



© IAR Art Resources

ToscanaMedica

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



Come cambiano le diagnosi psichiatriche

A. Fagiolini, L. Bossini, F. Pellegrini

La chirurgia robotica nel trattamento della patologia neoplastica addominale

F. Benvenuti, A. Bianchi, M. Ranalli

Il naufragio della nave da crociera Costa Concordia

S. Milano, D. Antonini, C. Burgassi,
B. Cappagli, K. Munte, G. Nicaso

Le nuove frontiere della Neuro-oncologia

I. Sardi, S. Farina, S. Cardellicchio, M. De Martino

N° 3 MARZO 2013

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ Cento apparizioni di Dalí
F. Napoli **4**

EDITORIALE

■ Il terremoto e la TC
A. Panti **5**

QUALITÀ E PROFESSIONE

■ Come cambiano le diagnosi psichiatriche
A. Fagiolini e coll. **6**

■ Medici e reputazione online
D. Borghetti **8**

■ Il naufragio della nave da crociera Costa Concordia
S. Milano e coll. **9**

■ Il problema è il bere?
V. Patussi e coll. **13**

■ Le aspettative degli adolescenti e le risposte della società
D. Mileti e coll. **14**

■ Quando la procedura non basta...
G. Virgili **15**

■ Medicus non accedat...
A. Panti **16**

■ Ricadute economiche dell'appropriatezza prescrittiva della terapia antiretrovirale
M. Trezzi e coll. **17**

■ Una corretta informazione sull'ascolto della musica con il lettore MP3
E. Pellegrino e coll. **19**

RICERCA E CLINICA

■ Quando i rituali ossessivi diventano disturbi ossessivo-compulsivi
M. Guarnieri e coll. **22**

■ Il diabete gestazionale è un fattore di rischio nella popolazione cinese?
F. Mecacci e coll. **24**

■ I tumori cistici del pancreas
G.M. Paroli e coll. **26**

■ La chirurgia robotica nel trattamento della patologia neoplastica addominale
F. Benvenuti e coll. **37**

■ Desensibilizzazione per i farmaci
S. Testi e coll. **40**

■ Le nuove frontiere della Neuro-oncologia
I. Sardi e coll. **42**

BACHECA **28**

REGIONE TOSCANA

■ Impiego terapeutico dei Cannabinoidi
Consiglio Sanitario Regionale **29**

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

■ Una storia di aureole e di capelli
M. Fanfani **44**

■ La riforma sanitaria di Pietro Leopoldo - Parte III
S. Boccadoro **48**

SANITÀ NEL MONDO

■ Il paradosso cubano
G. Maciocco **50**

RICORDO

■ Gianfranco Bozza
C. Tomassini **52**

LETTERE AL DIRETTORE

■ Cambiare la sanità per tutelare la salute
P.F. Bayeli **53**

■ Precisazioni sulla fitoterapia e reale ruolo delle piante medicinali oggi
D. Giachetti **54**

■ Faq sulle vaccinazioni
N. Monterisi **55**

LETTI PER VOI **55**

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani **57**

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi **58**

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI **39/62**



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXXI n. 3 - Marzo 2013
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
Mobili surrealisti e grafiche della serie Flora Dalinae
© IAR Art Resources

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze

tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045

http://www.ordine-medici-firenze.it

e-mail: toscanamedita@ordine-medici-firenze.it

Editore

Edizioni Tassinari

viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze

e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it

Pubblicità

Edizioni Tassinari

tel. 055 570323 fax 055 582789

e-mail: riccardo@edizionitassinari.it

http://www.edizionitassinari.it

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina

via Traversari - Firenze

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscamedica@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.



Cento apparizioni di Dalì

Protagonista del mondo artistico del secondo Novecento, Salvador Dalì spesso ha travalicato con la sua personalità esuberante la propria produzione (nel titolo di questo articolo si cita liberamente una sua opera parigina), produzione che pure presenta non poche eccellenze – tra le altre, le *Crocifissioni* di Glasgow e del Met –.

Oggi, a 24 anni dalla morte una scelta delle sue opere può nuovamente inquadrare il valore dell'artista, anche spaziando in tecniche diverse e non dimenticando le sue incursioni nella letteratura o nel cinema (Bunuel, Hitchcock): l'occasione è offerta dalla mostra "The Dalì Universe Florence", ospitata presso le sale di Palazzo Medici Riccardi, a Firenze, curata da Beniamino Levi, Presidente delle Fondazione Ambrosiana per l'Arte e la Cultura.

Fra le tante opere esposte, come cento facce diverse dell'artista – illustrazioni grafiche, collage, opere in vetro, mobili, gioielli –, si impongono per dimensioni e numero le sculture in bronzo: in esse appare chiaro il clima ispirativo che si rivolge al mondo del Surrealismo, attraverso accostamenti impossibili, stravolgimenti formali, citazioni dissacrante (ad esempio, da Michelangelo).

Per Dalì, cadute le regole, le immagini si fanno conseguentemente sorprendenti (*Donna in fiamme*, la composizione dedicata a *San Giorgio*), raggiungendo un nuovo significato. Sono esposti taluni *orologi molli*, negazione del tempo assoluto, ma anche di un similare catalogabile spazio: l'artista sonda la psiche e rende visibile il non visibile. Qui, storicamente, sta la polemica con il Dadaismo, maggiormente nichilista – ma più rivolto ad un ambito sociale –; qui si colloca la frattura con l'arte accademica, qui scatta la provocatorietà surrealista nei confronti del fruitore.

È una delle strade principali su cui si è mosso molto Novecento, dopo Sigmund Freud.

Diversamente, sono da valutare le grafiche presenti nella mostra fiorentina, perché esse percorrono un cammino più pacato, maggiormente realistico, forse condizionate dalla loro funzione illustrativa, quindi più chiaramente comunicativa: è il caso delle variazioni sul *Decamerone*, delle immagini rimanenti al mondo ebraico, della serie sul *Marchese De Sade*, oltre alle piccole elaborazioni a tecnica mista, citanti ad esempio Ingres, David o Caravaggio.

In queste opere cartacee, solo raramente appare l'estremizzazione provocatoria e irriverente, piuttosto esse si mantengono sempre entro i limiti di una grafica formalizzata e comunicativa.

La mostra fiorentina nel suo insieme evidenzia in Dalì la presenza di un gusto molto spagnolo per l'esuberanza – quasi tardo barocca –, ma è forse nel *Divano. Labbra di Mae West* – celebre composizione

originale del 1937 – che si raggiunge una parziale conclusione sulla mostra stessa, riscontro sull'atteggiamento verso l'arte e nei decenni di Salvador Dalì.

Divano ambiguo perché metamorfico, non più sedile ma nuovo oggetto, entità *vivente* e non inerte: per quanto non rassicurante, eppure invitante prodotto di design, pertanto oggetto di arredamento ed uso, quindi inglobato nella società.

A suo tempo (fine Anni Venti) la provocazione assurda a stile artistico fu il motivo di rottura con Breton.

FEDERICO NAPOLI

The Dalì Universe Florence
Palazzo Medici Riccardi, Firenze
Fino al 25 maggio
orario 9,00 - 19,00 tutti i giorni



Sala dedicata alla figura femminile; sculture museali: *Donna in Fiamme* e *Alice nel Paese delle Meraviglie*.
© IAR Art Resources



Il terremoto e la TC

ANTONIO PANTI

Il Tribunale dell'Aquila ha condannato in primo grado per omicidio colposo plurimo i membri della Commissione Grandi Rischi, non per non aver previsto il terremoto, previsione impossibile anche a parere del pubblico ministero, ma per "aver tradotto la loro incertezza scientifica in un messaggio eccessivamente ottimista, senza tener conto di tutte le variabili che avrebbero dovuto influire sulla comunicazione alle autorità".

Sul principio di precauzione si sono sprecati fiumi di inchiostro e il Comitato Nazionale per la Bioetica, alla luce del testo della Commissione Europea, ricorda che le misure precauzionali debbono essere proporzionali al rischio e al livello di protezione, coerenti con quelle già adottate in situazioni simili e soggette a revisione in base alle nuove acquisizioni della scienza. I terremoti sono ben diversi dalle malattie ma è sempre in gioco la vita umana e le regole non dovrebbero cambiare.

Recentemente la Cassazione ha prosciolto un medico, in accordo con la recente "legge Balduzzi", perché la sua eventuale "colpa lieve" si fondava tuttavia sull'osservanza di linee guida. In altre occasioni la Suprema Corte aveva invece emesso condanne in base all'assunto che il medico deve ispirarsi solo all'interesse del malato, al di là dall'aver seguito linee guida, essendo il magistrato esclusivo giudice dei comportamenti professionali. Ahimè, la medicina è incerta, il diritto contraddittorio!

Poche settimane dopo la sentenza dell'Aquila la terra ha tremato in Garfagnana. La Commissione Grandi Rischi si è espressa con maggiore prudenza e sessantamila persone hanno dormito inutilmente all'addiaccio e i Sindaci della zona hanno protestato per l'incauto allarme. Nulla di nuovo per i medici. Non è semplice rischiare contenziosi legali per aver rifiutato un accertamento, scarso sul piano del grading, ma prudenziale. Tuttavia l'amministrazione protesta e si accusano i medici di sprechi.

Però, secondo la Commissione di Inchiesta Parlamentare presieduta da Leoluca Orlando, le archiviazioni dei medici accusati di colpa profes-

sionale raggiungono la cifra del 98,8%. Qualcuno comunque ne trae vantaggio, almeno nel civile dove, in verità, le condanne sono più numerose delle assoluzioni, e i solerti avvocati sono usi affiggere pubblicità negli ospedali: "hai subito o ritieni di aver subito un danno alla salute? Contattaci, ti forniremo gratuitamente assistenza". È la cosiddetta quota lite che talora si conclude per l'incauto cliente con un "paghi due e prendi uno".

In questo clima è evidente che i medici saranno tentati umanamente di comportarsi più spesso come la Commissione Grandi Rischi in Garfagnana. Prudenza non soltanto nel comunicare (a questo punto occorrerebbe riflettere ancora sul cosiddetto consenso informato) quanto nell'agire. E nasce la malpractice, cioè l'eccesso di accertamenti per timore di non avere armi sufficienti per dimostrare la propria diligenza. La questione è che conosciamo le possibilità e i limiti della medicina non quelli del diritto. L'incertezza è coesistente alla scienza che non può mai essere "certa" ma solo "buona". Il magistrato conosce invece soltanto innocenza o colpa; è costretto dalla sua ricerca della "verità" a "semplificare" assai più del medico.

Forse la legge dovrebbe prevedere nella medicina una sorta di "rischio consentito" per cui scatta un risarcimento obbligatorio, assicurato da un fondo pubblico. Il punto di incontro tra medicina e diritto non può che essere l'interesse del paziente, ma è arduo conciliare la verità del cittadino, la guarigione a ogni costo, quella del medico, la terapia più aggiornata, quella del magistrato, l'aderenza alla legge, quella dell'amministrazione, ciò che costa meno, quella dei mass media, il miracolo o l'ostracismo.

Quando i costi aumenteranno troppo ci porrà mano il "mercato globale". Male, perché l'Italia spende per la sanità meno che la Germania pur offrendo più prestazioni. Una volta che lo spread è a favore nostro vi dovremo rinunciare! Altresì prevedere un terremoto o emettere una prognosi comporta uno stato di incertezza. E se basta una TC per vivere più tranquilli? È proprio impossibile trovare una soluzione?

TM



Andrea Fagiolini è Direttore del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, AUSL 7 e Università di Siena.

Come cambiano le diagnosi psichiatriche

Verso il DSM V

Nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicò l'*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (ICD), seguito nel 1952 dalla prima versione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), pubblicata dall'*American Psychiatric Association*, permettendo così una classificazione su base sintomatologica dei disturbi mentali. In particolare il DSM offrì l'opportunità di avere riuniti in unico manuale i disturbi mentali classificati su base statistica e ateorica, ovvero prescindendo dalle possibili interpretazioni e teorie eziologiche.

Dal 1952 ad oggi molti sono stati i cambiamenti apportati nelle varie edizioni del DSM, grazie alla *task force* di psichiatri che, a livello internazionale, si sono riuniti per valutare le nuove conoscenze derivate dagli sviluppi della ricerca. Siamo così passati dalle 106 malattie mentali descritte nelle 106 pagine del DSM-1 del 1952 ai 293 disturbi descritti in 886 pagine del DSM-IV del 1994.

Punto cardine del DSM è la *classificazione* che determina la possibilità di individuare in un paziente un quadro clinico ben definito e *incasellarlo* in una diagnosi categoriale riproducibile in ogni parte del mondo, facilitando la comunicazione fra professionisti del settore, la selezione di pazienti per studi di ricerca e l'individuazione di terapie sempre più mirate.

Le varie edizioni del DSM sono nate proprio dalla necessità di mantenere aggiornato tale strumento in base alle nuove conoscenze acquisite nel tempo. Il manuale è stato rivisto nel 1968 (DSM-II), nel 1980 (DSM-III), aggiornato nel 1987 (DSM-III-R), rivisto nel 1997 (DSM-IV) e aggiornato nel 2000 (DSM-IV-TR) (Figura 1).

Quando si è tenuta la prima conferenza programmatica per il DSM-V, nel 1999, i partecipanti nutrivano grandi speranze di sottendere molte diagnosi con specifici indicatori biologici, quali scansioni cerebrali o test genetici. Alla fine, il processo di revisione guidato dagli psichiatri David Kupfer dell'Università di Pittsburgh e Darrel Regier dell'APA non ha tuttavia individuato alcun marcatore che potesse rappresentare un'affidabile guida diagnostica. Al contrario, i gruppi di lavoro che si concentravano su settori specifici erano stati invitati a considerare anche i fattori biologici fra gli 11 indicatori di validità diagnostica (altri

includono ad esempio i fattori di rischio ambientali, i tratti di personalità e le risposte terapeutiche) hanno segnalato la difficoltà di trovare indicatori specifici e suggerito lo spostamento verso l'approccio dimensionale.

Nonostante l'indubbio valore clinico e scientifico del DSM, non poche sono state negli anni le critiche e le osservazioni dei clinici in merito ai limiti percepiti. Ad esempio, se un paziente soddisfa tutti i criteri per una diagnosi, ad eccezione di un solo sintomo, come deve comportarsi il clinico? Certo non può considerare il paziente come completamente sano. E come considerare un paziente con due diagnosi? Possiamo considerare un

disturbo bipolare presente insieme ad un disturbo della condotta alimentare nello stesso modo in cui considereremmo una frattura ossea presente insieme a una cataratta? Dobbiamo pensare a due disturbi in *comorbidità* come a due malattie completamente diverse?

Molti sono gli esperti che continuano a valorizzare di più un approccio *dimensionale* al paziente, sottolineando l'importanza di inquadrare lungo un *continuum* che va dalla normalità alla patologia ogni singolo caso clinico, ma molti sono anche gli aspetti che fanno temere un ritorno a una situazione dove sia difficile classificare i disturbi, difficile parlare tutti la stessa lingua e dove si lasci eccessivo spazio alle opinioni dei singoli, alle osservazioni aneddotiche, ai casi clinici, alle idee non supportate da adeguati studi controllati, randomizzati, ripetuti in *settings* e da ricercatori di-

ANDREA FAGIOLINI, LETIZIA BOSSINI,
FRANCESCA PELLEGRINI

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale
Università di Siena, AOUS, AUSL 7

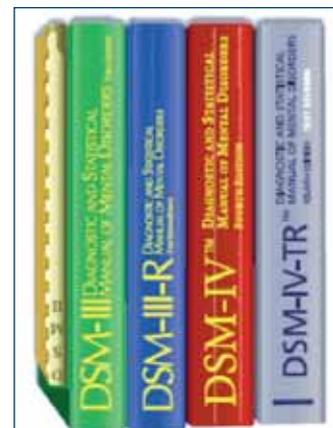


Figura 1 - le ultime due edizioni del DSM e le versioni riviste.

versi, e pubblicati su giornali caratterizzati da rigorosi processi di *peer-review*.

Nonostante i limiti prima accennati, l'uscita della quinta edizione del DSM, prevista per maggio 2013, si annuncia come una rivoluzione nel campo della psichiatria a livello internazionale. La *task-force* impegnata in questo importante lavoro ha dovuto affrontare molti dilemmi e confrontarsi con innumerevoli problematiche politiche e sociali oltre che scientifiche. Il DSM-V riuscirà tuttavia a fornire una nuova visione della patologia, ad esempio dando risalto anche all'aspetto dimensionale, pur mantenendo i vantaggi di una diagnosi categoriale. Con l'approccio *dimensionale* i disturbi *puri* potranno diventare rari, come

sottolinea il Prof. Kupfer che coordina i lavori.

È ovvio che nell'integrazione degli approcci categoriale e dimensionale esistano numerosi dubbi e perplessità, ad esempio per ciò che concerne la classificazione, definizione e inquadramento dei disturbi di personalità che nel DSM V saranno ridotti da 12 a 5: borderline, schizotipico, evitante, ossessivo-compulsivo e psicopatico/antisociale.

Molte sono le altre modifiche proposte per tutti gli altri capitoli come si può evincere dalla tabella sottostante (Tabella 1) e ad oggi il sito dell'American Psychiatric Association è ancora aperto ad accogliere ulteriori suggerimenti e critiche in vista poi della chiusura dei lavori e dell'uscita del DSM-V. **TM**

Tabella 1 - Probabili cambiamenti del DSM-V per gruppi diagnostici.

Disturbi psicotici	Disturbi dell'Umore	Disturbi d'ansia	Disturbi di Personalità	Disturbi da Dipendenza e Correlati	Disturbi del Comportamento Alimentare
Spariranno i sottotipi di schizofrenia. La diagnosi verrà fatta sulla base di sintomi comuni come le allucinazioni ed i deliri, della durata e della gravità. È in corso di valutazione la proposta per la diagnosi di "sindrome da rischio di psicosi" nell'ottica di una precoce identificazione del quadro.	Il DSM-IV elenca nove sintomi su cui basarsi per fare diagnosi di depressione. La proposta è identificare tre dimensioni fondamentali: la depressione con ansia, depressione con abuso di sostanze, e con ideazione suicidiaria.	La principale novità è l'ampliamento dello spettro del disturbo ossessivo compulsivo (OCD), che includerà la sindrome di Tourette, il disturbo da dimorfismo corporeo e la tricotillomania. Anche il "Disturbo da accumulo (patologico) o Disposofobia" è stato aggiunto allo spettro. È ancora acceso il dibattito sull'opportunità di separare l'OCD dai disturbi d'ansia	La vecchia lista della spesa DSM di 12 disturbi di personalità verrà ridotta a cinque: borderline, schizotipico, evitante, ossessivo-compulsivo, e antisociale/psicopatico. Le altre diagnosi verranno soppiantate da un insieme di sintomi che riflettono due tipi di patologie di base: disturbi correlati al concetto di sé, e di disturbi relativi al funzionamento interpersonale come la cooperatività e l'empatia.	Il vocabolario è stato revisionato. Il termine "Dipendenza" (che implica una dipendenza fisica e non necessariamente una dipendenza psicologica) è stato eliminato. Anche il termine "Abuso" è stato tolto in quanto non supportato scientificamente. Invece sono stati proposti vari gradi di "disturbo da uso di". Il "Disturbo da gioco d'azzardo patologico", ha raggiunto lo status di dipendenza, basandosi su analogie comportamentali e biologiche con le dipendenze da sostanze. La diagnosi di "Dipendenza da Internet (Internet addiction)" è ancora in esame.	Entra a far parte di questa categoria il "binge eating disorder" o "disturbo da alimentazione incontrollata", che viene così ad essere spostato dall'appendice dell'attuale DSM.
Disturbi dell'identità di genere e disturbi sessuali	ADHD e Disturbo da comportamento Dirompente NAS	Disturbi dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Disturbi neuro cognitivi	Disturbi dello sviluppo neurologico	Disturbi somatici
Nel DSM V rimane la diagnosi di "Disturbo dell'Identità di Genere" nonostante le pressioni da parte dei sostenitori della transessualità. Sono proposte diverse nuove diagnosi tra cui "disturbo dell'interesse sessuale/eccitazione nelle donne. La più controversa è la proposta di diagnosi di "disturbo dell'ipersessualità".	Sono ancora sotto esame le modifiche alla diagnosi di disturbo da deficit di attenzione. Il gruppo propone un nuovo sottotipo di disturbo della condotta che comprende tratti di insensibilità e non emozionalità.	Sono stati aggiunti criteri specifici per la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress nei bambini in età prescolare e per la diagnosi di "disregolazione del temperamento con disforia" caratterizzato da scoppi di collera gravi alternati a stati d'animo negativi. I bambini con questo problema sono spesso diagnosticati con disturbo bipolare giovanile secondo il DSM-IV.	Questa nuova categoria sussumerebbe varie diagnosi secondo il DSM-IV, dividendole in disturbi maggiori e minori. Disturbi neurocognitivi principali (i.e. varie forme di demenza) includono una decadenza che interferisce con una vita indipendente. I Disturbi minori dovrebbero includere i decadimenti cognitivi lievi (MCI), deficit della memoria che vengono considerati come un possibile preludio al Morbo di Alzheimer.	Diverse diagnosi secondo il DSM-IV affluirebbero in un'unica diagnosi più ampia: "Disturbi dello spettro autistico" tra questi la Sindrome di Asperger. Il termine "ritardo mentale" dovrebbe essere sostituito con "disabilità intellettiva". Anche i Disturbi del sonno-veglia Saranno accorpate in una unica diagnosi. La "Sindrome delle gambe senza riposo" potrebbe essere inserita come entità diagnostica.	Diverse diagnosi che comprendono disturbi fisici dovrebbero confluire in una nuova diagnosi: "disturbo da sintomi somatici complessi".



Davide Borghetti, spec. in Neurologia c/o l'Univ. di Pisa, da tempo ha allargato i propri interessi occupandosi delle dinamiche social media in ambito sanitario, con particolare riguardo al tema della reputazione online. Gestisce blog e portali dedicati alla salute e alle implicazioni etiche del rapporto medico-paziente in rete.

Medici e reputazione online

In passato considerato inviolabile modello di riferimento, l'immagine professionale del medico viene oggi messa in gioco dalle bizzarre e apparentemente imprevedibili regole del web. I pazienti cercano con sempre maggior frequenza il contatto virtuale con il personale sanitario, sia

per richiedere consulti a distanza sia per ottenere più generiche informazioni o scambi di opinioni sulle attività assistenziali. Questo enorme ed apparentemente incontrollato flusso di informazioni merita le dovute attenzioni: i meccanismi che muovono la reputazione virtuale si muovono in modo molto simile a quelli del mondo reale, seppur con una velocità enormemente maggiore in considerazione di un fattore di amplificazione straordinario.

L'*online reputation*, o reputazione in rete, può essere definita come l'insieme delle tracce lasciate da tutte le attività svolte sul web che riguardano la nostra immagine professionale. Essendo molto difficile avere un completo controllo dalle proprie attività, risulta pressoché impossibile avere la piena consapevolezza di ciò che viene lasciato da altri utenti; *blog* personali, commenti, *social networks*, articoli su *forum* e recensioni su siti specializzati sono solo alcuni degli strumenti con i quali chiunque può influenzare la nostra reputazione.

La necessità di gestire al meglio la propria immagine *online* interessa trasversalmente tutte le professioni sanitarie, indipendentemente dalla tipologia del rapporto lavorativo, andando dal dipendente pubblico al libero professionista. A tal proposito, i *social media* rappresentano un ottimo strumento per comunicare e condividere informazioni, per stringere nuovi rapporti in ambito lavorativo e per affermare e gestire la propria immagine professionale, raggiungendo rapidamente una grande massa di utenti e con l'ulteriore vantaggio che riescono spesso a garantire, con il minimo sforzo, ottimi posizionamenti del proprio nome sui risultati organici dei motori di ricerca.

Ciò nonostante, ad oggi solamente una minima percentuale di professionisti utilizza i *social media* a tale scopo; di questi, una frazione ancor più contenuta partecipa attivamente. Solo l'1%, infatti, crea contenuti originali, circa il 10% interagisce o ripropone contenuti preesistenti mentre meno del 90% si limita a fare da spettatore passivo.

A fronte di un modesto investimento di tempo ed

iniziativa nella creazione di contenuti originali da far girare sui circuiti social (blog personali, Facebook, Google+, oppure ancora Twitter o i servizi di *social bookmarking*) è possibile invece ottenere un notevole ritorno in termini di reputazione e coinvolgimento dei lettori. Questi contenuti avranno lo scopo di incrementare la massa circolante di informazioni positive che riguardano la propria figura professionale ed i relativi campi di interesse; qualora non sia possibile creare qualcosa di originale è possibile comunque partecipare attivamente alle discussioni o riproponendo i contenuti creati da altri utenti, nel rispetto del diritto d'autore.

L'altro lato della medaglia è però rappresentato dalle possibili problematiche determinate dal

rapporto tra medico e paziente, che sulla rete assume una dimensione completamente nuova. Il medico dovrà rispettare le necessità e la *privacy* del paziente salvaguardando, nel contempo, la propria figura professionale. Come nel mondo reale, è consigliabile restare entro i confini di un rapporto professionale nel rispetto di regole etiche, morali e deontologiche. Occorre inoltre essere consapevoli che i contenuti immessi online, se inopportuni, potrebbero sortire l'effetto opposto screditando l'immagine con conseguenze imprevedibili a lungo termine; in caso di eventi particolarmente gravi, potrebbe risulturne un danno di immagine dell'intera categoria. *Privacy* e riservatezza devono essere sempre garantite, evitando di far trapelare dati sensibili di qualsiasi genere: una volta entrati in circolazione, potrebbe addirittura essere impossibile rimuoverli completamente. A titolo di cautela occorre separare il più possibile i contenuti professionali da quelli della vita privata e monitorare la propria presenza sulla rete, cercando sia informazioni pubbliche relative alla propria immagine sia la presenza di elementi potenzialmente lesivi, indesiderati o appartenenti alla sfera non lavorativa.

Una buona reputazione personale in rete non viene determinata a priori, ma la si guadagna con il tempo e con le proprie azioni, sia nel mondo virtuale che reale, rinforzando positivamente gli aspetti positivi e combattendo – con gli strumenti giusti – contro gli inevitabili elementi avversi.

DAVIDE BORGHETTI

*Medico Chirurgo, specialista in Neurologia
Consulente presso IRCCS Stella Maris (PI) e Fortis s.r.l. (LU)
Amministratore Delegato HWSLab LTD*

Bibliografia

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

TM

Il naufragio della nave da crociera Costa Concordia

L'assistenza psicologica ai naufraghi e ai familiari delle vittime e dei dispersi



Stefano Milano, psicologo specialista in psicologia clinica, direttore dell'Unità Operativa di Psicologia dell'Azienda USL 9 di Grosseto, responsabile squadra assistenza psicologica ai naufraghi ed ai familiari delle vittime e dei dispersi a seguito del naufragio della nave da crociera "Costa Concordia".

Il drammatico naufragio della nave da crociera Costa Concordia, per i tanti aspetti che l'hanno caratterizzato, ha rappresentato un'esperienza unica nel suo genere e senza precedenti.

La gestione dell'emergenza provocata è stata una vera e propria sfida per tutte le forze in campo: Guardia Costiera, Protezione Civile, Servizi Sanitari, ecc.. La grande sinergia realizzata ha consentito il successo dell'operazione, permettendo di salvare numerose vite e di assistere in modo adeguato tutti coloro che ne avevano bisogno, in una situazione logistica molto difficile. Grazie alla sensibilità della Direzione Aziendale dell'Azienda USL 9 e del Dipartimento per la Protezione Civile, è stata garantita anche l'assistenza psicologica ai naufraghi ed ai familiari delle vittime e dei dispersi.

Nonostante i "Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi - G.U. n° 200 del 29/08/2006", emanati dal Dipartimento della Protezione Civile, non siano ancora stati recepiti - e quindi non siano ancora costituite in ogni Regione le previste Équipes Psicosociali per

l'Emergenza (EPE), sin dalle prime ore dopo il disastro è stata approntata una squadra di psicologi, sotto il diretto coordinamento dell'U.O. di Psicologia dell'ASL 9 di Grosseto, che ha lavorato per tutto il tempo intercorso tra il momento dell'impatto ed il ritrovamento degli ultimi dispersi (anche se all'appello mancano ancora due persone). La squadra è stata costituita, oltre che dal direttore dell'U.O., da Daniela Antonini, Catia Burgassi, Bruno Cappagli, Kathiona Munte e Giovanna Nicaso.

Come rileva Federighi¹ "Un efficace sistema di soccorso sanitario si basa sulla capacità

di portare tempestivamente sul luogo dell'evento medici e infermieri professionisti della medicina d'emergenza-urgenza, in grado di somministrare cure di stabilizzazione in ambiente campale e di coordinare l'evacuazione dei feriti verso gli ospedali idonei.

Ma il soccorso deve poter considerare anche gli effetti che le catastrofi provocano sulla salute psicologica delle vittime, il cui trattamento richiede specialisti altrettanto qualificati.

STEFANO MILANO¹, DANIELA ANTONINI²,
CATIA BURGASSI², BRUNO CAPPAGLI²,
KATHIONA MUNTE², GIANNA NICASO²

¹ Direttore dell'U.O. di Psicologia dell'Azienda USL 9 di Grosseto. Responsabile della squadra di assistenza psicologica per il naufragio della Costa Concordia

² Psicologi, Unità Operativa di Psicologia dell'Azienda USL 9 di Grosseto



¹ Federico Federighi, Servizio Emergenza Sanitaria e assistenza alla popolazione, Ufficio Gestione delle emergenze, Dipartimento della Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri.

L'esperienza dei soccorsi ai naufraghi della nave Costa Concordia costituisce un importante stimolo alla realizzazione di tale obiettivo, dimostrando l'importanza, per i sistemi di soccorso, di poter rapidamente mobilitare, se necessario, qualificati specialisti del supporto psicologico adeguatamente formati e equipaggiati per operare in situazioni impegnative come le catastrofi².

Nel presente articolo verrà presentata un'estrema sintesi del lavoro svolto.

Prima fase: i primi soccorsi

Nell'inevitabile caoticità legata ai grandi numeri (oltre 4100 persone tra passeggeri ed equipaggio con moltissimi stranieri di cui molti orientali, specie nell'equipaggio), agli spazi inadeguati ed ai brevi tempi di permanenza, si è realizzato un lavoro di raccordo e di collegamento tra persone che avevano perso i contatti fra loro, di contenimento e supporto dell'inevitabile ansia, di ascolto e *affiancamento emotivo*, nel tentativo di prevenire l'insorgenza di disturbi conclamati. Si è trattato non di *aspettare* ma di *andare verso* chi aveva bisogno, senza forzature ma trasmettendo la disponibilità all'ascolto attivo ed all'aiuto.

In un certo senso il lavoro era teso a ripristinare la funzione del *pensiero* come organizzatore del caos, nelle menti dei naufraghi travolte dall'evento traumatico. C'era bisogno anche di molte azioni sul piano del concreto, in una situazione in cui i bisogni erano su molteplici livelli. Si è cercato, inoltre, di favorire un raccordo con *il dopo*, finalizzato ad un collegamento con risorse locali di supporto psicologico per chi mostrava segni precursori di disturbi post traumatici da stress.

In sintesi si è trattato di:

- ridurre lo stress da eventi critici;
- facilitare la normalizzazione;
- valutare la necessità di ulteriori servizi o invii;
- preparare il soggetto al ritorno a casa in modo più sereno;



- accettare qualunque grado di partecipazione da parte del soggetto, offrendo il proprio intervento senza forzature.

Seconda fase: le prime vittime accertate

Le **caratteristiche** di questa fase sono state quelle tipiche di un lutto inaspettato, imprevedibile e legato a cause difficilmente accettabili. Il trauma era grandemente accentuato se i familiari delle vittime erano a loro volta naufraghi.

Gli **interventi realizzati** sono stati la gestione della comunicazione della notizia, l'affiancamento emotivo nei riconoscimenti, il sostegno, la condivisione empatica, il supporto all'avvio del lavoro di elaborazione del lutto, il tentativo di restituire un senso ad un evento drammatico che un senso sembrava proprio non avere (ad esempio, una vittima era stata vista mettere il proprio salvagente ad un bambino, il che ha permesso di sostenere la tesi che si fosse sacrificato per un gesto eroico).

Da sottolineare l'importanza di un lavoro teso a favorire un sostegno ed una vicinanza da parte della Comunità locale, che si è dimostrata molto solidale, anche con supporti concreti a chi era in stato di bisogno.

Terza fase la ricerca dei dispersi, i saltuari ritrovamenti

Le **caratteristiche** di questa fase sono state l'aspettativa speranzosa e angosciata allo stesso tempo, il vivere una drammatica alternanza tra la speranza di ritrovare il familiare ancora in vita e la disperazione vissuta ogni volta che veniva ritrovato qualche corpo.

Gli **interventi realizzati** sono stati quelli del-



² Milano e altri (2012) "L'assistenza psicologica ai naufraghi e ai familiari delle vittime e dei dispersi a seguito del naufragio della nave Costa Concordia", in Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, Siena 2012.

la comunicazione delle novità sui ritrovamenti al gruppo dei familiari che si era costituito nei giorni successivi al naufragio. Si cercava di realizzare un pregnante affiancamento emotivo nel momento drammatico dei riconoscimenti, di *contenimento*, di sostegno nell'acquisire la consapevolezza della perdita per poter lasciare spazio al processo di elaborazione del lutto. Si è rivelato prezioso realizzare dei *rituali di salute* (ad esempio portandosi in barca vicino alla nave per lanciare in mare fiori e messaggi al parente defunto). In questi momenti si realizzava un vero e proprio *abbraccio psicologico*, quasi fisico, da parte sia dello psicologo che degli altri *colleghi nel dolore*, che veniva condiviso in maniera struggente con gli altri parenti e con il costante sostegno della Comunità (ad esempio l'abbraccio fisico da parte di tutti i partecipanti casuali ad una messa in ospedale per una giovane vittima). Si è realizzata in modo quasi spontaneo la creazione di gruppi di *auto-mutuo aiuto* tra i familiari.

Per rendere meglio l'idea degli stati d'animo vissuti, si riportano due *spaccati* della vita di quegli interminabili giorni.

La Freccia del Giglio: i “traghettati” di Caronte

Ogni giorno, alle ore 9.00, partiva la *Freccia del Giglio*, traghettando i familiari, i responsabili della Protezione Civile, gli accompagnatori di Costa Crociere e lo psicologo da Porto Santo Stefano al Giglio.

Partiva carica di *disperate speranze* di poter almeno ritrovare i corpi dei propri cari.

Alle 16.30 la *Freccia* faceva ritorno, quasi sempre carica del dolore di un altro giorno passato invano.

La “Paloma”

Ogni giorno, tra le 13.00 e le 15.00, i familiari, gli accompagnatori, i responsabili della Protezione Civile e lo psicologo si sedevano attorno ad un tavolo di una trattoria, per pranzare e “spezzare l'interminabile ed angosciosa attesa”.

Per circa due ore si recuperava un surreale senso di quasi normalità, scambiandosi racconti delle diverse culture ed usanze, parlando di sé e

della propria storia. A volte si creava la possibilità di distogliere la mente dai consueti pensieri angoscianti e, addirittura, di risate liberatorie su aspetti comici della realtà e di se stessi.

A volte il giardinetto interno della “Paloma” è stato il luogo dove venivano comunicati i ritrovamenti.

Quarta fase: attesa sfiduciata e rabbiosa del ritrovamento dei dispersi

Si è trattato forse della più difficile da gestire.

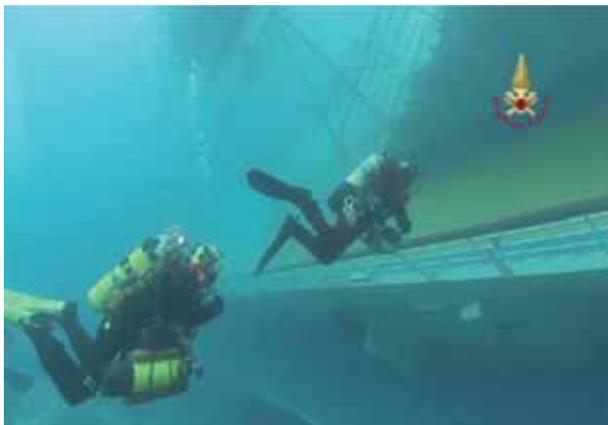
Le **caratteristiche** di questa fase sono state l'incertezza sui tempi, ma anche sulla possibilità stessa di ritrovare i corpi. A ciò si associava una comprensibile rabbia, un senso di rivendicatività, un dolore disperato con vere e proprie scariche emotive. Ciò causava a volte delle distorsioni interpretative verso la realtà dei soccorsi, vissuti come poco convinti mentre, in realtà, questi proseguivano in condizioni proibitive, mettendo a repentaglio la vita stessa dei soccorritori.

Gli **interventi realizzati** hanno incluso la partecipazione ai *briefing* periodici di aggiornamento sulle ricerche, organizzati da parte della Protezione Civile. Giorno per giorno si trattava di realizzare una difficile opera di mediazione con la dura realtà, per consentirne l'accettazione. Andava favorito l'inizio dell'elaborazione del lutto, “congelata” dalla mancanza di un corpo su cui piangere. Ancora una volta era necessario far leva su un attento ascolto partecipato, sul contenimento delle intense emozioni, sul supporto nel favorire la *consolazione* familiare, la sincera condivisione emotiva del dramma con gli altri parenti accomunati dallo stesso destino.

Il trauma o “i traumi”

La valenza traumatica ha avuto diverse sfaccettature ed è stato possibile individuare cinque tipologie di trauma:

- **trauma dei sopravvissuti:** passeggeri e membri dell'equipaggio scampati alla morte in circostanze drammatiche; ciò ha comportato un trauma, sia pure in misura diversa a seconda delle circostanze specifiche e della personalità di ognuno;



- **trauma dei sopravvissuti che avevano familiari a bordo** che sono, invece, deceduti; al trauma individuale per l'evento drammatico si aggiungeva quello legato alla perdita improvvisa dei propri familiari e del non essere riusciti ad evitare ciò;

- **trauma dei familiari che hanno avuto vittime:** persone che non erano a bordo ma che hanno avuto familiari deceduti nel corso del naufragio; la situazione è paragonabile, almeno in parte, a quella di familiari di vittime di incidenti improvvisi;

- **trauma o, comunque, condizione emotiva dei familiari che hanno avuto parenti dispersi;** persone che devono tollerare incertezza, angoscia, turbamento emotivo legato al fatto di avere parenti la cui sorte è ignota, potrebbero essere deceduti o vivi in attesa di essere soccorsi;

- **trauma dei sopravvissuti che hanno avuto dispersi:** oltre al trauma legato all'aver vissuto in prima persona l'evento drammatico, avevano parenti che risultano dispersi e, quindi, non si sapeva se fossero vivi o morti. Ciò determinava uno stato emotivo di molto difficile gestione, non superabile senza un supporto qualificato e ad alta intensità.

Per ognuna di queste categorie è stato necessario un differente tipo di assistenza. Nei casi in cui è stato ritenuto opportuno, è stata attivata una collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, il cui direttore, Giuseppe Cardamone, ha dato piena e incondizionata disponibilità.

Riflessioni

Appare opportuno sottolineare alcuni aspetti di rilievo:

- Nel pianificare e realizzare gli interventi, chi li conduce deve **"contare fino a tre"**: investigare troppo emozioni, ricordi ed esperienze dolorose sarebbe pericoloso ed inappropriato.

- Bisogna essere pazienti, mettendo da parte il concetto secondo cui le persone dovrebbero star bene in ogni momento ed accettando l'espressione anche intensa del dolore, partecipandolo.

- È necessario esimersi dal giudicare. Molti sopravvissuti, testimoni o familiari possono provare sentimenti di colpa e vergogna in conseguenza del trauma e delle perdite e del non esse-

re riusciti a fare di più.

- Si devono centellinare le emozioni. Bisogna essere capaci di contenere le forti emozioni, caratteristiche in questi casi, e dosarle attentamente evitando di ritraumatizzare alcuni soggetti.

- È importante lavorare non sentendosi soli ma potendo contare sul supporto e *l'intervisione* dei colleghi della squadra e del coordinatore degli interventi.

- Si deve accompagnare il processo di ciò che accade, così come anche analizzare i contenuti. È importante rispondere in modo adeguato e fermo all'*escalation* della rabbia ed alla disperazione contagiose, così come lo è essere attenti ai dettagli che vengono condivisi.

- Usare l'umorismo. L'umore in questo tipo di gruppi è pessimo. Potrà sembrare paradossale ma utilizzare una formazione reattiva, come l'umorismo garbato, può aiutare a mantenere un certo grado di stabilità psichica, oltre che prevenire che le persone si frammentino e si scompensino ulteriormente.

- Mantenere una stabilità fisica e psichica. Nessuno può affrontare il lavoro con il trauma senza immergersi nel dolore. L'abilità del coordinatore nel monitorare e gestire i livelli di *stress*, che i componenti della squadra sono in grado di assorbire senza risentirne, dosando opportunamente le presenze e i ruoli, è cruciale.

Si ritiene opportuno concludere con l'auspicio che quanto previsto dai sopra citati "criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi", emanati dal Dipartimento della Protezione Civile, vengano finalmente recepiti in tutte le Regioni Italiane, perché l'esperienza legata al naufragio della nave Costa Concordia dimostra ancora una volta, se ce ne fosse stato bisogno, la necessità di fornire una continua, costante, ben organizzata e coordinata assistenza psicologica alle persone coinvolte nelle catastrofi che, per quanto imprevedibili e assurde come in questo caso, purtroppo continuano ad accadere.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: s.milano@usl9.toscana.it

TM



Il problema è il bere?

“**S**e succede qualcosa di brutto si beve per dimenticare; se succede qualcosa di bello si beve per festeggiare; e se non succede niente si beve per far succedere qualcosa” Charles Bukowski, *Donne*, 1978.

Si beve per non sentirsi diversi, si beve per passare il tempo, perché fa bene al cuore e perché dopo un giorno di lavoro si ha bisogno di rilassarsi. Si beve perché ce lo meritiamo, perché si regge, perché c'è il pesce e perché c'è la carne. Si beve perché costa poco e perché costa tanto, si beve per disinibirsi, per essere gentili e per avere il coraggio di arrabbiarsi. Nella nostra società ogni occasione è ideale per bere alcolici, anche se in tanti altri momenti sarebbe auspicabile non bere. Gli anziani con cadenza dialettale, forti della saggezza che l'età gli conferisce sono soliti dire “...il problema non è bere, l'è ribere!!!”.

Per anni ci siamo occupati del “problema del ribere”, facendone di necessità virtù, ma oggi che siamo diventati più consapevoli del fenomeno alcol diciamo che il problema inizia proprio dal bere.

L'allarme attuale, ribadito anche nell'ultima relazione del Ministro della Salute al Parlamento in ottemperanza alla “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati 125/2001”, non sembra essere più quello della dipendenza dalle bevande alcoliche, ma piuttosto quello di uno stile di vita “alcolico” tipico dei nostri giovani e giovanissimi, determinando così necessità di intervento più ampie che non solo prendano in considerazione il punto di vista clinico, ma anche quello sociale e politico. Anche l'utenza in carico ai servizi specialistici è cambiata negli ultimi 10 anni. Nel 2009 i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentavano l'11,1% del totale con un incremento dell'0,9% avvicinandosi così al massimo (11,7%) registrato nel 2005.

Questa tendenza si evidenzia anche negli utenti di età compresa tra i 20-29 anni, dal 13,9% del 2007 al 14,2% del 2008 fino al 15,4% del 2009. Si registra anche negli alcol dipendenti in trattamento nei servizi pubblici un tendenziale aumento.

Il consumo di bevande alcoliche è la prima causa di morte nell'Unione Europea tra i giovani fino ai 24 anni, morte legata prevalentemente all'uso di alcol alla guida. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, il 25,4% degli uomini ed il 7,3% delle donne di età superiore a 11 anni, circa 8.600.000 persone, consumano alcolici senza rispettare le indicazioni di consumo delle agenzie di sanità pubblica, esponendosi a rischi alcolcorrelati. Come riportati nel Manifesto Europeo AMPHORA, redatto da 71 scienziati provenienti da 33 organizzazioni di 14 paesi europei e presentato all'European Debate on Evidence-based

Alcohol Policy Conference nello scorso ottobre, 120.000 cittadini tra i 15 e i 64 anni muoiono a causa dell'alcol, di morte evitabile.

L'alcol è il terzo fattore di rischio per mortalità prematura nel mondo, il secondo in Europa. È causa di 60 patologie dirette e 14 tipi di cancro. Il dato complessivo delle malattie alcol-attribuibili è nettamente superiore a quello della sola cirrosi epatica (patologia specificatamente alcol-attribuibile) e, visti gli stili di vita, diminuisce sempre di più l'età in cui insorgono certi disturbi connessi al danno d'organo.

Inoltre l'alcol è correlato a diverse forme di danno sociale come gli omicidi, i crimini, le violenze in generale o specifiche come la violenza sessuale, nella famiglia, gli infortuni sul lavoro, la guida in stato di ebbrezza e per la donna, nel periodo della gravidanza, danni al feto.

Tutto questo ha reso necessario un'azione politica e legislativa che prendesse in considerazione oltre gli aspetti connessi alla salute, anche quelli della sicurezza della popolazione, resa più vulnerabile dai propri stessi comportamenti.

Negli ultimi decenni il quadro epidemiologico

è nettamente cambiato. In Italia, come negli altri paesi industrializzati, le principali cause di morte sono sostanzialmente quattro: malattie cardiovascolari, neoplasie maligne, ictus cerebrali, ed incidenti (incluso quelli stradali).

Oggi la prevenzione è possibile solo se ci riferiamo agli stili di vita sani (comportamenti) che gli individui riusciranno ad adottare. Si stima che circa la metà della mortalità attuale è dovuta a comportamenti a rischio (Maes, 1989).

I cambiamenti culturali nella società postindustriale hanno determinato un cambiamento nella commercializzazione di bevande alcoliche incidendo negativamente sui modelli di consumo, favorendo così modelli a rischio per la salute che colpiscono maggiormente i giovani, le donne o i soggetti più “deboli”.

Non sono comunque esenti dagli effetti del consumo di alcol le persone in violazione dell'art. 186 del N.C.S., regolamento che si rivolge ovviamente a tutta la popolazione, ma che trova maggiormente applicazione nella fascia giovanile dai 18 ai 40 anni, in cui è più frequente essere fermati per i controlli notturni.

Nella popolazione generale le patologie alcol correlate sono aumentate e si sono differenziate: non si



Valentino Patussi, Coordinatore del Centro Alcolico Regionale Toscano, del Centro di Alcolologia e patologie correlate presso l'AOU Careggi. Attivo in alcolologia dagli anni 80. Segretario della Società Italiana di Alcolologia, di cui è stato presidente. Collabora con il terzo settore, membro della Consulta Nazionale sull'alcol e di gruppi scientifici internazionali. Promotore di corsi post universitari in ambito alcolologico. Direttore della Rivista scientifica “Alcolologia”. Autore di numerose pubblicazioni.

VALENTINO PATUSSI¹, ILARIA LONDI¹,
GABRIELE MAGRI¹, TIZIANA FANUCCHI¹,
FIORELLA ALUNNI¹, MARIANGELA SPAMPINATO¹,
GIANNI TESTINO², EMANUELE SCAFATO³

¹ Centro Alcolico Regionale Toscano, AOU Careggi, Firenze

² Centro Alcolico Regionale - Regione Liguria, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova

³ Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol, CNESPS

assiste più all'aumento di quelle croniche che si verificano dopo anni di consumo continuato e fuori dalle soglie raccomandate, ma soprattutto di quelle acute, come le steatosi e le intossicazioni da alcol. Pur continuando a lavorare sui percorsi di cura e trattamento della alcoldipendenza, non possiamo sottrarci all'impegno di contrastare il danno alcol correlato nei termini del consumo. Come sottoscritto nel già citato Manifesto AMPHORA, le misure di contrasto sono diverse e a più livelli e si realizzano, in primis, attraverso la diffusione di un'informazione basata sulle evidenze scientifiche e su una collaborazione

tra i professionisti della salute (di tutte le discipline) e le istituzioni competenti. Tale collaborazione deve condurre ad una coraggiosa scelta sociale e politica che permetta di parlare con coerenza a chi sembra più vulnerabile (giovani) e dire senza conflitti di sorta che bere alcolici è un comportamento a rischio, ribere è un danno.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: cartoscana@alcolonline.it

TM



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

Le aspettative degli adolescenti e le risposte della società

Si vive ormai da alcune generazioni, in una labilità di schemi derivante da una continua variabilità dei punti di riferimento; cosicché nei giovani più faticoso è l'emergere della loro identità, e più ansigeno, negli adulti, è l'approccio con l'adolescenza e la giovinezza.

Nonostante i continui cambiamenti della civiltà e, quindi, della cultura ancor oggi gli adulti decidono attraverso schemi superati, quali sono i buoni quali i cattivi e contro il cattivo non si può usare altro che misure costrittive.

Così gli adulti si difendono distimando, di fatto, i loro giovani, anche se ora i giovani vanno a scuola e vogliono imparare; non sono più debiti al nomadismo o a mode tanto comuni in un recente passato; hanno perfino un linguaggio più accettabile; hanno ritrovato la coppia e sembrano diventati davvero tutti *casa e chiesa*.

In una situazione di questo genere, infatti, come si fa a difendersi da loro se non con il considerarli poco, per non sentire il peso di una denuncia che finisce per essere più difficile a sostenere rispetto a quella del passato caratterizzato da comportamenti apertamente aggressivi, come ad esempio ai tempi del '68. Allora la cosa migliore è quella di non sentirsi troppo coinvolti, di allontanare i giovani, enfatizzando i loro comportamenti devianti.

L'unico legame profondo che unisce il mondo

degli adulti e il mondo giovanile è costituito dalla folle paura che investe il primo, costituito dalla consapevolezza che oggi esiste una possibilità di fuga del figlio, in altri tempi inesistente: la fuga nella droga come mezzo per risolvere le difficoltà e le paure esistenziali nel crescere.

Ma lo stesso adulto, anche se non lo riconosce, sa di essere drogato per usare anche lui mezzi di compensazione, farmacologici o non farmacologici – le cosiddette evasioni –, per superare una condizione di vita fonte di frustrazioni non più superabili attraverso il continuo aumento del benessere economico.

Quando come oggi non esistono occasioni

di associazionismo, o non si creano possibilità di coinvolgimento degli adolescenti lasciati a vegetare nel parcheggio della scuola e dello ozio per l'impossibilità di offrire loro un lavoro che li gratifichi e che li faccia sentire vivi e autonomi, non ci si stupisca poi che essi fuggano dalla realtà tenendo comportamenti auto o etero distruttivi.

I giovani sono stufo di sentire discorsi. Hanno bisogno di avere qualcuno vicino per compiere insieme il lungo e faticoso cammino della loro crescita.

Occorre per ciò un *debito d'amore* verso di loro, sapendo che potranno ottenerne progressi soltanto dall'impegno quotidiano in una revisione degli schemi organizzativi, con una maggiore professionalità e con più acuto senso del dovere, da parte di tutti, dalla famiglia alla scuola, agli operatori dei servizi sanitari.

TM

DORIANA MILETI*, FABIO FRANCHINI**

* Pedagogista, Firenze

** Pediatra, Firenze

Quando la procedura non basta...



Giuseppe Virgili è Medico di medicina generale e specialista in Pneumologia ed esercita la sua attività a Grosseto. È stato Presidente dell'Ordine dei Medici di Grosseto, Coordinatore del Comitato di Bioetica di Grosseto e componente della Commissione Regionale di Bioetica. Attualmente svolge attività di tutor e docenza al Corso di formazione in Medicina Generale.

Un conflitto scuote da tempo il complesso mondo della medicina; un conflitto che si insinua nelle coscienze più sensibili, sottile e tagliente come una lama: può la medicina, e con essa l'agire medico nello stimolante labirinto della diagnosi e della terapia, può, dicevo, ogni ardua scelta medica essere frutto "solo" di protocolli e linee guida per quanto aggiornati e corretti sulla base delle più accreditate evidenze scientifiche? Possiamo affidare le nostre conoscenze e la nostra esperienza, vissuta e sofferta, a "procedure" stabilite a tavolino per quanto valide scientificamente?

O non è forse l'agire medico anche un'arte che si affina con l'esperienza e che, grazie a intuito e sensibilità clinica, riesce ad andare oltre e intuire quel "qualcosa" che è frutto di un attento e scrupoloso esame del malato e non solo di indagini strumentali?

A me pare che nell'odierna pratica medica l'uso della tecnologia sia andato oltre il suo significato, quello cioè di strumento di indagine, certamente assai utile a corroborare il ragionamento diagnostico e il sospetto clinico, per diventare esso stesso unico e inoppugnabile protagonista di ogni intervento medico sul malato.

La conseguenza negativa di questo eccesso è che, inevitabilmente, si viene progressivamente a perdere la specificità del rapporto tra il medico e quel particolare malato, dando così più credito e sostanza all'indagine strumentale rispetto al rapporto diretto col malato fatto di anamnesi, studio dei segni e analisi dei sintomi riferiti.

Ho l'impressione che in alcuni ambienti sanitari si ritenga che ogni atto medico trovi la sua giustificazione se rientra in un protocollo, o meglio in una procedura, applicata spesso con rigidità, in modo direi quasi burocratico e acritico.

È un modo di procedere privo di anima ancor prima che di intelligenza che può soddisfare i medici-burocrati e coloro che vogliono ingabbiare la medicina in regole ferree che, pur avendo una loro base ragionevole nella cultura medica, vengono impartite sotto forma di "procedure" che, così fatte, rischiano spesso di gratificare solo i burocrati che le sollecitano e di tranquillizzare falsamente i medici che le applicano.

Tutti i medici, da sempre, procedono nel ragionamento diagnostico secondo algoritmi mentali consolidati che provengono dal bagaglio culturale basato su scienza medica e capacità applicativa di quella scienza sul singolo caso clinico, rappresentato da persone tra loro differenti per cultura, sensibilità, religione, concezioni morali.

Comprendo altresì e condivido che vi siano aree della medicina (area intensiva ad esempio o quella dell'emergenza) dove l'applicazione di protocolli clinici aiuti i professionisti; ma anche qui non dovremmo mai sottovalutare, per esperienza e conoscenza, la peculiarità del caso che abbiamo davanti e l'assoluta indeterminatezza che ogni situazione clinica porta con sé.

È preoccupante questo volere omologare sempre e comunque tutte le situazioni secondo schemi redatti a tavolino per quanto validi e corretti.

E se il malato che abbiamo di fronte non rientrasse nel protocollo? Se la "procedura" adottata non risultasse idonea per quel particolare malato non dovremmo forse affidarci anche, attraverso una ancora più attenta analisi dei segni e dei sintomi, a quel pabulum fatto di esperienza, conoscenza, sensibilità, intuito e perché no sesto senso che costituisce l'essenza dell'arte medica anziché ostinarci e accanirci in indagini non risolutive?

Il rischio che paventiamo nelle nuove generazioni è che, abituati a procedere per schemi rigidi e imposti, perdano di vista la peculiarità del singolo che hanno davanti.

È aberrante sostenere, come talvolta ascoltiamo o leggiamo nei freddi comunicati delle autorità sanitarie, che, nonostante un evento infausto, la procedura è stata rispettata e quindi il sistema si chiama fuori da ogni responsabilità anche morale; mi rifiuto di pensare che questo linguaggio possa appartenere ad una categoria da sempre votata all'aiuto e alla empatia e, se così fosse, proverei un misto di sconforto e ribellione, perché denoterebbe una insensibilità e una distanza umana dall'evento da rasentare l'indifferenza e che potrebbe forse appartenere al peggiore dei funzionari. Ogni medico, invece, in simili eventi, dovrebbe coscientemente riflettere, oltre la procedura, e dovrebbe mettere in discussione il proprio operato nella convinzione che qualcosa di più si può sempre fare; il faro del sapere deve leggere criticamente le enormi potenzialità della tecnologia che abbiamo a disposizione, e non viceversa farsi guidare da essa, perché all'occorrenza dobbiamo anche saper confutare le false certezze che talvolta la stessa tecnologia induce.

Ricordiamoci sempre, da uomini e da medici, che da Socrate a Popper il pensiero più illuminato ci sostiene nella consapevolezza che è la percezione della nostra ignoranza a renderci liberi (anche dalla tecnocrazia).

GIUSEPPE VIRGILI

*Medico di Medicina Generale, Grosseto
Già Presidente Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Grosseto*

Medicus non accedat... (medicina d'iniziativa, con giudizio!)

ANTONIO PANTI

“**M**edicus non accedat nisi vocatus” è un cardine della deontologia classica. È il paziente che chiama il medico, non l'inverso! Ma la medicina è cambiata e aspira a garantire a tutti un incremento della salute piuttosto che tutelare senza alcun limite di costo la salute dei singoli. Oggi bisogna quadrare il cerchio tra la salute globale, quale è intesa dalle multinazionali (una spesa incrementale per piccoli target di popolazione) e quella intesa dall'etica dei servizi sanitari universalistici, che rendono uguali i cittadini nell'accesso alle prestazioni mediche. Nel secondo caso però la medicina deve anche preoccuparsi della sostenibilità economica del sistema; definirne i limiti diventa un'operazione importante.

Entra in campo allora la medicina di iniziativa. Non più rispondere alle richieste del paziente (*medicus non accedat*), né cogliere, quando chiama, l'opportunità per ampliare alla prevenzione l'intento curativo, ma creare un sistema assistenziale in cui il medico prenda l'iniziativa di chiamare il cittadino per fare opera di prevenzione e promozione della salute. Oppure, se il cittadino è un paziente cronico, per fare opera di sorveglianza della malattia onde evitare gravi e costose riacutizzazioni. Tutto bene; ma torniamo al cittadino sano che vive sereno la sua vita. Non è che la medicina rende problematico il normale,

che inventi un nuovo morbo, il rischio di essere a rischio? Difficile trovare il punto di equilibrio tra la volontà di far del bene e l'intrusione nella libertà del singolo.

È ovvia l'importanza della medicina d'iniziativa come sorveglianza e prevenzione delle patologie croniche. La lotta ai rischi primari, invece, ha più ampi confini. Riparare le strade per evitare fratture ad anziani fragili è sicuramente bene, anche promuovere la cessazione del fumo, non pagare le cure delle malattie dei fumatori è assai discutibile, meglio tassare il gioco d'azzardo, meglio ancora impedirlo. I medici sempre, nella loro storia millenaria, hanno consigliato adeguati regimi di vita salutisti, volti a mantenere il benessere. La sostenibilità economica del servizio è solo un motivo in più. Se divenisse l'unica ragione della medicina d'iniziativa sarebbe come dire che la sanità ci vuole o sani o morti, essere malati costa troppo.

La medicina di iniziativa non rappresenta niente di nuovo, anche se la sanità oggi la vuol sistematizzare. Promuovere la salute non deve diventare (né lo potrebbe) l'obbligo di essere sani. Meglio, quindi, non chiamare “medicina d'iniziativa” tutti gli interventi preventivi, ma riservare il termine alla sorveglianza dei pazienti cronici, definendo “promozione della salute” gli interventi sulla parte basale della piramide della popolazione. La medicina ha limiti fin troppo ampi se deve, nello stesso tempo, curare usando

i mezzi e gli strumenti della tecnologia disponibili, che consentono risultati incredibili, quelli che i pazienti apprezzano maggiormente, e, inoltre, prendersi cura dei pazienti, cioè garantire quel rapporto umano che sostanzia l'arte del terapeuta.

La medicina è essenzialmente clinica, cioè volta ad aiutare umanamente il malato e a curarlo con competenza e sapienza. Mai dimenticando l'antico *regimen sanitatis*, anzi enfatizzandolo, ma non aspettandosi palinogenesi che verranno forse più da un uso saggio della scienza moderna. Fare meno in medicina è quasi sempre fare meglio. **TM**



Ricadute economiche dell'appropriatezza prescrittiva della terapia antiretrovirale



Michele Trezzi, Medico-Borsista c/o l'U.O. Malattie Infettive dell'Osp. del Ceppo di Pistoia, è anche Consultant Infettivologo c/o l'Osp. S.S. Cosma e Damiano di Pescia; diploma di Medicina Generale, di Medicina Tropicale e Cooperazione Internazionale; co-autore di circa 100 pubblicazioni in particolare sul tema di HIV e coinfezioni con virus epatitici.

Nel contesto dell'attuale crisi economica, anche il medico-clinico si è convinto della necessità inderogabile di una *spending review* sull'utilizzo dei farmaci. Lo specialista in malattie infettive è chiamato a rispondere della spesa inerente gli antimicrobici ed in particolare dei farmaci antiretrovirali che costituiscono, a livello di strutture pubbliche, la seconda voce di spesa, in incremento dal 2010 al 2011, dopo gli anti-neoplastici e immunomodulatori.

L'obiettivo primario della nostra analisi è stato perciò quello di monitorare l'appropriatezza prescrittiva della terapia antiretrovirale (TARV) nel paziente HIV positivo in funzione della ricaduta economica delle opzioni adottate. Tale indagine è stata anche occasione per approntare e aggiornare un database informatico in grado di fornire, in tempo reale, dati utili a tale monitoraggio, oltre che fondamentali per un management clinico, medico ed infermieristico di elevata qualità.

Abbiamo analizzato un campione di 226 pazienti, di cui 176 M (77,9%) e 50 F (22,1%), con età media di 40,6 anni (D.S. 12,2, Range 18,6 - 79,1) che hanno avuto accesso a due U.O. di Malattie Infettive della Toscana (Centro A e Centro B), tra il 2008, anno di introduzione dei nuovi farmaci antiretrovirali ad alto costo, ed il primo semestre 2012. Di questi solo il 6,7% (15 pz) è risultato completamente non valutabile per assenza di dati clinici. Nello studio abbiamo incluso solo quei pazienti per i quali vi era la responsabilità prescrittiva del Centro. In tale ottica abbiamo escluso tutti i soggetti appartenenti ad Expanded Access Program o trial clinici sponsorizzati, per i quali la terapia era stata fornita gratuitamente dalle Industrie Farmaceutiche. L'unità di analisi è costituita dal Regime terapeutico adottato.

All'ingresso i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: Naive, soggetti che non avevano mai assunto la terapia antiretrovirale (154 pz, 68,1 %

ed Experienced, soggetti che l'avevano già assunta (57 pz, 25,2%). Di questi pazienti sono state analizzate 252 scelte terapeutiche - vedi Tabella 1 - individuando due sottogruppi: nel primo denominato "Naive-1L" (138 scelte, 54,76%), abbiamo valutato l'appropriatezza della permanenza in assenza di trattamento (26; 18,84%) e dell'avvio di una prima linea (112; 81,16%); nel secondo (114 scelte, 45,24%), denominato "Experienced-2L", selezionando chi aveva iniziato già un primo trattamento all'ingresso o successivamente, abbiamo valutato l'appropriatezza di chi passava ad una seconda linea (66; 57,9%), di chi manteneva il primo regime (45; 39,47%) o di chi sospendeva la terapia (3; 2,63%).

MICHELE TREZZI¹, PAOLO GIANNELLI²,
MARIA BENVENUTI¹, FRANCESCO ESPERTI¹,
CLAUDIO FABBRI¹, MARINA GIORGI¹,
BEATRICE MENICHINI¹, DANIELA MESSERI¹,
ANGELA VIVARELLI¹, CORRADO CATALANI³

¹ U.O. Malattie Infettive

² Responsabile f.f. U.O. Farmacia Ospedaliera

³ Responsabile f.f. U.O. Malattie Infettive - Ospedale del "Ceppo" di Pistoia.

Tabella 1 - Numerosità dei regimi analizzati in 2 Sottogruppi differenti in entrambi i Centri.

	Centro A	Centro B	A+B
Naive -1L	52	86	138 [54,76%]
Experienced-2L	48	66	114 [45,24%]
Regimi Totali	100	152	252

Abbiamo quindi valutato l'appropriatezza delle opzioni intraprese seguendo forza della raccomandazione e livelli di evidenza scientifica indicati da linee guida internazionali e nazionali, incrociando la data di pubblicazione di queste con la data di prescrizione delle scelte terapeutiche effettuate. Sono stati individuati due possibili scenari: uno "più restrittivo" (1° Scenario), in cui sono stati adottati criteri con forza di raccomandazione ed evidenza massimi, cioè A1, ed uno "meno restrittivo" (2° Scenario), utilizzando anche criteri A2, B1 o B2.

Abbiamo quindi calcolato per entrambi i Centri, entrambi sottogruppi, ed entrambi gli scenari, il costo corrente mensile medio pro-regime della terapia appropriata e non appropriata; ne ab-

biamo calcolato lo scarto e moltiplicato per il numero di pazienti appartenenti ai gruppi nei quali erano state adottate scelte non appropriate. È stato così ottenuto un differenziale di spesa mensile tra costo dell'opzione del regime appropriato e non appropriato, sulla base del quale è stata calcolata la proiezione del differenziale di spesa annuo (Tabella 2), ed infine il differenziale di spesa annuo pro-regime (Tabella 3).

Va segnalato che il costo dei farmaci è stato rilevato dal listino prezzi del Magazzino Farmaceutico Centralizzato dell'Area Vasta Centro della Regione Toscana, senza considerare il cosiddetto extra sconto applicato dalle Aziende Farmaceutiche.

Nella Tabella 2 sono stati indicati con il segno + le eccedenze e con il segno - i difetti di spesa generati dalle scelte non appropriate. Da questa si evince come, applicando le scelte appropriate, si sarebbe potuto ottenere un risparmio annuo com-

pletivo da un minimo di 67.650,46 € fino ad un massimo di 288.741,19 €.

L'analisi condotta consente di stabilire quali sono le opzioni terapeutiche che comportano i maggiori costi impropri, a quale sottogruppo corrispondono e le potenziali differenze tra diverse realtà prescrittive, potendo così rappresentare un utile elemento di monitoraggio della qualità della spesa nelle terapie antiretrovirali. La metodologia qui descritta può rappresentare quindi un possibile approccio per il governo della spesa degli antiretrovirali e più in generale di altre classi di farmaci antimicrobici.

Bibliografia:

Per le voci bibliografiche e per qualunque commento, volto ad arricchire reciprocamente la tematica proposta, non esitate a scrivere a: mitrezz@vodafone.it.

TM

Tabella 2 - Proiezione del differenziale di spesa annuo per tutti i regimi analizzati (valori in €).

Sottogruppi	1° SCENARIO			2° SCENARIO		
	Centro A	Centro B	A+B	Centro A	Centro B	A+B
Naive (1L)	+89.684,08	+287.972,07	+377.656,15	+30.117,29	+130.867,08	+160.984,37
Experienced (2L)	-53.276,30	-35.638,67	-88.914,97	-53.273,23	-40.060,68	-93.333,91
Totale	+36.407,79	+252.333,40	+288.741,19	-23.155,94	+90.806,40	+67.650,46

Tabella 3 - Proiezione del differenziale di spesa annuo pro-regime (valori in €).

Sottogruppi	1° SCENARIO		2° SCENARIO	
	Centro A	Centro B	Centro A	Centro B
Naive (1L)	+1.724,69	+3.348,51	+579,18	+1.521,71
Experienced (2L)	-1.109,92	-539,98	-1.109,86	-606,98

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

Una corretta informazione sull'ascolto della musica con il lettore MP3

Per rendere consapevoli le scelte



Elettra Pellegrino, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo, attualmente specializzanda in Igiene e Medicina Preventiva è al 4° anno presso l'Università degli Studi di Firenze.

Negli ultimi anni con l'evoluzione della tecnologia ha preso sempre più campo l'uso di lettori MP3 per l'ascolto della musica e sono crescenti le preoccupazioni in merito al rischio uditivo ed extrauditivo derivante dall'uso di questi apparecchi, soprattutto a danno di adolescenti e bambini (vedi articolo "Musica per le tue orecchie" pubblicato sul n. 7 del 2009).

Il presente studio è volto ad indagare, in una popolazione scolastica, abitudini, comportamenti a rischio, comparsa di disturbi uditivi e bisogni informativi relativamente all'ascolto della musica con lettore MP3 e in discoteca, su cui basare successivi interventi ed iniziative di educazione alla salute.

L'indagine è stata condotta nell'anno scolastico 2009-2010 presso un Istituto Statale di Istruzione Superiore di Scandicci (FI) con 4 indirizzi di studio (Scientifico, Classico, Geometri, Ragionieri) somministrando un questionario anonimo auto-compilato agli studenti. Sono stati raccolti 1276 questionari compilati da ragazzi (57,4% maschi) di età compresa fra i 14 ed i 19 anni, prevalentemente italiani (93%).

L'88,2% del campione dichiara di ascoltare abitualmente musica con il lettore MP3. Tra chi utilizza tale dispositivo, il 34,1% ascolta musica per 1-3 ore/giorno e il 4,4% più di 3 ore, il 13% non fa pause durante l'ascolto.

Il 91,6% dichiara di utilizzare il lettore a volume medio-alto o massimo; chi regola il volume alto lo fa prevalentemente per piacere, per coprire i rumori di fondo e per abitudine mentre chi

regola il volume basso lo fa essenzialmente per evitare fastidi, per piacere e per abitudine (Grafico 1).

Il 53,5% dichiara di aumentare qualche volta il volume dopo un primo periodo di ascolto, il 13,9% di farlo spesso e il 7,2% sempre. L'86,2% non utilizza il limitatore di volume.

Il 30% utilizza auricolari interni che, a parità di regolazione del volume, incrementano il livello di pressione sonora, di 7-9 dB (A) rispetto agli auricolari esterni (gli auricolari interni sono inseriti direttamente nel canale auricolare, isolando completamente dal rumore ambientale).

Il lettore MP3 viene utilizzato prevalentemente durante gli spostamenti (87,4%) ed a casa (61,9%); il 44,6% lo usa anche mentre guida (fra questi, il 37,8% al massimo volume).

Chi ascolta musica con l'MP3 lo fa principalmente per rilassarsi (77,4%), per trovare la carica (50,5%), per svagarsi (48,1%), evadere (32,5%), concentrarsi (16%) o trovare compagnia (12,4%).

Il 21,2% ha presentato disturbi dopo l'uso prolungato e/o ad alto volume del lettore MP3, soprattutto ronzii e orecchie ovattate; l'1,2% ha effettuato visite specialistiche per questi disturbi.

Il 71,3% di chi utilizza l'MP3 e il 79,5% di chi non lo utilizza afferma di conoscere i rischi legati all'ascolto della musica ad alto volume; le fonti informative principali sono i mass media e la famiglia mentre la scuola ed il personale sanitario rivestono un ruolo secondario.

ELETTRA PELLEGRINO¹, CARLA BUONAMICI²,
GUENDALINA ALLODI¹, CHIARA LORINI³,
GUGLIELMO BONACCORSI³,
GIORGIO GAROFALO²

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

² Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze

³ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze

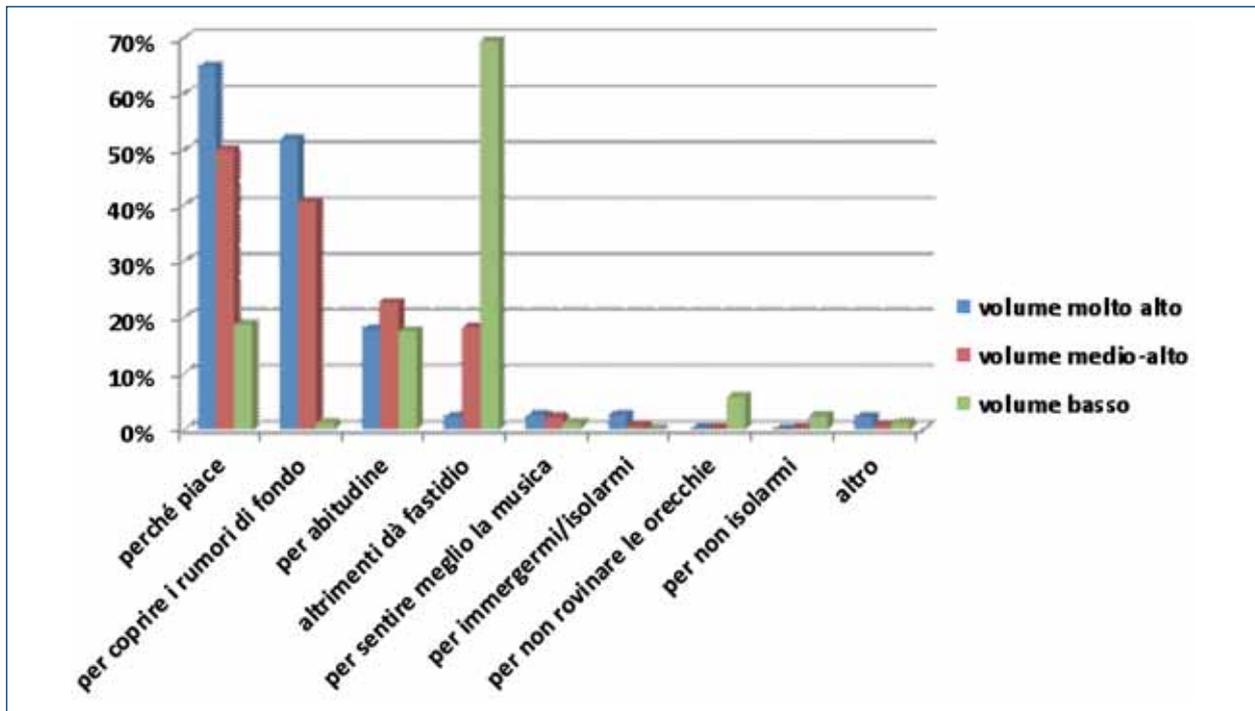


Grafico 1 - Motivazione di ascolto della musica ad un volume molto alto, medio-alto e basso fra coloro che utilizzano il lettore MP3.

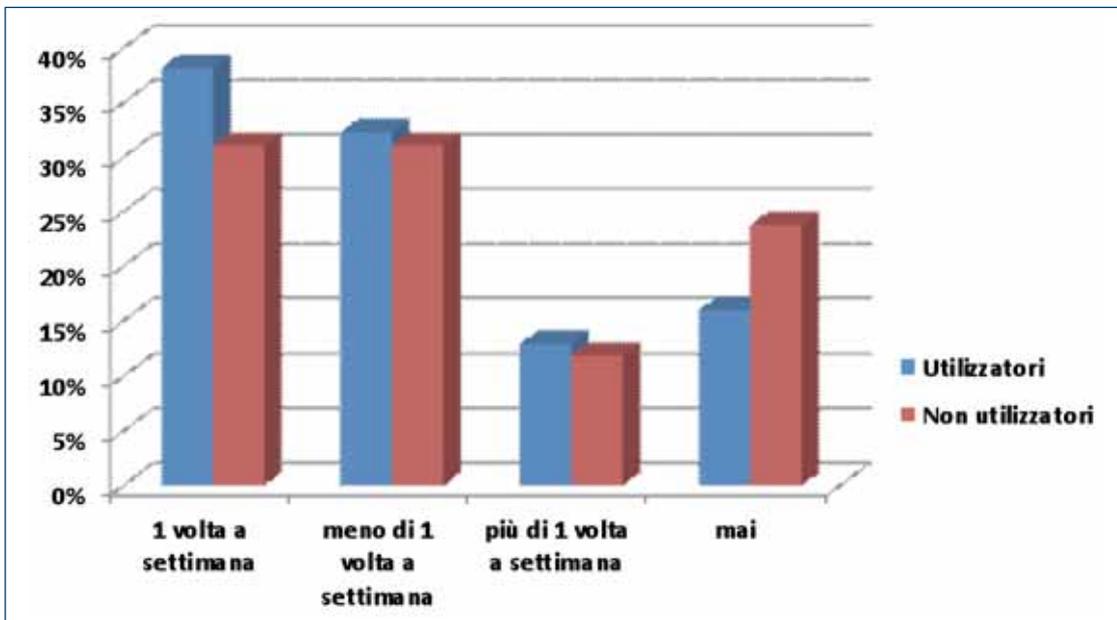


Grafico 2 - Percentuali di utilizzatori e non di lettore MP3 che frequentano discoteche, locali e pub dove la musica viene ascoltata ad alto volume.

L'83% dell'intero campione frequenta discoteche, locali e pub, prevalentemente 1 volta alla settimana, con alcune differenze fra utilizzatori di MP3 e non utilizzatori (Grafico 2): fra questi ultimi sono prevalenti i ragazzi che non frequentano mai discoteche o altri locali per musica (23,8% contro 16% fra gli utilizzatori di MP3). Nel complesso, il 74% dell'intero campione ha un'esposizione combinata ad MP3 e discoteca.

I risultati emersi, pur con i limiti costituiti dall'aver incluso solamente un istituto scolastico e dalla attendibilità delle dichiarazioni, sembrano confermare l'allarme lanciato dallo studio della Commissione Europea circa il frequente utilizzo del lettore MP3. I risultati in termini di tempi e volume di esposizione risultano in linea, almeno in parte, con quelli di studi analoghi che talvolta utilizzano differenti criteri di valutazione.

L'aumento di volume dopo un primo periodo di ascolto (74,6% dei casi) potrebbe essere motivato dall'innalzamento temporaneo della soglia uditiva, mentre l'abbassamento (60,7% dei casi) potrebbe essere imputato a fastidio e ipersensibilità.

L'abitudine ad utilizzare il lettore MP3 fuori casa, particolarmente durante gli spostamenti, può senz'altro essere un fattore che spiega l'alto volume di ascolto; nella nostra indagine risulta infatti che il 46,3% dei ragazzi che ascolta la musica ad alto volume lo fa per coprire i rumori di fondo.

L'informazione sui rischi correlati all'ascolto della musica ad alto volume sembra essere piuttosto diffusa: il 72,3% dell'intero campione dichiara di aver ricevuto informazioni, particolarmente attraverso i mass media (tv, giornali, internet). Non si rileva corrispondenza fra quanto dichiarato e l'adozione di comportamenti protettivi, il che potrebbe indicare sia una distorta o errata informazione, sia la mancanza di consapevolezza del rischio (informazione non interiorizzata) e il fatto che la conoscenza dei rischi sia più frequente fra i non utilizzatori di MP3 (79,5%) che fra gli utilizzatori (71,3%) potrebbe essere in parte la motivazione della scelta di non utilizzare.

Nella nostra indagine, quasi la metà dei ragazzi dichiara di utilizzare l'MP3 mentre guida e fra questi il 37,8% imposta il volume al massimo. Questo dato è molto allarmante in quanto la sicurezza alla guida, in particolare sulle due ruote (solo il 17,6% del campione ha più di 18 anni), può essere notevolmente compromessa da tale comportamento, aggravato dall'isolamento acustico determinato dal casco.

La comparsa di disturbi uditivi appare in stretto rapporto con il volume di ascolto della musica: vengono infatti dichiarati disturbi da chi utilizza il lettore MP3 al massimo volume e da chi frequenta le discoteche, dove i livelli di pressione sonora superano anche 100 dB(A).

Questi dati sono in accordo con i risultati di altri studi condotti su adolescenti. Inoltre, la per-

centuale di chi riferisce disturbi uditivi da discoteca è maggiore per gli utilizzatori di MP3 (50,5%) piuttosto che per i non utilizzatori (47,2%).

Questa differenza potrebbe essere interpretata come effetto di un'esposizione combinata alla musica ad alto volume che può provocare effetti cumulativi in termini di danni all'udito.

La bassa percentuale del ricorso a visita medica sia in caso di disturbi da MP3 (1,2%) che da discoteca (2,2%) depone per il fatto che nella maggior parte dei casi si tratterebbe di sintomi transitori. Vari studi comunque riportano che è in crescita il numero di adolescenti e giovani che riferiscono sintomi indicativi di una riduzione dell'udito, come distorsione del suono, tinnito, iperacusia, aumento della soglia uditiva.

Dai risultati emerge la necessità di progettare ed attuare interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione dei danni conseguenti all'ascolto della musica ad alto volume.

La prevenzione dei danni uditivi indotti dall'ascolto della musica ad alto volume si basa principalmente sulla predisposizione di interventi informativi ed educativi diretti ai ragazzi e ai giovani, con la finalità di promuovere l'adozione di comportamenti protettivi, oltre che su norme, direttive, regolamenti che garantiscano la rispondenza ai requisiti di sicurezza degli apparecchi e dei dispositivi, ed il rispetto dei limiti acustici nei locali musicali.

Una corretta informazione può essere veicolata da vari soggetti, per le rispettive competenze e con proprie strategie, purché siano adottati messaggi chiari, concreti ed univoci; a tale scopo possono essere coinvolti la scuola, la famiglia, i mass media, i medici, le ditte produttrici di MP3 ed auricolari, le istituzioni, ma anche gli adolescenti stessi (progetti di *peer education*) ed i testimonial (es. musicisti pop-rock, DJs).

Bibliografia

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

TM

Mamilavi

PURIFICAZIONE INTERNO AUTO

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

Mamilavi, Via Luigi Michelazzi 15 Firenze, tel. 055.5276309

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



Marzia Guarnieri, Spec. in Clinica Pediatrica e in Neurofisiopatologia. Pediatra di famiglia ASL 10 Calenzano. Referente reg.le Toscana Malattie Rare per la Pediatria di famiglia; membro della Commissione reg.le Toscana per la formulazione delle Linee Guida sull'Epilessia.

Quando i rituali ossessivi diventano disturbi ossessivo-compulsivi

I sintomi ossessivi si presentano come pensieri, idee, impulsi, immagini persistenti, ricorrenti, intrusivi e inappropriati che procurano ansia; i sintomi compulsivi sono comportamenti, ripetitivi o ritualistici o atti mentali che riducono o prevengono l'ansia in risposta a pensieri ossessivi.

Gli atti ossessivi quali l'intromissione di pensieri non desiderati, l'insistenza di parole o di idee o la successione dei pensieri sono avvertiti dal soggetto come senza senso. Il sintomo compulsivo è prevalente soggettivo a cui bisogna resistere a compiere qualche azione o a fissarsi su un'idea o rimuginare un elemento astratto o ricordare un'esperienza; possono assumere un carattere quasi rituale destinato ad alleviare l'ansia come ad esempio lavarsi le mani per combattere le contaminazioni. Si ha perdita della capacità di libera scelta, parassitismo parziale, automazione o contraddizione permanente, restringimento delle disponibilità con sollievo transitorio ma minimo perché il suo evolvere è la ripetizione.

L'incidenza dei disturbi ossessivo-compulsivi in età pediatrica è di circa 1-4 %, ma forme più sfumate possono essere più frequenti. La società di oggi concorre al manifestarsi di sintomi ossessivi in quanto non permette al bambino e all'adolescente di elaborare i propri disagi.

Esistono due picchi di età di esordio:

- uno durante l'età prepuberale e
- l'altro nell'adolescenza.

È più frequente nei maschi, nei quali presenta una più precoce età di insorgenza; l'80% dei disturbi ossessivo-compulsivi dell'adulto iniziano durante l'infanzia e l'adolescenza. La predisposizione genetica ha una frequenza del 45-65% e con insorgenza di sintomi in età più precoce.

Un insieme di fattori concorrono al manifestarsi dei sintomi ossessivo-compulsivi, quali fattori

neurobiologici, genetici e ambientali. Sembra implicata un'alterazione del circuito cortico-striato-talamico.

Da alcuni studi è emerso:

- una riduzione del *corpo striato*, correlata inversamente ai sintomi ossessivo-compulsivi;
- una riduzione del *globus pallidus*;
- un aumento del volume del *talamo*, le cui dimensioni diminuiscono con l'uso della terapia con inibitori del reuptake della serotonina.

Un aumento del *corpo calloso* correla con i sintomi ossessivo-compulsivi ma non con la durata di malattia.

I neurotrasmettitori implicati nei disturbi ossessivo-compulsivi non sono solo la *serotonina* ma anche la *dopamina* a livello del nucleo caudato e del putamen e il *glutammato* a livello della zona anteriore del giro cingolato.

Le ossessioni infantili prendono spesso l'aspetto di fobie e sono considerate come paure logiche; è spesso difficile affermare che certi rituali del bambino siano patologici, più spesso sono transitori in rapporto a componenti educative. In studi osservazionali su bambini di 12 anni, l'età media

MARZIA GUARNIERI*, GIULIA CARDELLICCHIO°, CHIARA CIAMPIS§

* *Pediatra di famiglia, ASL 10, Firenze*

° *Medico Chirurgo, Firenze*

§ *Neuropsichiatra Infantile, Pediatra, Firenze*

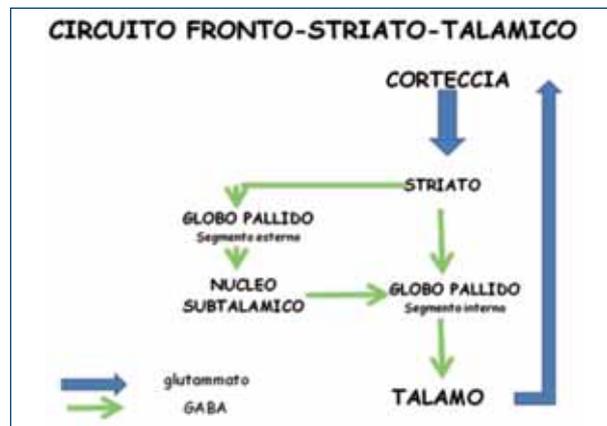


Figura 1 - Circuito Fronto-Striato-Talamico.

di inizio di sintomi ossessivi è 7 anni e mezzo (non possono essere percepiti al di sotto di un certo livello di maturità mentale).

La *ritualizzazione* può essere formativa e la sua assenza denotare talvolta un'anomalia evolutiva.

Una ritualizzazione compulsiva è inerente lo sviluppo normale del bambino; per esempio anche lo sviluppo dell'intelligenza si struttura attraverso reazioni ripetitive come la "reazione circolare" di Piaget. Anche l'apprendimento della pulizia e dell'alimentazione ha i suoi rituali; a queste abitudini sociali spesso il bambino oppone rituali che gli sono propri sia di accettazione e di sottomissione che di contrapposizione. Da un'età precoce compaiono anche rituali di addormentamento e quando i genitori sono tolleranti questi rituali non sono di lunga durata; di fronte all'intolleranza dei genitori, i bambini reagiscono generalmente con esigenze sempre maggiori che nascondono paura e angoscia più evidenti se i genitori si mostrano aggressivi verso le paure dei bambini. Anche l'atteggiamento inverso di compiacimento verso queste piccole manie, non rifiutando niente al bambino, rischia ugualmente di fissarli.

Nel periodo di latenza, quando le richieste e le pressioni dell'ambiente sono incumbenti per l'io del bambino, si possono comunemente ritrovare comportamenti compulsivi quali: la mania di lavarsi le mani, i rituali del dormire, l'attività di riordinare, di enumerare, memorizzare, il bisogno di toccare gli oggetti o di trattenersi dal toccarli, la ripetizione di un compito richiesto, il bisogno di controllo.

Tratti di personalità ossessive che predispongono allo strutturarsi di nevrosi ossessive possono essere: indecisioni con ipercontrollo, meticolosità nelle azioni, perfezionismo, mancanza di libertà nell'espressione verbale con scelta precisa della parola, comportamento da piccolo adulto, grafia

meticolosa, "quadri di interesse circoscritto" con fissazioni in un determinato settore con un uso del pensiero diretto verso problemi astratti che permettono di eliminare fantasie pericolose.

Durante la pubertà e l'adolescenza compaiono le ossessioni ideative caratterizzate da ruminazioni, lotta contro il sintomo, coscienza del disturbo, rituali di prevenzione su una base depressiva della personalità.

Bambini che hanno avuto esperienze traumatiche gravi cercano di superarne le conseguenze con una forma di padronanza attraverso la ripetizione di ciò che hanno vissuto.

Manifestazioni ossessive possono essere il risultato della lotta dell'io per dominare e regolamentare le angosce fobiche.

Il bambino in cui il narcisismo sia costantemente minacciato fa ricorso a comportamenti ossessivo-compulsivi nel tentativo di regolarizzare la propria autostima sul modello magico.

Una bassa tolleranza allo stress fa aumentare nei soggetti ansiosi la mania di accumulare e la presenza di disturbi da accumulo è associata a persistenza dei disturbi ossessivo-compulsivi da adulto.

Il nucleo ossessivo è il risultato di una regressione delle strutture della libido con punti di fissazione pregenitale ed emergenza di impulsi, desideri e fantasmi sessuali aggressivi con angoscia e colpevolezza che mobilitano reazioni di difesa da parte dell'Io sotto l'influenza del Super Io.

L'ossessivo usa difese quali l'isolamento, l'annullamento, la formazione reattiva, l'intellettualizzazione e la razionalizzazione; rispetto al fobico in cui l'angoscia è rimossa e deprimente, l'ossessivo la tiene a distanza anche se è sempre pressante.

La fobia sociale e l'ansia generalizzata sono frequentemente associate con i disturbi ossessivo-compulsivi; la depressione bipolare frequente-



Figure 2 - Disegno di bambini prepuberi con sintomi ossessivi.

mente si manifesta in soggetti già diagnosticati con disturbi ossessivo-compulsivi. La presenza di tics con disturbi ossessivo-compulsivi lievi è un fattore prognostico favorevole all'autolimitazione dei sintomi nel bambino mentre nell'adulto denota persistenza.

Alcuni bambini presentano sintomi che somigliano, durante la fase anale dello sviluppo progressivo, alle nevrosi ossessive ma che non sono la conseguenza di una regressione, quanto più in certa misura un'esagerazione dei modi normali di funzionamento caratteristici di quella fase. Altri con sintomi ossessivi quali la compulsione al lavaggio delle mani che somigliano ai sintomi degli ossessivi adulti, sono destinati a sviluppare più tardi non una nevrosi ossessiva adulta ma stati schizoidi o schizofrenici.

Se l'investimento libidico nella fase sadico-

anale è stato esagerato, nel corso della vita dopo alcune esperienze minacciose a livello fallico, in fase di regressione, le difese si possono organizzare in una patologia ossessiva vera e durevole.

Quindi, concludendo:

- i sintomi ossessivo-compulsivi possono essere manifestazioni di adattamenti progressivi di crescita se la loro durata è temporanea;
- è importante l'atteggiamento dei genitori che non deve essere né troppo compiacente assecondando i sintomi né troppo rigido nel biasimarli;
- già dall'inizio possono comparire segni di comorbidità sia in senso depressivo che in disturbi di personalità;
- è importante il coinvolgimento del pediatra di famiglia che consigli ai genitori dei cambiamenti ambientali e comportamentali.

TM



Federico Mecacci, spec. in ginecologia-ostetricia ed immunologia clinica, Resp. intra-SOD della patologia ostetrica c/o il C.R.R. di Gravidanze ad alto rischio, Med. Prenatale dell'AOU Careggi. Ha conseguito una formazione specifica nel management delle gravidanze ad alto rischio presso la New York University e presso la Yale University New Haven, USA

Il diabete gestazionale è un fattore di rischio nella popolazione cinese?

La Toscana è una delle regioni italiane a maggior tasso di immigrazione: al 1 gennaio 2011 si contavano 364.152 soggetti (9,7% della popolazione residente), di cui 21,2% rumeni, 18,8% albanesi e 8,7% cinesi.

Sebbene a livello regionale non detengano il primato, nella provincia di Prato e Firenze gli stranieri

di origine cinese costituiscono la più grande fetta di popolazione immigrata (17,5%) e il 48,4% di questi sono donne.

La gravidanza è uno dei principali motivi per cui la donna immigrata si rivolge ai servizi socio-sanitari locali.

Tuttavia, i dati dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana dimostrano che spesso il primo accesso avviene con ritardo rispetto alle indicazioni dell'OMS e/o solo in caso di estrema necessità o complicanze, condizionando un maggior numero di ricoveri ospedalieri.

Per venire incontro alle esigenze socio-cultu-

rali di questa ingente parte di popolazione, sul territorio di Firenze sono stati istituiti alcuni consultori dedicati, che garantiscono l'assistenza medica adeguata unitamente alla presenza di un mediatore culturale.

La letteratura segnala una maggiore frequenza di dismetabolismo glucidico nella popolazione di origine cinese. Pertanto, avendo raggiunto numerosità tale da consentire un'analisi statistica, abbiamo ritenuto opportuno confrontare l'*outcome* materno-fetale di queste gestanti con quello di gestanti italiane con analoghe problematiche, per verificare se, nella nostra esperienza, le differenze socio-culturali, etniche, antropometriche e le barriere linguistiche abbiano condizionato un diverso outcome perinatale.

FEDERICO MECACCI*, SARA BIAGIONI*,
CAMILLA NARDINI*, SERENA OTTANELLI*,
XIAOWEI LIN*, GIORGIO MELLO*

*Centro di Riferimento Regionale - Gravidanze ad Alto Rischio, SOD Medicina Prenatale, AOU Careggi

METODI

Sono stati raccolti i dati di 577 gravidanze di donne cinesi seguite nel corso della gravidanza presso due ambulatori consultoriali (263 San Donnino; 105 Le Piagge) o presso il Centro di Riferimento Regionale-Gravidanze ad Alto Rischio

(209 SOD Medicina Prenatale, Careggi).

Le gestanti sono state suddivise, in base ai risultati dello *screening* per diabete gestazionale (GDM) in 2 steps -minicurva (GCT) e curva da carico da 100g di glucosio (OGTT)- in:

- NEGATIVE (420), assenza di alterazioni glicometaboliche
- GDM (54), diagnosticato secondo i criteri di Carpenter e Coustan
- IGT (103), GCT positivo e OGTT negativa o con un solo valore alterato.

Abbiamo limitato l'indagine al periodo 2006-2011, in cui venivano applicati i criteri di Carpenter e Coustan e non gli attuali criteri di diagnosi per GDM (OGTT da 75 g di glucosio).

Il gruppo GDM è stato poi confrontato con un gruppo di 230 gestanti italiane con GDM, afferite alla SOD di Medicina Prenatale negli anni 2008-2009, al fine di evidenziare eventuali differenze in termini di: a) grado di compenso metabolico raggiunto, b) *outcome* gestazionale e neonatale.

Per ogni paziente sono state studiate le principali variabili demografiche, le caratteristiche metaboliche, l'*outcome* perinatale.

Risultati

Si sono evidenziate profonde differenze demografiche tra le gestanti italiane e quelle cinesi, che risultano essere più giovani, con maggiore parità e un più basso livello di istruzione (il 68,7% ha la sola licenza di scuola media); meno del 40% ha una conoscenza media della lingua italiana, nonostante risiedano nel nostro paese mediamente da 5 anni; riferiscono una minore familiarità per dismetabolismo glucidico, probabilmente in parte legata a una scarsa conoscenza delle condizioni di salute dei familiari.

L'incidenza di GDM nella popolazione cinese studiata è del 9.3% (54/577), mentre l'incidenza di IGT del 17.8% (103/577).

Il peso pregravidico, così come il BMI, è mediamente più elevato tra le italiane GDM rispetto alle cinesi GDM ($p<0,01$ e $p<0,05$), tuttavia le italiane GDM, attraverso una maggiore aderenza alla dieta prescritta, ottengono un minore aumento ponderale (8,7 Kg vs 18,4 Kg).

Nonostante il minore BMI iniziale, le gestanti cinesi GDM, rispetto alle italiane, presentano una glicemia basale più elevata ai test di *screening* ($p<0,05$) e diagnosi ($p<0,01$), segno indiretto di una maggiore insulino-resistenza tipica dell'etnia asiatica; mostrano inoltre un minor calo glicemico a 180' dopo OGTT.

Tutte le gestanti con GDM afferite presso la nostra SOD, hanno seguito una terapia nutrizionale con apporto calorico equilibrato in relazione al BMI e quotidiani profili glicemici capillari. Alla terapia nutrizionale era stata aggiunta la terapia insulinica nei casi in cui il 50% dei valori glicemici ottenuti risultasse superiore ai *cut-off* prefissati (a digiuno ≤ 90 mg/dL, a 1 ora dal pasto

≤ 120 mg/dL).

A fronte delle suddette differenze antropometriche e metaboliche, l'esito della gravidanza delle pazienti cinesi con GDM non differisce da quello delle gestanti italiane con GDM.

Non si osservano differenze nell'epoca gestazionale al parto, peso medio neonatale alla nascita, ponderal index (PI) e/o incidenza di macrosomia o $PI >90^\circ$ centile.

Si rileva soltanto una maggiore incidenza di ipoglicemia neonatale (21.9% vs 8.7% $p<0,01$) e di taglio cesareo in travaglio (65,5% vs 8,3%: $p<0,05$) tra le italiane GDM, malgrado l'elevato numero di pregressi tagli cesarei tra le cinesi GDM (91,7% vs 21,4%: $p<0,01$): sebbene quest'ultimo risultato sia di difficile interpretazione, è da ipotizzare che l'atteggiamento mentale di queste pazienti, con una maggiore disponibilità a sopportare il travaglio, abbia contribuito non poco.

CONCLUSIONI

La mancanza di differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di *outcome* globale è verosimilmente attribuibile a tre capisaldi dell'assistenza Toscana:

1) la presenza di un'Organizzazione Sanitaria Territoriale che prevedeva in quel periodo, la standardizzazione dell'assistenza a livello consultoriale, con un programma di indagini, compresa l'esecuzione universale dello *screening* per GDM, fiore all'occhiello dell'assistenza sanitaria della Regione Toscana;

2) la qualità dell'assistenza erogata dal personale medico ed ostetrico nelle strutture di secondo e terzo livello assistenziale;

3) la presenza sul territorio di consultori dedicati, che coniugano assistenza medica adeguata alla presenza di un mediatore culturale.

Questa figura professionale merita una nota particolare, poiché la sua presenza è di fondamentale importanza nel consentire all'*équipe* assistenziale di interagire in maniera più fruttuosa con la paziente. Questa "mediazione/interazione" consente di stabilire tra operatore sanitario e gestante un rapporto più umano, capace di stimolare nella paziente una maggiore consapevolezza del problema, che rappresenta la base per un'efficace aderenza al percorso educativo e terapeutico, superando le differenze socio-culturali e le difficoltà di interazione linguistica.

In sintesi, nella nostra esperienza la presenza di GDM nelle gestanti cinesi non rappresenta un fattore di rischio aggiuntivo di *outcome* perinatale avverso quando si ottenga da queste gestanti una buona compliance alla terapia nutrizionale ed eventualmente alla terapia farmacologica.

Bibliografia

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

TM



Gian Matteo Paroli, spec. in Chirurgia Generale c/o l'Università degli Studi di Firenze. Dall'ottobre 2011 è Dirigente medico presso la U.O. Chirurgia Generale dell'Azienda USL 3 Pistoia, Ospedale di Pistoia.

I tumori cistici del pancreas

Inquadramento diagnostico

INTRODUZIONE

Nel gruppo dei tumori cistici del pancreas sono comprese una serie eterogenea di lesioni che vanno dalle semplici pseudocisti (80-90%), ai tumori cistici propriamente detti (10-20%), fino ad arrivare alle cisti di tipo acquisito e congenito.

A queste aggiungiamo alcuni tumori pancreatici con aspetto di tipo cistico assunto in seguito a fenomeni post-necrotici.

Tutte queste lesioni non presentano particolarità dal punto di vista clinico-sintomatologico.

Il comportamento generalmente indolente per quanto riguarda l'aspetto biologico, ci rende facilmente conto di come possa essere difficoltosa una diagnosi differenziale in questo gruppo così variegato di patologie.

Diagnosi differenziale resa ancor più necessaria al fine di poter programmare un trattamento adeguato per lesioni che coprono un arco di possibilità che vanno dalla franca benignità fino alla manifesta malignità.

I tumori cistici del pancreas (CPT) vengono, infatti, classificati secondo il loro potenziale di malignità, che influenza sia la prognosi che la terapia.

Le lesioni di tipo mucinoso (neoplasie cistiche mucinose e tumori pancreatici papillari intraduttali) vengono considerate premaligne o francamente maligne, quelle di tipo non mucinoso (cistoadenoma sieroso e pseudocisti) sono, al contrario, benigne.

Il progresso tecnologico degli ultimi anni ha reso attuabili una serie di procedure di tipo laboratoristico e strumentale per stabilire un percorso diagnostico preciso ed affidabile utile allo scopo di discriminare ogni singola patologia di questo gruppo, selezionando così nella maniera più sicura possibile i pazienti candidati all'intervento chirurgico e quelli che necessitano di controllo periodico.

Ciò alla luce anche del fatto che i CPT mostrano una prognosi migliore ed una percentuale di resezione curativa relativamente più alta rispetto all'adenocarcinoma duttale.

PERCORSO DIAGNOSTICO

A nostro avviso, il protocollo diagnostico-terapeutico prevede una collezione di varie informazioni ricavabili dalle metodiche di diagnostica strumentale considerate a tutt'oggi dalla letteratura internazionale come le più sensibili ed accurate per questo genere di patologia.

Ciò premesso, noi raccomandiamo sempre in primo luogo che il paziente con sospetto di lesione cistica del pancreas, comunque, vada accuratamente indagato dal punto di vista anamnestico ed obiettivo.

Il sesso, l'età, le modalità eventuali d'esordio sintomatologico sono discriminanti importanti, come precedentemente esposto dei singoli

GM. PAROLI, M. FEDI, P. FERRETTI, M. BONTÀ,
A. GORI, S. RICCADONNA, S. GIANNESI

Azienda USL3 Pistoia - Ospedale "del Ceppo"
U.O. Chirurgia Generale - Direttore: Sandro Giannesi

gruppi di patologia.

Tra gli esami strumentali da noi selezionati riteniamo alcuni come l'ecografia addominale standard e la TC come propedeutici a quelli seguenti per due ordini fondamentali di motivi.

Sono questi, infatti, esami che meritano la nostra attenzione se non altro perché molto spesso, soprattutto nei casi asintomatici, la prima diagnosi di sospetto viene posta sulla base dei reperti grazie a loro acquisiti, anche se eseguiti per altra causa.

In secondo luogo deve essere considerato come alcuni autori attribuiscono alla TC spirale una buona affidabilità nella localizzazione topografica specialmente degli IPMN.

Meno affidabile si presenta, invece, la metodica per quanto attiene il coinvolgimento duttale e la diagnosi di neoplasia di tipo invasivo che si basi unicamente sulla descrizione morfologica di "effetto massa", di dilatazione duttale >10 mm, di contenuto duttale con calcificazioni e di localizzazione multifocale.

Per completare le varie possibilità attualmente offerte dalle metodiche di *imaging* radiologico occorre segnalare la RM con stimolo secretinico che è in grado di fornire una migliore definizione morfologica della localizzazione dei CPT, dei loro rapporti col sistema duttale e con le strutture anatomiche limitrofe.

Particolare importanza, a nostro avviso, rivestono nel percorso diagnostico altre procedure di tipo strumentale, prima tra tutte la EUS. L'esame viene condotto mediante sonda ultrasonografica introdotta endoscopicamente attraverso il duodeno (per le lesioni cistiche della testa del pancreas) o lo stomaco (per il corpo-coda).

Questa fornisce informazioni dettagliate circa le caratteristiche della parete come spessore, irregolarità focali, proiezioni papillari e le caratteristiche del contenuto come presenza di setti, qualità del fluido (ecogenicità di tipo mucoso, sieroso, corpuscolato).

Il limite è dato dalla limitata profondità di immagine che riduce l'accuratezza diagnostica nelle lesioni > di 6 cm di diametro. In tal caso la CT, l'ecografia transaddominale e la RM tornano ad essere di nuovo particolarmente utili in questo sottogruppo di pazienti con lesioni più estese. Strettamente collegata con l'EUS, è l'aspirazione con ago sottile (FNA *Fine Needle Aspiration*).

Può essere condotta anche per via ecoguidata percutanea, ma alcuni autori ritengono preferibile che venga condotta mediante EUS al fine di evitare il rischio, seppur teorico, di disseminazione di cellule neoplastiche durante l'esecuzione dell'esame.

Il liquido ottenuto durante la puntura viene inviato per esame citologico, chimico-fisico, per determinazione del CEA e Ca 19,9 e delle amilasi. Controindicazioni della metodica sono il ri-

schio di sanguinamento, l'infezione del contenuto cistico e la pancreatite che complessivamente si presentano con una frequenza fino al 4% dei casi trattati. La sensibilità diagnostica della citologia, risulta diversa da studio a studio e varia tra il 64% ed il 95%.

La specificità, invece, si attesta in maniera pressoché unanime al 100%. Ciò si spiega col fatto che molto spesso le aree d'atipia cellulare non sono uniformemente distribuite su tutta la parete della cisti, bensì il prelievo può cadere su una zona focale non interessata. Da qui consegue l'alto numero di falsi negativi.

Quando alla sola citologia vengono aggiunte le determinazioni degli oncomarkers, delle amilasi e dell'esame chimico del fluido, l'accuratezza diagnostica aumenta all'80-90%.

ESPERIENZA DELL'UNITÀ OPERATIVA

Paziente di sesso femminile di 58 anni, sudamericana, HIV positiva, si presentava alla nostra osservazione con diagnosi di neof ormazione a livello del corpo-coda pancreatico durante ecografia addominale eseguita per sintomatologia "sfumata" in sede epigastrica.

Gli esami ematici mettevano in evidenza un lieve movimento di amilasi e lipasi, emocromo e coagulazione nella norma, così come gli indici di colestasi e i marker oncologici. La paziente è stata sottoposta a TC addome con mezzo di contrasto che segnalava "la presenza di formazione pluri-

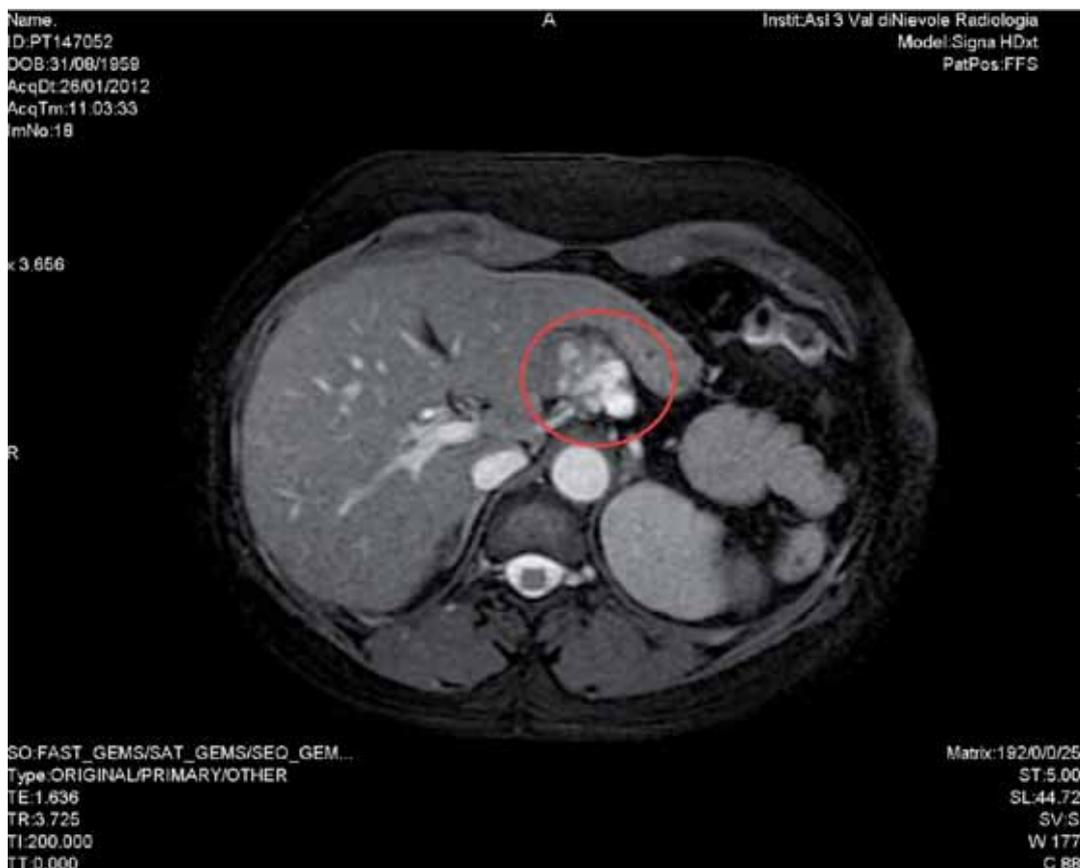


Figura 1
RM addome
- cerchiata la
neoplasia cistica
del pancreas.

concamerata di circa 28 x 21 mm in corrispondenza della coda pancreatica, compatibile con lesione disproduttiva". Per miglior determinazione della lesione, la paziente veniva sottoposta a RM dove "si confermava la presenza della formazione policistica, caratterizzata da pareti di vario spessore e disomogenea captazione del contrasto" (Figura 1). Alla luce di tali reperti la paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico di pancreasectomia corpo-caudale *spleen-preserving* laparoscopica (Figura 2). All'esame istologico definitivo del pezzo operatorio la neoformazione si è rivelata un cistoadenocarcinoma mucinoso della coda pancreatica.

La paziente ha avuto un decorso postoperatorio regolare; ha ripreso ad alimentarsi in IV giornata p.o. e dimessa in VII.

La chirurgia del pancreas ha avuto un considerevole sviluppo presso il nostro Presidio Ospedaliero grazie alle nuove tecniche e competenze acquisite presso l'Unità Operativa negli ultimi due anni: nel 2011 abbiamo effettuato in open 6 duodenocefalopancrea-sectomie, 2 pancreasectomie distali e 2 enucleoresezioni per neoplasia. Dall'inizio dell'anno alla fine di settembre 2012 abbiamo eseguito 9 duodenocefalopancreasectomie, 4 pancreasectomie distali (di cui tre laparoscopiche) per neoplasia e 1 pseudocisto-digiunostomia quale esito di pancreatite acuta cronicizzata.

CONCLUSIONI

I pazienti affetti da lesioni cistiche del pancreas sono molto impegnativi per il clinico dal punto di vista diagnostico. Oggi abbiamo a disposizione una serie molto ampia di dati ed informazioni che ci giungono dalla diagnostica strumentale e di laboratorio, ma non ancora linee guida sicure ed affidabili utili per una diagnosi differenziale tra i singoli tipi di CPT e tra questi e le pseudocisti.

Questo molto spesso disorienta il chirurgo nella formulazione di una corretta diagnosi e, quindi, nella programmazione di un adeguato piano terapeutico. Siamo convinti che partendo dai dati fondamentali ricavati dall'anamnesi, paragonandoli a quelli conosciuti dagli studi epidemiologici e collegando tutto questo a precise caratteristiche morfologiche e biochimiche descritte nei reperti degli esami strumentali, si possa ridurre al minimo la possibilità di confusione diagnostica. Pertanto abbiamo ristretto il campo di tali procedure a quattro gruppi fondamentali: tecniche ultrasonografiche (ecografia transaddominale standard - EUS), CT, RM, FNA con prelievo bioptico + dosaggio delle amilasi, CEA e CA 19.9 intracistici.

Questi, a nostro avviso, sono risultati essere gli esami che in termini di sensibilità, accuratezza diagnostica e specificità i dati della letteratura internazionale ci hanno segnalato come i più affidabili. **TM**



Figura 2 - Campo operatorio alla fine dell'isolamento e della sezione del corpo-coda pancreatico.

BACHECA

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

Consiglio Sanitario Regionale

Impiego terapeutico dei Cannabinoidi

Su richiesta del Consiglio Regionale la Commissione Terapeutica Regionale e il Consiglio Sanitario Regionale nella seduta del 29 gennaio 2013 hanno espresso il parere n. 24/2013 sull'uso dei farmaci derivati dalla cannabis, cioè sulle patologie per le quali il medico ospedaliero può chiedere la procedura semplificata prevista dalla Legge Regionale al fine dell'acquisto, da parte della Asl, dei farmaci cannabinoidi già in commercio in altri paesi. Il documento integrale è scaricabile nella sezione Pareri del sito del CSR al seguente link <http://servizi.salute.toscana.it/csr/>

Con la Legge Regionale 8 maggio 2012, n° 18 la Regione Toscana ha dettato le “Disposizioni organizzative relative all'utilizzo di talune tipologie di farmaci nell'ambito del Servizio sanitario regionale”. All'art. 6 (Attuazione) di detta Legge al comma 1 si recita che “In coerenza con la programmazione in materia sanitaria e sociale di livello regionale, la Giunta regionale emana, con deliberazione, gli indirizzi procedurali ed organizzativi per l'attuazione della presente Legge” ed al comma 4 dello stesso articolo 6, si afferma che “Il Consiglio sanitario regionale può elaborare proposte e pareri sull'utilizzo appropriato dei farmaci cannabinoidi per finalità terapeutiche, anche ai fini della compiuta applicazione in ambito regionale di linee guida statali”.

Considerato che al momento attuale non esistono linee guida statali approvate e condivise, appare utile, ai fini di una piena attuazione della norma in oggetto e di una razionale definizione dei campi e delle modalità di impiego dei farmaci cannabinoidi, provvedere ad un aggiornamento e revisione della più recente letteratura scientifica, valutando il diverso grado di evidenza di efficacia in condizioni cliniche definite e la relativa sicurezza di utilizzo di tali molecole farmacologicamente attive.

In alcuni paesi esistono prodotti a base di cannabinoidi regolarmente registrati e commercializzati (Tabella 1). Negli Stati Uniti ed in Canada sono in commercio due farmaci in compresse, il Dronabinol (Marinol®) ed il Nabilone (Cesamet®) impiegati rispettivamente per il trattamento della nausea da chemioterapia e per l'anoressia nei malati di AIDS il primo ed esclusivamente per nausea e vomito da chemioterapia il secondo; in entrambi i casi l'indicazione prevede che l'impiego come antiemetico può essere intrapreso solo nei casi in cui si sia osservata risposta non adeguata ad altri antiemetici. Dal giugno 1995 è stata approvata in Canada la commercializzazione di un estratto liquido di cannabis i cui ingredienti attivi

sono il dronabinolo ed il cannabidiolo. Tale prodotto col nome commerciale di Sativex, utilizzato per spray sub-linguale, ha l'indicazione del trattamento del dolore neuropatico in corso di sclerosi multipla e per il dolore neoplastico (la medesima specialità registrata in Gran Bretagna ed in corso di registrazione in Italia ha come indicazione “miglioramento dei sintomi correlati alla spasticità in pazienti affetti da sclerosi multipla, quando altri farmaci allo scopo impiegati non abbiano prodotto risultati soddisfacenti”). Dal 1° settembre 2003 sono disponibili in Olanda due specialità a base di infiorescenze di Cannabis Sativa, il Bedrocan® ed il Bedrobinol®, contenenti percentuali diverse di dronabinolo e cannabidiolo ed il Bediol (granulato) per l'impiego, secondo le indicazioni del Ministero della Salute olandese, nei disturbi che coinvolgono la spasticità con dolore (sclerosi multipla, lesioni midollo spinale), nella nausea e vomito (risultante dalla chemioterapia, radioterapia e terapia combinata per l'HIV), nel dolore cronico (in particolare dolore neurogenico), nel trattamento palliativo del cancro e dell'AIDS e per il trattamento dei tic nella Sindrome di Gilles de la Tourette. Dal 2011 è disponibile anche il prodotto Bedica (granulato) a base di Cannabis Indica, che si differenzia dagli altri per la percentuale di cannabidiolo e per la presenza di terpeni come il mircene cui vengono attribuite proprietà calmanti.

Nella letteratura scientifica sono riportati molti studi circa l'impiego della cannabis e dei suoi derivati in numerosi contesti clinici con differenti livelli di evidenza circa l'efficacia e la tollerabilità. In una recente revisione critica della letteratura (LEUNG L. JABFM; 2011; 24(4); 452-462) sono riportati i lavori scientifici ottenuti da MEDLINE, EMBASE, PsycINFO e Cochrane Database of Systematic Reviews fino al 30 novembre 2010, selezionati sulla base della qualità delle evidenze e classificati secondo la Strenght of Recommendations Taxonomy (SORT) (EBELL MH. *et al.* J Am Board Fam Pract 2004; 17(1):59-67). I risultati sono riportati nelle Tabelle 2a e 2b.

Tabella 1

Nome commerciale (principio attivo) Forma farmaceutica	Indicazioni cliniche per le quali il farmaco è approvato	Stato in cui il farmaco è disponibile in commercio
MARINOL* (Dronabinolo) Compresse	1) Profilassi di nausea e vomito indotti da chemioterapia 2) Anoressia in pazienti affetti da AIDS	STATI UNITI: Approvazione nel 1985 ed immissione in commercio nel 1987 per l'indicazione 1; approvazione nel 1992 per l'indicazione 2. (CANADA: Ritirato dal commercio nel Febbraio 2012 dopo studi clinici di sorveglianza post-marketing)
CESAMET* (Nabilone) Compresse	1) Nausea e vomito indotti da chemioterapia, in pazienti che non rispondono adeguatamente ad altri farmaci antiemetici	STATI UNITI: Approvazione nel 1985, immissione in commercio dal 2006. CANADA
SATIVEX* (THC + Nabilone) Soluzione per spray oromucosale	1) Spasticità secondaria a sclerosi multipla 2) Dolore neuropatico e dolore da cancro in stadio avanzato	CANADA: Nel 2005 autorizzazione sub condizione all'immissione in commercio per il trattamento del dolore neuropatico in pazienti adulti affetti da sclerosi multipla. Nel 2007 autorizzazione sub condizione all'immissione in commercio per il trattamento analgesico aggiuntivo in pazienti adulti con cancro in stadio avanzato (in terapia con oppioidi forte per persistente dolore di fondo). Nel 2010 autorizzazione <u>standard</u> all'immissione in commercio per il trattamento della spasticità in pazienti adulti affetti da sclerosi multipla che non abbiano risposto adeguatamente ad altri trattamenti con farmaci antispastici e che abbiano dimostrato un miglioramento clinicamente significativo nei sintomi correlati alla spasticità durante un iniziale periodo di in cui si testa la terapia. DANIMARCA-GERMANIA-REGNO UNITO-SPAGNA: In commercio per il trattamento della spasticità in pazienti affetti da sclerosi multipla di tipo moderato/severo che non abbiano risposto ad altri trattamenti con farmaci antispastici e che abbiano dimostrato un miglioramento clinicamente significativo nei sintomi correlati alla spasticità durante un iniziale periodo in cui si testa la terapia. AUSTRIA-BELGIO-FINLANDIA-IRLANDA-ISLANDA-ITALIA-LUSSEMBURGO-NORVEGIA-PAESI BASSI-POLONIA-PORTOGALLO-REPUBBLICA CECA-SLOVACCHIA-SVEZIA: Completamento della European Mutual Recognition Procedure (MRP); in attesa dell'immissione in commercio per il trattamento della spasticità in corso di sclerosi multipla (indicazione come sopra). STATI UNITI: Non ancora approvato dalla FDA. È disponibile esclusivamente come farmaco sperimentale impiegato in trials clinici di fase III per il trattamento del dolore oncologico.
BEDROCAN* (THC 18% + cannabidiolo <1%) Infiorescenze essiccate	1) Disturbi che coinvolgono la spasticità con dolore (sclerosi multipla, lesioni midollo spinale) 2) Nausea e vomito (risultante dalla chemioterapia, radioterapia e terapia combinata per l'HIV) 3) Dolore cronico (in particolare dolore neurogenico) 4) Sindrome di Gilles de la Tourette 5) Trattamento palliativo del cancro e dell'AIDS	OLANDA
BEDROBINOL* (THC 11% + cannabidiolo <1%) Infiorescenze essiccate	1) Disturbi che coinvolgono la spasticità con dolore (sclerosi multipla, lesioni midollo spinale) 2) Nausea e vomito (risultante dalla chemioterapia, radioterapia e terapia combinata per l'HIV) 3) Dolore cronico (in particolare dolore neurogenico) 4) Sindrome di Gilles de la Tourette 5) Trattamento palliativo del cancro e dell'AIDS	OLANDA
BEDIOL* (THC 6% + cannabidiolo 7.5%) Infiorescenze essiccate in forma granulata	1) Disturbi che coinvolgono la spasticità con dolore (sclerosi multipla, lesioni midollo spinale) 2) Nausea e vomito (risultante dalla chemioterapia, radioterapia e terapia combinata per l'HIV) 3) Dolore cronico (in particolare dolore neurogenico) 4) Sindrome di Gilles de la Tourette 5) Trattamento palliativo del cancro e dell'AIDS	OLANDA
BEDICA* (THC + cannabidiolo + terpeni) Infiorescenze essiccate in forma granulata	1) Disturbi che coinvolgono la spasticità con dolore (sclerosi multipla, lesioni midollo spinale) 2) Nausea e vomito (risultante dalla chemioterapia, radioterapia e terapia combinata per l'HIV) 3) Dolore cronico (in particolare dolore neurogenico) 4) Sindrome di Gilles de la Tourette 5) Trattamento palliativo del cancro e dell'AIDS	OLANDA

Abbreviazioni: THC, *tetrahydrocannabinol*.

Da questa review e dalla analisi della letteratura degli ultimi due anni emerge che i campi di impiego più utilizzati e per i quali esiste il maggior numero di studi di buona qualità sono:

- 1) spasticità secondaria a malattie neurologiche, in particolare Sclerosi Multipla (MS);
- 2) dolore cronico neuropatico;
- 3) dolore oncologico;
- 4) nausea e vomito da chemioterapia.

Come si evince dalle Tabelle 2a e 2b negli studi analizzati la cannabis ed i suoi derivati sono stati somministrati utilizzando preparazioni e vie di somministrazioni diverse.

Spasticità secondaria a malattie neurologiche, in particolare Sclerosi Multipla (MS)

I principali lavori sono riportati nelle Tabelle 2a, 2b e 3, in particolare quelli di VANEY C. *et al.* (Scler Mult 2004; 10(4):417-424), e di ZAJICEK J.P. (J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005; 76(12):1664-9); sono studi controllati con placebo in dop-

pio-cieco che hanno dimostrato una riduzione di frequenza degli spasmi, ed un miglioramento nella motilità e nella valutazione soggettiva dell'entità degli spasmi stessi.

NOVOTNA A. *et al.* (Eur J Neurol 2011; 18(9):1122-31) in uno studio randomizzato, doppio-cieco, contro placebo, con 19 settimane di follow-up hanno utilizzato Sativex come terapia aggiuntiva in soggetti con MS e spasticità refrattaria al trattamento. L'analisi "intention-to-treat" dimostrava una differenza altamente significativa a favore del principio attivo per quanto riguardava l'endpoint primario (entità della spasticità mediante la Numeric Rating Scale). Anche gli end points secondari (frequenza degli spasmi, impressione clinica globale, disturbi del sonno) erano significativamente diversi in favore del Sativex.

Più di recente ZAJICEK J.P. *et al.* on behalf of the MUSEC Research group (Multiple Sclerosis and Extract of cannabis: results of the MUSEC trial. J Neurol Neurosurg Psychiatry (2012) Doi:10.1136/jnnp-2012-302468) hanno pubblicato uno studio

Tabella 8a - (Wang T. *et al.*, CMAJ, 2008)

Table 1: Randomized controlled trials of medical cannabinoid preparations, published between 1966 and late 2007 and reporting detailed adverse event data, by mode of administration (part 1)							
Mode of administration; study design	Reference	Condition characterizing study population	Sample size	Age, mean (range), yr	Sex, % male	Duration of exposure	Most frequently reported adverse event: n/N (%)*
Oromucosal spray (Δ-9-tetrahydrocannabinol-cannabidiol)							
Parallel randomized controlled trial	Blake <i>et al.</i> ¹²	Rheumatoid arthritis	58	62.8	21	5 wk	Nervous system disorders: 13/23 (57)
	Collin <i>et al.</i> ³⁸	Multiple sclerosis	189	49.1	40	6 wk	Nervous system disorders: 68/169 (40.2)
	Nurmikko <i>et al.</i> ⁷	Neuropathic pain	125	53	41	5 wk	Gastrointestinal disorders: 40/101 (39.6)
	Rog <i>et al.</i> ⁸	Multiple sclerosis	66	49 (27-72)	21	4 wk	Nervous system disorders: 22/56 (39)
	Wade <i>et al.</i> ³⁹	Multiple sclerosis	160	51 (27-74)	38	6 wk	Nervous system disorders: 45/112 (40.2)
Crossover randomized controlled trial	Berman <i>et al.</i> ⁴⁰	Brachial plexus avulsion	48	39 (23-63)	96	2 wk	Nervous system disorders: 48/62 (77)
	Tomida <i>et al.</i> ³⁷	Glaucoma	6	55	100	18 h	Gastrointestinal disorders: 5/18 (28)
	Wade <i>et al.</i> ⁴¹	Neuropathic pain	21	48	50	2 wk	Nervous system disorders: 11/36 (31)
Oral (Δ-9-tetrahydrocannabinol or Δ-9-tetrahydrocannabinol-cannabidiol)							
Parallel randomized controlled trial	Buggy <i>et al.</i> ⁴²	Postoperative pain	40	44.8	0	24 h	Nervous system disorders: 34/82 (41)
	Frytak <i>et al.</i> ⁴³	Chemotherapy-induced nausea	116	61	60	4 d	Nervous system disorders: 56/78 (72)
	Strasser <i>et al.</i> ⁴⁴	Cancer-related anorexia-cachexia syndrome	243	61	54	6 wk	Gastrointestinal disorders: 70/187 (37.4)
	Timpone <i>et al.</i> ⁴⁵	HIV wasting syndrome	50	40	88	12 wk	Nervous system disorders: 3/11 (27)

riguardante pazienti affetti da MS in fase stabile, afferenti a 22 Centri del Regno Unito randomizzati ad un estratto orale standardizzato di cannabis (CE) (n=144) o placebo (n=135), stratificati per centro, valutando capacità deambulatoria ed uso di farmaci antispastici. Lo studio in doppio cieco prevedeva un periodo iniziale di 2 settimane di titolazione della dose da 5 mg ad un massimo di 25 mg di tetraidrocannabinolo al dì, seguito da una fase di 10 settimane di terapia di mantenimento. L'outcome primario, era il miglioramento della rigidità muscolare; venivano inoltre valutati anche il dolore, gli spasmi e la qualità del sonno, utilizzando scale specifiche. Lo studio dimostrava un miglioramento significativo della rigidità muscolare con CE. Un simile risultato si otteneva anche per gli altri parametri valutati. Gli effetti collaterali erano quelli attesi per CE e maggiormente presenti durante la fase di titolazione. Venivano segnalati tre casi di eventi avversi severi (infezione delle vie urinarie, cefalea, danno polmonare non meglio definito) attribuiti al trattamento.

Dolore cronico neuropatico

LYNCH M.E. e CAMPBELL F. (Br J Clin Pharmacol 2011; 72(59); 735-744) hanno pubblicato una sistematica review di trial randomizzati e controllati riguardanti l'impiego di cannabinoidi nel trattamento del dolore cronico non oncologico, individuando 15 trials che corrispondevano a rigidi criteri di qualità e che dimostravano un significativo effetto analgesico dei cannabinoidi in comparazione a placebo ed in alcuni di essi anche un significativo miglioramento del sonno in assenza di eventi avversi severi (Tabelle 4a, 4b e 4c). Tuttavia il dolore cronico neuropatico era oggetto di studio solo in 7 (+ 1 per neuropatia HIV-correlata) di questi studi (3 fumo di cannabis, 2 Nabilone e 3 estratti di cannabis per spray nasale). La numerosità del campione era limitata e la durata del trattamento andava da 5 giorni a 6 settimane. Lo studio concludeva affermando che i cannabinoidi rappresentano una opzione terapeutica moderatamente efficace e sostanzialmente sicura per il dolore cronico non oncologico (prevalentemente

Tabella 8b - (Wang T. et al., CMAJ, 2008)

Mode of administration; study design	Reference	Condition characterizing study population	Sample size	Age, mean (range), yr	Sex, % male	Duration of exposure	Most frequently reported adverse event: n/N (%)*
	Zajicek et al. ^{10†}	Multiple sclerosis	630	50 (18-64)	34	15 wk	Nervous system disorders: 710/1849 (38.4)
	Zajicek et al. ^{11†}	Multiple sclerosis	611	50 (18-64)	34	37 wk	Nervous system disorders: 124/655 (18.9)
Crossover randomized controlled trial	Carroll et al. ⁴⁶	Idiopathic Parkinson disease	19	67 (51-78)	63	4 wk	Nervous system disorders: 17/38 (45)
	Killestein et al. ⁴⁷	Multiple sclerosis	16	46	NR	4 wk	Nervous system disorders: 23/39 (59)
	Naef et al. ⁴⁸	Healthy, cannabis-naïve volunteers	12	Female: 25 Male: 27	50	8 h	Psychiatric disorders: 60/123 (48.8)
	Neidhart et al. ³⁴	Chemotherapy-induced vomiting	73	43	58	2 d	Nervous system disorders: 60/106 (56.6)
	Noyes et al. ³⁵	Pain associated with cancer	10	51	20	3 d	Nervous system disorders: 112/218 (51.4)
	Noyes et al. ⁴⁹	Pain associated with cancer	36	51	28	1 d	Nervous system disorders: 173/430 (40.2)
	Orr et al. ³⁶	Chemotherapy-induced nausea	79	46 (22-71)	35	1 d	Psychiatric disorders: 49/76 (64)
	Petro et al. ⁵⁰	Multiple sclerosis	9	NR	NR	1 d	Psychiatric disorders: 1/1 (100)
	Svensden et al. ⁹	Multiple sclerosis	24	50 (23-55)	42	3 wk	Nervous system disorders: 53/100 (53)
	Vaney et al. ³¹	Multiple sclerosis	57	54.9	49	2 wk	Psychiatric disorders: 21/45 (47)

Note: NR = not reported.

*Grouped by system order classes of the Medical Dictionary for Regulatory Activities.³¹ Data presented as number and percentage of all nonserious adverse events in the most common category.

†These 2 reports refer to the same study, with follow-up data for different periods. The total duration of the study was 52 weeks, with the first article reporting events up to the 15th week and the second article reporting events from the 16th to the 52nd week.

dolore neuropatico) ed auspicando più ampi studi controllati e di più lunga durata.

Dolore oncologico

Oltre a quelle che emergono da alcuni piccoli studi non controllati o da impieghi aneddotici, le informazioni più rilevanti sull'impiego dei cannabinoidi nel dolore oncologico sono da riferirsi a tre studi principali:

1) MAIDA V. Breast Cancer Res treat. 2007; 103: 121-2: il Nabilone era più efficace del placebo in pazienti con dolore intrattabile in uno studio di 2 settimane;

2) JOHNSON J.R. *et al.*, J Pain Symptom Manage 2010, 39: 167-179: un estratto di tetraidrocannabinolo-cannabidiolo presentava un modico beneficio rispetto al placebo in pazienti affetti da neoplasia avanzata, in trattamento con oppioidi;

3) PORTENOY R.K. *et al.*, The Journal of Pain 2012; 13(5): 438-449: studio doppio-cieco controllato Sativex contro placebo come add-on terapia con oppioidi nel dolore neoplastico refrattario in 360 pazienti. Il Sativex era utilizzato a tre dosi diverse durante cinque settimane. Sativex si dimostrava attivo in associazione ad oppioidi, ma la dose più elevata si associava ad effetti avversi inaccettabili.

Nausea e vomito da chemioterapia (CINV)

Nel 1985 la FDA ha approvato 2 derivati della cannabis, dronabinolo e nabilone, per il trattamento della CINV non responsiva ad altri anti-emetici. Negli anni successivi con l'immissione in commercio di farmaci anti-emetici più potenti e sicuri, i cannabinoidi non sono stati raccomandati come prima linea nella profilassi e nel trattamento della CINV e sono stati riservati solo a pazienti con nausea e vomito devastanti ed incoercibili. Due review relativamente recenti (Cotter J, Oncology Nursing Forum 2009; 36(3): 345-352 - Keeley PW, Clinical Evidence 2009; 01: 2406) hanno valutato l'impatto dei cannabinoidi nella CINV. In entrambe queste revisioni della letteratura viene sottolineato, pur nella limitazione degli studi, una sicura efficacia terapeutica rispetto al placebo, senza chiara evidenza di superiorità nei confronti di altri anti-emetici (Tabelle 5a, 5b e 6). Per quanto riguarda gli effetti collaterali, in particolare Keeley sottolinea come i cannabinoidi possano essere associati ad un carico di eventi avversi elevato e talvolta non accettabile (Tabella 7).

Effetti collaterali

Una sinossi degli eventi avversi registrati in studi clinici controllati per diverse indicazioni cliniche è riportata nelle Tabelle 8a, 8b, 9, 10 e 11.

Conclusioni

La Cannabis ed i suoi derivati sono dotati di potente azione farmacologica e di potenziale utilità terapeutica in numerose condizioni cliniche.

Tali molecole presentano tuttavia una ristretta finestra terapeutica e sono gravati da possibili effetti avversi anche severi.

Nella maggior parte dei casi, la via di somministrazione utilizzata negli studi clinici è stata quella orale o per spray, il che sembra ridurre gli eventi avversi ed i rischi associati a possibile dipendenza rispetto al fumo di cannabis.

La maggior parte degli studi è stata condotta per periodi di tempo relativamente ridotti (settimane o mesi) e pertanto non possono offrire informazioni sui possibili eventi avversi a lungo termine.

Tra le indicazioni terapeutiche maggiormente esplorate e sopra riportate l'azione benefica dei cannabinoidi nella Spasticità secondaria a malattie neurologiche in particolare Sclerosi Multipla (MS) sembra quella documentata con maggiore robustezza.

Una evidenza inferiore si ha nel dolore oncologico, in associazione ad oppioidi e nel dolore neuropatico cronico;

Una buona efficacia peraltro gravata da effetti collaterali si ha nella CINV.

Gli effetti collaterali sembrano essere inferiori in quei casi in cui si è provveduto ad una titolazione della dose di cannabinoidi.

In molti studi sono stati esclusi dal trattamento pazienti a vario titolo considerati a rischio di sviluppare eventi avversi: pazienti con patologie psichiatriche o cardiovascolari, significativa insufficienza epatica o renale, pazienti con storia di dipendenza di qualunque natura; tuttavia le indicazioni previste per i prodotti contenenti derivati della Cannabis sativa a base infiorescenze prevedono il trattamento di pazienti affetti da AIDS con nausea, vomito perdita di appetito e di peso senza escludere i pazienti affetti da AIDS secondaria a tossicodipendenza.

Possibili indicazioni (Esclusione del fumo di cannabis)

Premettiamo che il D.M. 11.2.1997 prevede che l'impiego dei medicinali non registrati in Italia debba essere conforme alle indicazioni autorizzate nel paese di provenienza; inoltre è da sottolineare che l'eventuale importazione di un medicinale per una di tali indicazioni, deve realizzarsi a seguito di singola, specifica richiesta. Ciò rende sostanzialmente impossibile avere disponibili a scorta prodotti per uso ospedaliero.

Considerando strettamente in ciascun singolo paziente il rapporto rischio/beneficio, valutando l'aspettativa di vita, escludendo pazienti poten-

Tabella 9 - (Wang T. et al., CMAJ, 2008).

Serious adverse event	Cannabinoid exposure n = 164		Control n = 60	
	No. (%)	Rate*	No. (%)	Rate*
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders	27 (16.5)	0.06	7 (11.7)	0.03
Dyspnea	13		3	
Pneumonia	11 (3 deaths)		3 (1 death)	
Pleural effusion	2		0	
Lower respiratory tract infection	1		0	
Pulmonary embolism	0		1	
Gastrointestinal disorders	27 (16.5)	0.06	4 (6.7)	0.02
Vomiting	16		1	
Diarrhea	6		0	
Gastroenteritis	2		0	
Abdominal pain	1		0	
Constipation	1		3	
Duodenal ulcer	1		0	
Nervous system disorders	25 (15.2)	0.06	18 (30.0)	0.08
Relapse of multiple sclerosis	21		11	
Convulsion	2 (1 death)		4	
Dizziness	1		0	
Multiple sclerosis	1		1	
Cerebrovascular disorder	0		2	
General disorders and administration-site conditions	21 (12.8)	0.05	8 (13.3)	0.03
Death	10		1	
Pain	6		4	
Pyrexia	5		2	
Chest pain	0		1	
Renal and urinary disorders	16 (9.8)	0.04	8 (13.3)	0.03
Urinary tract infection	15		8	
Hematuria	1		0	
Neoplasm, benign and malignant	14 (8.5)	0.03	2 (3.3)	0.01
Neoplasm progression	13		2	
Cervix carcinoma	1 (1 death)		0	
Psychiatric disorders†	11 (6.7)	0.02	1 (1.7)	< 0.01
Other	23 (14.0)	0.05	12 (20.0) (1 death‡)	0.05
Total	164	0.37	60	0.25

*Incidence rate = events/person-years. The number of person-years was 445 for cannabinoid exposure and 239 for control.

†For both cannabinoid exposure and control, all events in this category were classified as "altered mood."

‡Due to myocardial ischemia.

zialmente “fragili”, utilizzando una stretta titolazione del farmaco, eventualmente attuabile sotto l’aspetto analitico in quanto disponibili i kit per la determinazione del delta 9 THC ma non facilmente realizzabile per le procedure previste dal D.M. 11 febbraio 1997, le indicazioni accettabili potrebbero essere le seguenti:

1) Spasticità secondaria a Sclerosi Multipla ed altre gravi malattie neurologiche, in assenza di risposta agli altri trattamenti disponibili (Sativex autorizzato in Europa solo per sclerosi multipla, Bedrocan, Bediol, Bedrobinol e Bedica autorizzate per Sclerosi multipla e/o danno neurologico).

2) Dolore oncologico refrattario a dosi terapeutiche di morfina. Utilizzabili in associazione ad altri farmaci analgesici, anche con la finalità di ridurre il dosaggio degli op-

piacei (per questa indicazione sono autorizzati al di fuori dell’Italia Bedrocan, Bediol, Bedrobinol e Bedica).

3) Dolore cronico di origine neurologica resistente sia ai farmaci del dolore neuropatico che agli oppiacei (per questa indicazione sono autorizzati fuori d’Italia Bedrocan, Bediol, Bedrobinol e Bedica).

4) Sindrome di Gilles de la Tourette, (malattia rara) con la finalità di attenuarne la sintomatologia (per questa indicazione al di fuori dell’Italia sono autorizzati Bedrocan, Bediol, Bedrobinol e Bedica).

I vari prodotti riportati nella nostra tabella riepilogativa (Tabella 1) hanno anche altre indicazioni terapeutiche negli stati nei quali è stata autorizzata l’immissione in commercio. Per tali indicazioni la Commissione non ritiene che esista-

Tabella 10 - (Wang T. et al., CMAJ, 2008).

Table 3: Frequency of nonserious adverse events reported in randomized controlled trials of medical cannabinoid preparations

System organ class*	No. (%) of nonserious adverse events		
	Cannabinoid exposure n = 4615	Control n = 1641	Pooled rate ratio (95% CI)
Nervous system disorders	1695 (36.7)	513 (31.3)	1.87 (1.53-2.30)
Gastrointestinal disorders	758 (16.4)	246 (15.0)	1.52 (1.19-1.93)
General disorders and administration-site conditions	651 (14.1)	294 (17.9)	1.15 (1.00-1.32)
Psychiatric disorders	512 (11.1)	122 (7.4)	2.73 (1.69-4.41)
Musculoskeletal, connective tissue and bone disorders	331 (7.2)	174 (10.6)	1.01 (0.84-1.21)
Renal and urinary disorders	236 (5.1)	134 (8.2)	0.91 (0.77-1.07)
Infections and infestations	134 (2.9)	70 (4.3)	0.96 (0.73-1.26)
Eye disorders	106 (2.3)	16 (1.0)	1.97 (1.23-3.17)
Injury, poisoning and procedural complications	37 (0.8)	11 (0.7)	1.25 (0.73-2.14)
Metabolism and nutrition disorders	37 (0.8)	4 (0.2)	1.47 (0.75-2.86)
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders	36 (0.8)	7 (0.4)	1.42 (0.77-2.62)
Skin and subcutaneous tissue disorders	30 (0.7)	27 (1.6)	0.60 (0.38-0.94)
Blood and lymphatic system disorders	26 (0.6)	8 (0.5)	0.90 (0.50-1.60)
Cardiac disorders	22 (0.5)	12 (0.7)	1.12 (0.63-2.00)
Vascular disorders	3 (0.1)	2 (0.1)	0.69 (0.32-1.51)
Investigations	1 (< 0.1)	1 (0.1)	0.68 (0.31-1.53)

Note: CI = confidence interval.

*Classified according to *Medical Dictionary for Regulatory Activities*.¹¹

no sufficienti basi scientifiche che ne giustifichino, allo stato attuale, il loro impiego terapeutico, in assenza di una possibile, razionale valutazione del rapporto rischio/beneficio.

In particolare ci riferiamo alle seguenti indicazioni:

- Nausea e vomito da chemio-radioterapia (per questa indicazione sono autorizzati al di fuori d'Italia Bedrocan, Bediol, Bedrobinol, Bedica, Marinolo e Nabilone), trattamento palliativo (nausea, vomito, riduzione dell'appetito, perdita di peso e debilitazione) associato a cancro e HIV (per questa indicazione sono autorizzati al di fuori d'Italia Bedrocan, Bediol, Bedrobinol e Bedica; Marinol solo per HIV).

- Glaucoma: gli effetti ipotonizzanti della marijuana sono stati riportati per la prima volta nel 1971. Da allora altri studi hanno confermato l'efficacia ipotonizzante di varie modalità di somministrazione del suo componente attivo, il Delta9-tetraidrocannabinolo (THC) mediante la riduzione della produzione di umor acqueo, nonostante tale meccanismo non sia completamente noto. Il massimo effetto di riduzione della pressione intraoculare (IOP) viene raggiunto tra 60 e 90 minuti successivi alla somministrazione e la durata di azione è limitata a sole 3-4 ore. Uno studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo (MERRITT *et al.* 1980) ha valutato gli effetti della somministrazione di una sigaretta contenente 2% di THC in 18 adulti affetti da glaucoma: la marijuana induceva una significativa riduzione della IOP, ma provocava importanti effetti collaterali quali alterazioni sensoriali, tachicardia, palpitazioni e ipotensione posturale. Altro studio ha in-

dagato la somministrazione orale di THC insieme alla somministrazione inalatoria di marijuana in 9 pazienti con glaucoma: è stata osservata una iniziale riduzione della IOP, ma tutti i pazienti hanno interrotto l'utilizzo di entrambi i metodi entro 9 mesi a causa degli intollerabili effetti collaterali. Perciò l'utilizzo per via sistemica dei cannabinoidi è limitato per l'incidenza degli effetti collaterali centrali e periferici noti.

Per quanto riguarda l'applicazione topica è noto che la penetrazione oculare degli estratti dei cannabinoidi è scarsa a causa della lipofilia alta e della bassa solubilità in acqua. Recenti tecnologie di rilascio, quali la formazione di microemulsioni e l'utilizzo di ciclodestrine, incrementano la solubilità di farmaci lipofili in soluzioni acquose. Uno studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo (MERRITT *et al.* 1981) ha valutato l'effetto di preparazioni topiche (colliri) contenenti 0.01, 0.05 e 0.1% di THC in 8 pazienti con glaucoma e ipertensione sistemica: è stata osservata una significativa riduzione della IOP con le soluzioni di TCH allo 0.05% e 0.1% e nessun effetto di THC allo 0.01%, con riscontro di ipotensione media sistemica con la soluzione allo 0.1% in assenza di effetti psicotropi. In altri studi si è invece visto che preparazioni per uso topico di THC causano irritazione locale e danno corneale e non hanno dimostrato un effetto ipotonizzante. Recentemente in uno studio è stato visto che un cannabinoide sintetico WIN55212-2, agonista selettivo dei recettori dei cannabinoidi CB1, somministrato per via topica, riduceva la IOP in 8 pazienti affetti da glaucoma. Infine è stato ipotizzato un potenziale effetto neuroprotettivo dei cannabinoidi. Tuttavia finché una formulazione di composti cannabinoidi con più lunga durata di azione e con maggiore profilo di sicurezza non sarà testata da studi clinici rigorosi che ne dimostrino l'efficacia nel ridurre il danno al nervo ottico, non vi sono basi scientifiche per l'utilizzo di queste sostanze nel trattamento del glaucoma. Inol-tre, essendo il glaucoma una patologia cronica, è di norma preferita una terapia topica basata su mono o bi-somministrazione, come peraltro avviene con i farmaci attualmente utilizzati, per ottenere una sufficiente compliance da parte del paziente.

Quindi allo stato attuale l'utilizzo clinico della cannabis e dei suoi derivati nel trattamento del glaucoma è limitato dall'impossibilità di separare la potenziale azione clinica dagli effetti indesiderati, oltre che dalla assenza di evidenze scientifiche di alto livello circa l'efficacia di tali sostanze sul decorso della malattia. Tale posizione è stata autorevolmente espressa nel 2010 tanto dal Canadian Ophthalmological Society (Can J Ophthalmol 2010; 45(4):324-325) che dalla American Glaucoma Society (J Glaucoma 2010; 19(2):75-76).

Tabella 11 (WANG T. *et al.*, CMAJ, 2008)

Table 4: Frequency of nonserious adverse events reported in observational studies of medical cannabinoid preparations	
System organ class*	No. (%) of nonserious adverse events n = 3553
Nervous system disorders	1412 (39.8)
Psychiatric disorders	1265 (35.6)
Gastrointestinal disorders	558 (15.7)
Vascular disorders	141 (4.0)
Cardiac disorders	107 (3.0)
General disorders and administration-site conditions	42 (1.2)
Investigations	13 (0.4)
Injury, poisoning and procedural complications	7 (0.2)
Eye disorders	6 (0.2)
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders	2 (0.1)

*Classified according to Medical Dictionary for Regulatory Activities.¹¹

La chirurgia robotica nel trattamento della patologia neoplastica addominale

Esperienza della AUSL 7 Siena



Flaminio Benvenuti, Direttore Dipartimento chirurgia AUSL 7 Campostaggia.

La tecnica mini-invasiva ha rivoluzionato negli ultimi 25 anni il mondo della chirurgia generale divenendo il *gold standard* per il trattamento chirurgico di numerose patologie addominali.

Tale metodica presenta tuttavia anche alcuni svantaggi tecnici per il chirurgo per superare i quali sono stati introdotti i cosiddetti Robot Chirurgici, la cui prima applicazione nell'uomo in America risale al 1997 con l'utilizzo del sistema robotico Da Vinci.

Tale sistema combina i vantaggi dell'approccio mini-invasivo con gesti chirurgici simili alla tecnica *open*, realizzando una magnificazione delle immagini con una visione tridimensionale associata ad una maggiore precisione nei movimenti, eliminazione del tremore e della fatica, riducendo inoltre lo stress fisico per il chirurgo.

La maggior precisione e la riduzione dei difetti legati al movimento anatomico degli arti, eliminano lo *skill* chirurgico personale nel gesto tecnico, consentendo la standardizzazione della qualità dell'atto operatorio; ne consegue la garanzia di un atto tecnico standardizzato di alta qualità indipendente dalle capacità manuali dell'operatore, e la possibilità di un inserimento più rapido dei chirurghi in équipe dedicate all'esecuzione di interventi a difficoltà superiore.

Tecnicamente il sistema chirurgico Da Vinci è costituito dai seguenti componenti:

- Consolle chirurgica che integra un sistema di visione stereo 3D e i due manipolatori detti master a uso del chirurgo.
- Carrello chirurgico provvisto del braccio porta-ottica e di tre bracci porta-strumenti fissati su una colonna che eseguono i comandi del chirurgo.
- Strumentazione Endowrist® che comprende una gamma completa di strumenti a supporto del chirurgo e delle procedure disponibili. Tali strumenti sono progettati per consentire 7 gradi di movimento che simulino, ampliandoli, quelli del polso e della mano.

- Sistema di visualizzazione (InSite®Vision), con endoscopi 3D ad alta risoluzione e processori di immagine che forniscono un'immagine tridimensionale del campo operatorio.

Il sistema consente di articolare in modo continuo tutti i movimenti della mano e del polso umani all'interno del paziente e mette a disposizione del chirurgo una visione stereoscopica

ottenuta grazie all'utilizzo di un video-endoscopio a due canali ottici e doppia telecamera a 3CCD ad alta risoluzione facente parte del sistema InSite®Vision sviluppato dalla Computer Motion.

Questo sistema di ingrandimento in tempo reale ad alta risoluzione permette al chirurgo di disporre di una notevole qualità di immagine rispetto alla chirurgia tradizionale. Il sistema fornisce più di un migliaio di immagini al secondo e il processore filtra ogni singola immagine eliminando il rumore di fondo. Consente inoltre lo *scaling* del moto degli strumenti e il filtraggio dei tremolii delle mani del chirurgo. Il modulo di attuazione del movimento Endowrist® permette un accurato e fluido movimento della strumentazione sul teatro operatorio.

L'impiego del robot rispetto alla laparoscopia, non richiede una lunga curva di apprendimento per gli interventi di tipo urologico (prostatectomie e cistectomia), ginecologico (interventi su utero e ovaio), e per alcuni interventi di chirurgia generale (milza, surrene, giunto gastroesofageo, resezioni epatiche limitate), in cui il campo operatorio ristretto e profondo è una condizione ideale per esaltare i vantaggi della chirurgia robotica.

Nei casi invece di interventi con campo operatorio ampio quali quelli sul tubo digerente, l'operare con campo ottico ristretto rispetto alla laparoscopia, rende necessario cambiamenti di posizione del paziente e del carrello robotico.

L'analisi della letteratura e le evidenze scientifiche dimostrano vantaggi reali significativi per i pazienti derivanti dalla tecnica robotica:

- nel tempo pelvico della chirurgia del retto e

FLAMINIO BENVENUTI, ALESSANDRO BIANCHI,
MASSIMO RANALLI

U.O. Chirurgia Generale
Ospedale Campostaggia-Poggibonsi

della prostata, dove è necessaria una dissezione chirurgica accurata in campi operatori ristretti difficilmente raggiungibili con la chirurgia open o laparoscopica tradizionale;

- in tutte le tipologie d'intervento si conferma il dato della netta riduzione delle perdite ematiche e della necessità di trasfusioni;

- la degenza ospedaliera è ridotta fino al 50%;
- in termini di cura si assiste a un migliore decorso postoperatorio e ad una precoce ripresa funzionale.

Nei primi anni '90 presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale di Poggibonsi diretta dal Prof. Flaminio Benvenuti, l'esperienza chirurgica mini-invasiva inizia con la colecistectomia videolaparoscopica e con le procedure di correzione dell'ernia iatale; è dal 2000 che l'approccio mini-invasivo diviene il trattamento standard della patologia neoplastica e benigna del colon-retto di cui ad oggi sono stati eseguiti oltre 800 interventi, e di tutta la patologia di parete: ernie e laparoceli.

Il Centro di Poggibonsi dal 2007 è Centro di Riferimento ACOI per il trattamento mini-invasivo della patologia neoplastica colo-rettale e della patologia di parete.

Nel maggio 2011 è stata intrapresa una collaborazione interaziendale, prima esperienza nella Regione Toscana, che prevede un accordo di programma AOUS\AUSL7 per la "Promozione della chirurgia robot-assistita con particolare riferimento all'attivazione del sistema robotico Da Vinci".

L'accordo prevede una seduta operatoria robotica settimanale presso l'Azienda Ospedaliera Senese a cui possono indicativamente accedere i pazienti con le seguenti patologie:

- neoplasia esofago-gastrica;
- neoplasia del grosso intestino;
- neoplasia del retto;
- neoplasia epato-bilio-pancreatica.

Nell'ambito di tale collaborazione inizia l'esperienza di chirurgia robotica mirata al trattamento della patologia neoplastica addominale a cui, sotto la direzione del Prof. Flaminio Benvenuti partecipano il Dr. Alessandro Bianchi ed il Dr. Massimo Ranalli in collaborazione con l'Unità Operativa di Chirurgia Generale 1 dell'Azienda Ospedaliera Senese diretto dal Prof. Franco Papi all'interno della quale sono stati predisposti due posti letto dedicati.

I pazienti selezionati nell'ambito della USL 7 vengono preparati all'intervento chirurgico robotico in regime di pre-ospedalizzazione presso la Unità Operativa di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Campostaggia e quindi ricoverati il giorno precedente all'intervento nel Reparto di Chirurgia Generale 1 dell'Ospedale Le Scotte di Siena il cui personale garantisce l'assistenza post-operatoria in collaborazione con gli operatori.

Il paziente una volta dimesso segue il successivo iter di proseguimento cure e *follow-up* presso il

CORD di Poggibonsi.

Al 1 Settembre 2012 sono state eseguite 46 procedure robotiche di cui 37 per neoplasia coloretale, 6 per neoplasia gastrica, 2 per tumore del pancreas ed 1 per tumore surrenalico.

Nell'ambito delle neoplasie coloretali sono state eseguite 11 procedure *full-robotic* e 26 procedure ibride in cui la fase laparoscopica è dedicata alla liberazione della flessura colica sinistra durante l'esecuzione dell'emicolectomia sinistra e la resezione anteriore del retto ed all'isolamento e sezione dei vasi mesenterici inferiori nella resezione anteriore del retto.

Delle 11 procedure totalmente robotiche 9 sono state emicolectomie destre e 2 Miles; delle 26 ibride: 11 emicolectomie sinistre e 15 resezioni anteriori del retto di cui 9 sono state effettuate eseguendo una *Total Mesorectal Excision* (TME) associata ad ileostomia di protezione per tumore del retto medio basso e 6 con sezione trans-mesoretale per tumore del retto alto o del giunto sigma retto.

In nessun caso è stato necessario convertire l'intervento chirurgico in laparoscopia o open.

Il tempo medio nelle prime 10 procedure è stato di 296' (3 emicolectomie destre, 2 emicolectomie sinistre e 5 RRA di cui 3 con TME).

Il tempo medio della seconda serie di 10 interventi è stato di 262' (3 emicolectomie destre, 3 emicolectomie sinistre, 3 RRA di cui 1 con TME ed 1 Miles).

L'ultima serie di 17 procedure ha richiesto una media di 247' (3 emicolectomie destre, 6 emicolectomie sinistre, 7 RRA di cui 5 con TME ed 1 Miles).

Il numero medio di linfonodi asportati è stato 23 nelle 9 emicolectomie dx, 17 nelle 11 emicolectomie sn, 20 nei 17 casi complessivi di RRA e Miles, 45 nei 4 casi di linfectomia radicale D2 eseguita per neoplasia gastrica.

Lo stadio di malattia per localizzazione neoplastica è risultato il seguente: nei 9 casi di tumori del colon dx, 1 stadio A, 3 B1, 4 B2, 1 villoma; negli 11 tumori del colon sn: 2 stadio B1, 7 B2, 1 C2, 1 villoma; nei 17 tumori del retto: 4 stadio A, 6 B1, 2 B2, 5 C2.

Dei 6 interventi eseguiti per neoplasia gastrica sono state eseguite 1 gastrectomia totale, 4 resezioni gastriche di cui 1 palliativa ed 1 GEA.

Nelle 4 procedure curative è stata eseguita la linfectomia D2 con una media di 45 linfonodi asportati.

Infine sono state effettuate 2 duodeno-cefalo-pancreasectomie per tumore della testa del pancreas ed 1 surrenectomia sinistra per feocromocitoma.

Complessivamente si sono verificate 3 complicanze postoperatorie maggiori: 1 deiscenza dell'anastomosi colo-rettale trattata con laparotomia esplorativa per confezionare ileostomia di protezione ed eseguire toilette addominale; 1 emoperitoneo in II giornata postoperatoria trattato

conservativamente mediante emostasi effettuata con tecnica angiografica interventistica; 1 sanguinamento dell'anastomosi colo-rettale trattato con terapia conservativa.

CONCLUSIONI

La chirurgia robot-assistita si è dimostrata nella nostra esperienza sicura ed efficace come la laparoscopia tradizionale nel trattamento della patologia neoplastica addominale, confermando i molteplici vantaggi previsti: la visione stereoscopica tridimensionale, un campo operatorio fisso controllato direttamente dalla piattaforma, l'assenza del fisiologico tremore e la riduzione dello stress fisico dell'operatore.

Queste caratteristiche possono facilitare l'esecuzione di alcuni *steps*, in particolare nelle procedure colo-rettali, quali la dissezione della flessura splenica e dei vasi mesenterici inferiori, la preservazione dell'innervazione autonoma, la mobilizzazione del retto, l'identificazione dei vasi gonadici e dell'uretere, la dissezione nella pelvi stretta ed il confezionamento della sutura e quindi favorire infine la riduzione del tasso di conversione.

La durata delle procedure robotiche rispetto

alla laparoscopia tradizionale risulta certamente più elevata, sebbene tale differenza si riduca con l'esperienza ed in particolare in quei casi di chirurgia pelvica complessa.

Sebbene i costi delle procedure robotiche siano sicuramente elevati, il rapporto costo-efficacia deve essere ancora completamente valutato, in quanto la progressiva standardizzazione delle procedure e l'uso pluri-disciplinare e soprattutto routinario del robot porterà, come ampiamente dimostrato in letteratura, ad ottenere il miglior rapporto costo/beneficio.

Dalla nostra esperienza risulta quindi auspicabile l'incremento del numero degli accessi alla chirurgia robotica anche per una migliore gestione delle liste d'attesa dei pazienti oncologici ed una auspicabile estensione delle indicazioni al trattamento della patologia addominale benigna e funzionale.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: f.benvenuti@usl7.toscana.it

TM

CORSI E SEMINARI

ORGANIZZAZIONE DI UN AMBULATORIO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DELLE CEFALEE

Il corso è organizzato dalla Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC), e si svolgerà da **sabato 6 aprile a domenica 7 aprile 2013** presso il Grand Hotel Baglioni di Firenze. La Società, che ha tra i suoi scopi istituzionali quello di promuovere la diffusione delle conoscenze e l'aggiornamento professionale, ha istituito una "Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee", che attua la formazione di alto livello scientifico su questo tema di grande rilievo nella prassi clinica. La Scuola, eminentemente interdisciplinare, è aperta ai medici interessati ed è articolata in Moduli. Per ciascun Modulo saranno trattati trasversalmente argomenti diversi, che saranno via via approfonditi; si aggiungeranno altri temi di interesse specifico. Ogni modulo si svilupperà lungo l'arco di tre giorni, durante i quali l'argomento sarà sviscerato da diversi docenti, esperti conoscitori della materia, anche grazie alla presentazione interattiva di casi clinici. Crediti ECM: 14. **Info:** NICO srl, tel. 055.8797796 - 8777875, e-mail: info@nicocongressi.it - sito: www.nicocongressi.it.

ECOGRAFIA INTERNISTICA

Il XXVI Corso Interattivo di Ecografia Internistica si terrà nei giorni **29 maggio - 2 giugno 2013** presso il Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo). Direttori: Marcello Caremani e Fabrizio Magnolfi. Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento, caratterizzato dalla didattica interattiva, che comprende lezioni, discussione di casi clinici, sessioni videoquiz ed esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con l'ausilio di tutori. Viene insegnata la tecnica dell'esame ecografico convenzionale dell'addome e del torace, la semeiotica ecografica e la terminologia da utilizzare per la refertazione, l'ecografia color-Doppler e l'ecografia con contrasto (CEUS). I principali argomenti specifici sono rappresentati da anatomia e patologia di: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone. Un ampio spazio viene dedicato all'ecografia in emergenza-urgenza, focalizzando le evenienze cliniche più frequenti in Pronto Soccorso. In particolare si pone l'attenzione sul paziente con dolore addominale acuto e con patologia toracica acuta, e sul paziente politraumatizzato. Ai partecipanti sarà consegnato un cd ed un syllabus con tutte le lezioni del corso. All'edizione 2012 sono stati attribuiti 28,5 crediti ECM. **Info:** Ultrasound Congress, tel. 0575.380513 - 3487000999, fax 0575.981752, e-mail: info@ultrasoundcongress.com, sito: www.ultrasoundcongress.com.

"CLINICAL STAGING" E FISIOPATOLOGIA DELLE MALATTIE DEL CERVELLO

Il X Florence Summer Course, organizzato da Clinical Neurosciences Onlus si terrà a Firenze nei giorni **11-13 Ottobre 2013** con orario 8-17. Segreteria scientifica: Prof. Stefano Pallanti, Univ. di Firenze. Destinatari: medici psichiatri, neurologi, neuropsichiatri infantili, neurofisiopatologi. Relatori: P. Castrogiovanni, R.L. Dell'Osso, D. Denys (The Netherlands), A. Fagiolini, C. Faravelli, M. Figuee (The Netherlands), W. Fleischhacker (Austria), N. Fineberg (UK), R. Guerrini, E. Hollander (USA), M. Mauri, S. Pallanti, S. Pini, V. Ricca, A. Rossi, W. Strik (Switzerland), J. Zohar (Israel). Argomenti: ansia e impulsività, diagnosi, eventi e fisiopatologia, terapie sperimentali, psicosi, neuroscienze. Segreteria Scientifica: tel: 055.587889, fax: 055.581051, ins@cnsionlus.org. ECM: in fase di accreditamento, previsti n. 18 crediti ECM.



Sergio Testi. Spec. in Allergologia e Immunol. Clinica ed in Igiene e Med. Prev. c/o l'Univ. di Firenze. Dirigente di I livello c/o la U.O.S di Allergologia e Immunol. Clinica del Nuovo Osp. S. Giovanni di Dio dell'Asl di Firenze. Attualmente ricopre la carica di Coordinatore della Sez. Reg.le della Soc. It. di Allergologia e Immunologia Clinica.

Desensibilizzazione per i farmaci

Le reazioni da ipersensibilità rappresentano circa il 15% di tutte le reazioni avverse ai farmaci. Interessano più del 7% della popolazione generale e tale percentuale sale al 10-20% nei pazienti ospedalizzati. Sia l'Accademia Europea di Allergologia e Immunologia Clinica (EAACI), che l'Accademia Americana di Allergologia Asma e Immunologia

(AAAAI) utilizzano il termine di reazioni da ipersensibilità, sia per le reazioni allergiche (quelle dove è stato dimostrato un meccanismo immunologico) che per quelle non allergiche (dove non è stato dimostrato un meccanismo immunologico).

Queste reazioni si possono manifestare clinicamente, a breve distanza dall'assunzione del farmaco, con una sintomatologia a carico della cute (con prurito ed orticaria-angioedema), dell'apparato gastroenterico (dolori addominali, diarrea) e/o dell'apparato cardiorespiratorio (asma, caduta della pressione arteriosa che talvolta può portare a perdita di conoscenza). Nella maggior parte dei casi sono reazioni IgE mediate, la stessa sintomatologia si può presentare però anche senza riconoscere un meccanismo IgE mediato (reazioni pseudo allergiche, come venivano indicate in passato).

Altre volte la sintomatologia, con tempi di comparsa più lunghi rispetto all'assunzione del farmaco, può comprendere patologie cutanee come l'orticaria a comparsa ritardata, gli esantemi maculopapulari, la pustolosi esantematosa generalizzata acuta (AGEP), le reazioni da farmaci con sintomi sistemici ed eosinofilia (DRESS) o sindromi da ipersensibilità indotta da farmaci (DIHS), l'esantema flessurale intertriginoso simmetrico correlato a farmaci (SDRIFE), la sindrome di Stevens-Johnson (SJS) e la necrolisi epidermica tossica (TEN). In alcune di queste manifestazioni è stato dimostrato un meccanismo patogenetico mediato da cellule T.

Spesso il farmaco che ha causato la reazione avversa può essere evitato, altre volte invece, può risultare essenziale per una terapia ottimale, per cui in questi casi, per poter assumere di nuovo quel determinato farmaco sarà necessario effettuare una procedura di desensibilizzazione.

La desensibilizzazione viene definita come l'in-

duzione di uno stato di tolleranza temporaneo ad un farmaco precedentemente responsabile di una reazione di ipersensibilità. Praticamente consiste nella somministrazione di quantità gradualmente crescenti del farmaco, partendo da dosi molto basse, fino ad arrivare alla dose terapeutica; tale dose può essere raggiunta, nelle reazioni da ipersensibilità immediata, in un breve periodo (alcune ore) mentre, nelle reazioni da ipersensibilità ritardata, possono essere necessari tempi più lunghi, che vanno da diverse ore fino ad alcuni giorni.

La desensibilizzazione deve essere distinta dal test di provocazione che ha un significato prettamente diagnostico. Il test di provocazione infatti, detto anche test di tolleranza, è utilizzato per dimostrare se quel farmaco

è stato responsabile o meno di una determinata reazione di ipersensibilità; la desensibilizzazione invece è utilizzata per scopi terapeutici, per indurre uno stato di tolleranza per quel de-

terminato farmaco che in precedenza aveva provocato una reazione avversa. In conclusione, la desensibilizzazione è indicata quando il farmaco non è sostituibile o quando il farmaco è più efficace del farmaco alternativo oppure, quando il farmaco ha un meccanismo di azione unico, particolare, come nella "malattia respiratoria esacerbata dall'aspirina".

Oggi con il termine di desensibilizzazione si intende, non solo l'induzione della tolleranza verso quei farmaci che hanno provocato reazioni da ipersensibilità con un meccanismo di tipo IgE ma anche l'induzione della tolleranza, verso quei farmaci in cui questo meccanismo non è stato dimostrato.

Tra le varie procedure di desensibilizzazione quelle per gli antibiotici (principalmente penicilline e trimetoprim) sono fra le più richieste. Ultimamente però, assistiamo sempre con maggiore frequenza, all'aumento della richiesta per un particolare tipo di desensibilizzazione, quella per l'aspirina nei pazienti cardiopatici. D'altra parte la desensibilizzazione all'aspirina diventa obbligatoria in quei pazienti con cardiopatia ischemica che necessitano, in condizione di sindrome coronarica acuta, di duplice antiaggregazione piastrinica con acido acetilsalicilico e clopidogrel, al fine di poter eseguire l'angioplastica e il successivo impianto di stent. Si capisce come in questi casi la desensibilizzazione sia di fondamentale importanza dato che l'unica al-

SERGIO TESTI¹, STEFANIA CAPRETTI¹,
GIUSEPPE ERMINI¹, MIRIAN IORNO¹,
DONATELLA MACCHIA¹, GIANCARLO LANDINI²

¹ UO Allergologia e Immunologia Clinica Azienda, Sanitaria Firenze (Direttore Maurizio Severino)

² Direttore Dipartimento Medico, Azienda Sanitaria Firenze

ternativa valida al mancato impianto dello stent è rappresentata dall'intervento chirurgico di by-pass aorto-coronarico.

Nella nostra struttura allergologica, ogni settimana, si effettuano in media circa 30 test di tolleranza per farmaci e una desensibilizzazione per l'aspirina. Per quest'ultima in genere vengono adottate due distinte strategie, in base alle caratteristiche del paziente cardiopatico o cerebrovascolare che necessita di terapia antiaggregante. Nei pazienti che hanno avuto una precedente reazione di ipersensibilità con dosi antinfiammatorie del farmaco, in genere adottiamo uno schema rapido in 5 somministrazioni (che potremmo equiparare ad un mini test di tolleranza), nei pazienti a maggior rischio, con pregresse reazioni avverse severe oppure in ricoverati in attesa di angioplastica con impianto di stent, lo schema di desensibilizzazione è più lento; nel primo caso in 2 ore e 20 minuti raggiungiamo la dose di 160 mg, nel secondo caso dopo 3 ore e 20 minuti, raggiungiamo il dosaggio cumulativo di 150 mg del farmaco, in entrambi i casi possiamo, nei giorni seguenti, continuare la terapia con il dosaggio di 100 mg al giorno.

Oltre alla richiesta di desensibilizzazione all'aspirina che rappresenta una richiesta in continuo aumento, va detto che negli ultimi anni, si assiste anche ad una sempre maggiore richiesta di desensibilizzazione per farmaci chemioterapici (come carboplatino, cisplatino, oxaliplatino, paclitaxel) o ancora più recentemente, per farmaci biologici (retuximab, infliximab, trastuzumab).

Conviene comunque sempre ricordare che la tolleranza del farmaco indotta dal processo di desensibilizzazione è temporanea, cioè lo stato di tolleranza indotto verso quel determinato farmaco, si mantiene solo se vi è una continua assunzione del farmaco nel tempo. Se il paziente necessita invece di cicli di terapia con intervalli prolungati, ad esempio di 4 settimane, come succede nel caso dei chemioterapici, ad ogni nuovo ciclo dovrà essere sottoposto ad una nuova procedura di desensibilizzazione.

Tale procedura può comportare un elevato rischio di reazioni avverse, per cui prima di iniziarla, dovranno essere valutati i rischi e i benefici e naturalmente quest'ultimi dovranno essere sempre superiori ai rischi; bisogna inoltre tenere conto delle controindicazioni alla procedura stessa, controindicazioni che si possono distinguere in relative e assolute; questo implica che ogni procedura di desensibilizzazione deve essere effettuata in ambiente idoneo per unità di rianimazione, sotto la supervisione di personale sanitario particolarmente addestrato, con familiarità verso queste procedure e con dimestichezza nel trattamento dell'anafilassi.

Non sempre lo schema di desensibilizzazione si presenta semplice e lineare come accade, ad esempio, con il meropenem. A volte, si possono avere delle problematiche, diciamo di ordine logistico, come nel caso della desensibilizzazione per la penicillina, nel caso specifico la procedura prevede la somministrazione del farmaco addirittura attraverso tre differenti vie, l'orale, la sottocutanea e l'intramuscolare. Questo può complicare notevolmente le cose, soprattutto per il reperimento dei farmaci necessari, infatti la penicillina per somministrazione orale, la penicillina V (OSPEN®), è un farmaco non disponibile in Italia e da qui la necessità, tramite l'Azienda Sanitaria di Firenze, di acquistarlo all'estero.

In conclusione, la desensibilizzazione è una procedura che deve essere impostata dallo specialista allergo-immunologo, in collaborazione con le altre figure specialistiche di volta in volta interessate. Le successive fasi dovranno essere affidate, a causa della elevata percentuale di rischio insita nella procedura, a personale sanitario con dimestichezza nella preparazione e nella somministrazione del farmaco, ma anche nell'individuazione dei primi sintomi di una eventuale reazione avversa al farmaco stesso.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: sergio.testi@asf.toscana.it

TM



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI

Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo.

Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita.

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789

www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it



Iacopo Sardi, spec. in pediatria e biologia; spec. in Genetica Medica. Dirigente medico coordinatore del Serv. di Neuro-oncologia del Dip. di Pediatria Internistica dell'AOU Meyer a FI. Collabora con l'U.O. di Pediatria dell'INT, MI. È impegnato in progetti di ricerca e nella definizione di trattamenti sperimentali dei tumori cerebrali dell'età pediatrica.

Le nuove frontiere della Neuro-oncologia

L'esperienza dell'Ospedale Pediatrico Anna Meyer

I tumori del Sistema Nervoso Centrale (SNC) rappresentano per incidenza, la seconda neoplasia pediatrica dopo le leucemie e la prima causa di morte per tumore nel bambino. In Italia si ammalano ogni anno tra i 400 e 450 bambini. Dati epidemiologici recenti indicano che l'incidenza delle neoplasie del Sistema Nervoso Centrale è realmente aumentata negli ultimi due decenni.

I tumori del Sistema Nervoso Centrale costituiscono un gruppo biologicamente distinto di malattie con particolari caratteristiche di crescita e risposta variabile al trattamento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) classifica questi tumori in oltre un centinaio di tipi istologici differenti.

La scelta terapeutica dei tumori del Sistema Nervoso Centrale non è solo guidata dal tipo di neoplasia, ma anche dalla sede del tumore, dall'età del paziente e dai possibili effetti deleteri del trattamento su un sistema nervoso in evoluzione. Il programma terapeutico comprende sempre la chirurgia primaria, se tecnicamente possibile. Un trattamento complementare con chemioterapia e/o radioterapia è effettuato sulla base dell'esito della chirurgia e del tipo istologico. Meccanismi intrinseci o acquisiti di resistenza svolgono un ruolo limitante nello sviluppo di nuovi farmaci e nell'ideazione di trial clinici. I tumori del Sistema Nervoso Centrale alla ricaduta richiedono sovente terapie di salvataggio personalizzate.

Attualmente, oltre la metà dei bambini che si ammalano di tumori cerebrali ha la possibilità di guarire e di diventare adulto. Tuttavia, il prezzo della guarigione è spesso elevato in termini di sequele che si manifestano in deficit neuro-cognitivi, endocrino-metabolici e dell'accrescimento somatico. Gli aspetti di prevenzione, riabilitazione e correzione di tali deficit sono oggi parte integrante del piano terapeutico cui questi bambini sono sottoposti.

Il peculiare metodo clinico e specialistico di questo tipo di tumori, rispetto alle altre tipologie neoplastiche dell'età pediatrica, ha quindi portato le strutture ospedaliere più all'avanguardia a differenziarne organizzazione e personale.

Negli ultimi anni l'ospedale pediatrico Anna Meyer è divenuto un importante polo attrattivo a livello nazionale per questo tipo di patologia grazie all'attività dell'*équipe* di neurochirurgia diretta dal dottor Lorenzo Genitori. Nel percorso di miglioramento delle proprie attività, la direzione ospedaliera ha pertanto ritenuto indispensabile creare una struttura funzionale di Neuro-oncologia costituita da un day-hospital/ambulatorio e da posti letto dedicati nel reparto di onco-ematologia. La Neuro-oncologia afferisce alla SODc di Clinica Pediatrica 1^a del DAI Pediatria Internistica, diretta dal professor Maurizio De Martino.

IACOPO SARDI, SILVIA FARINA,
STEFANIA CARDELLICCHIO,
MAURIZIO DE MARTINO

Neuro-Oncologia - Dipartimento di Pediatria Internistica
Ospedale Pediatrico Anna Meyer, Firenze

La nuova attività si avvale di un'integrazione multi-disciplinare al fine di realizzare un corretto approccio clinico-terapeutico e quindi l'eccellenza nella cura del bambino affetto da tumore cerebrale. L'obiettivo è di fornire il meglio della *clinical governance* in questa patologia, in termini di adozione di linee guida e di protocolli diagnostico-terapeutici nazionali ed internazionali attraverso una formazione continua del personale coinvolto.

Per l'attività consulenziale fornita dai pediatri, dagli endocrinologi e dagli oculisti, che sono gli specialisti dei quali più frequentemente il paziente affetto da neoplasia cerebrale necessita, sono pianificati ambulatori specifici regolarmente programmati ai quali vengono indirizzati detti pazienti.

Le difficoltà diagnostiche e terapeutiche comportano la necessità di una pianificazione terapeutica decisa collegialmente da neuro-oncologo, neurochirurgo, patologo, radioterapista e radiologo.

Il *team* di neuro-oncologia dell'ospedale Anna Meyer è parte attiva del Gruppo Oncologico Multi-disciplinare (GOM) che si riunisce settimanalmente per definire il piano di cura dei nuovi casi, le strategie dei pazienti in terapia e in follow-up ed infine lo stato della ricerca clinica e di base applicata. In tali riunioni vengono anche discussi i *report* dei congressi nazionali e internazionali ai quali hanno partecipato i membri del gruppo.

TERAPIE CONSOLIDATE E INNOVATIVE

La Neuro-oncologia del Meyer è in grado di proporre ai pazienti affetti da neoplasia cerebrale proto-

colli *front-line*, di seconda e terza linea accreditati a livello internazionale e terapie sperimentali innovative. Attualmente l'iperfrazionamento radioterapico associato alle alte dosi di chemioterapia ha portato la sopravvivenza totale a 5 anni dei nostri pazienti affetti da medulloblastoma metastatico (M1-M3) ad oltre il 75%.

Da gennaio 2013 è partito il nuovo protocollo SIOP PNET 5 per i medulloblastomi non-metastatici all'esordio che proporrà regimi terapeutici ridotti di chemioterapia associata alla radioterapia conformazionale, stratificando i pazienti su fattori prognostici biologici a vantaggio di una riduzione degli effetti collaterali a medio e lungo termine e una migliore qualità di vita dei piccoli pazienti.

Il nostro gruppo ha inoltre ottenuto ottimi risultati nel trattamento dei gliomi ipotalamo-chiasmatici associati a cachessia diencefalica con dosi moderate di cisplatino/etoposide. Tuttora è in corso un trial clinico che utilizza carboplatino/etoposide per ridurre ulteriormente i danni ototossici e nefrotossici nella terapia dei gliomi di basso grado sintomatici o in progressione.

I gliomi intrinseci del tronco encefalico (DIPG) attualmente sono trattati con un protocollo sperimentale che utilizza l'associazione del nimotuzumab, un anticorpo monoclonale contro l'EGFR associato alla vinorelbina, il derivato più recente degli alcaloidi della Vinca. Tale protocollo sperimentale sta dando risultati statisticamente significativi sulla sopravvivenza di questa malattia tuttora incurabile.

Il glioblastoma multiforme dell'età pediatrica pur presentando una sopravvivenza globale maggiore rispetto all'adulto rimane anch'esso una malattia inguaribile. È aperto uno studio randomizzato del protocollo standard radioterapia associata alla temozolomide con il bevacizumab per il trattamento di prima linea per questa neoplasia.

Sulla base di dati preclinici recentemente pubblicati dal nostro gruppo è stato sottoposto al CE uno studio pilota per la cura dei tumori del Sistema Nervoso Centrale *poor-responder* ricaduti che utilizza le antracicline in associazione alla morfina come agente facilitatore del passaggio di barriera emato-encefalica.

LA RICERCA

La neuro-oncologia del Meyer sostiene e promuove la ricerca clinica traslazionale sui tumori cerebrali dell'età pediatrica. Il gruppo partecipa a progetti di ricerca e trials clinici nazionali e internazionali collaborando con la pediatria dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano, la neuro-patologia dell'Università "La Sapienza" di Roma e l'Unità di Oncologia Sperimentale 1 del CRO di Aviano.

Le principali linee di ricerca sono mirate a capire le alterazioni farmaco-indotte della barriera emato-encefalica (BEE) su modelli pre-clinici e le alterazioni molecolari implicate nella genesi e progressione dei tumori del SNC più aggressivi attraverso studi di biologia cellulare e genetica.

Il nostro gruppo di ricerca ha studiato la possi-

bilità di alterare la barriera emato-encefalica usando la morfina per consentire la diffusione di farmaci come la doxorubicina nel Sistema Nervoso Centrale. Punto di partenza è stato l'ipotesi sperimentale che il pre-trattamento con morfina aumenti la permeabilità della barriera emato-encefalica (BEE) alla doxorubicina, inibendo l'isoforma ABCB1 del trasportatore P-gp (glicoproteina-P), una proteina di membrana con funzione di pompa, la cui attività nota sembra essere quella di estrarre dal citoplasma sostanze di varia natura penetrate nella cellula, limitando così l'ingresso nel cervello di molecole diverse.

I risultati ottenuti hanno confermato questa ipotesi sperimentale: la concentrazione di doxorubicina è risultata essere significativamente più alta in tutte le aree del cervello di animali pretrattati con morfina rispetto al gruppo di animali trattati con la sola doxorubicina ($P < 0.001$), a indicare che la morfina facilita l'ingresso e l'accumulo di doxorubicina nel tessuto cerebrale.

Ci proponiamo di creare un modello animale di tumore al cervello. Linee cellulari di glioblastoma, medulloblastoma e PNET (tumore primitivo neuroectodermico) saranno micro-iniettati nel corpo striato di gruppi di topi nudi *fox1nu* (cioè privi di difese immunitarie), per indurre sperimentalmente il tumore al cervello e aprire quindi nuove strade per migliorare la diffusione e l'azione di farmaci chemioterapici nel cervello potenziandone l'azione.

La caratterizzazione molecolare di molti tumori cerebrali aggressivi è notevolmente migliorata negli ultimi anni, apportando importanti vantaggi alla clinica in termini di trattamento e prognosi. L'analisi genetica ha contribuito a fornire informazioni fondamentali sui meccanismi dello sviluppo del tumore permettendo di individuare potenziali obiettivi terapeutici. La presenza di mutazioni sviluppate nel tumore può avere un valore predittivo per la prognosi del paziente, correlando direttamente con il grado di malignità e quindi con il comportamento aggressivo della malattia.

Il nostro gruppo si è focalizzato sullo studio genetico-molecolare (array CGH, *Next Generation Sequencing*) dei gliomi maligni di alto grado (glioblastoma multiforme, WHO-grade IV), in quanto le informazioni riportate in letteratura sono davvero scarse e questo tipo di tumore è resistente all'approccio terapeutico multimodale con una prognosi infausta e una sopravvivenza globale media che si attesta intorno ai 10 mesi.

L'obiettivo della nostra linea di ricerca è quello di riuscire a caratterizzare il fenotipo di questo tumore in modo che possano riconoscersi sottogruppi dei glioblastomi pediatrici e fornire informazioni prognostiche importanti per la terapia oncologica che si intenderà intraprendere sempre più in modo mirato verso i piccoli pazienti.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: i.sardi@meyer.it

Manfredo Fanfani

Una storia di aureole e di cappelli

Seconda parte (Prima parte nel numero precedente)

La medicina e lo "status" professionale del medico nelle opere d'arte.



Beato Angelico (1395 ca.-1455):
"Miracolo della gamba del moro". Museo di San Marco, Firenze.

E' consuetudine vedere i santi raffigurati con l'aureola, eccezionale è vederli con aureola e cappello in testa! Ciò accade quando, accanto alla santità, la tradizione vuole rispettare la simbologia della professione medica esercitata. I santi Cosma e Damiano compaiono in sogno al diacono Giustiriano della chiesa romana dedicata ai santi; l'artista li rappresenta come emergenti da una nuvola, nell'atto di trapiantare la gamba nera di un Saracino al posto di quella bianca in cancrena del diacono. Le guarigioni miracolose avvenivano per prassi durante il sonno; significativa l'abitudine di passare la notte nel tempio di Esculapio. L'Artista, nel sottolineare l'aspetto chirurgico della nuova scienza, anticipa un sogno prediletto dell'uomo: il trapianto di un organo. Sul lato del capoletto è appesa la matula, contenitore del recipiente di vetro con le urine da fare visionare al medico. Le scarpe ai piedi del letto e la porta spalancata rappresentano la speranza di un ritorno verso la normalità della vita! E' verosimile l'ipotesi che il diacono fosse affetto da una grave infezione cutanea (erisipela) che, sia pure raramente, guariva con esito in

iperpigmentazione bruna che un detto popolare definiva "arto di negro". Una guarigione senza dubbio miracolosa, tenuto conto dei modestissimi mezzi terapeutici dell'epoca! L'immaginazione dell'artista avrebbe tradotto la peculiarità dell'evento in un miracoloso trapianto della gamba di un nero su un bianco. Nel 1969, un anno dopo il suo primo trapianto di cuore, incontrai Christian Barnard a Firenze, mi parlò delle difficoltà subterrate per l'intervento. Era deceduto in un incidente un uomo di colore; l'équipe chirurgica era già pronta in sala operatoria, motivazioni di opportunità scongiurarono in quel momento il trapianto del cuore di un uomo di colore su un bianco; si dovette attendere il decesso di una giovane ragazza alcune settimane dopo. Illustrai a Barnard il trapianto della gamba di un nero su un bianco del Beato Angelico, ne rimase colpito; convenne che l'immagine sottolineava più elementi di affinità che di differenza fra uomini di diverso colore, inoltre si trattò di un intervento che non aveva avuto quei problemi di rigetto che complicarono seriamente i primi suoi trapianti!

Fernando del Rincón (XVI secolo):
"I santi Cosma e Damiano". Il Prado, Madrid.

Artisti di scuole diverse si sono trovati concordi nel descrivere gli indumenti dei santi Cosma e Damiano nell'atto di esercitare la professione medica: ampio mantello e cappello in testa. Uno dei santi esegue il trapianto della gamba di un nero sul diacono Giustiriano, l'altro assiste con in mano il cofanetto degli unguenti e spatola. Sul fianco dei due Santi, come voleva la tradizione, la borsa per i ferri chirurgici. Disteso per terra in primo piano il moro al quale, per pareggiare il conto, è stata sostituita la gamba bian-

ca trapiantata. Il diacono, a cui è stata trapiantata la gamba sinistra del negro, tiene in mano un ramo di papavero o di mandragora, con evidente allusione al suo stato di assopimento. Seduto sul lato destro appare un giovanetto con un serpente, ingoiato nel sorriso, che esce dalla bocca; senz'altro è il richiamo ad un altro dei miracoli attribuiti ai due Santi che estrassero quel serpente. E' frequente che gli artisti facciano dei collage degli interventi miracolosi più significativi operati dai santi riprodotti.

Tutta l'iconografia artistica dal 1300 in poi rappresenta il medico al letto del malato con una lunga tonaca e il cappello in testa. Artisti come il Beato Angelico, Ghirlandaio, Giovanni della Robbia, Sandro Botticelli, Rembrandt, Jean Steen e molti altri rispettano nelle loro opere questa tradizione. L'uso del cappello come simbolo dell'immagine professionale si protrae fino al tardo Ottocento e primo Novecento. A sottolineare la forza evocativa del cappello, il Beato Angelico nel martirio dei santi Cosma e Damiano li raffigura senza vesti ma non rinuncia all'aureola e al cappello in testa per sottolineare il loro status di santi e di medici. Anche quando vengono raffigurati dei bambini che giocano a fare il medico, come nel quadro di F. Hardy della fine Ottocento, gli assistenti, intenti a preparare le pozioni medicinali, sono tutti a capo scoperto; solo il bambino che impersona la figura del medico, nell'atto di tastare il polso alla bambola ammalata, porta il cappello in testa per evidenziare il suo diverso status professionale.



Alonso de Sedano (Scuola Spagnola 1500):
 "Miracoli dei SS. Cosma e Damiano". Wellcome Library, Londra.

Anche in questa immagine, a sottolineare quanto fosse diffusa la tradizione, i due santi sono immortalati, oltre che con l'aureola, con ampio mantello e cappello rosso in testa. Uno dei santi è irto a eseguire il trapianto della gamba di un nero su un bianco, l'altro tiene in mano il cofanetto

con gli unguenti. In primo piano un angelo illumina con una candela la scena, un altro tiene in mano la gamba asportata al bianco. Un terzo angelo, dietro ai santi, è assorto in preghiera. Anche in questo caso la gamba trapiantata è quella sinistra.



Tavola di Bicci di Lorenzo (1373-1452):
 Galleria degli Uffizi, Firenze.

I santi Cosma e Damiano portano gli abiti consoni alla loro professione di medici, berretto rosso guarnito da una rovescia di vaio, ampia toga rossa e calze rosse. Damiano, a sinistra di chi guarda, stringe nella mano sinistra il cofanetto per i medicinali chiuso, nella destra la pinzetta; Cosma, a destra, porta nella mano sinistra il cofanetto aperto con i medicinali, si distinguono tavolette di colore rosso, altre bianche, altre dorate. Le tavolette di colore rosso, se-

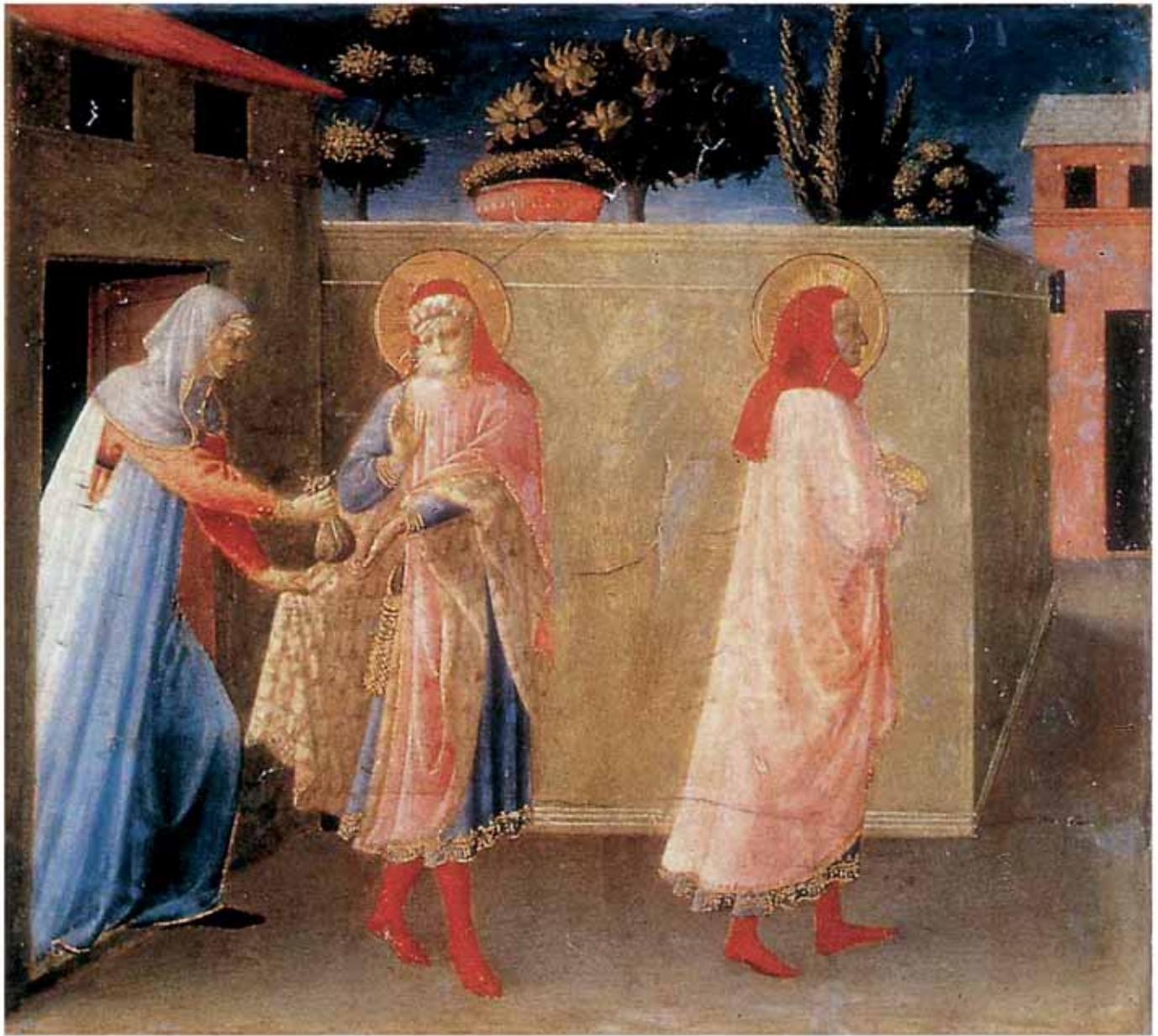
condo la farmacopea dell'epoca, rappresentano i comuni medicinali dal gusto sgradevole; è ancora in uso l'espressione "come prendere una medicina" quando si vuole esprimere disgusto per qualcosa. Altre pastiglie avevano subito, viceversa, il processo di "indoratura" ed erano da considerarsi delle "specialità" più gradevoli al gusto. Ancor oggi è in uso il detto di "indorare la pillola" quando si vuole fare inghiottire a qualcuno un boccone amaro.



Beato Angelico (1395 ca. - 1455): "SS. Cosma e Damiano".
 National Gallery of Art, Washington, D.C.

Nell'immagine dedicata alla miracolosa guarigione di Palladia ammalata di tumore, i due santi sono rappresentati accanto al letto dell'ammalata nella veste di medici di famiglia. Portano aureola, mantello e berretto rosso orlato di pelliccia in testa a simboleggiare lo status professionale del medico; porgono a Palladia un bicchiere con la pozione medi-

cinale. All'epoca il medico non prescrive i farmaci, li somministra personalmente; ciò rafforza il rapporto di fiducia e il valore terapeutico del farmaco. Nell'immagine accanto, Damiano fa un istintivo gesto di rifiuto con la mano destra mentre con la sinistra accetta un dono offerto con animo riconoscente da Palladia guarita.



Beato Angelico (1395ca-1455): "Pala di Annalena, guarigione di Palladia". Museo di San Marco, Firenze.

Palladia, miracolosamente guarita, trattiene per la tonaca Damiano, restio a soffermarsi, lo scorgiura in nome del Signore di accettare un piccolo omaggio offerto con cuore riconoscente e amore cristiano. Damiano alza istintiva-

mente la mano destra come gesto di rifiuto ma, sensibile alla supplica, tende la mano sinistra per accettare il dono. Non si tratta di denari, ma di un dono del tutto simbolico: tre uova! Ciò non toglie che Cosma non perdonerà il gesto

del fratello Damiano per il voto fatto di esercitare la professione senza compenso. Nell'immagine Cosma si allontana con gesto di disapprovazione; affermerà di non voler essere seppellito con il fratello dopo la morte. Sul fianco

destro di Damiano, trattenuto da Palladia per il mantello, compare la borsa finemente lavorata per gli strumenti chirurgici, a sottolineare che la chirurgia e la terapia farmacologica sono due arti gemelle, come gemelli erano i due santi.



Beato Angelico
(1395 ca. - 1455):
"Madonna delle Ombre".
Museo di S. Marco, Firenze.

I santi Cosma e Damiano, alla destra della Madonna assisa sul trono, conversano con san Marco; indossano la rituale tonaca rossa e berretto rosso orlato di vaio in testa; tengono in ma-

no la palma del martirio; quello più avanti porta nella mano sinistra il cofanetto dorato con i medicinali. In primo piano san Domenico indica le tavole con le regole dell'ordine. Il nome dell'o-

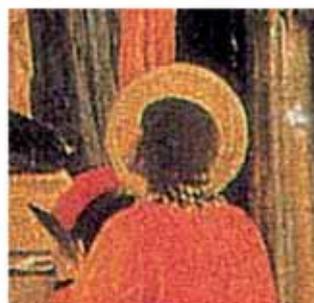
pera deriva dalla luce ombrata dai capitelli. Ma la luce fioca, filtrata dalle finestre che guardano piazza San Marco, non impedisce all'artista di fare un capolavoro.



Beato Angelico
(1395 ca. - 1455):
"Pala di San Marco".
Museo di San Marco, Firenze.

I santi Cosma e Damiano sono raffigurati davanti al trono della Vergine. Cosma è inginocchiato e assorto in preghiera sul lato sinistro dell'immagine con lo sguardo rivolto verso l'osservatore, cioè verso la comunità fiorentina, con volto addolorato e supplice; tiene in testa il cappello, simbolo del suo "status" professionale. Un ruolo di mediazione tra popolo e divinità, lo stesso ruolo esercitato da Cosimo de' Medici quando convince Papa Eugenio IV a prolungare da 6 a 10 anni l'indulgenza a tutti i presenti alla consacrazione del Duomo; ciò assicura a Cosimo grande prestigio e popolarità.

In senso più ampio la sovrapposizione di Cosimo de' Medici al santo Cosma vuol dimostrare, con raffinata tecnica subliminale, che il governo della famiglia Medici era la migliore cura dei mali della città. Ciò faceva parte di un'abile strategia di propaganda. Lungo il bordo inferiore del prezioso tappeto sono evidenti le palle rosse in campo dorato, un esplicito richiamo all'emblema mediceo. Damiano, con lo sguardo rivolto verso la Madonna, è intento alla sacra conversazione, tenendo in mano il cappello che si è tolto come atto di rinuncia al proprio status.



Continua nel prossimo numero...



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

La riforma sanitaria di Pietro Leopoldo

Parte III

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Altre iniziative di grande rilevanza sociale aprono nuove prospettive nel campo dell'assistenza in Toscana. I provvedimenti adottati da Pietro Leopoldo ampliano i confini della sua riforma sanitaria. Questa viene concepita come un intervento globale che interessa anche l'organizzazione dei servizi territoriali, per assicurare ai cittadini meno abbienti ogni forma di assistenza socio-sanitaria.

Nel 1777 veniva introdotto a Firenze e a Siena un nuovo servizio pubblico di sanità, finanziato dallo Stato, che fu esteso successivamente alle altre città toscane. In ciascun quartiere un medico e una ostetrica erano incaricati di prestare assistenza gratuita ai malati e alle gestanti poveri. Dovevano provvedere alle cure degli assistiti anche a domicilio, con lo scopo di "evitare per quanto possibile un eccessivo affollamento di degenti negli ospedali". I medici di quartiere erano tenuti ad affiggere sul portone della propria abitazione l'insegna dell'ospedale da cui dipendevano. L'ospedale stesso li riforniva di tutto ciò che era necessario per svolgere la propria funzione. Essi dovevano ricoverare in ospedale soltanto i malati più gravi. Anche le ostetriche di quartiere avevano obbligo di assistenza assolutamente gratuita per le partorienti povere. Dovevano risiedere nel rione loro assegnato per rispondere prontamente alle chiamate. Dovevano inoltre tenere in casa un'allieva della scuola di ostetricia, che completava così il tirocinio professionale. L'assistenza pubblica doveva essere preposta a quella che le stesse ostetriche potevano prestare alle donne facoltose.

Specifici ospizi erano destinati alle "gravide occulte" per mantenere la riservatezza delle donne coinvolte in situazioni non legittimabili. In particolare a Firenze operò l'ospizio di Orbatello, aggregato all'istituto degli Innocenti. Era stabilito che le donne in stato di gravidanza occulta fossero assistite e curate gratuitamente anche nel periodo del puerperio, mentre i loro neonati erano ospitati nel brefotrofo.

Con apprezzabile lungimiranza presso i principa-

li ospedali furono istituite le "scuole di ostetricia". A Firenze la prima scuola ebbe sede all'Orbatello. Era frequentata anche dalle donne di campagna che volevano apprendere la pratica del parto. Venivano così superate la difficoltà e i rischi dei parti assistiti da donne inesperte e prive anche di nozioni igieniche. Con questi provvedimenti lo Stato attribuisce un particolare rilievo al valore sociale della ma-

ternità.

A favore dell'infanzia abbandonata vengono riqualificati gli istituti per l'accoglienza degli orfani e dei trovatelli. Le disposizioni adottate migliorano decisamente le situazioni igieniche dei brefotrofi e le condizioni di vita dei bambini ospitati, tanto da far registrare la riduzione del tasso di mortalità. I trovatelli sono tutelati anche in virtù di un provvedimento secondo cui potevano essere affidati alle famiglie di coloni che ne facevano richiesta, dimostrando però di poterli allevare in ambienti confacenti e in un clima familiare adeguato.

A proposito dei brefotrofi, Passerini scrive che le statistiche sulla mortalità infantile sono "il termometro più certo per poter valutare la sufficienza dei metodi igienici praticati nello stabilimento". Di fatto nel corso di mezzo secolo la mortalità che incideva sulla popolazione infantile dell'istituto degli Innocenti scende da 83 a 55%, grazie al miglioramento del regime dietetico e delle condizioni igieniche, nonché alla più accurata assistenza. Molto si deve al fatto che oltre tremila bambini erano tenuti in campagna presso famiglie coloniche.

In virtù dell'alienazione dei beni patrimoniali che erano appartenuti a corporazioni soppresse o ridimensionate, in particolare quelle ecclesiastiche, lo Stato lorenese acquisì un notevole capitale edilizio che fu utilizzato per potenziare istituti ed ospizi a favore sia dell'infanzia sia degli anziani indigenti. Nelle città toscane attraverso queste iniziative si concretizza la politica sociale di Pietro Leopoldo verso la popolazione più debole, bisognosa di assistenza a livello territoriale.

SANDRO BOCCADORO

Già direttore sanitario Asl Firenze

I PRIMORDI DELL'IGIENE AMBIENTALE E DELLA PREVENZIONE PRIMARIA

Nella seconda metà del XVIII secolo prende avvio il processo che s'identifica con le prime applicazioni dell'igiene ambientale e con i provvedimenti della prevenzione primaria.

La politica agricola di Pietro Leopoldo ha determinato un intervento che ancora oggi è considerato fondamentale per la lotta contro la malaria, attraverso la bonifica delle zone paludose trasformate in terreni coltivabili. Anche se allora si conoscevano soltanto gli effetti e non la causa della malattia, si ipotizzava tuttavia che l'aria malsana e le acque stagnanti delle paludi fossero situazioni ambientali direttamente legate alla *febbre marenmiana* e che quindi dovessero essere rimosse. La riforma agraria, attuata soprattutto per ragioni di ordine economico, ha comportato certamente risultati di risanamento igienico e di prevenzione nei confronti di un grave flagello della salute.

Sotto il profilo igienico e della prevenzione ambientale assume grande rilevanza la politica degli interventi condotti a livello urbano. I provvedimenti adottati in questa direzione non si limitano soltanto al funzionamento dei servizi di sanità pubblica, che abbiamo già esaminato, ma investono anche l'assetto del territorio e delle infrastrutture cittadine. Interessano indirettamente ma in modo sostanziale la salute dei cittadini tutte quelle opere che migliorano le condizioni dei quartieri insalubri, l'ampliamento dei parchi e dei giardini pubblici, la costruzione di acquedotti e di reti fognarie, l'ammmodernamento delle strutture edilizie, l'assetto dei cimiteri, la sistemazione delle strade e delle piazze, l'ordinamento scolastico.

Ai fini della prevenzione si può evidenziare inoltre la realizzazione del *lazzaretto* di san Leopoldo a Livorno, destinato alla pratica della quarantena, dove venivano isolati i marinai e i viaggiatori delle navi in cui durante la navigazione si erano sviluppate malattie contagiose.

Si può dedurre che la politica illuminata di Pietro Leopoldo, alle innovazioni che interessano direttamente le istituzioni sanitarie e sociali, associa provvedimenti che investono indirettamente la salute pubblica attraverso il riordino del territorio, il risanamento degli ambienti, il miglioramento delle condizioni di vita, la distribuzione delle risorse economiche tra i vari ceti della popolazione.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dopo aver passato in rassegna i punti innovativi e qualificanti della *riforma sanitaria* di Pietro Leopoldo, è possibile valutare il significato concettuale che riveste sotto il profilo storico.

Con i provvedimenti adottati, oltre all'ordinamento istituzionale dei servizi assistenziali, cambia sostanzialmente la concezione politica sotto il profilo socio-sanitario. Lo Stato avvia un disegno organico di ampia portata riformatrice, dal quale scaturiscono tutti gli aspetti più incisivi della riforma, che sottintende principi di ordine:

Politico - gli ospedali non sono più istituti di beneficenza ma strumenti dello Stato per la tutela della salute pubblica.

Sociale - il diritto all'assistenza sostituisce il concetto di carità. Un diritto esteso universalmente a tutti i cittadini, anche se stranieri rispetto al Granducato.

Etico - rispetto primario dell'uomo, indipendentemente dalla sua condizione sociale, e del malato, considerato soggetto da recuperare alla vita attiva.

La regolamentazione delle attività sanitarie promuove la qualificazione dell'assistenza e migliora la condizione dei servizi socio-sanitari in genere e degli ospedali in particolare. L'affermazione degli ospedali toscani in Europa è confermata dall'attenzione che viene riservata al "regolamento ospedaliero leopoldiano" oltre i confini del Granducato.

La riforma sanitaria di Pietro Leopoldo non è un fenomeno transitorio e contingente, ma un *processo di modernizzazione* che continuerà nel tempo e che coinvolge ancora oggi le istituzioni pubbliche della sanità. Saranno sempre confermati nelle riforme dei secoli successivi i criteri innovatori introdotti nei settori sanitari, quali l'interesse rivolto alla conservazione preventiva della salute, la razionalizzazione delle attività ospedaliere sul piano funzionale ed economico, la dimensione territoriale dell'assistenza. Si affermeranno sempre più radicalmente nella società moderna i principi sociali più edificanti quali il diritto universale all'assistenza, il superamento dell'emarginazione dei cittadini indigenti, la difesa della nascita, l'esaltazione della personalità del malato e della sua dignità umana.

Prima di concludere è opportuno sottolineare che non è fuori luogo parlare di *riforma sanitaria*, così definita anche da Wandruska. Ne è conferma proprio l'interpretazione in chiave moderna di eventi storici accaduti da oltre due secoli. Va precisato infatti che lo studio rievocativo degli avvenimenti analizzati non è stato condotto secondo i canoni della ricerca scientifica, ma è stato affrontato in base alle competenze professionali proprie di un medico di sanità pubblica. Pertanto gli aspetti più rilevanti della politica di Pietro Leopoldo nel Granducato della Toscana sono stati esaminati e commentati interpretando il passato con l'esperienza del presente.

In conclusione le innovazioni introdotte nel campo della sanità pubblica non si limitano a migliorare il funzionamento dei servizi e l'erogazione delle prestazioni. Questi provvedimenti sono stati collocati nel contesto di altri interventi politici, che trascendono il settore dell'assistenza diretta, ma interessano comunque indirettamente la salute della comunità. La riforma della sanità si collega alle altre riforme statali volute dal Granduca, in un ampio *processo di rinnovamento sociale* che ha contraddistinto il pensiero illuminato del grande riformatore.

Bibliografia

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

TM

La prima e la seconda parte dell'articolo sono state pubblicate nei numeri 1 e 2/2013 di Toscana Medica.



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".

Il paradosso cubano

“Per un visitatore che viene dagli USA, Cuba *is disorienting*. Auto americane ovunque, ma tutte fabbricate prima degli anni '60. Le nostre carte di credito, i nostri *smartphone* non funzionano. L'accesso a internet è pressoché inesistente. E il sistema sanitario sembra quasi ir-reale. Ci sono troppi dottori. Ogni

persona ha un suo medico di famiglia. Ogni cosa è gratuita – completamente gratuita e non c'è bisogno di autorizzazioni per accedere ai servizi e non ci sono ticket da pagare. Il sistema è rigidamente organizzato e la prima priorità è la prevenzione. Sebbene Cuba abbia a disposizione risorse molto limitate, il suo sistema sanitario ha risolto problemi che noi non siamo ancora in grado di gestire. I medici di medicina generale, insieme agli infermieri e altri operatori sanitari, hanno la responsabilità di erogare le cure primarie e i servizi preventivi per il gruppo dei loro pazienti – circa 1000 pazienti per medico nelle aree urbane.

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

(...) Tutti i pazienti sono registrati in relazione al loro livello di rischio, da I a IV. (...) Ogni paziente è visitato a domicilio una volta l'anno, e quelli con malattie croniche sono controllati più frequentemente. Quando necessario, i pazienti vengono riferiti al poliambulatorio di distretto (“poliambulatorio”) per la valutazione specialistica, per tornare al livello di comunità per il proseguimento delle cure. (...) I tassi di copertura vaccinale sono tra i più alti al mondo. La speranza di vita alla nascita è di 78 anni, identica a quello degli USA. Il tasso

di mortalità infantile è crollato dal 80 per mille nati vivi negli anni 50 a meno del 5 per mille, inferiore a quello degli USA, mentre il tasso di

mortalità materna rimane ancora molto elevato e in media con il range dei paesi caraibici”.

Ho sopra riportato ampi brani di un articolo pubblicato il 24 gennaio 2013 sul *New England Journal of Medicine* che mostra il paradosso della sanità cubana, riassumibile nelle Figure 1 e 2, che mettono in evidenza come – nel confronto tra 139 paesi – Cuba (nelle Figure pallino grosso) con un

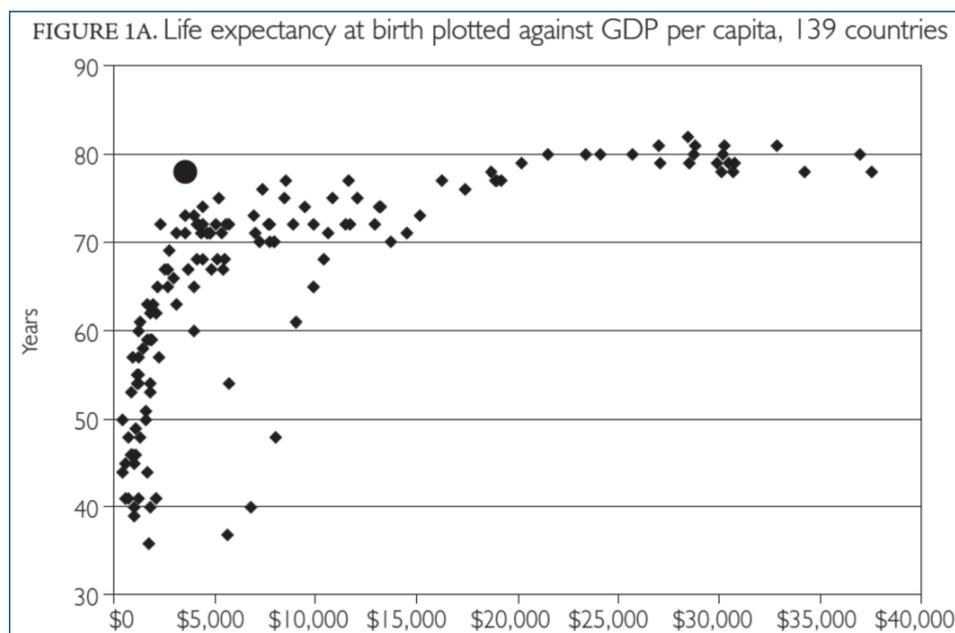


Figura 1 - Relazione tra PIL pro capite (\$) e speranza di vita alla nascita, 139 paesi. OMS. 2006.

¹ Champion EW, Morissey S, A different model - Medical Care in Cuba, NEJM 20013; 368-297-9.

reddito medio-basso ha livelli di salute (speranza di vita alla nascita, mortalità infantile) pari a quelli dei paesi più ricchi.

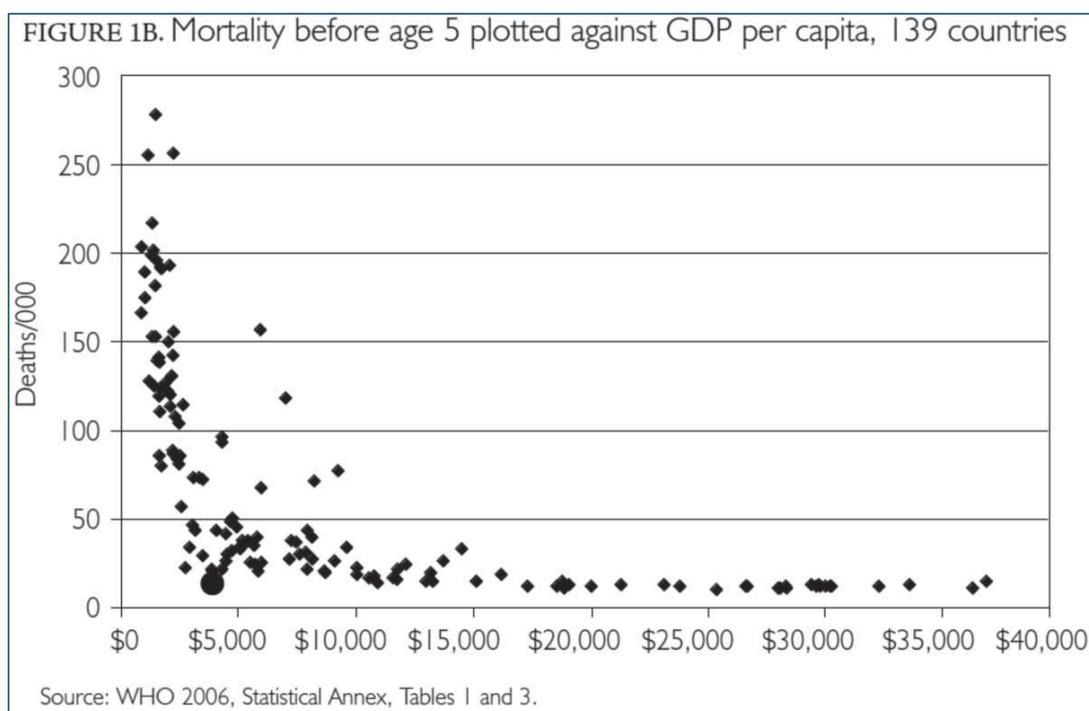
Naturalmente – spiega l'articolo – non c'è niente di romantico nel sistema sanitario cubano, dove le risorse sono veramente scarse. Lo stipendio mensile dei medici, ad esempio, è di 20 dollari (più benefit come l'abitazione e beni di prima necessità). Molti tra i migliori medici cubani sono stati mandati dal governo a lavorare in altri paesi dell'America latina (con stipendi assai più alti): dal 2002, 18 mila medici sono partiti per il Venezuela per realizzare un programma di assistenza sanitaria alle fasce più povere della popolazione in cambio di forniture di petrolio. Le attrezzature ospedaliere sono generalmente desuete e arretrate, sia per mancanza di soldi che a causa dell'embargo imposto dagli USA. Proprio a causa dell'embargo Cuba ha sviluppato una sua industria del farmaco e delle biotecnologie che sta diventando competitiva.

“Ogni visitatore – conclude l'articolo del

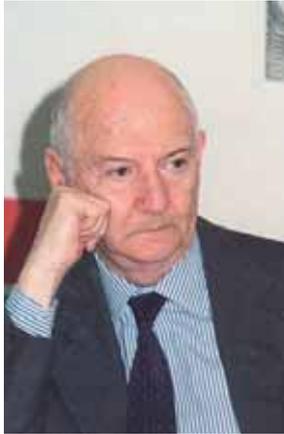
NEJM – si rende conto che Cuba è arretrata rispetto ai paesi sviluppati nelle infrastrutture di base come strade, case, acquedotti e fognature. Nonostante ciò i Cubani hanno cominciato ad affrontare gli stessi problemi di salute dei paesi sviluppati, con crescenti tassi di incidenza delle malattie coronariche e di obesità (11,7% dei cubani ha oggi più 65 anni di età). Il loro “*unusual*” sistema sanitario affronta questi problemi in un modo che deriva dalla peculiare storia dell'economia e della politica di Cuba, ma il sistema che hanno creato – con un medico per tutti, con il focus sulla prevenzione e una chiara attenzione per la salute comunitaria – può indicare la strada giusta anche agli altri paesi”.

È interessante notare che un gruppo di studenti di medicina della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, nel novembre 2012, ha compiuto un viaggio a Cuba per studiare il sistema sanitario. Il resoconto di questa visita è stato pubblicato su www.saluteinternazionale.info (vedi post. del 4 e 11 febbraio). **TM**

Figura 2 - Relazione tra PIL pro capite (\$) e mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni, 139 paesi. OMS. 2006.



Paesi	Speranza di vita alla nascita M/F	Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi)	Tasso di mortalità materna (per 100.000 nati vivi)
Cuba	76/80	5	45
America Latina	70/75	23	160
Italia	78/84	3	3
UE 15	77/83	4	6
UE 25	75/81	4	7
USA	75/80	7	11



Gianfranco Bozza

È difficile per me parlare del Professor Bozza. È stato il mio Maestro e quindi inevitabilmente finisco per considerare le sue qualità, scientifiche, professionali e umane, attraverso quell'ottica particolarissima che lega l'allievo al Maestro.

Ma d'altra parte è anche vero che proprio questa sua qualità di Maestro, questa sua capacità di trasmettere quello che era il suo sapere e la sua esperienza, era sicuramente una delle sue doti migliori. Lo faceva con un tratto signorile e garbato, usando la sua spontanea e fine ironia per mascherare l'affetto sincero e buono, l'amore per la sua professione e missione, che si esprimeva anche nella sua disponibilità verso gli altri, anche i più giovani.

La mia conoscenza con il professore coincide con gli ultimi anni del suo lavoro come clinico. L'ho incontrato nel 1982, quando ero un semplice medico frequentatore del reparto di Medicina dell'Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio. Ma all'attività clinica del Professore aveva iniziato ad accompagnarsi un nuovo interesse, quello dello studio sulla Qualità dell'Assistenza, allora nota come VRQ. Ed è stato questo il filo conduttore del nostro rapporto ed anche della nostra amicizia.

Nessuno ne sapeva molto di VRQ, anzi era vista come qualcosa di non necessario e di noioso. Ma il Professore aveva la vista molto più lunga della maggior parte di noi. Aveva individuato quello che sarebbe divenuto uno dei campi fondamentali della medicina dei decenni successivi, con grande capacità di analisi e di previsione. Insieme a pochi altri colleghi, soprattutto Galanti e Giachetti, aveva iniziato a studiare e a pubblicare le prime riflessioni. In poco tempo era riuscito a coagulare interesse e mettere insieme molto materiale. Ed iniziarono i primi corsi di formazione sulla qualità. È in questo momento che entrai, con il compito di assemblare i dati, cercare libri in biblioteca, selezionare gli articoli, produrre i lucidi, fare la revisione delle bozze, insomma il tipico lavoro dell'ultimo arrivato, il ragazzo di bottega come ero chiamato. All'inizio non ero molto convinto ma è vero anche che il Prof. mi dava una fiducia difficile da rifiutare. E col tempo è riuscito a darmi le chiavi per vedere le cose cliniche di ogni giorno da una prospettiva diversa, insegnandomi un metodo di analisi delle cose. Mi stava dando gli strumenti per vedere l'insieme dei fenomeni e non le sole prestazioni che ogni giorno ero abituato a fare e vedere. Mi stava insegnando un approccio nuovo e le basi di un lavoro nuovo che ancora oggi è attuale e moderno.

Il ricordo più bello è legato ai viaggi verso i vari

Ospedali d'Italia a tenere i tantissimi corsi di formazione che abbiamo fatto insieme. Ore di macchina a parlare del rapporto fra lo standard e l'indicatore! E che dire del criterio? Quale il rapporto e le differenze fra VRQ e MCQ? Tanto tempo che solo ora capisco quanto mi abbia formato e mi abbia cambiato. Il suo insegnamento era fondamentale per la finezza dell'analisi e per il valore dei contenuti, ma ancora più importante per la sua capacità di trasmettere il senso e l'utilità del rigore e della disciplina, per il senso di responsabilità nel selezionare e affinare i concetti che poi altri avrebbero potuto recepire e utilizzare. Insieme a questo un altro insegnamento, mai detto ma sempre praticato, quello della assoluta assenza dell'ostentazione o meno che mai dell'arroganza del proprio sapere. Un segno di grandezza nell'accettare i limiti delle nostre conoscenze. Il sapere come strumento di potere cozzava contro le sue qualità ed il suo pensiero di maestro e di divulgatore, in una epoca ancora ricca di figure cosiddette baronali. La sua capacità di trasmettere ciò che sapeva era in realtà anche lo strumento più forte per acquisire cose nuove dai suoi interlocutori, dai suoi allievi, per continuare sempre ad imparare. È anche così che lui era sempre davanti a tutti, ma sempre disponibile, sempre generoso nel condividere le sue conoscenze. Io ho approfittato di tutto questo, e spero di avere imparato anche qualcosa del suo stile e del suo metodo di lavoro, ma sono sicuro che devo a lui se sono riuscito a raggiungere alcuni risultati positivi.

Ne sono orgoglioso perché penso che anche lui lo sarebbe stato: credo di saperlo per come mi ha seguito senza che me ne accorgessi, per come mi ha orientato nelle scelte professionali, per come mi ha insegnato a ragionare nel mondo del lavoro e non solo. Non è certo un segreto che quando mi chiedono quale è stata la mia fortuna, la chiave per ottenere qualche successo professionale, rispondo che è stata quella di avere avuto un maestro, e quando il maestro è stato il prof. Bozza allora vuol dire che si è stati fortunati, molto fortunati.

Dal 1982 sono passati 30 anni e in questo tempo gli ho sempre dato del "Lei" anche quando tutto il mondo gli dava del "Tu". Ma è stato il mio maestro: non mi è mai riuscito farlo e l'ho sempre considerato, in fondo, un privilegio.

Grazie Professore

Carlo Tomassini

Toscana Medica si associa al ricordo del Prof. Gianfranco Bozza, illustre amico e collega, uomo di rara sensibilità umana, che ha illustrato la Sanità toscana sul piano scientifico e professionale.

Il Prof. Bozza è stato per anni componente del Consiglio dell'Ordine di Firenze e membro del Comitato di Redazione di Toscana Medica.

TM



Cambiare la sanità per tutelare la salute

L'articolo scritto su Toscana Medica 10/12 dall'Ing. Luigi Marroni, Assessore alla Salute della Regione Toscana, pone in evidenza gli attuali problemi della sanità, auspicandone molte possibilità migliorative se non risolutive. L'articolo abbraccia giustamente in una ottica allargata i vari aspetti che compongono la Galassia Sanità, non ultimi quelli finanziari e quelli sindacali, ma qui, per esperienze mediche personali maturate sul campo, desidero evidenziare e sottolineare problematiche e possibili soluzioni di preteso stampo sanitario, soltanto accennando, per la mia inesperienza, al quadro economico.

Le Problematiche

I *problemi finanziari* (senza soldi non si fa nulla) già presenti in passato, ingigantiti dalla attuale *crisi* ci pongono di fronte ad una minore disponibilità di danaro. Questa viene accentuata da quegli *sprechi*, instaurati nel remoto e recente passato in un illusorio stato di sovrabbondanza economica, oggi difficili a morire a causa dei benefici e dei privilegi instaurati e consolidati.

Innovazioni tecnologiche, sempre più ampie, rapide, irrinunciabili ma costose, pongono nuovi investimenti, nuove spese. Un utile discrimine non è sempre facile da applicare: spesso le innovazioni possono dichiararsi inutili, oppure necessitano di ulteriori miglioramenti che comunque derivano sempre da una esperienza d'uso e quindi da un costo.

Le difficoltà economiche e sanitarie si sono poi accentuate a causa dell'*invecchiamento della popolazione*. Bene: si vive di più (dalla media mortuaria dei 50 anni alla attuale media degli 80), ma ci si ammala anche di più e più a lungo per cui è in netto aumento la richiesta di cure per il mantenimento di un certo stato di salute e di benessere. Il nostro corpo, come una vecchia macchina, ha sempre più bisogno di manutenzione.

I Provvedimenti (nella speranza che diventino *Risoluzioni Attuative*)

Il *Fattore Umano*: Accentuare, premiare qualità, professionalità, pertinenza, appropriatezza

degli addetti ai lavori (Medici, Infermieri, Amministrativi).

Contrastare e sopprimere le aree ospedaliere ed extra-ospedaliere di stretto interesse personale e/o inefficienti allo scopo per cui erano state create.

Il fattore umano, estremamente variabile, è sicuramente uno di quei vettori che concorrono alla sanità di più difficile gestione sia per le valutazioni di merito che per le personali resistenze.

Ristrutturazione dei molti e vari *Servizi* (guardia medica, 118, pronto soccorso, laboratori, farmaci, protesi, banche del sangue e degli organi, ambulatori, assistenza domiciliare, ecc.) ma soprattutto loro coordinamento ed anche opportuna interazione con i servizi delle associazioni di volontariato.

Cartella Sanitaria Elettronica per ciascun paziente consultabile, comunicabile, gestibile nei dati sanitari in una unica rete telematica opportunamente protetta. Questo faciliterebbe, in ogni parte del territorio nazionale (in un tempo non lontano in Europa), una rapida consultazione, una riduzione della attuale pleora di esami, una minore invasività diagnostica, una maggiore certezza clinica, un sicuro risparmio economico. Si tratta di una cibernetica egualitaria, fattore non ultimo di un equo accesso ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini.

A mio giudizio rimane tuttavia fondamentale, insostituibile, pragmatico il rapporto medico-paziente (dal medico generico allo specialista, dal medico di territorio all'ospedaliero, all'universitario) la cui empatia deve essere compenetrata dalla responsabilità (scienza e coscienza) del medico e dalla fiducia (ragionata e consapevole) del paziente. Senza tutto questo insisterà forzatamente una cattiva sanità: una insoddisfazione di fondo, uno spreco economico (insistente ricerca del medico e dell'esame giusto) e un perdurante contenzioso giudiziario.

Pietro F. Bayeli
Docente Emerito di Gastroenterologia
Università degli Studi di Siena

Precisazioni sulla fitoterapia e reale ruolo delle piante medicinali oggi

In risposta all'articolo a firma della Prof.ssa Zilletti e del Prof. Pandolfi riguardante la fitoterapia (numero 9/12), in qualità di Presidente della Società Italiana di Fitoterapia, con lo scopo di fornire al medico e a tutta l'utenza una corretta informazione, desidero puntualizzare diversi aspetti della materia che inquadrano la fitoterapia in un modo certamente diverso da quanto riportato e che, per quanto codificati in sede ufficiale, sfuggono ancora agli autori e a molti professionisti e docenti.

La prima parte dell'articolo mette giustamente in evidenza ciò che anche noi consideriamo di primaria importanza, cioè sottolineare che prodotto vegetale non è sinonimo di sicurezza e di assenza di effetti collaterali, al contrario di quello che molti pazienti ipotizzano. In altre parole la Prof.ssa Zilletti e il Prof. Pandolfi descrivono un prodotto vegetale derivato da una pianta medicinale con le stesse caratteristiche di un farmaco, quale in effetti è; o meglio quale dovrebbe essere.

La differenza tra la posizione degli autori e la corretta interpretazione del ruolo della fitoterapia oggi sta tutta qua, nel comprendere cosa distingue la fitoterapia razionale dalla profarmacologia e quindi cosa non dovrebbe chiamarsi fitoterapia.

Non è fitoterapia per esempio l'utilizzo a scopo terapeutico di prodotti destinati ad un utilizzo diverso come l'integrazione alimentare e come tali privi di standardizzazione del processo di produzione e quindi di standardizzazione di composizione; non è fitoterapia il rimedio della nonna e l'andar per erbe per prepararsi le medicine in casa e non è fitoterapia andare in farmacia o in erboristeria, per le terapie verdi all'insegna dell'anti-farmaco.

Gli autori hanno perfettamente ragione a dire che nel cercare dati scientifici riferiti a queste modalità di cura si incontrano inevitabilmente evidenze di inefficacia eclatanti, casi di intossicazioni e un ritorno al passato, ma come si diceva sopra, questa non è fitoterapia razionale.

Dovrebbe essere noto a tutti il ruolo in farmacologia moderna degli antraciloni come lassativi, delle frazioni purificate di flavonoidi di specie del genere *Citrus*, dell'attività epatoprotettrice della silimarina, dell'efficacia in flebologia delle cumarine e delle procianidine, degli estratti lipidosterolici in urologia, degli antocianosidi in oftalmologia. In questa incompleta lista sono riportati solo alcuni dei vecchissimi principi attivi di specialità medicinali utilizzati nella pratica clinica ancora oggi come qualche decennio fa, farmaci inseriti in ogni testo di farmacologia che sono fitoterapici propriamente detti. La composizione di questi farmaci non è per niente sconosciuta e il processo di produzione in questi casi è ovviamente standardizzato. Questi fitoterapici, come qualun-

que altro farmaco monomolecolare, sono entrati in commercio secondo la normativa del farmaco vigente all'atto della registrazione e ancora oggi in Europa i fitoterapici devono essere registrati come medicinali secondo la 2001/83/CE.

Recentemente la ricerca scientifica ha attinto a piene mani dalle piante medicinali per lo studio e lo sviluppo di nuovi *lead compound*, tanto che negli ultimi quindici anni i modelli naturali sono quasi la totalità delle molecole attualmente in studio in fase I, fase II e fase III; la stessa ricerca però ha anche evidenziato un aspetto in profonda contraddizione con quanto affermato dagli autori dell'articolo, cioè che in molti casi la sinergia del fitocomplesso è tale da ipotizzare un razionale sviluppo del fitoterapico piuttosto che del singolo principio attivo. A dare credito a questa evidenza potrebbero non bastare i moltissimi dati clinici che si riferiscono all'efficacia di estratti standardizzati, ma deve bastare la posizione dell'OMS e ancora di più dell'EMeA che da diversi anni ha chiarito il ruolo di oltre 100 specie botaniche e oltre 300 prodotti vegetali riconoscendo loro un uso medico "well established" o "traditional", quando siano presenti sul mercato, seppur non come farmaci, da oltre 15 anni in Europa o da oltre 30 anni nel mondo e sia chiaro il loro profilo di efficacia e di sicurezza. Questi requisiti sono sufficienti all'EMeA perché questi prodotti possano essere registrati come farmaci vegetali tradizionali secondo la normativa 2004/24/CE.

Il quadro dei farmaci fitoterapici non è ancora completo e non si possono ignorare le decine di monografie di piante medicinali presenti in Farmacopea Europea 7° edizione e anche quelle presenti nella nostra Farmacopea Italiana XII edizione.

La fitoterapia ha un grande limite che tutti noi riconosciamo, quello di essere fraintesa e non conosciuta talvolta neanche dal professionista che si scontra con una realtà dove i farmaci che sono stati scientificamente testati risultano in minoranza rispetto ad una messe di prodotti vegetali pensati e commercializzati con l'unico scopo di irretire l'utente attratto dal naturale.

La Società Italiana di Fitoterapia, le altre Società scientifiche italiane operanti nel campo delle piante officinali e diverse Università Italiane da oltre venti anni si prodigano per fare ricerca e corretta formazione e cercano di sopperire, mediante percorsi post-lauream, alle carenze conoscitive di medici e farmacisti all'uscita dal loro corso di laurea per orientarli e renderli capaci di utilizzare al meglio uno strumento in più della moderna farmacologia, con tutti i limiti e i vantaggi che ogni strumento terapeutico possiede.

Daniela Giachetti
e la Società Italiana di Fitoterapia

Faq sulle vaccinazioni

Leggo nell'ultimo numero di Toscana Medica l'articolo del dott. Mauro Ruggeri relativo alle FAQ sulle vaccinazioni (TM1/2013, pag. 19). Fra le altre utili notizie, rilevo che il calendario della Regione Toscana da lui riportato nella Tabella 1, facendo riferimento alla somministrazione di DTPa ai 5-6 anni, riporta nella nota relativa, che "dopo il compimento dei 6 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifto-tetnico-pertussico acellulare di tipo adolescenziale-adulto dTpa".

Non so se il calendario riportato sia quello tuttora vigente oppure se si tratti di quello *in fieri*. Sta di fatto che il Calendario Nazionale dei Vaccini 2012-2014 indica invece che "dopo il compimento dei 7 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifto-tetnico-pertossico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa)". La reattogenicità a questo vaccino è forse diversa in Toscana da quanto accade in territorio nazionale e dunque per questo si è ritenuto di abbassare il limite di somministrazione di un anno? È la mia una supposizione verosimilmente sbagliata, ma comunque vorrei conoscere le ragioni di questa difformità.

Nicola Monterisi

La tabella riportata è quella contenuta nella delibera della Giunta Regionale Toscana n. 448 del 31.03.2010: Calendario vaccinale della Regione Toscana. Aggiornamento al 2010, ad oggi in vigore. La materia fa riferimento al precedente Piano Nazionale Vaccini dove per quanto riguarda l'uso del vaccino antidifto-tetnico-pertossico si trova scritto: la formulazione per adulti ha un ridotto contenuto di anatossina e viene utilizzata per le dosi di richiamo oltre i 6 anni.

Nel PNPV 2012-2014 nella nota della tabella relativamente a DTPa si trova scritto: dopo il compimento dei 7 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifto-tetnico-pertossico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa).

La Regione Toscana ha recentemente recepito quanto stabilito dal PNPV 2012-2014 ed il Calendario vaccinale sarà a breve aggiornato, compreso la tabella in oggetto.

Mauro Ruggeri

Letti per voi

Toscana Medica 3/13



Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale

Sabina Nuti, Gavino Maciocco e Sara Barsanti

Il Mulino Edizioni

In un'epoca in cui i media tempestano l'opinione pubblica in materia di immigrazione e di immigrati, il medico non poteva restare silenzioso, perché tra i diritti che anche un immigrato ha c'è, come per tutti i cittadini, quello alla salute.

E così che il gruppo che fa capo a Nuti, Maciocco e Barsanti, ha inteso studiare il problema, organizzarlo in chiave sociale e sanitaria e presentarlo alla schiera dei lettori (medici e non) con questo libro di quasi 300 pagine. Il testo presenta i risultati di una ricerca commissionata dalla Regione Toscana, svolta fra il 2010 e il 2011 dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto

di Management della Scuola Superiore di Sant'Anna di Pisa in collaborazione con l'Università di Firenze.

Lo studio ha analizzato da un lato i bisogni sanitari e sociali (e le esperienze personali) del cittadino immigrato, dall'altro lo status dell'assistenza sanitaria agli immigrati in Toscana, con i servizi offerti.

L'azione combinata di un'economista (Nuti), un medico (Maciocco) e una ricercatrice in Management (Barsanti) ha fornito un ottimo elemento di indagine e di riflessione che presentiamo volentieri ai nostri colleghi.

Bruno Rimoldi

L'imperatore del male

Siddharth Mukherjee

Neri Pozza Editore

“**U**na biografia del cancro” è il sottotitolo dell'opera di Siddhartha Mukherjee, professore di oncologia alla Columbia University, pubblicata in Italia dall'editore Neri Pozza. Una “storia militare” la definisce lo stesso autore, che riesce nell'impresa di narrare la storia dei ricercatori, dei pazienti, dei cittadini, di tutti coloro che si sono coalizzati per sconfiggere il tumore, il più temibile nemico dell'uomo oggi (escluso l'uomo stesso). Un libro di oltre 700 pagine che si legge come un grande e avvincente romanzo storico, più vicino a Guerra e Pace che a un'arida cronaca per addetti ai lavori. Come spesso riescono a fare gli americani la narrazione diventa un vero e proprio film d'azione, dal tono epico ma rigorosamente scientifico.

Un libro che ci insegna molte cose. Che la sconfitta del cancro non risiede soltanto nella ricerca di base e nella clinica, ma nell'alleanza di più discipline, la prevenzione, l'epidemiologia, le scienze palliative, la diagnostica, la farmacologia, insomma dell'impegno di tutta la medicina. Ci insegna anche che la scienza progredisce su poche grandi intuizioni e sulla somma di molteplici piccoli passi e quindi sulla capacità di interrelarsi e di condividere idee diverse in un'alternanza di vittorie e sconfitte, di illusioni e delusioni, di pregiudizi da sfatare e di innovazioni da comprendere, dove infine vince la fede nelle capacità dell'uomo e il suo desiderio di curare le malattie.

Gli antichi motti che definiscono il metodo della scienza

come “trial and error” e, quindi, “provando e riprovando”, dimostrano la loro verità. I moderni strumenti informatici riescono a mettere in relazione i contributi di molti e sono un potente strumento di progresso. È stato detto che alla scienza occorrono finanziamenti, fantasia, fortuna e fatica. Questa storia lo dimostra, senza dimenticare che in primo piano palpitano le vite dei malati di cancro. E dimostra anche il perché della superiorità, a partire dal ventesimo secolo, della scienza americana su quella europea. Laggiù i governi hanno compreso che lo sviluppo economico della nazione si fonda sulla capacità di innovare e che questa discende dalla ricerca, pura o applicata che sia.

E oggi? Stiamo per giungere davvero alla comprensione dei meccanismi formativi della neoplasia? Esiste l'abbozzo di una nuova teoria unitaria? Mukherjee fa il punto sulle conoscenze in nostro possesso. Purtroppo si ha l'impressione che comprendere la genetica dell'invecchiamento cellulare sia più semplice che modificare le condizioni ambientali che provocano vari tipi di cancro. La sconfitta delle multinazionali del tabacco è stata più difficile che scoprire la biochimica cellulare. In conclusione, se alcuni tumori hanno la stessa prognosi di qualche secolo fa, altri sono avviati a guarigione. Insomma l'imperatore del male vacilla e questo è uno dei più grandi risultati della scienza medica.

Antonio Panti

Narciso e i due volti di Eros

Gregorio Loverso

Franco Angeli Edizioni

Eros: un mito, un dio, un simbolo, una chiave di lettura della psiche, sinonimo di amore, spesso contrapposto a Tanathos, la morte.

Narciso: un personaggio ancora mitologico, celebre per la sua straordinaria bellezza e per l'amore per la sua immagine, talmente forte da farlo morire (Eros + Tanathos nello stesso mito!).

Eros e Narciso: Gregorio Loverso li riunisce nel duplice rapporto fra pulsioni di vita e pulsioni di morte, narcisismo vitale e narcisismo mortale...

Eros viene qui sdoppiato nei due livelli di amore per sé e amore del prossimo, che lo stesso Eugenio Scalfari

ha ripreso in chiave etico-politica, “incantato” (lo dice lui) dall'interesse per l'opera.

Presentiamo volentieri anche noi questo lavoro del collega, medico e psicoterapeuta, professore a contratto di Psicologia Clinica all'Università degli Studi di Firenze, certi di offrire uno spunto di riflessione, di ricerca e di approccio all'altro, malato o sano che sia, in una società politico-sanitaria che non abbia ancora collocato in maniera ufficiale e continuativa l'elemento psicologico nella propria filosofia.

Bruno Rimoldi

L'evoluzione della scienza e dell'etica in medicina

Giovanni Battista Muraro, Gabriella Izzi Benedetti

Abruzzo Libri, Edizioni Menabò 2012

Luigi Marchesani, medico d'indirizzo ippocratico, focalizzando l'attenzione sugli aspetti ambientali, sanitari, storici e statistico-epidemiologici, rappresenta, per chi intende analizzare il campo socio-sanitario ottocentesco, una fonte primaria di ricerca utile per una più completa comprensione storica.

È in quest'ottica che il collega Muraro (con la sua collaboratrice) ha inteso impostare la sua ultima fatica letteraria, volta a spiegare il continuo divenire della scienza medica, divenuto quasi forsennato nel XX e nel XXI secolo, ma sicuramente ben ancorato alle linee di fondo della ricerca dell'Ottocento.

Significativa l'indagine sull'evoluzione del concetto di salute negli ultimi due secoli, con l'introduzione di nuovi

e più ampi campi di indagine, come quello – ad esempio – sull'alimentazione, passata chiaramente dal concetto di “ricerca del cibo per sopravvivere” a scelta attenta e scientifica per contribuire alla qualità della vita. Il confronto fra il ruolo della donna nell'Ottocento e quello che ha oggi, con attento riferimento agli essenziali temi della gravidanza e della cura della prole, prende spunto ancora dall'opera di Marchesani.

Una lettura piacevole, scorrevole, sicuramente utile nell'epoca in cui tutto è rimesso in discussione, non per semplice gusto di critica e restauro (anche in campo etico e bioetico), ma per meglio finalizzare al bene dell'uomo ogni sforzo e impegno in ambito culturale e scientifico.

Bruno Rimoldi



Radiologia: riserva di legge per gli specialisti radiologi

A seguito di alcune richieste di chiarimento a proposito dell'esercizio di attività in campo radiologico, l'Ordine ricorda a tutti i propri iscritti che il Decreto Legislativo 26/05/2000 n. 187, in attuazione alle direttive dell'Unione Europea, riserva l'esercizio professionale della radiodiagnostica, della radioterapia e della medicina nucleare esclusivamente ai medici in possesso dello specifico diploma di specializzazione. Le attività radiodiagnostiche complementari

all'esercizio clinico possono essere svolte dal medico in possesso della specializzazione nella disciplina in cui rientra l'intervento stesso o dall'odontoiatra solo nell'ambito della propria attività professionale specifica. Il Ministero della Salute ha precisato che il medico non radiologo e l'odontoiatra non possono effettuare esami radiologici per conto di altri medici, pubblici o privati, né redigere o rilasciare referti radiologici. Risultano infatti ammesse solo le pratiche

che per la loro caratteristica di poter costituire un valido ausilio diretto e immediato per il medico o l'odontoiatra, presentino i requisiti funzionali e temporali di risultare «contestuali», «integrate» ed «indilazionabili» rispetto allo svolgimento di specifici interventi propri della disciplina esercitata. Si invitano, quindi, tutti i colleghi al rigoroso rispetto, nell'esercizio della loro attività, della normativa di cui sopra.

Valutazione del rischio nello studio

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici rende noto che a seguito dei chiarimenti forniti dal Ministero del Lavoro, il termine per i datori di lavoro che occupano fino a 10 dipendenti per autocertificare la valutazione del rischio (ai sensi del Decreto 81/2008) scade

il 31 maggio 2013. Dopo tale data sarà necessario redigere il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) secondo le procedure standardizzate previste dal Decreto Interministeriale del 30 novembre scorso. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ricorda co-

munque che i medici e gli odontoiatri che, nei loro studi, avessero comunque già provveduto a redigere il DVR, non sono obbligati a rielaborarlo, fermi restando gli obblighi di aggiornamento legati alla natura dinamica del documento stesso.

Visita a pagamento: dopo il clamore, serve chiarezza

A seguito degli articoli giornalistici pubblicati nel febbraio u.s. dal quotidiano "La Nazione" relativi al fatto che un medico di famiglia avrebbe preteso il pagamento di una visita domiciliare effettuata ad una propria assistita, senza tuttavia indicare i nominativi del medico e dell'assistito e lasciando così la vicenda nell'anonimato, il Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, Dott. Antonio Panti, ha inviato una lettera al quotidiano allo scopo di chiedere chiarezza

sulla vicenda. *"L'Ordine dei Medici di Firenze si rende conto che tutto quanto di buono vi è nella medicina generale non fa notizia, mentre un medico che si fa pagare invece fa notizia. Per fortuna, perché se il caso fa notizia, vuol dire che si tratta di un episodio eccezionale. Dispiace, quindi, che l'enfasi giornalistica finisca quasi per far apparire generalizzato un fatto che non lo è. Per questo la parente dell'anziana signora ha deciso di lamentarsene con i giornali. L'Ordine dei Medici*

di Firenze si permette, quindi, di invitare formalmente la signora a segnalare il fatto all'Ordine e alla ASL per i provvedimenti di competenza. Dopo il clamore mediatico che la vicenda ha suscitato, non si ritiene che possa esimersene. Altresì si ritiene che anche "La Nazione" potrebbe non tenere segreta questa fonte, segnalando a sua volta i dati relativi al caso di cui dispone. Tutto ciò al fine di riportare l'episodio nei suoi ambiti naturali che sono quelli deontologici e contrattuali".

Prorogata scadenza corso FAD ECM "Sicurezza dei pazienti"

A seguito delle numerose richieste di partecipazione, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha deciso di prorogare la scadenza del Corso ECM "Sicurezza dei pazienti e degli operatori" in modalità fax al **31 luglio 2013**. Il

riepilogo dei Corsi ECM in modalità on-line e fax organizzati dalla FNOMCeO è consultabile nella pagina del sito dell'Ordine www.ordine-medici-firenze.it dedicata all'ECM. Inoltre la FNOMCeO informa che nel mese di aprile pren-

derà l'avvio il nuovo Corso ECM sul Governo Clinico dal titolo: "Valutazione delle performance - Health Technology Assessment - Formazione", al quale si potrà accedere dal sito internet della FNOMCeO: www.fnomceo.it.



Verso un accordo Stato-Regioni sulle Medicine Complementari

Lo scorso mese la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha licenziato un documento sulla regolamentazione della formazione in Agopuntura,

Fitoterapia e Omeopatia proposto dal Gruppo tecnico interregionale Medicine Complementari, coordinato dalla Regione Toscana. Il documento verrà ora inviato al Mi-

nistero della Salute per seguire il percorso previsto che si concluderà con l'approvazione di un accordo Stato-Regioni.



Compilazione certificazione di malattia

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha ricevuto la seguente lettera dal Direttore Provinciale dell'INPS, che pubblichiamo, invitando i medici ad una piena collaborazione:

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione provinciale di Firenze

Firenze, 18/02/2013

Prot. Inf. N.



Spett. Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri di Firenze
Via G.C. Vanini 15
50129 Firenze
Fax 055.481045

Oggetto: Compilazione certificazione di malattia - corretta indicazione domicilio del lavoratore durante il periodo di malattia.

Pervengono all'attenzione di questa Direzione Provinciale INPS numerosi ricorsi amministrativi avverso i provvedimenti con i quali questo Istituto comunica ai lavoratori il mancato riconoscimento dell'indennità di malattia a seguito di irreperibilità a visita medica di controllo domiciliare.

Dall'esame delle argomentazioni addotte nei sopracitati ricorsi emerge spesso che la mancata reperibilità è dovuta all'errata indicazione dell'indirizzo del domicilio del lavoratore sul certificato di malattia, trasmesso poi all'I.N.P.S. con procedura telematica.

Tenuto conto della frequenza della situazione sopra evidenziata si ritiene necessario richiamare l'attenzione su quanto previsto dalla Circolare INPS. n. 117 del 09/0/2011 (cfr punto 2 sub 13): onere a carico del lavoratore di verificare la corretta digitazione dei dati anagrafici compreso l'indirizzo di reperibilità.

Si evidenzia, inoltre, che nel caso in cui il lavoratore si sottoponga a visita medica presso l'ambulatorio del medico curante durante le fasce orarie di reperibilità previste dalla legge - settore privato dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 17 alle ore 19, per il settore pubblico dalle ore 9, alle 13 e dalle ore 15 alle ore 18 di tutti i giorni della settimana compreso il sabato e la domenica - la stessa dovrà essere necessitata e non rinviabile perché possa essere accolta come certificazione in caso di assenza alla visita di controllo domiciliare.

Si chiede la collaborazione di codesto Spett.le Ordine nella diffusione dei chiarimenti sopra indicati nei confronti dei medici curanti nell'ottica di garantire un'adeguata informazione ai lavoratori interessati.

Ringraziando per la collaborazione, porgo Cordiali Saluti.

Lorenzo Leoncini
Direttore provinciale



Piano contro il diabete

Definire alcuni obiettivi strategici per migliorare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del diabete e favorire percorsi che garantiscano al paziente uniformità di risposte e continuità di tutela. Questi gli obiettivi del “Piano sulla malattia diabetica”, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012. Il documento è stato predisposto con l’obiettivo di dare seguito alle indicazioni europee, con le quali si

invitano gli Stati membri ad elaborare e implementare Piani nazionali per la lotta contro il diabete, tenuto conto, sia dell’aumento della prevalenza della malattia, che della possibilità di influenzare la sua storia naturale, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento della tutela della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico. Il Piano è stato elaborato nell’ambito della “Commissione

nazionale sul diabete”, che ha operato presso la Direzione generale della programmazione dal 2003, con il coinvolgimento della Direzione generale della prevenzione, dando vita ad una forte alleanza strategica fra Ministero, Regioni, associazioni dei pazienti e società scientifiche, con l’obiettivo di proporre misure per il miglioramento della qualità dell’assistenza. Per approfondire: www.salute.gov.it.

Sedazione terminale: la posizione dell’Ordine in Francia

Il Consiglio etico dell’Ordine dei Medici francese ha detto sì alla “sedazione terminale”, anche se solo in casi eccezionali, per i pazienti in agonia con dolori insopportabili. Il documento si intitola “Fine vita. Assistenza a morire” e riporta alcuni concetti cruciali: “Sulla base di richieste persistenti, lucide e ripetute da parte della persona colpita da una malattia per la quale tutte le cure sono diventate inefficaci e i trattamenti palliativi già adottati, davanti a situazioni cliniche eccezionali, una deci-

sione medica va presa”. I medici hanno un “dovere di umanità: una sedazione adatta, profonda e terminale, praticata nel rispetto della dignità, potrebbe essere meditata, non dal singolo medico, ma da una formazione collegiale, di cui bisognerebbe fissare la composizione e le modalità di appello”. Il Presidente della Federazione italiana degli Ordini dei Medici, Amedeo Bianco, ha così commentato la presa di posizione dei colleghi francesi: “Il fine della sedazione non è provocare la morte, ma controllare

dolore e sofferenza. Ed è noto che, come effetto secondario, ci possa essere l’accelerazione della morte”. Secondo il Vice Presidente del Comitato Nazionale di Bioetica, Lorenzo D’Avack, quella francese è “una decisione comprensibile ed eticamente accettabile, soprattutto se il paziente perfettamente capace di intendere e volere ha manifestato ripetutamente l’intenzione di non voler proseguire la propria vita in uno stato di assoluta sofferenza”.

Sedazione terminale: la posizione della SICP

In merito alle recenti notizie riguardo al documento formulato dall’Ordine dei Medici Francese sulla “sedazione terminale” la Società Italiana Cure Palliative (SICP) puntualizza come nel documento francese venga utilizzata una terminologia impropria per parlare dei problemi di fine vita. In particolare si crea una notevole confusione fra “eutanasia” e “sedazione terminale”. Per fare chiarezza, la SICP ribadisce che la “sedazione terminale” è un trattamento palliativo di sintomi refrattari ai consueti trattamenti, che è legittimo sia

sul piano etico-deontologico, sia su quello legale e che fa parte, da sempre, delle cure palliative. La SICP rimanda in proposito al proprio documento contenente raccomandazioni sulla sedazione terminale, disponibile sul sito www.sicp.it. In estrema sintesi, la SICP ricorda che la sedazione terminale differisce dall’eutanasia per almeno tre elementi cruciali: 1) mentre l’obiettivo della sedazione è ridurre o abolire la percezione della sofferenza provocata dai sintomi refrattari, l’obiettivo dell’eutanasia è provocare la morte del malato; 2) men-

tre i mezzi utilizzati dalla sedazione terminale sono costituiti da farmaci non letali, nell’eutanasia le sostanze sono letali per tipologia e dosaggi impiegati; 3) mentre l’esito finale della sedazione terminale è la riduzione dello stato di vigilanza e/o coscienza, per l’eutanasia l’esito finale è la morte indotta del malato. Un’ulteriore radicale differenza fra sedazione terminale ed eutanasia è data dagli studi scientifici che ripetutamente confermano come la sedazione terminale non riduca la sopravvivenza dei malati, potendo in vari casi prolungarla.

Medicine complementari in Europa

Attraverso un questionario di ampio respiro istituzionale e formativo, la CEOM – la Conferenza Europea degli Ordini dei Medici – ha provato a sondare cosa significhi parlare di Medicine Complementari nelle singole

realità dei Paesi europei. Il quadro emergente nelle risposte ai quattordici quesiti posti è ovviamente differenziato e indica soprattutto la necessità di un’omogeneizzazione dei percorsi formativi ed educativi. La CEOM, pertan-

to, si impegnerà per elaborare una piattaforma d’intenti comune a livello europeo da proporre agli Stati membri, allo scopo di pervenire ad una legislazione il più possibile uniforme e condivisa. Per approfondire: www.fnomceo.it.



Il danno subito va dimostrato

Una paziente aveva richiesto all'ospedale la copia della propria cartella clinica, ma quando l'ha ricevuta, si è accorta che mancavano alcuni referti. Ha fatto quindi ricorso per chiedere di ottenere anche le copie dei referti mancanti e il risarcimento del danno per l'incompleto accoglimento della sua richiesta. Il

Consiglio di Stato ha sentenziato che la paziente ha diritto di ottenere la copia integrale di tutti gli atti sanitari che la riguardano e quindi anche dei referti allegati alla cartella clinica. Quanto al risarcimento del danno, però, il Consiglio di Stato ha affermato che per poterlo ottenere è necessario che il paziente dimostri che

la mancanza di quei referti gli ha causato effettivamente un danno, anche solo morale, come per esempio il fatto che senza quei referti è stata ritardata la diagnosi, oppure sono state iniziate con ritardo le terapie. In mancanza di questa prova, la generica ed astratta richiesta di risarcimento non può essere accolta.

Misurato negli USA il rapporto medico-paziente

Qualche tempo fa un'agenzia di stampa ha battuto una notizia a dire poco curiosa. Ricercatori statunitensi sarebbero stati in grado di valutare l'attività cerebrale di alcuni medici mentre visitavano e proponevano delle cure da loro ritenute efficaci ad alcuni pazienti. In sostanza sarebbe stato dimostrato che le aree cerebrali che si attivano quando ad un paziente, convinto di ricevere un farmaco viene invece somministrato un placebo,

sono le stesse che si accendono nel cervello di un medico che sta proponendo un intervento di cura da lui ritenuto utile per un proprio assistito.

Per raggiungere questo risultato, che dona veste tecnologicamente e razionalmente scientifica al millenario concetto di empatia ed all'altrettanto antica relazione tra medico e paziente, sono stati usati "scanner cerebrali" e futuristiche apparecchiature di RM, in uno scenario

che forse richiama un po' troppo la fantascienza di certi libri o film.

Anche se la Scienza è continuamente alla ricerca di conferme oggettive alle proprie domande (cosa peraltro assolutamente condivisibile!), era davvero così necessario dedicarsi a "misurare" quanto grande sia il peso del rapporto, umanissimo e profondo, che da sempre lega inescandibilmente il malato al proprio curante?

Confermata la "bocciatura" della Legge 40

La Corte Europea dei Diritti Umani ha respinto il ricorso con il quale l'Italia chiedeva il riesame della sentenza con cui la stessa Corte, il 28 agosto scorso, aveva bocciato la Legge 40 sulla procreazione assistita. Diventa così definitiva la sentenza con cui l'Italia è stata condannata per aver violato il diritto al rispetto della vita familiare e pri-

vata dei coniugi Costa-Pavan, affetti da fibrosi cistica, a causa dell'incoerenza del sistema legislativo italiano che da un lato, con la Legge 40, vieta l'impianto dei soli embrioni non affetti dalla malattia dei genitori, mentre dall'altro, con la Legge sull'interruzione della gravidanza, gli stessi genitori sono autorizzati a ricorrere all'aborto se il feto è

affetto dalla patologia. Secondo uno studio comparato condotto dalla Corte di Strasburgo, l'Italia rimane uno dei pochissimi Paesi, assieme all'Austria e alla Svizzera (che tuttavia dovrebbe presto cambiare la legge) a vietare ancora la diagnosi preimpianto per prevenire la trasmissione di malattie genetiche.

Premio Letterario Nazionale "Flaminio Musa" - XXXIV edizione

La Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, Sezione di Parma, indice per il 2013 la XXXIV edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa per medici scrittori. **I racconti, da inviare entro il 17 giugno**, dovranno trattare una tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico; dovranno esprimere non tanto passaggi medico-tecnici, quanto manifestare, attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento del letto-

re alla lotta contro i tumori. Gli elaborati non dovranno superare le otto facciate, interlinea 2,0, dimensione carattere 12 e dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi. Dovranno essere corredati dalle generalità dell'autore, indirizzo, numero di telefono, indirizzo e-mail e da una dichiarazione di liberatoria per una eventuale pubblicazione del racconto inviato sia da parte della LILT che dell'autore. Gli scritti che non rispondessero integralmente ai suddetti requisiti non verranno valutati. All'autore

dell'opera migliore verrà assegnato il Premio "Flaminio Musa" 2013; sono previsti anche premi per il secondo ed il terzo classificato. I premi dovranno essere ritirati personalmente nel corso di una cerimonia che si terrà, indicativamente, nel mese di settembre. Un attestato sarà consegnato a tutti i partecipanti. Per informazioni, la nostra segreteria è aperta dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 12.30 e dalle ore 15.00 alle 18.00 - tel. 0521/988886 - fax 0521/940318 - e-mail: parma@lilt.it.



Donazione cellule staminali: segnalazione del Centro Nazionale

Il Centro Nazionale Trapianti e il Centro Nazionale Sangue segnalano che da qualche tempo il centro donatori privato tedesco denominato "DKMS" (Deutsche Knochenmarkspenderdatei) sta conducendo una campagna di reclutamento di donatori di cellule staminali emopoietiche in Paesi diversi dalla Germania, senza preventiva informazione e

coinvolgimento degli organismi nazionali competenti. Questa iniziativa desta notevole e oggettiva preoccupazione dal momento che mina il sistema nazionale della donazione e del trapianto di cellule staminali attraverso la potenziale sottrazione di donatori dalla rete italiana. Il Centro Nazionale Trapianti e il Centro Nazionale Sangue hanno

già allertato il Ministero della Salute, con richiesta di provvedimenti urgenti per contrastare questo fenomeno e invita tutti coloro che operano nell'ambito della rete trapianti e della rete trasfusionale a segnalare agli organismi centrali qualsivoglia tentativo di contatto da parte di DKMS.

15.000 i falsi dentisti che operano in Italia

Sono finti professionisti senza titolo o con un diploma falso. E il fenomeno è in continua evoluzione e persiste grazie a medici che fanno da prestanome. A ricordarlo è il presidente dell'Associazione nazionale dentisti italiani (Andi), Gianfranco Prada, che mette in guardia i cittadini: "Il paziente deve accertare l'identità di chi lo cura. È attivo un numero verde - 800 911 202 - attraverso il quale l'Andi verifica se il dentista è laureato e iscritto all'ordine". Per combattere effi-

cacemente il fenomeno dell'illegalità diffusa in odontoiatria, è stato ribadito a Roma nel corso dell'incontro 'Sostenere la salute degli italiani-Odontoiatria e Politica insieme per un modello di assistenza organizzato ed efficace', organizzato dall'Andi, gli specialisti richiedono al Governo l'organizzazione di una Conferenza nazionale sull'odontoiatria, quale sede in cui tutti gli attori e i soggetti ma anche i vari interlocutori istituzionali possano definire le linee direttri-

ci che potrebbero anche portare a un 'provvedimento sull'odontoiatria'. In particolare, per il contrasto all'abusivismo e prestanomismo si ritengono indispensabili interventi mirati in termini di prevenzione e soprattutto di repressione, con la confisca di beni e attrezzature, la determinazione dei ruoli dei direttori sanitari e la chiara definizione delle apparecchiature acquistabili dagli operatori.

Certificati INAIL: quando esenti IVA

In merito alla questione dell'applicazione o meno dell'IVA nelle fatture relative ai certificati di infortunio INAIL, l'Agenzia delle Entrate ha reso nota la propria posizione. L'Agenzia ha ricordato che l'esenzione IVA scatta solo per le prestazioni mediche il cui scopo è di tutelare, mantenere o ristabilire la salute della persona. Se non ricorre il requisito essenziale della tutela

della salute, l'IVA deve essere applicata. Ai fini delle certificazioni INAIL, quindi, i medici dovranno utilizzare un criterio di distinzione, rilasciando le fatture in esenzione IVA solo laddove vadano a tutelare la salute personale del lavoratore, mentre dovranno assoggettarle ad IVA quando le stesse produrranno prevalentemente effetti giuridici o amministrativi. In conclu-

sione, al fine di evitare contestazioni in sede di controllo, il suggerimento ai medici è il seguente: le fatture relative a certificati per infortunio INAIL potranno essere emesse in esenzione IVA indicando in fattura la dizione: "certificazione emessa per tutela della salute" (ovviamente laddove a giudizio del medico questa sia la finalità principale della sua prestazione).

Privacy e Consenso Informato: nuove FAQ

Sul sito internet dell'Ordine dei Medici di Firenze, nella sezione dedicata alle FAQ - Domande Frequenti, sono stati pubblicati due nuovi documenti: "Privacy nello studio medico" e "Consenso Informato". Si tratta di problematiche che riguardano

il quotidiano lavoro dei medici e degli odontoiatri e l'obiettivo è di fornire informazioni, suggerimenti, indicazioni e orientamenti allo scopo di risolvere alcuni dubbi e diverse incertezze che, su questi delicati problemi, condizionano l'agire del professioni-

sta. Si auspica in questo modo di contribuire ad agevolare nei medici e negli odontoiatri la comprensione di queste tematiche, al fine di un approccio ragionato e consapevole.



Norme tributarie anti-semplificazione

La vicenda dell'elenco clienti e fornitori per il 2012, di cui non si conoscono nemmeno le modalità di compilazione a poco più di due mesi dalla scadenza, è il paradigma di una situazione in cui da un lato si propugna la semplificazione tributaria mentre dall'altro si creano oneri e appesantimenti al contribuente. Infatti con la Legge 44/2012 è stato previsto l'obbligo per tutti

i contribuenti obbligati ad emettere fattura (quindi anche i medici e gli odontoiatri) ad inviare in forma telematica all'Agenzia delle Entrate gli elenchi clienti e fornitori, indipendentemente dall'entità e dagli importi delle fatture emesse. Di fatto ciò costituisce un gravoso quanto inutile appesantimento per molti professionisti, le cui fatturazioni non raggiungono quasi mai cifre di

rilievo (si pensi ad esempio alle fatture per visite o rilascio di certificazioni) e, nonostante questo, sono soggetti ad un obbligo che fra l'altro richiede un notevole impegno dal punto di vista informatico. Da più parti, quindi, si auspica che il Ministero dell'Economia riveda la norma e fissi una soglia economica per far sì che i contribuenti minori siano esclusi da questo obbligo.

Quotidiano telematico registrazione al tribunale di Firenze 6101 del 20 agosto 2001. Direttore responsabile Susanna Cressati



Toscana *Notizie*

Regione Toscana



Agenzia di informazione della Giunta Regionale

14 febbraio 2013

Nessun licenziamento in sanità, parola dell'assessore

FIRENZE - Nessun licenziamento in sanità. Il piano di riorganizzazione del servizio sanitario toscano varato con la delibera di fine anno, e ora in fase di avvio, non prevede licenziamenti. L'ha assicurato l'assessore al diritto alla salute rispondendo stamani al vicepresidente della quarta commissione, che chiedeva informazioni sulla nuova organizzazione dei medici.

L'assessore ha spiegato che riorganizzazione significa prevedere un nuovo modello di sanità, con la ricollocazione dei lavoratori all'interno del sistema. Per questo sono in corso incontri sindacali con tutte le categorie dei lavoratori della sanità, sia sulla riorganizzazione del 118, sia sulla ricollocazione dei professionisti all'interno della nuova organizzazione. Tutto viene fatto - ha sottolineato l'assessore - discutendo con i sindacati di tutti i livelli professionali sui diversi tavoli della riorganizzazione.

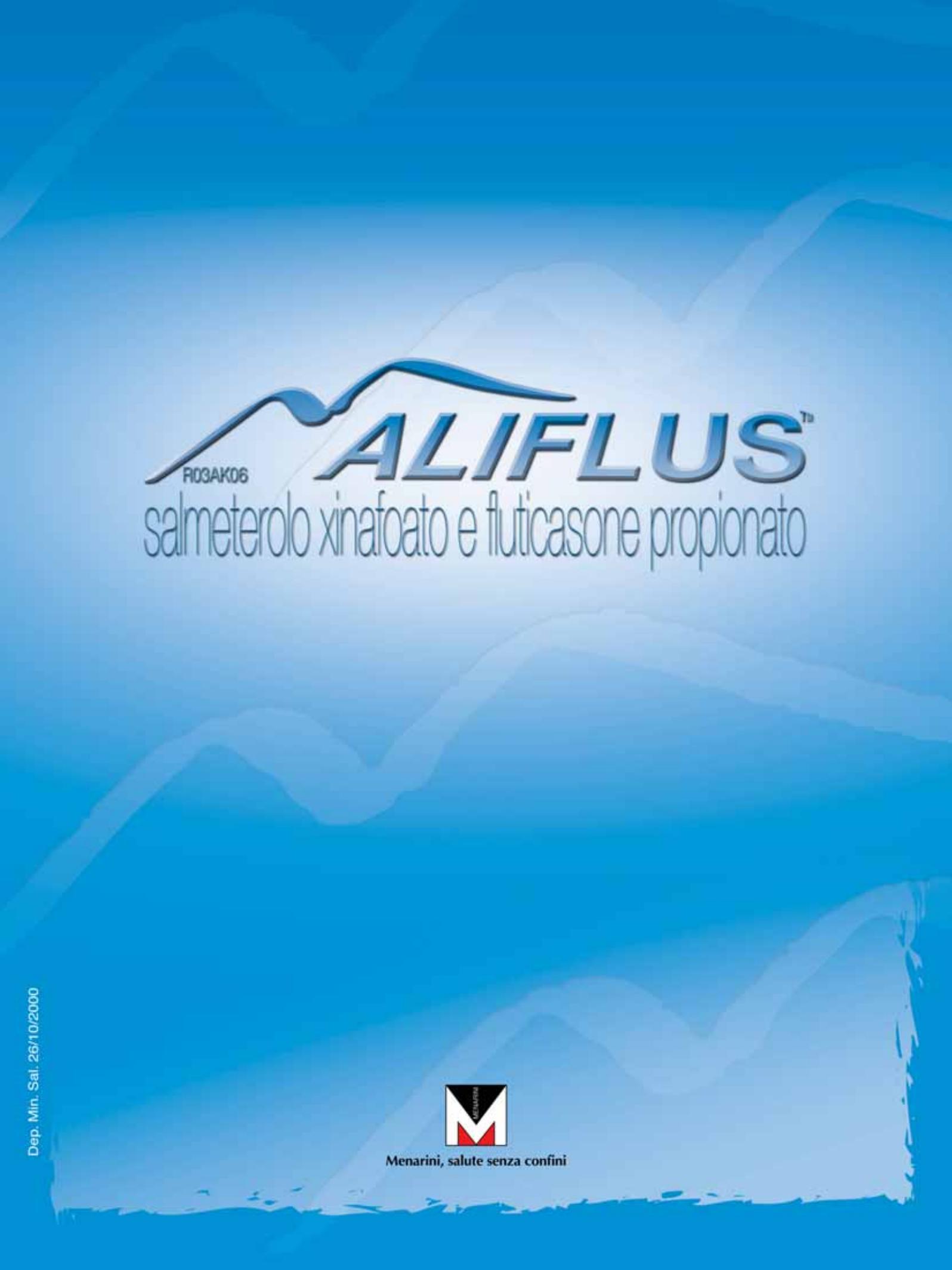
All'interno della riorganizzazione di un sistema, come quello della sanità toscana, che comprende più di 50.000 lavoratori, l'assessore ha ricordato anche che si stanno predisponendo processi di valorizzazione delle risorse umane, per sviluppare le professionalità esistenti ed elevare il livello di formazione.

Lucia Zambelli

CONVEGNI E SEMINARI

NUOVE ACQUISIZIONI IN CAMPO GINECOLOGICO, RIPRODUTTIVO E PRENATALE

Il convegno è organizzato da GynePro Educational e si terrà a Bologna **venerdì 10 maggio 2013** con orario 8-17.50. Il programma delle giornate Medico Scientifiche GynePro si amplia quest'anno per coprire, oltre agli argomenti tradizionali di procreazione assistita e diagnosi prenatale, anche il tema del dolore pelvico cronico. Questi nuovi argomenti permetteranno agli specialisti che intervengono al Convegno di approfondire tematiche di notevole rilevanza di difficile gestione clinica. Crediti ECM: richiesti. **Info:** www.gynepro.it, educational@gynepro.it, Tel. 051.223260. Partecipazione gratuita.



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

Manfredo Fanfani

Una storia di aureole e di cappelli



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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista