropriati e con variazioni rapide da un composto all'altro e durata di terapia inappropriata. Segnalerei anche l'uso diffuso di combinazioni tra più composti non sempre razionale e spesso basato su dubbie convinzioni personali, più che su una evidenza vera e propria. Rimane il fatto che soprattutto nel disturbo bipolare ed in alcune forme psicotiche croniche alcuni antipsicotici atipici hanno consentito il trattamento di casi un tempo destinati ad una evoluzione deteriorativa ed alle ricadute continue, permettendo anche l'accesso a trattamenti riabilitativi efficaci.

DOMENICHETTI – Vorrei affrontare per un momento la questione della terapia farmacologica dal punto di vista farmacoeconomico, prendendo come paradigma il disturbo bipolare. Per quanto riguarda la spesa per paziente di questa malattia, circa l'80% è rappresentato dai suoi costi indiretti quali ad esempio le giornate di lavoro perse, il 15% dai ricoveri in ospedale e solo il 5% dai farmaci. Se i farmaci in questi casi venissero usati correttamente, noi potremmo ridurre del 50% i costi diretti (ospedalizzazione) e di ben l'80% quelli indiretti.

Un discorso a parte andrebbe fatto per gli antidepressivi serotoninergici e soprattutto per quelli a doppio attacco di recente introduzione (attivi sia sul sistema serotoninergico che su quello noradrenergico) che, partendo da un impiego essenzialmente specialistico, hanno visto ampliare le proprie indicazioni terapeutiche fino a comprendere anche la sterminata platea dei soggetti con disturbo d'ansia generalizzata.

Oggi tra l'altro i clinici, per una serie lunga ed articolata di motivi, stanno facendo un'azione che qualche anno fa era delegata alle aziende produttrici di nuovi farmaci, vale a dire la sperimentazione in fase 4, cioè al momento della prescrizione dopo l'immissione del farmaco in commercio. Questo ha significato che l'esperienza clinica ha fatto emergere la comparsa di effetti collaterali anche per molecole che all'inizio ne sembravano esenti, come per esempio la sindrome metabolica da antipsicotici atipici e l'allungamento del QT o la torsione di punta da alcuni SSRI.

LENA – Indubbiamente i nuovi farmaci disponibili in ambito psichiatrico, oltre ad un evidente aumento di efficacia, hanno provocato anche un incremento della aderenza alla terapia da parte dei pazienti. Quello che secondo me andrebbe però sottolineato è il fatto che la comparsa di effetti collaterali dovrebbe essere tenuta in maggiore considerazione soprattutto da parte di medici di medicina generale che, a fronte dell'oggettiva efficacia clinica, tendono ad usare questi farmaci in maniera per così dire più “disinvolta” che nel passato. La formazione, tesa anche ad individuare i soggetti complianti per questo tipo di terapie, deve pertanto rappresentare un momento di grande importanza, soprattutto per cercare di ridurre ancora di più i fenomeni tuttora ben evidenti di discontinuità ed abbandono delle cure. Tra l'altro la rete dei medici di medicina generale potrebbe rappresentare un ottimo sistema per monitorare il problema degli effetti collaterali, all'interno di un sistema di farmacovigilanza che in Toscana ha ormai raggiunto livelli di notevolissima efficacia.

TOSCANA MEDICA – *I nuovi approcci farmacologici alla depressione, accanto agli interventi psicoterapeutici e psicoeducazionali, possono essere utili per prevenire il suicidio, soprattutto nelle classi di popolazione più giovani?*

CASU – Il suicidio rappresenta un problema di enorme importanza, costantemente monitorato dall'OMS, che stima che nel mondo ogni 4-5 minuti una persona si tolga la vita. Le dimensioni del problema sono davvero preoccupanti se si pensa che i tentativi di suicidio sono ben 20 volte più numerosi di quelli riusciti. In Italia i tassi di suicidio oscillano a seconda delle statistiche tra 7 e 12 casi ogni 100.000 abitanti, con

la Toscana che fortunatamente si colloca nella parte bassa della classifica nazionale.

Ovviamente la depressione, i disturbi dell'umore e le forme miste rappresentano situazioni strettamente legate alle condotte suicidarie, nella quali molto importante appare la questione dei soggetti "non responders" alla terapie. In questi casi è pertanto necessario cercare di agire sui dosaggi dei farmaci e sulle associazioni con sostanze ad azione non propriamente antidepressiva come ad esempio i sali di litio. Oggi anche i neurolettici atipici come la quetiapina possono essere di utile impiego in questi pazienti.

DOMENICHETTI – In Toscana il tasso dei suicidi è diminuito dai 10.5 ai 6.8 casi per 100.000 abitanti nel 2008, con particolare rilevanza nella zona amiatina e nel Mugello verosimilmente a causa anche della bassa urbanizzazione e del conseguente isolamento sociale.

I nuovi farmaci, se correttamente prescritti ed assunti con costanza, si sono davvero rivelati efficaci nel ridurre l'evento suicidario nelle gravi patologie psichiatriche, all'interno di una presa in carico complessiva dei pazienti da parte dei servizi. Oggi si può dire con ragionevole certezza che il tentato suicidio fa parte ormai della storia di moltissimi nostri pazienti e non più del loro futuro.

ROTI – La Regione Toscana, proprio partendo dalle osservazioni adesso riportate circa la maggiore frequenza di suicidi nelle aree di montagna, ha attivato in collaborazione con le Comunità Montane un progetto denominato "Montagna in salute" basato su una rete di percorsi di formazione incentrati prevalentemente sulla medicina generale in grado di gestire anche il disagio psichiatrico e le sue conseguenze.

La psichiatria, come cambia

ANTONIO PANTI

I gravi disturbi psichiatrici studiati a scuola esistono ancora ma sono per lo più ben inquadrati e spesso stabilizzati in una qualche forma di cronicità. I nostri esperti sono assai più preoccupati dall'esplosione dei disturbi del comportamento alimentare e dall'epidemia dei disturbi borderline della personalità, che colpiscono prevalentemente i giovani e si associano all'uso di sostanze d'abuso. Situazioni cliniche devastanti che peggiorano la prognosi e ostacolano il trattamento. E contro le quali i servizi sono ancora impreparati perché strutturati sul vecchio quadro nosologico e quasi sorpresi dal nuovo. Ancora non esiste o è ai primordi un percorso terapeutico assistenziale che contenga queste nuove patologie, spesso legate all'uso di sostanze inclusive quali la cocaina, e che non possono essere affrontate altro che da gruppi di operatori interprofessionali.

Questi quadri morbosi sono in aumento forse perché, in una società troppo competitiva e incapace di superare le frustrazioni della vita, i giovani più spesso esplodono in reazioni psicotiche di fronte alla sensazione di vuoto incolmabile e di rabbia inesauribile che li angoscia in una sorta di instabilità relazionale, di aggressività, di autolesionismo. Il piacere è un obbligo e un diritto da conseguire comunque anche con comportamenti antisociali e narcisistici.

Tutto ciò non può non modificare la programmazione dei servizi. Ma quanti sono questi casi? Difficile dirlo, ma anche dall'uso di farmaci si presume che possa essere coinvolto circa il 4% della popolazione. Individuare questi casi non è facile perché il rapporto del medico di famiglia con adolescenti difficili è quanto mai problematico e anche la strada delle consulenze non è chiara. Inoltre tutto è reso più arduo perché la famiglia deve essere coinvolta nel processo diagnostico e di cura. Questo è un caso tipi-

co di necessità di collaborazione con i servizi sociali, la scuola, le associazioni, insomma di un approccio mediato dalla cultura del lavorare insieme che però non brilla oggi.

La diagnosi non dipende da esiti laboratoristici ma dall'approccio sintomatologico, secondo concordanze categoriali poco utili in questi casi, meglio secondo una valutazione dimensionale del temperamento del paziente, attenta alla presenza di fattori di rischio. Trattandosi di pazienti cronici un problema grande è quello di un linguaggio comune tra medici generali e specialisti. Nel quadro della continuità assistenziale forse sarebbero utili esperimenti di formazione a comune nel tentativo anche di ridurre i tempi molto lunghi di affidamento ai servizi.

Infine le terapie sono farmacologiche, psicoterapeutiche e educazionali. I neurolettici atipici hanno sensibilmente migliorato le possibilità di cura di questi casi, influenzando positivamente sull'adesione del paziente al progetto terapeutico. Soggetti come questi sono di per sé emotivamente variabili e spesso la terapia ha effetto quando si raggiunge una sorta di punto di rottura con la propria visione del mondo. Certamente i neurolettici atipici provocano molti eventi avversi, per lo più aumenti di peso. La spesa farmaceutica non deve preoccupare perché incide per circa il 5% sul costo complessivo di questi pazienti. Aumentare la spesa per farmaci potrebbe diminuire altre spese, per ricoveri o per costi indiretti, comportando un vantaggio economico per il servizio sanitario. Tra i tanti farmaci la quetiapina presenta alcuni vantaggi tra i quali quello di poter essere usata insieme ad altre molecole nei casi non responder e in quelli più gravi, quali la tendenza suicidaria. In conclusione la psichiatria presenta una nuova nosologia e possiede molti più strumenti per affrontarla.

TM

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



Scilla Lenzi, Laurea in Medicina e Chirurgia c/o l'Univ. di Pisa. Abilitazione all'esercizio professionale conseguita c/o l'Univ. di Pisa nel 2004. Specializzazione in Medicina Legale conseguita presso l'Univ. di Pisa nell'anno accademico 2009-2010.

Si può fare a meno di compilare bene la cartella clinica?

Il Codice di Deontologia Medica del 2006, all'articolo 26 riporta che: "La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate. La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche e terapeutiche e deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale".

La cartella clinica è quindi un documento fondamentale che ha lo scopo di illustrare passo dopo passo il percorso clinico del paziente, (*who, what, when and how of patient care during hospitalization*), e che, se correttamente compilata e comprensiva di alcuni requisiti essenziali, rappresenta uno strumento indispensabile per limitare il contenzioso medico-legale.

Le caratteristiche la cui presenza è ritenuta fondamentale sono i seguenti:

- **veridicità:** consiste nella conformità di quanto descritto dal medico (o da altro operatore sanitario) con quanto da lui constatato in modo obiettivo;
- **chiarezza:** il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da tutti coloro che hanno accesso alla cartella clinica;
- **completezza:** deve documentare tutto il percorso clinico del paziente;
- **tempestività:** i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi, con mezzo indelebile, specie se scritta manualmente;
- **pertinenza:** le informazioni riportate devono essere pertinenti con le esigenze informative definite sia dalle funzioni della cartella clinica sia dalle condizioni della persona assistita;
- **accuratezza:** ogni struttura deve definire

procedure atte a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e della loro eventuale trascrizione;

- **rintracciabilità:** deve essere possibile poter risalire a tutte le attività eseguite durante il ricovero, agli esecutori ed agli orari, ai materiali/presidi utilizzati.

In ambito di responsabilità professionale del medico la cartella clinica ha valore probatorio e ciò la fa diventare un'arma a doppio taglio per il sanitario perché, se redatta in maniera completa e contestuale all'effettuazione delle attività, può essere alla base della sua difesa, ma, se carente, andrà a

suo pregiudizio. Una difettosa tenuta della cartella clinica non può certamente creare un onere probatorio a carico del paziente per quanto in essa non contenuto ed anzi la carenza di dati consente il ricorso alle presunzioni: si presume che la prestazione non documentata non sia stata effettuata (Cass. 21 luglio 2003, n. 11316).

La disamina della giurisprudenza è fondamentale per comprendere le ragioni giuridiche e medico-legali alla base dell'aumento del contenzioso correlato alla cartella clinica:

- Cass. Civ. 12103/00: "la possibilità, pur rigorosamente prospettata sotto il profilo scientifico, che la morte della persona ricoverata presso una struttura sanitaria possa essere intervenuta per altre ipotetiche cause patologiche, diverse da quelle diagnosticate ed inadeguatamente trattate, che non sia stato tuttavia possibile accertare neppure dopo il decesso in ragione della difettosa tenuta della cartella clinica o della mancanza di adeguati riscontri diagnostici (anche autoptici), non vale ad escludere la sussistenza di nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici in relazione alla patologia accertata e la morte, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla";
- Cass. Civ. 577/08: "la difettosa tenuta della cartella non solo non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra condotta colposa dei medici e patologia accertata, ma consente il ricorso

SCILLA LENZI*, MASSIMO MARTELLONI**
 * Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni
 ** Direttore UO Medicina Legale e Clinical Risk Manager
 AUSL 2 Lucca

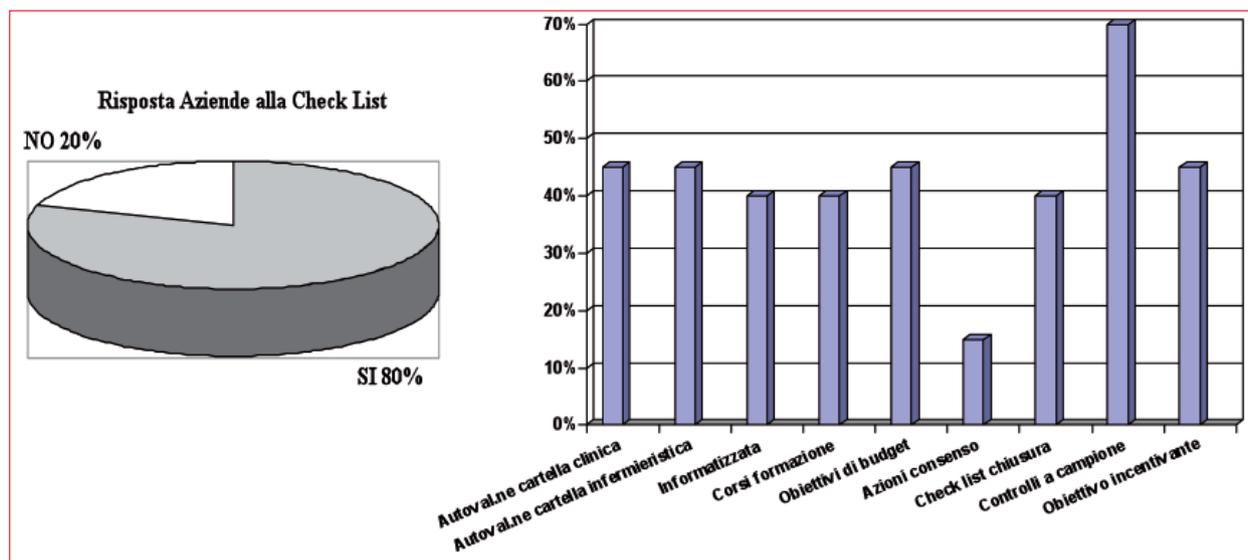


Figura 1

alle presunzioni, come avviene in ogni caso in cui la prova non possa essere data per un comportamento ascrivibile alla stessa parte contro la quale il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato;

- Cass. civ. 10060/10: “la sussistenza del nesso eziologico tra la patologia accertata dal medico, verosimilmente idonea a cagionare un pregiudizio al paziente e il pregiudizio stesso, si deve presumere allorchè sia impossibile accertare e valutare altri ipotetici fattori causali proprio in conseguenza della lacunosa compilazione della cartella clinica”;

- Cass. civ. 1538/10: “Questa corte, chiamata ad occuparsi di casi in cui la ricostruzione della modalità e della tempistica della condotta del medico non poteva giovare delle annotazioni contenute nella cartella clinica, a causa della lacunosa redazione della stessa, ne ha costantemente addossato al professionista gli effetti, vuoi attribuendo alle omissioni nella compilazione della cartella il valore di nesso eziologico presunto ... vuoi ravvisandovi una figura sintomatica di inesatto adempimento, essendo obbligo del medico – ed esplicitazione della particolare diligenza richiesta nell’esecuzione delle obbligazioni inerenti all’esercizio di un’attività professionale ex art. 1176 cod.civ. – controllare la completezza e l’esattezza delle cartelle cliniche e dei referti allegati”.

Una corretta compilazione della cartella clinica è utile quindi *in primis* per prevenire il contenzioso, individuando, dall’analisi della documentazione, eventuali errori, commissivi od omissivi, che avrebbero potuto causare un danno, e poi per sostenere, in caso di malpractice, il comportamento adeguato del sanitario.

I fattori correlati alla cartella clinica che alimentano maggiormente il contenzioso sono:

- scarsa leggibilità delle annotazioni (nome del farmaco, dosaggio, via di somministrazione);
- manomissioni della grafia (cancellature e correzioni non eseguite correttamente);
- spazi vuoti nel diario clinico, (non permettono

di ricostruire con precisione il percorso clinico del paziente);

- annotazioni prive di data;
- cattiva gestione di informazione e consenso (il modulo di consenso informato frequentemente non registra in modo specifico quanto comunicato in merito alle prestazioni che devono essere effettuate).

Non si può inoltre non evidenziare come un’errata compilazione della cartella possa dar luogo a difficoltà nella comunicazione tra sanitari, ad esempio in caso dell’uso di una sigla al posto del nome del farmaco, alterando di conseguenza il percorso assistenziale e portando allo sviluppo di eventuali eventi avversi.

Nell’ambito della gestione del rischio clinico e della prevenzione medico-legale dei conflitti si sottolinea quindi l’importanza di meccanismi di controllo della qualità nella compilazione della documentazione sanitaria, utilizzando anche griglie di valutazione o autovalutazione sia della cartella clinica che di quella infermieristica.

La Regione Toscana nel 2009 inviava tramite la Commissione Regionale di Bioetica una *checklist* alle Aziende Sanitarie in merito alla compilazione della cartella clinica, richiedendo risposte sui seguenti indicatori:

- autovalutazione cartella clinica;
- autovalutazione cartella infermieristica;
- informatizzazione;
- corsi formazione;
- obiettivi di budget;
- azioni per il consenso informato;
- *checklist* di chiusura;
- controlli a campione;
- obiettivo incentivante.

I dati che sono emersi nel 2010 da tale indagine sono stati interessanti (Figura 1).

In pratica emergeva che solo il 45% delle Aziende Sanitarie aveva un programma specifico di in-

1-Leggibilità/Regolarità di compilazione	7-Attività anestesiológica
2-Rintracciabilità	8-Attività Chirurgica(Registro operatorio)
3-Anamnesi+EO all'ingresso	9-Attività ostetrico-ginecologica
4-Diario Clinico+grafica	10-Consenso informato
5-Scheda Terapeutica	11-Lettera di dimissione
6-Attività Diagnostica con MDC	12-SDO

Figura 2

tervento in materia di corretta compilazione della cartella clinica e solo un 15% circa in materia di consenso informato.

Emergeva comunque un dato positivo in merito ai controlli campione fatti nel 70% delle Aziende Sanitarie, fatto spesso non accompagnato da azioni autovalutative.

Nel caso della cartella clinica, nell'AUSL 2 di Lucca è stata utilizzata una griglia autovalutativa costituita da dodici indicatori (Figura 2).

Ogni indicatore viene valutato con un punteggio da -1 (insufficiente), 0 (sufficiente), a +1 (buono) che viene poi ponderato secondo un coefficiente numerico. Ad ogni cartella viene quindi assegnato un punteggio totale, somma di tutti i voti ponderati e la valutazione complessiva della cartella clinica può risultare, a seconda del punteggio raggiunto, insufficiente, sufficiente o buona. I tempi di utilizzo della griglia sono di due minuti a cartella.

L'ASL 2 di Lucca ha svolto comunque tra il 2005 ed il 2007 una forte azione formativa in materia di corretta compilazione della cartella clinica ed infermieristica.

A riscontro della utilità di tali iniziative, il controllo annuale, fatto con lo stesso strumento sulle cartelle cliniche, oggetto di contenzioso, circa 50-60 per anno, compilate dal 2002 al 2011, ha dimostrato, come da tabella sottostante, che il trend estremamente negativo negli anni 2003-2005 viene seguito da un miglioramento lento negli ultimi anni, tanto che il punteggio medio complessivo delle cartelle di casi sottoposti a contenzioso, salvo un picco positivo del 2006, si mantiene su livelli migliori ancorché insufficienti, fino a salire positivamente al livello 0 alla fine del 2011, tenuto conto che il livello 0 è il

livello di sufficienza. In altre parole la non corretta compilazione della cartella clinica e la errata registrazione del consenso informato, pur permanendo, sono nettamente diminuiti come fattori di rischio causa di contenzioso, fin quasi a scomparire, fatto che indica la necessità di continuare a perseguire l'obiettivo della corretta compilazione della cartella clinica mediante formazione ed autovalutazione. (Figura 3).

La procedura di autovalutazione è caratterizzata da diversi vantaggi quali acquisire la consapevolezza dell'importanza di una buona compilazione della cartella, individuare eventuali elementi di carenza gestione delle cartelle cliniche, prevenire il contenzioso adottando iniziative di formazione, (*Audit e Morbidity and Mortality Review*), alla luce delle criticità emergenti e migliorare la qualità dell'assistenza nei confronti delle persone assistite.

È quindi evidente l'importanza di porre l'attenzione nella programmazione regionale sul tema della corretta compilazione della cartella clinica, dando le Aziende Sanitarie alle UO cliniche ed agli Osservatori Medico-Legali rispettivamente obiettivi specifici di *budget* in materia di autovalutazione e di misurazione della carenza compilazione delle cartelle cliniche sia per migliorare la qualità dell'assistenza prestata evitando i rischi clinici conseguenti sia per abbattere un chiaro fattore di rischio medico-legale nel determinismo di contenzioso risarcitorio.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: scillalenzi@gmail.com - m.martelloni@usl2.toscana.it

TM

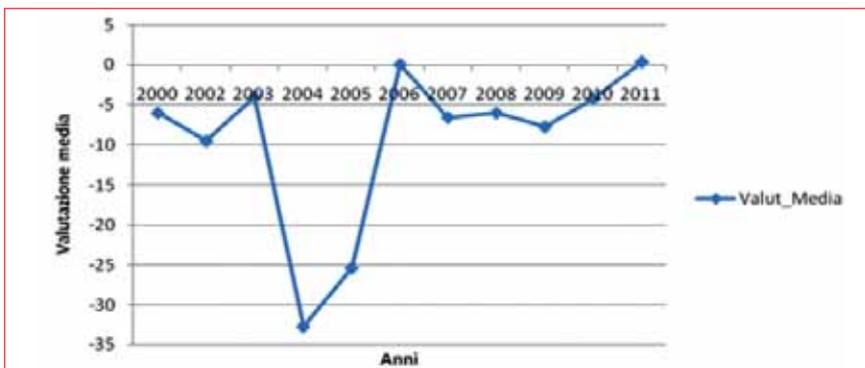


Figura 3

L'evoluzione del fenomeno suicidario in Toscana



Fabio Voller, Laurea in Scienza Politiche all'Univ. di Firenze, Master in Epidemiologia di II livello c/o l'Univ. di Torino. Ha frequentato il Corso residenziale Europeo "European Programme in Epidemiology". Dirigente Settore Epidemiologia Servizi Sociali Integrati Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

Dai dati italiani di mortalità per suicidio, pubblicati dall'Istituto Nazionale di Statistica per il biennio 2006-2007¹, si nota una certa stabilità rispetto agli anni precedenti con 3.701 decessi nel 2006, di cui il 76,8% maschi, e 3.757 nel 2007. La distribuzione geografica dei suicidi ha messo in evidenza come in alcune regioni del nord questo fenomeno risulti particolarmente frequente mettendo in evidenza l'esistenza di un marcato gradiente centro-nord rispetto al centro-sud. Infatti la regione con il più alto tasso di mortalità risulta essere la Valle D'Aosta (14,4x100.000 ab.), seguita dalla Sardegna (9x100.000 ab.), dall'Umbria (8,5x100.000 ab.) e dall'Emilia-Romagna (8,2x100.000 ab.). Al contrario, invece, le frequenze più basse sono state rilevate in Campania (4x100.000 ab.), Puglia (4,3x100.000 ab.) e Lazio (4,5x100.000 ab.). La Toscana con 6,8x100.000 ab. si situa poco sopra la media italiana (6,3x100.000 ab.).

In Toscana, secondo i dati del Registro di mortalità regionale (RMR), nel periodo 1988-2008 si sono verificati 6.280 decessi per suicidio (codici utilizzati E950-E959). Nell'ultimo triennio 2006-2008 sono morte per questa causa 791 persone con una media di 263 decessi

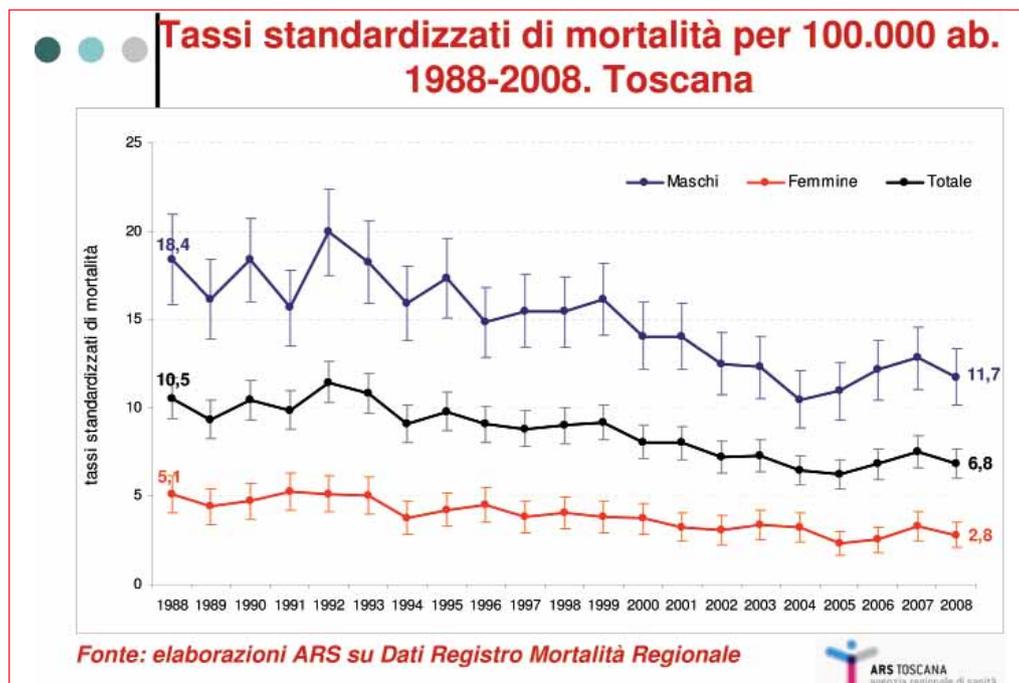
per anno. Passando ad osservare l'andamento temporale del fenomeno, nel periodo 1988-2008 anche in Toscana si assiste a una riduzione in entrambi i generi confermando valori nettamente superiori a carico del genere maschile. Complessivamente, nel ventennio di osservazione, l'evento suicidario risulta in riduzione. Come per l'Italia, anche in Toscana l'andamento del fenomeno mostra una discreta variabilità geografica con valori più elevati della media regionale nell'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Siena

(tasso di 9,9x100.000 residenti) e in quella di Prato (8,0). Al contrario, tassi inferiori a quelli regionali si riscontrano soprattutto nell'AUSL di Massa Carrara (5,8). Per quanto riguarda la distribuzione per genere, si conferma, anche sul nostro territorio, la prerogativa maschile con un valore di 12,2 rispetto al 2,8 del genere femminile. In quest'ultime il tasso più elevato si registra nell'AUSL di Prato mentre quello più basso lo riscontriamo nell'AUSL di Pistoia mentre, nel genere maschile, il valore più elevato risulta a carico dell'AUSL di Siena mentre quello inferiore nell'AUSL di Massa Carrara.

TM

FABIO VOLLER

Dirigente Settore Epidemiologia Servizi Sociali Integrati
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana



¹ Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://www.thcc.or.th/ICD-10TM/kv01.htm>.



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

Perdere la dignità in carcere

In carcere ormai non c'è spazio per muoversi. Si avverte persino la sensazione incombente di non avere aria per respirare. Uno sopra l'altro. Uno accanto all'altro. Materassi per terra addirittura lungo i corridoi. Letti a castello fino a rasentare il tetto. Il sovraffollamento si configura come una sorta *raffinata* di tortura.

Risulta fissato in 7 mq per persona la superficie minima auspicabile per una cella di detenzione. Le persone detenute in carcere vivono spesso in spazi più angusti di quelli in cui la legge intima siano allevati i maiali. Quando il sovraffollamento perde ogni proporzione rispetto alla capienza regolamentare di un Istituto, bisogna dare atto che si configura un *trattamento inumano e degradante*. (Art.3 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo).

Per la violazione sistematica di quanto sopra la Corte Europea dei diritti dell'uomo ha già condannato varie volte il nostro Paese. In queste condizioni esasperate, gravi elementi di turbolenza caratterizzano l'atmosfera di una cella.

Ci troviamo di fronte ad una condizione di sovraffollamento inaccettabile che lede diritti e dignità, un degrado strutturale che rende ancora più complicata l'esistenza quotidiana e che rende agevoli percorsi di ulteriore marginalizzazione. Un carcere sovraffollato implica spazi oltremodo ristretti e non igienici, una costante mancanza di privacy. In inverno mancano le risorse per pagare il riscaldamento. Non c'è l'acqua calda. Manca il carburante per i mezzi del nucleo di traduzione che devono portare i detenuti-malati in Ospedale per eseguire accertamenti diagnostici.

Di fronte ad un fabbisogno stimato tra i 90 e i 100 milioni di euro per mantenere i detenuti e pulire le carceri, sono stati stanziati 42,6 milioni di euro per quest'anno. Non sono più sicuri nemmeno quei 3,95 euro al giorno per farli mangiare. Siamo al collasso. Non si deve mai dimenticare che la privazione della libertà è una pena grave in sé e in quanto tale non va sovraccaricata di ulteriori inasprimenti impropri e di accanimenti persecutori.

Credo che sia finito il tempo delle disquisizioni. Tutti si affannano a formulare diagnosi, ma non si passa mai alla fase dell'intervento terapeutico. Occorre intervenire e subito per restituire dignità ai detenuti. Siamo nell'illegalità più assoluta. Il carcere in queste orribili condizioni fa ammalare l'anima e pure il corpo.

Considerando anche i detenuti minorenni, abbiamo superato abbondantemente le 70.000 unità,

cifra mai raggiunta nella storia del nostro Paese. Mancano di fatto 25.000 posti-letto. Abbiamo le carceri più affollate d'Europa. Nella Regione Toscana sono presenti 4525 detenuti distribuiti in 20 istituti (18 per adulti, 2 per minorenni). Mancano 1.386 posti-letto con un indice di sovraffollamento di 145%.

Questo rende inutili ogni seria programmazione. Non trovano applicazione le più elementari norme di Medicina

Preventiva. Si vive alla giornata, rincorrendo l'emergenza clinica.

I criteri di Medicina preventiva a cui bisogna ispirare ogni valida azione medica incontrano inevitabilmente ostacoli insormontabili. La professionalità degli operatori sanitari viene messa a durissima prova. Con quale faccia si pretende di realizzare gli interventi necessari di Medicina preventiva? Con quale faccia si pretende di parlare di trattamento e di rieducazione?

Sempre più spesso il carcere viene usato come discarica sociale, in quanto serve a contenere e a gestire fenomeni sociali quali l'immigrazione, la tossicodipendenza, la povertà, l'emarginazione, la malattia mentale. Il sovraffollamento non comporta solo deterioramento delle condizioni, ma promiscuità, degrado, violenza.

In riferimento all'Art.11 della legge 354 del 28 Luglio 1975, il Servizio di Prevenzione dell'Azienda USL competente per territorio è tenuto a svolgere ogni 6 mesi le visite di controllo delle strutture penitenziarie e riferisce sulla situazione ambientale riscontrata e sui provvedimenti da adottare al Ministero della Salute e al Ministero della Giustizia, informando altresì i competenti uffici regionali e il Magistrato di Sorveglianza. Il Responsabile del Presidio Sanitario Penitenziario è tenuto ad assicurare l'igiene dell'ambiente penitenziario attraverso assidui controlli nelle singole celle e nei locali adibiti alle docce. Esistono dei parametri minimi per assicurare il criterio di vivibilità che vanno rispettati. Se quanto sopra non viene ottemperato, il Responsabile del Presidio Sanitario è tenuto ad informare la Direzione Generale dell'Azienda USL, la Direzione dell'Istituto e il Magistrato di Sorveglianza chiedendo l'immediato ripristino dell'agibilità degli ambienti. Non si può stare più ad aspettare decisioni ed iniziative che non arrivano. Deve essere maturata la consapevolezza di un intervento teso a recidere una volta per sempre una spirale di violenza. Si può educare al bene attraverso il male? **TM**

FRANCESCO CERAUDO

Direttore Centro Regionale per la salute in carcere
Regione Toscana

La scheda MEWS per la valutazione postoperatoria del paziente chirurgico

Esperienza preliminare



Lorenzo Ghilli è Specialista in Anestesiologia e Rianimazione e in Tossicologia Medica. Responsabile della Terapia intensiva e Subintensiva della S.O.D. Anestesia e Rianimazione (Dir. Prof. A.R. De Gaudio) del Dipartimento Oncologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (Firenze).

Introduzione

I dati della letteratura scientifica hanno dimostrato, da tempo, che è indispensabile migliorare l'assistenza dei pazienti che si trovano ricoverati nelle aree di degenza ordinaria. Soprattutto i pazienti a rischio, che possono evolvere clinicamente verso condizioni "critiche", devono essere sottoposti al monitoraggio costante dei segni e dei sintomi clinici. La risoluzione di questo problema dipende dal raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- organizzazione adeguata delle strutture;
- sviluppo della "cultura dell'attenzione" nel personale medico ed infermieristico del reparto di degenza normale;
- miglioramento delle competenze e della supervisione;
- riconoscimento precoce dei segni ed i sintomi clinici di "allarme";
- richiesta, nel momento più opportuno, dell'intervento di personale specialistico.

In questo caso, il personale infermieristico dedicato all'assistenza svolge un ruolo determinante: infatti, un ritardo nel riconoscere il deteriora-

mento clinico provoca un ritardo nell'"allertare" il personale medico ed innesca un meccanismo a catena, che non garantisce il paziente e provoca un incremento della morbilità, della mortalità e, ovviamente, dei costi.

Per risolvere il problema, nella seconda metà degli anni 90, sono stati sviluppati sistemi di allerta precoce definiti "Tracking-Trigger", basati sull'osservazione periodica di parametri vitali e l'assegnazione di punteggi ponderati ai valori fisiologici e

sull'allerta del personale medico-infermieristico al raggiungimento di una soglia predefinita. Uno dei più usati oggi è il sistema di valutazione definito "Modified Early Warning Score (MEWS)", che considera i seguenti parametri: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione sistolica, temperatura corporea, valutazione neurologica e diuresi (Tabella 1).

Gli scopi del sistema sono diretti alla riduzione:

- del numero di arresti cardiaci intra-ospedalieri;
- della mortalità, grazie alla individuazione precoce dei pazienti critici;

LORENZO GHILLI¹, GIANNI CIABATTI¹,
FRANCESCA BABBINI², GIUSEPPE LATTARULO¹,
LEONARDO MARTELLI¹, DANICA SCARLINI¹,
ANGELO RAFFAELE DE GAUDIO¹,
VALTERE GIOVANNINI³

¹ S.O.D. Anestesia e Rianimazione Dipartimento Oncologico

² Animatrice di formazione Dipartimento Oncologico

³ Direttore Sanitario Aziendale

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Tabella 1 - Scheda MEWS utilizzata nella indagine preliminare qui riportata.

	3	2	1	0	1	2	3
Pressione sistolica	<70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Frequenza cardiaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-130	>130
Frequenza respiratoria		<8		9-14	15-20	21-29	>30
AVPU score				Vigile	Risponde voce	Risponde dolore	NON Risponde
Temperatura		<35		35-38.4		>38,4	
Diuresi	anuria	<0,5 ml/kg/h	<1 ml/kg/h		>1,5 ml/kg/h		

- del ricovero inappropriato nei reparti intensivi e sub-intensivi.

La sua applicazione costante rende ottimale la comunicazione tra personale infermieristico, medico di reparto e medico anestesista-rianimatore.

Partendo da tutte queste considerazioni, ed in linea con quanto la Regione Toscana ha deliberato nel 2010, abbiamo ritenuto utile sviluppare questa esperienza preliminare, adottando la scheda MEWS per la valutazione dei pazienti chirurgici sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore e ricoverati in reparti di degenza ordinaria.

Indagine preliminare

Lo studio osservazionale è stato svolto in un periodo di 30 giorni ed è stato realizzato grazie alla collaborazione tra la SOD di Anestesia e Terapia Intensiva del Dipartimento Oncologico, la SOD di Chirurgia Maggiore e la SOD di Chirurgia Addominale del Dipartimento di Chirurgia d'Emergenza - Urgenza dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Careggi (AOUC).

Durante il periodo di osservazione sono stati inclusi nell'indagine i pazienti entrati in reparto di degenza provenienti da:

- sala operatoria del dipartimento oncologico (solo pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore);
- unità di terapia intensiva - sub-intensiva del dipartimento oncologico indipendentemente dal tipo di intervento (si è trattato di pazienti per cui era prevedibile una condizione di stato critico nel periodo post-operatoria).

Sempre in linea con le indicazioni date dalla Regione Toscana, la quale ha chiesto intervalli di valutazione non oltre le 8 ore per punteggi MEWS inferiori a 3, e non oltre le 6 ore per punteggi MEWS superiori a 3, è stato realizzato un protocollo di comportamento (con incontri di aggiornamento dedicati e accreditati ECM) per il personale medico-infermieristico, con lo scopo di delineare regole chiare da attuare in caso di variazioni del punteggio rilevato dalla scheda MEWS (Figura 1). Sono state considerate le seguenti variazioni:

- per punteggi MEWS compresi tra 0 e 2, il paziente è stato considerato stabile e rivalutato ad intervalli di 8 ore; dopo 72 ore di stabilità il

paziente è uscito dalla osservazione ed è stato sottoposto ai controlli tradizionali;

- per punteggi compresi tra 3 e 4, il paziente è stato rivalutato a distanza di 2 ore;

- per punteggi MEWS superiori od uguali a 5, aumenti maggiori o uguali a 2 punti (dal precedente rilevamento) o qualsiasi situazione di "infermiere preoccupato" (la quale non deve necessariamente corrispondere ad un aumento dello score), è stato chiesto l'intervento del medico di reparto. Quest'ultimo, sulla base del quadro clinico, ha deciso l'eventuale attivazione del medico anestesista-rianimatore (Figura 2).

Risultati

Sono stati osservati con la scheda MEWS 52 pazienti, per i quali sono state registrate 550 valutazioni. 30 pazienti (58 %) non hanno mai presentato punteggi di instabilità (score sempre compreso tra 0-2) e dopo 72 ore sono usciti dal monitoraggio. In 22 pazienti (42%) sono stati rilevati segni di instabilità e per questi l'osservazione è durata oltre le 72 ore.

Considerando le 550 valutazioni MEWS, sono state registrate un totale di 667 alterazioni (Figura 1).

Il medico di reparto è stato "allertato" 7 volte (in tre casi per un punteggio MEWS di 5, in altri tre casi per un aumento superiore a 2 punti dal precedente rilevamento ed in un solo caso si è presentato lo scenario di "infermiere preoccupato", il quale nonostante il punteggio fosse in diminuzione, ha preferito chiedere una rivalutazione da parte del medico di reparto). In 6 casi il medico ha effettuato un intervento terapeutico. Non è mai stato necessario attivare il medico anestesista-rianimatore e non sono stati registrati ricoveri in terapia intensiva o sub-intensiva.

Conclusioni

È apparso evidente, in accordo con quanto già descritto in letteratura, come la frequenza respiratoria venga controllata raramente nei reparti di degenza ordinaria, nonostante rappresenti uno dei parametri che maggiormente si alterano nelle ore precedenti un deterioramento clinico. È necessario sottolineare che, in assenza di questo

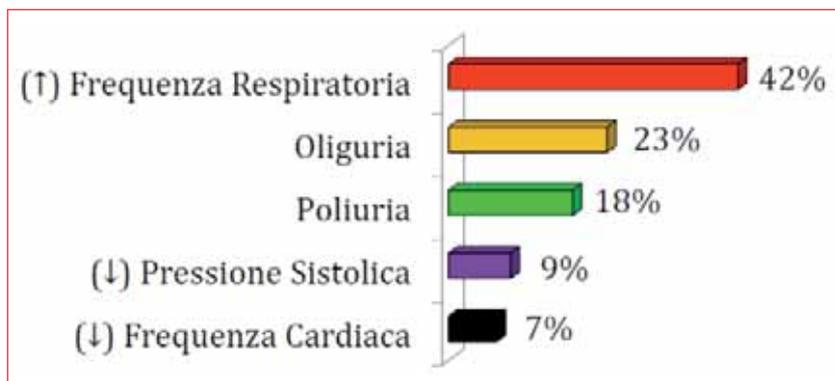


Figura 1 - Variazioni percentuali dei parametri registrati.

sistema di valutazione, le 7 chiamate dirette al medico di reparto sarebbero state effettuate con maggior ritardo: infatti, i valori che già normalmente vengono rilevati dal personale infermieristico, se letti in modo isolato, difficilmente sono in grado di allarmare lo stesso personale infermieristico. Queste difficoltà emergono anche dall'organizzazione del lavoro di molti reparti di degenza ordinaria, dove il numero di infermieri per paziente è inferiore a quello previsto dalle normative vigenti.

Questa esperienza sull'utilizzo della scheda MEWS è risultata sicuramente positiva: la scheda è stata apprezzata dal personale medico ed infermieristico e ne è stata proposta l'introduzione nella cartella medico-infermieristica.

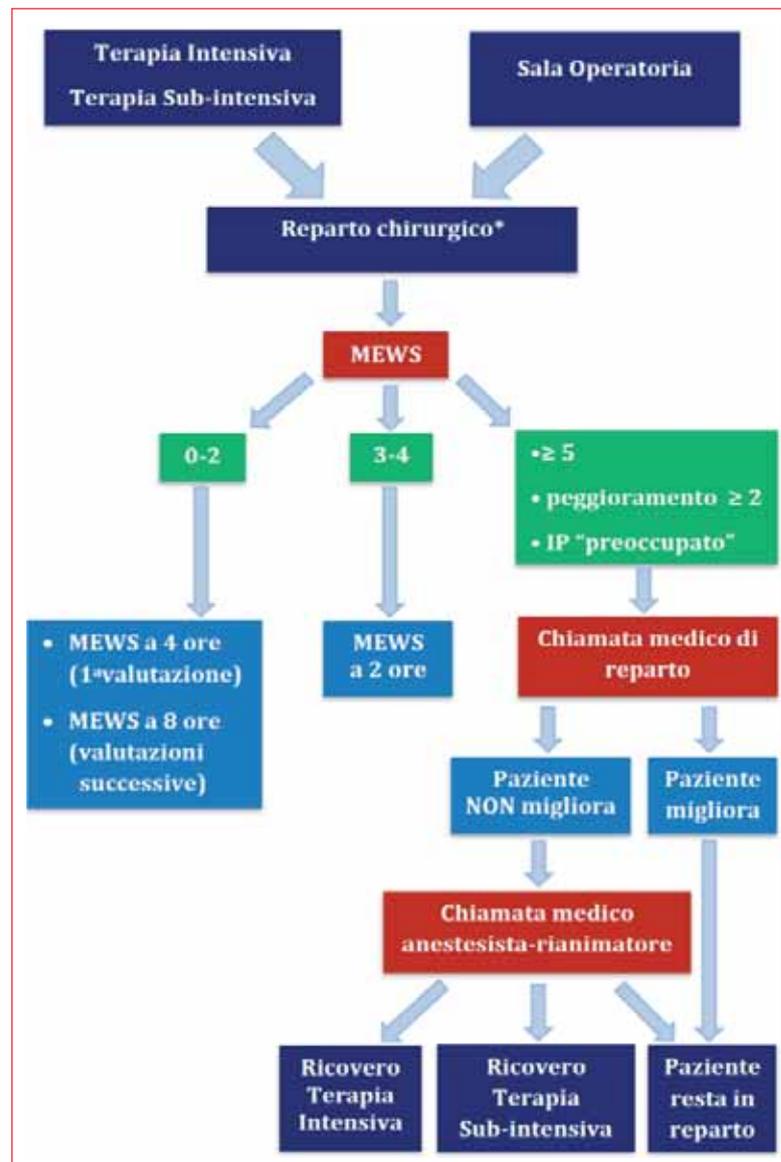
È necessario incentivare l'utilizzo di strumenti come il MEWS, che permettono il miglior trattamento per il paziente e l'uso appropriato delle risorse. Il costo medio giornaliero di un letto di terapia intensiva o sub-intensiva è molto elevato (dal 1985 è aumentato del 190%), e la riduzione dei giorni di degenza in questi reparti porta ad un risparmio estremamente significativo.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: ciabs@hotmail.it

TM

Figura 2 - Algoritmo decisionale per l'utilizzo della scheda MEWS.



CAREGGI

VIA DELLE PANCHE

VENDESI

UFFICI PERFETTI PER STUDI MEDICI,
PROFESSIONALI, SHOW-ROOM
A PARTIRE DA 200 MQ.
AMPIA DISPONIBILITÀ DI POSTI AUTO.

Info 055 582772

www.giudicicostruzioni.it

giudicicostruzioni
COSTRUTTORI DI FIDUCIA.



Francesco Lamanna, laureato e specializzato in Psichiatria presso l'Univ. di Pisa è Dirigente Medico di 1° livello c/o l'U.F.C. Ser.T. Zona Pisana della Asl 5 di Pisa e nel campo delle Dipendenze, lavora da circa 20 anni avendo pubblicato circa 40 lavori. È Docente al Master in Farmacotossicodipendenze e Prof. a Contratto c/o la Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Pisa.

Trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) L'esperienza del Ser.T. di Pisa

Sono passati 3 anni da quando il Ser.T. di Pisa ha iniziato ad occuparsi di gioco d'azzardo patologico. In questo lasso di tempo si sono rivolti al nostro Servizio 38 persone, sia della nostra Asl, di cui

siamo il punto di riferimento per il gioco d'azzardo patologico, che di Asl limitrofe.

Abbiamo quindi deciso di tracciare un bilancio di questa attività, che non rientra nei livelli essenziali di assistenza (LEA), ma per la quale la Regione Toscana, nel Piano Integrato Sanitario Regionale (PISR) 2007-2010, invitava, appunto i Ser.T., ad occuparsi di tali problematiche. Infatti tale PISR approvato dal C.R.T. (del. 113 del 31-10-07) ha inserito tra gli obiettivi prioritari "la promozione di iniziative dirette al potenziamento e all'integrazione della rete dei servizi pubblici e del privato sociale, con particolare attenzione alle nuove forme di dipendenza tra le quali il gioco d'azzardo patologico".

La Giunta Regionale Toscana ha approvato alla fine del 2009 le "Linee di indirizzo sugli interventi di prevenzione, formazione e trattamento del gioco d'azzardo patologico".

La necessità di intervenire in questo ambito è stata evidenziata dai risultati di recenti studi epidemiologici promossi e finanziati dalla Regione Toscana da cui è emerso che in Toscana le persone con problematiche legate al gioco d'azzardo patologico sono stimate tra lo 0,8 e l'1,5% della popolazione adulta, in analogia con i dati dell'Eurispes, secondo cui gli italiani con tale problema sarebbe-

ro l'1-2% della popolazione adulta; interessati in particolare i giovani, le classi sociali meno abbienti e le persone meno istruite.

Incide il fattore familiarità, vale a dire la presenza di giocatori patologici fra i genitori, indicando così la possibilità che fattori genetici e/o modelli familiari possano predisporre al gioco patologico.

Per quanto riguarda i dati socio-anagrafici dei 38 pazienti afferiti al nostro Servizio e valutati

con tale diagnosi primaria, 31 sono maschi e 7 femmine, 19 coniugati o conviventi, 1 vedova, 18 celibi o nubili, 34 hanno un lavoro o percepiscono

una pensione e solo 4 non svolgono alcuna attività lavorativa.

Se consideriamo le fasce di età rappresentate dal nostro campione, non ci sono persone minorenni, nella fascia di età compresa fra i 18 e i 30 anni sono presenti 3 persone, nella fascia di età compresa fra i 31 e i 45 sono presenti in 18, fra i 46 anni e i 60 anni sono 15 i pazienti valutati, mentre oltre i 60 anni sono presenti in 2 (Grafico 1).

Riguardo alla residenza, 34 sono residenti nel territorio della nostra Asl e 4 provenienti da altre Asl; è opportuno sottolineare che, sia per motivi logistici che di risorse, la tendenza è solitamente quella di inviare i pazienti ai servizi competenti per territorio.

Il nostro Servizio si è organizzato con una mini équipe, costituita da uno psichiatra, una educatrice professionale e uno psicologo in modo da consentire una valutazione ed una presa in carico di tipo individuale multidisciplinare.

Stiamo verificando la possibilità di iniziare un gruppo di confronto, come anche suggerito nella

FRANCESCO LAMANNA*, DONATELLA PAFFI**

* Dirigente I Livello

** Dirigente II Livello

U.F.C. Ser.T. Zona Pisana Asl 5, Pisa

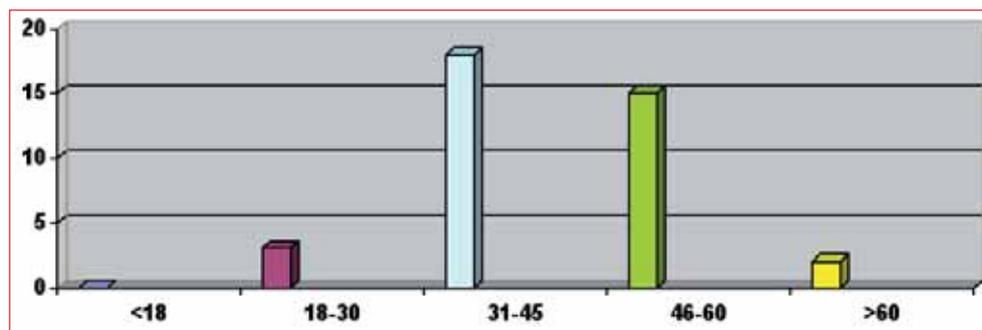


Grafico 1 - Fasce di età.

letteratura, mentre i familiari, quasi invariabilmente coinvolti, sia per questioni economiche, che affettive, sono indirizzati al "Gruppo famiglie" presente da anni all'interno del Ser.T. Dei 34 pazienti presi in carico, per 2 si è reso necessario un periodo di trattamento residenziale presso la Comunità Orthos di Siena, con la quale successivamente i pazienti hanno mantenuto rapporti costanti e periodici, mentre per gli altri il trattamento è stato di tipo ambulatoriale: per l'accesso abbiamo fatto la scelta di privilegiare degli spazi di tempo riservati.

Nei casi in cui si sono realizzate le condizioni idonee, abbiamo inserito gli utenti nel circuito delle "Strutture in rete": Casa Famiglia e appartamento, strutture a diverso livello di protezione, in un accompagnamento graduale verso il mondo del lavoro e l'autonomia.

Si è cercato di dare un'impronta al percorso di cura in tutto analoga ai trattamenti per i tossicodipendenti, privilegiando l'aspetto biologico perché abbiamo ritenuto fondante la ritenzione nello stesso e la capacità di far comprendere alle persone che il gioco d'azzardo patologico è a pieno titolo un disturbo psichiatrico e, come tale, bisogna intervenire anche e soprattutto farmacologicamente.

Ovviamente i pazienti che si sono rivolti al nostro Servizio sono arrivati in questo lasso di tempo di 3 anni in modo graduale e comunque nel tempo in modo sempre più frequente.

Nel 2008 sono stati 3 i pazienti rivoltisi con questo problema, nel 2009 sono stati 6, nel 2010 sono stati 14 e 12 nel 2011. Gli altri 3 pazienti si erano rivolti in passato al Servizio per dipendenze da sostanze e fra il 2009 e il 2011 sono tornati presentando come problema principale il gioco d'azzardo patologico (Grafico 2).

Dei 34 pazienti della nostra Asl, possiamo dire che ad oggi sono ancora in trattamento 15 pazienti e di questi solo 3 (entrati fra l'altro da poco in trattamento) continuano a giocare con regolarità, mentre tutti gli altri sia pure con ricadute, ma isolate, stanno globalmente meglio.

Il comune denominatore che si è riscontrato è l'accettazione del problema come malattia e come tale da curare, come si diceva, anche farmacologicamente, perché elemento che abbiamo riscontrato essenziale per la ritenzione in trattamento è stato l'accettazione di un trattamento farmacologico.

A tale scopo si può notare che dei pazienti che abbiamo perso di vista, 10 erano quelli che con varie motivazioni avevano rifiutato un trattamento farmacologico, dimostrando comunque una scarsa

compliance allo stesso ed una parallela scarsa motivazione ad interrompere le "pratiche ludiche"; 7 sono invece i pazienti che non sono in trattamento, ma che hanno compiuto un buon percorso, ivi compresa l'assunzione di terapia farmacologia.

Sono invece solo 2 i pazienti che, pur facendo un trattamento integrato, non sono riusciti ad interrompere il gioco d'azzardo e si sono persi di vista.

Il trattamento psicofarmacologico di elezione è stato eseguito con Stabilizzanti dell'umore (principalmente Valproato di Sodio e Carbonato di Litio), Antidepressivi Serotoninergici (Fluvoxamina, Sertralina e Paroxetina) e Antipsicotici Atipici (Aripipazolo, Quetiapina) in linea con l'inquadramento del gioco d'azzardo patologico nei Disturbi del Controllo degli Impulsi e considerando le patologie psichiatriche eventualmente compresenti.

Per quanto riguarda tale presenza di diagnosi psichiatriche aggiuntive, nel campione in esame dei 38 pazienti, si è posta una diagnosi aggiuntiva in 30 persone e, nello specifico, di Disturbo Bipolare I in 5 persone, di Disturbo Bipolare II in 19 persone, di Disturbo di Panico in 6 persone, di Disturbo Ossessivo Compulsivo in 3 persone, di Disturbo da Uso di Sostanze (eroina, cocaina e alcol) in 6 persone e, in alcuni casi, compresenti più diagnosi nella stessa persona.

Per concludere vorremmo sottolineare che il gioco d'azzardo patologico appare un problema emergente, rispetto al quale i Servizi per le Dipendenze si troveranno sempre più chiamati ad intervenire e, pertanto, oltre che "l'attribuzione ai Servizi per le Dipendenze Patologiche della competenza a farsi carico anche delle persone con problemi di gioco d'azzardo patologico" che ci viene data dalla Regione Toscana, ci auguriamo di poter fare conto anche sulla possibilità di vedere sostenute le iniziative per azioni e progettualità relative a questa tematica.

A margine, ci corre l'obbligo di menzionare Simonetta Maltese, educatrice professionale del nostro Ser.T., che ha sempre fatto parte della mini équipe per il GAP e che, nei periodi di maggiore crisi di carenza di personale, si è fatta ancor più carico dei pazienti in trattamento.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: f.lamanna@usl5.toscana.it

TM

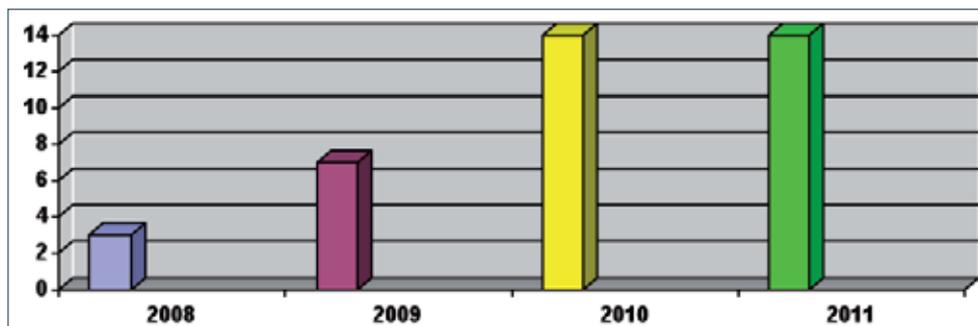


Grafico 2 - Anno di iscrizione al Ser.T. per GAP.



Lorenzo Emmi è Resp. dal 2000 del Centro di Riferimento Reg.le per le Malattie Autoimmuni Sistemiche e Dir. della SODs Degenza Immunologico-lergologica c/o il Dip. di Biomedicina dell'AOU Careggi. Resp. del Progetto LUPUS CLINIC Firenze in collaborazione con il Gruppo Italiano LES, è membro del Comitato Scient. Naz.le per l'Ass. Sindrome e Malattia di Behçet e Resp. del Comitato Scient. dell'Ass. Malattie Autoimmuni A.M.A.

LES e Lupus Clinic di Firenze

Un modello organizzativo assistenziale

Il lupus eritematoso sistemico (LES) è una patologia autoimmune con andamento cronicorecidivante ed interessamento di molteplici organi ed apparati. I pochi dati disponibili in letteratura rivelano che il LES è una patologia poco frequente ma non rara e che la prevalenza della malattia in Italia si attesta intorno a 60-70 casi/100.000. La complessità clinica della patologia è principalmente legata alle molteplici modalità di presentazione ed ai diversi tipi di interessamento d'organo che appaiono fisiopatologicamente e clinicamente differenti, tanto da far emergere il sospetto che il LES possa rappresentare, oltre che una singola entità patologica, anche una sindrome. È verosimile, pertanto, che laddove esistano diverse manifestazioni cliniche e fisiopatologiche di malattia, anche il meccanismo patogenetico sottostante possa essere diverso. Il LES, pertanto, rappresenta una patologia di estremo interesse come modello immunopatologico ed una grande sfida, in riferimento alle possibili strategie terapeutiche.

Tale complessità clinica, inoltre, coinvolge nella gestione della patologia un vasto numero di specialisti diversi. In questo senso, il paziente affetto da LES può incontrare difficoltà consistenti nell'ottenere risposte univoche, coordinate e conclusive da parte dei diversi specialisti che si trova a consultare (dermatologo, neurologo, nefrologo, ematologo, cardiologo, etc...). Talvolta, inoltre, la visione d'insieme del paziente, frutto di un *puzzle* di competenze specialistiche diverse, può rivelarsi di difficile interpretazione anche per il medico di medicina generale che, fatta eccezione per i rapporti personali, difficilmente riesce ad avere un contatto diretto con il collega specialista in tempo reale.

In risposta a tali problematiche, dalla collaborazione tra il Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Autoimmuni Sistemiche ed il Gruppo Italiano LES-ONLUS, è nata a Firenze la Lupus Clinic che opera nell'ambito dell'AOU Careggi, in

collaborazione con l'Azienda Ospedaliera stessa e con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze. Tale progetto, attivo solo in poche altre città italiane, non consiste in una struttura di nuova costruzione, ma si basa su un diverso impiego dei servizi ambulatoriali e di degenza già esistenti. La Lupus Clinic è costituita da un *network* di specialisti esperti nella cura di pazienti affetti da LES. Le modalità di comunicazione tra gli specialisti della Lupus Clinic sono state potenziate, in modo da rendere più efficace lo scambio diretto di informazioni tra medici. È disponibile un sito internet specifico, realizzato dal Gruppo italiano LES (<http://www.lestoscana.org/lesunit.html>).

I nomi ed i recapiti dei medici specialisti della Lupus Clinic sono disponibili su tale sito e, a richiesta, presso le strutture sanitarie afferenti. Il progetto Lupus Clinic vorrebbe migliorare le proprie capacità di comunicazione anche nei confronti dei medici di medicina generale e dei reparti di medicina interna: la semplice segnalazione di un indirizzo e-mail può permettere l'invio diretto del risultato di un consulto e lo scambio di informazioni aggiuntive tra specialista e curante (*).

In tal senso, è ben noto il ruolo dello specialista come consulente che collabora alla gestione di pazienti ricoverati in reparti di medicina interna. Tuttavia, nella gestione *long-life* di un paziente affetto da malattia cronicorecidivante quale il LES, l'organizzazione di gruppi di medici particolarmente esperti nella cura della malattia può offrire vantaggi consistenti. Un aspetto fondamentale per il paziente, in primo luogo, è l'identificazione di medici specialisti di fiducia, cui affidare la cura della propria malattia anche nel futuro. In secondo luogo, tali specialisti, tramite modalità di comunicazione ben strutturate, possono facilitare il percorso assistenziale del paziente e fornire risposte più chiare, anche mediante la discussione comune dei casi clinici più complessi.

Tale modello organizzativo, tuttavia, sembra offrire anche vantaggi sul piano generale. È evidente, infatti, che a parità di spesa per il sistema sanitario, è conveniente che ogni paziente effettui

LORENZO EMMI, ENRICO BECCASTRINI,
DANILO SQUATRITO

Centro di riferimento regionale per le malattie autoimmuni sistemiche. AOU Careggi - Firenze

la propria prestazione sanitaria (visita specialistica o esame diagnostico) presso un medico esperto nella specifica patologia, in modo da ottimizzare il risultato della prestazione stessa. Ferme restando, infatti, le capacità generali di ogni singolo specialista, la medicina ha assunto negli ultimi anni evidenti aspetti di *ultraspecializzazione* che implicano competenze ed esperienza altamente specifiche. È evidente che il bagaglio culturale e professionale di un medico potrà fare la differenza tra un'analisi specifica e mirata della patologia in esame ed un risultato generico che, talvolta, può richiedere una ripetizione della stessa prestazione presso altra sede.

Un *network* di specialisti come quello afferente alla Lupus Clinic, infine, offre evidenti vantaggi in merito alla ricerca scientifica. La condivisione di idee e di una casistica ovviamente più ampia di quella di cui potrebbe disporre il singolo specialista, consente di sviluppare progetti di ricerca di più ampio respiro sostenuti dalle capacità cliniche e culturali di specialisti esperti. **TM**

(*): si invitano i colleghi che volessero avere contatti diretti con la Lupus Clinic di Firenze ad inviare il proprio recapito e-mail all'indirizzo lorenzoemmi@yahoo.it oppure l.emmi@dm.unifi.it o telefonando al numero 055 7947134 (lunedì, martedì e mercoledì dalle ore 8:30 alle ore 9:30).

Il passato e il presente dell'endoscopia

Parte I

La storia dell'endoscopia ci rivela che ciò che poteva sembrare in un primo momento solo un'utopia oggi è divenuta una splendida realtà grazie alla genialità dei ricercatori ed al continuo progresso tecnologico. Tutto questo ha fatto sì che l'endoscopia sia diventata una disciplina affermata e riconosciuta da tutto il mondo medico tanto che l'endoscopista, "lo speleologo del corpo umano" come fu definito nel quotidiano milanese "La Notte" nel 1960, è uno dei più importanti collaboratori del chirurgo e anche del gastroenterologo.

La "preistoria" dell'endoscopia

Il primo strumento ideato per osservare attraverso un orificio naturale un viscere cavo è stato lo speculum rettale. Il primo documento dove viene menzionato è nel testo di **Ippocrate** sul trattamento delle fistole. **Galeno** nel "Levicom" fa riferimento al "catopter", uno speculum anale (ora nel Museo Archeologico di Napoli) (Figura 1).

Il periodo pre-pionieristico

Il problema che si presentò all'inizio fu quello di illuminare gli organi oggetto dell'esplorazione,

per risolvere questo problema il primo tentativo fu di utilizzare il sistema di guide di luce.

Nel 1805 il tedesco **Philipp Bozzini** fece il primo tentativo di osservare gli organi cavi creando il "Licht-leiter", il cui nome vuol dire "l u c e guida".

*Questo consisteva in una camera al cui interno veniva posta una candela e ad un particolare raccordo potevano essere attaccati tubi di varie dimensioni e forma che potevano essere introdotti in orifizi come bocca e retto. Per esaminare la laringe e le corde vocali modificò la sua "prima creazione" ponendo uno specchio a 90° mentre all'estremità opposta posizionò un oculare. Lo studioso **Bozzini** fu inoltre il primo che posizionò uno specchio riflettente tra il tratto visivo e la candela così che la luce sarebbe stata riflessa solo verso l'organo e non nell'occhio dell'esaminatore (Figura 2). Questa invenzione aveva però un importante limite: la candela produceva calore e talvolta, nonostante la presenza di una porta per la ventilazione nel-*



Caterina Foppa, laureata a Fi nel 2011. Ha sviluppato il suo interesse per l'endoscopia diagnostica e operativa frequentando assiduamente le sale endoscopiche delle Cliniche Chirurgiche coordinate dal Prof. Luca Bandettini, tutore nelle sue ricerche sull'applicazione dell'NBI nello screening dei piccoli polipi del colon-retto. Training c/o l'endoscopia dell'Amsterdam Medical Center. Socia della Italian Society Surgical Endoscopy.

CATERINA FOPPA*, LUCA BANDETTINI**

* Dipartimento Area Critica Medico-Chirurgica. Università degli Studi di Firenze

** SOD Chirurgia generale e d'urgenza 3 - AOU Careggi

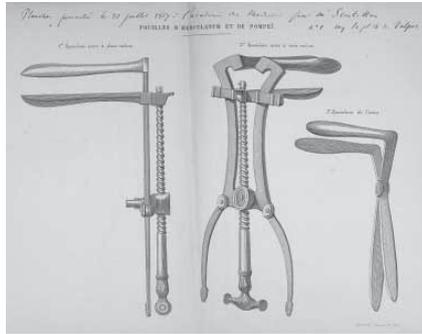


Figura 1 - Speculum romano uterino e anale rinvenuti durante gli scavi a Pompei (Napoli, Museo Archeologico).

la parte più alta dello strumento, anche del fastidioso fumo nero.

Qualche anno più tardi, nel 1853, il francese **Antoine Jean Desormeaux** inventò uno strumento per esaminare il tratto urinario e la vescica.

Questo consisteva in un tubo aperto la cui fonte di luce era data da un mix di alcool ed essenza di trementina. Il fascio di luce era poi riflesso nel tubo da specchi (Figura 3).

Inoltre **Desormeaux** è stato il primo a utilizzare un condensatore per aumentare l'intensità dell'illuminazione. Chiamò questo strumento "endoscope", questa è stata la prima volta nella storia che fu usato questo termine, quindi è grazie a **Desormeaux** che oggi parliamo di endoscopi e di endoscopia.



Figura 3 - L'Endoscope di Desormeaux.

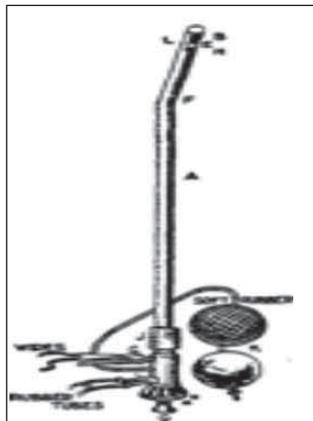


Figura 4 - Gastroscopio di Miculicz.



Figura 2 - "Lichtleiter" di Bozzini esposto all'Endoscopy Museum of the International Nitze-Leiter Research Society of Endoscopy di Vienna.

Nel 1860 il dentista **Julius Bruck** creò il primo endoscopio galvanico.

Posizionò un filo di platino incandescente in una camera ad acqua, ideando così il primo sistema di illuminazione distale.

Tuttavia, a quasi un secolo dal primo strumento di **Bozzini**, tanti limiti rendevano l'endoscopia una procedura non rispondente pienamente alle aspettative immaginate: la scarsa illuminazione degli organi da esaminare ed una limitata visione davano grandi problemi per l'affidabilità dell'esame.

La svolta fu ad opera di **Max Nitze**, un medico che intuì che per introdurre uno strumento con facilità, minimo dolore e relativa sicurezza, fosse necessario che questo avesse, senza scapito della visione, il minimo diametro possibile ed una fonte di luce distale. Inoltre **Nitze** introdusse un concetto innovativo, rivoluzionario, la magnificazione: per tale motivo è considerato il padre dell'endoscopia.

Il sistema ottico di **Nitze** consisteva in una serie di lenti e prismi posti ad una certa distanza l'uno dall'altro che permettevano così di ingrandire l'immagine con fonte luminosa, per la prima volta nella storia dell'endoscopia, posizionata distalmente. Ciò era possibile utilizzando un filo di platino che veniva scaldato e illuminato da una batteria e successivamente raffreddato con acqua.

Sulla base di queste 2 brillanti modifiche **Nitze**, che era principalmente interessato allo studio della vescica, sviluppò nel 1877, insieme a **Leiter**, il primo cistoureteroscopio. Nonostante i progressi, questo era poco pratico e poco confortevole per il paziente: c'erano difficoltà di inserimento dello strumento ed inoltre l'immagine si vedeva invertita. Tuttavia nonostante questi inconvenienti lo strumento si dimostrò funzionale nel permettere la visione dell'interno della vescica. Dopo l'invenzione della lampadina (Edison, 1879) lo strumento fu ulteriormente migliorato con la miniaturizzazione della lampadina di Edison in

modo tale che potesse essere posizionata all'interno dell'estremità distale del cistoscopio.

Nitze non solo rivoluzionò l'endoscopia, ma questo cistoscopio aprì la strada anche per la moderna chirurgia mininvasiva: ricordiamo infatti che nel 1910 **Christian Jacobaeus** usò il cistoscopio di **Nitze** per eseguire la prima laparoscopia endoscopio-guidata.

Il periodo dell'endoscopia rigida

Anche se l'endoscopio ideato da **Desormeaux** era ovviamente rigido e possiamo considerarlo una procedura sperimentale, tuttavia l'inizio del periodo dell'endoscopia rigida è riconducibile al 1868, quando il chirurgo tedesco **Adolf Kussmaul** ebbe l'idea di perfezionare l'endoscopio di **Desormeaux** proprio dopo aver visto lo "spettacolo" di un mangiatore di spade. Infatti egli pensò che alla stessa maniera con cui veniva introdotta una spada nell'esofago, a maggior ragione poteva essere introdotto un tubo rigido.

Lo strumento, che rappresenta il primo gastroscopio, consisteva in un tubo rigido lungo 47 cm e dal diametro di 13 mm, la fonte luminosa era la lanterna di **Desormeraux**.

Nel 1881 **Johann von Mikulicz** progettò un gastroscopio rigido lungo 65 cm e del diametro di 13 mm con un'angolazione all'estremità distale per migliorare la visione, su tale angolazione era posta una lampadina. Tale strumento (Figura 4) era dotato anche di un canale per l'insufflazione dell'aria. La procedura era eseguita sotto sedazione con morfina e necessitava che il paziente venisse posizionato in posizione di Trendelenburg e con la testa iperestesa (Figura 5).

Successivamente, nel 1887, **Stoerk**, sulla base dell'idea di **Kussmaul**, realizzò un esofagoscopio rigido ad angolo retto con un meccanismo che per-

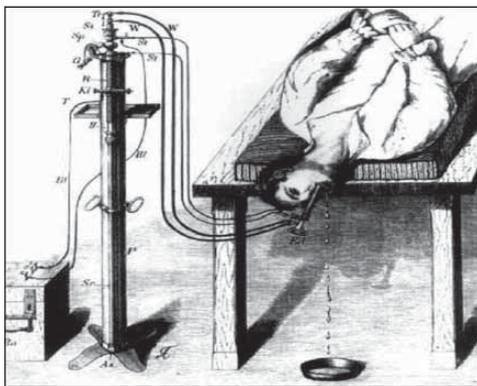


Figura 5 - Paziente sedato in posizione di Trendelenburg con la testa iperestesa pronto per la procedura.

metteva di modificarne l'angolatura.

Era però chiaro che questi strumenti non potevano soddisfare le esigenze del medico (completa e chiara visione dell'organo) né quelle del paziente (esame altamente disagiata e con molte complicanze).

Gli endoscopisti dell'epoca, consci delle grandi potenzialità dell'endoscopia, avvertivano l'impellente necessità di ideare e sviluppare un endoscopio flessibile.

Kelling nel 1898 inventò un gastroscopio nel quale il terzo inferiore poteva essere flesso di 45° e l'obiettivo poteva essere ruotato di 360°, tale caratteristica permetteva un'ampia visione dell'organo da studiare ed è anche oggi indispensabile per un endoscopio di qualità.

Kelling impiegò una lampadina elettrica in miniatura ed una serie di prismi per la magnificazione dell'immagine. La massima estremità dello strumento poteva essere piegata di 135° sul piano orizzontale sia verso destra che verso sinistra (Figura 6). Tale capolavoro di ottica e meccanica fu prodotto dalla **Albright** prima dell'inizio del XX secolo.

Nel medesimo periodo, nel 1898, **Lange** e **Meltzing** progettarono la gastrocamera (Figura 7) che fu attaccata all'estremità di un tubo di gomma.

Il tempo di esposizione era ½-1 secondo. La dimensione dell'immagine mostrata sulla pellicola era 4 mm. La testa rigida, lunga solo 60 mm, era divisa in 3 compartimenti: un contenitore per la pellicola con un piccolo rullino, il "cervello" della videocamera ed una lampadina elettrica. La pellicola era larga 5 mm e lunga 400-500 mm. Il resto dello strumento consisteva in un tubo di gomma nella cui impugnatura erano incorporati i fili elettrici, un meccanismo di regolazione dell'in-



Figura 6 - Gastroscopio di Kelling.

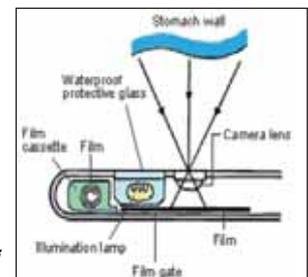


Figura 7 - Gastrocamera di Lange e Meltzing.

sufflazione dell'aria ed il meccanismo per spingere la pellicola all'interno. Nella sua applicazione questo dispositivo aveva però molti limiti: scarsa praticità e immagini monocrome.

La continua ricerca di strumenti che ovviasero a tutte le problematiche non risolvibili con gli endoscopi rigidi fecero sì che all'inizio del XX secolo il mondo endoscopico fosse ancora in pieno fermento. Tante sono le idee e la voglia di realizzare quelle che al tempo sembravano solo utopie.

Nella storia dell'endoscopia non possiamo tralasciare la fase delle così dette "ombre cinesi": la gastro-ortodiascopia, procedura che studiava la mucosa gastrica in maniera indiretta.

Questa permetteva la visione per "trasparenza" dello stomaco mediante un gastro diafanoscopio che si componeva di un tubo di gomma flessibile, dentro cui correvano dei fili destinati a condurre la corrente dal trasformatore alla lampadina, posta alla sua estremità distale. Le dimensioni della lampadina erano molto piccole, si parla di dimensioni come un "grano di frumento", questa era coperta da un'"oliva" di vetro per impedirle di venire a contatto con la mucosa gastrica e danneggiarla con il calore. Dentro la sonda c'era un condotto per l'acqua, la quale usciva all'estremità distale attraverso tanti forellini e permetteva così il costante raffreddamento della lampadina. Appena raggiunto lo stomaco, per mezzo di una piccola pompa si insufflava aria per distendere le pareti e si accendeva la lampadina. Sulla superficie dell'addome si proiettavano (l'esame ovviamente veniva eseguito in una camera buia) i profili della parete gastrica mediante una luce rosea e diafana. Eseguito tutto il procedimento l'ombra dello stomaco poteva essere segnata direttamente sulla superficie addominale mediante un apposito lapis annesso allo schermo fluorescente dell'ortodiagrafo.

La gastro-ortodiascopia era di grande utilità diagnostica nelle ptosi, nelle dilatazioni gastriche e nelle irregolarità del contorno gastrico (per esempio da ulcere o neoplasie).

Questa metodica suscitò reazioni diverse e completamente opposte in campo medico: alcuni

la accolsero con fervore, altri addirittura la definirono "indagine da popoli barbari".

Il periodo degli endoscopi semi-flessibili

Berlino: è il 1932 quando **Schindler**, con la collaborazione di **Wolf**, un fisico ottico, ideò il primo gastroscopio semi-flessibile.

Era lungo 77 cm ed aveva un diametro di 12 mm. L'estremità distale era rivestita da gomma al fine di facilitare l'introduzione dello strumento. Il terzo distale era mobile e questo permetteva una migliore visione dell'interno dell'organo. All'interno di questa porzione flessibile c'era una spirale con 48 lenti che erano tenute in sede da una speciale molla rivestita da due tubi di gomma; tra questo interspazio l'aria poteva essere insufflata nello stomaco. La visione data da questo sistema di lenti era laterale. L'illuminazione era data da una lampadina posta sopra la porzione distale di gomma, questa lampadina era collegata ad una macchina fotografica (Figura 8).

Questo nuovo gastroscopio è sicuramente uno dei capisaldi nella storia dell'endoscopia: anche i più scettici iniziarono a intuire le grandi potenzialità di questa procedura.

Nonostante le innovazioni di questo strumento e i miglioramenti che presentava sia in senso di maneggevolezza sia come tecnica e risultati, nell'esplorazione dello stomaco rimanevano ancora zone "ombra", punti ciechi che non potevano essere visualizzati (esempio: fondo gastrico). A favore dell'utilizzo di questo strumento si espresse Carlo Torrigiani, otorinolaringoiatra all'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze: "Scrivevo tempo fa sulla rivista Clinica Medica, che l'esame gastroscopico doveva essere quando le indagini cliniche, chimiche, radiologiche, lasciassero in dubbio e facevano intendere che esso dovesse appena precedere la laparotomia esplorativa. Oggi, con il nuovo gastroscopio pieghevole di **Schindler-Wolf** il metodo è stato semplificato dal punto di vista delle innocuità e della sopportabilità dei pazienti da divenire di pratica corrente". **TM**

L'articolo proseguirà su Toscana Medica di Aprile



Figura 8 - Gastroscopio di Schindler con particolare della sua estremità.

In Regione Toscana dopo l'Accademia del cittadino, nasce il GART, gruppo di cittadini al servizio della qualità e sicurezza delle cure

Con Delibera di Giunta 46/2012 la Regione Toscana istituisce il GART, il Gruppo dei cittadini formati, tra il 2009 e il 2010 con l'iniziativa l'Accademia del Cittadino della Regione Toscana, ai temi della qualità e sicurezza delle cure.

Con l'istituzione di questo gruppo si accresce il ruolo strategico dei cittadini nei processi di promozione e valutazione di qualità e sicurezza nelle strutture sanitarie della Regione Toscana, finora assicurato dal Forum dei cittadini. Il gruppo ha infatti il compito di supportare le iniziative del Settore Qualità dei servizi e partecipazione del cittadino e le attività del Centro regionale per la gestione del Rischio clinico e sicurezza del paziente. In merito ai temi della sicurezza del paziente i componenti del GART saranno chiamati a partecipare agli audit per eventi significativi e alle visite per la valutazione delle attività relative alla sicurezza nelle aziende sanitarie svolte dal gruppo itinerante per la sicurezza del paziente (patient safety walkaround). Inoltre i membri del GART potranno collaborare alle attività regionali inerenti le iniziative promosse dall'OMS sulle tematiche della Global Alliance of Patient for Patient Safety.

Il gruppo potrà crescere in futuro con la presenza di nuovi rappresentanti dei cittadini formati con percorsi analoghi a quelli dell'Accademia.

Per i cittadini, i pazienti e le loro rappresentanze, partecipare al dibattito sulla salute è diventata una esperienza sempre più rilevante. Gli stessi piani sanitari nazionali e regionali investono sulla partecipazione quale via per operare scelte sempre più in linea con i bisogni e le necessità di coloro che usufruiscono del sistema sanitario. L'Accademia del cittadino ha avuto come obiettivo il coinvolgimento dei rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti formandoli ai temi della qualità e sicurezza delle cure. Il progetto di formazione nasce da una collaborazione della Regione Toscana e del laboratorio PartecipaSalute dell'Istituto Mario Negri di Milano. Per la Toscana hanno gestito il progetto il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Pa-

ziente e il Settore "Qualità dei servizi e partecipazione del cittadino" della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Al corso hanno partecipato a livello nazionale circa 40 rappresentanti di associazioni di cui più della metà provenienti dalla Toscana.

Il corso è durato complessivamente un anno; si è aperto a Milano nell'ottobre 2009 ed è proseguito a Montecatini fino al maggio del 2010.

I partecipanti si sono confrontati su tematiche ampie e innovative come i temi della ricerca epidemiologica/clinica, sulle incertezze in medicina, sull'informazione e la comunicazione della salute, sul problema degli eventi avversi e della sicurezza delle cure, nonché sul ruolo del cittadino nella valutazione della qualità e sicurezza del servizio sanitario.

Gli incontri sono stati anche un'occasione per condividere le attività delle associazioni di appartenenza e costruire delle reti informali e formali fra i diversi stakeholder.

L'esperienza formativa si è conclusa il 28 maggio 2010 con un convegno di valenza nazionale a Firenze sul tema dell'alleanza tra cittadini ed istituzioni per la qualità e la sicurezza delle cure. Nei prossimi anni altre iniziative saranno organizzate al fine di garantire una maggiore partecipazione di cittadini e pazienti competenti del gruppo GART coinvolti attivamente nelle iniziative per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. Il GART acquisisce anche rilevanza istituzionale partecipando al Forum Permanente dei cittadini con due suoi rappresentanti e a Comitati/commissioni su progetti e argomenti specifici.

Il coinvolgimento dei cittadini e pazienti soprattutto nello sviluppo delle tematiche legate al rischio clinico e alla sicurezza è un'attività che solo in questi ultimi anni si è sviluppata in modo più strutturato a livello nazionale ed internazionale. Il GART rappresenta una dimostrazione di chiara volontà politica della Regione Toscana verso la promozione dei temi della qualità e sicurezza delle cure.

SARA ALBOLINO*, ELENA BELEFFI*,
PAOLA MOSCONI**

* Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente della Regione Toscana

** Laboratorio per il coinvolgimento dei cittadini in sanità Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

La formazione per la salute in carcere

Con il passaggio della Sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (DPCM 1 aprile 2008), la Regione Toscana ha avviato un percorso per lo sviluppo continuo della salute in carcere,

che ha trovato una progettualità complessa per il biennio 2011-2012 con la DGR n. 441 del 30 maggio 2011, tra le cui linee progettuali si

prevede la formazione professionale per i detenuti, per il personale sanitario e per il personale penitenziario. Lo sviluppo della tutela della salute in carcere, infatti, passa anche attraverso la continua qualificazione di chi opera negli istituti penitenziari e di coloro che vivono la propria esistenza all'interno delle mura del carcere.

I percorsi della formazione professionale sono stati approvati con la delibera di Giunta regionale n. 1233 del 27 dicembre 2011 e riguardano quattro aree tematiche in cui verranno coinvolti di volta in volta i detenuti, il personale sanitario operante nei Presidi sanitari penitenziari e il personale dell'Amministrazione penitenziaria, con percorsi anche integrati tra gli operatori. Tali linee progettuali sono state concordate con le Aziende Sanitarie toscane, con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e con il Centro di Giustizia Minorile, allo scopo di agire nella massima condivisione di interventi e necessità.

Il primo modulo formativo riguarderà le tecniche di rianimazione cardio-respiratoria. Saranno realizzati corsi di base BLS-D - Basic Life Support Defibrillation per quegli operatori sanitari che lavorano a stretto contatto con i detenuti, al fine di attuare le manovre necessarie per affrontare l'emergenza. Le procedure mediche tipiche di personale specializzato, ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support, saranno invece trattate nel corso per il personale medico operante negli istituti, che potrà così essere in grado di gestire l'emergenza cardiaca con strumenti avanzati.

Questi moduli verranno realizzati dalle Aziende USL dei territori in cui si trovano gli istituti penitenziari.

Il secondo modulo prevede interventi formativi integrati tra il personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione e dell'integrazione tra le diverse professionalità, anche per gestire le emergenze, nonché l'acquisizione di competenze per il miglioramento delle procedure

per i percorsi di salute per le persone ristrette. Attenzione è stata posta anche sulla gestione del rischio chimico, biologico, fisico e in genere sui rischi derivanti dall'ambiente in cui si opera, compresa la gestione del rischio suicidario.

Il sistema minorile merita un'attenzione particolare: per questo è stato dedicato a ciò un intero modulo formativo, con lo scopo di

migliorare la gestione della comunicazione, delle emergenze e dei rischi di autolesionismo e suicidio. Verranno coinvolti gli operatori sanitari e penitenziari di entrambi gli istituti penitenziari minorili del territorio toscano. Il corso è diretto sia agli operatori dell'istituto maschile di Firenze che dell'istituto femminile di Pontremoli.

Questi due moduli rappresentano un passo importante nella condivisione e nella formazione congiunta delle figure che si occupano a tutto tondo della salute delle persone detenute e per questo motivo si sta portando avanti una pianificazione specifica e unitaria a livello regionale a cura dell'Azienda USL n. 11 di Empoli, che tramite la propria Agenzia formativa sta predisponendo il percorso.

Per la gestione del rischio clinico l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi sarà il soggetto organizzatore del corso destinato al solo personale sanitario. L'obiettivo è quello di garantire l'applicazione della gestione del rischio clinico anche per la salute in carcere e di fornire le conoscenze necessarie per diffondere e condividere le metodologie e le tecniche per l'identificazione degli errori e degli eventi avversi in ambito sanitario. In questo modo si metteranno a disposizione gli strumenti per attuare un piano di miglioramento della sicurezza del paziente.

I detenuti sono invece i destinatari della linea progettuale per la sicurezza alimentare: in particolare il corso sarà rivolto alle persone detenute che effettuano la preparazione, somministrazione e distribuzione degli alimenti negli istituti penitenziari. Anche di questo modulo si occuperanno le Aziende USL dei territori in cui si trovano gli istituti. Al termine del periodo formativo i partecipanti ristretti riceveranno un'attestato valido a tutti gli effetti, che rappresenta dunque per loro una futura concreta attestazione di formazione professionale spendibile anche al di fuori dell'esperienza carceraria.

BARBARA TRAMBUSTI

*Dirigente Settore Residenzialità territoriale,
cure intermedie e protezione sociale Regione Toscana*

Consiglio Sanitario Regionale

a cura di Luigi Tonelli

Notizie di Salute Pubblica

Nel glossario dell'Istituto Superiore di Sanità, la Salute Pubblica è definita "l'insieme di sforzi scientifici e tecnici, ma anche sociali e politici volti a migliorare la salute e il benessere delle comunità o delle popolazioni". Per migliorare costantemente è necessario fare un uso informato, esplicito, e giudizioso dell'evidenza derivata dai vari campi della ricerca scientifica. Questa rubrica a cura del Consiglio Sanitario Regionale intende fornire soltanto un contributo informativo, riproducendo e diffondendo, tra i nuovi dati pubblicati dalle riviste mediche, quelli che potrebbero avere più interesse per la Salute Pubblica ed eventualmente avere un qualche effetto su comportamenti e procedure.

Antonio Panti

EFFETTI AVVERSI

Nel fascicolo del Maggio 2011 Toscana Medica ha pubblicato un documento della Commissione Terapeutica Regionale e del Consiglio Sanitario Regionale, che riproduceva la "Lista di Beers" (2003) dei farmaci potenzialmente dannosi per gli adulti anziani e la integrava con altre Liste più recenti e con il parere di propri Esperti.

Nel documento si esplicitava, tra l'altro, che le Liste indicavano i farmaci con gli effetti avversi nell'anziano più comuni, non quelli con gli effetti avversi più gravi.

Un recente articolo del New England Journal of Medicine (365, 2002-2012) quantifica gli effetti più gravi, che possono essere ricondotti a poche molecole di largo uso. Si tratta di 13 molecole e tra queste soprattutto (59,4% dei casi) il Warfarin, gli Antiaggreganti Orali, le Insuline e gli Ipo-glicemizzanti Orali.

Nella maggioranza gli effetti avversi sono dovuti ad assunzione in dosi sopraterapeutiche. Gli Autori stimano che l'assunzione errata di questi farmaci sia causa ogni anno negli USA di oltre 250.000 accessi di adulti anziani ai servizi ospedalieri di emergenza e di 100.000 ricoveri urgenti, numeri all'incirca sovrapponibili a quelli per le patologie del tratto biliare.

L'articolo ovviamente si conclude con l'invito alla prescrizione oculata e ad una sempre più puntuale farmacovigilanza.

MEDICINA NARRATIVA

Nel 2010 la Regione Toscana ha prodotto e diffuso una propria Linea Guida sulla Diagnosi e sul Trattamento della Demenza per la Medicina di Base.

La Linea Guida non include la narrazione che precede l'esame clinico, uno degli strumenti principali a disposizione del medico per indurlo a sospettare la presenza di deficit cognitivi iniziali.

A questo scopo potrebbe essere utile la proposta contenuta in una recente "Clinical Review" del British Medical Journal (BMJ 2011;343:d5042)

consistente in 8 domande riprese da una precedente pubblicazione da porre ai familiari per ottenere informazioni che di per sé possono elicitarne l'intuizione clinica.

Le domande sono riportate nella tabella. Ciascun SI vale 1 punto. Un punteggio di 2 o maggiore di 2 è suggestivo di danno cognitivo e rende necessaria una più approfondita valutazione del paziente.

il paziente ...	si	no	non so
.. ha difficoltà a decidere?			
.. ha smesso di avere interessi?			
.. è ripetitivo?			
.. ha difficoltà a manipolare le cose?			
.. sa in che anno e in che mese siamo?			
.. sa gestire i conti?			
.. dimentica gli appuntamenti?			
.. ha difficoltà a ricordare e a ragionare?			
PUNTEGGIO			

DIAGNOSI DI DEMENZA

Come noto, un test biologico per formulare precocemente la diagnosi di Demenza ancora non è stato prodotto.

Recentemente su PLoS One, rivista online di ricerca primaria, è apparso un articolo sulla diagnosi precoce della Malattia di Alzheimer che ha avuto molto rilievo nella stampa e nel Web (<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0023112>).

Precedenti lavori già avevano documentato la presenza di auto-anticorpi neuronali nel siero umano, indipendentemente dall'età e dalla presenza di specifiche malattie.

Poiché con la tecnologia dei microarrays proteici è possibile individuare un profilo autoantibiotico individuale qualitativo e quantitativo, gli Autori della pubblicazione hanno utilizzato

questa tecnica per ricercare potenziali marcatori biologici della Demenza di Alzheimer.

Hanno così individuato 10 specifici autoanticorpi potenzialmente indicativi di un danno della barriera emato-encefalica ed hanno poi verificato su un campione ridotto (50 affetti e 40 non affetti) se la concentrazione serica di questi potenziali marcatori significativamente differenziava soggetti portatori della malattia da non portatori.

I risultati suggeriscono che il metodo appare in grado di discriminare le due popolazioni (sensibilità = 96% e specificità = 92,5%) e che pertanto potrebbe essere un marcatore utile per la diagnosi precoce e per il follow-up della malattia.

DOLORE LOMBARO

La Linea Guida della Regione Toscana sul Dolore Lombare non include le iniezioni epidurali fra i trattamenti consigliati, nonostante che la pratica sia diffusa da molti anni.

Un gruppo di Ricercatori del Nord Europa ha voluto verificare l'utilità di questi trattamenti con un trial multicentrico controllato randomizzato i cui risultati sono stati pubblicati dal *British Medical Journal* (2011; 343: d5278).

119 soggetti con dolore lombare cronico perdurante da oltre 4 mesi e non suscettibile di trattamenti elettivi sono stati assegnati casualmente ad una di queste modalità di trattamento: due iniezioni epidurali (una a settimana con due settimane di intervallo) di 30mL di soluzione fisiologica 0,9% oppure due iniezioni epidurali di 40mg di Triamcinolone in 29 mL di soluzione fisiologica 0,9% oppure due iniezioni sottocutanee di 2 mL di soluzione fisiologica 0,9%. Gli effetti dei trattamenti sono stati valutati a 6,12 e 52 settimane con un test per la disabilità, analoghi visivi per la misura del dolore e un test per la Qualità della Vita.

I risultati non hanno messo in evidenza alcuna differenza significativa di efficacia delle tre modalità di trattamento. Gli Autori hanno concluso per l'inutilità delle iniezioni epidurali di steroidi e di soluzioni farmacologicamente inerti nel dolore radicolare lombare cronico.

ANZIANI IN OSPEDALE

Dal 1 Aprile del 2009 nella Sanità Pubblica del Regno Unito è all'opera un organismo governativo unico e indipendente, la "Care Quality Commission" (CQC), che effettua una vigilanza attiva sulla qualità dell'assistenza.

La CQC (<http://www.cqc.org.uk/>) ha il compito di verificare il rispetto di standard assistenziali predefiniti che fanno riferimento alla dignità della persona, alla qualità dei servizi alberghieri e alla qualità dei servizi di diagnosi e cura.

Nel 2011 sono stati ispezionati gli Ospedali di 12 Trust in tutto il territorio britannico per verificare il rispetto nelle degenze degli standard per quanto riguarda i soggetti anziani.

Gli Ospedali di 6 Trust sono risultati adeguati agli standard. In 3 Trust sono state riscontrate inadeguatezze e in tre (Worcestershire, Hampshire e Ipswich) tutti gli standard erano gravemente disattesi.

Negli Ospedali di questi Trust gli anziani che non potevano alimentarsi da soli non ricevevano per questo alcuna assistenza e nessuno si preoccupava di valutare il loro stato nutrizionale.

Lo stesso avveniva per l'apporto di fluidi (in un caso questo fatto è stato giustificato adducendo che l'assunzione di fluidi deve essere prescritta in "terapia" altrimenti non rientra tra le competenze assistenziali).

A proposito del rispetto della dignità personale, gli anziani ricoverati in questi Ospedali ed i loro familiari hanno riferito di venire di solito trattati con arroganza e disattenzione.

VIOLENZA DI GENERE

È stata istituita recentemente nel Consiglio Sanitario Regionale della Toscana la commissione permanente per le problematiche di genere, presieduta da Anna Maria Celesti e composta da una trentina di medici di varie specialità.

Un rilevante problema nell'ambito della Medicina di Genere è la violenza di genere come dimostrato da un gruppo di Psichiatri e Psicologi dell'Università di Sidney (*JAMA* 2011;306:513-521) con un'analisi cross-sectional su un campione di 4451 donne di età compresa fra 16 e 85 anni, rappresentativo della popolazione femminile media residente in Australia.

Con un'intervista strutturata è stata ricercata la prevalenza di disturbi mentali di qualunque tipo e gravità manifestatisi nell'arco della vita, ed è stata indagata l'occorrenza di episodi di violenza subita (violenza fisica, assalto sessuale, stupro, stalking). La prevalenza dei disturbi mentali è risultata essere del 57% per le donne che avevano subito nella vita un qualche tipo di violenza e del 28% per quelle che non lo avevano mai subito.

L'aver subito più di un episodio di violenza portava la prevalenza dei disturbi mentali a valori superiori all'80%. Si tratta di valori percentuali già corretti per le variabili demografiche, sociali, economiche e di storia familiare.

I disturbi mentali delle donne che avevano subito violenza erano mediamente più gravi e comportavano un più alto grado di disabilità di quelli presentati da donne che non riferivano di aver subito violenze.

Consiglio Sanitario Regionale

Prevenzione malattia da Streptococco Gruppo B

La Dirigenza Regionale, con richiesta di parere n. 25/2011, richiedeva al C.S.R. un “**Aggiornamento sulla prevenzione della malattia da Streptococco Gruppo B (GBS) nel neonato**”.

Per l'epidemiologia dal 10 al 30% delle donne in età fertile è portatrice del germe e circa il 50-70% dei loro neonati risultano colonizzati.

Per rispondere al quesito è stato organizzato un gruppo di lavoro coordinato dalla Dott.ssa Annamaria Celesti sulla base del quale l'Ufficio di Presidenza del CSR, nella seduta del 07/02/2012, ha formulato un parere articolato in specifici algoritmi per lo screening e raccomandazioni per la profilassi ed il trattamento.

Alcune raccomandazioni modificano il Protocollo per le indagini di laboratorio e strumentali consigliate nella gravidanza fisiologica.

Il Documento, elaborato dalla Commissione, è leggibile nella sua interezza sul sito www.regione.toscana.it.

Parere n 8/2012

Il parere favorevole dell'Ufficio di Presidenza del CSR ha in allegato il seguente documento:

“Raccomandazioni sulla prevenzione della malattia GSB nel neonato”

Si sintetizzano aspetti significativi:

A. Comportamento ostetrico

Prima del parto

È raccomandato lo screening prenatale mediante tampone vaginale e rettale (TVR)* in tutte le donne gravide tra 35-37 sett. di E.G. per identificare le portatrici di SGB da sottoporre a profilassi antibiotica intrapartum, considerando che la predittività è migliore se l'esame è eseguito entro 5 settimane dal momento del parto.

Nelle donne con storia di pregressa allergia accertata a penicillina/ampicillina è opportuno richiedere il TVR con test di sensibilità (anti-gramma) per clindamicina ed eritromicina.

Uniche due eccezioni che **non** devono eseguire lo screening sono le donne che hanno:

- già avuto un neonato con sepsi da SGB;
- presentato batteriuria da SGB in qualunque fase della gravidanza attuale.

Al momento del ricovero in prossimità del parto

Il comportamento varia in base a:

- storia pregressa di un figlio con malattia da SGB;
- batteriuria significativa da SGB in gravidanza;
- tampone vaginale e rettale (TVR);
- presenza di fattori di rischio (FR):
 - età gestazionale <37 settimane (parto pretermine);
 - rottura delle membrane (PROM) da oltre 18 ore;
 - febbre $\geq 38^{\circ}$ C (sospetta corioamnionite);
- tipo di parto.

Vengono specificate le procedure ed i trattamenti farmacologici per i vari punti sopra individuati

B. Comportamento neonatologico

La prevenzione secondaria della malattia da SGB viene sintetizzata nel seguente algoritmo (Figura 1).

Vengono specificate le procedure diagnostiche ed i trattamenti farmacologici per ciascuno dei punti esaminati.

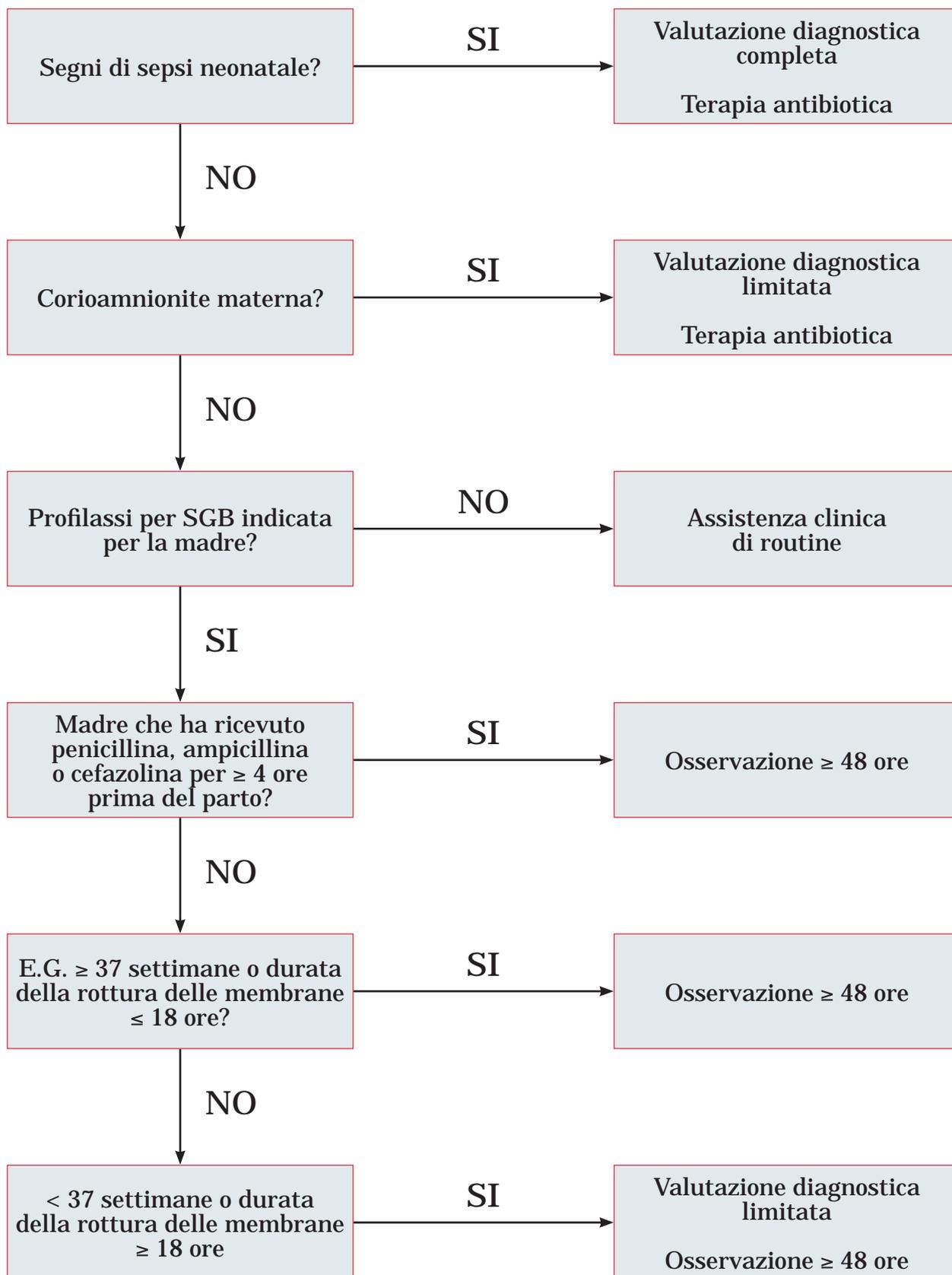


Figura 1

Consiglio Sanitario Regionale

Indicazioni mediche all'analgesia nel parto con blocco neuro assiale

Parere espresso il 6 marzo 2012

Il dolore del parto è presente fin dalle origini della storia umana, ed è l'unico che comprende le tre caratteristiche del dolore acuto (viscerale, riferito, somatico).

Il dolore legato alle contrazioni uterine, anche in fase prodromica, ha l'importante funzione biologica di segnalare l'inizio del travaglio. Le risposte psicologiche, biochimiche e fisiologiche sono finalizzate a preservare l'omeostasi materno-fetale se restano nei limiti fisiologici.

L'iperalgia non corretta nel corso del travaglio e del parto può provocare effetti deleteri sia per la madre che per il feto. Nell'organismo materno dolore e stress innescano delle risposte riflesse segmentarie e soprasegmentarie che a loro volta incidono sulle funzioni respiratoria, cardio-circolatoria ed endocrina.

I dati sempre più numerosi della letteratura sull'analgia epidurale dimostrano la compatibilità di questa tecnica con un parto vaginale e spontaneo. La sua efficacia nel controllo del dolore da parto, la sua estesa applicazione e l'elevato grado di sicurezza sia per la madre che per il neonato fanno constatare che questa metodica riesce a togliere solo la parte stressante del travaglio e del parto, lasciando inalterato il lato emozionale. Questi dati autorizzano a considerare questo tipo di analgesia applicabile, efficace ed accettabile.

I requisiti che fanno universalmente dell'epidurale la tecnica ideale sono:

- *efficacia*, poiché le contrazioni uterine vengono percepite, ma in modo non doloroso;
- *sicurezza*, sia materna che fetale per i bassissimi dosaggi farmacologici impiegati;
- *flessibilità*, per la possibilità di modulare la quantità di analgesico o di anestetico locale a seconda della fase del travaglio e dell'intensità del dolore;
- *rispetto*, perché non influenza (se non in modo minimale) le fisiologiche dinamiche e meccaniche del travaglio e del parto.

Attualmente la letteratura corrente concorda nel ritenere che la tecnica più efficace per l'analgia nel travaglio e nel parto sia quella ottenuta con l'anestesia locoregionale e più propriamente con i blocchi centrali eseguiti a livello lombosacrale.

Per blocco centrale si intendono una serie di tecniche locoregionali che permettono la somministrazione di anestetici locali ed oppioidi in prossimità del midollo spinale (corni posteriori dove sono posizionati i neuroni che trasmettono il dolore).

Le tecniche di uso comune sono attualmente: **il blocco peridurale** (o epidurale), **il blocco subaracnoideo** (detto anche spinale) e il blocco combinato spino-peridurale.

Sotto il nome analgesia epidurale sono comprese diverse tecniche anestesologiche e modalità di somministrazione (epidurale, combinata, top-up, infusione continua, ecc) che utilizzano farmaci diversi (oppiacei, anestetici locali, adiuvanti) in dosi, concen-

trazioni e volumi differenti in relazione all'intensità del dolore e alla situazione ostetrica della partorientente.

La moderna analgesia epidurale a basso dosaggio è compatibile con qualsiasi posizione la gravida voglia assumere per effettuare efficacemente la spinta.

La grande maggioranza delle partoriententi può ricevere un'analgia epidurale. Le controindicazioni assolute sono limitate a patologie della coagulazione, infettive o neurologiche.

È opportuno effettuare una visita anestesologica nelle ultime settimane che precedono il parto per valutare lo stato di salute materno e per informare accuratamente sulla metodica, sui rischi della procedura e sulle possibili alternative.

Nel caso sia opportuno ricorrere ad un parto cesareo urgente, la presenza del catetere peridurale consentirà di affrontare rapidamente l'intervento chirurgico.

L'analgia epidurale diventa così anestesia epidurale.

Effetti

Un'analgia ben condotta può apportare benefici sia alla madre che al feto, in quanto riduce l'acidosi metabolica e l'iperventilazione, abbassa i livelli di catecolamine circolanti e gli ormoni dello stress con beneficio per la circolazione placentare e la normale attività uterina, e può diminuire il consumo di ossigeno e gli squilibri metabolici.

L'osservazione che l'analgia può avere un fine terapeutico nelle distocie funzionali e nel contempo migliorare il flusso feto placentare, ha portato ad ampliare sensibilmente l'uso dell'analgia nel travaglio di parto.

Richiesta materna

Varie Istituzioni Scientifiche hanno esaminato il complesso fenomeno del dolore nel parto e la questione della richiesta della donna. Riportiamo alcuni pareri significativi.

Secondo il Comitato Nazionale Italiano di Bioetica "...Per molte donne il dolore del parto è un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie limitando le possibilità di una partecipazione più concentrata e serena all'evento, partecipazione che costituisce l'optimum da realizzare per le vie più varie".

Nel 2004 il Collegio degli Ostetrici e Ginecologi Americani si è espresso in questo modo: "Il travaglio di parto si traduce in un dolore intollerabile per molte donne. Non esiste altra circostanza in cui si consideri accettabile per una persona di sperimentare un dolore severo senza che venga trattato, suscettibile di un trattamento sicuro, mentre si trova sotto le cure di un medico. In assenza di controindicazioni mediche, la richiesta materna è una indicazione medica sufficiente per una analgesia in travaglio di parto. Il trattamento del dolore in travaglio dovrebbe essere fornito ogniqualvolta vi sia un'indicazione medica"

Questo concetto è stato ulteriormente ribadito nel Committee Opinion nel 2006: "... In assenza di controindicazioni mediche, la richiesta della donna rappresenta una indicazione medica sufficiente all'esecuzione della epidurale."

Non è richiesto che le donne in travaglio raggiungano 4-5 cm di dilatazione del collo dell'utero prima di ricevere l'analgia. La dilatazione cervicale non è un indice per iniziare, ma la decisione dovrebbe essere presa individualmente, valutando altri fattori (es.: parità).

Di sicuro il travaglio è un processo complesso e fortemente individuale; non tutte le donne vogliono o hanno bisogno di interventi analgesici per il parto. L'educazione prenatale, quando possibile, è la migliore opzione per aiutare le donne a prendere una decisione informata. La decisione di chiedere una qualsiasi forma di analgesia è personale e dovrebbe essere effettuata dalla donna dopo essersi consultata con l'ostetrica, il ginecologo e l'anestesista.

Si può concludere affermando, con le più prestigiose Società Scientifiche, che la richiesta della donna rappresenta un'indicazione medica riconosciuta, e l'intervento anestesilogico può e deve essere modellato sulle richieste personali della partoriente

frutto di una libera scelta in accordo con l'equipe ostetrica.

Indicazioni

Oltre che nel caso di richiesta materna, l'analgia epidurale, se ritenuta opportuna ed accettata dalla donna, dovrebbe essere assicurata nelle seguenti situazioni:

- 1) **Morte Fetale Endouterina (MEF):** indicazione "obbligatoria," ovviamente sempre escludendo la presenza o un alto rischio di CID (Coagulazione Intravascolare Disseminata) o altra controindicazione;
- 2) **Proposta in alternativa ad un taglio cesareo (T.C.)** su richiesta materna per tocofobia;
- 3) **Induzione tramite ossitocina o prostaglandine;**
- 4) **Travaglio prolungato** (ad es. distocia cervicale, posizioni occipito-posteriori);
- 5) **IVG oltre il 90° giorno.**

Nella letteratura internazionale sono riportati effetti positivi indotti dall'analgia epidurale in alcune condizioni di patologie materne e/o fetali.

L'informazione alle donne, relativamente alle sedi in cui l'analgia epidurale viene garantita in modo gratuito, deve essere fornita a tutte le gravide nell'ultimo trimestre.

Controindicazioni

Assolute:

alterazioni della coagulazione proemorragiche
terapia con anticoagulanti orali in corso
sepsi in corso

Relative:

terapia con eparine a basso peso molecolare ove non esista la possibilità di rispettare i tempi previsti dai protocolli internazionali per ciò che attiene alle anestesie loco regionali
terapia antiaggregante piastrinica ove non esista la possibilità di rispettare i tempi previsti dai protocolli internazionali per ciò che attiene alle anestesie loco regionali
patologie di ordine anatomico e/o fisiologico in relazione al singolo caso da analizzare volta per volta sulla base dell'anamnesi e dello stato fisico della gravida

Complicanze ed effetti collaterali

A. legate alle tecniche loco-regionali

cefalea post-puntura durale (0,2-3%)
complicanze neurologiche(0,0008-0,04%):
-- periferiche (lesioni transitorie e/o permanenti di nervi periferici)
-- centrali (ematoma epidurale, emorragie subaracnoidee, trombosi plessi venosi cerebrali)
complicanze infettive (meningite, ascesso epidurale) (0,006-0,014%)

B. effetti collaterali legati alla procedura sullo svolgimento del travaglio e del parto*

> materne:

ipotensione
aumento della temperatura corporea (>38°C) intrapartum direttamente dipendente dal tempo della procedura e del travaglio
ritenzione urinaria
prolungamento della II fase del travaglio senza conseguenti effetti negativi sul feto/neonato accompagnato da un accorciamento della prima fase
incremento della quantità somministrata ossitocici
incremento dell'incidenza di PO (?)

> fetali:

modificazioni della FCF in presenza dell'uso di oppiacei senza conseguenze fetali/neonatali

* Si fa presente che detti effetti collaterali devono essere analizzati in funzione della "best practice" in quanto gli studi riportati in letteratura non sono sufficientemente esaustivi e a volte contraddittori per poter emettere un giudizio definitivo.

Studi sono in corso ed alcuni pubblicati su modalità di assistenza ostetrica differente in presenza di analgesia in travaglio con superamento della maggior parte dei sopracitati effetti.

Allegati Da: Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza.

La depersonalizzazione

Un disturbo frequente ma poco conosciuto

Introduzione

È definita depersonalizzazione (DP) l'esperienza di sentirsi distaccato o estraneo a se stesso, o il sentirsi un esterno osservatore dei propri processi mentali (depersonalizzazione autopsichica) o del proprio corpo (depersonalizzazione somatopsichica). Durante l'esperienza di depersonalizzazione il test di realtà rimane integro ed il paziente prova un disagio clinicamente rilevante.

Come **sintomo** la *depersonalizzazione* può ritrovarsi in molteplici patologie psichiche che comprendono quadri psicotici, reattivi-ansiosi, isterici o di conversione, disturbi di personalità. Si può presentare nel corso di una reazione ad un grave trauma psichico o fisico, in reazione a violenze subite sul proprio corpo. Può peraltro presentarsi nel contesto di patologie organiche (epilessia) e metaboliche.

Come **disturbo** a sé stante non è molto conosciuto. Il DSM-IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, APA 1994) considera la depersonalizzazione una forma di disturbo dissociativo ed è caratterizzato dalla presenza persistente o ricorrente di sintomi di depersonalizzazione. A livello clinico, la caratteristica essenziale dei disturbi dissociativi è rappresentata dall'alterazione delle normali funzioni integrative dell'identità, della memoria e/o della coscienza intesa come *coscienza di sé* (attuale o passata).

Tuttavia, la dissociazione è un processo neuropsicologico complesso che possiamo collocare in un *continuum* di esperienze che vanno dalla normale dissociazione che si può sperimentare nella vita di tutti i giorni (immergersi nella lettura di un libro perdendo la cognizione del tempo, fare *sogni ad occhi aperti*) alla frammentazione dell'identità del disturbo dissociativo dell'identità.

Caso Clinico

M.R. è un signore di 40 anni, coniugato, ha due figlie di 2 e 4 anni.

L'atmosfera familiare è descritta come tranquilla ed armonica. Il lavoro procede bene fino al marzo 2011 quando, per un problema congiunturale, l'azienda dove lavora R. rischia di chiudere con conseguente licenziamento dei dipendenti. Fortunatamente l'azienda non fallisce ed il lavoro ricomincia normalmente, ma da quel periodo il paziente non riesce più a riprendere il suo solito ritmo di vita quotidiano. Decide quindi di consultare il suo medico di base che lo indirizza alla visita psichiatrica.



Alessandro Bani, Medico Chirurgo, laureato e specializzato in Psichiatria presso l'Università di Pisa. Ha pubblicato oltre cento lavori scientifici ed autore di libri scientifici tra i quali *La Paura*; *La Violenza*, *Il Suicidio*. Lavora presso il Servizio Psichiatrico della Asl 12 di Viareggio.

“Pensavo fosse un malessere temporaneo, pensavo di recuperare energia, ma non è così e di giorno in giorno sto sempre peggio”, così esordisce alla visita il paziente e prosegue: “Da tempo non mi riconosco più, mi sovrasta una sensazione di apatia ed abulia, non riesco a riconoscermi come una volta”.

Il paziente descrive la difficoltà a riconoscere il suo ruolo in famiglia così come nel mondo del lavoro; non riesce a *sintonizzarsi* con gli altri, non prova affetto per le figlie, non si preoccupa se ci sono problemi o altro: “mi meraviglia il mio modo di comportarmi, come se fossi un automa, senza sentimenti... non mi sento né ansioso né triste... mi sembra di aver ovattato il sentimento di padre e di marito e di guardarmi vivere”.

A questa fase di alcune settimane il paziente lamenta più spiccato il senso di “ovattamento emotivo” ed accusa la paura che tutto questo possa portare ad un discontrollo o ad impazzire. “Temo negli ultimi tempi di perdere il controllo delle mie azioni e di perdere il contatto con la realtà. La notte rimango sveglio, rimugino su come ero tempo fa... ed adesso non mi arrabbio, non c'è niente che mi smuove o mi coinvolga emotivamente... mi sento strano, non più me stesso!”.

Considerazioni

La **depersonalizzazione** prevede, quindi, la perdita del sentimento di familiarità per se stesso o per l'ambiente circostante, ci si sente come vuoti, distaccati, strani, fuori di sé, non coinvolti nell'esistenza, con la diminuzione delle emozioni, spesso associata a esperienza di **derealizzazione**, **ma questa riferita verso l'esterno**, dove l'ambiente circostante diventa piatto, dai colori indistinti, distante, confuso.

Riporto alcune caratteristiche cliniche evidenziate dagli studiosi che, nell'insieme, sono illuminanti per capire *sia* il sintomo depersonalizzazione *sia* il disturbo stesso.

Sedman, ad esempio, evidenzia *il cambiamento peculiare nella coscienza di sé*, nel corso del quale la persona ha la *sensazione di essere irreali*. Si parla di sentimento di “*come se*” ed è abbastanza comune e diffuso ma che tuttavia si differenzia dalla esperienza di certezza di irrealità che si verifica nella psicosi. **Fewtrell** parla di “Stato soggettivo di irrealità nel quale vi è un senso di estraneamento dal sé o dal mondo circostante”.

ALESSANDRO BANI

Psichiatra, Versilia

Per Ackner (1954) gli aspetti della sindrome da depersonalizzazione si riassumono così:

1. è un disturbo dell'esperienza **soggettiva**;
2. l'esperienza è quella di un **cambiamento interno o esterno** caratterizzato da un senso di **stranezza o irrealtà**;
3. l'esperienza è **sgradevole**;
4. qualsiasi attività mentale può esserne coinvolta, l'**affettività** lo è invariabilmente;
5. l'**insight** è mantenuto.

Vanno esclusi:

1. l'esperienza in presenza di elaborazioni **deliranti**;
2. i disturbi dei confini dell'io in corso di **schizofrenia**;
3. la perdita o l'attenuazione dell'**identità personale**.

Per Autori quali Sierra e Berrios (2001) gli aspetti peculiari della sindrome sono:

1. ottundimento **emotivo**;
2. alterazioni nell'esperienza **corporea**;
3. alterazioni nell'esperienza **visiva**;
4. alterazioni nell'esperienza **uditiva**;
5. alterazioni nell'esperienza **tattile**;
6. alterazioni nell'esperienza **gustativa**;
7. alterazioni nell'esperienza **olfattiva**;
8. perdita del senso di **autoreferenza delle proprie azioni**;
9. distorsioni dell'**esperienza temporale**;
10. alterazioni nell'esperienza soggettiva della **memoria**;
11. sentimenti di vacuità del **pensiero**;
12. sentimento soggettivo di un'incapacità a evocare **immagini mentali**;
13. aumentata **auto-osservazione**.

Come già accennato, la depersonalizzazione può essere un'esperienza comune del soggetto sano e normale in momenti particolari come durante emozioni intense o crisi esistenziali, un grave affaticamento, la deprivazione prolungata di sonno o, più raramente, durante una deprivazione sensoriale.

Il clinico deve saperla differenziare in particolare da *disturbi neurologici* (come ad esempio le patologie del lobo temporale, encefaliti, epilessia), da *disturbi tossici e/o metabolici*, dalla *dissociazione isterica* e dai *disturbi depressivi*, questi ultimi molto frequenti in associazione (Cummings JL, 1985).

Prognosi e terapia

La sensazione di depersonalizzazione è spesso passeggera e recede spontaneamente. Il trattamento è giustificato solo se il disturbo è persistente, recidivante. Una guarigione completa possiamo averla in molti pazienti, specialmente per quelli i cui i sintomi si manifestano in occasione di fattori stressanti che possono essere riconosciuti ed affrontati nel trattamento. La psicoterapia psicodinamica, la terapia cognitivo-comportamentale, e talvolta l'ipnosi sono efficaci in alcuni pazienti, ma nessun trattamento, ad oggi, si è rivelato efficace per tutti i pazienti. Buoni risultati tuttavia sono stati riscontrati con l'impiego di ansiolitici ed antidepressivi serotoninergici; non dovrebbero essere dimenticati composti come i neurolettici sia di prima che di seconda generazione o atipici.

Bibliografia

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

TM

BACHECA

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

OFFERTE LAVORO

- SEC Recruitment Ltd - Divisione Pharma - Per multinazionale italiana ricerca un Medico di Farmacovigilanza in Italia. Laureato in Medicina e Chirurgia, il candidato ideale è un giovane medico con esperienza o anche solo interesse per la farmacovigilanza, interessato a entrare nell'industria farmaceutica e un buon inglese parlato e scritto, eventualmente con disponibilità a trasferirsi. Si offre un contratto a tempo per un anno prima di offrire un tempo indeterminato. L'opportunità ha brillanti prospettive di carriera nel lungo periodo. In caso di interesse, inviare un cv aggiornato all'indirizzo mail: sergio.carito@secpharma.com. Per ulteriori informazioni: +44(0)2072556600 www.secrecruitment.com.

XII Congresso Cure Primarie: Tra Chronic Care Model e Medicina di Iniziativa

Empoli, 14, 15 e 16 giugno 2012, Palazzo delle Esposizioni

Comitato Scientifico: Benvenuti F., Leto A., Maciocco G., Massai D., Salvadori P.

Argomenti: chronic care model (CCM), sarà presente Ed Wagner, ideatore del CCM, Kate Lorig, esperta Usa di Self-management ed esperi europei italiani e regionali sulle cure primarie. Traduzione simultanea italiano-inglese e inglese-italiano.

Segreteria Organizzativa: Agenzia per la Formazione AUSL 11 Empoli Tel. 0571 704320 - Fax 0571 704339 E-mail: f.maggiorelli@usl11.toscana.it

Destinatari: max. 300 partecipanti, Medici, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Biologi, Farmacisti, Infermieri, Ostetriche, Assistenti Sanitari, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Educatori, Operatori Socio-Sanitari, tutti i professionisti che, a vario titolo, operano nell'ambito delle Cure Primarie.

ECM: richiesti crediti formativi alla Regione Toscana.

Indicazioni delle Conferenze di Consenso per le gravi cerebrolesioni acquisite



Bruna Lombardi, Dir. della U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Az. USL 4 di PO. Spec. in Med. Fisica e Riabilitativa, in Geriatria ed in Igiene e Medicina Preventiva. Ha partecipato per la Regione Toscana ai lavori della Commissione del Ministero della Salute sugli Stati Vegetativi ed al Gruppo di Lavoro regionale sulle GCLA. Segretario Sez. Toscana della S.I.M.F.E.R.

Le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) sono un problema socio-sanitario complesso, per le criticità riguardanti le persone stesse e le loro famiglie. Vista la variabilità degli approcci a tali problematiche, c'è la necessità di approfondire, e trovare soluzioni operative con una metodologia rigorosa e formalizzata, ed elaborare indicazioni operative fondate su un ragionevole consenso. Lo scopo principale delle Consensus Conference (CC) è definire lo stato dell'arte rispetto a uno specifico problema sanitario-assistenziale attraverso un processo esplicito, in cui le informazioni scientifiche vengono valutate e discusse non solo da professionisti sanitari, ma anche da altre componenti professionali e sociali.

BRUNA LOMBARDI

*Direttore U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale
Az. USL 4 - Prato
Segretario Gruppo Regionale Toscano S.I.M.F.E.R.
(Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitativa)*

La metodologia delle Consensus Conference prevede che una giuria multidisciplinare, composta da operatori sanitari, esperti di epidemiologia clinica e statistica, di etica, rappresentanti dei pazienti, economisti, amministratori, esprima un "verdetto" su un determinato problema dopo aver ascoltato, nel corso di una riunione pubblica, le presentazioni dei risultati delle ricerche condotte nel campo specifico.

La giuria si riunisce a porte chiuse, per formulare le proprie conclusioni che verranno diffuse attraverso i diversi canali di pubblicazione scientifica divenendo raccomandazioni. Le Consensus Conference sulle gravi cerebrolesioni acquisite sono state volute, dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (S.I.M.F.E.R.), in accordo con varie Società Scientifiche ed Associazioni di Pazienti e Familiari. Sono state importante momento di condivisione. La prima si è svolta nel 2000 a Modena e ha riguardato le "Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio encefalico in fase acuta, i criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati". Nella pri-

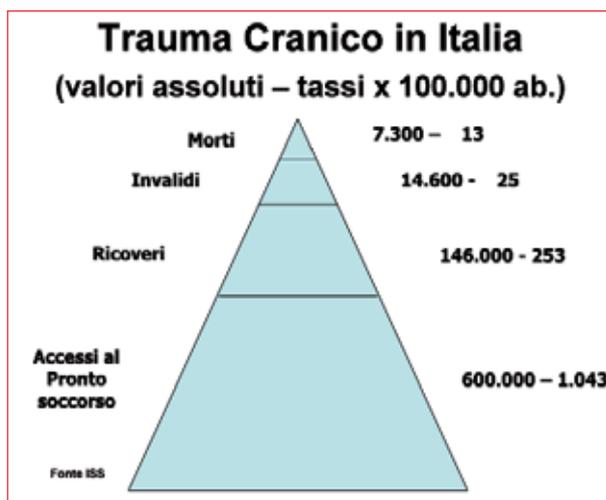


Figura 1 - Epidemiologia del trauma cranico (fonti ISS, www.gcla.it).



Figura 2 - La disabilità residua nel trauma cranico (fonte www.gcla.it).

ma conferenza è stato anche definito il Protocollo valutativo di minima. I dati epidemiologici sul trauma cranico fanno riferimento a un problema di relativa incidenza (Figura 1), ma di importante prevalenza per il numero di disabilità gravi correlate (Figura 2).

In seguito, con lo studio Giscar 52 centri riabilitativi italiani sui 70 coinvolti, in prevalenza del centro-nord hanno inviato 2769 schede, fornendo i primi dati organici sulle gravi cerebrolesioni acquisite, di origine traumatica che non. I casi traumatici, dovuti spesso a incidenti stradali nel week-end, hanno un picco di incidenza intorno ai 20-30 anni. I casi non traumatici, dovuti in gran parte a ictus o anossie cerebrali compaiono in età più tardiva. (Figura 3).

La seconda Consensus Conference ha avuto luogo a Verona nel 2005. Ha riguardato i “Bisogni Riabilitativi ed Assistenziali delle Persone con Disabilità da Grave Cerebro-Lesione Acquisita e delle loro Famiglie, nella Fase Post-Ospedaliera”. Sono stati affrontati i diversi aspetti dell’assistenza e del reinserimento di questi pazienti dopo la fase post acuta di malattia, quando non necessitano più di ricovero ospedaliero. È stata definita la grave cerebrolesione acquisita: “*un danno cerebrale, dovuto a trauma cranioencefalico o ad altre*

cause (anossia cerebrale, emorragia, etc.), tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto, e menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che determinano disabilità grave”. Una persona affetta da GCA necessita di ricovero ospedaliero in acuzie in media per due settimane. Occorrono poi interventi clinico-riabilitativi di tipo intensivo, in degenza, che possono durare alcuni mesi. Dopo la fase di ospedalizzazione, permangono spesso sequele che rendono necessari interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, per la difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo. Il trend è in costante aumento. Le GCA rappresentano una delle cause principali di disabilità fisica, cognitiva, psicologica e di limitazione alla partecipazione sociale nei giovani, con costi personali e sociali elevati. Spesso sottostimati i traumi lievi, che comportano esiti di tipo psicologico. (Figure 4 e 5). In un percorso di lunga ospedalizzazione si palesano criticità:

- **Sindrome da abbandono** alla dimissione dalla riabilitazione.
- **Rinuncia alla attività professionale, di svago e del tempo libero**, da parte di un membro della famiglia per necessità assistenziali.
- **Atteggiamento di rifiuto di parenti, amici, colleghi, ecc.**
- **Implosione del nucleo familiare.**
- **Eterogenetà dei patterns**, con necessità di prevedere risposte flessibili.

La terza Consensus Conference si è svolta a Salsomaggiore nel 2010. È stata dedicata alla “Buona pratica clinica nella riabilitazione intraospedaliera delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite”. Oltre 21000 documenti sono stati letti e selezionati. Sono state individuate buone pratiche e corrette metodologie d’intervento in tutte le fasi del percorso. Precoce presa in carico riabilitativa e rapidità dei trasferimenti dalla fase acuta, va-

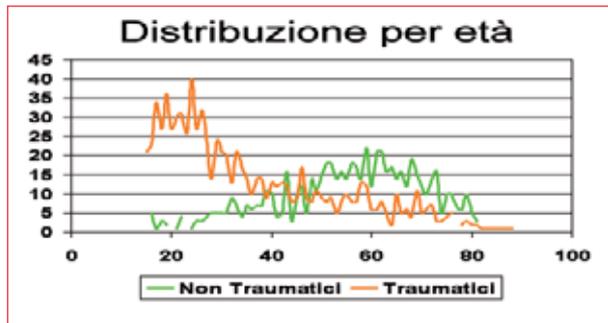


Figura 3 - Distribuzione per età (fonte www.gcla.it).

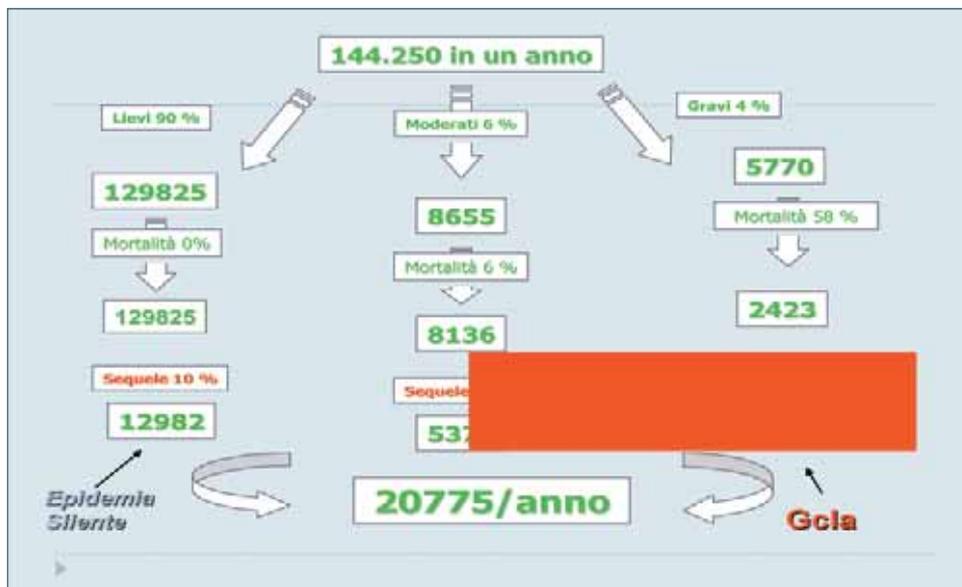


Figura 4 - L'epidemia silente (fonte www.gcla.it).

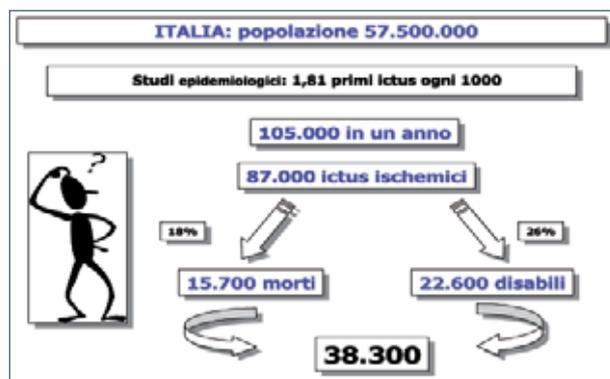


Figura 5 - L'epidemiologia dello stroke (fonte www.gcla.it).

lutazione multidimensionale, interdisciplinarietà dell'intervento, cure anche nella fase di esito e restituzione della partecipazione (approccio biopsicosociale - ICF), si sono confermati punti forti, così come la strutturazione di un trauma register. Sulla base delle Consensus Conference le Regioni hanno ridisegnato i loro percorsi. Il modello della

Regione Emilia-Romagna è costituito sul modello Hub & spoke. Il modello toscano fa riferimento ad una tempestiva e corretta presa in carico riabilitativa e ad un rapido trasferimento alla riabilitazione intensiva. L'approccio è finalizzato allo sviluppo di una rete integrata capace di garantire appropriatezza, qualità e continuità. Dall'ospedale al territorio con la competenza del team interdisciplinare e multiprofessionale per la predisposizione di un piano di cure personalizzato. Un forte legame in rete con strutture territoriali e funzioni di carattere intermedio, che garantiscano la permanenza nell'ambito della Area Vasta, e/o gli interventi di domiciliazione. Valori aggiunti del percorso sono rappresentati dalla stratificazione dei casi per categorie di esito, dal monitoraggio del percorso e dalla creazione di un registro per i casi traumatici.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: b.lomb@libero.it

TM

La gestione del diabete gestazionale

Un'applicazione del Chronic Care Model all'ostetricia



Alessandro Fedi, Direttore, della S.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale del Mugello (Azienda Sanitaria di Firenze). Campi di particolare interesse: medicina perinatale, ecografia, chirurgia endoscopica (laparoscopia e isteroscopia). Autore di oltre 50 pubblicazioni. Referente per la Toscana della Società di Endoscopia Ginecologica Italiana (SEGI).

Pochi argomenti come il diabete gestazionale sono così controversi: ne viene da alcuni addirittura negata l'esistenza, mentre per altri è un'entità nosologica di grande importanza; e intorno alla gestione ed alla condotta terapeutica c'è stata per tanti anni difformità di comportamento. Finché un ampio studio internazionale, Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome Study (HAPO), condotto su circa 25000 pazienti in 15 Centri distribuiti nelle varie nazioni del mondo, ha dimostrato che l'aumento della frequenza degli outcomes perinatali avversi è in stretta correlazione con i valori glicemici materni a digiuno e ad una e due ore dopo il pasto. E finalmente la "Conferenza Nazionale di Consenso", riunita a Roma il 27 Marzo 2010, ri-

prendendo i nuovi criteri di screening scaturiti dai risultati degli studi internazionali, ha diffuso le linee guida condivise per la diagnosi e la gestione del diabete gestazionale.

I nuovi parametri individuati renderanno più impegnativo il controllo del diabete gestazionale con un aumento previsto dei casi da trattare di circa un terzo, come ammesso dalle stesse Società Scientifiche, ma

l'aspetto importante è il raggiungimento di un indirizzo comune.

Tutto ciò si è inserito, nell'ambito del nostro Ospedale, in un percorso di riorganizzazione delle modalità di controllo del diabete gestazionale che tenesse conto non

ALESSANDRO FEDI*, RITA MARIAROSARIA NASTO*, ELENA BOTTI*, MIRJAM E.K. MIE*, BEATRICE BECCHI*, ILARIA BONANNI*, PAOLO MARINI**, LUCILLA RANDAZZO°, TIZIANA FARAONI°°

* S.C. di ostetricia e Ginecologia, Ospedale del Mugello (FI), Direttore dott. Alessandro Fedi

** S.C. di Medicina, Ospedale del Mugello (FI), Direttore dott. Stefano Spolveri

° Servizio di dietologia, Ospedale del Mugello (FI), Responsabile dott.ssa Cristina Lucherini

°° Direttore Sanitario, Ospedale del Mugello (FI)

solo degli ultimi aggiornamenti ma anche della necessità di decongestionare il reparto di degenza e contemporaneamente rendere più accettabili per le pazienti i controlli e le terapie.

Il ricovero successivo alla diagnosi di diabete gestazionale era finalizzato all'effettuazione del profilo glicemico giornaliero su cui si basava, previa correzione della dieta, la decisione sull'eventuale terapia insulinica; per i controlli successivi, già da diversi anni era attiva la modalità ambulatoriale con l'esecuzione degli esami e del profilo glicemico a domicilio.

L'idea di trasferire completamente la gestione del diabete gestazionale in ambito ambulatoriale (presso il nuovo "ambulatorio delle gravidanze con patologia": ASOP) si è fatta strada dal 2010 per una serie di motivazioni che rafforzavano il convincimento che il regime di ricovero fosse una modalità obsoleta:

- il ricovero, di durata non prevedibile, era vissuto con disagio dalle gestanti, specialmente quelle con figli;
- l'abbandono del profilo glicemico nelle 24 ore, in favore del profilo glicemico settimanale a scacchiera, scaturiva ormai dalle raccomandazioni regionali sull'automonitoraggio glicemico domiciliare;
- il profilo glicemico effettuato in regime di ricovero è sempre stato condizionato dal fatto di non poter riprodurre in Ospedale un'attività fisica della paziente paragonabile a quella della consueta vita domiciliare;
- l'esternalizzazione dei servizi di cucina poneva enormi difficoltà e costi per la fornitura delle diete specifiche consigliate;
- la riduzione del numero dei ricoveri per diabete gestazionale poteva rappresentare un miglioramento organizzativo e dell'appropriatezza nell'uso delle risorse.

Il cambiamento organizzativo

Il percorso verso il cambiamento organizzativo ha richiesto tempo, anche perché le nuove linee guida e le raccomandazioni regionali per il diabete gestazionale comportavano ulteriori modifiche dell'iter burocratico e gestionale per questa patologia.

Durante la messa a punto del protocollo, a cui si è dedicato un gruppo di medici del reparto, con un referente per la patologia ostetrica, sono stati affrontati diversi problemi:

- il coordinamento dei tempi delle consulenze specialistiche (dietologica, diabetologica ed ecografica) con quelli dell'ambulatorio ASOP;
- l'impostazione del piano terapeutico;
- il giusto percorso per ottenere il materiale: apparecchio di rilevazione della glicemia, aghi pungi/dito, le strisce glicemiche, insulina, aghi per penna/siringa;
- il coinvolgimento nel progetto del servizio di dietologia e del servizio di diabetologia;

- l'addestramento della paziente per l'esecuzione dell'automonitoraggio domiciliare glicemico e per l'autosomministrazione di insulina.

Via via che il progetto veniva delineato, ci siamo resi conto che esso corrispondeva in modo sorprendente al modello del *Chronic Care* che ha costituito uno dei suggerimenti principali del piano sanitario regionale per la gestione di alcune patologie croniche.

La verifica di fattibilità

Il primo passo è stato l'elaborazione, basata sulla *Consensus Conference* e sulle raccomandazioni regionali (decreto n° 6739 del 23/12/2009), del protocollo interdisciplinare con la collaborazione fra i ginecologi, gli ecografisti, le dietiste, il diabetologo, il personale infermieristico della diabetologia. La Direzione Sanitaria di Presidio ha accolto favorevolmente e approvato il nostro progetto organizzativo.

Il passo successivo è stato il confronto, attraverso un incontro di approfondimento scientifico, con uno specialista esterno della Clinica Ostetrica della A.O.U. di Careggi. All'incontro con il prof. Giorgio Mello erano intervenute tutte le figure professionali del nostro Ospedale interessate al progetto: ginecologi, ostetriche, diabetologo, dietiste, personale infermieristico del servizio di diabetologia, pediatri e direzione sanitaria. In una mattinata densa di contenuti scientifici, con l'attiva partecipazione alla discussione di tutte le figure coinvolte, abbiamo ottenuto importanti motivazioni a proseguire nel percorso intrapreso.

Il protocollo

In seguito alla diagnosi di diabete gestazionale o di alterazioni minori del metabolismo glucidico in gravidanza (alterata tolleranza glicidica) la paziente prenota la visita al CUP. L'accesso ASOP può essere con la formula della presa in carico, con programmazione dei controlli successivi, o della consulenza, con riconsegna della paziente al medico richiedente.

Il ginecologo dell'ambulatorio accoglie la paziente, inquadra clinicamente il caso, utilizzando per la documentazione e la refertazione la cartella elettronica, e predispose le richieste per:

- materiale da mettere a disposizione della gestante per il profilo glicemico;
- invio per l'addestramento all'ambulatorio diabetologico;
- consulenza dietologica finalizzata all'impostazione della dieta.

La gestante a sua volta:

- si reca presso l'ambulatorio di Diabetologia dove le viene consegnato l'apparecchio di rilevazione della glicemia capillare con striscia reattiva, e dove riceve da parte del personale infermieristico le indicazioni per la corretta esecuzione degli *sticks*;
- presenta la richiesta di fornitura per pazien-

ti diabetici al servizio farmaceutico territoriale per l'attivazione del piano terapeutico, e successivamente si reca presso la farmacia territoriale di sua scelta per il ritiro delle strisce reattive e delle lancette pungidito;

- si reca, previo appuntamento CUP, presso il servizio di dietologia dell'Ospedale dove le viene calcolata e consegnata la dieta appropriata secondo linee guida specifiche;
- esegue, come da raccomandazioni regionali, un automonitoraggio glicemico domiciliare, a scacchiera, da iniziare dopo almeno una settimana di dieta.

Dopo l'automonitoraggio glicemico della durata di una settimana la paziente ha un nuovo appuntamento all'ASOP per la rivalutazione clinica (e/o ecografica) complessiva da cui scaturisce la decisione terapeutica. Nel caso che emerga la necessità della terapia insulinica, la gestante si reca presso la farmacia ospedaliera per il ritiro dell'insulina prescritta e nuovamente torna all'ambulatorio di diabetologia per essere istruita dal personale infermieristico sull'autosomministrazione dell'insulina.

L'obiettivo della terapia è il raggiungimento di valori glicemici analoghi a quelli riscontrabili nelle gestanti con gravidanza fisiologica, con le giuste oscillazioni dei valori fra la misurazione a digiuno e quella a un'ora dal pasto.

Nel raggiungere questi equilibri sono essenziali gli adattamenti della dieta, ciò è realizzabile grazie alla disponibilità delle dietiste a fornire consulenze con percorsi prioritari per la gravidanza e con accesso libero nei giorni di apertura dell'ambulatorio ostetrico. Quando è necessaria la somministrazione della terapia insulinica, si ricorre alle nuove formulazioni ultrarapide, con

piccoli aggiustamenti, integrate a volte dall'insulina semilenta. Per i casi più complessi c'è la possibilità di consulenza con il diabetologo.

Il compito dell'ambulatorio ASOP finisce con il passaggio della paziente all'ambulatorio per il controllo della gravidanza presso il termine con patologia (ASO), dove inizia il monitoraggio materno-fetale fino al ricovero per il parto.

Conclusioni

Le pazienti hanno aderito, nella stragrande maggioranza dei casi, senza particolari disagi al nuovo protocollo, malgrado la maggiore frequenza e complessità dei controlli rispetto al passato.

Hanno apprezzato infatti l'altro aspetto, assolutamente innovativo, del nuovo modello organizzativo e cioè l'assenza della necessità del ricovero nell'intero iter diagnostico e terapeutico.

L'ambulatorio *dedicato*, deputato al controllo di tutta la patologia ostetrica di competenza, è seguito da un gruppo di ginecologi con particolare formazione in ostetricia al fine di garantire la continuità assistenziale. Da Giugno 2010 all'Agosto 2011 si sono contati 220 accessi.

Il coinvolgimento diretto delle pazienti nel monitoraggio glicemico domiciliare e nella terapia è, insieme all'approccio multidisciplinare, uno dei principi cardine del *Chronic Care Model*.

Nella realizzazione dell'assetto organizzativo di tipo ambulatoriale si sono rivelate fondamentali la partecipazione del personale infermieristico per la formazione delle pazienti e la disponibilità del diabetologo e delle dietiste nel coadiuvare il ginecologo nel dare risposte pronte alle necessità di correzione e di controllo della terapia.

Ci sembra infine che questo sia il primo esempio di applicazione in ostetricia del *Chronic Care Model*. **TM**

Tabella 1 - Profilo glicemico a scacchiera. La glicemia viene controllata negli orari contrassegnati con una X e scritta nello spazio sottostante.

	8	9	10	12	13	14	20	21	22	24
Lunedì	X	X	X				X	X	X	X
Martedì	X	X	X	X	X	X				X
Mercoledì				X	X	X	X	X	X	X
Giovedì	X	X	X				X	X	X	X
Venerdì	X	X	X	X	X	X				X
Sabato				X	X	X	X	X	X	X
Domenica										



Marco La Grua, specialista in Anestesiologia e Rianimazione ed in Tossicologia Medica. Master Universitario in Terapia del Dolore. Già Dirigente Medico presso la Sezione di Terapia del Dolore dell'Ospedale di Prato. Membro della Società Italiana dei Clinici del Dolore, della quale è dal 2009 Vice Presidente Nazionale.

L'utilizzo della radiofrequenza pulsata nel trattamento delle sindromi dolorose

Le radiofrequenze continue (CRF) sono onde elettromagnetiche a frequenza elevata (circa 480 KHz) che, applicate ai tessuti attraverso una sonda con termocoppia, possono provocare un riscaldamento fino a temperature prossime ai 90° e quindi una lesione tissutale.

Nel campo della terapia antalgica l'utilizzo delle radiofrequenze con l'intento di bloccare gli input nocicettivi attraverso una denervazione ha inizio nel 1964, quando Rosomoff e Mullan utilizzano la radiofrequenza continua per l'esecuzione della cordotomia percutanea. Successivamente Sweet e Wepsic impiegano la tecnica per l'esecuzione della termorizotomia trigeminale e pressappoco negli stessi anni Shealy la utilizza per la termorizotomia della branca mediale (nel trattamento della sindrome faccettaria lombare e cervicale) ed Uematsu (1974) e Slujiter (1980) per la termorizotomia spinale nelle sindromi radicolari.

Sostanzialmente la tecnica rimane invariata fino alla metà degli anni '90 fino a quando Slujiter e Cosman producono un'importante innovazione nell'impiego delle radiofrequenze per il trattamento del dolore: la radiofrequenza pulsata (PRF). In cosa si differenzia la Radiofrequenza pulsata (PRF) dalla Radiofrequenza continua (CRF)? Come detto, la RF classica (CRF) pone la sua efficacia nella lesione termica distruttiva delle fibre nervose che conducono l'input nocicettivo; la PRF al contrario non si basa sull'innalzamento della temperatura

tissutale e quindi su una lesione tissutale, ma sugli effetti a livello cellulare/neuronale causati dal campo elettrico e magnetico generato dalla radiofrequenza stessa. Tecnicamente, mentre la CRF eroga onde radio con frequenza di 500 kHz producendo un riscaldamento del tessuto fino a 90°, la PRF consiste nella erogazione di *burst* delle stesse onde ma applicate per 2 cicli/sec con una durata di 20 msec ciascuno (Figura 1). Questo fa sì che la temperatura del tessuto circostante non superi

mai i 42°, e quindi non si arrivi mai ad una lesione. Si produce perciò una analgesia senza realizzare un danno nervoso: dopo applicazione di una PRF su strutture nervose non si assiste ad una perdita di sensibilità e la durata del pain-relief può arrivare fino ad alcuni mesi, con migliori risultati sul dolore nocicettivo e misto mentre l'effetto sul dolore esclusivamente neuropatico è incostante.

Il meccanismo di azione delle PRF può essere ricondotto al fatto che attraverso il campo elettrico generato vengono provocate modifiche a livello intracellulare ultrastrutturale (mitocondriale, microtubuli) in grado di alterare reversibilmente la funzionalità neuronale, effetto più evidente per le piccole fibre mieliniche (le C) o mieliniche di piccolo diametro (A δ), cioè quelle coinvolte nella trasmissione dolorosa.

Mentre gli impieghi della radiofrequenza continua neurolesiva si sono andati riducendo ed attualmente sono limitati a poche ma importanti indicazioni (soprattutto per la denervazione delle faccette articolari vertebrali, per la termorizoto-

MARCO LA GRUA

Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore
Centro Oncologico Fiorentino

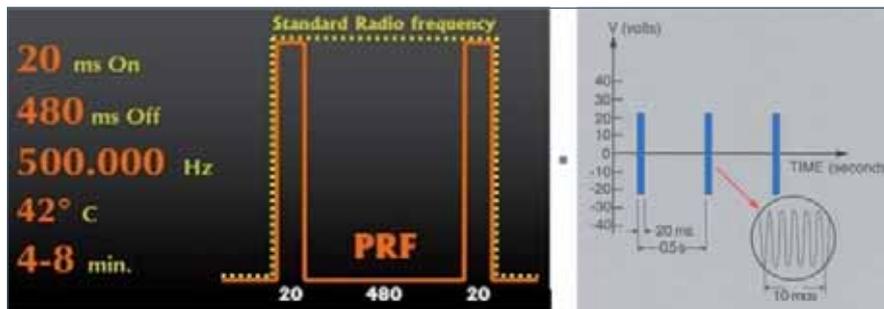


Figura 1 - configurazione di una PRF e di una continua (standard RF).

mia trigeminale e nella cordotomia percutanea), quelli della radiofrequenza pulsata si vanno estendendo e rappresentano uno stimolante campo di sviluppo della ricerca e nella applicazione clinica in Medicina del dolore.

Impieghi clinici della radiofrequenza pulsata

Come già esposto, l'applicazione della PRF è proponibile sia in presenza di un dolore nocicettivo puro che con una componente neuropatica. I campi di utilizzo sono perciò molto estesi, ovvero in tutte quelle sindromi dolorose dove sia identificabile un preciso *bersaglio* costituito da un ramo nervoso che sia aggredibile per via percutanea. Di seguito vengono elencate le principali indicazioni per l'utilizzo della radiofrequenza pulsata e descritte le tecniche per le più frequenti applicazioni.

Strutture bersaglio della PRF (nervo periferico)

- Nervo Grande Occipitale (cefalea cervicogenica, nevralgia del grande occipitale).
- Ramo mediale del nervo spinale (sdr. delle faccette articolari in lombalgie o cervicoalgie persistenti).
- Nervo Sovrascapolare.
- Nervo Pudendo.
- Nervo mediano (per Sindrome del tunnel carpale).
- Nervi SPE e SPI (nelle vasculopatie).

Applicazioni cliniche della PRF (strutture gangliari)

- Radicolopatie da compressione (da ernia discale, spondilo artrosi).
- Dolore lombare o cervicale persistente (sindromi faccettarie).
- Sindromi da intrappolamento (tunnel carpale, meta tarsalgia di Morton, tunnel tarsale etc.).
- Nevralgie post-herpetiche.

Nervo Sovrascapolare

Il nervo sovrascapolare nasce dal tronco superiore del plesso brachiale originato da C5 e C6 provvede alla innervazione sensoriale di circa il 70% della spalla, oltre che essere motorio per sovraspinato ed infraspinato. Il trattamento con



Figura 2 - Nervo sovra scapolare e posizionamento dell'ago.

PRF può essere di aiuto nel controllo del dolore determinato da flogosi acute e croniche nella artrosi glenomerale e della articolazione acromioclaveare, nella spalla congelata e sofferenze croniche della cuffia dei rotatori e sindromi da conflitto subacromiale sia post-traumatiche che ad esempio come sequele di emiplegia, permettendo al paziente di affrontare con minor dolore l'imprescindibile trattamento fisiochinesioterapico e riabilitativo. L'accesso percutaneo al nervo è semplice, sia utilizzando reperi di superficie che, più attualmente, con il supporto della guida ecografica. Una volta posizionato l'ago elettrodo in stretta vicinanza del nervo (Figura 2) si eseguono test di stimolazione del nervo stesso sia sensitivi che motori per verificare la corretta posizione dell'ago e quindi si procede alla applicazione della radiofrequenza pulsata per una dose standard (la *dose* è identificata dal numero di *pulse* di radiofrequenza che vengono erogati al nervo periferico).

Nervo Grande Occipitale (Cefalea cervicogenica)

Viene così definita una cefalea generalmente unilaterale che dalla regione occipito-cervicale si proietta ed irradia fino alla sede parieto-fronto-orbitaria. Secondo la definizione ICHD 2004 è "cefalea secondaria riferibile a strutture del rachide cervicale e capsuloligamentose del collo". Il trattamento con PRF viene effettuato a livello del nervo grande occipitale, reperibile circa 2 cm lateralmente ed inferiormente all'inion e medialmente alla arteria occipitale (punto di reperi quando si usi una tecnica eco guidata). Anche in questo caso dopo test di stimolazione si procede alla applicazione della PRF (vedi Figura 3).

Sindromi radicolari vertebrali (cervicali-dorsali-lombosacrali)

Il trattamento del dolore radicolare, come per esempio nelle lombosciatalgie persistenti o nelle nevralgie post-herpetiche, è tecnicamente più complesso rispetto alle applicazioni precedenti e prevede sia l'utilizzo di aghi per radiofrequenza identici a quelli utilizzati per le precedenti applicazioni su nervi periferici che quello di particolari cateteri-elettrodo (come per esempio il catetere di Pasha), spesso dotati anche di una porta di iniezione per i farmaci.

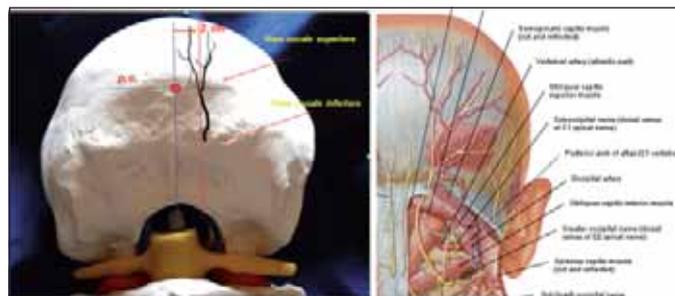


Figura 3 - Nervo grande occipitale (GON) ed arteria.

Un catetere di questo tipo può essere posizionato a livello dei gangli della radice nervosa attraverso un accesso percutaneo epidurale, sia per via interlaminare (cioè sfruttando lo spazio fra una vertebra e l'altra, come nel comune accesso utilizzato per l'anestesia epidurale) che per via sacrale, accedendo attraverso lo hiatus sacralis e facendo risalire il catetere fino al livello desiderato, utilizzando il controllo radiologico. Una volta raggiunta la posizione che si ritiene adeguata per il trattamento si esegue un test di stimolazione, che deve

evocare parestesie nell'area corrispondente al dolore del paziente senza evocare risposta motoria, confermando così la posizione prossima al ganglio sensitivo della radice, dopodiché viene applicata la radiofrequenza pulsata al ganglio della radice spinale.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: lagruam@yahoo.it

TM



Figura 4 - (A) Catetere per Radiofrequenza di Pasha. (B) Posizionamento dell'elettrodo a livello del ganglio della radice L4 dx. (C) Visualizzazione della stessa radice e ganglio dopo mezzo di contrasto. (D) Applicazione di PRF sul ganglio di S1 bilateralmente con ago elettrodo.



Antonino Sala è laureato in Medicina e Chirurgia nel 2009 presso l'Università degli Studi di Firenze. Dal 2010 è medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. In questo momento svolge un tirocinio formativo presso la SC Epidemiologia Ambientale- Occupazionale dell'ISPO a Firenze.

La mortalità infantile della popolazione immigrata in Toscana

In Italia, come nel resto dei paesi economicamente avanzati, il progressivo miglioramento delle condizioni di vita ha portato a una continua diminuzione della mortalità generale e della mortalità infantile, e all'aumento della speranza di vita alla nascita.

La mortalità infantile, intesa come mortalità nel primo anno di vita, è un importante indicatore dello stato di salute di una popolazione nel suo complesso e anche dell'efficienza del sistema sanitario. È collegata a fattori prenatali, a fattori legati al momento del parto e anche a fattori socio-economici, ambientali e culturali, che possono

influire sul concepimento, la gravidanza e la crescita del bambino.

Lo studio della mortalità infantile degli stranieri in Toscana costituisce uno strumento valido per monitorare il livello di salute di una parte vulnerabile della popolazione, quella immigrata, e ci permette di valutare indirettamente la loro integrazione nella nostra società.

È stata esaminata la mortalità dei bambini immigrati, residenti in Toscana, nati e deceduti nel primo anno di vita nel periodo 1997-2008, utilizzando i dati del Registro di Mortalità Regionale toscano. Sono stati considerati cittadini stranieri quelli con entrambi i genitori di cittadinanza straniera, attribuendo al deceduto quella della madre quando i genitori non hanno la medesima cit-

ANTONINO SALA¹, ANDREA MARTINI²,
ELISABETTA CHELLINI², CHIARA NERI³

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Firenze

² Registro di Mortalità Regionale toscano, SC Epidemiologia Ambientale Occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

³ Direttore Sanitario ISPO, Firenze

tadinanza straniera. In modo analogo, sono stati considerati come cittadini italiani i deceduti con almeno un genitore italiano.

Complessivamente si sono registrati 90 morti nel primo anno di vita tra gli stranieri residenti in Toscana e di questi 71 sono avvenuti dal 2003, a conferma di una presenza più strutturata della popolazione immigrata negli ultimi anni. Tra i bambini stranieri deceduti emerge la netta prevalenza dell'insieme dei Paesi a forte pressione migratoria (89 deceduti su 90), con ai primi posti Cina, Marocco, Albania, Romania e Filippine che rappresentano anche i Paesi a maggior gettito di immigrati. L'andamento dei tassi di mortalità neonatale e post-neonatale degli stranieri residenti è stato inoltre confrontato con quello della popolazione toscana dal 2002 al 2008 (vedi grafico). I tassi di mortalità (medie mobili triennali) sono stati calcolati solo dal 2002 poiché solo da questo anno sono disponibili i dati sulla numerosità dei bambini immigrati nati vivi.

È importante distinguere il primo mese dall'insieme dei decessi del primo anno perché nel periodo "neonatale" i decessi sono dovuti principalmente a cause cosiddette *endogene*, ossia a patologie legate a condizioni intrinseche della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. Queste cause sono difficilmente controllabili o almeno prevenibili e quindi rappresentano situazioni in cui risulta piuttosto difficile intervenire in modo risolutivo.

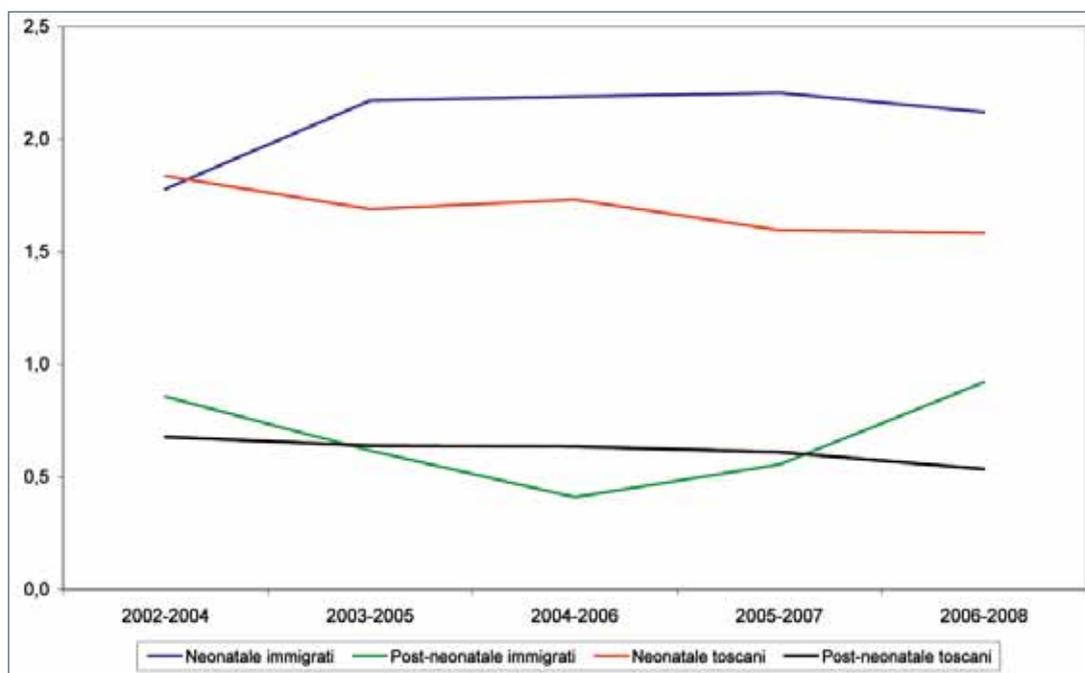
All'opposto, il periodo "post-neonatale", successivo cioè al primo mese di vita, è generalmente caratterizzato da decessi per cause *esogene*, dovute a patologie legate a fattori esterni, in particolare a una scarsa o inadeguata alimentazione (si pensi a tutte le problematiche riguardanti la delicata fase dello svezzamento), così come alla presenza

di carenti condizioni igienico-sanitarie, a mancate conoscenze da parte delle madri, a scarso accesso ai servizi sanitari: queste sono quindi situazioni a cui il sistema sanitario può dare risposte in termini di prevenzione dell'evento.

La mortalità infantile dei toscani è passata da 2,51 per 1.000 nati vivi nel 2002-2004 a 2,14 nel 2006-2008, con una riduzione progressiva di entrambe le sue componenti (neonatale e post-neonatale); negli immigrati, al contrario, si è osservato un aumento negli anni del tasso di mortalità infantile che ha raggiunto i 3,04 decessi ogni 1.000 nati vivi nell'ultimo triennio 2006-2008; un fenomeno, questo, molto preoccupante che è da ricondurre non solo alla presenza negli immigrati di tassi di mortalità neonatale stabilizzatisi ormai a livelli superiori rispetto a quelli toscani ma anche, come è evidenziabile dal grafico, ad una inversione di tendenza della mortalità post-neonatale che a partire dal 2004 ha registrato un trend in continua crescita negli immigrati; quest'ultimo costituisce un segnale d'allarme che deve essere tenuto sotto controllo in quanto evidenzia indirettamente condizioni di maggiore vulnerabilità delle donne straniere rispetto alle donne italiane.

Se per i bambini toscani le modificazioni del livello e delle tecniche di assistenza sanitaria alla gravidanza, al parto e al neonato hanno portato nel tempo a una progressiva diminuzione della mortalità infantile, con una concentrazione dei decessi nei primi giorni, per i figli di immigrati residenti in Toscana si continuano a registrare, invece, tassi di mortalità più elevati che vanno interpretati nell'ottica di uno svantaggio sociale che persiste nella popolazione immigrata e che quindi occorrerà contrastare attraverso azioni di intervento e prevenzione a largo raggio. **TM**

Grafico - Andamento dei tassi di mortalità neonatale e post-neonatale negli immigrati e nei toscani. Periodo 2002-2008.





Manfredo Fanfani

La riforma sanitaria del Granducato di Toscana

Seconda parte (Prima parte nel numero precedente)

MASSIME E ISTRUZIONI

DA OSSERVARSI GENERALMENTE IN TUTTI LI SPEDALI

DEGLI

INFERMI

DEL

GRAN-DUCATO DI TOSCANA

APPROVATE

Con Dispaccio di S. A. I. e R.

De' 17 febbrajo 1818.



FIRENZE

DALLA TIPOGRAFIA MARENIGH

1818.

1.^o **I** Spedali degl' Infermi in Toscana si distinguono in due classi: Regj, e Comunitativi. Sono Regj i Spedali di Firenze, Siena, Pisa, Pistoja, e Livorno, e sono distinti da tutti gli altri perchè il Commissario, o Rettore di essi viene direttamente nominato da S. A. I. e R.; perchè nei primi quattro di essi a comodo dello studio pratico dell' arte Medica, e Chirurgica vi sono ricevuti certi casi rari di malattie, e di grandi operazioni, qualunque sia la provenienza del malato; e perchè vi sono ammessi i Giovani a far le pratiche precedenti alla loro matricola. Altra ragione di questa distinta qualità si trova nella Tutela amministrativa, che nei Spedali Comunitativi è stata esercitata immediatamente dal Magistrato Locale, e nei Regj dall' I. e R. Segreteria di Stato.

2.^o Veruna conseguenza, e verun diritto speciale, oltre i sopra espressi, deriva dalla predetta qualificazione, e tutti gli Spedali indistintamente sono obbligati a ricevere i miserabili Infermi di malattia curabile; a curarli, ed assisterli gratuitamente, dentro i limiti della loro finanza.



3.° In tutti gli Spedali vi saranno dei *Letti paganti*, dei *Letti a mezza paga*, o *semipaganti*, e dei *Letti gratuiti*.

4.° Sono *Letti paganti* quelli per i quali vien retribuita allo Spedale dal Malato, o da altri per esso una tassa corrispondente alla spesa giornaliera di un letto occupato, ben'inteso che questa tassa, a differenza dei letti gratuiti, deva comprendere ancora il contributo per le spese generali di Professori, ed altri Impiegati necessarj alla montatura economica, e sanitaria del Pio Stabilimento, e deva esser precisamente indicata nel Bilancio di ciascheduno Spedale. A *mezza paga* sono quelli per i quali vien retribuita dal malato, e da altri per esso la metà dell'importare della spesa predetta. I *Gratuiti* sono definiti dal nome. Ogni altra tassazione arbitraria, che dipender potrebbe da parzialità, e favore è vietata.

5.° I letti paganti potranno essere nella quantità permessa dallo stato materiale della fabbrica di ciascheduno Spedale, bene inteso, che mediante quelli non resti in alcuna forma circoscritto o limitato il numero dei letti gratuiti, che possono tenersi dallo Spedale a beneficio degli Infermi miserabili. I letti semipaganti potranno essere in quel numero, che verrà permesso dalla non occupazione dei letti gratuiti, giacchè con questi posti a mezza paga non deve essere oltrepassato il limite della Spedalità gratuita, che può accordarsi in ciascheduno Spedale; e per conseguenza il numero dei letti semipaganti sarà sempre computato come se fossero per metà letti gratuiti, ed in diminuzione di quelli. I letti, o posti gratuiti sono in quel numero, che vien permesso dallo Stato economico dello Spedale, e che è determinato nel Bilancio di precisione.

6.° Per essere ammesso nei letti paganti è necessario, che concorrano i requisiti di malattia curabile, di causa giusta, ed urgente, per cui debba accordarsi asilo nel pubblico Spedale a preferenza della casa particolare del malato e di *solvibilità*, o sia potenza a pagare; nei semipaganti, la malattia curabile, e la povertà; nei gratuiti, malattia curabile, e miserabilità. Senza il corredo dei documenti giustificanti rispettivamente i precitati requisiti, non può permettersi l'ammissione negli Spedali, fuori dei casi di estre-



ma urgenza, e provvisoriamente. Chiunque ordinasse altrimenti sarà garante allo Spedale dell'indennità, e dovrà rimborsare esattamente tutte le spese di spedalità come se il malato fosse pagante.

7.º Vi è una prelazione per le ammissioni ai diversi posti semipaganti, e gratuiti, e sarà regolata come appresso. I Malati miserabili della Comunità, ove esiste lo Spedale, sono preferiti al godimento de' letti gratuiti fino al compimento del numero assegnato nel Bilancio. Se il numero non è completo vi hanno luogo quelli a mezza-paga della Comunità medesima. In difetto degli uni, e degli altri si apre il diritto ai miserabili delle altre Comunità del Gran-Ducato indistintamente fino al compimento del numero di letti assegnato alla Spedalità gratuita.

8.º Occupati tutti i posti gratuiti dai malati miserabili della Comunità, ove è stabilito lo Spedale, tutti i malati, sebben miserabili, che sopravvengono di questa Comunità istessa, restano a carico della medesima, che dovrà reintegrare il Pio Stabilimento della spesa di spedalità. L'istessa regola procede per tutte le altre Comunità, quando i posti gratuiti sono esauriti da chi aveva diritto di prelazione.

9.º In tutti i casi, nei quali il malato è pagante a carico della Comunità, o dei Particolari (come si dirà in appresso) il Rettore, o Commissario dello Spedale è obbligato a trasmetterne immediatamente l'avviso al Gonfaloniere della rispettiva Comunità, affinchè esso provveda alla indennità di quella, ed al regresso, se vi ha luogo, e sappia l'epoca, dalla quale incomincia il suo aggravio,

10.º Tutti gli Spedali della Toscana hanno un numero determinato di letti occupabili gratuitamente in proporzione delle loro rendite, e secondo i Bilanci di previsione, che annualmente vengono fatti. Questo numero di letti gratuitamente occupabili è stato determinato dietro i risultati dell'esperienza di un decennio immediatamente precedente all'anno 1817., e per conseguenza somministra tutta la probabilità di essere sufficiente ai bisogni ordinarj dei rispettivi Spedali, e di garantire la Comunità da ulteriori aggravj per il titolo della spedalità dei miserabili malati di malattia curabile. Non è permesso di oltrepassare il numero di



questi letti gratuiti, che viene stabilito ogn'anno nel Bilancio di Previsione.

11.° Nei Regj Spedali di Firenze, Siena, Pisa, e Pistoja, ove si ammettono i giovani praticanti nella Medicina, e nella Chirurgia, vi saranno alcuni Letti riservati per certe malattie straordinarie, e per i casi di grandi operazioni, per i quali sarà accordata l'ammissione in grazia dello studio pratico delle arti predette, qualunque sia la provenienza, ed avuto però sempre riguardo allo stato di fortuna del malato per portarlo tra i Paganti, Semi-Paganti, o Gratuiti.

12.° Non sarà ammesso alcuno Individuo negli Spedali (eccettuato i casi di estrema urgenza) meno che si presenti corredato con le giustificazioni dei requisiti necessarij. In questi casi di urgenza per altro il malato ammesso sarà provvisoriamente portato nel ruolo dei Paganti a carico della Comunità cui appartiene, e ne sarà prevenuto il Gonfaloniere rispettivo per avere i convenienti schiarimenti. Se il malato sarà veramente miserabile sarà regolata l'ammissione a seconda delle circostanze, che offrirà lo stato de' letti gratuitamente occupabili; se non sarà tale, il Gonfaloniere non solamente provvederà al modo di ottenere il rimborso a favore della sua Comunità, ma se vi sarà intervenuto arbitrio, o alcun altro mezzo indiretto ne procurerà la repressione dal rispettivo Superiore incaricato della Polizia.

13.° Il requisito della malattia per l'ammissione nelli Spedali, ove sono Medici-astanti, o Revisori, vien definitivamente riconosciuto da essi, secondo il regolamento speciale; ove non esistono vien deciso dal Medico di servizio dello Spedale.

14.° Il requisito per i paganti di una causa giusta, ed urgente per essere accolti nello Spedale in luogo della loro casa particolare sarà riconosciuto dal Commissario dello Spedale medesimo.

15.° Il requisito della povertà per i Semi-Paganti vien giustificato col certificato del Parroco, visto dal Gonfaloniere, e dal Giudicante.

16.° Il requisito della miserabilità vien giustificato con un documento eguale a questo detto di sopra.

Continua nel prossimo numero...



Il socialismo ha fallito, il capitalismo ha fatto peggio

ANTONIO PANTI

Anche la Toscana è stata costretta a subire il ticket; il Governo Nazionale lo ha imposto erogando finanziamenti inferiori rispetto agli anni precedenti. La sanità toscana non è in cattive condizioni economiche, ma il quadro generale impone qualche riflessione anche nella più virtuosa delle Regioni italiane. I costi del servizio sanitario aumentano sempre e il problema della sostenibilità di un'assistenza quale quella voluta dalla Costituzione è ineludibile. Vi sono due strade principali per affrontare questo dilemma, da un lato l'imposizione di una ulteriore spesa ai cittadini oltre alle imposte pagate, dall'altro la contrazione o la razionalizzazione dell'offerta di prestazioni. Livelli di assistenza meno larghi e eliminazione di ogni prestazione che, a parità di efficacia, abbia un costo maggiore. Insomma un patto sociale tra cittadini, medici, politici, e con chiunque tragga profitto dalla sanità.

La Salute è un diritto, dice la Giustizia, e un diritto è tale se lo si può esercitare: dare a tutti secondo il bisogno, contribuendo ciascuno secondo la propria disponibilità. In Europa questa idea sembra saldissima. Tuttavia i fautori del libero mercato fanno notare che un simile sistema costa troppo e frena la crescita economica, anche se la innovazione in medicina è un forte fattore di sviluppo. La salute, dicono i liberisti, è un merito che non deve essere dissipato con comportamenti rischiosi. Il mercato tratta la salute come una merce esposta alla concorrenza, sottoposta alla ferree regole dell'economia.

Se i sistemi fondati sul Welfare hanno provocato ingenti gravami alla società, il libero mercato ha accentuato le disuguaglianze incidendo negativamente sul PIL attraverso un minor controllo delle malattie. Non a caso la Sanità più costosa è quella americana. Risolvere questi problemi è come quadrare il cerchio; la prima cosa che viene in mente è di imporre ticket, un contributo economico a ciascun cittadino quando utilizza il servizio. Il vero problema, però, è che i servizi medici sono destinati a costare sempre di più, e ciò per varie ragioni. La prima è che la buona sanità prolunga la vita e quindi aumenta la necessità di servizi sanitari. Anche la medicina d'Iniziativa, se allontana le costose riacutizzazioni della cronicità, tuttavia aumenta la sopravvivenza e oltre un quarto della spesa sanitaria si consuma nell'ultimo anno di vita.

La seconda causa dell'aumento dei costi è la cosiddetta medicina personalizzata. La Scienza e la Tecnologia medica stanno superando la grande sfi-

da di affrontare le malattie più diffuse con rimedi uguali per tutti, per rivolgersi a target di pazienti sempre meno numerosi con terapie mirate ma assai più costose. La terza causa è l'innovazione che, in Sanità, aumenta i costi, al contrario di ogni altro settore tecnologico. Oggi siamo in grado di far sopravvivere pazienti più a lungo ma con oneri altissimi e spesso con una qualità di vita scadente. Ma anche quando le innovazioni recano reale vantaggio il prezzo è elevatissimo. La target therapy o i moderni interventi chirurgici e diagnostici aumentano i costi del servizio perché non si riesce a limitarne l'uso anche per scarsità (o partigianeria) di studi scientifici.

Lo Stato accetta i prezzi imposti dalle aziende produttrici. Perché non mettere a gara farmaci e dispositivi introducendo elementi di reale mercato interno al servizio? Altrimenti i "mercati" imporanno sempre la loro legge, la ricerca del profitto ad ogni costo, favorendo una sanità fondata sulla cura anche di malattie inventate piuttosto che sulla prevenzione. La tentazione dell'eccessiva medicalizzazione lusinga le aziende chimiche, le associazioni dei pazienti, perfino i medici. E i mercati chi sono? Non sono certo i mercati nazionali a spingere gli investimenti in modo da ostacolare una concreta e possibile sostenibilità, per indurre la sanità moderna alla sobrietà.

Questo quadro di reale progresso, di attese miracolistiche, di trasformazioni epocali, crea incertezze e illusioni tra i cittadini e disagio fra i medici. È un'epoca di grandi contraddizioni sociali che prima o poi andranno risolte. Tempo fa i giornali hanno pubblicato, sollevando scandalo, la notizia che in una struttura privata della Sicilia si negava una chemioterapia i cui costi erano superiori al budget concordato con la Regione. In effetti questi fenomeni esistono, anche se in Toscana si sono evitati mediante un accordo con i medici sull'appropriatezza prescrittiva. Ma il problema si pone in tutta la sua drammaticità: come rendere sostenibile il servizio di fronte all'irriducibilità della speranza?

Occorre un nuovo patto tra medici e cittadini e un limite alla ricerca acritica del consenso. Porre regole al mercato di farmaci, di dispositivi e di protesi e, nello stesso tempo, contrastare ogni tentativo di mercificare la sanità, dal disease mongering, alle eccessive richieste delle associazioni dei pazienti. Consumare più medicina ma risparmiare in sanità. Una sanità più sobria e meno pervasiva consentirebbe forse di usare delle scoperte della medicina in modo più equo.

TM

La mutua comprensione tra medico e paziente

Quale orizzonte filosofico della slow medicine

Pubbllichiamo l'intervento del Collega Beccastrini al convegno di Firenze sulla Slow Medicine del 15 dicembre 2011



Stefano Beccastrini, ha studiato a Firenze e a Pisa. Si è laureato in Medicina e in Scienze dell'educazione. Ha scritto moltissimo: libri, saggi, articoli, testi teatrali-musicali e di canzoni, poesie, relazioni a convegni, epitalfi ed epitalami. Esperto di cinema.

Il tema di questo mio intervento fa riferimento alla relazione comunicativa tra medico e paziente, fondativa dello stesso sapere medico.

Non c'è medicina se non quando un medico incontra un uomo sofferente in cerca d'aiuto (un "paziente", appunto), instaurando una relazione comunicativa con lui. La relazione tra medico e paziente rappresenta la questione nodale dell'assetto epistemologico ed etico della medicina.

È proprio quando queste due figure – alla fin fine, due esseri umani chiamati a conoscersi, a scambiarsi informazioni ed idee, ad aprirsi l'un l'altra – si incontrano per la prima volta, dando inizio a una reciproca relazione, che la "scena medica" prende vita, senso, significato.

Non a caso, il rapporto medico-paziente è quello che più richiama l'attenzione delle discipline orientate a riflettere sulla medicina: storia, sociologia, filosofia, antropologia della medicina sono discipline che si occupano, appunto, di questo tipo di riflessione critica.

Esse mirano a guardare all'arte e alla scienza medica con una sorta di utile "sguardo dal fuori" (anche quando – e capita sempre più frequentemente anche in Italia – a fare storia, sociologia, antropologia, filosofia della medicina sono gli stessi medici), capace di uscire da una concezione puramente trionfalistica degli sviluppi tecnico-scientifici della nostra professione.

In Italia, tali discipline sono state a lungo trascurate (credo avesse ragione Giorgio Cosmacini quando scrisse, in un libro sul "mestiere del medico" e riferendosi principalmente al nostro Paese, che "di medicina si scrive moltissimo... (ma)... sulla medicina si scrive molto meno.

La medicina è una scienza molto sicura di

sé (per questo una riflessione critica sulla medicina viene a latitare dagli studi medici...), ma in anni recenti si è assistito a una notevole crescita di interesse, in materia, anche da parte degli studiosi, e dei medici, italiani. In altri Paesi del mondo, e in altri ambiti culturali, su simili questioni si va riflettendo da molto più tempo.

Vorrei ricordare un solo esempio. Nel 1956 – quando nel nostro Paese di "filosofia della medicina" non parlava quasi nessuno (nemmeno Franco Voltaggio, che all'epoca era ancora studente) – due medici americani, Thomas S. Sastz e Mike H. Hollander, pubblicarono un saggio, intitolato "Un contributo alla filosofia della medicina. I modelli fondamentali della relazione medico-paziente", che fu tradotto in italiano soltanto nel 1990 (uscì sulla rivista "Sanità, scienza e storia" del Centro Italiano di Storia e Sanità Ospedaliera di Milano ma rimase praticamente inosservato).

I modelli proposti erano tre:

1) **attività/passività** (il più tradizionale, predominante per tutta la lunga fase storica in cui l'unico soggetto attivo, col suo sapere unidirezionale e le sue univoche decisioni, nella relazione a due tra medico e paziente era il medico, mentre il paziente rappresentava soltanto il passivo oggetto delle pratiche diagnostiche e delle scelte terapeutiche dell'altro);

2) **guida/cooperazione** (più tipico di una concezione moderna e progressiva della medicina, che vede il medico fare, appunto, da guida tecnicamente sapiente ma anche consapevole del proprio ruolo pedagogico, nei confronti di un paziente chiamato comunque a cooperare attivamente alla promozione della propria salute);

3) **mutua comprensione** (si tratta di un modello fondato sull'incontro umana-

STEFANO BECCASTRINI

Medico del lavoro di Arezzo, esperto di cinema

A pensarci bene, dovendo scegliere fra due dottori che avessero un'uguale qualificazione medica, credo che preferirei fidarmi di quello che avesse letto Cechov.

Pierre Ryckmans

mente paritario, seppur necessariamente asimmetrico quanto a competenza professionale messa in gioco, tra due persone e due storie che, prima di tutto, debbono imparare a narrarsi e comprendersi nei loro differenti saperi, linguaggi, bisogni, aspettative, soggettività, persino paure).

Rispetto a questo terzo, e astrattamente auspicabile, modello Sastz e Hollander asserivano, nel 1956, che esso continuava a risultare "...sostanzialmente estraneo alla medicina...".

Continua, probabilmente, a restarlo ancora oggi ma alcuni segnali parrebbero andare proprio in tale, innovativa direzione.

Uno di questi è l'affermarsi, negli Stati Uniti ma poi – seppur con maggiori timidezze – anche in Italia, della cosiddetta "medicina narrativa" (in assonanza con il concetto di Evidence Based Medicine, Narrative Based Medicine).

Ne è stata promotrice, tra gli altri, la dottoressa Rita Charon, docente di clinica medica e direttrice del programma di medicina narrativa della Columbia University nonché autrice di un volume intitolato, appunto, "Narrative medicine".

In un'intervista pubblicata da un settimanale italiano nel giugno scorso, ella ha affermato che "La medicina moderna agisce sotto la spinta perenne della velocità da un lato e degli aspetti tecnici dall'altro, concentrandosi sulla patologia a scapito della malattia... nel senso più ampio del termine.

La capacità di ascoltare e rispettare i malati nel momento della loro sofferenza è assai difficile da insegnare e imparare e richiede più tempo e denaro rispetto all'insegnamento e all'apprendimento di un atto medico o strumentale...".

Le idee della Charon si sono diffuse e affermate anche fuori dall'ambiente medico americano, trovando estimatori e cultori anche in Europa e in Italia (basti ricordare, per esempio, l'impegno – anche di scrittura – di Giorgio Bert e Silvana Quadrino, non a caso cofondatori anch'essi di Slow Medicine, ma anche la ricca attività del Laboratorio di Medicina Narrativa dell'ASL fiorentina), dando così avvio a un modo di praticare la medicina più umanistico, più attento al bisogno del malato di raccontare e dare un senso alla propria esperienza di disagio e sofferenza, più capace di creare – come dicevano oltre mezzo secolo fa Sastz e Hollander – momenti di "mutua comprensione" tra il medico e il suo paziente.

Varrebbe la pena di far notare, se avessimo tempo e spazio per farlo, come il fenomeno vada a inquadrarsi in un recente, e più generale, interesse – sottolineato, per esempio, da Remo Ceserani nel suo *Convergenze. Gli strumenti letterari e le altre discipline* – di molte discipline scientifiche, sia umane che naturali, per i procedimenti e i metodi della letteratura e dell'arte in genere, cinema compreso: basti pensare alla sociologia, alla pedagogia, alla stessa matematica, apparentemente così lontana dalla epistemologia e dagli stilemi della letteratura (quanto al cinema, occorre rilevare come, proprio a Firenze, si stiano sviluppando, soprattutto grazie all'opera della professoressa Patrizia Demennato, interessanti esperienze di suo utilizzo formativo nell'ambito

del curriculum degli studenti di medicina dell'Università di Careggi).

Siamo di fronte, dunque, a una profonda rivoluzione almeno potenziale ed emergente, di carattere così epistemologico come etico, così scientifico come morale.

Qualcuno, e precisamente il dottor Arthur Frank, sociologo (anche della medicina, oltre che studioso di Marx e di Habermas) presso la Calgary University, in un suo libro di pochi anni fa, ha parlato di "rinnovamento (o riscoperta) della generosità" (il titolo esatto è "The Renewal of Generosity, Illness, Medicine and How to Live").

Siamo probabilmente di fronte, insomma, all'emergere di un paradigma nuovo, più mite e rispettoso, più attento ai bisogni dell'essere umano, della persona – la cui vita sempre, come ebbe ad intitolare un suo libro Erwin Poster, "merita un romanzo") che sta dietro, o dentro, al paziente ma anche dietro, o dentro, al medico.

Va in tale direzione anche il movimento denominato Slow Medicine (il riferimento/omaggio è a quello, fondato dal mio amico Carlo Petrini, chiamato Slow Food, ma di questo altri ne hanno già parlato).

Ne sono fondatori sedici medici italiani, me compreso, che intendono costruire una rete – speriamo sempre più vasta – di professionisti desiderosi di dar vita a una medicina a misura d'uomo, non più schiava della fretta, della tecnologia, dell'innovazione a tutti i costi e orientata verso una nuova qualità della cura, fatta di efficacia e di umanità, di assistenza e di ascolto, di abilità clinica e di competenza sociale.

A me, tutto ciò fa venire di continuo in mente il modello filosofico della "mutua comprensione", proposto oltre mezzo secolo fa da Sastz e Hollander.

Forse si può fare in modo che esso cessi di essere, per la medicina del nostro tempo, "sostanzialmente estraneo".

Concludo ipotizzando che il medico slow sia colui che Martin Winckler, medico e romanziere, nel suo *La malattia di Sacks*, così definisce: "Scegliere di essere medico non significa scegliere tra due specialità o due modalità di esercizio della professione, ma in primo luogo tra due atteggiamenti, tra due posizioni.

Quella di *Dottore* o quella di *Curante*. I medici sono più spesso Dottori che Curanti. È più comodo, più gratificante... Il Dottore sa, il suo sapere prevale su tutto il resto. Il Curante cerca prima di tutto di alleviare le sofferenze. Il Dottore si aspetta dai pazienti e dai sintomi che si conformino alle griglie di analisi inculcategli nella facoltà di medicina, il Curante fa del proprio meglio, interrogando le proprie magre certezze, per capire almeno un poco cosa succede alle persone. Il Dottore prescrive, il Curante lenisce".

Personalmente decisi di fare il medico, ormai molti anni fa (precisamente mi laureai nel dicembre del 1973), per sentirmi un Curante, non un Dottore.

Proprio per questo ho partecipato, con altri colleghi altrettanto motivati, alla fondazione di Slow Medicine.

TM

Genitori e figli



Nadia Picariello, è psicopedagogista specializzata in pedagogia relazionale; terapia relazionale-psicomotoria in acqua con soggetti autistici. Componente del Gruppo Scientifico di Adolescentologia di Firenze coordinato dal Prof. Fabio Franchini.

È necessario modificare il meno possibile lo sviluppo armonico del bambino, senza fargli mancare quella presenza costante, affettiva, di cui ha bisogno per crescere in equilibrio. I genitori sono, in ogni caso, le persone più adeguate per poter ascoltare ed accogliere le paure dei figli, aiutandoli a superarle.

Ciò è possibile principalmente trovando il tempo e la tranquillità necessarie e rispettando le loro emozioni. I genitori di oggi, però, troppo presi dal lavoro, dall'arricchirsi, dal divertimento, non sono più in grado, o quasi, di prendersi le responsabilità verso i figli, tanto che si sono messi in testa di comportarsi come degli amici, di avere, quindi, un rapporto alla pari... niente di più sbagliato!

Secondo alcuni autori questa struttura delle attuali famiglie rappresenta "una delle sindromi più drammatiche della società odierna".

L'ansia dei genitori rende la vita difficile a tutta la famiglia, giacché i figli reagiscono con un'angoscia ancora maggiore, che a sua volta aggrava quella dei genitori, in una reazione a catena. Ma, indipendentemente, dall'evento scatenante, la reazione dell'ansia del genitore suscita nel figlio un malessere molto intenso: possono presentarsi sintomi quali vomito, insonnia, tachicardia ecc.; il figlio cioè reagisce a quello che ha suscitato l'ansia nel genitore, qualunque cosa sia, come se si trattasse di una catastrofe, della fine del mondo.

La preoccupazione, soprattutto di una madre, viene immediatamente percepita dal suo bambino, il quale fa di tutto per soddisfare il bisogno del genitore nonostante si senta contemporaneamente incapace e indifeso.

Spesso uno dei bersagli principali delle ansie nevrotiche del genitore può essere il figlio stesso e per questo l'adulto diventa fin troppo protettivo.

Per padroneggiare ciascuna nuova fase del suo sviluppo sia fisico che sociale, il ragazzo ha bisogno della comprensione, della sensibilità e dell'aiuto dei suoi genitori, altrimenti la sua futura personalità sarà segnata dalle cicatrici di ferite psicologiche.

Come ammettono importanti scuole di pensiero, la dottrina comportamentista e quella

freudiana, i nostri atteggiamenti, il nostro comportamento, la nostra personalità possono modificarsi, e di fatto si modificano, nel corso di tutta la vita. Spesso il fattore decisivo è il modo in cui il genitore si muove in una data situazione, perché è questo che per il figlio costituisce la guida al significato dell'evento.

Gli atteggiamenti interiori del genitore, quali si esprimono nella sua condotta nelle singole situazioni, piccole e grandi, sono ciò che più agisce sul ragazzo.

Per questo motivo un buon genitore è colui le cui azioni e reazioni sono attenuate tenendo in considerazione il punto di vista del figlio.

È necessario, quindi, essere decisi e sicuri per quanto riguarda l'educazione alle regole che si ritengono fondamentali. La mancanza di queste e l'incoerenza provocano, infatti, paura ed insicurezza nei confronti dell'ambiente.

È, inoltre, di fondamentale importanza evitare di sottoporre i bambini e i ragazzi a richieste eccessive: ciò può provocare sentimenti di incapacità che possono sfociare in paure e stati d'ansia.

Infine, è bene ricordare che non è compito dei genitori stabilire chi sono e qual è il progetto a cui sono destinati i figli. Sta a loro diventare ciò che vorrebbero essere perché come ha scritto K. Gibran, poeta libanese vissuto tra il 1800 e il 1900, in una poesia intitolata "i figli" (solo per citare alcuni versi):

*"I figli non sono i vostri figli.
essi sono i figli e le figlie
della vita che brama se stessa.
Vengono per mezzo di voi,
ma non per voi,
e, benché essi siano con voi,
comunque non vi appartengono...
...potete tentare di essere simili a loro,
ma non farli simili a voi".*

Bibliografia

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

TM



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".

Verso un nuovo concetto di salute

“**L**a salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non una mera assenza di malattia o infermità”. Questa definizione di salute fu coniata all'atto della costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel luglio 1946 ed entrò in vigore il 7 aprile 1948, data in cui l'OMS entrò nell'orbita delle Nazioni Unite. Una definizione ampia e generale, che rimosse il dualismo concettuale “salute-malattia” e offrì una visione dello “stato di benessere” di un individuo o di una popolazione non limitato alla componente somatica e non unicamente correlato con l'intervento sanitario.

Tale concetto fu poi confermato e ampliato in uno dei più importanti documenti dell'OMS, la Dichiarazione di Alma Ata (1978). “La Conferenza riafferma con forza che la salute, come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”. La salute è dunque concepita come il prodotto complessivo e coordinato di una serie di condizioni e azioni che fanno capo a vari settori della vita civile e sociale di un paese e di una comunità.

Una visione moderna e veramente profetica, se si pensa a quando fu elaborata, anticipando di quasi mezzo secolo il dibattito su determinanti sociali e disuguaglianze nella salute.

Eppure la discussione sull'attualità della definizione di salute dell'OMS è aperta. Nel dicembre 2009 si tenne a L'Aia (Olanda) una Conferenza Internazionale dal titolo “*Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health*”, con la partecipazione di rappresentanti di molteplici discipline professionali e scientifiche. Le conclusioni della conferenza sono state oggetto di un editoriale e di un articolo, pubblicati sul BMJ nel luglio 2011. Il dibattito verte soprattutto sull'agget-

tivo “completo” contenuto nella definizione di salute dell'OMS: il problema non è solo l'aspirazione a una sorta di perfezione del benessere, un obiettivo troppo distante dalla realtà e di conseguenza difficilmente misurabile. Il problema è che il quadro epidemiologico è profondamente mutato da quando fu concepita la definizione dell'OMS: erano gli anni quaranta del secolo scorso, la popolazione era “giovane”, prevalevano le malattie acute, iniziavano a diffondersi gli antibiotici e l'idea che lo scopo della medicina fosse principalmente quello di guarire e di portare alla “*restitutio ad integrum*” era dominante e giustamente fondata.

Oggi, con una popolazione sempre più “vecchia” e con un numero crescente di persone affette da una o più ma-

lattie croniche, quell'aggettivo “completo” rende il “benessere” – cioè la “salute” – una condizione poco realistica, addirittura astratta.

Ridefinire la salute è un obiettivo ambizioso e complesso, molti aspetti devono essere considerati, molte parti interessate e consultate, molte culture approfondite, e si deve anche tener con-

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze



Georges Canguilhem (1904-1995).

to di futuri progressi scientifici e tecnologici. **La discussione degli esperti alla conferenza olandese, tuttavia, ha portato ad un ampio supporto per lo spostamento dall'attuale formulazione statica verso una formulazione più dinamica basata sulla resilienza o sulla capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere. La visione preferita di salute è stata "la capacità di adattarsi e autogestirsi".**

Concetti, a dir la verità, non del tutto nuovi. Infatti un editoriale di *Lancet* del 2009, dal titolo "Cos'è la salute?", ricorda che un medico e filosofo francese, Georges Canguilhem, nel 1943 aveva pubblicato un libro dal titolo "Il Normale e il Patologico", dove il concetto di salute è proprio associato alla capacità di adattarsi all'ambiente. "La salute non è un'entità fissa. Essa varia per ogni individuo in relazione alle circostanze. La salute è definita non dal medico, ma dalla persona, in rela-

zione ai suoi bisogni funzionali. Il ruolo del medico è quello di aiutare le persone ad adattarsi alle nuove condizioni".

La bellezza della definizione di salute, ovvero di "normalità", di Canguilhem – afferma l'editoriale di *Lancet* – è che include l'ambiente inanimato e animato, come pure le dimensioni fisiche, mentali e sociali della vita umana. È il singolo paziente, non il medico, l'autorità legittimata a definire i propri bisogni e il medico diventa un partner in questa operazione. "La definizione di Canguilhem – conclude *Lancet* – ci consente di rispondere alla malattia globalmente, prendendo in considerazione il contesto delle condizioni, in quel determinato luogo e in quel determinato tempo. **Avendo rimpiazzato la perfezione con l'adattamento noi ci avviciniamo a un programma per la medicina più comprensivo, solidale e creativo, un programma al quale tutti noi possiamo contribuire.**"

TM

Lettere al direttore

Toscana Medica 3/12



L'aderenza alla terapia in psichiatria

Integrazione psicoterapeutica

Nell'interessante confronto di opinioni sull'aderenza alla terapia in psichiatria pubblicato da Toscana Medica del gennaio 2012 vengono fatte considerazioni approfondite sui requisiti di durata, sull'appropriatezza delle prescrizioni, sui costi delle terapie fatte e interrotte, sul superamento del termine di compliance troppo a lungo considerato quasi una caratteristica genetica del paziente, e anche alcune allusioni all'importanza del rapporto con il medico.

Io vorrei entrare più nello specifico dell'argomento, magari dalla parte del paziente e dei familiari che sospendono le terapie. Molte terapie psichiatriche prescindono dalla considerazione della situazione di vita e delle caratteristiche di personalità dei pazienti, ad esempio vengono dati antidepressivi che facilitano l'aumento di peso a giovani sportivi; l'illustrazione degli effetti collaterali, anche di quelli frequenti nei primi giorni di assunzione, viene omessa, lasciando l'assistito e i suoi familiari a interpretare le oscure indicazioni dei bugiardin; raramente viene data la possibilità di raggiungere rapidamente il medico per telefono o con un sms, in modo da controllare l'ansia

per presunti effetti collaterali.

Si sa da sempre che uno dei migliori fattori predittivi per l'efficacia di una prescrizione farmacologica è rappresentato dalle parole e dal modo con cui viene presentata, illustrata, giustificata, e dalla possibilità di stabilire un lavoro di squadra con chi l'assume: questi non tollera l'"armiamoci e partite" che identifica in difficoltà di contatto e nell'interposizione di segretarie o infermieri.

Una volta gli psichiatri erano psicoterapeuti formati: oggi somministrare una terapia psichiatrica è un atto troppo spesso privo di una attenzione psicoterapeutica per clienti che portano al medico non un organo sofferente, ma una vita più o meno disastrosa.

Saranno proprio folli a decidere appena va meglio di autogestirsi? O magari talvolta hanno ragione, vuol proprio dire che sono guariti!

Gianmarco Manfreda

Medico Psichiatra, Psicoterapeuta, lauree in Psicologia e in Sociologia - Presidente Società italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale (S.I.P.P.R.) - Direttore del Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato.

Riflessioni di getto sulla “medicina della crisi”

Pubblichiamo volentieri le riflessioni della Collega Mandelli sul documento promosso da un gruppo di medici al termine di un convegno di bioetica, dedicato alla difficoltà della professione nella Sanità Moderna.

Maurizio Benato parla di “pratica medica che è concreta filosofia” ed ha ragione.

Ma la pratica medica è soggetta a giudizi (personali, sociali, mediatici, anche legali, persino giuridici). Con un filosofo che applica la sua filosofia, si può non essere d'accordo, ma nessuno lo giudicherà mai, nessuno lo trascinerà in tribunale.

“Prima” c'era una fiducia illimitata che oggi viene riservata, guarda caso, a quelli di noi che praticano terapie assolutamente non sperimentate, farmaci *off label*, test diagnostici insoliti e praticamente non “diagnostici”.

Poi però, quasi subito, si fa di ogni erba un fascio: perché, si è generata una diffidenza continua nei nostri confronti.

Disagio ...

Non hanno autorevolezza, ma non li conoscono neppure i medici di medicina generale: venissero mai a stare con noi in ambulatorio o a far visite per una settimana. Invece i medici di medicina generale sono quelli delle prescrizioni “selvagge”, che non fanno le visite, che non possono certificare neanche che il paziente ha la pressione alta o il sangue dolce, quelli che richiedono “troppi” esami spesso inutili (col senno del poi).

Malessere ...

Quanta fatica fa un medico che conta venti anni dal giorno che ha finito di studiare e che pratica ogni giorno una parte di medicina che ha dovuto studiare di notte, nei ritagli di tempo perché il suo corso di laurea insegnava tutt'altro, a volte anche l'esatto contrario? Quanta “medicina legale” studiamo quotidianamente per poter redigere certificati, ricette e percorsi a termine di legge?

Anni fa un collega ospedaliero, seccato da un mio appunto su come mai venga messa la giusta nota al farmaco o l'esenzione del paziente, mi disse che lui faceva il *dottore* non lo *scrivano*.

Allora chi fa il **dottore**? Cosa significa fare il dottore?

Siamo stati accusati anche di questo: di lavorare per i soldi perché già da anni controlliamo la

spesa guardando il costo dei farmaci, gli sprechi dei vecchietti che accumulavano in casa i farmaci non necessari prescritti guarda caso dai “dottori” specialisti.

Allora ci siamo appellati alla EBM, alle linee guida

E studiamo ancora, cercando di destreggiarci tra i mille lavori scientifici a volte non chiari, a volte non veritieri. E andiamo a corsi di interpretazione dei lavori, studi clinici, tenuti da altri medici di medicina generale perché quelli tenuti dagli specialisti purtroppo presentano talora dei conflitti di interessi ...

A volte mi domando chi ce lo faccia fare ...

Tra poco, ad un passo dalla pensione, sto per cambiare tutto, entrerò in una grossa medicina di gruppo, continueremo tutti il Chronic Care Model appena intrapreso, andremo a lavorare dentro il presidio USL con vantaggi ... forse economici, non certo stratosferici, ma sicuramente credendo di portare dei vantaggi ai nostri assistiti, di dare una sanità migliore. E questo perché crediamo in una medicina migliore, sempre, forse non salveremo eroicamente la vita ad un paziente come fanno al 118 o in sala operatoria, ma sicuramente continueremo ad allungare la vita ad una popolazione che ci stima anche se c'è chi non lo capisce, perché un iperteso a cui eviti l'ictus, c'è il caso che a 80 anni cambi dottore perché non prendi in considerazione i suoi mille dolori, **non lo curi**.

“... a fronte di guarigione abbiamo regalato cronicità”: è una frase bifronte perché dimostra tutto il nostro lavoro e d'altra parte dimostra come non possiamo avere un gran seguito perché **non guariamo**.

Questo è il nodo e lo sappiamo.

Tornando a come fare il **medico**, dovremmo fare anche un'altra cosa: far sentire la nostra voce a tutti i livelli, AUSL, Regioni, AIFA, ministero, non demandare sempre ai soliti, ché l'autorevolezza non si conquista con i contratti ma facendo sentire le proprie idee e le proprie proposte.

Paola M. Mandelli

Medico di medicina generale, Pistoia



Obiezione di coscienza

In merito all'obiezione di coscienza sull'aborto, a fronte di segnalazioni di comportamenti talvolta non adeguati da parte di medici, l'Ordine dei Medici di Firenze ritiene opportuno ricordare quanto segue. L'obiezione di coscienza prevista dalla Legge 194 esonera il personale sanitario dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, ma non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Ciò comporta che il medico obiet-

tore che lavora in reparto ospedaliero può esimersi dal praticare il trattamento abortivo, ma deve garantire altre attività, come ad esempio l'accettazione e l'apertura della cartella clinica, che sono atti da annoverare fra i compiti assistenziali a cui ogni medico in una struttura ospedaliera è tenuto. Il medico può annotare sulla cartella che - in quanto obiettore - si asterrà dall'esecuzione di trattamenti abortivi, ma non potrà esimersi dal prestare assistenza alla paziente, che potrebbe consistere, ad esempio, nel presenziare al momento

dell'espulsione del feto per poter intervenire in caso di necessità e nell'accertare l'integrità dell'utero e valutare l'eventuale necessità di eseguire un raschiamento qualora ce ne fossero le indicazioni. Al completamento della fase dell'assistenza, infine, il medico, anche se non ha partecipato all'operazione di interruzione di gravidanza in quanto obiettore, deve redigere il certificato di avvenuto aborto che è un atto medico non delegabile al personale paramedico.

Assenze da scuola e certificati medici

Pervengono spesso all'Ordine quesiti da parte di medici e dirigenti scolastici in merito alla corretta gestione delle assenze da scuola degli studenti e dei certificati medici necessari. L'Ordine ricorda che a norma dell'art. 42 del DPR 22/12/1967 n. 1518, il certificato medico è necessario per le assenze per malattia di durata superiore ai 5 giorni consecutivi (compresi i festivi). Ciò significa che se lo studente rientra a scuola il 6° giorno

il certificato non è necessario, mentre diventa necessario dal 7° giorno in poi. Inoltre l'Ordine chiarisce che se l'assenza è programmata e comunicata preventivamente alla scuola (per esempio: per settimana bianca o motivi familiari), siccome non si tratta di un'assenza per malattia, al rientro a scuola non deve essere richiesto il certificato medico, anche se l'assenza è superiore ai 5 giorni. Nel caso invece in cui l'assenza superiore a 5 giorni non

sia stata preventivamente comunicata alla scuola (e quindi la scuola non conosce i motivi dell'assenza), al rientro è doveroso produrre un certificato medico che attesti che lo studente non ha malattie contagiose e diffuse in atto. La scuola può comunque accettare, in sostituzione del certificato medico, una auto-dichiarazione dei genitori che attestano che l'assenza non è stata dovuta a motivi sanitari.

CORSI E SEMINARI

CORSO SULLA MEDIAZIONE

La Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Firenze propone una formazione specialistica in tema di mediazione con l'obiettivo di aggiornare gli operatori della mediazione e tutti gli interessati nell'ambito dei vari settori dell'esperienza conflittuale, con particolare riferimento a quelle materie nelle quali il D.Lgs. 28/2010 ha previsto l'obbligatorietà del tentativo di conciliazione. I moduli sono validi anche ai fini dell'aggiornamento ai sensi del DM 180/2010. In particolare, il giorno **29 marzo 2012** dalle ore 14 alle ore 19, si svolgerà il modulo di specializzazione in materia di responsabilità medica. Ulteriori informazioni e il fac-simile per presentare domanda di partecipazione sono disponibili sul sito internet del Dipartimento di Diritto Privato e Processuale: www.unifi.it/dpdpp/CMpro-v-p-119.html. L'Ordine dei Medici di Firenze consiglia la frequenza di questo corso a tutti i propri iscritti che hanno già svolto il corso ministeriale di 50 ore, come percorso di aggiornamento in materia.

TECNICHE SANITARIE DI PROTEZIONE CIVILE.

L'Università di Pisa organizza questo corso di Perfezionamento riservato a laureati di medicina e chirurgia e diplomati in scienze infermieristiche con le finalità di un aggiornamento nel settore della Emergenza Sanitaria in caso di catastrofi, disastri o calamità naturali. Termine per l'iscrizione; **12 maggio 2012**; posti disponibili: 20. Info: 050/997694 /8.30-12.30), segreteria didattica: 050/992532.

ECOGRAFIA VASCOLARE IN EMERGENZA

Il 9° corso di perfezionamento in diagnostica vascolare con ultrasuoni **4-7 giugno 2012**, si terrà presso l'Aula Magna del Centro Didattico Morgagni, V.le Morgagni 40, Firenze. Direttore del Corso: Prof. Sergio Castellani. Unità Funzionale di Angiologia Clinica e Sperimentale, Università di Firenze. Informazioni: Info.: 0557947413; e-mail: scaste.sergio@gmail.com - 055-4598772 - 4598031 - 4598779 (NIC).

Il corso è rivolto agli addetti alla diagnostica ecocolor Doppler, operatori e specialisti di diverse discipline (medicina interna, geriatria e gerontologia, cardiologia, medicina d'emergenza, chirurgia vascolare, anestesia e rianimazione, angiologia, neurologia) e riguarderà i principali quadri di patologia vascolare in fase acuta (ictus, trombosi venosa profonda, complicanze vascolari procedurali, ischemia acuta ed ischemia critica delle arterie degli arti inferiori, complicanze acute degli aneurismi). Iscrizioni entro il 31 maggio 2012. Crediti ECM richiesti. Decreto rettorale e modulo di iscrizione possono essere visualizzati al Link dell'Università di Firenze: <http://www.med.unifi.it/cmpro-v-p-485.html>.



I dieci comandamenti di Richard Lehman*

Quanto di tutto questo viene discusso / dibattuto / analizzato ed anche insegnato sistematicamente nelle nostre Facoltà agli studenti come ai tirocinanti?

Inoltre sentiamo la necessità di avere idonei strumenti che siano di supporto a scelte anche "tecnologiche" a fronte del cambiamento del sistema "paese", contrassegnato da quel processo di razionalizzazione delle risorse che oggi rappresenta "il" problema principale degli amministratori della sanità e che fa della "sostenibilità" una parola magica, un totem o un tabù.

Questo argomento dovrà essere posto al centro di un ampio dibattito e in una reale prospettiva di governo clinico, tra operatori sanitari, industria privata e amministratori pubblici, allo scopo di confrontare i farmaci / dispositivi per rendere l'innovazione che produce un beneficio clinico tangibile e non marginale, disponibile ai malati attraverso procedure di Health Technology Assessment.

Richard Lehman (U.S. Center for Sports Medicine in Kirkwood, Missouri), ha scolpito sulla pietra dieci comandamenti per migliorare appropriatezza e sicurezza delle prescrizioni nell'interesse dei pazienti e dei sistemi sanitari.

Saffi Ettore Giustini, medico di medicina generale PT

Tu, o Medico:

1. Prescrivi una terapia in base al livello di rischio complessivo e non secondo il livello del singolo fattore di rischio.

2. Sii prudente quando aggiungi un farmaco a un paziente che ne assume già diversi.

3. Prendi in considerazione un farmaco solo quando la sua efficacia è provata su end-point clinicamente rilevanti.

4. Non farti convincere dagli end-point surrogati, perché sono solo simulacri.

5. Non adorare i target terapeutici, perché sono solo invenzioni dei comitati degli studi clinici.

6. Accetta *cum grano salis* le riduzioni del rischio relativo, indipendentemente dal valore della P, perché le popolazioni da cui derivano potrebbero avere poco in comune con i tuoi pazienti.

7. Onora i *numbers-needed-to-treat*, perché contengono informazioni rilevanti per i pazienti e i costi dei trattamenti.

8. Non incontrare informatori

scientifici del farmaco e non partecipare a convegni sponsorizzati, specie se in *location* di lusso.

9. Condividi con i tuoi pazienti le decisioni sulle opzioni terapeutiche alla luce dei rischi e benefici individuali.

10. Onora i pazienti anziani, perché anche se hanno elevati rischi di malattia sono più esposti ai rischi dei trattamenti.

Fonte: Richard Lehman's journal review - 3 January 2012 (in fondo alla pagina).

Liberalizzazioni: modifiche parlamentari

Lo scorso 1° marzo il Senato ha approvato, in prima lettura, il maxi-emendamento al Decreto sulle liberalizzazioni. Per quanto riguarda le norme che interessano le professioni, rispetto alla formulazione originaria del decreto, sono stati apportati importanti cambiamenti. Per esempio, per quanto riguarda il preventivo di spesa

da sottoporre al cliente, adesso è venuto meno l'obbligo di redigerlo per iscritto. Il professionista rimane obbligato a far presente il suo compenso, ma non necessariamente in forma scritta. Rimane, invece, nella formulazione attuale della norma, l'obbligo di comunicare gli estremi della polizza assicurativa per i rischi professionali. Per

quanto riguarda le società fra professionisti, la nuova disposizione prevede che i soci non professionisti non possano essere né possano detenere più del 33% della compagine sociale. Ora il decreto è passato all'esame della Camera. Vedremo se e quali altre novità verranno introdotte.

CONVEGNI E CONGRESSI

IL DOLORE IN UROLOGIA

19-20-21 Aprile 2012 - Firenze, Chiostro del Maglio, Via Venezia.

Il progetto internazionale CHANGE PAIN ha l'obiettivo di accrescere la comprensione dei bisogni dei pazienti con dolore cronico severo e di identificare soluzioni per migliorarne la gestione secondo una impostazione che parte dal territorio e dal paziente per giungere all'eccellenza di nuove modalità di trattamento integrato, per la prima volta applicato alla Specialità Urologica. Il Congresso ricorderà anche l'eredità etica e morale del Prof. Michelangelo Rizzo, già Ordinario di Urologia a Firenze nel 5° anniversario della scomparsa. ECM richiesti. Informazioni su www.utics.net Presidenti: Prof. Marco Carini, Prof. Giulio Nicita, Dr. Libertario Raffaelli - Presidenti Onorari: Prof. Paolo Giannotti, Prof. Tullio Lotti Segreteria Organizzativa e informazioni ECM: www.emiliaviaggi.it

X Congresso Nazionale della Società Italiana di Endoscopia Area Chirurgica (ISSE)

Nell'autunno 2012 si terrà a Firenze il X Congresso Nazionale della Società Italiana di Endoscopia Area Chirurgica (ISSE). Resp. Prof. Luca Bandettini Professore Associato di Chirurgia - Dipartimento Area Critica Medico Chirurgica Università degli Studi di Firenze Per informazioni o per offrire una collaborazione all'organizzazione del Congresso stesso si può fare riferimento al seguente indirizzo e-mail luca.bandettini@unifi.it.



La chemio non nuoce alle donne incinte

Le donne incinte che sviluppano un cancro non devono abortire, nè rinviare la cura, nè partorire prima del tempo, perché la chemioterapia non nuoce al bambino. E' questa la conclusione tratta da una serie di studi, pubblicati dalla rivista scientifica "Lancet", che hanno evidenziato risultati

normali dei test fisici e psichici a cui sono stati sottoposti i bambini nati da donne che hanno subito il trattamento. La ricerca è iniziata nel 2005 e i ricercatori del Lancet Oncology Journal hanno seguito lo sviluppo di 70 bambini. Stando a quanto dichiarato dal responsabile dello studio, Frederic Amant, "i

bambini che sono stati esposti prima della nascita alla chemioterapia hanno lo stesso sviluppo degli altri bambini", per cui "la decisione di somministrare la chemioterapia dovrebbe seguire le stesse linee guida applicate a pazienti non in stato di gravidanza".

Abolito il documento programmatico della sicurezza

Il Decreto Legge n. 5 del 9 febbraio scorso (cosiddetto "Decreto Semplificazioni") ha abolito l'obbligo di predisporre e aggiornare il Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS) precedentemente previsto dalla Legge sulla Privacy. Il Decreto Legge è già stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, quin-

di è già in vigore, per cui, fermo restando che dovrà essere convertito in legge, già da adesso scompare l'obbligo anche per i medici e gli odontoiatri di redigere o aggiornare il DPS entro il 31 marzo di ogni anno. Ciò non toglie che i medici e gli odontoiatri dovranno continuare (come sempre) ad utilizzare

i dati sanitari dei propri pazienti con la massima riservatezza e il massimo rispetto del segreto professionale, ma eliminare la necessità della redazione del DPS rappresenta indubbiamente una semplificazione che comporta un sicuro risparmio di tempo e di risorse per i professionisti.

Responsabilità del medico omeopata

Il Tribunale di Pavia, con una recente sentenza, ha affermato alcuni interessanti principi sulla responsabilità in cui incorre il medico che adotta terapie "non convenzionali", come nel caso l'omeopatia. In primo luogo i giudici riconoscono al paziente la piena libertà di accedere alle cure omeopatiche, ma sottolineano che è dovere del medico informare compiutamente il paziente sulle modalità di procedere

della medicina omeopatica, sulle modalità diagnostiche, nonché sugli interventi curativi che adotta. In secondo luogo i giudici affermano che il medico omeopata, quando riscontra che la terapia omeopatica non è efficace, deve immediatamente interrompere il trattamento e indirizzare il paziente verso la medicina tradizionale. Nel caso specifico, il medico omeopata si era difeso sostenendo che gli accerta-

menti specialistici sono incompatibili con la medicina omeopatica che non prevede prescrizioni e accertamenti relativi ad uno specifico e isolato organo del corpo umano. Difesa che non ha convinto affatto i magistrati, che lo hanno condannato a 210.000 euro di risarcimento per i danni subiti dalla paziente per il ritardo diagnostico.

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045
Sito Internet: www.ordine-medici-firenze.it



Congresso Europeo di Medicina Integrata

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

Promuovono ECIM 2012 la Regione Toscana- Rete Toscana di Medicina Integrata (RTMI), l'Univ. degli Studi di Firenze, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze insieme all'Università Charité di Berlino (Institute for Social Medicine, Epidemiology, and Health Economics), in collaborazione con le altre Università toscane, l'Agenzia Regionale di Sanità e con il patrocinio di numerosi enti e società scientifiche nazionali e internazionali.

Il principale obiettivo del Congresso è mettere in rete ricercatori e clinici e favorire il dialogo e il confronto costruttivo non solo sui temi dell'efficacia clinica, ma anche della metodologia di intervento, della ricerca e della formazione. Non si tratta soltanto di dare visibilità alle esperienze di integrazione delle medicine complementari nei Servizi sanitari pubblici

in Italia e a livello internazionale, cosa comunque di grande rilievo che caratterizza i sistemi sanitari moderni, ma è intenzione del convegno puntare a una reale integrazione fra le diverse branche della medicina finalizzata per esempio alla definizione di appropriate linee guida.

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

Altri temi trattati nell'ambito di ECIM 2012 sono il ruolo delle medicine complementari nel favorire il parto fisiologico e l'allattamento materno, la pediatria (con un focus su prevenzione e cura delle malattie da raffreddamento e dell'influenza), l'agopuntura e la medicina tradizionale cinese, con particolare riferimento al trattamento di problemi femminili quali sindrome climaterica, dismenor-

rea, sindrome premenstruale; la Psiconeuroimmunologia; la medicina termale e la veterinaria non convenzionale.

In continuità con il lavoro svolto in questi anni dalla Rete Toscana di Medicina Integrata, si presterà attenzione al tema degli eventi avversi in medicina complementare, alla gestione del rischio clinico in questa materia e alla sicurezza del paziente.

Sul versante più "politico" si evidenziano il confronto fra le esperienze di integrazione delle medicine complementari nei sistemi sanitari pubblici in Italia, in Europa e nell'area mediterranea, la normativa comunitaria per la produzione di medicinali omeopatici e fitoterapici e la relativa applicazione in Italia. Su quest'ultimo tema si svolgerà un seminario alla presenza delle principali istituzioni coinvolte come l'EMA, l'AIFA, la Commissione e il Parlamento europei, oltre alle associazioni e aziende del settore.

Su questi temi si raccolgono, fino al 30 aprile, i contributi scientifici, che saranno inseriti nel programma congressuale sotto forma di comunicazioni o di poster. Gli abstracts devono essere compilati in inglese e non superiori a 2.500 battute spazi inclusi; informazioni sul website dedicato www.ecim-congress.org. Ogni altra informazione può essere richiesta all'indirizzo ecim2012@regione.toscana.it

*Rete toscana
di medicina integrata*

La salute torna al servizio del cittadino

Da un attento e complesso studio di mercato, si è potuto evincere che i farmaci rappresentano un bene di primissima necessità ma difficilmente reperibile in particolare per quei soggetti, quali gli impiegati ed i lavoratori in generale, che sono impossibilitati a muoversi dalla propria sede di lavoro.

È nato così il progetto "FarExpress-Consegna Farmaci a Domicilio" che si propone di individuare ed applicare una nuova metodologia di assistenza sanitaria, economicamente sostenibile, tesa a fornire un servizio di ritiro docu-

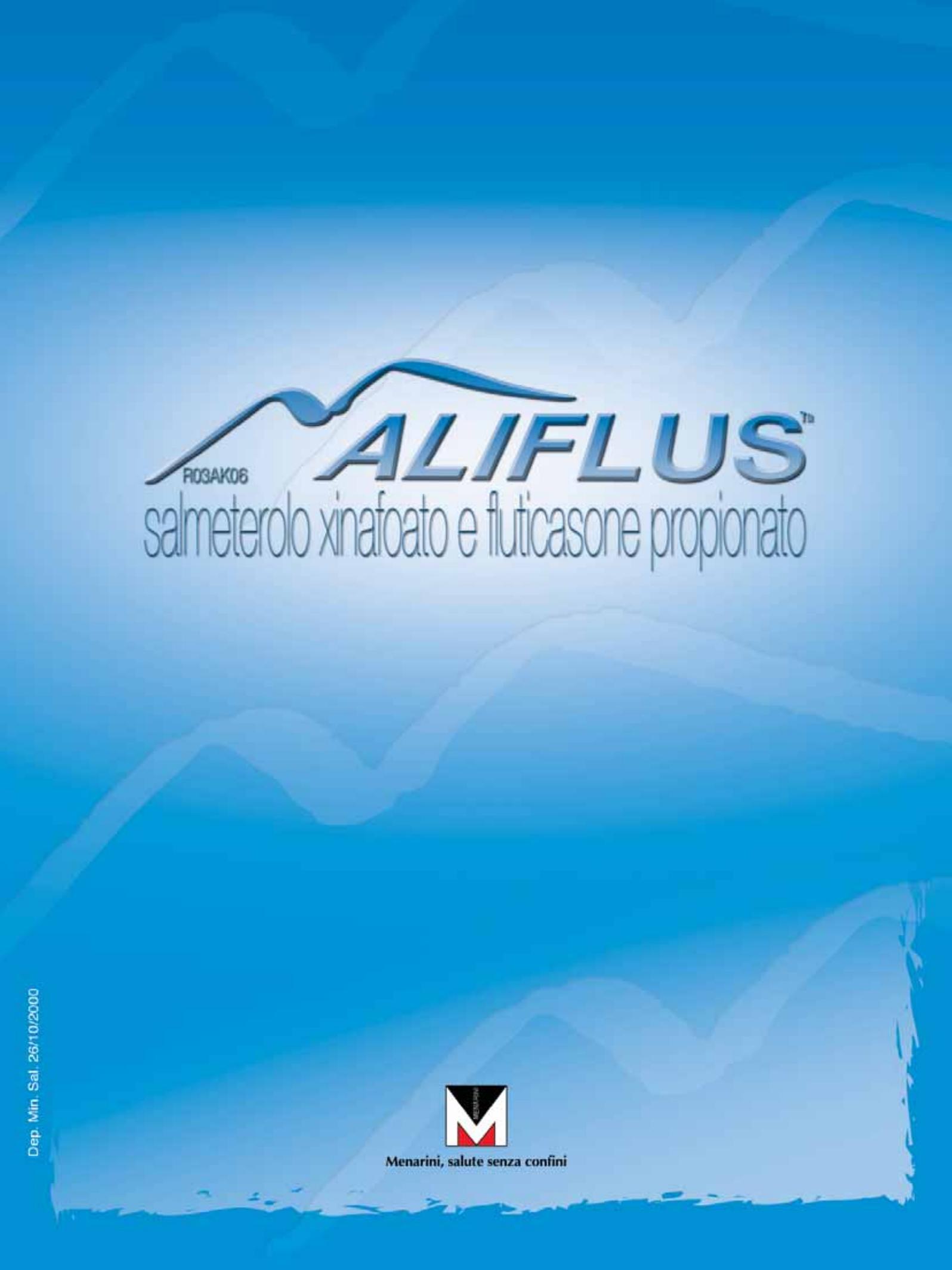
mentazione sanitaria e consegna a domicilio dei farmaci all'interno del Territorio Nazionale.

Il progetto non si pone in competizione con le attività delle farmacie, ma punta proprio sulla loro collaborazione attiva, necessaria per il successo dell'attività.

Il cittadino che vorrà usufruire di questa opportunità potrà sottoscrivere una tessera annuale che dà diritto all'ottenimento di vari servizi, tra i quali sono inclusi anche prestazioni infermieristiche domiciliari, prenotazione analisi ed esami radiologici ed ecografici

presso i centri convenzionati, visite specialistiche e servizio ambulanza. Consiglio pratico per l'iter da seguire: se arriva un fattorino a ritirare la ricetta non va ostacolato, in quanto munito di regolare delega scritta. In tal modo si garantisce al medico una tutela maggiore rispetto ai familiari che vanno a ritirare la ricetta senza delega scritta, con rischio di violazione della privacy e possibile denuncia.

Referente per l'iniziativa:
Carlo Russo
Responsabile Commerciale
333/6184020



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

Manfredo Fanfani

La riforma sanitaria del Granducato di Toscana



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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista