



ToscanaMedica

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



Il pdta nel paziente nefropatico, dalla sostenibilità alla pratica

M. Arnetoli, S. Bianchi, G. Didoni, S. Taddei, M. Ucci, B. Vujovic

Percorsi diagnostici-terapeutici per le neoplasie mieloproliferative croniche nella AOU Careggi

A.M. Vannucchi, E. Antonioli, P. Guglielmelli,
L. Pieri, A. Pancrazzi, A. Bosi

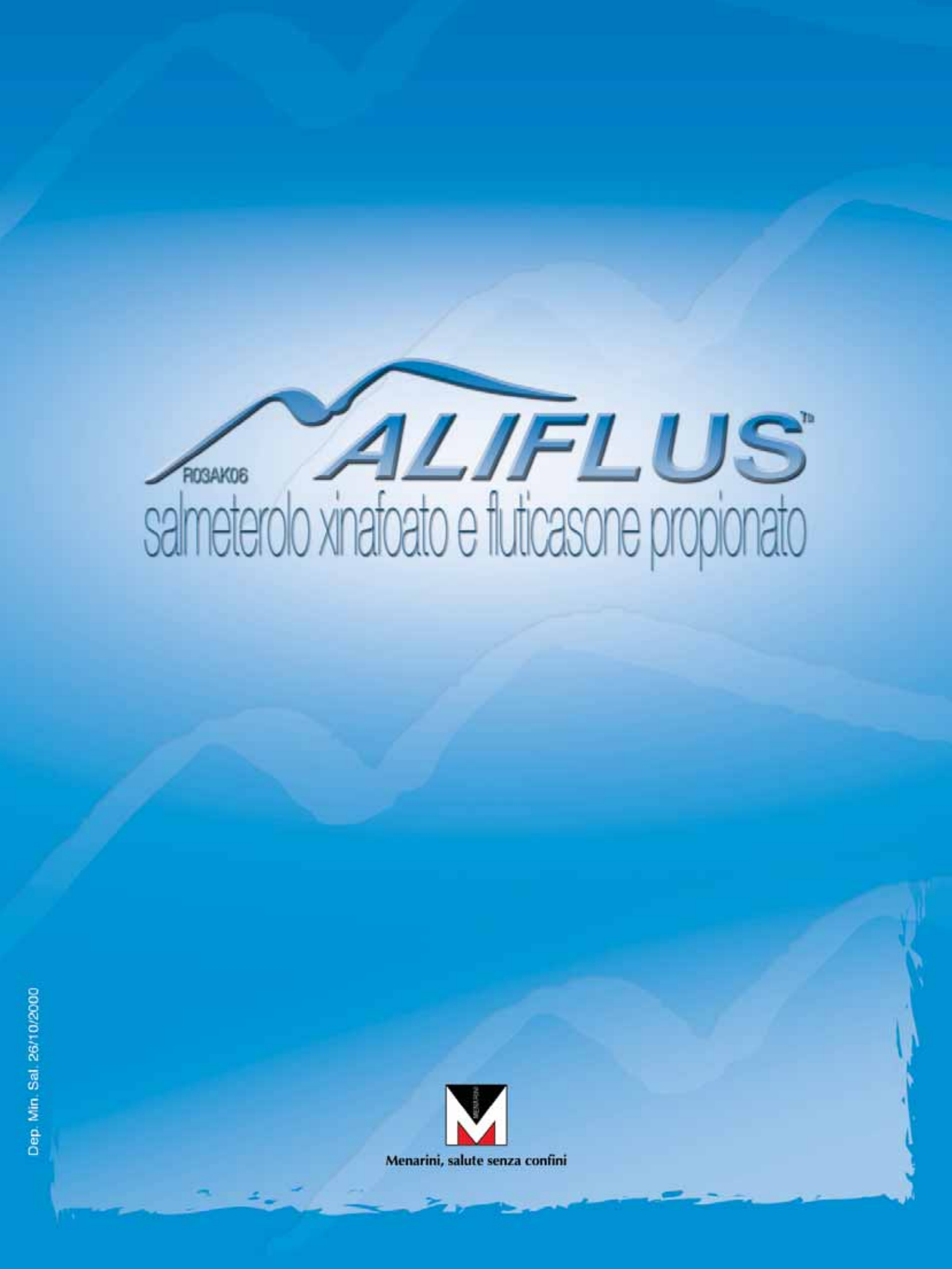
Trapianto robotico di pancreas

U. Boggi, F. Vistoli, S. Signori, C. Croce, S. D'Imporzano,
M. Belluomini, S. Meli, G. Amorese, G. Consani,
F. Guarracino, M. Barsotti, P. Marchetti, F. Mosca

La scuola e l'ospedale. Un'esperienza di civiltà

P. Belli

N° 4 APRILE 2011



R03AK06

ALIFLUS[™]

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Donne e Unità d'Italia: un'altra storia a Pisa

F. Napoli

4

EDITORIALE

- L'esame obiettivo è morto
e l'anamnesi non sta affatto bene

A. Panti

5

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Il PDTA nel paziente nefropatico,
dalla sostenibilità alla pratica

*M. Arnetoli, S. Bianchi, G. Didoni,
S. Taddei, M. Ucci, B. Vujovic*

6

- Un modello per la programmazione

A. Panti

13

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Il prezzo di riferimento

S. Taddei

14

- Se manca il direttore d'orchestra...

S.E. Giustini

15

- La check list della Sala Operatoria

F. Apicella

17

- Fannulloni, macellai... e drogati!

A. Panti

19

- La valutazione in salute mentale

G. Guidi e coll.

20

- I farmaci antidepressivi sono tutti uguali?

C. Lucii

23

- Livelli normali e ottimali di vitamina D
nell'età evolutiva

S. Seminara e coll.

24

- Progettare un ospedale "a misura d'uomo"

S. Boccadoro

26

- La SOD Clinica delle Organizzazioni dell'Azienda
Ospedaliero-Universitaria di Careggi

L. Belloni e coll.

27

- La scuola e l'ospedale: un'esperienza di civiltà

P. Belli

37

- Per un rilancio della psichiatria di "liaison"

E. Facchi e coll.

38

REGIONE TOSCANA

- Anagrafe formativa della Regione Toscana

A. Fantechi

29

- Rafforzata la rete dell'Organizzazione
Toscana Trapianti

C. Gherardeschi

32

- Qualità, appropriatezza e governance della spesa

M. Cecchi, L. Giorni

33

- "Io sto bene"

D. Ricotta

36

RICERCA E CLINICA

- Trapianto robotico di pancreas

U. Boggi e coll.

39

- Speckle Tracking-2D nella cardiopatia diabetica
ed ipertensiva

V. Troiani

43

- Le malattie autoimmunitarie di più frequente
osservazione della mucosa del cavo orale

D. Tesi e coll.

44

- Percorsi diagnostico-terapeutici per le neoplasie
mieloproliferative croniche nella AOU Careggi

A.M. Vannucchi e coll.

46

- Trattamenti min interventistici nei noduli tiroidei

D. Barbaro

49

BACHECA

FRAMMENTI DI STORIA

- Guido Y. Giglioli

F. Carnevale

50

SANITÀ NEL MONDO

- Lo tsunami delle malattie cardiovascolari

G. Maciocco

52

LETTERE AL DIRETTORE

- Sponsorizzazione dei congressi

A. Dolara

54

LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

- In diminuzione l'incidenza del tumore del colon-retto

A. Caldarella e coll.

57

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI

58

59

61

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXIX n. 4 - Aprile 2011
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
"Autista di taxi gonfia uno pneumatico",
1900 ca., Roger-Viollet/Alinari

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2011 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

Editore

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

Pubblicità

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

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: Edizioni Tassinari, viale dei Mille 90, 50131 Firenze.



Donne e Unità d'Italia: un'altra storia a Pisa

Un lungo processo di rimozione collettiva della presenza femminile nella storia d'Italia fra Ottocento e Novecento, il protrarsi di un atteggiamento di non riconoscimento per quanto fatto in questi due secoli dalle donne, ha finito per creare vuoti e cancellare tracce.

In tal modo neppure più ricordiamo figure femminili di primaria importanza nella storia dell'Unità d'Italia né il loro ruolo nel processo di unificazione della penisola.

In un periodo dedicato alla ricorrenza dei 150 anni dell'Italia unita, la mostra (particolare, ma significativa) che fino al 26 di giugno è ospitata nelle sale di "Palazzo Blu" sul lungarno Gambacorti a Pisa – "Donne d'Italia. La metà dell'Unità" – propone una serie di precise riflessioni sul ruolo avuto dalla donna nel lungo e anche drammatico processo di unità del Paese, non solo nell'arco del Risorgimento, ma anche dopo, fino ai nostri giorni.

Così l'esposizione, curata da Claudia Beltramo Ceppi per conto di "Giunti Arte Mostre Musei", si presenta come un insieme di documenti sul tema – fotografie, interviste, spezzoni di film, articoli o altro –, ma anche come una grande galleria dove sono scanditi i tempi nel loro svolgersi attraverso altrettante figure femminili che di quei momenti ne sono le interpreti.

Ecco, tra le altre, delineato il personaggio di Cristina Trivulzio di Belgioioso, ricca ereditiera, nipote di un alto funzionario dell'Impero asburgico, ma anche finanziatrice di moti patriottici, protagonista a Milano (le Cinque Giornate) e a Roma (la Repubblica del 1849).

Ecco l'immane Anita Garibaldi, fedele collaboratrice del Generale sia nella guerra in Brasile, sia nell'avventura romana della Repubblica, poi morta in fuga vicino a Comacchio.

Oppure, Rose Montmasson (a lungo abitante a Firenze, in via della Scala, dove una lapide la ricorda) l'unica donna assoldata tra i Mille (per altro vestita da uomo) e ribattezzata dai siciliani "Rosalia": Risorgimento documentato negli articoli delle giornaliste Margaret Fuller e Jessie White Mario.

Come anche documentato indirettamente da

quadri – su tutti, quelli di Fattori e di Guttuso –, sono proprio questi i momenti in cui le leggi appaiono tutte declinate al maschile: la donna deve sottostare alla podestà paterna o maritale (Codice Napoleonico del 1804, confermato dal

Codice Pisanelli del 1865, il primo varato dall'Italia unita); alla donna fino al 1877 è negata dal Codice Civile la possibilità di testimoniare.

Nel Novecento, in una società in continuo cambiamento, risaltano in letteratura le figure di Grazia Deledda (Nobel 1926) e di Matilde Serao, figlia di un napoletano antiborbonico, fondatrice de "Il Mattino" e direttrice poi de "Il Giorno", mentre contemporaneamente in mostra scorrono i documenti che ci testimoniano come solo nel 1919 le donne siano affrancate dall'essere assoggettate al padre o al marito per donazioni o acquisizioni e come in Italia solo dopo la Seconda Guerra Mondiale sia loro concesso il diritto al voto.

Dunque, un lungo processo per il raggiungimento dell'uguaglianza (l'adulterio femminile viene cancellato solo nel 1968) che ha protratto nei decenni ben oltre la fatidica data del 1861 (Unità del Regno) il processo unificativo la nazione Italia ed una sempre maggiore affermazione "dell'altra metà", della popolazione, esemplificata nelle attuali figure di Rita Levi Montalcini e Ilaria Alpi.

Dunque, una mostra certo volta ad indagare il connubio donne/Risorgimento, ma dilatata per rintracciare dopo le filantrope o artiste o eroine le altre donne che lavorano, combattono, studiano, soffrono, si sacrificano e che hanno continuato (e continuano) a cercare di fare di questo Paese, oltre l'aspetto amministrativo, anche un territorio unito nella sostanza.

Il sorriso finale che la mostra offre è dovuto all'episodio "Gli italiani si voltano" girato da Alberto Lattuada (spezzone del film a più mani "Amore in città"): è quasi un invito a voltarsi indietro e rivedere cosa è accaduto e grazie a chi.

Donne d'Italia: la metà dell'Unità
Palazzo Blu, Lungarno Gambacorti, Pisa
Fino al 26 giugno

TM



L'esame obiettivo è morto e l'anamnesi non sta affatto bene

ANTONIO PANTI

“È molto più importante sapere che tipo di paziente ha una malattia piuttosto che tipo di malattia ha un paziente”

William Osler

La tecnologia trionfante che consente di “vedere” dentro il paziente e l'informatica con le sue visite virtuali tra medici e malati ugualmente virtuali hanno inciso pesantemente sulla prassi della raccolta dell'anamnesi e dell'esecuzione dell'esame obiettivo. I medici di famiglia tendono a completare queste due fondamentali pratiche semeiologiche nella somma di molteplici brevi incontri, gli specialisti tendono a limitarsi a illuminare il settore di propria competenza. Ma tutta la letteratura metodologica sottolinea i danni, nei confronti della correttezza diagnostica, di questa moderna tendenza. Il revival della cosiddetta medicina narrativa accentua questa situazione, professionale e sociale, di difficoltà nei rapporti tra medico e paziente e di maggior probabilità di cadere in errore.

Non vi è dubbio che i medici generali e gli internisti siano le categorie professionali che più risentono di questa situazione cui, certamente, cercano di ovviare nella consapevolezza che questi atti rappresentano ancora uno dei fondamenti ineludibili della medicina clinica.

Tuttavia, questa minor attenzione rispetto ai due atti principali dell'agire medico, è descritta nella letteratura medica di tutti i paesi. In Italia le cose sono più complicate perché le ristrettezze del tempo che il medico può dedicare a ciascun paziente sono ancor maggiori a causa di una burocrazia assai complicata.

Ma come può essere successo tutto ciò? E che il problema sia mondiale lo rilevano i titoli di alcuni editoriali apparsi sulle più prestigiose riviste mediche: “La diagnosi moderna, arte o artefatto?”, “I medici devono visitare i pazienti?”, “La medicina è andata oltre la diagnosi fisica?”. Forse tre “T” hanno influenzato il fenomeno. Il **Tempo**, sempre più limitato da altre incombenze o per diversi motivi, compresa la brevità obbligata dei ricoveri che certamente va a scapito della didattica. La **Tecnologia**; perché auscultare il torace quando si può eseguire una radiografia o piegarsi sui soffi

cardiaci quando esiste l'eco e tanti altri meravigliosi strumenti? I **Test diagnostici**, cui spesso si affida la diagnosi che, invece, non può nascere dagli accertamenti ma dal cervello del medico.

Ogni medico sa che l'esame obiettivo è scomposto in parti, in ciascuna delle quali si rilevano segni che, nell'insieme, costruiscono la semeiotica. Che tuttora si insegna, anche se modernizzata. Non so se qualcuno ascolta ancora il “suono di pentola fessa”; ma il vero problema consiste nel fatto che ispezionare il paziente significa spogliarlo e, in questo modo, concretamente affermare e stabilire il rapporto di affidamento. Palparlo significa dar corso a un patto esplicito per cui il medico è l'unica persona autorizzata a “toccare” una persona di cui non è partner o genitore. La medicina è di per sé una scienza sensoriale e mettere le mani sul corpo di qualcuno rappresenta l'atto caratteristico del medico.

Ispezionare, palpare, auscultare. E ascoltare? Se il rapporto umano col paziente è la sostanza della medicina da millenni, l'anamnesi e l'esame obiettivo sono una conquista degli ultimi due secoli. Ci stiamo rinunciando? Il potere terapeutico del medico sta, al di là delle sue competenze scientifiche e tecniche, nell'ascolto del paziente e nello stabilire con questi un rapporto fisico. Se chi ascolta un soffio non lo sa interpretare è perché si è abituato a utilizzare gli strumenti, così come nessuno esegue più una divisione perché sono stati inventati i calcolatori tascabili. Il medico abile sa fare una visita. E come la mettiamo con l'informatica, il medico virtuale e il paziente virtuale per una visita virtuale?

In conclusione, il significato scientifico, etico e umano, e la necessità di una visita fisica sono la base di una relazione vera, senza la quale nessuna terapia sarà mai veramente efficace. Il medico vive una vita dedicata all'apprendimento. Se non ha curiosità può fare qualsiasi altro mestiere ma non il medico. Ma non basta. La capacità di ascolto e quella di “toccare” il prossimo si fondano sull'amore e sulla capacità di compassione. Se poi sarà capace di indignarsi quando, per qualsiasi ragione, il paziente non potrà fruire degli stessi diritti che spettano a tutti gli esseri umani, allora sarà un vero medico. Non virtuale ma virtuoso. **TM**



Il PDTA nel paziente nefropatico, dalla sostenibilità alla pratica

TOSCANA MEDICA – Affrontiamo un argomento di particolare attualità, vale a dire il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) al paziente nefropatico nell'ottica della futura programmazione che la Regione Toscana elaborerà nel corso del 2011 con particolare attenzione alla sostenibilità complessiva dell'intero sistema. Le prime iniziative in merito sono state organizzate ad Arezzo e questo spiega la presenza di numerosi partecipanti alla discussione provenienti proprio da questa Provincia. Prima di entrare nel merito dell'argomento, cerchiamo di illustrare il concetto di PDTA e domandiamoci se realmente i Servizi sanitari debbano essere strutturati secondo questo modello.

VUJOVIC – Credo che il modello basato sui PDTA sia oggi una necessità irrinunciabile, in un'epoca in cui l'epidemiologia e la demografia delle popolazioni cambiano continuamente le richieste ai Servizi sanitari.

Fino ad oggi il sistema si basava su un modello organizzativo in cui i singoli professionisti gestivano il percorso diagnostico-terapeutico dei propri pazienti servendosi delle prestazioni ambulatoriali gestite dai CUP delle Aziende sanitarie, con inevitabili disagi e ritardi nonché pesanti ricadute in termini di ricorso al ricovero in ospedale.

Il PDTA prevede che, di fronte ad un quesito diagnostico, il sistema sia in grado di fornire dei "pacchetti" di prestazioni tali da garantire una reale continuità assistenziale in tempi ragionevoli sia per il paziente che per il medico che lo ha in cura.

In questo modo anche le Aziende sanitarie possono contare su uno spostamento del setting assistenziale, per esempio, sostituendo molte presta-

zioni erogate in regime di Day Hospital con altre fornite dal "Day service" multi professionale dei PDTA. Questa impostazione ovviamente trova la sua collocazione più idonea all'interno del "Chronic Care Model" e seguendo le impostazioni della

Medicina di iniziativa, con un cambiamento importante nel modo di pensare ed agire sia dei medici ospedalieri che di quelli di medicina generale.

Non dimentichiamo inoltre che all'interno del sistema PTDA grande importanza viene riservata anche agli

aspetti più strettamente di prevenzione.

Nella Usl 8 di Arezzo questo modello è attivo dal 2006, prevalentemente nell'area medica, con grande soddisfazione sia dei medici che dei pazienti ed è nostra intenzione allargarlo quanto prima anche all'area chirurgica.

DIDONI – Il riassetto organizzativo e gestionale che sottende il trasferimento di molte patologie da un setting classicamente ospedaliero ad un altro territoriale necessariamente comporta anche un adeguato supporto legislativo al fine di chiarire con la massima esattezza possibile "chi fa cosa", soprattutto per quanto riguarda l'attribuzione delle specifiche competenze e dei relativi centri di costo. Il sistema dei PDTA, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private deputate alla gestione di un bene così importante e complesso quale la salute delle persone, necessariamente richiede il massimo coinvolgimento anche dei professionisti a vario titolo coinvolti nella gestione di questo modello organizzativo. In tal senso lo strumento informatico appare di importanza fondamentale per garantire adeguati flussi di informazioni e scambio di competenze tra tutti i protagonisti del setting.

MARIO ARNETOLI¹, STEFANO BIANCHI²,
GUIDO DIDONI³, STEFANO TADDEI⁴,
MAURO UCCI⁵, BRANKA VUJOVIC⁶,

¹ Medico di medicina generale ad Arezzo

² Direttore della Nefrologia di Arezzo

³ Responsabile farmaco-economico della Bristol-Myers Squibb

⁴ Ordinario di Medicina Interna dell'Università di Pisa

⁵ Medico di medicina generale a Firenze, vicesegretario nazionale della Società Italiana di Medicina Generale

⁶ Direttore Sanitario della ASL di Arezzo

PARTECIPANO



Mario Arnetoli



Stefano Bianchi



Guido Didoni



Stefano Taddei



Mauro Ucci



Branka Vujovic

TADDEI – Secondo me il modello dei PDTA non deve necessariamente spostare la gestione di alcuni pazienti dall'ospedale al territorio, con conseguente confusione di ruoli da parte di chi in prima persona deve o dovrebbe gestire questi malati.

A me, internista che si occupa in prevalenza di ipertensione, sembra che in molti casi i cosiddetti "pacchetti" del modello in questione si avvicinino molto a quelle che già da tempo in molte Aziende vengono chiamate "P.A.C.", "Prestazioni Ambulatoriali Complesse", vale a dire interventi per così dire di secondo livello di competenza prettamente specialistica.

A mio parere, soprattutto per quanto riguarda il mio specifico settore di lavoro, la stragrande maggioranza dei pazienti ipertesi viene seguita in maniera egregia dai colleghi della medicina generale che solo in caso di particolari condizioni di patologia (ad esempio un soggetto iperteso con insufficienza renale di grado medio o severo) ricorrono alle strutture di riferimento specialistico.

Non vorrei che rivolgersi sempre e comunque ai PDTA, anche in caso di situazioni ben gestibili sul territorio come appunto l'ipertensione arterio-

sa o il diabete, finisca per portare ad una crescita incontrollata di esami e prestazioni diagnostiche che, seppure in molti casi scarsamente utili, incontrano tuttavia il grande favore dei malati che in questo maniera si sentono accuditi e "coccolati".

Senza dimenticare poi che, in tempi di grande informazione e preparazione culturale da parte dei pazienti, si potrebbero creare delle spiacevoli situazioni, ad esempio nel caso un iperteso di una certa Asl venisse a conoscenza che in quella limitrofa ai soggetti nella sua stessa condizione viene offerto senza problemi il "pacchetto ipertensione" a lui invece negato!

VUJOVIC – Certamente chi deve governare le "PAC" o, più modernamente i "pacchetti" del PDTA deve essere il medico specialista che, in caso di problematiche particolarmente complesse, attiva gli interventi di "Day service". Io non credo si debba tanto parlare di spostamento di attività dall'ospedale al territorio quanto piuttosto di mettere in piedi un sistema che realmente possa essere di supporto ai medici di medicina generale che in moltissimi casi riescono a gestire a domicilio i propri pazienti con la collaborazione, quando necessaria, dei colleghi specialisti.

TOSCANA MEDICA – *Da quanto emerso fino ad ora alcuni concetti appaiono degni di particolare attenzione: la necessità di un cambiamento culturale di tutti i medici impegnati in questo nuovo setting, il nuovo rapporto da creare tra ospedale e territorio, il fatto che la proposta di un "pacchetto" sia assolutamente legata ad una patologia e non ad una aspettativa dei pazienti.*

UCCI – Quanto è stato detto finora si può compendiare nella seguente affermazione: si sta cercando di passare dalla medicina delle richieste a quella delle soluzioni.

Secondo me in questa ottica è pienamente condivisibile il concetto sostenuto prima dal prof. Taddei dell'inutilità di molti esami richiesti e magari mai neppure visti dal medico che pure li aveva prescritti, spinto dall'insistenza dei pazienti.

Certamente il rapporto ospedale-territorio deve essere perfettamente chiarito perché in un sistema a risorse drammaticamente limitate quelle riservate ad una parte non vadano indiscriminatamente a limitare l'attività dell'altra.

La sfida che la medicina generale si troverà ad affrontare nei prossimi anni è quella di una sua riorganizzazione complessiva che la porti ad identificarsi come un vero e proprio "reparto ospedaliero" sul territorio al quale gli specialisti possano fare riferimento per avere risposte concrete ed efficaci.

Ad oggi purtroppo le attività territoriali sono completamente disorganizzate, senza personale e strutture dedicate ed i medici di famiglia non possono che essere soddisfatti dei cambiamenti prospettati.

TOSCANA MEDICA – *Dopo questo ampio inquadramento generale sui PDTA, entriamo nello specifico di quello destinato al paziente nefropatico attivato dalla Asl di Arezzo.*

BIANCHI – L'esperienza di Arezzo secondo me rappresenta il paradigma di come le cose possano andare nella giusta direzione quando l'ospedale ed il territorio concordano sull'esistenza di una domanda e decidono congiuntamente di lavorare insieme per offrire risposte efficaci ed adeguate.

La considerazione dalla quale siamo partiti è stata il fatto che la patologia nefrologica più grave storicamente e culturalmente è sempre stata ritenuta di esclusiva competenza ospedaliera, per cui valeva l'equazione "insufficienza renale grave = situazione da trattare soltanto in ospedale" con dialisi o trapianto di rene.

Le cose negli ultimi anni sono profondamente cambiate. In primo luogo la malattia renale cronica non è rara come si credeva ed oggi lo specialista ospedaliero vede forse il 3% di questi pazienti, mentre il restante 97% viene gestito a livello territoriale.

Sul territorio devono quindi venire messe in pratica tutte quelle iniziative di prevenzione e diagnosi precoce da concordarsi tra il nefrologo ed il medico di medicina generale, uniti nell'assistenza a malati con cronicità di lunga e talvolta lunghissima durata. Nella nostra Provincia stiamo cercando di ridurre al minimo possibile il numero di casi di insufficienza renale grave o gravissima, lavorando sulla malattia renale cronica, condizione che anche nei suoi stadi più precoci si associa ad un altissimo rischio cardiovascolare, all'interno di un percorso strutturato e condiviso dagli specialisti nefrologi e dai colleghi della medicina di base.

TOSCANA MEDICA – *Prima di approfondire l'argomento chiariamo di quali nefropatie stiamo parlando, descrivendo i livelli di intervento della medicina generale e di quella specialistica.*

BIANCHI – Alcune note introduttive di carattere epidemiologico. Nei Paesi occidentali la prevalenza della malattia renale cronica è in costante aumento e si attesta attualmente intorno all'8-10% della popolazione. Questo incremento appare in gran parte legato all'aumento di prevalenza di malattie non renali che però hanno sul rene delle

ripercussioni importanti, quali l'obesità, il diabete e l'ipertensione arteriosa. Negli Stati Uniti, ad esempio, oltre il 70% dei soggetti che ricorrono alla terapia dialitica sono ipertesi, diabetici o presentano entrambe le condizioni. I sistemi sanitari negli ultimi anni si sono quindi trovati di fronte a quella che è stata definita una vera e propria epidemia di malattie renali croniche "secondarie", essendo rimasta sostanzialmente invariata la percentuale di soggetti affetti da patologie renali primitive quali, ad esempio, le glomerulonefriti a patogenesi immunitaria.

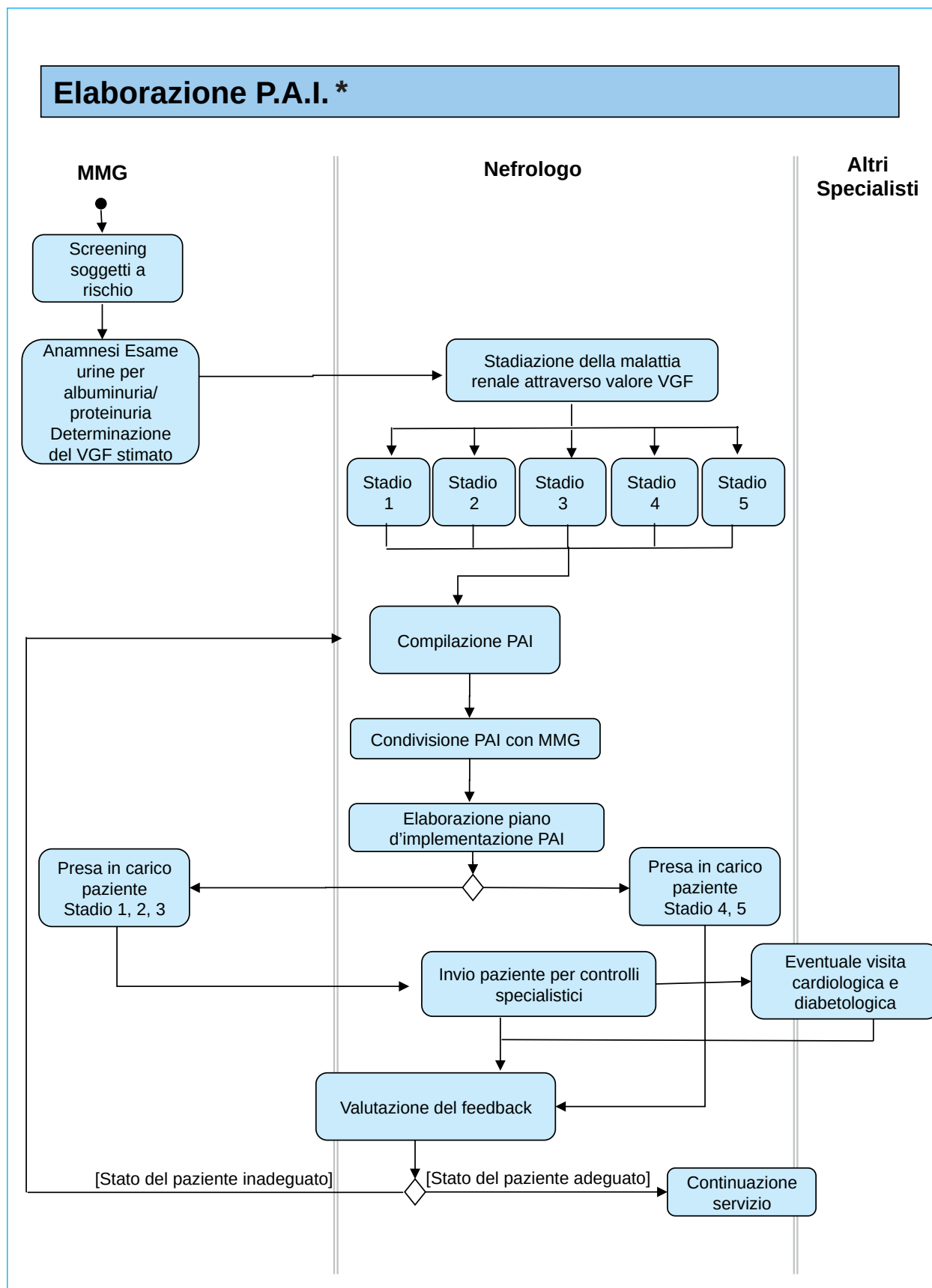
"Costruendo" l'esperienza aretina ci siamo resi conto che, dopo una necessaria indagine epidemiologica preliminare per inquadrare al meglio le dimensioni del problema, si presentavano molte difficoltà soprattutto nella identificazione ed attuazione di protocolli diagnostici semplici ed affidabili. In ogni caso siamo arrivati alla conclusione che la malattia renale cronica è molto più frequente, anche nel territorio di nostra pertinenza, di quanto non si ritenesse fino ad oggi. Abbiamo quindi ben presto capito che il nefrologo abituato a prendersi cura di piccole popolazioni di pazienti, seppure ad altissima complessità clinica, non poteva gestire da solo la domanda di diagnosi e di cura proveniente da questo grande numero di soggetti. È apparso pertanto necessario costruire un sistema nel quale definire con precisione e chiarezza i livelli di intervento del medico di base e dello specialista a livello sia di diagnosi-cura che di follow-up clinico.

TADDEI – Per me che mi occupo di rischio cardiovascolare il rene rappresenta uno degli indicatori più efficaci ed attendibili che assai facilmente possono essere impiegati a scopo diagnostico anche e soprattutto a livello territoriale. Per questo credo che qualsiasi iniziativa che riesca a monitorare a livello di popolazione la funzione renale debba essere considerata con grande favore.

TOSCANA MEDICA – *Dottor Arnetoli, come funziona nella pratica il percorso aretino?*

ARNETOLI – Nella nostra zona la medicina generale ha avvertito da tempo l'esigenza di affrontare in modo integrato l'approccio alla malattia renale cronica rispondendo in maniera positiva alla richiesta della Nefrologia di costruire insieme percorsi diagnostico-terapeutici condivisi.

Questa sensibilizzazione della medicina di base, nei confronti di simili tematiche, è stata in parte sostenuta anche dalla disponibilità di strumenti di cui oggi dispongono i medici di famiglia per governare con appropriatezza ed efficacia i percorsi clinici ed assistenziali soprattutto dei pazienti cronici. Mi riferisco in particolare al



* P.A.I. Piano Assistenziale Individuale.

contributo dell'informatica ed alla disponibilità di risposte specifiche fornite in automatico dal Laboratorio di riferimento della nostra zona, cioè quello della Asl n. 8. Si tratta in questo caso, della disponibilità della VFG calcolata con formula MDRD e della determinazione del rapporto proteine/creatinina urinario.

Un ulteriore impulso è stato offerto dall'attività di un pool di medici generali che sperimentando il modulo del "Chronic Care Model", hanno iniziato a seguire in maniera strutturata coorti di pazienti ben definite come ipertesi, diabetici e scompensati di cuore, rendendosi conto del reale impatto della malattia renale cronica.

Il percorso che abbiamo individuato, centrato essenzialmente sul paziente, delinea con precisione i compiti del medico di base e dello specialista, partendo dalla identificazione sul territorio dei soggetti affetti da patologia renale cronica. Il passo successivo è quello della costruzione di liste di pazienti arruolabili, perché già affetti da malattia renale cronica o perché a rischio, e la loro collocazione all'interno di percorsi ben definiti, con il ricorso alla consulenza specialistica del nefrologo in casi selezionati secondo le indicazioni dei Consensus internazionali.

TOSCANA MEDICA – *Come si fa quindi a livello di medicina generale a formulare una diagnosi il più precoce possibile di malattia renale cronica? Ed ancora, come si può utilmente coinvolgere il medico di famiglia nella prevenzione del danno renale in un soggetto obeso, iperteso o diabetico?*

UCCI – Ad entrambe le domande si può rispondere dicendo che la medicina di iniziativa ed i registri per patologia del "Chronic Care Model" ben si adattano a questo tipo di esigenze, nell'interesse sia dei pazienti che dei medici che li hanno in cura.

ARNETOLI – Facendo seguito a quello che ha detto adesso il dottor Ucci, io penso che il PDTA del paziente nefropatico attivato ad Arezzo possa davvero rappresentare un'utile implementazione di alcuni percorsi e rientrare a pieno titolo nel "Chronic Care Model".

BIANCHI – Prendiamo in esame per un attimo la storia naturale della nefropatia diabetica. Nelle prime fasi di malattia l'impegno renale è praticamente inesistente. In seguito, come segno di sofferenza renale, compaiono la microalbuminuria e la proteinuria che continueranno a caratterizzare il decorso della malattia fino alle forme più gravi di insufficienza renale che richiedono il trattamento dialitico oppure il trapianto d'organo.

Si tratta di una condizione che evolve in un

lungo periodo di tempo, mediamente due decenni, e che quindi offre numerose opportunità di diagnosi e di intervento terapeutico, attuabile attraverso modifiche degli stili di vita ed adeguati interventi farmacologici. La diagnosi e la sorveglianza nel tempo di questi soggetti può essere realizzata in tutte le strutture sanitarie, anche le più periferiche del territorio e con costi molto contenuti. Anche il laboratorio più periferico è in grado di fornire risposte rapide, economicamente sostenibili ed esaurienti che ci consentono di stadiare le varie fasi dell'evoluzione clinica del danno renale, permettendo di mettere in pratica tutte le necessarie iniziative terapeutiche.

TOSCANA MEDICA – *Il PDTA aretino per il paziente nefropatico potrebbe essere utilmente applicato alle situazioni di cronicità in senso generale?*

DIDONI – Analizzando l'esperienza di Arezzo dal punto di vista farmacoeconomico e della sostenibilità del sistema secondo me sono da sottolineare due aspetti fondamentali. Il primo è rappresentato dalla necessità assoluta di conoscere le reali dimensioni del problema con le conseguenti necessità di diagnosi e cura. In secondo luogo, se il PDTA viene considerato metodologicamente uno strumento per ottimizzare la qualità delle prestazioni erogate, è necessario individuare al suo interno gli eventuali interventi correttivi gestionali, clinici e soprattutto economico-finanziari, utilizzando adeguati supporti informatici ed efficaci indicatori di diversa natura.

TOSCANA MEDICA – L'esperienza di Arezzo è stata "costruita" anche con il contributo importante dell'industria farmaceutica. Dottoressa Vuiovic, quali sono gli strumenti per definire l'eticità di questa collaborazione?

VUJOVIC – A livello aziendale in molti casi la realizzazione di nuove iniziative e progetti innovativi viene limitata dalla carenza di risorse economiche disponibili. Per questo la collaborazione con l'industria appare di fondamentale importanza, secondo quanto previsto anche da alcune leggi specifiche (n.449 del 1997 e n. 488 del 1999) che consentono alle aziende pubbliche, secondo la propria mission, di instaurare rapporti con quelle private per identificare specifici ambiti di ricerca e sviluppo di nuove iniziative.

Ad Arezzo per quanto riguarda il paziente nefropatico abbiamo sfruttato questa opportunità e dopo avere analizzato le esigenze avanzate dai clinici, abbiamo creato un tavolo di discussione attorno al quale riunire i rappresentanti sia del settore pubblico che di quello privato, ovviamente

Attività - Elaborazione P.A.I. (1)

- Screening soggetti a rischio: Il MMG individua i soggetti che sono a rischio di sviluppare una MRC fra coloro che non sono mai stati oggetto di valutazione.
- Anamnesi, Esame urine : Valutazione anamnestica e valutazione dell'esame urine da parte del MMG.
- Stadiazione della malattia renale: I pazienti vengono inviati dal MMG alla visita nefrologica. L'accesso alla visita nefrologica avverrà attraverso prenotazione CUP con impegnativa. Il nefrologo sulla base del valore di VGF individuerà lo stadio della malattia renale.
- Compilazione P.A.I.: Il nefrologo individuerà le conseguenti possibilità di intervento attraverso l'elaborazione del programma individuale d'assistenza del paziente comprensivo di cure farmacologiche, visite, test diagnostici e dispositivi medici necessari per l'erogazione dell'assistenza
- Condivisione PAI con MMG: Il nefrologo condivide il piano di assistenza individuale con il medico di medicina generale che ha in carico il paziente
- Elaborazione piano organizzativo implementazione PAI: L'UTD/ADI, in collaborazione con il centro di coordinamento, redige il piano organizzativo finale per la messa in opera del PAI precedentemente definito, garantendo l'esecuzione degli esami necessari nel corso del PAI, nonché l'erogazione dei farmaci ottenuti dalla farmacia aziendale del centro di riferimento di malattie infettive di appartenenza
- Presa in carico del paziente da parte del MMG o del nefrologo: I pazienti in stadio 1 si fermano alla fase di screening e se indicato sono tenuti sotto controllo dallo specialista. I pazienti in stadio 2 e 3 sono gestiti congiuntamente dal MMG e dal nefrologo. I pazienti in stadio 4 e 5 sono gestiti direttamente dal nefrologo che inizia un programma di predialisi con timing personalizzato a seconda della velocità di progressione e che comprende, oltre al percorso educativo, la creazione dell'accesso dialitico e l'inserimento in lista di trapianto pre-emptive se il paziente è giudicato idoneo.

senza mai perdere di vista gli obiettivi peculiari della nostra attività aziendale e la sostenibilità economica complessiva dell'iniziativa.

Una volta programmato l'intervento, il progetto è stato sottoposto alla valutazione del Comitato Etico dell'Azienda che ha espresso il proprio parere favorevole. A questo punto il progetto viene reso pubblico ed inserito sul sito aziendale per ottenere la massima visibilità e permettere agli interessati, tramite apposito bando, di proporsi per sostenere la progettualità proposta. In caso di

più di un candidato è stato attivato un Comitato di garanzia aziendale con lo scopo di valutare le diverse soluzioni presentate.

TOSCANA MEDICA – Dottor Didoni perché la Bristol-Myers Squibb ha deciso di impegnarsi nel progetto di Arezzo?

DIDONI – La sponsorizzazione del progetto di Arezzo da parte della nostra Azienda deriva dalla considerazione che in un sistema sanitario a ri-

Attività - Elaborazione P.A.I. (2)

- Invio paziente per controlli specialisitici: Il medico invia al nefrologo il pazienti per controllo specialistico di follow-up; 1 volta all'anno nel caso del paziente in stadio 2 e 2volte all'anno nel caso di un paziente in fase 3
- Eventuale visita cardiologica: Il MMG, viste le caratteristiche di rischio cardiovascolare globale, invia il paziente anche ad una visita cardiologica. I pazienti diabetici saranno controllati clinicamente dai Servizi di Diabetologi della ASL (, con periodicità stabilita dal protocollo aziendale di follow-up del paziente diabetico).
- Valutazione del feedback: Eventuale rivalutazione del PAI precedentemente definito da parte del nefrologo e condivisione con il MMG per garantire la corretta applicazione del piano d'assistenza individuale
- [Stato del paziente adeguato]: Alla valutazione del feedback il paziente risulta essere sotto controllo dal punto di vista clinico
- [Stato del paziente inadeguato]: Alla valutazione del feedback il paziente risulta non essere sotto controllo dal punto di vista clinico e necessita di una variazione del P.A.I.
- Continuazione servizio: Al paziente con stato clinico adeguato viene assicurato la continuità del servizio da parte del suo MMG e/o da parte del nefrologo in relazione allo stadio della MRC

sorse economiche limitate diventa oggettivamente necessario realizzare delle strategie tra pubblico e privato in grado di mettere insieme interessi diversi per intervenire su un progetto comune o per rispondere a determinati bisogni.

Per realizzare iniziative come quella aretina anche l'azienda privata, nell'ottica della massima trasparenza, deve attenersi a regole e disposizioni altamente codificate sia dal punto di vista etico che amministrativo-gestionale.

Partecipare in maniera attiva all'organizzazione di un PTDA come quello del paziente nefropatico in partnership con un Azienda pubblica permette all'azienda privata di promuovere l'utilizzo dei propri prodotti in maniera appropriata non solo dal punto di vista diagnostico-terapeutico ma anche economico-finanziario.

Il nostro intervento ad Arezzo dimostra che la politica commerciale delle Aziende farmaceutiche, tesa ovviamente al consolidamento del pro-

prio business, è oggi profondamente diversa da quella messa in pratica solo pochi anni fa perché sono cambiate le regole del gioco ed il sistema.

TOSCANA MEDICA – *Sarebbe auspicabile estendere iniziative come la collaborazione tra pubblico e privato esemplificata dall'esperienza aretina?*

UCCI – Io credo che la partnership tra aziende pubbliche e private sia fondamentalmente una cosa molto positiva per ambedue le parti. Fatto salvo il concetto che il settore privato deve avere la giusta remunerazione per quello che ha investito, io penso che la collaborazione fra i due soggetti possa realmente condurre ad una riduzione degli sprechi, limitando per esempio il numero delle prescrizioni non corrette ed aumentando appropriatezza e sostenibilità economica degli interventi clinico-assistenziali.

BIANCHI – Anche io credo che l'industria ed i sistemi sanitari pubblici non debbano necessariamente lavorare in contrapposizione tra di loro perché, seppure in maniera differente, la loro mission è il mantenimento della salute della po-

polazione. A mio parere un intervento eticamente corretto dell'industria in questo campo non può che favorire la massima razionalizzazione dell'utilizzo di farmaci e di tecnologie sanitarie.

Un modello per la programmazione

ANTONIO PANTI

Non vi è dubbio che l'organizzazione sanitaria debba profondamente cambiare. Da un lato la domanda è radicalmente mutata col prevalere della cronicità, dall'altro la sostenibilità della spesa assistenziale costringe a proporre sempre nuovi modelli che mantengano la soddisfazione dei cittadini e, nello stesso tempo, rendano più razionale l'uso delle risorse. Un cambiamento istituzionale, organizzativo e, infine, culturale perché impegna i professionisti a operare in gruppi di continuità assistenziale e a far prevalere la medicina di iniziativa e la prevenzione sulla medicina individuale e opportunistica.

Lo strumento del percorso diagnostico terapeutico assistenziale, già avviato in alcune circostanze, garantisce, sulla base della conoscenza anticipata dell'incidenza di una patologia, l'offerta di un pacchetto assistenziale che pone veramente al centro il paziente per seguirlo nel tempo con tutti gli strumenti specialistici e territoriali che consentano di evitare o di contenere le complicanze più drammatiche e onerose. In pratica il paziente è in carico al medico di famiglia che, con poche analisi, ne valuta la gravità e fa opera continua di educazione e di prevenzione, avviandolo allo specialista quando la patologia ha raggiunto un determinato grado di severità. Vi è un costante rapporto tra specialista e medico generale che il percorso di assistenza ai cronici, la tenuta di registri per patologie e un nuovo modello di lavoro del medico generale, favorisce.

L'informatizzazione del servizio e la costante presenza del medico di famiglia dovrebbe evitare il rischio di trasformare l'offerta di pacchetti assistenziali in un'anonima catena di montaggio o di rispondere in modo incongruo a richieste inutili. Al contrario questa forma assistenziale è tesa all'integrazione tra ospedale e territorio.

Il percorso del paziente nefropatico che si sta sperimentando nell'azienda sanitaria aretina può rappresentare un utile paradigma per il programmatore sanitario. L'invecchiamento della popolazione e lo scarso controllo dei fattori di rischio comporta un continuo incremento del diabete e dell'ipertensione. Il rischio cardiovascolare esista spesso in nefropatia la cui prevalenza è ormai elevata e che rappresenta un'importante causa di morte nonché un notevole aggravio per la sostenibilità del sistema, e basti pensare al numero dei pazienti in dialisi o sottoposti a trapianto di rene. Eppure la semplice proteinuria che il laboratorio esegue in automatico, se attentamente valutata dal medico, è un indice bastevole dell'evoluzione di una ipertensione o di un diabete. Il rene è un indicatore molto sensibile di rischio cardiovascolare.

Obiettivo dell'esperimento aretino è la quantificazione epidemiologica del rischio, la prevenzione, la diagnosi precoce, il trattamento e il rapporto tra specialista e medico generale col fine di evitare le complicanze. Insomma questo percorso sta tutto dentro il Chronic Care Model. Conoscere il peso della domanda, ottimizzare le risorse e valutare i risultati dà ragione dell'importanza di questo modello.

È ovvio che porre in essere nuovi modelli assistenziali richiede risorse che il servizio sanitario spesso non possiede. Così sono sacrificati proprio quegli interventi che dovrebbero garantire ai pazienti migliori risultati a minor costo. La ASL aretina ha usufruito di una sponsorizzazione secondo criteri di trasparenza che sono in uso in altri paesi, poco frequenti nel nostro. Una interessante forma di collaborazione tra azienda sanitaria e impresa industriale che non tocca i medici e si svolge mediante un bando di pubblica evidenza e il parere favorevole del comitato etico. In conclusione un esperimento dai molteplici risvolti interessanti e innovativi. **TM**

*Si ringrazia **Bristol-Myers Squibb**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Stefano Taddei è Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università di Pisa e direttore del DAI Medico e dell'U.O. di Medicina Generale 1 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Membro di numerose società scientifiche ed Editorial Board, è International Editor dell'European Journal of Cardiology.

Il prezzo di riferimento

Uno strumento ormai indispensabile per il controllo della spesa farmaceutica

Il controllo della spesa sanitaria è un aspetto fondamentale per la sopravvivenza di ogni SSR. Tuttavia, questa necessità sembra diventare prioritaria soprattutto nei periodi di crisi economica,

quale quello che attualmente sta colpendo sia le istituzioni che i singoli cittadini. Tutto questo mi sembra paradossale, in quanto l'utilizzo del denaro pubblico (ma che in realtà è denaro nostro) dovrebbe essere sempre improntato a una profonda eticità, a prescindere dalle varie fasi dell'economia pubblica. È ovvio che tutti noi dobbiamo fare i conti con i tagli alla Sanità che il Governo centrale impone alla nostra Regione, ma i principi e le regole che gestiscono le risorse economiche dovrebbero avere una valenza generale e non dipendere dai periodi di "vacche grasse" o "vacche magre".

Uno degli aspetti più paradossali del nostro SSR è il sistema di rimborso di farmaci che appartengono alla stessa classe farmacologica nella quale sono presenti specialità off-patent e specialità ancora coperte da brevetto. Nella realtà quindi è possibile prescrivere, all'interno di una classe terapeutica, una molecola magari con minor letteratura scientifica (e a volte anche efficacia), ma con un costo tre volte superiore rispetto a un'altra molecola ricca di letteratura e di esperienza clinica. Oltretutto, quando una molecola perde il brevetto e quindi il prezzo scende drasticamente a causa dell'immissione in commercio dei farmaci equivalenti, si assiste a uno spostamento prescrittivo verso altre molecole della stessa classe, ancora branded e più costose, con un'ovvio danno al SSR. Per contrastare questo fenomeno il SSR si organizza con linee guida, circolari, documenti di commissioni, pareri di esperti, controlli a campione sui medici (con perdita di tempo e risorse e con la frustrazione di essere, a volte, inefficace) quando sarebbe estremamente più semplice e più logico istituire il prezzo di riferimento per ciascuna classe farmaceutica. Ovviamente il prezzo di riferimento si dovrebbe applicare a tutte le molecole della stessa classe, a prescindere dalla data di immissione in commercio delle varie specialità e quindi dalla copertura del brevetto. Il prezzo di riferimento sarebbe deciso a livello Ministeriale nel momento in cui un farmaco capostipite viene messo in commercio e si applicherebbe a tutti i farmaci della stessa classe commercializzati successivamente. Ovviamente, il prezzo si abbasserebbe automaticamente quando la molecola capostipite perde il brevetto con il simultaneo adeguamento di tutti gli

altri farmaci della stessa classe. Nel caso improbabile che un'azienda farmaceutica non adeguasse il prezzo, l'eventuale differenza sarebbe a carico del cittadino. Questa soluzione, per altro adottata in molti paesi Europei e anche in alcune Regioni italiane, avrebbe solo vantaggi:

1) finalmente si eviterebbe da parte delle case farmaceutiche di "inondare" il mercato di copie inutili di farmaci capostipiti: in genere questi farmaci non producono niente in termine di conoscenza scientifica ma sfruttano il così detto effetto di classe, "parassitando" le informazioni scientifiche che derivano dalle molecole capostipite che sono state studiate a lungo per identificarne in pieno le possibilità terapeutiche;

2) l'industria farmaceutica avrebbe maggior interesse a sviluppare molecole realmente innovative;

3) una eventuale minor concorrenza commerciale

si tradurrebbe in un'informazione più "scientifica" e meno "promozionale";

4) al momento della perdita di brevetto del ca-

postipite, lo shift verso molecole protette ancora da brevetto non si trasformerebbe in un aberrante aumento di spesa da parte del SSR, non giustificato da una miglior qualità terapeutica;

5) il medico avrebbe una responsabilità diretta nell'aspetto "economico" della scelta del farmaco in quanto la differenza di prezzo di una specialità che non si è adeguata al prezzo di riferimento sarebbe pagata direttamente dal paziente e non si perderebbe nell'"anonimato" del rimborso da parte del SSR.

Su questo punto molti obietteranno che non sarebbe giusto per quel cittadino, ma in realtà non ci rendiamo conto che il sistema attuale non è giusto per la comunità (e cioè l'insieme di singoli), che oltretutto non si rende conto che molti servizi o prestazioni corrono il rischio di essere tagliati anche perché milioni di euro sono "bruciati" da una cattiva gestione della spesa farmaceutica poiché chi prescrive non sfrutta a pieno le potenzialità della riduzione del prezzo dei farmaci off-patent. Oltretutto, quando una delibera del SSR indica alla classe medica di utilizzare nel 60-70% dei casi solo alcune molecole sulla base del risparmio di spesa a parità di efficacia, non applica "nei fatti" un prezzo di riferimento?

Certamente la gestione delle risorse è un aspetto complesso per chi ci governa e amministra, ma sicuramente regole chiare e di facile applicazione potrebbe contribuire in modo decisivo non solo a una corretta gestione della spesa pubblica, ma anche a un rafforzamento della coscienza etica di cui tutti noi sentiamo un estremo bisogno.

TM

STEFANO TADDEI

Ordinario di Medicina Interna, Università di Pisa



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

Se manca il direttore d'orchestra...

Cure primarie e medici di medicina generale

Il medico di medicina generale attualmente è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi ed è impossibile recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione lavorativa con l'intervento operativo e responsabile di

figure professionali preparate a coadiuvare e portare avanti aspetti burocratici, organizzativi e assistenziali della prevista ulteriore mole del carico di lavoro. Il Chronic Care Model preso ad esempio dal Consiglio Sanitario della Regione Toscana prevede a supporto e ad integrazione anche "assistenti medici" oltre a numeroso personale infermieristico formato e professionalmente competente.

"I primary care physicians devono diventare leader nell'impegno di evitare ospedalizzazioni prevenibili per pazienti con malattie croniche, eliminare procedure inappropriate, ed aiutare le persone a morire con la minima sofferenza e senza spendere enormi quantità di risorse.

... le cure primarie devono cambiare drasticamente.

I motivi della crisi erano da ricercare soprattutto nell'incapacità della disciplina di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni assistenziali, in particolare quelli collegati alle malattie croniche, garantendo comprehensiveness & accountability, che significa dare risposte assistenziali articolate e complesse, dalle vaccinazioni e gli screening agli interventi proattivi nel campo del diabete e dello scompenso cardiaco, utilizzando sistemi oggettivi di valutazione dei risultati, e presidiando coordination & continuity, mettendo al centro degli interventi il paziente". (Fonte G. Maciocco in Riforma sanitaria e cure primarie in USA in sito <http://saluteinternazionale.info/2010/06/riforma-sanitaria-e-cure-primarie-in-usa>).

Anche perché non dimentichiamoci che oltre il malato cronico chi curerà la mamma in attesa tra dubbi, vomiti, speranze, disagi con il marito, per il lavoro che se c'era ora non c'è? O la mamma nel post partum, tra il pediatra che ancora non c'è e le mille paure date anche solo da una banale cistite in allattamento?

O il ragazzo acneico che non riesce a battere chiodo e si dispera?

O la ragazza che sta tra genitori permis-

sivi, ragazzo incosciente e menefreghista?

O la giovane donna che, facendo dei banali esami, si ritrova HIV positiva senza saper chi ringraziare, e da allora deve gestire "la cosa" in famiglia, col fidanzato, nel lavoro, col suo futuro?

L'elenco sarebbe lunghissimo, se vi mettete a pensare, ve ne accorgete ... ma fa parte del nostro quotidiano lavoro.

I pazienti che hanno una buona relazione con

il medico, ben preparato, ottengono un'assistenza migliore.

Il medico riconosce la malattia, ma oggi proporre la cura non è, quasi mai, una semplice prescrizione di un farmaco o di un esame, curare è anche indirizzare e sostenere il malato nel suo percorso tra i servizi che operano nell'organizzazione sanitaria, tenendo in considerazione la sua individualità.

La cura delle malattie croniche è un'attività sanitaria che richiede un approccio di sistema, multidisciplinare e multiprofessionale, in cui la relazione cittadino - malato - professionista - servizi, è determinante per creare valore cioè soddisfare bisogni del malato e dei malati.

Se il paziente non partecipa alla cura o se la cura proposta non è integrata in una declinazione sistematica delle risposte ai bisogni del paziente, che succede? Il 50% dei malati cronici entro l'anno abbandona la terapia, o non aderisce ai programmi di controllo.

Health Affairs, la più importante rivista USA di politica sanitaria, dedica il numero monografico di

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Medico di medicina generale, Pistoia

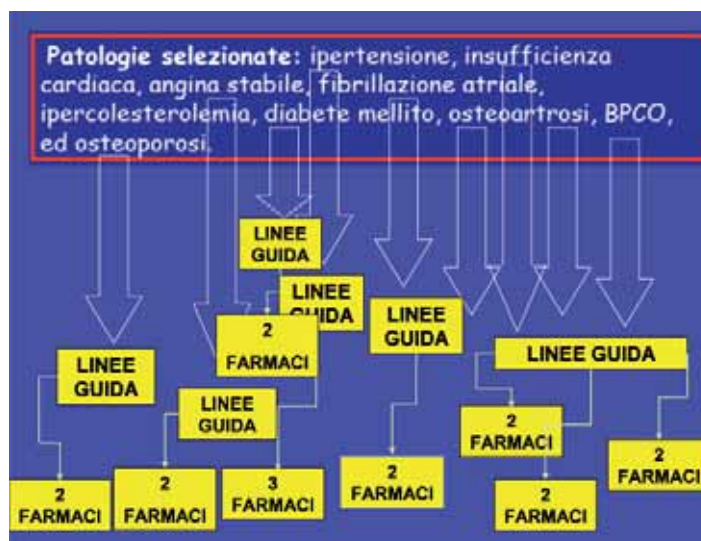


Tabella 1

maggio 2010 a “Reinventing Primary Care”.

Uno degli articoli della monografia invita il governo a potenziare la rete delle cure primarie raddoppiando gli investimenti, portando la percentuale della spesa per questo settore al 10-12% della spesa sanitaria totale; una proposta condivisa dall'agenzia governativa Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) e da altri centri di ricerca (come il Patient-Centered Primary Care Collaborative che – sulla base di esperienze realizzate in varie realtà del paese – sostengono che l'incremento della spesa in cure primarie è da una parte controbilanciato da risparmi derivanti dalla riduzione degli accessi nei dipartimenti di emergenza e dei ricoveri ospedalieri e dall'altra accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

Tuttavia qui da noi... il medico di medicina generale è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi ed è impossibile recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione ... Ad esempio l'affiancamento e il supporto di altri operatori socio-sanitari in primo luogo il personale infermieristico, non deve ricalcare una visione destrutturata della persona ma sottrarre al medico di medicina generale quelle funzioni e compiti che impropriamente egli svolge da anni a scapito di una presa in carico olistica, per problemi valutando le co-morbilità, la poli-farmacoterapia, lo stato socio-familiare.

Spesso il nostro è un paziente che nessuno conosce, fatto di problemi personali, familiari, lavorativi, logistici, di poli-patologie, per le quali ogni specialista prescrive il suo farmaco/i “assolutamente” necessario che si va a sommare, più spesso a scontrare, con quelli degli altri, creando ulteriori morbilità o problemi per gli specialisti per di più sconosciute.

Ma anche con il superamento di modelli di scambio dati fra territorio-ospedale e territorio (o meglio fra cure primarie e di secondo / terzo livello) e di tenuta e gestione delle cartelle cliniche informatizzate (Tabella 1).

Cosa può succedere... succede, se manca, è assente, è distratto, è poco o per nulla autorevole... il “direttore di orchestra” ...il medico di medicina generale (Tabella 2).

Il medico di medicina generale è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi ed è impossibile

recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione: questo comporterà che alcune mansioni e compiti dovranno essere svolti da altro personale, senza perdere l'unitarietà dell'intervento e la condivisione del progetto assistenziale.

Scarsa aderenza, pochi troppo pochi pazienti infartuati aderenti e complianti e i diabetici e gli ipertesi...?

Cosa può succedere... succede, se manca, è assente, è distratto, è poco o per nulla autorevole... il “direttore di orchestra” ... il medico di medicina generale...

Se da un lato funzionale e necessario allo sviluppo del eCCM è **non fare girare** il cittadino e il paziente ma le sue informazioni di carattere sanitario (cartelle compatibili) dall'altro risulta diciamo “ostico” al medico di medicina generale la registrazione dei dati richiesti in occasione di visite periodiche.

Oggi, come esperienze decennali dimostrano, queste “barriere” alla raccolta e registrazione dei dati possono essere superate con le attuali tecnologie, con il duplice vantaggio di produrre informazioni necessarie al cittadino, al paziente, al medico, a tutto il personale del team/modulo, ai vari specialisti, alla ASL e di essere utili per una revisione di qualità/self Audit e Audit di gruppo, con un processo di miglioramento continuo non tanto del “numero delle prestazioni erogate”, bensì della qualità del processo assistenziale.

Ma i medici di medicina generale sono stanchi, sono stufo?

Perché i medici di medicina generale sono stanchi?

Per il declino dello status sociale e del loro stato professionale...

Perché hanno studiato per fare delle “cose” e ne fanno altre...

Perché le situazioni mutano troppo velocemente...

Per una perdita di controllo sul proprio futuro (anche presente...) e ancor più su quello dei pazienti...

Il medico di medicina generale è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi ed è impossibile recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione...

TM

farmaco	Ore 7	Ore 8	Ore 13	Ore 15	Ore 20	Ore 22
IPP	X					
ARB		X				
DIGITALE		X				
FUROSEMIDE		X				
NITRO S T	X					
DILTIAZEM		X	X		X	
CALCIO				X		
BIFOSFONATO	X					
TIOTROPIO						X
SALMETEROLO	X					
WARFARIN				X		
INSULINA						X
METFORMINA			X		X	
DOXAZOSIN					X	
STATINA					X	
OPPIOIDE DEBOLE		X				X
LASSATIVO			X		X	

Tabella 2

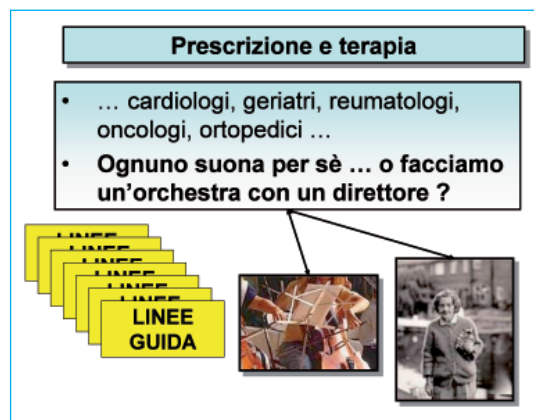


Tabella 3

La check list della Sala Operatoria



Felice Apicella, spec. in Chirurgia Generale, 1979. Spec. in Endocrino-Chirurgia, 1982. Spec. in Chirurgia Toracica, 1992. Diploma di Chirurgia Laparoscopica e Toracoscopica, 1995.FMH (Svizzera) medico specialista in Chirurgia, chirurgia del cuore e vasi toracici, 2002. Clinical Governance, 2004. Chirurgo generale e toracico, SC Chirurgia Generale dell'Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze.

In sala operatoria quotidianamente si svolge un lavoro routinario con procedure standard (nel 70% dei casi), interventi chirurgici più o meno complessi standardizzati (per organi pari ed impari); interventi alla tiroide, interventi per tumore alla mammella, interventi per ernia inguinale, interventi per calcoli alla colecisti, interventi per appendicite, interventi per tumori del colon, interventi per tumore del rene, ecc., ecc.; ogni volta che si lavora con procedure standard, di routine, è necessario adottare *check list* di controllo per garantire che non ci siano state dimenticanze involontarie (gli errori banali sono tipici delle attività di routine, standard).

La *check list* è uno strumento a garanzia del risultato del lavoro standard routinario complesso.

Tre momenti sono importanti per il paziente in sala operatoria (le tre parti della *check list*):

1. prima dell'anestesia;
2. prima dell'incisione chirurgica (Time Out);
3. prima che il paziente lasci la sala operatoria.

La *check list* è formata da voci da spuntare su particolari che servono a prevenire la comparsa di eventi avversi ed eventi sentinella (bisogna prevenire tutto il prevedibile).

In particolare le domande sono finalizzate al raggiungimento dei 16

obiettivi (Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella

– 2° Rapporto – Settembre 2005-Agosto 2009) stabiliti dal Ministero della Salute per la prevenzione degli errori in Sala Operatoria (Toscana Medica 8/10:63), vedi “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e *check list*” (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Ottobre 2009), il manuale è molto particolareggiato e stabilisce anche chi-cosa-come deve essere fatto.

Prima dell'anestesia si controllano le generalità del paziente, la coerenza sulla lista operatoria, la presenza del consenso informato (anestesia ed inter-

FELICE APICELLA

Chirurgo generale e toracico, SC Chirurgia Generale, Ospedale San Giovanni di Dio, Asl 10, Firenze

WHO Check list di sala operatoria (adattata dal Centro Gestione Rischio Clinico, Regione Toscana)		
ACCESSO IN SALA (da leggere ad alta voce) Prima dell'anestesia: ☐ Corrispondenza tipo di intervento con lista operatoria Consenso informato ☐ Intervento ☐ Anestesia ☐ Identificazione paziente ☐ Identificazione e contrassegno sito chirurgico ☐ Verifica farmaci e presidi anestesizzatori ☐ Corretto posizionamento paziente Monitoraggio ☐ PA ☐ Ossimetria ☐ ECG Allergie ☐ Sì ☐ No Rischio di emorragia > 500 ml (7ml/kg per i bambini) ☐ Sì, sono stati previsti adeguati accessi venosi e fluidi da infondere ☐ No IDENTIFICAZIONE PAZIENTE Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____ Codice fiscale: _____ Intervento: _____	TIME OUT (da leggere ad alta voce) Prima dell'incisione ☐ Presentazione operatori ☐ Anagrafica (corrispondenza con lista operatoria) ☐ Tipo intervento ☐ Sito / lato Briefing su possibili eventi avversi ☐ Revisione chirurgica: quali sono i passaggi critici o inattesi e la durata della seduta operatoria, si avranno perdite di sangue prevedibili? ☐ Revisione anestesizzologica: sono presenti aspetti critici relativi al paziente? ☐ Revisione infermieristica: i processi di sterilizzazione sono stati validati? Ci sono problemi con i dispositivi? Somministrazione antibiotico ☐ Sì ☐ Non applicabile Somministrazione ATE ☐ Sì ☐ Non applicabile ☐ Immagini diagnostiche visualizzate	USCITA SALA (da leggere ad alta voce) Prima che il paziente lasci la sala operatoria Conferma verbale su: ☐ Registrazione tipo intervento ☐ Conteggio strumenti, garze e tagliandi ☐ Etichettatura corretta eventuali campioni (incluso il nome del paziente) ☐ Segnalazione problemi con dispositivi ☐ Passaggio di consegne con segnalazione di eventuali criticità EQUIPE OPERATORIA Data: ____/____/____ h ____:____ I Operatore: _____ II Operatore: _____ Anestesista: _____ Fertista: _____ Infermiere: _____ Compilatore: _____

vento chirurgico), la presenza del monitoraggio, la presenza di allergie, la presenza di accessi vascolari.

Prima dell'incisione chirurgica si controlla la coerenza sulla lista operatoria, gli operatori, l'eventuale lato, l'intervento chirurgico previsto, i possibili eventi avversi (revisione chirurgica, revisione anestesio-logica, revisione infermieristica), la somministrazione di antibiotici, la profilassi antitrombotica, la visualizzazione delle immagini diagnostiche.

Prima che il paziente lasci la sala operatoria si controlla che sia stato registrato l'intervento chirurgico, sia stato fatto il conteggio degli strumenti e della garze, siano corrette le etichette per l'anatomia patologica, siano stati segnalati eventuali problemi dei dispositivi, sia stato fatto il passaggio di consegne (al Reparto di trasferimento) con segnalazione di eventuali criticità.

La scheda *check list* con i dati anagrafici del paziente e con i nominativi dell'équipe chirurgica è inserita nella cartella clinica, è una pagina della cartella clinica con valenza medico-legale.

Un esempio di applicazione della *check list* di sala operatoria è visibile su YouTube a cura del Ministero della Salute al sito: <http://www.youtube.com/watch?v=j7jJ3vfPq0U&p=554BF950C2466B1B&playnext=1&index=40>.

Ad un esame superficiale della *check list* si potrebbe essere attratti dalla banalità delle domande che in genere hanno risposte date per scontate ma bisogna considerare che nel lavoro di routine stan-

dardizzato è più facile incorrere in errori.

Se si riflette sulle domande e sulle risposte si evince una maggiore condivisione delle informazioni tra i componenti l'équipe chirurgica (la comunicazione è alla base del 91% degli errori) e la condivisione delle informazioni sulle eventuali criticità con il personale del reparto che riceve il paziente dopo la sala operatoria.

I risultati raggiungibili con l'applicazione della *check list* di sala operatoria sono (da una indagine tipo prima dell'utilizzo/dopo l'utilizzo) (Tabella 1).

Questi dati indicano un progresso effettivo nell'organizzazione della sala operatoria.

L'uso della *check list* di sala operatoria è fortemente raccomandato dal Ministero della Salute; c'è da chiedersi se, in caso di controversia legale, la mancanza della *check list* possa intendersi come un aggravante.

Per capire l'importanza della *check list* è sufficiente ricordare quell'evento in cui il chirurgo tolse il rene sano invece di quello malato, ci fosse stata la *check list* non sarebbe successo.

Al sito <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> è possibile approfondire l'argomento.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: apicellafelice@yahoo.com

TM

Tabella 1

Tasso di complicanze	prima	11%	dopo	7%
Tasso di mortalità intraospedaliero		1,5%		0,8%
Tasso di infezione del sito chirurgico		6,2%		3,4%
Ritorno non programmato in sala operatoria (reinterventi)		2,4%		1,8%

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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

Fannulloni, macellai... e drogati!

Il Governo non ha una gran considerazione dei medici. Cominciò il Ministro Brunetta col dire che bisognava dare i voti ai medici perché voleva sapere se chi lo dovesse operare fosse un chirurgo o un macellaio. Più volte lo stesso Ministro si è espresso nei confronti dei pubblici dipendenti come potenziali fannulloni da sottoporre a serrato controllo, diminuendo le retribuzioni in caso di malattia.

Al Governo piacciono le decisioni unilaterali e così, senza avvertire nessuno, si è stabilito di radiare dall'albo (sic!) il medico che non compili il certificato on line, attenuando poi le sanzioni perché ci si è accorti che il sistema informatico fa acqua da tutte le parti. Ma il principio resta, quello delle gride manzoniane, quello che portò il Parlamento a costringere i medici a denunciare gli immigrati privi di permesso di soggiorno, obbligo poi cancellato alla chetichella, con una circolare del Ministro dell'Interno, di fronte al fatto che i medici non avevano denunciato nessuno.

Ora Giovanardi, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, vuol sottoporre a test antidroga tutti i medici "perché il nostro paese deve essere libero dalla droga". Il che è giusto, come è corretto fare il test antidroga prima di guidare un autobus o di entrare in sala operatoria. Ma liberare il paese dalla droga a partire dal sapere quanti medici fumano uno spinello è un po' persecutorio.

Insomma l'immagine dei medici per alcuni politici non è delle migliori. E viceversa, qualcuno potrebbe dire! Ma questo non è il vero problema. La vera, impellente questione, è che di questi tempi esercitare la medicina è difficile e sempre più complicato. Oggi troppi medici aspirano anzitempo alla pensione, il che è segno di disaffezione, di *burn out*, e tutto questo non giova ai pazienti né alla società che affida ai medici un compito fondamentale per la convivenza civile, per la sopravvivenza stessa dello stato di diritto, quello di curare bene la gente.

Prima di proclamare sanzioni per i medici non sarebbe opportuno verificare se il sistema informatico nazionale funziona, se le onde magnetiche coprono tutto il paese invece che vagare a macchia di leopardo? E l'inasprimento della burocrazia modifica i comportamenti oppure, al contrario, provoca disaffezione e irritazione? Siamo certi che la legge debba condizionare le scelte del medico, come si è fatto per la PMA e ora si tenta col testamento biologico, oppure così facendo si innesta una surrettizia disubbidienza di fatto?

I magistrati ci hanno convinto che le linee guida sostituiscono le vetuste *leges artis* e che il medico deve seguirle per essere tranquillo, ma una recente sentenza della Cassazione condanna un medico perché le linee guida non possono essere un criterio valido di comportamento.

La *malpractice* nasce anche da una sorta di stravolgimento del concetto di guarigione. Un intervento salvavita ma che lascia una brutta cicatrice è motivo di richiesta risarcitoria. Il paziente, anzi il cittadino, deve essere al centro del sistema delle cure. Sostenere il contrario sarebbe la più antideontologica delle affermazioni. Ma due fatti dovrebbero essere oggetto di riflessione. Le illusioni suscitate da una medicina quasi onnipotente possono generare comprensibili disillusioni; però la vita prima o poi finisce e la morte di qualcuno non è colpa dell'ultimo medico che lo cura.

Ugualmente l'ansia di chi teme di essere malato è comprensibile e il medico se ne deve far sempre carico; ma non si può consultare il medico con lo stesso animo con cui ci si rivolgeva allo stregone, in attesa del miracolo. Il medico non possiede la formula magica per cui, appena visto il paziente, appare la diagnosi prestampata sul grande schermo.

I medici hanno certamente molte colpe, come tutti gli esseri umani, ma se potessero lavorare con un po' più di serenità i pazienti ne trarrebbero indubbio vantaggio.

TM



Galileo Guidi, laureato in Medicina e Chirurgia. Dirigente medico presso la Divisione di medicina dell'Ospedale di Pescia. Responsabile della Sezione di VRQ-MCQ. Dal 2005 in Regione Toscana coordina le attività di salute mentale e la commissione di lotta al dolore. Membro del gruppo interregionale psichiatria e salute mentale.

La valutazione in salute mentale

La Regione Toscana definisce la valutazione nel sistema sanitario nella L.R. n. 40, 24/2/2005 come modificata da L.R. n. 39, 29/10/2008, art. 2 comma u.bis:

“La valutazione come il complesso degli strumenti che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli

obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livello di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficacia dei servizi erogati”.

Queste disposizioni sono particolarmente interessanti ed assumono aspetti problematici quando si cerca di applicarle alla Salute Mentale. Nel rispetto delle disposizioni contenute nelle leggi n. 180 e n. 833 del 1978 si sono sviluppati servizi di salute mentale di tipo territoriale, in particolare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia psichiatrica si attua, in Toscana, all'inter-

no di una rete assistenziale che presenta punti di erogazione di tipo domiciliare, ambulatoriale territoriale ed ospedaliero. Il percorso assistenziale di un paziente psichiatrico si svolge, nelle diverse fasi della storia clinica, nei presidi della rete assistenziale messi a disposizione dai servizi di salute mentale (rete formale) ma anche in luoghi diversi messi a disposizione dalle comunità locali, che svolgono un ruolo determinante per la socializzazione di questi pazienti (rete informale). Emerge dal complesso delle norme che la Regione Toscana si è data una chiara determinazione ad adottare misure per migliorare la salute della popolazione, nel quadro di una strategia multi settoriale non

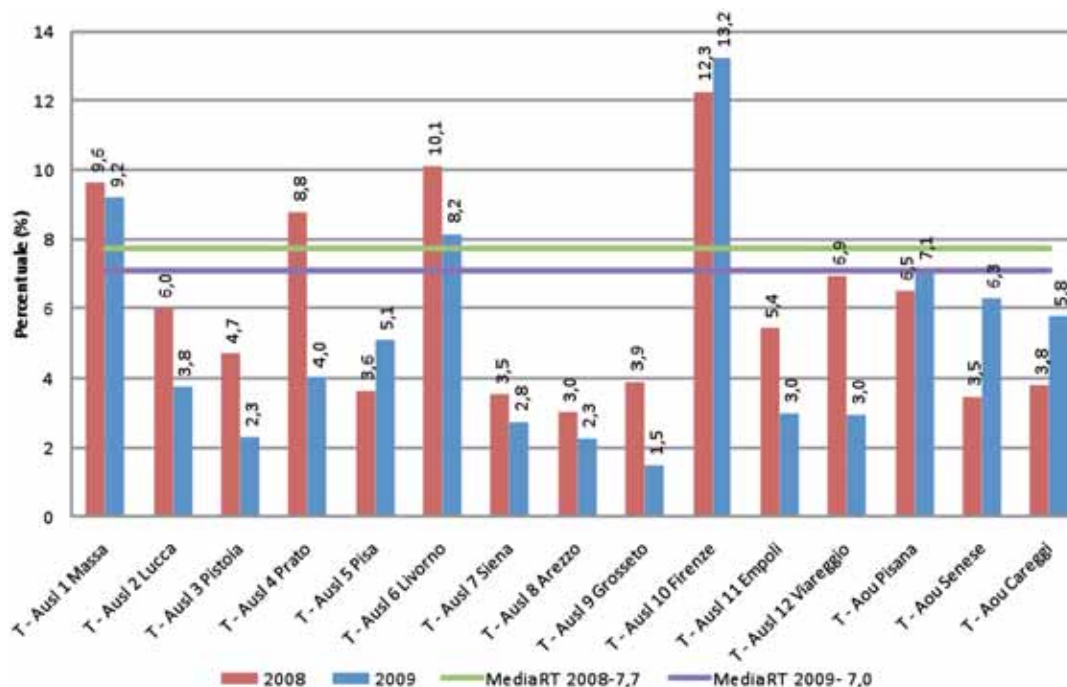
limitata all'ambito sanitario. Queste indicazioni sono particolarmente appropriate quando si tratta di organizzare

percorsi assistenziali a pazienti affetti da problemi di salute mentale. L'obiettivo futuro di un sistema di valutazione in un modello organizzativo di questo genere dovrà essere quello di individuare ed usare indicatori di esito. I processi di valutazione nella sanità italiana e nella salute mentale in particolare non sono attualmente molto diffusi

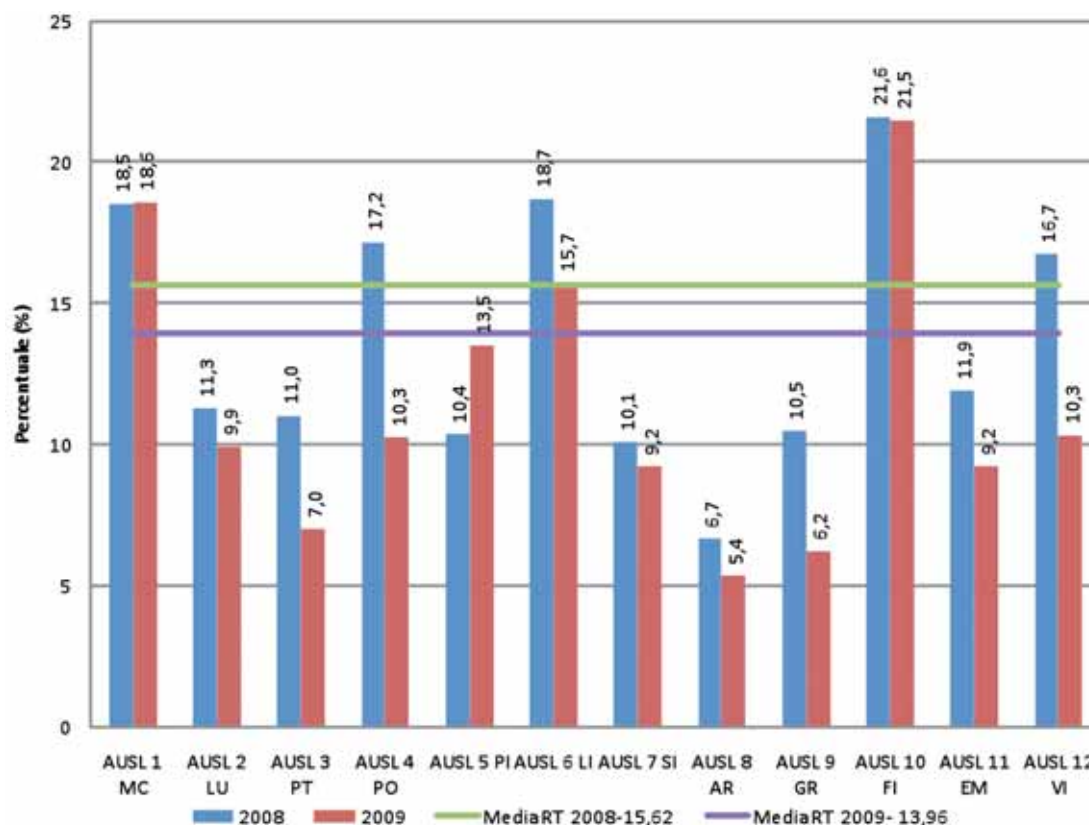
GALILEO GUIDI, DANIEL DEWET

Commissione regionale governo clinico in salute mentale

Ricoveri ripetuti (%) entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni



Ricoveri ripetuti (%) entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni

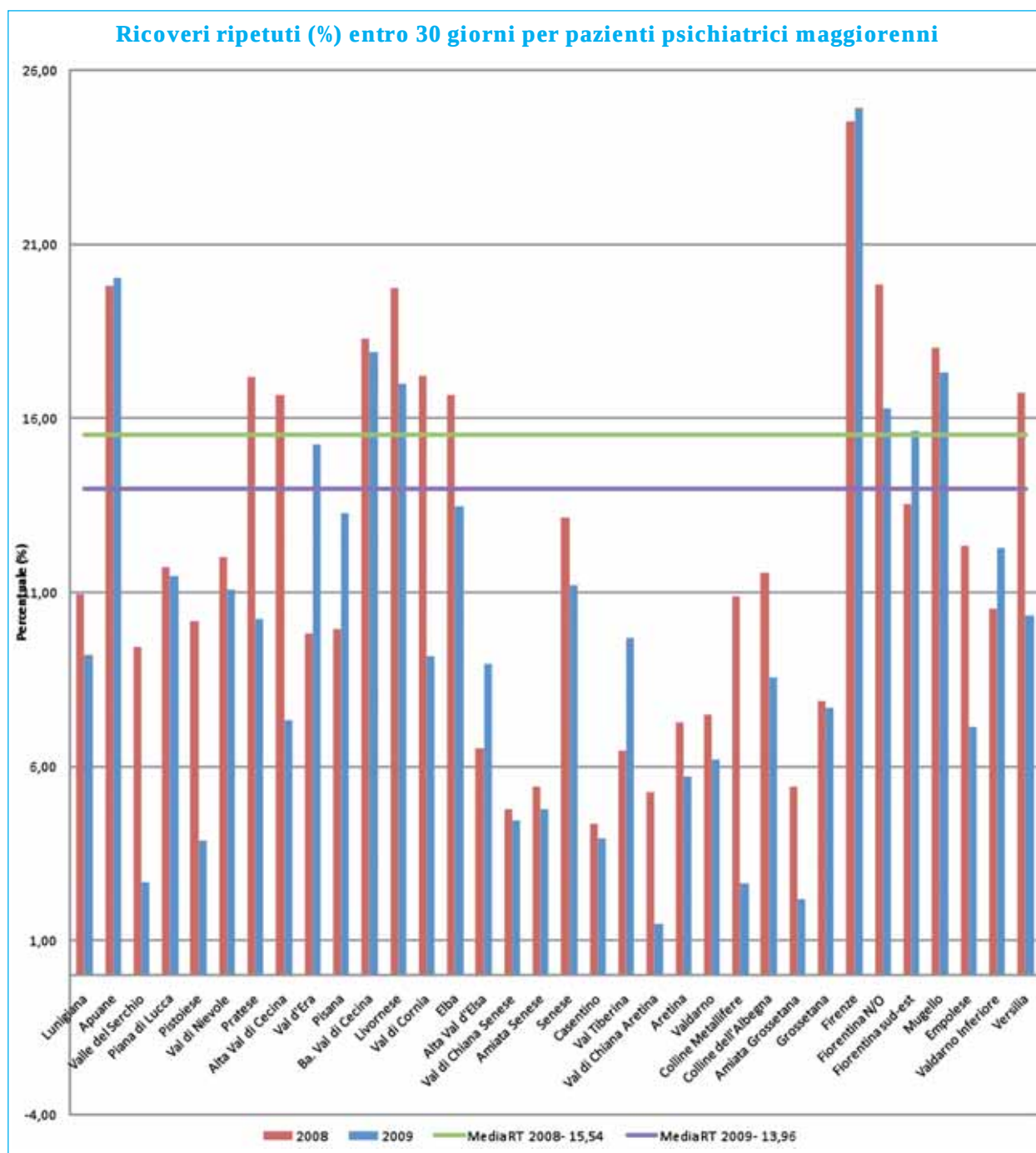


si, l'esperienza toscana rappresenta, per quanto è dato di sapere, un'eccezione nel panorama nazionale. I motivi del ritardo sono molti e non è questa l'occasione per discuterli, nella Gazzetta Ufficiale n. 254 del 29 ottobre 2010 è stato finalmente pubblicato il Decreto del Ministero della salute 15 ottobre 2010, che istituisce il "Sistema informativo per la salute mentale", dedicato alla rilevazione di dati sulle attività assistenziali di salute mentale. La Regione Toscana ha adottato da alcuni anni, anticipando le disposizioni ministeriali, un sistema informativo che produce un flusso di dati sulla salute mentale, la sua messa a regime ha richiesto molta fatica ma oggi siamo in grado di avere a disposizione un efficace strumento per la valutazione.

Sono stati pubblicati nel 2009 da O.M.S. e O.C.D.E. i rapporti sulla situazione dei servizi di salute mentale nei diversi paesi. Nelle due relazioni si utilizzano diversi indicatori tra i quali il tasso dei ricoveri ripetuti. Diversi lavori pubblicati su riviste internazionali prendono in considerazione questo indicatore come strumento per valutare non solo la fase ospedaliera ma l'intera rete assistenziale. Infatti nella letteratura troviamo che il ricovero ripetuto è dovuto a diversi fattori, alcuni legati alle condizioni del paziente quali: l'età, il genere, la razza, la diagnosi, il livello di funzionalità residua, la gravità e la persistenza della sintomatologia, la coesistenza di

patologie associate. Altri motivi per cui si verifica il ricovero ripetuto sono legati alla storia dei servizi psichiatrici, allo stato socio-economico, alle circostanze di vita, alla situazione familiare, alla esistenza di supporti sociali, alla capacità dello staff clinico di attivare i servizi di supporto non clinici, al lavoro nella comunità. Particolarmente interessante sono le strategie per la riduzione del ricovero ripetuto che troviamo in letteratura. Il primo strumento per attivare la riduzione è rendere noto il fenomeno ed attivare lo staff clinico a lavorare su questo obiettivo, il secondo è quello di sviluppare il lavoro comunitario e la governance dei processi che promuovono l'incentivazione dei supporti clinici e non clinici ai pazienti affetti da problemi psichiatrici gravi. Nel modello organizzativo dei servizi di salute mentale in Toscana i vari nodi delle reti assistenziali sia ospedaliera che territoriale hanno un'unica direzione tecnica ed organizzativa, infatti il gruppo curante che troviamo nel reparto ospedaliero (SPDC) è lo stesso che ha la responsabilità dei servizi territoriali. Questo non accade ad esempio per altre branche mediche dove il momento ospedaliero è nettamente differenziato dalla fase di assistenza territoriale e domiciliare.

L'indicatore ricovero ripetuto per la stessa diagnosi nei 30 giorni successivi alla dimissione viene indicato come uno strumento utile per valutare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti psi-



chiatrici da tutta la rete assistenziale territoriale.

Altri autori pongono l'attenzione anche all'indicatore che valuta i ricoveri per la stessa diagnosi entro 7 giorni dalla data di dimissione, è opinione condivisa che questo parametro sia in grado di valutare l'efficacia del trattamento ospedaliero. Un alto numero di ricoveri ripetuti per la stessa diagnosi nei 7 giorni successivi alla dimissione è da considerarsi indicatore dell'attività clinica effettuata all'interno del reparto ospedaliero.

Utilizzando il sistema informativo regionale, flusso SDO (scheda dimissione ospedaliera), è stata calcolata la percentuale di ricoveri ripetuti di pazienti psichiatrici maggiorenni entro 30 e 7

giorni dalla dimissione in una qualunque struttura pubblica e/o convenzionata regionale. Sono stati considerati i ricoveri erogati in Toscana a residenti toscani maggiorenni, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Sono stati valutati i codici DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza. I dati relativi al 2008 e 2009 dimostrano una diminuzione del fenomeno, la media regionale si attesta per i ricoveri ripetuti a 7 giorni sul 7,07%, mentre per quelli a 30 giorni siamo al 13,96%. Per quanto riguarda questi ultimi è stata fatta anche una valutazione del fenomeno per zona distretto. **TM**

I farmaci antidepressivi sono tutti uguali?

Nel Febbraio 2009 è stata pubblicata su Lancet, da Andrea Cipriani (Università di Verona) e collaboratori un'importante metanalisi di 117 studi clinici randomizzati relativi a 25.928 pazienti, trattati per depressione dal 1991 al 2007.

Lo studio valutava 12 nuovi farmaci antidepressivi: bupropione, citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, milnacipran, mirtazapina, paroxetina, reboxetina, sertralina e venlafaxina. Non sono stati valutati gli antidepressivi triciclici.

Gli autori hanno valutato l'efficacia e la tollerabilità in 8 settimane di trattamento, valutando per l'efficacia la risposta clinica di riduzione di sintomi di almeno il 50% e per la tollerabilità il tasso di abbandono della terapia da parte del paziente.

È stata predisposta una graduatoria di merito per questi due fattori e successivamente sono stati incrociati i due aspetti.

Le conclusioni sono state che in termini di efficacia mirtazapina, sertralina, escitalopram e venlafaxina risultano i farmaci più efficaci nella depressione e in termini di accettabilità escitalopram, sertralina, citalopram e bupropione risultano i più tollerati.

Gli autori concludono che i due farmaci che hanno un profilo migliore sono la sertralina e l'escitalopram, in particolare a favore della sertralina vi è anche il fattore che tale farmaco è in preparazione generica in molti paesi e pertanto ha un costo minore. Inoltre la maggioranza degli studi valutativi che riguardavano la sertralina erano studi indipendenti non commissionati dalle aziende produttrici del farmaco. Queste valutazioni riguardano uno studio e pertanto non possono rappresentare indicazioni valide in assoluto, ma comunque rappresentano un significativo valore per la prestigiosità della rivista e per la rilevanza scientifica degli autori.

Come era prevedibile questo lavoro scientifico ha aperto un dibattito nella psichiatria e non solo, considerando anche le implicazioni di politica sanitaria e di compatibilità economica dei sistemi sanitari pubblici. La rivista che ha pubblicato il lavoro è di altissima rilevanza scientifica. In particolare G.Gartlehner e B.N. Gaynes dell'Università

del North Carolina hanno avanzato una serie di osservazioni critiche sulla metodologia e sulle conclusioni a cui sono giunti Cipriani e gli altri.

Lo studio affronta una problematica reale in tema del trattamento della depressione in ambito di sanità pubblica. Noi medici, sia nel setting della medicina generale che in ambito specialistico, abbiamo sicuramente il problema di "coverage", cioè non riusciamo a diagnosticare precocemente i veri casi di depressione, ma anche di "focus",

cioè, spesso, trattiamo in modo inappropriato le vere forme di depressione.

Nella depressione maggiore grave l'indicazione farmacologica è chiara e riconosciuta da tutte le linee guida internazionali più importanti come quelle del National Institute of Clinical Excellence inglese e dell'American Psychiatric Association. L'esperienza clinica mi insegna che più la depressione è grave e più è probabile che il farmaco sia efficace. Tuttavia nelle depressioni gravi trovano indicazione ancora i classici farmaci antidepressivi triciclici come la clomipramina, l'amitriptilina, la trimipramina e la nortriptilina, che sono controindicati in casi di cardiopatia ischemica e/o aritmica, glaucoma, ipertrofia prostatica. Escluso queste controindicazioni e valutando bene gli effetti collaterali, discutendone preventivamente con il paziente, sono farmaci di provata efficacia nella depressione maggiore.

Nella depressione da lieve a moderata le stesse linee guida dicono che è tutta da dimostrare l'efficacia dei farmaci antidepressivi e che questa probabilmente è paragonabile al placebo, viceversa altri trattamenti non farmacologici si dimostrano efficaci. In particolare assume sempre maggiore rilevanza terapeutica nella depressione lieve l'attività fisica strutturata, che deve essere però condotta con regolarità e non occasionale: piscina, palestra, passeggiate a ritmo veloce, footing, almeno per 3 volte alla settimana. Personalmente la prescrivo nella ricetta che rilascio ai pazienti.

Altri interventi si dimostrano efficaci come la terapia cognitivo comportamentale individuale e di gruppo o gruppi psicoeducazionali. Queste attività sono poco praticate nei servizi pubblici di



Claudio Lucii, spec. in Neurologia e in Psicologia Clinica, Univ. di SI. Ha conseguito 2 corsi di perfezionamento c/o il Dip. di Sanità Pubblica dell'Univ. di FI, nel 2001: "La gestione del sistema sanitario" e nel 2003 "Il Governo Clinico". Ha collaborato al Progetto EFQM dell'Azienda USL 7 di SI. Dal 2002 è Resp. dell'UF Salute Mentale Adulti, della Azienda USL 7 di Siena, Zona Alta Valdelsa.

CLAUDIO LUCII

*Dipartimento Salute Mentale Azienda USL 7 di Siena,
Responsabile Unità
Funzionale Salute Mentale Adulti Zona Alta Valdelsa*

salute mentale per carenza di personale formato, psicologi o infermieri formati, nel caso della psicoeducazione. Tutti i moderni servizi di salute mentale si dovrebbero però porre il problema di creare interventi di questo tipo, di genere psicosociale se, come dice l'OMS, la depressione unipolare sarà la seconda causa di disabilità nel mondo nel 2020.

Sta emergendo anche l'importanza della terapia con la luce, soprattutto nelle forme di depressione stagionale.

Quando decidiamo di intraprendere una terapia farmacologica dobbiamo valutare sia l'efficacia che la tollerabilità del farmaco. I farmaci SSRI sono indicati come farmaci di prima scelta. Ci deve guidare la letteratura scientifica e la nostra pratica clinica. I problemi vengono quando vi è una forte discrepanza tra le linee guida e l'attività pratica quotidiana. Ad esempio tutte le linee guida dicono che solo in casi particolari dovremmo usare più di un antidepressivo e che una volta scelto il farmaco dobbiamo usarlo a dosaggio pieno per almeno 4 settimane, prima di fare cambiamenti. Una terapia antidepressiva per avere una logica clinica dovrebbe durare almeno 6 mesi.

Nella realtà questo non avviene. Dobbiamo anche considerare che questi farmaci hanno indicazione per disturbi diversi come i disturbi d'ansia, gli

attacchi di panico, la fobia sociale ed altro e questo ha portato ad un notevole incremento prescrittivo.

Nella scelta terapeutica siamo tutti noi chiamati come medici, a tenere conto dell'oculato uso delle risorse e pertanto a parità di efficacia e di tollerabilità a prescrivere il farmaco che costa meno alla collettività, in modo da poter recuperare una parte di risorse per poter realizzare altri interventi non farmacologici di provata efficacia. In questo senso andava la preferenza espressa verso la sertralina da parte degli autori dello studio del Lancet del Febbraio 2009.

Nella realtà dove io lavoro nella Valdelsa Senese, il numero delle prescrizioni di antidepressivi è nel 90% dei casi del medico di medicina generale, che evidentemente usa questi farmaci in disturbi molto diffusi della popolazione, come i disturbi d'ansia.

È auspicabile che la tematica della cura della depressione nella comunità venga ricondotta all'interno della sanità di iniziativa in quanto sarà un rilevante problema di salute pubblica nel futuro.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: c.lucii@usl7.toscana.it

TM



Salvatore Seminara, professore Associato dell'Univ. di FI. Coordinatore del Corso Integrato di Pediatria Gen. e Specialistica della Facoltà di Med. e Chir. dell'Univ. di FI. Direttore della Scuola di Spec. in Pediatria dell'Univ. di FI. Resp. della SOD di Auxoendocrinologia dell'AOU Meyer. Autore di 234 pubblicazioni prevalentemente su temi di Endocrinologia Pediatrica ed Auxologia.

Livelli normali e ottimali di vitamina D nell'età evolutiva

INTRODUZIONE

Il rachitismo essenziale rappresenta nei bambini la manifestazione estrema di uno stato di deficienza di vitamina D che si instaura mesi o anche anni prima che siano evidenti manifestazioni cliniche e radiologiche della malattia stessa.

SALVATORE SEMINARA*, MARTA GENEROSO**,
LAURA NANNI***, PERLA SCALINI****

* Direttore della Scuola di Specializzazione in Pediatria
** Medico-Chirurgo, Specializzanda in Pediatria
*** Medico-Chirurgo, Specialista in Pediatria
**** Medico-Chirurgo

Dipartimento di Scienze delle Salute della Donna e del Bambino
Università degli Studi di Firenze
UO di Auxoendocrinologia, AOU Meyer - Firenze

indicano come la vitamina D giochi una parte fondamentale nel mantenimento di una corretta funzionalità dell'immunità innata, nella prevenzione di certe patologie autoimmunitarie (sclerosi multipla, artrite reumatoide, diabete mellito di tipo 1) e nella protezione contro certe forme di cancro (cancro mammario, ovarico, colo-rettale e della prostata).

DEFINIZIONE DI IPOVITAMINOSI D

La 25-idrossivitamina D [25(OH)D] è la principale forma cir-

colante di vitamina D e i suoi livelli rappresentano l'indicatore migliore e più affidabile della quantità di vitamina D in un individuo.

Il mancato raggiungimento di un consenso ri-

Questa deficienza o ipovitaminosi D è infatti una patologia subdola, con scarsi, se non assenti, segni o sintomi, ma che può causare a lungo andare danni anche gravi all'organismo. Infatti sono reperibili nuove evidenze che

guardo i livelli ottimali di vitamina D comporta un importante limite nella definizione dei valori di riferimento della 25(OH)D, tuttavia, molti esperti sono concordi nel parlare di deficienza di vitamina D per valori di 25(OH)D inferiori a 20 ng/ml. I livelli di 25(OH)D sono infatti inversamente correlati con quelli del paratormone fino al raggiungimento di valori di vitamina D superiori o uguali a 30 ng/ml; non solo, ma è stato anche dimostrato che l'assorbimento intestinale di calcio passa dal 45% al 65% in donne in cui i livelli di 25(OH)D erano stati aumentati da 20 a 32 ng/ml.

In accordo con questi dati, valori di 25(OH)D compresi tra 21 e 29 ng/ml possono essere considerati come indicativi di uno stato di insufficienza e valori superiori o uguali a 30 ng/ml indicativi di uno stato di normalità (Tabella 1).

Si parla poi di eccesso di vitamina D a valori superiori o uguali a 100 ng/ml, mentre si ha intossicazione con concentrazioni di 25(OH)D superiori a 150 ng/ml.

Come si può notare, il valore rappresentativo di un eccesso di vitamina D è quasi tre volte superiore al valore minimo per lo stato di normalità, per questo motivo riteniamo opportuno che i livelli di 25(OH)D siano portati e mantenuti all'interno del range di 40-60 ng/ml, che si può considerare ottimale.

In letteratura sono reperibili anche studi in cui sono proposti range differenti a seconda che si consideri la popolazione pediatrica o quella adulta. Per quanto riguarda quest'ultima i valori proposti sono gli stessi appena discussi; nella popolazione pediatrica, invece, si parla di deficienza per livelli di 25(OH)D inferiori a 15 ng/ml, di insufficienza per valori compresi fra 15 e 20 ng/ml e di sufficienza quando superino i 20 ng/ml.

Come detto più volte, c'è ancora molto dibattito sulla questione dei livelli di riferimento della 25(OH)D, tuttavia, secondo la nostra esperienza, non riteniamo che ci sia da fare alcuna distinzione fra livelli ottimali per la popolazione adulta e per quella pediatrica, sottolineando, anzi, l'importanza anche in quest'ultima del raggiungimento e del mantenimento di valori di vitamina D compresi nel range ottimale di 40-60 ng/ml.

PREVALENZA DEL FENOMENO

Sebbene i dati esistenti siano di difficile comparazione a causa delle differenti definizioni dei

livelli di insufficienza e deficienza di vitamina D, della mancata standardizzazione dei metodi atti a dosare la 25(OH)D e delle diverse popolazioni prese in esame, vale la pena citare alcuni fra i più significativi studi che hanno indagato la prevalenza dell'ipovitaminosi nella popolazione pediatrica.

Weng et al. nel 2007 hanno condotto uno studio su 382 bambini di età compresa fra 6-21 anni residenti nel nord-est degli Stati Uniti con l'obiettivo di stabilire la prevalenza dell'ipovitaminosi D in una popolazione di bambini sani. Il valore medio di 25(OH)D è risultato essere di 28 ng/ml, e il 55% della popolazione presentava valori inferiori ai 30 ng/ml durante tutto l'anno. Considerando solo i mesi invernali la prevalenza saliva al 68%. Più recentemente un altro studio ha indagato un campione di 9757 bambini e adolescenti del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) degli anni 2001-2004, trovando che il 9% aveva livelli inferiori ai 15 ng/ml e il 61% aveva livelli tra 15 e 29 ng/ml.

Nella nostra UO di Auxoendocrinologia abbiamo finora dosato la 25(OH)D in 217 bambini, riscontrando nel 40% una deficienza di vitamina D e nel 35% un'insufficienza. Complessivamente quindi, in questa popolazione toscana, la prevalenza dell'ipovitaminosi D è del 75%.

QUESTIONI APERTE

Di fronte alla rilevanza del problema e alle importanti implicazioni per la salute che può assumere uno stato di ipovitaminosi D cronica rimangono in sospeso almeno due domande su come porsi di fronte a questa situazione: è consigliabile misurare routinariamente a tutti i bambini la 25(OH)D subito prima l'inizio dell'inverno o, viceversa, è più opportuno mettere empiricamente in terapia tutti i bambini con 400 UI di vitamina D die durante i mesi invernali?

In base alla nostra esperienza riteniamo più ragionevole misurare l'assetto della 25(OH)D di ogni bambino singolarmente preso in modo da adeguare la terapia a seconda dei livelli di vitamina D di partenza del paziente in esame, in quanto la terapia standard con 400 UI/die di vitamina D spesso si è dimostrata inefficace nel riportare la 25(OH)D ai valori ottimali in coloro che partivano da livelli di vitamina D inferiori a 20 ng/ml.

TM

Tabella 1 - Definizione dello stato di deficienza, insufficienza, normalità, eccesso ed intossicazione di vitamina D

Stato della vitamina D	Livelli di 25(OH)D ng/ml
Deficienza	≤ 20
Insufficienza	20 < Vit. D < 30
Normalità	≥ 30
Eccesso	≥ 100
Intossicazione	> 150



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.

Progettare un ospedale “a misura d'uomo”

“Un ospedale a misura d'uomo”: vivibile, personalizzato, confortevole, accogliente, ordinato, sicuro;

“Un ospedale senza mura”: aperto al suo habitat sociale, inserito nel contesto del tessuto urbano;

“Un ospedale adeguato ai bisogni umani”: centrato sul malato, garante di relazioni e di comunicazioni, rispettoso della dignità umana... questa è la concezione che aveva l'architetto **Giovanni Michelucci** dell'istituzione ospedaliera.

Umanizzare l'assistenza ospedaliera implica fundamentalmente problemi di livello relazionale, ma investe anche responsabilità decisionali che afferiscono alla fase della progettazione. Il processo di umanizzazione inizia fin dalla istruttoria del progetto. Infatti per costruire un ospedale si devono affrontare e risolvere non soltanto problemi di ordine tecnico ma anche di ordine psicologico, come sostiene l'architetto **Carlo Casati** (edizione Hoepli - Milano 1980)

Dalla sua pubblicazione emerge che il fattore psicologico è un valore aggiunto che aiuta a superare l'ansia della malattia e dello stato di dipendenza. Alle componenti di natura tecnica il progettista deve associare valutazioni di natura psicologica. Può contribuire così ad attenuare lo stress psicofisico del ricovero ospedaliero, favorendo l'ambientamento e ideando strutture abitative personalizzate, dotate di spazi ricreativi e di servizi sociali.

Un'esemplificazione molto significativa sulle problematiche psicologiche che investono la progettazione ospedaliera è lo studio dell'architetto **Patrizia Acquarelli** che con la propria tesi di laurea, premio CNETO 1985-86, approfondisce il tema dei rapporti umani in ospedale attraverso un'esperienza di vita vissuta (Tecnica Ospedaliera n. 7-8/1987). Delinea l'ospedale come luogo di rapporti umani, evidenziando che il processo di ospedalizzazione è poco incentrato sull'uomo ricoverato. In secondo luogo propone una serie di fattori e di

elementi strutturali da prendere in considerazione fin dalla fase progettuale: la luce e il rumore, le aree aperte, i locali interni di movimento, la percorrenza in sicurezza dei malati convalescenti, attese confortate per i visitatori, ambienti comuni di relax.

Da ricordare inoltre che nel *modello di ospedale sperimentale* proposto nel 2001 dall'architetto **Renzo Piano**, su commissione dell'allora ministro della sanità Umberto Veronesi, il primo dei principi informativi messi a punto dalla commissione di studio è proprio quello della *umanizzazione*.

Sulle pagine di questa rivista ho riferito più volte argomenti inerenti il *processo di umanizzazione*, che ha inizio fin dalla fase della progettazione (2/1998-9/2005-7/2007).

Schematizzando, con il prospetto sottostante (Tabella 1) si evidenzia che questo aspetto è da considerare tra le componenti fondamentali dell'iter progettuale.

È possibile inquadrare gli elementi che valorizzano il profilo psicologico della progettazione in due raggruppamenti:

- fattori che caratterizzano *l'immagine* dell'ospedale e che condizionano il grado di percezione e di apprezzamento da parte dei suoi fruitori;
- fattori che favoriscono *l'ambientamento* e che concorrono ad attenuare lo stress psicofisico dei ricoverati e del personale che li assiste.

La **prima immagine** dell'ospedale scaturisce dall'impatto con l'organismo architettonico e dalle impressioni relative all'assetto e all'utilizzo dell'area esterna.

Una seconda impressione è quella che si riceve nella zona dell'accoglienza, punto di riferimento centrale per l'informazione e per l'accettazione “personalizzata”. Questo spazio, che assume la veste di interfaccia tra istituzione ed utenti, deve essere dotato di esercizi commerciali, servizi di ristorazione, spazi sociali, attese confortate. Elemento fondamentale di apprezzamento è lo sviluppo dei percorsi e la relativa segnaletica, che deve rendere agevole l'orientamento e la percorrenza dei visitatori.

L'area della degenza può suscitare reazioni emotive positive se le camere affacciano sul verde

SANDRO BOCCADORO

Ex direttore sanitario Asl Firenze

Tabella 1

PROGETTAZIONE OSPEDALIERA		
ASPETTI TECNICI organismo architettonico impianti e tecnologie sostenibilità	ASPETTI SANITARI igiene organizzazione sicurezza sanitaria	ASPETTI PSICOLOGICI processo di umanizzazione

del paesaggio circostante. Apprezziamenti favorevoli sono indotti se l'arredamento è pregevole e se vengono curati gli aspetti relativi alle finiture, alle luci, ai colori. Le sensazioni diventano piacevoli se le soluzioni abitative sono personalizzate, se i ricoverati possono disporre di spazi comuni ed aree ricreative, se l'acustica ed il clima sono confortevoli.

Un altro elemento sostanziale per la qualità del progetto è **l'ambientamento**, soprattutto nella parte che attiene l'area della ospedalizzazione.

In questo luogo di "soggiorno forzato" i ricoverati possono trovare sollievo alle loro sofferenze e preoccupazioni se l'ambiente può conferire distensione e conforto psico-fisico, se la struttura è adeguata ai

bisogni umani, che sono bisogni di riservatezza, di relazioni sociali, di comunicazione, di sicurezza, di ospitalità.

L'adattamento all'ambiente ospedaliero promuove nei ricoverati un senso di *sicurezza psicologica* e la fiducia nell'istituzione che li accoglie, se è in grado di garantire facile approccio, ordine, pulizia, accuratezza.

Un progetto di qualità è tale quando riesce a realizzare un *luogo di accoglienza* e una struttura decorosa oltre che funzionale. Un luogo di cura e di soggiorno, in cui la qualità venga sensibilmente percepita sia dagli utenti che dagli operatori.

TM

La SOD Clinica delle Organizzazioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi

Premessa

Possiamo dire che le Organizzazioni si trovano ad avere un duplice obiettivo: produrre dei risultati in termini di beni (prodotti, servizi o idee) e insieme soddisfare i bisogni emotivi delle persone che ne fanno parte, soprattutto i bisogni di appartenenza, di sicurezza e di identità. Se nel gruppo l'individuo trova la possibilità di esprimere al meglio le proprie potenzialità, se solo in équipe multidisciplinari è possibile raggiungere obiettivi ambiziosi ed, in particolare, occuparci nei contesti sanitari di un paziente nella sua complessità, lontani da astratte parcellizzazioni, allo stesso tempo dobbiamo essere consapevoli delle emozioni spesso intense e inconsapevoli che vengono riattivate in contesti grup-
pali, dove l'individuo si trova inserito in una rete complessa di rapporti, che a loro volta si trovano all'interno di specifici contesti organizzativi.

Pertanto, all'interno di un'Organizzazione, l'obiettivo dovrebbe essere non tanto mirare ad un'assenza totale di conflittualità, data la complessità della dimensione emotiva, che non può non essere ambivalente, ma piuttosto giungere ad arrivare a riconoscere e gestire i conflitti e a dare loro un senso.

Più in generale, possiamo dire che le criticità costituiscono parte integrante del funzionamento

di ogni sistema complesso, indicando anche la necessità o il desiderio di cambiamento, elemento vitale e strutturale di suddetti sistemi. Dunque, si pone la necessità, *in fieri*, di modificare il sistema di conoscenze e culturale delle Organizzazioni, affinché non si verifichi uno scollamento tra "Organizzazione" (insieme di individui formalmente strutturati secondo articolazioni di competenze e mansioni, in vista di un determinato obiettivo produttivo o di servizio) e "istituzione" (l'aspetto latente, non consapevole, costituito da regole implicite, ruoli sottintesi, percezioni interpersonali e aspettative non dichiarate).

D'altra parte, dobbiamo sottolineare delle problematiche che sembrano trasversali nelle diverse realtà ospedaliere, come la non rara de-

motivazione degli operatori, la passività e la difficoltà partecipativa, il disinvestimento affettivo, ma anche il problema, in parte collegato, dell'assenteismo, che riguarda in particolare alcune categorie di dipendenti, il diffuso rischio di *burn-out* e, più in generale, le difficoltà relazionali con l'utenza e/o all'interno del gruppo di lavoro.

LAURA BELLONI*, GIULIA BAZZANI**

*Psichiatra psicoterapeuta, Responsabile SOD Clinica delle Organizzazioni, Responsabile CRCR, AOU Careggi, Firenze

**Psicologo psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, CRCR, AOU Careggi, Firenze



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

La SOD Clinica delle Organizzazioni

A fronte delle problematiche, in parte ora esposte, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi ha istituito la Struttura Organizzativa Dipartimentale Clinica delle Organizzazioni. Tale struttura nasce all'interno dell'AOU Careggi, in stretta interdipendenza con il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRCR).

Da quanto argomentato si comprende il perché del nome SOD Clinica delle Organizzazioni. Più nel dettaglio, il termine "clinica" riporta, da un lato al *background*, alla formazione degli operatori che in tale struttura operano, alla loro esperienza in contesti ospedaliero-sanitari, dall'altro al metodo.

Infatti, "clinica" non definisce tanto l'oggetto di indagine, ma un tipo di metodo, che non si applica limitatamente, come talvolta frainteso, al singolo paziente, ma anche a gruppi ed organizzazioni. L'approccio adottato si basa sulla cosiddetta "analisi della domanda" che tiene conto sia della parte razionale – esplicitata, che della parte latente – complessificata della stessa.

Il termine "Organizzazione", invece, sottolinea come nell'intervento gli operatori, anche quando si occupano del singolo professionista o del singolo gruppo, tendano a ricollocarlo nel sistema, lontani da un approccio ortopedico che segue un modello e ne individua lo scarto, convinti che, per il benessere dell'Azienda, serva uno sguardo rivolto alla sua complessità, non limitato all'intervento locale. Il funzionamento dell'Organizzazione, infatti, non è semplicemente deducibile dalla sommatoria del funzionamento dei singoli.

In questo senso, la *mission* della SOD Clinica delle Organizzazioni prevede, nel più ampio contesto di cambiamento e di innovazione organizzativa della stessa Azienda Ospedaliero Universitaria, di prestare particolare attenzione all'analisi del comportamento degli individui e dei gruppi operativi in relazione al funzionamento dell'Organizzazione, allo scopo di migliorare il clima interno, ma anche di prevenire i possibili contenziosi legali relativi all'erogazione delle prestazioni, anche avvalendosi dell'ausilio del CRCR.

Pertanto, la SOD Clinica delle Organizzazioni ritiene fondamentale operare attraverso l'osservazione clinica del sistema, il coinvolgimento attivo del gruppo richiedente, la riformulazione del problema e l'individuazione condivisa di possibili strategie di intervento alla luce di una comprensione più ampia possibile degli elementi che hanno portato al manifestarsi degli aspetti di criticità e/o al loro mantenimento nel tempo.

In particolare, a partire dall'analisi degli aspetti critici, gli interventi della SOD Clinica delle Organizzazioni, volti al benessere del sistema organizzativo, si articolano in attività di formazione relative alle competenze psicologico-relazionali e nel lavoro coi gruppi multidisciplinari, ma anche in attività di consulenza individuale per *middle* e *top management* per sostenere e favorire processi di cambiamento interni alle organizzazioni sanitarie e aziendali, e in progetti che si snodano a livello di individuo – gruppo – organizzazione per un mi-

glioramento delle strategie di *coping*, per una riduzione dello stress lavorativo degli operatori e per il miglioramento della qualità del servizio offerto all'utenza.

Conclusioni

La presenza a Careggi della SOD Clinica delle Organizzazioni rende possibile una costante osservazione e valutazione del sistema e delle eventuali criticità organizzative, e, di conseguenza, gli interventi volti alla risoluzione delle problematiche emerse in itinere non risultano avulsi dal contesto.

Infatti, la teoria della tecnica dell'analisi della domanda, che implica il partire dai bisogni espressi dalla committenza, per poi giungere all'elaborazione di un progetto di intervento contestualizzato e specifico, è volta ad evitare il ricorso ad attività formative predefinite, che non trovano utilità se proposte in modo automatico, non pensato e a-contestuale in risposta a disagi professionali, problemi, contesti e culture diverse.

Anche Kaneklin (1999) ci ricorda come, ad esempio, in certi seminari "a tema" vengano proposti dei "pacchetti preconfezionati", senza che vi possa essere spazio per il pensiero.

La SOD Clinica delle Organizzazioni offre, come abbiamo visto, consulenze, progetti e interventi sia a livello individuale che di gruppo mantenendo un approccio sistemico e anti-riduzionistico.

In particolare, sembra opportuno sottolineare l'importanza di dedicare spazi ai gruppi di lavoro in cui si sospenda l'azione trasformativa (vedi la proposta psicosociologica di R. Carli e M. Paniccia), le prestazioni quotidiane, per riflettere su di esse, per pensare anche modalità diverse ed alternative di relazione.

Dunque, momenti in cui gli operatori siano aiutati a sviluppare capacità di riflessione, di messa in discussione, di ricerca di senso: competenze, queste, trasversali e potenzialmente assai utili, ma non necessariamente innate, talvolta da coltivare e affinare. Come dire, siamo oramai consci che non sia sufficiente solo mettersi in gruppo a parlare perché qualcosa cambi, ricordiamoci la tendenza alla ripetizione dei propri stili relazionali, che si unisce alla forza di culture organizzative sedimentate nel tempo, e non facili da modificare.

In conclusione, l'obiettivo trasversale della SOD Clinica delle Organizzazioni è la cura dell'Organizzazione attraverso la cura delle persone e dei gruppi di lavoro. È ormai noto come nel funzionamento di un'azienda la qualità della vita di coloro che vi lavorano e delle relazioni che in essa si dispiegano costituiscono variabili fondamentali, sia al fine del benessere degli operatori stessi, sia al fine di una maggiore efficienza dell'Organizzazione. Allo stesso tempo, occupandosi dell'Organizzazione Sanitaria e delle Risorse Umane, gli operatori della SOD, consapevoli delle ricadute del loro lavoro su pazienti, famiglie e comunità, perseguono un obiettivo di Salute, che solo su tale complessità ed elementi fondanti può fondarsi.

TM

Anagrafe formativa della Regione Toscana

L'anagrafe formativa della Regione Toscana è il sistema informativo che contiene tutti i curricula delle attività di aggiornamento professionale degli operatori dipendenti e convenzionati del Servizio Sanitario Regionale. Si tratta di un complesso progetto che combina le informazioni sul singolo operatore SST con la formazione ECM accreditata, le cui origini si possono ricondurre già al Piano Sanitario Regionale 1999-2001 che prevedeva l'istituzione per il personale di tutti i ruoli dell'anagrafe formativa e del "libretto di formazione".

ALESSANDRO FANTECHI

*Settore strumenti di pianificazione e programmazione
sociosanitaria, Regione Toscana*

Con il programma di Educazione Continua in Medicina, che sotto l'acronimo ECM individua l'attività educativa che serve a mantenere e sviluppare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali degli operatori della sanità, istituzionalizzato in Italia con il d.lgs. 502 del 1992 ed avviato in forma sperimentale nell'anno 2002 a seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 che ha introdotto la possibilità per le Regioni di avviare propri sistemi di accreditamento degli eventi formativi, il progetto anagrafe formativa ha assunto le caratteristiche di una banca dati informatica.

Se già con la Delibera di Giunta n. 849 del 5 agosto 2002 di implementazione del sistema regionale toscano di accreditamento della formazione continua in sanità si confermava l'obbligo per le Aziende sanitarie della documentazione dei crediti formativi raggiunti dal proprio personale sanitario, è con la Delibera di Giunta n. 90 del 9 febbraio 2004 che vengono poste le basi di una piattaforma regionale finalizzata alla gestione delle competenze delle risorse professionali operanti nel Servizio Sanitario Regionale che permettesse di mantene-

re un saldo controllo tecnico di livello regionale sui processi di accreditamento della formazione continua e di registrare le attività di formazione, docenza e studio anche in termini di crediti formativi. Tale piattaforma avrebbe valorizzato il patrimonio di informazioni disponibili oltre a garantire l'assolvimento di debiti informativi sia a livello interregionale che centrale. Fin dall'inizio il progetto prevedeva inoltre la sperimentazione di forme di collaborazione con Ordini, Collegi e Associazioni professionali ai fini della certificazione di pertinenza dei crediti formativi conseguiti dai professionisti sanitari.

Tali obiettivi sono stati riconfermati nella Legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 sulla disciplina del servizio sanitario regionale, nei Piani Sanitari Regionali 2005-2007 e 2008-2010 e con la Delibera di Giunta n. 643 del 4 agosto 2008 che ridisegna il sistema toscano di accreditamento della formazione sanitaria alla luce dell'Accordo Stato-Regioni n. 168 del 1 agosto 2007.

Tale accordo, che chiude il periodo sperimentale e disciplina la fase di regime del programma ECM, introducendo i periodi triennali di programmazione e il passaggio dall'accreditamento dei singoli eventi formativi a quello dei provider erogatori di formazione, ha rappresentato il momento in cui è stato recepito a livello nazionale ciò che la Regione Toscana aveva avviato da tempo, nonché un'ulteriore spinta nella direzione già intrapresa: si prefigura infatti un complesso sistema di anagrafi regionali e nazionale fra loro interconnesse in modo da costruire un archivio per la registrazione dei crediti snello e tempestivo aggiornato indipendentemente da dove l'operatore risieda e fruisca della formazione.

L'implementazione e la gestione dell'anagrafe formativa nazionale vengono affidate al COGEAPS (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) di concerto con il sistema delle anagrafi formative regionali, inoltre si ratifica che Ordini, Collegi e Associazioni Professionali territorialmente competenti si avvalgano del sistema delle anagrafi nel loro complesso per l'esercizio della loro funzione certificativa.

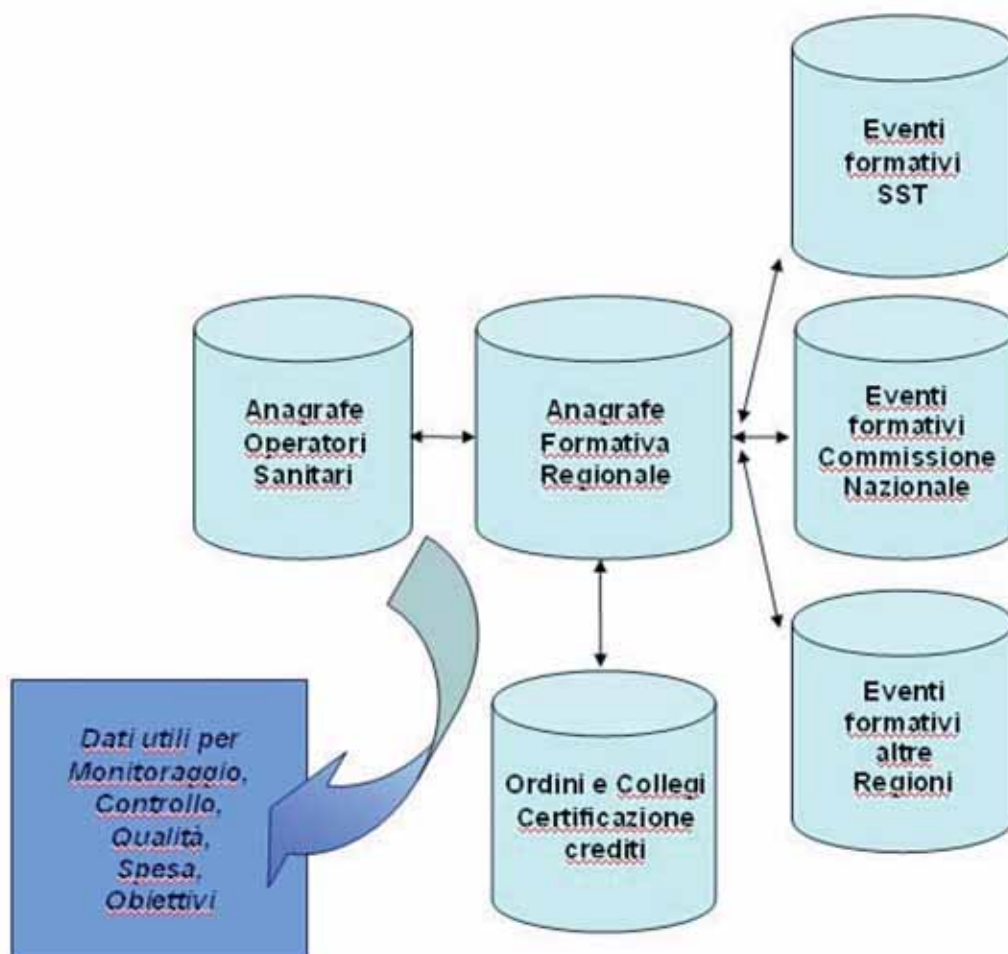
A livello regionale con il decreto n. 251 del 28 gennaio 2009 è stata approvata la convenzione tra Regione Toscana e ordini provinciali dei medici con cui vengono stabiliti tempi e modalità tecniche della certificazione dei curricula formativi degli operatori, prevista dall'art. 51 comma 6 della citata Legge regionale n. 40/2005 e svolta valutando complessivamente la pertinenza degli eventi formativi

registrati rispetto al ruolo e figura professionale dell'operatore.

Il sistema informativo sviluppato da Regione Toscana, accessibile mediante la procedura web AFR (Anagrafe Formativa Regionale) si basa sull'integrazione dell'Anagrafe degli Operatori Sanitari con i cataloghi di eventi formativi accreditati ECM e prevede quali attori le Aziende sanitarie e gli altri enti coinvolti nel sistema ECM toscano, Ordini e Collegi professionali.

La base di dati dell'Anagrafe degli Operatori Sanitari è alimentata dai flussi informativi RNR (Ruolo Nominativo Regionale) che comprende il personale dirigente e convenzionato di ruolo in servizio nelle strutture sanitarie al 31 dicembre di ogni anno e SAM (Scheda relativa all'Anagrafe degli incarichi dei Medici)

ANAGRAFE FORMATIVA REGIONE TOSCANA.



che ha una periodicità mensile e da cui vengono caricati i dati relativi ai medici convenzionati.

La banca dati AOS così costituita, che prevede come chiave identificativa il codice fiscale, può essere aggiornata mediante la procedura AFR che permette il censimento di nuovi operatori e l'acquisizione di quelli già presenti per tenere traccia di eventuali spostamenti tra enti all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

La procedura AFR permette l'associazione dei corsi accreditati ECM agli operatori sanitari dipendenti e convenzionati delle Aziende sanitarie e degli altri enti coinvolti nel sistema ECM toscano che hanno partecipato a tali corsi in veste sia di discenti che di docenti. Permette inoltre la registrazione di eventuali periodi di esenzione dall'obbligo ECM. Parallelamente all'associazione degli eventi, agli operatori e alla registrazione delle esenzioni, vengono registrati i crediti acquisiti che, una volta certificati dagli Ordini e Collegi possono essere riconosciuti come maturati dall'operatore.

Gli operatori dispongono di una scheda in cui è riportato il profilo professionale, articolato in base alla categoria (dirigenza, comparto, convenzionati) per ciascuna delle quali è previsto un sottoinsieme di voci che identificano in maniera più precisa l'attività professionale (ad esempio per i medici categoria, ruolo, profilo, disciplina). Nella stessa scheda è riportato l'elenco degli eventi seguiti, identificati da codice evento ed edizione, completi di titolo, ente organizzatore, tipologia di partecipazione (partecipante, docente, tutor o animatore di formazione), durata in ore e crediti conseguiti.

Gli eventi formativi associabili sono tutti gli eventi accreditati ECM, in Toscana dagli enti del sistema regionale di formazione continua mediante la procedura FSR (Formazione Sanitaria Regionale), presso altre Regioni o a livello nazionale (dalla Commissione Nazionale formazione Continua o da provider nazionali) o internazionale. Il collegamento con la banca dati FSR ed il controllo conseguente dei dati immessi relativi agli eventi formativi permette di salvaguardare la congruità dei dati presenti in AFR.

La scheda dell'operatore riporta inoltre i totali dei crediti per il periodo 2002-2007 e per

ciascuno dei trienni successivi comprensivi dei parziali per attività di docenza, per partecipazioni come discenti e dei crediti associati a periodi di esenzione.

Ciascun ente cura l'aggiornamento del curriculum formativo dei propri professionisti; l'alimentazione della banca dati è svolta direttamente a video in modo manuale o più frequentemente mediante flussi informativi che permettono di caricare i dati relativi ai partecipanti ad uno o più eventi formativi in modo massivo, un impegno gravoso che d'altro canto ha avuto una positiva ricaduta a livello organizzativo sulle singole Aziende sanitarie con l'implementazione di sistemi gestionali integrati sulla formazione che permettono una gestione razionale delle attività e rendono possibile anche a livello locale un monitoraggio delle stesse.

Le potenzialità dello strumento, ormai a regime da diversi anni, sul versante della gestione delle risorse umane, sono enormi. Con una banca dati completa e aggiornata vi è la possibilità per i 50.000 operatori sanitari di visionare il proprio curriculum formativo e lo stato di maturazione dei crediti ECM conseguiti, ma soprattutto l'anagrafe formativa regionale costituisce un importante mezzo di governo della formazione. E' infatti possibile un'analisi della tipologia di formazione offerta rapportata alle figure professionali ed alle aree territoriali finalizzata al miglioramento della pianificazione delle attività formative, alla loro valutazione ed al controllo della qualità e dei costi, in sintesi alla buona gestione delle risorse.

A partire dall'anno 2009 l'alimentazione dell'anagrafe formativa regionale fa parte degli obiettivi che concorrono alla valutazione delle Aziende sanitarie elaborati dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

A livello nazionale la Regione Toscana è da sempre presente nei gruppi di lavoro sui sistemi di anagrafe formativa insieme ad altre Regioni e al COGEAPS per avviare e concordare la modalità di condivisione dei dati: la piena integrazione con l'anagrafe nazionale e gli altri sistemi regionali rappresenta certamente l'obiettivo futuro cui tendere.

Rafforzata la rete dell'Organizzazione Toscana Trapianti

La Regione Toscana ha deciso di rilanciare e dare nuovo impulso al sistema donazione-trapianto in ambito organizzativo, strategico e operativo, in linea con un processo di miglioramento continuo.

In quest'ottica si inserisce la nomina del nuovo Coordinatore Regionale Trapianti, Giuseppe Bozzi, medico con decennale esperienza nel settore della donazione, coordinatore locale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) e dell'Area Vasta nord ovest, nonché responsabile regionale del Programma di Monitoraggio Donazione Organi e Tessuti.

Rafforzare la rete regionale vorrà anche dire affrontare la revisione e il riordino complessivo del sistema, passando attraverso una più adeguata ed efficiente informatizzazione, atta a rendere più snella, sicura e veloce la trasmissione dell'enorme mole di dati da scambiare. Inoltre, tra gli intenti, il necessario potenziamento di alcune strutture centrali al sistema in modo da migliorare i livelli di qualità e sicurezza operativa richiesti anche dalle recenti direttive europee.

Nella nostra Regione, donazione e trapianto di organi e tessuti si sviluppano attraverso percorsi assistenziali medico chirurgici ormai consolidati che si avvalgono della professionalità altamente qualificata del personale sanitario che opera ai vari livelli con, data la complessità, risvolti di tipo clinico, etico, medico legale, epidemiologico e organizzativo. La disponibilità alla donazione di organi e tessuti negli ultimi anni, se pur con qualche altalenante lieve flessione, è stata e continua ad essere, a confronto di quella di altre Regioni o Stati, di buon livello ed è senz'altro frutto di vari fattori. Certamente dobbiamo citare, tra questi, l'aumento della sensibilità e delle conoscenze specifiche tra la popolazione residente, dovuta

anche ad un'azione capillare delle Associazioni sul territorio. Un fattore determinante, non trascurabile, consiste anche nel miglioramento logistico - operativo del sistema. La donazione di organi e tessuti viene, universalmente e giustamente, considerata come espressione spontanea di solidarietà umana finalizzata ad aiutare persone con gravi patologie.

Perché questo si realizzi occorre che le istituzioni forniscano gli indirizzi ed il supporto necessari allo sviluppo sul territorio di tutte le attività donative e trapiantologiche. La Regione Toscana si è caratterizzata per aver posto le premesse di indirizzo e le condizioni per la realizzazione di un sistema di rete regionale, anticipando di fatto la Legge 91/99 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti" che disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte e regola le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espianto e di trapianto di organi.

Occorre anche che chi dichiara per iscritto o manifesta ai propri familiari la volontà di donare trovi accoglienza adeguata in strutture appositamente predisposte e che siano presenti nelle strutture sanitarie attività organizzate deputate alla valutazione del potenziale donatore e all'eventuale prelievo di organi e al trapianto. L'espressione di volontà infatti "si raccoglie" ma la donazione "si costruisce" in un processo, definito come multifasico e multidisciplinare, che impegna più professionisti, dal personale delle terapie intensive a quello dei coordinamenti locali presenti in ogni azienda. È necessario quindi sottolineare quanto sia importante, in un sistema ad alta complessità, dove tutte le componenti devono muoversi necessariamente all'unisono, accordare tra loro gli aspetti clinico-organizzativi che l'evento donativo comporta.

CHIARA GHERARDESCHI

*Responsabile Settore Strumenti di Pianificazione
e Programmazione Sociosanitaria - Regione Toscana*

Qualità, appropriatezza e governance della spesa

La Delibera regionale 138/2011

Nella recente DGRT n. 138 (7 marzo 2011) ci sono molti elementi di novità che, al di là delle “linee di indirizzo p e r l’acquisizione e la gestione di talune categorie di farmaci e dispositivi medici per le aziende sanitarie della Toscana”, pongono in primo piano il vero problema che è quello della governance del sistema.

Nell’atto deliberativo si fa opportunamente riferimento al Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (adottato con delibera del Consiglio Regionale n. 53 del 16 luglio 2008) in cui è esplicitato che: “la Regione Toscana sceglie di utilizzare gli strumenti della programmazione, al fine di orientare il sistema sanitario ad erogare prestazioni efficaci, appropriate, che rispondono a criteri di sostenibilità, all’interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza e impegna le aziende sanitarie e i professionisti a produrre e distribuire equamente salute erogando prestazioni efficaci ed adeguate ai bisogni dell’utenza”.

Inoltre si fa riferimento anche alla legge regionale 65/2010 all’art. 14 che nel comma 1 cita che la prescrizione di farmaci e dei dispositivi medici deve sempre derivare da una diagnosi circostanziata, deve essere fondata su aggiornate evidenze scientifiche e deve essere orienta-

ta, a parità di risultato terapeutico atteso, verso un uso appropriato delle risorse.

In entrambi questi richiami appare il concetto di “appropriatezza” sia per la qualità delle prestazioni adottate e sia per il loro uso.

MARIO CECCHI*, LOREDANO GIORNI**

* Osservatorio Ospedale per intensità di cure

** Settore Politiche del Farmaco, Innovazione e Appropriatezza

Poiché la Delibera 138/2011 vuol essere un indirizzo alle Aziende Sanitarie per l’acquisizione e la gestione di alcune categorie di farmaci e dispositivi medici come approccio iniziale per sperimentarne i risultati al fine di ulteriori ambiti di ottimizzazione dei consumi e standardizzazione dei prodotti per costo/beneficio, è apparentemente logico e del tutto condivisibile che si faccia riferimento al ruolo dei professionisti/clinici all’interno dell’intero impianto procedurale, ad esempio “incaricando competenti gruppi Professionali a procedere ad una analisi complessiva dei farmaci e dispositivi medici al fine di individuare ulteriori categorie per le quali è ritenuto opportuno procedere a una centralizzazione delle procedure di acquisizione e standardizzazione d’uso a livello regionale preservando gli ambiti dell’innovazione e definendo le regole della sperimentazione”.

Non manca, inoltre, anche un riferimento specifico alla garanzia per il cittadino e per gli operatori del sistema sanitario toscano che la scelta di prodotti sia sempre e comunque di elevata qualità, in

grado di rispondere efficacemente alle diverse esigenze cliniche.

Ai punti 3 e 4 del dispositivo della Delibera si introducono, poi, ulteriori elementi di “governance”.

Per le modalità organizzative e di governo della “introduzione e diffusione delle innovazioni tecnologiche e procedurali” nel sistema sanitario regionale a garanzia dell’appropriatezza e della sostenibilità del sistema sanitario regionale, si fa riferimento all’apporto di gruppi di lavoro per progetto o per azione con rappresentanti degli operatori sanitari con specifiche esperienze professionali e designati dal Consiglio Sanitario Regionale.

Non vengono dimenticati, inoltre, il delicato ruolo della formazione degli operatori sanitari per l’uso adeguato (“appropriato”) dei prodotti comunque selezionati e quello della sicurezza attraverso l’istituzione di data base regionali in grado di tracciare l’impiego di farmaci e dispositivi medici impiantati anche ai fini di una gestione standardizzata degli eventuali avvisi di sicurezza e incidenti.

Il tutto tenendo conto che il “mercato” dei farmaci e dei dispositivi medici nell’ambito del SSN non può essere considerato un mercato cosiddetto “concorrenziale”.

In un “mercato concorrenziale” il soggetto che decide di acquistare un bene è lo stesso che lo paga e lo utilizza.

Nel mercato dei farmaci e dei dispositivi medici, acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale, il soggetto deputato ad acquistare e pagare il bene è diverso, pur appartenendo allo stesso sistema, dal

soggetto deputato all’utilizzo del medesimo.

L’elevato grado di sostituibilità dei farmaci e dei dispositivi medici acquistati dal Servizio sanitario Nazionale, il peso economico che questi rappresentano (oltre il 20% del Fondo Sanitario Nazionale) per il Sistema Sanitario Nazionale rendono non più procrastinabile l’adozione, a livello Regionale e Nazionale, in accordo con gli utilizzatori dei beni, di una regolamentazione al fine di indirizzare il mercato verso la necessaria concorrenzialità.

In Toscana questa “regolamentazione” prende avvio dalla già citata legge regionale 65/2010 (“legge finanziaria per l’anno 2011”) dove al comma 2 prescrive, fra l’altro, che la Giunta Regionale, oltre che a dover tenere costantemente informati i medici sulle caratteristiche e sui costi dei trattamenti che impiegano i farmaci e i dispositivi medici, deve individuare, dove possibile, i percorsi assistenziali che impiegano farmaci e dispositivi medici che conducono ad una sovrapponibilità dei risultati terapeutici attesi per il successivo adeguamento dei prontuari terapeutici e delle procedure di acquisti dei prodotti stessi.

Ecco, a nostro parere, dove gli elementi di novità della delibera 138 emergono nella loro maggiore significatività: l’intenzione palese di coniugare l’appropriatezza con la sostenibilità economica, senza cedere al rispetto della qualità e della sicurezza (anzi!) verso una governance di sistema con un coinvolgimento ancora più profondo ed intrigante di tutti gli attori nel rispetto delle reciproche competenze auspicando il raggiungimento di “standard” di alto profilo e condivisi dei percorsi assistenziali.

**SE IL TUMORE
BUTTA ALL'ARIA
LA TUA VITA,
NOI CI SIAMO.**



**Tutti i giorni, dalle 8,00 alle 20,00, al numero verde
800 880101 per ricevere risposte chiare e competenti.**

“Io sto bene”

La Regione Toscana, la fondazione Meyer e la casa editrice Giunti Progetti Educativi hanno presentato, il 19 febbraio scorso, all'interno delle manifestazioni per i 120 anni della nascita dell'ospedale, il sesto volume della collana “Io sto bene – i libri che si prendono cura di te” dal titolo “Batticuore e altre emozioni”. Il progetto, utilizzando un linguaggio leggero e accattivante, personaggi disegni, si propone come un valido strumento per affrontare situazioni nuove e tematiche spesso complesse, aiutando il genitore a spiegare “cose da grandi”, si pensi all'anestesia, pur non perdendo la dimensione del gioco. Ziri la zebra, Billi l'acchiappapaure, Eli e Mo aiutano così il genitore e il bambino, a intraprendere corretti stili di vita, dando risposte a dubbi e perplessità dei più piccoli.

DAVIDE RICOTTA

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche
di solidarietà

In “Non chiamarmi passerotto” e “Ziri sulla luna” di Maria Sarfatti, si affrontano le tematiche dei diritti dei bambini nelle strutture ospedaliere e dell'anestesia pediatrica. La collana, oltre ad affrontare le tematiche strettamente sanitarie, suggerisce anche “stili di vita”, come nel caso di “Billi l'acchiappapaure” dove si insegna ai piccoli a riconoscere e convivere con le paure al motto di “paura acchiappata, mezza passata”, o ancora come nel caso di “Eli e Mo” dove si affronta l'attuale e complessa dimensione delle amicizie on-line, e della vita virtuale in genere, evocando la bellezza della socialità e della naturalezza dei rapporti interpersonali, aiutando altresì a riflettere sul rispetto delle differenze.

La collana è disponibile nei punti vendita della casa editrice Giunti, ma possono essere richieste copie gratuite per gli ambulatori dei pediatri di libera scelta. Per informazioni e per richiedere le copie gratuite scrivere a promozionedellasalute@regione.toscana.it.

LA PARTITA INFINITA - QUANDO LO SPORT È UN GIOCO

La partita infinita di Simone Frasca, è il penultimo libro della collana, nel quale si affronta la tematica del fairplay e della dimensione ludica dello sport. Ambientato in una fattoria, i piccoli animali, dal gatto all'agnellino, imparano a giocare e non a sfidarsi, insegnando ai loro stessi genitori ad abbandonare le contrapposizioni, diciamo così, “di bandiera” e a godere del fattore aggregante dello sport.



BATTICUORE E ALTRE EMOZIONI

Batticuore e altre emozioni, di Roberto Piumini e Annalaura Cantone, è l'ultimo volume presentato a febbraio 2011. Le 15 filastrocche che compongono il libretto, corredato di immagini, sono state musicate e allegate al volume. Dal batticuore alla pipì a letto, dal singhiozzo ai sospiri, gli autori mirano a fornire una risposta emozionale di questi stati d'animo o reazioni, dando da un lato una spiegazione leggera del fenomeno e suggerendo sottilmente, dall'altro, che sono spesso situazioni comuni a molti bambini.



La scuola e l'ospedale: un'esperienza di civiltà

Nella piccola aula che si trova al 2° piano dell'Ospedale Pediatrico Meyer ci sono incredibilmente tante Istituzioni, tante persone: i Ministeri dell'Istruzione e della Sanità, Regione, Provincia e Comune e soprattutto loro, alunni "invisibili" con professori "invisibili". Sono tanti. Da settembre 2010 stati seguiti 15 alunni delle Elementari, circa 35 di scuola Media e 63 ragazzi di scuola Superiore. Di questi ragazzi, circa 1/5 è rientrato a scuola. La maggioranza è in cura ai reparti di Oncoematologia, Neuroscienze, Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, e spesso frequentano in Ospedale ordini diversi di Scuola essendo costretti a ricoveri che si prolungano oltre l'anno. La scuola Elementare e la Media Inferiore hanno più alunni a ricovero breve della scuola Superiore.

La scuola li segue tutti in corsia ed a casa, in dimissioni protette, oppure nell'isolamento del trapianto ed addirittura in rianimazione. Per quei pochissimi che potevano ha organizzato perfino la gita scolastica di fine anno, per dare loro il piacere della quotidianità di tutti i coetanei ed ha messo in contatto con la loro scuola quelli che si spostano in altre Regioni attraverso computer e Lim.

Perché tutto cominci occorrono delle condizioni, stabilite in accordo fra i due Ministeri. Un ricovero ospedaliero, anche breve, con una prognosi di assenza da scuola superiore al mese e una diagnosi fra una rosa di malattie riconosciute, diversa dall'handicap. Sembra che per la parte della Neuropsichiatria siano da inserire anche alcune malattie che non obbligano al ricovero ma isolino gli alunni per anni dalla comunità scolastica.

Coincidenze importanti hanno unito la scuola e l'Ospedale. Intorno al 2000 comincia ad innalzarsi progressivamente l'età pediatrica, e cambia anche la Scuola che, con l'autonomia e dopo decenni di sperimentazione didattica, rivede il suo ruolo nei confronti dell'alunno. Nel 2000 la scuola elementare è presente al Meyer con un docente fisso, segue di lì a breve la Scuola Media, con 4 docenti e poi la Scuola Superiore, con un unico docente coordinatore. Sono siglati diversi protocolli ed avviati Comitati Tecnici ed Operativi che gestiscono l'iniziativa e numerosi i corsi di aggiornamento trasversali.

L'impresa è difficile sui due fronti. Diffondere fra i medici l'idea che il principale vissuto dei non adulti, cioè la scuola, abbia una funzione di cura, diffondere fra i docenti l'idea che la scuola segue tutti i ragazzi, nel senso vero del verbo seguire, e quindi compete a lei anche la cura di quelli malati.

L'esperienza fiorentina è attiva ed apprezzata e si pone come modello anche di formazione continua di cui è cominciato anche un monitoraggio: gli alunni

della 4B pedagogico del Liceo Pascoli (scuola Polo per l'Istruzione Domiciliare/Ospedaliera) hanno vinto il 1° premio del concorso "Conosci la tua Regione con la statistica" proprio con il primo studio statistico su questa iniziativa. Il servizio è stato esteso con un nuovo protocollo d'intesa e solo per gli alunni delle Superiori, anche a Careggi.

PAOLA BELLI

Insegnante di francese, Liceo Pascoli di Firenze

La scuola Elementare e Media agiscono su due piani: forniscono lezioni singole in Ospedale per le materie ed i docenti presenti, e organizzano,

sollecitano e avvallano gli interventi della scuola di appartenenza degli alunni. La scuola Superiore è diversa: occupandosi quasi sempre di lungodegenti organizza il percorso scolastico in ospedale o a casa dove spesso sono inviati con dimissioni protette gli alunni. Per organizzare tutto questo la coordinatrice dispone di liste di insegnanti che insegnano in 15 scuole fiorentine, che si sono dichiarati disponibili fuori del loro orario di lavoro a seguire in ospedale o a casa gli allievi malati. Per aiutare tutti gli ordini di scuole sono attivi gli insegnanti volontari Amici del Meyer.

Alla base del percorso ci sono proprio i medici; quelli dei pazienti oncologici del Meyer sono stati i primi a volere la scuola, i primi a seguirla. Anche questo anno toccherà a loro trovare in reparto spazi idonei, momenti utili fra le terapie ed i controlli per far avvenire in ospedale 3 esami di scuola Media e 2 esami di Stato.

Sono tante le storie che supportano la validità dell'iniziativa, tanti i successi scolastici, gli anni non persi, la vita riacciuffata allo stesso momento in cui la malattia l'aveva interrotta. Tanti anche gli insuccessi. Sarebbe bello poter riportare le impressioni dei nostri numerosi alunni, ma forse l'irriverenza naturale dei giovani non si adatta a noi con facilità e senza distorsioni importanti ed il mio riserbo mi impedisce di raccontare soprattutto quello che emerge dall'esperienza scolastica durante casi abbastanza frequenti di malattia inarrestabile, e quindi nel finevita, momento vissuto spesso fino in fondo.

Dirò solo di un caso di J, immigrato e orgoglioso di studiare, affetto da malattia autoimmune, in dialisi che durante il ricovero cade in uno stato di depressione tale da far pensare a pericolose cure farmacologiche. Tre insegnanti in ospedale non bastano, una psicologa neppure. Il suo medico chiede di riportarlo a scuola, nella vita. La scuola apre le porte di pomeriggio, per lui, con i suoi insegnanti, in un luogo ritenuto idoneo. E J. a poco a poco senza psicofarmaci si riprende, cessa la dialisi e ricomincia a frequentare al mattino.

Siamo stati contenti di avere avuto per lui e per tutti tanta cura.

TM



Edvige Facchi, psichiatra e psicoterapeuta Responsabile SPDC Ospedale Misericordia Grosseto UFSMA zona 4 Grosseto

Per un rilancio della psichiatria di “liaison”

La divisione della Medicina in Specialità ed in super-specialità, se da un lato corrisponde ad una necessità legata alla vastità delle conoscenze e delle prassi tecnico-operative, dall'altro comporta il rischio, se viene meno una visione olistica della complessità dell'uomo, di ridurre il campo di osservazione al singolo organo-sistema malato o di identificare il soggetto con il soma (eredi di un'antica dicotomia cartesiana corpo-mente) dimenticando le matrici psicologico-relazionali e sociali (esistenziali) che caratterizzano l'essere-persona.

Se nel setting della medicina generale è il medico di medicina generale a fare da collettore e a rimettere insieme con un senso logico le tessere di un puzzle, nell'Ospedale Generale tale funzione può essere garantita dalla collaborazione, interazione e dialogo tra i vari specialisti. Lo psichiatra, per sua specifica formazione e sensibilità, potrebbe facilitare, quando chiamato ad agire, l'organizzazione della “rete” terapeutica attorno ad ogni specifico paziente.

Dai dati della letteratura si stima che circa il 30-60% dei pazienti ricoverati in ospedale generale presenta comorbidità medico-psichiatrica con maggiore prevalenza per i disturbi d'ansia, dell'umore e sindromi psico-organiche (in particolare delirium).

Lo psichiatra viene però attivato in consulenza in misura inferiore rispetto a quanto atteso in base ai dati di prevalenza di comorbidità e per lo più per la gestione di pazienti con disturbo/clamore comportamentale che determinano difficoltà a livello terapeutico-assistenziale e/o per situazioni dove è già presente in anamnesi una storia psichiatrica.

Questo rischia spesso di confinare e ridurre l'azione dello psichiatra ad un intervento di tipo contenitivo e sulla gestione del disturbo comportamentale.

In altri casi, in relazione ad una richiesta appropriata di consulenza, lo psichiatra può autolimitare il proprio intervento ad una consultazione orientata al solo paziente.

La nostra riflessione nasce dal tentativo, nella prassi clinica, di trasformare una richiesta di consulenza in un intervento di *liaison*. Fondamentale in questo processo ci sembra l'attenzione alla dimensione relazionale e di comunicazione con il paziente, con eventuali familiari significativi presenti e/o convocati, con il medico richiedente il consulto, con l'équipe curante (infermieri in turno), con eventuali altre agenzie esterne.

Non è sempre semplice raggiungere tutti gli interlocutori e, a volte, il tempo da poter dedicare è limitato da altre questioni operative.

La Psichiatria di consultazione-collegamento può essere raffigurata come una “rete” posta tra modello bio-medico-psichiatrico e psicosociale, dove la conoscenza non viene rivolta solo al paziente-“corpo” ma all'individuo nella sua complessità

ed interezza, con le sue matrici antropologico-culturali e le sue relazioni interpersonali, in una cornice sistemica che tiene conto dei con-

testi comprese le eventuali dinamiche istituzionali interrelate. Lo psichiatra che opera in quest'ottica può svolgere una funzione non solo di specialista esperto di sintomi psichici, ma “organizzatore” e punto centrale della rete terapeutica, attraverso il coinvolgimento dell'équipe curante, della famiglia, delle agenzie istituzionali che possono o che hanno un ruolo significativo, attraverso l'attivazione di reti formali ed informali attorno alla persona che esprime malessere.

Centrale, come in ogni altro intervento psichiatrico, è la relazione terapeutica che si stabilisce con il paziente, fondamentale per il passaggio di comunicazioni, emozioni, esperienze e per mantenere un approccio di fondo psicoterapico (supporto all'Io, aumento dell'autostima, sostegno delle difese e ripristino di strategie adattative e di *coping*).

Lo psichiatra può inoltre intervenire interpretando i vissuti controtransferali (di ansia, angoscia, impotenza, rabbia), che un certo tipo di sofferenza può scatenare nell'équipe curante, agendo una azione di generica “tranquillizzazione” dell'ambiente e fornendo indicazioni utili alla gestione (non solo farmacologia) del paziente. È importante la restituzione sempre a chi formula una domanda di consulenza, cercando condivisione, punti di incontro nonostante le diverse matrici culturali, con rispetto delle diverse professionalità.

Non sempre le risorse umane ed economiche delle Aziende Sanitarie in cui lavoriamo ci consentono di organizzare un vero e proprio Servizio Psichiatrico di Consultazione-Collegamento, ma anche in assenza di un Servizio organizzato che offra *liaison* attiva è possibile rileggere e convertire una richiesta di consulenza in un intervento di consultazione-collegamento.

In altri termini il vertice di osservazione va spostato dalla semplice osservazione/medicalizzazione del quadro clinico verso un modello integrato e complesso che tenga conto dei sistemi, dei significati esistenziali e psico-sociali della malattia. **TM**

E. FACCHI, F. BARDICCHIA, G. CARDAMONE

Unità Funzionale Salute mentale Adulti
“Area Grossetana” - ASL9 Grosseto.



Ugo Boggi, è professore associato di chirurgia generale all'Università di Pisa e dirige l'U.O. di chirurgia generale e trapianti nell'uremico e nel diabetico dell'AOUP, per la quale è responsabile anche dei programmi di trapianto di rene e di pancreas. Il Prof. Boggi ha eseguito oltre 4000 interventi chirurgici trapiantando circa 1000 organi. È autore di un libro di 50 capitoli e di 170 articoli con peer-review (impact factor > 400).

Trapianto robotico di pancreas

INTRODUZIONE

Quasi 45 anni dopo il primo intervento nell'uomo, il trapianto di pancreas (TP) rimane l'unica terapia in grado di ottenere, in modo riproducibile e duraturo, l'insulino-indipendenza nei pazienti diabetici di tipo 1. La morbidità dell'intervento di trapianto di pancreas ha però limitato l'applicazione di questa terapia, soprattutto quando si trattava di trapianto di solo pancreas in pazienti senza nefropatia conclamata.

A partire dai primi anni 90 la laparoscopia ha rivoluzionato la chirurgia. Oggi interventi anche molto complessi sono eseguiti spesso, e talvolta preferibilmente, in laparoscopia. I benefici dell'approccio mini-invasivo sarebbero particolarmente opportuni nei riceventi di trapianto di pancreas ma, fino ad oggi, la tecnologia laparoscopica era ritenuta insufficiente ad effettuare un intervento così complesso in modo sicuro e riproducibile.

UGO BOGGI¹, FABIO VISTOLI¹,
STEFANO SIGNORI¹, CHIARA CROCE¹,
SIMONE D'IMPORZANO¹, MARIO BELLUOMINI¹,
SONIA MELI¹, GABRIELLA AMORESE²,
GIOVANNI CONSANI², FABIO GUARRACINO³,
MASSIMILIANO BARSOTTI⁴, PIERO MARCHETTI⁵,
FRANCO MOSCA⁶

¹ U.O. di Chirurgia Generale e Trapianti nell'Uremico e nel Diabetico

² U.O. Anestesia e Rianimazione Chirurgica Generale e Vascolare

³ U.O. Anestesia e Rianimazione Cardiotoracica

⁴ S.O.D. Endocrinologia e Metabolismo dei Trapianti

⁵ U.O. Nefrologia e Trapianti

⁶ U.O. Chirurgia Generale 1
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa

gli interventi in cui sono richieste suture di alta precisione come le anastomosi vascolari, urologiche e digestive richieste nei trapianti. I principali limiti della laparoscopia sono quelli di offrire una visione bidimensionale (che peggiora la c.d. "coordinazione occhio-mano") di utilizzare strumenti rigidi e lunghi che fanno leva su di un fulcro localizzato a livello del punto di attraversamento della parete addominale (con conseguente amplificazione del tremore fisiologico).

Inoltre la laparoscopia richiede al chirurgo di assumere posizioni di lavoro non ergonomiche che, con il prolungarsi dell'intervento, causano affaticamento con conseguente riduzione della precisione dei movimenti.

SISTEMA ROBOTICO DA VINCI

Il sistema robotico Da Vinci (Intuitive Surgical®,

Sunnyvale, CA, USA) è stato sviluppato per motivi militari negli USA nell'ambito di un progetto promosso dal Pentagono (Pentagon's Defense Advanced Research Project). Scopo di questo progetto era la messa a punto di un sistema che consentisse di operare i feriti sul campo di battaglia, intervenendo da un sito distante e protetto. La raffinatezza della tecnologia robotica, e le difficoltà pratiche degli interventi su un campo di battaglia, non hanno consentito l'applicazione del Da Vinci a fini militari.

L'introduzione del primo sistema operativo Da Vinci nell'uso clinico risale al 1999. Il sistema di ultima generazione (Da Vinci HDSi) è la quarta evoluzione del sistema originale.

Il sistema robotico Da Vinci non è un robot nel senso comune del termine. Non è cioè in grado di eseguire alcuna azione in modo autonomo o programmato. Si tratta piuttosto di un attuatore elettromeccanico, cioè di un sistema in grado

PERCHÉ IL TRAPIANTO ROBOTICO DI PANCREAS

Il razionale per eseguire trapianti d'organo in modo mini-invasivo, cioè laparoscopico, è lo stesso già sperimentato positivamente in molti altri settori della chirurgia: minor trauma, riduzione delle complicanze e ripresa post-operatoria più rapida. Esiste anche un beneficio estetico che, probabilmente è meno rilevante nella chirurgia dei trapianti, ma che è comunque presente. Nei pazienti diabetici, in particolare, è lecito attendersi una riduzione delle infezioni della ferita chirurgica ed una ripresa più precoce della canalizzazione intestinale (tipicamente rallentata dalla neuropatia autonoma).

In laparoscopia pura è possibile eseguire interventi chirurgici complessi incluso, ad esempio, il trapianto di rene. Tuttavia la laparoscopia tradizionale ha alcuni limiti intrinseci che rendono poco riproducibili, e comunque assai complessi,

di trasferire i movimenti delle mani del chirurgo a strumenti miniaturizzati inseriti nel corpo del paziente attraverso millimetriche incisioni.

Questa sofisticata tecnologia, rispetto alla laparoscopia tradizionale, offre i seguenti vantaggi:

- visione 3D in alta definizione reale, magnificata fino a 15 X, che ripristina completamente la “coordinazione occhio-mano”;

- stabilità dell'immagine, essendo l'ottica manovrata da un braccio meccanico azionato dal chirurgo;

- movimenti omogenei e privi di tremore, grazie al filtraggio dei movimenti del chirurgo 1300 volte al secondo;

- uso di strumenti con 7 gradi di libertà. Si tratta di strumenti che, in prossimità dell'estremità distale, hanno un'articolazione simile a quella del polso umano (Figura 1). I movimenti della mano del chirurgo vengono quindi riprodotti fedelmente dall'estremità dello strumento, eliminando del tutto l'effetto fulcro della laparoscopia tradizionale;

- utilizzo di tre strumenti operativi, potendo decidere di bloccarne uno in una posizione, mentre si opera con gli altri due.

Da un punto di vista fisico il sistema Da Vinci è costituito da una consolle (Figura 2), da una torre (Figura 3) e da un carrello (Figura 4).

La consolle è il centro di controllo del sistema. Il chirurgo opera da questa stazione potendo essere anche a migliaia di chilometri di distanza dal paziente anche se, tipicamente, è nella sala operatoria in cui è eseguito l'intervento. La consolle comprende:

- una maschera binoculare, da cui il chirurgo osserva il campo operatorio;

- due masters che, manovrati dal chirurgo, trasmettono i movimenti agli strumenti;

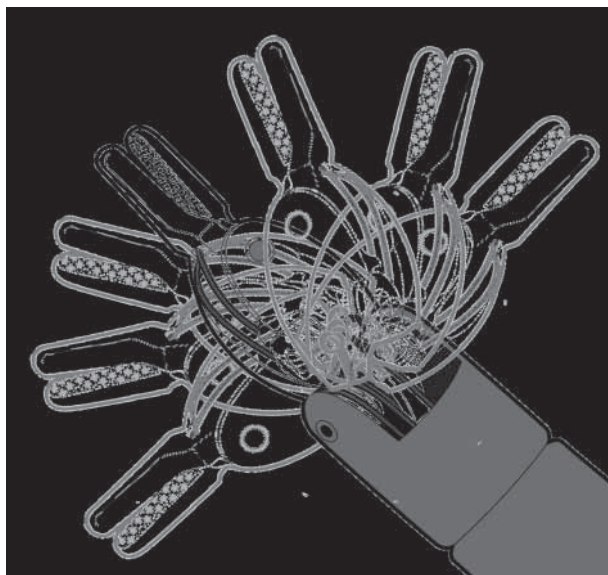


Fig. 1 - Disegno raffigurante uno strumento “endowrist”. La parte terminale dello strumento ha gli stessi gradi di libertà del polso di un uomo.



Fig. 2 - Consolle chirurgica. Da questa postazione il chirurgo opera manovrando gli strumenti della torre.

- una pedaliera che consente di utilizzare gli strumenti elettromedicali (elettrobisturi, bisturi ad ultrasuoni, etc.), di posizionare i masters in qualsiasi posizione senza spostare gli strumenti (funzione di frizione), di manovrare l'ottica, di bloccare e sbloccare le tre braccia operative;

- un pannello di controllo che consente di accedere a regolazioni avanzate di funzionamento del sistema.

Inoltre il sistema Da Vinci di ultima generazione (HDSi) è dotato di doppia consolle chirurgica che consente attività di training chirurgico tutorato e offre la possibilità che un secondo chirurgo possa manovrare il terzo braccio operatore in modo autonomo.

La torre è la parte del sistema robotico che manovra gli strumenti chirurgici. Consiste di quattro braccia meccaniche che reggono l'ottica binoculare e tre strumenti chirurgici.

Il carrello ospita la tecnologia ausiliaria necessaria al funzionamento del sistema robotico come l'insufflatore di CO₂, la fonte luce, gli strumenti elettromedicali, etc.

Il principale svantaggio del sistema robotico Da Vinci è il costo. Per l'acquisto di un sistema di ultima generazione, dotato di doppia consolle, sono necessari circa 3 milioni di Euro. Inoltre si tratta di una tecnologia molto sofisticata che ha anche costi di manutenzione ragguardevoli cui



Fig. 3 - Torre. La torre sorregge e manovra, seguendo i comandi ricevuti dalla consolle, l'ottica e gli strumenti chirurgici.

devono aggiungersi i costi di esercizio. La maggior parte degli strumenti sono multiuso, potendo essere però utilizzati per un massimo di dieci interventi. Mediamente, il costo dell'utilizzo di uno strumento è di circa 500 Euro per paziente.

Da un punto di vista pratico, il principale limite del sistema Da Vinci è la mancanza di tatto. Alcuni studi dimostrano che la straordinaria qualità della visione 3D e HD supplisce all'assenza di tatto. In laparoscopia tradizionale il tatto non è del tutto abolito. È infatti possibile avere un'idea, indiretta e approssimativa, della consistenza dei tessuti attraverso gli strumenti che, in questo caso, sono direttamente nelle mani del chirurgo.

Inoltre, operando con il sistema Da Vinci il chirurgo non è direttamente a contatto con il paziente. In teoria potrebbe essere anche molto distante. La mancanza del contatto fisico chirurgo-paziente può avere anche vantaggi (come il minor rischio di trasmissione di infezioni), ma è opportuno notare che ciò realizza una condizione nuova e del tutto sconosciuta. Ciò richiede un adattamento specifico, nell'ambito del quale deve essere ben sviluppata la coordinazione di tutto il team chirurgico.

Infine, la struttura della torre e delle braccia robotiche rende difficoltoso l'uso dell'attuale sistema Da Vinci negli interventi che hanno un campo operatorio molto ampio.

TRAPIANTO ROBOTICO DI PANCREAS

Il centro trapianti di Pancreas e di Rene dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) è da molti anni *leader* in Italia e in Europa nel trapianto di pancreas e nella chirurgia mini-invasiva applicata ai trapianti.

Una serie di interventi laparoscopici sono stati eseguiti per la prima volta in Italia a Pisa, come il prelievo di rene per trapianto da donatore vivente (anno 2000), il prelievo robotico di rene (2008), il prelievo di rene attraverso accesso un singolo transombelicale (2010). Abbiamo anche eseguito il primo prelievo laparoscopico di parte di fegato, per trapianto adulto/bambino (Maggio 2010, presso ISMETT di Palermo).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana si è dotata di un sistema robotico Da Vinci fin dall'anno 2000 per le sue possibili applicazioni in cardiocirurgia. Attualmente il sistema è utilizzato nell'ambito di un programma multidisciplinare che vede coinvolte diverse specialità (chirurgia generale, chirurgia toracica, ginecologia, e urologia). Questo programma è coordinato dalla Dr.ssa Franca Melfi sotto la direzione del Prof. Alfredo Mussi. Nell'anno 2010 sono stati realizzati circa 400 interventi chirurgici, quasi esclusivamente di alta ed altissima specializzazione.



Fig. 4 - Carrello. Il carrello, in modo analogo a quanto accade in laparoscopia tradizionale, contiene la tecnologia ausiliaria necessaria al funzionamento del sistema ed all'esecuzione dell'intervento chirurgico.

La nostra esperienza di trapianti robotici include quello di rene (3 Luglio, 2010, primo caso in Europa), quello di solo pancreas (27 Settembre 2010, primo caso nel mondo), e quello simultaneo di rene e di pancreas (15 Novembre 2010, primo caso nel mondo).

INTERVENTO DI TRAPIANTO DI PANCREAS ROBOTICO

Il paziente è preparato all'intervento come per la chirurgia tradizionale. L'intero intervento, però, è realizzato attraverso due accessi da 8 mm (utilizzati per gli strumenti robotici), un accesso da 11 mm (utilizzato per l'ottica), ed una incisione di 7 cm (utilizzata per inserire l'organo in addome). Il pancreas viene posizionato a livello del fianco destro, dietro il colon ascendente. L'afflusso arterioso è ottenuto dall'arteria iliaca comune destra ed il deflusso venoso è creato nella vena cava inferiore. Le secrezioni digestive sono drenate nel digiuno. In caso di trapianto renale simultaneo, il rene viene posizionato nella fossa iliaca destra. Le connessioni vascolari e urologiche sono quelle utilizzate anche in chirurgia a cielo aperto.

DECORSO POST-OPERATORIO

Il decorso post-operatorio di entrambi i riceventi è stato regolare. Tutti gli organi hanno funzionato in modo pronto e completo fin da subito. Non si sono registrate complicanze.

DISCUSSIONE

Il peso dell'intervento chirurgico è da sempre considerato uno dei maggiori problemi dei trapianti di pancreas. La consapevolezza di ciò ha contribuito a stimolare la ricerca sul trapianto di isole di Langerhans, quale metodo alternativo per ripristinare il patrimonio beta cellulare del ricevente, sebbene ad un minor rischio operatorio corrisponda una bassissima efficacia clinica.

L'esperienza che abbiamo riportato è la prima maturata a livello mondiale. Prima di questi due interventi, con il sistema robotico Da Vinci erano stati trapiantati alcuni reni. Il primo trapianto di rene robotico è stato eseguito nel Gennaio 2009 al Saint Barnabas Medical Center (New Jersey, USA). In seguito altri trapianti sono stati eseguiti all'Università dell'Illinois (Chicago, USA) e presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Questa prima esperienza dimostra che è possibile trapiantare il pancreas in modo mini-invasivo senza dover addivenire a compromessi tecnici. Al contrario, l'incredibile qualità della visione robotica e la straordinaria precisione degli atti chirurgici potrebbero rendere il trapianto robotico di pancreas più preciso di quello tradizionale.

Il successo dei primi due interventi è senza dubbio incoraggiante ma al momento non è provato che l'uso del robot abbia vantaggi concreti nel trapianto di pancreas. È quindi necessario maturare maggiore esperienza prima di giungere ad una conclusione finale.

La tecnologia robotica non è che all'inizio della sua evoluzione in chirurgia. Attualmente il sistema Da Vinci ha il monopolio del mercato, in virtù di un brevetto che scadrà il 30 ottobre 2012. Altri sistemi sono già in fase avanzata di progettazione e di realizzazione. La stessa Intuitive Surgical ha in serbo importanti innovazioni. Tutte le premesse fanno ritenere che ci troviamo all'alba di una nuova "rivoluzione" chirurgica.

Anche limitandoci al sistema attualmente disponibile, e quindi al Da Vinci HDSi, è chiaro che sarebbe possibile trapiantare altri organi oltre al rene ed al pancreas. È ragionevole pensare che sia possibile trapiantare il fegato. In ambito toracico sembrerebbe possibile il trapianto di polmone.

Al di fuori del settore dei trapianti il sistema robotico Da Vinci può essere oggi un'utile aggiunta in quei centri che, già impegnati in settori di avanguardia della chirurgia laparoscopica, desiderino cimentarsi in interventi che richiedono un livello superiore di precisione. Non vi è buon motivo per utilizzare una tecnologia così costosa per interventi che possono essere eseguiti, altrettanto bene, in laparoscopia tradizionale. È prevedibile che assisteremo ad un aumento della richiesta di chirurgia robotica da parte dei pazienti, e conseguentemente di disponibilità di sistemi da parte dei professionisti. Queste scelte non potranno che essere guidate da meticolosi percorsi di HTA (Health Technology Assessment). Al momento attuale l'uso di sistemi così costosi sembra giustificato in centri di riferimento per interventi di alta ed altissima complessità, che non sarebbero eseguibili altrettanto bene in laparoscopia tradizionale.

In conclusione, il trapianto di pancreas robotico è oggi una realtà. Se con il prosieguo di questa esperienza si dimostrerà che i risultati funzionali non sono peggiorati dall'approccio mini-invasivo e che la morbilità operatoria è ridotta, il trapianto di pancreas robotico potrebbe diventare un'opzione terapeutica consigliabile ad un maggior numero di diabetici, ed in particolare a quelli senza nefropatia conclamata.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: u.boggi@med.unipi.it

TM

BACHECA

Gli annunci sono consultabili sul sito dell'ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatrici.

Speckle Tracking-2D nella cardiopatia diabetica ed ipertensiva

Quando la frazione d'eiezione non basta



Vito Troiani, specializzato in Cardiologia nel 1994. Ha frequentato per molti anni il servizio di Cardiologia di S. Luca-Careggi dedicandosi in particolare al settore dell'ecocardiografia clinica e allo studio delle cardiomiopatie e delle valvulopatie. Ha partecipato alla pubblicazione di numerosi lavori scientifici. Responsabile di branca presso l'Istituto di Ricerche Cliniche Fanfani.

L'ecocardiografia è la metodica fondamentale per una valutazione della disfunzione ventricolare sinistra che spesso complica la storia naturale dei pazienti diabetici ed ipertesi che sempre più affollano gli ambulatori di cardiologia.

Una disfunzione sistolica del ventricolo sinistro (che può anche precedere una disfunzione diastolica) è spesso descritta in termini solo di frazione di eiezione (F.E.) o di frazione di accorciamento (D%) che riflettono un concetto di funzione globale e radiale rispettivamente.

Di conseguenza, secondo l'ecocardiografia convenzionale, molti pazienti diabetici o ipertesi frettolosamente archiviati come "normali" solo sulla base del valore di F.E. o D% nascondono una disfunzione sistolica sub-clinica e solo negli stadi avanzati, con la comparsa di rimodellamento geometrico ed ipertrofia, potremo osservare una riduzione della F.E. come indice di disfunzione sistolica globale.

Lo studio della funzione sistolica longitudinale del ventricolo sinistro, a cui le fibre subendocardiche e subepicardiche concorrono essendone i principali

determinanti, può fornire informazioni su un'iniziale disfunzione sistolica essendo queste fibre più sensibili e vulnerabili all'ischemia.

Tali fibre danno un limitato contributo all'accorciamento radiale (prevalentemente dovuto alle fibre centroparietali) che anzi può essere esaltato come fenomeno compensatorio quando esista già un'iniziale disfunzione sistolica longitudinale e questo spiegherebbe il mantenimento di una F.E. ancora normale e l'assenza di sintomi di scompenso.

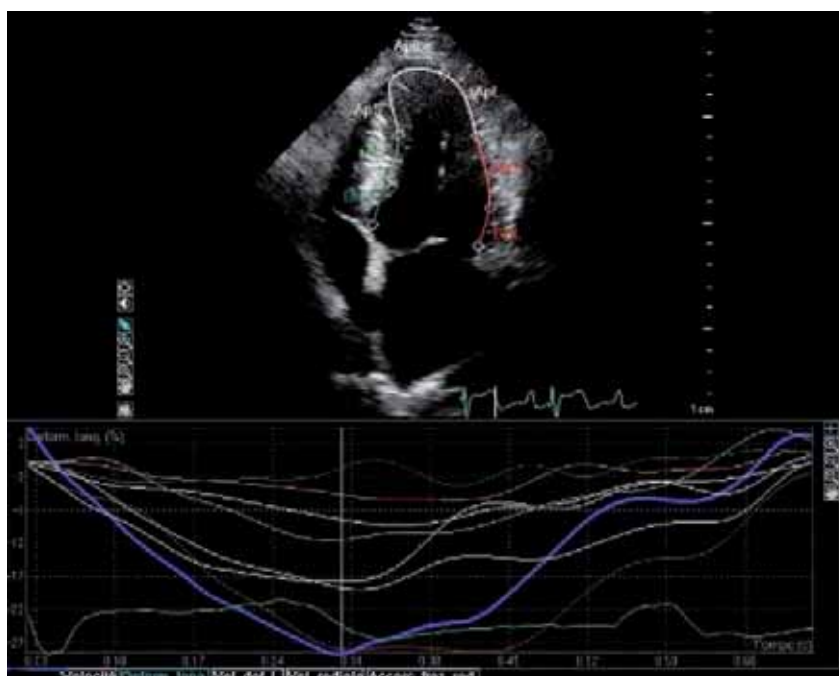
La disfunzione sistolica longitudinale correla direttamente con le alterazioni del profilo metabolico e con la massa ventricolare sinistra e non deve essere considerata come un'alterazione funzionale cronica ed irreversibile in quanto può rispondere favorevolmente al raggiungimento di un equilibrio

VITO TROIANI

Cardiologia

Istituto Ricerche Cliniche Prof. M. Fanfani - Firenze

Valutazione della funzione sistolica longitudinale mediante ST-2D in un paziente con diabete mellito tipo II, asintomatico, con normale F.E. L'esempio mostra una riduzione della deformazione longitudinale a livello del setto e della parete laterale indicativo di iniziale disfunzione sistolica con valori % significativamente ridotti rispetto alle altre pareti.



euglicemico, al miglioramento della sensibilità insulinica e alla riduzione della massa ventricolare sinistra.

Per tale motivo una valutazione della funzione sistolica longitudinale consentirà di prevenire complicazioni irreversibili e questa può essere fatta attraverso la misurazione della deformazione (strain) mediante Speckle Tracking bidimensionale (ST-2D). Lo ST-2D trae informazioni direttamente dall'immagine eco-bidimensionale in scala di grigi.

La quantificazione dello strain tissutale avviene lungo l'asse del movimento del cuore piuttosto che lungo l'asse del fascio di ultrasuoni motivo per il quale ha il vantaggio di essere indipendente dall'angolo di insonificazione (che notoriamente è fattore limitante le metodiche che sfruttano il segnale Doppler) permettendo in tal modo lo studio delle pareti miocardiche per quanto riguarda non solo la funzione longitudinale ma anche quella circonferenziale e radiale.

In particolare lo ST-2D identifica i markers acustici individuali (appunto gli speckles che sono una specie di impronta digitale della regione di interesse) e ne segue la relativa posizione immagine dopo

immagine per definire il movimento del tessuto e la sua deformazione rispetto alle condizioni iniziali.

La quantificazione dello strain, che è il risultato dell'interazione tra contrattilità intrinseca e condizioni di carico estrinseche, consente di discriminare tra movimento attivo (tessuto normale che si deforma e si sposta) e movimento passivo (tessuto cicatriziale che non si deforma ma che si sposta passivamente essendo trascinato dai segmenti adiacenti normofunzionanti).

Nello scenario dello studio della funzione ventricolare sinistra per immagini lo ST-2D si colloca come metodica semplice, rapida, non invasiva, riproducibile e affidabile dopo essere stata validata con studi di confronto con la risonanza magnetica ed avendo, rispetto a quest'ultima, una maggior fattibilità soprattutto per i costi più contenuti. Un limite di cui tener conto è la qualità dell'immagine bidimensionale per cui una finestra acustica scadente non consente un'adeguata valutazione.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: cardiovit@inwind.it

TM



Domenico Tesi, Medico-Chirurgo (1984) e Specialista in Odontostomatologia (1987) (Firenze). Diploma in Parodontologia Clinica (1994 Gotheborg- Svezia). Laser Cervico-Facciale (2001-Genova), Patologia e Medicina Orale (2007 - Firenze). Research Fellow: Centro di Riferimento per lo Studio delle Malattie Orali (Resp. Dr G. Ficarra), AOU Careggi, Firenze.

Le malattie autoimmunitarie di più frequente osservazione della mucosa del cavo orale

Parte I

Le patologie infiammatorie croniche, su base autoimmunitaria, della mucosa del cavo orale richiedono una diagnosi tempestiva, potendo sia influenzare negativamente la qualità della vita, sia complicarsi, in modo anche molto gra-

ve. In questo gruppo di malattie, a causa delle caratteristiche anatomiche della mucosa orale, le lesioni si presentano, spesso, con aspetti sovrapponibili, per cui la diagnosi clinica richiede un occhio allenato, che sappia cogliere le sfumature morfologiche della lesione, correlandole ai dati anamnestici, alla sede

anatomica (orale e/o extraorale) e alla presenza di eventuali segni e sintomi. All'esame obiettivo si affiancano la biopsia e l'immunofluorescenza diretta (IFD) o indiretta, che hanno un ruolo fondamentale, per confermare il sospetto clinico e orientarsi nella diagnosi differenziale.

Le malattie autoimmunitarie della mucosa orale di più frequente osservazione sono: la stomatite aftosa ricorrente, il lichen planus orale, l'eritema multiforme, il pemfigoide delle membrane mucose e il pemfigo volgare. Questo lavoro consiste in una breve disamina delle caratteristiche salienti di questo gruppo di malattie.

DOMENICO TESI, RICCARDO PRUNETI,
FRANCESCO BENINATI, GIUSEPPE FICARRA

Centro di Riferimento per lo Studio
delle Malattie Orali - AOU Careggi
SOD di Odontostomatologia
(Direttore Prof. G.P. Pini-Prato) Firenze

STOMATITE AFTOSA RICORRENTE (SAR)

È la malattia ulcerativa più frequente del-



Figura 1

la mucosa orale. Non esiste una causa nota di SAR. Alcune condizioni (stress, ciclo mestruale, traumi della mucosa) e malattie (agranulocitosi, neutropenia ciclica, celiachia, anemie ferroprive, Crohn, colite ulcerosa, HIV, ecc.), predispongono all'insorgenza di questa malattia. Il meccanismo patogenetico si basa sulla distruzione dell'epitelio ad opera dei linfociti T citotossici CD8 + attivati dai cheratinociti alterati antigenicamente. Il *milieu* citochinico è costituito dall'IL-2 e dal TNF α , ad azione proinfiammatoria.

La storia del paziente sofferente di SAR è quella di una persona che lamenta l'insorgenza periodica (2-3 volte al mese o all'anno per circa 3-10 giorni), fin dall'infanzia, d'ulcere orali, uniche o multiple, molto dolenti, tipicamente localizzate su mucosa non cheratinizzata.

Le afte sono di 3 tipi: afte minori, con diametro < 1 cm (le più frequenti), afte maggiori, con diametro > 1 cm (Figura 1) e afte erpetiformi, che ricordano, senza dividerne l'eziologia, le ulcere erpetiche intraorali. La storia d'insorgenza delle afte fin dall'infanzia e la loro localizzazione alla mucosa non cheratinizzata indirizzano verso la diagnosi di SAR. Infatti ulcere orali ad insorgenza in età adulta devono insospettire il clinico, mentre l'herpes simplex, che è la malattia che più frequentemente viene confusa con la SAR, predilige la mucosa cheratinizzata (palato duro, bordo vermiglio delle labbra, dorso linguale, gengiva fissa).

Per la terapia delle afte minori si utilizzano sciacqui di clorexidina, corticosteroidi in gel (fluciclonide), in soluzione viscosa (desametasone 0,5 mg/5ml), in pomata (fluciclonide, clobetasolo) fino ad arrivare all'iniezione intralesionale di triamcinolone acetone in caso di afte maggiori persistenti e non responsive alla terapia topica. Casi gravi e resistenti alla terapia topica richiedono l'uso di prednisone per os (25-75 mg/die) o di altri farmaci immunosoppressori.

LICHEN PLANUS ORALE (LPO)

Il LPO colpisce l'1% della popolazione generale, con predilezione per il sesso femminile d'età tra

i 30 e i 60 anni. L'antigene causale è ignoto. Nel LPO si ha un danno delle cellule epiteliali dello strato basale mediato da linfociti T autoreattivi CD8+. Un ruolo centrale è giocato dall'INF α , che stimola i cheratinociti e le cellule dendritiche a presentare l'antigene ai linfociti T CD4+ e CD8+ innescando la fase citotossica. Il Lichen Planus può colpire sia le mucose, che la cute. Le lesioni orali possono essere reticolari (le più frequenti, bianche, bilaterali), papulari, atrofiche (dorso lingua, con senso di bruciore, acuito dai cibi piccanti), erosive-ulcerative (in d.d con altre malattie autoimmuni come il pemfigoide delle membrane mucose o il pemfigo volgare), bollose, e a placca (lesioni bianche facilmente confondibili con la leucoplachia) (Figura 2). Altre sedi colpite dal lichen sono: la mucosa genitale, il letto ungueale e, raramente, gli occhi e l'esofago.

Le lesioni cutanee hanno l'aspetto di papule rosso scure, di forma poligonale, molto pruriginose, con sede sulla superficie flessoria degli arti, sul dorso e sul petto.

La "sindrome gengivo-vulvo-vaginale" è una particolare forma clinica, meno responsiva alla terapia, che coinvolge i genitali femminili, con possibile retrazione cicatriziale dell'introito vaginale. L'istopatologia è caratteristica. Iper-, orto- o paracheratosi, liquefazione dello strato basale, ispessimento della membrana basale, atrofia delle creste epiteliali, corpi citoidi di Civatte (cheratinociti apoptotici), infiltrato linfocitario a banda nella lamina propria.

La terapia della forma reticolare, se asintomatica, non è necessaria. Le forme erosive-ulcerative, invece, provocano dolore e necessitano di un intervento terapeutico, mediante l'uso di corticosteroidi topici sia in gel, che in soluzione viscosa.

Ulcere localizzate e resistenti alla terapia topica, possono essere trattate con somministrazione intralesionale di triamcinolone acetone. Nel caso di lesioni gravi o non responsive alla terapia topica, si usa il prednisone per os, anche in associazione ad altri farmaci immunosoppressori. **TM**

L'articolo continua sul numero di maggio



Figura 2



Alessandro Vannucchi, Spec. in Ematologia. Dal 2002 è prof. associato di ematologia c/o la Sez. di ematologia del Dip. di area critica medico-chirurgica, AOU Careggi. Fa parte del consiglio della scuola di dottorato in Oncologia clin. e speriment. e di Scienze infermieristiche della Univ. di Firenze. Coord. Naz. del progetto AGIMM, www.progettoagimm.it. Vice-presidente della Società Italiana di Ematologia Sperimentale.

Percorsi diagnostico-terapeutici per le neoplasie mieloproliferative croniche nella AOU Careggi

Le neoplasie mieloproliferative croniche comprendono patologie ematologiche di riscontro relativamente comune; si stima che ogni anno in Italia vengano diagnosticati oltre 2000 nuovi casi.

Per più del 95% sono rappresentate dalle “forme classiche” – policitemia vera, trombocitemia essenziale e mielofibrosi primitiva – dette anche “forme Philadelphia-negative” in base dell’assenza del cromosoma Philadelphia (traslocazione 9;22 dalla quale origina il gene BCR/ABL) che è

diagnostico della leucemia mieloide cronica (Tabella 1).

Gli ultimi anni hanno visto un crescente interesse in queste patologie che ha fatto seguito alla scoperta della mutazione puntiforme V617F nel gene JAK2. Sulla base di un ampio numero di studi, anche del nostro gruppo con la collaborazione

di centri italiani afferenti al GIMEMA (Gruppo Italiano per le Malattie Ematologiche Maligne dell’Adulto), si è appurato che la mutazione è presente in oltre il 95% dei casi di policitemia vera e in circa il 60% dei soggetti con trombocitemia essenziale o mielofibrosi primitiva. Successivamente sono state identificate ulterio-

riori alterazioni molecolari nello stesso gene JAK2 così come in altri geni coinvolti in vario modo nel controllo della proliferazione e differenziazione delle cellule emopoietiche, o più in generale nella oncogenesi, tra i quali MPL, CBL, TET2, ASXL1, IDH1/IDH2, Lnk, Ikaros, EZH2; tali mutazioni sono riscontrabili in proporzione variabile tra il 5% e il 15% dei casi e sono variamente associate alle diverse malattie o vengono acquisite con la trasformazione leucemica. Oltre ad aver consentito di chiarire aspetti fondamentali dei meccanismi patogenetici di queste neoplasie, la scoperta delle mutazioni del gene JAK2 ha da un lato promosso una sostanziale revisione dei criteri diagnostici, culminata con la classificazione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 2008 (Tabella 1), dall’altro ha posto le basi per lo sviluppo di nuovi farmaci e approcci terapeutici innovativi.

La diagnosi delle diverse entità cliniche che fanno parte delle neoplasie mieloproliferative croniche richiede una valutazione ematologica e laboratoristica complessa che integra le informazioni cliniche con aspetti di morfologia e istopatologia in campioni di sangue periferico e midollare,

ALESSANDRO M. VANNUCCHI¹,
ELISABETTA ANTONIOLI², PAOLA GUGLIELMELLI³,
LISA PIERI⁴, ALESSANDRO PANCRAZZI⁵,
ALBERTO BOSI⁶

¹ Professore II fascia, Sez. Ematologia

² Medico SOD Ematologia

³ Ricercatore TD, Sez. Ematologia

⁴ Assegnista, Sez. Ematologia

⁵ Assegnista, Sez. Ematologia

⁶ Professore I fascia, Direttore SOD Ematologia

Sezione e SOD di Ematologia, Dipartimento di Area Critica medico-chirurgica, Azienda ospedaliera-universitaria Careggi, Istituto Toscano Tumori, Firenze

Tabella 1 - La classificazione delle neoplasie mieloproliferative croniche secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (2008)

Neoplasie mieloproliferative

1. Leucemia mieloide cronica (LMC)
2. Policitemia vera (PV)
3. Trombocitemia essenziale (TE)
4. Mielofibrosi primaria (MFP)
5. Leucemia cronica neutrofila
6. Leucemia cronica eosinofila inclassificabile
7. Sindrome ipereosinofila
8. Mastocitosi
9. Neoplasie mieloproliferative inclassificabili

Neoplasie mielodisplastiche/mieloproliferative

1. Leucemia mielomonocitica cronica
2. Leucemia mielomonocitica giovanile
3. Leucemia mieloide cronica atipica
4. Forme inclassificabili

Neoplasie mieloproliferative con eosinofilia e anomalie molecolari di PDGFRA, PDGFRB, o FGFR1

indagini di citogenetica convenzionale, genetica molecolare, citofluorimetria, immunisto chimica e colture cellulari. Presso la SOD di Ematologia dell'Azienda ospedaliera-universitaria Careggi è stato attivato da oltre tre anni un "Percorso Diagnostico" avanzato ed integrato delle neoplasie mieloproliferative croniche che coinvolge, oltre al Laboratorio delle malattie mieloproliferative croniche e di emoi stopatologia (Dr. R. Alterini) della SOD di Ematologia, il Laboratorio centrale (Direttore Dr. G. Messeri), la SOD di Diagnostica Genetica (Dir. Dr. F. Torricelli) e la SOD di Radiodiagnostica (Dir. Dr. I. Menchi) della Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi. Il Percorso Diagnostico prevede un set minimo iniziale di esami ematologici, biochimici, citogenetici e molecolari, oltre alla biopsia osteomidollare, ma può essere arricchito di ulteriori e più specifiche indagini finalizzate all'identificazione di anomalie molecolari meno frequenti o all'esclusione di forme familiari di eritrocitosi o piastrinosi (Tabella 2; Figure 1); si effettua inoltre di routine l'ecografia addominale completa e la radiografia del torace. I prelievi ematici e biotici e gli esami radiologici vengono completati nello spazio di una mattinata presso l'Ambulatorio di Ematologia. I risultati degli esami sono quindi valutati criticamente

e integrati con i dati clinici disponibili da parte di ematologi esperti in queste patologie e viene redatta una definizione diagnostica del caso in esame con l'eventuale stratificazione in base alla classe di rischio del paziente. L'utente riceve al domicilio, generalmente entro 3-4 settimane, un fascicolo contenente le conclusioni diagnostiche e i referti originali, che potrà poi produrre all'ematologo di riferimento.

Dal 2007 ad oggi sono stati completati oltre 400 "Percorsi Diagnostici" che hanno permesso di effettuare quasi 300 nuove diagnosi di neoplasia mieloproliferativa cronica (Tabella 3). Oltre che nella fase diagnostica iniziale, il Percorso può essere attivato anche durante il follow-up clinico-terapeutico del paziente qualora vi sia il sospetto di una evoluzione verso una forma di mielofibrosi post-policitemica o post-trombocitemica o di trasformazione in leucemia acuta (Tabella 3).

Il miglioramento delle conoscenze molecolari è stato trainante anche per lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici. I risultati di un primo studio con un inibitore di JAK1 e JAK2, INCB018424, in soggetti con mielofibrosi sono stati pubblicati recentemente nel New England Journal of Medicine. Il trattamento ha determinato significativi risultati in termini di riduzione della splenome-

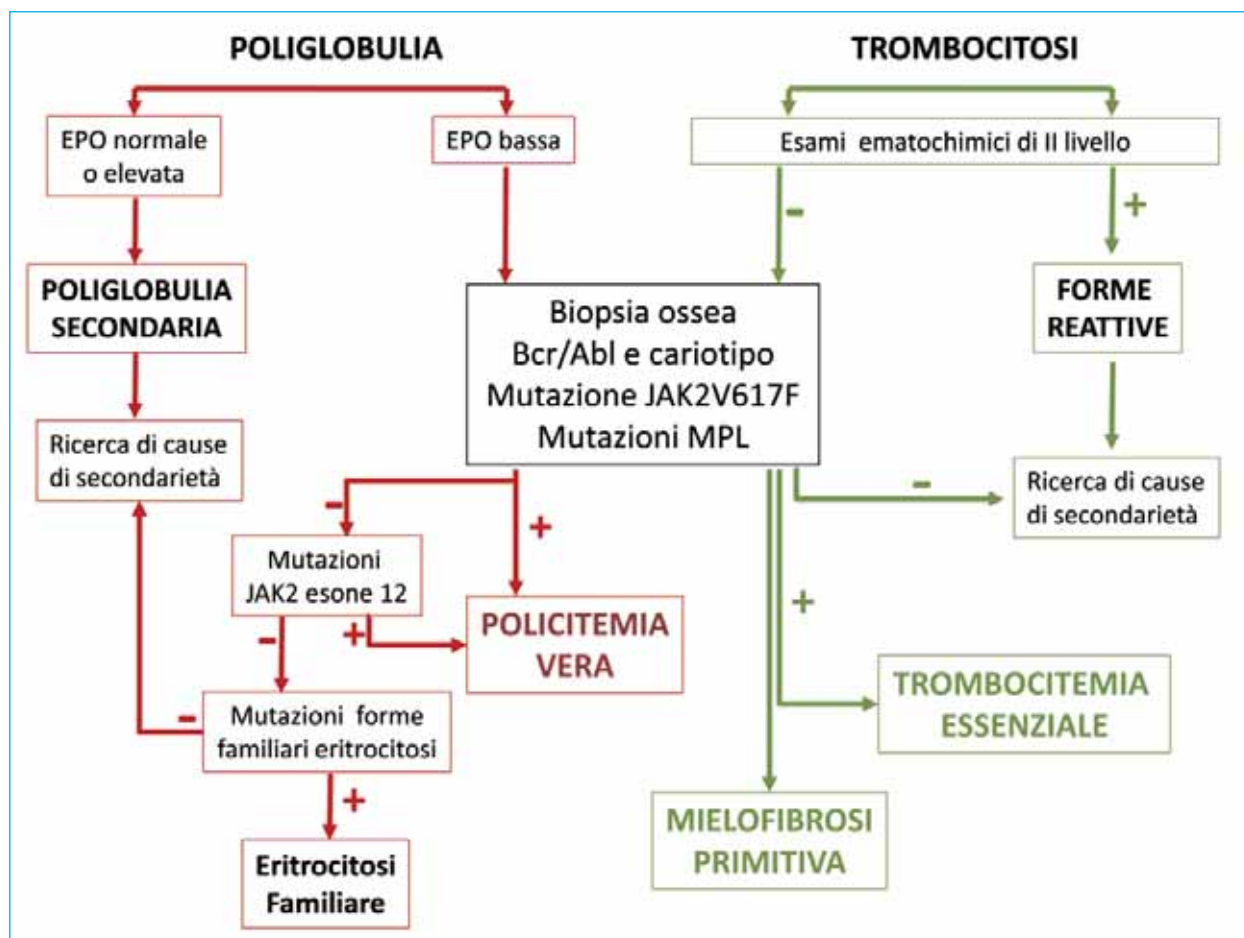


Fig. 1 - Flow-chart per la diagnostica differenziale di eritrocitosi e piastrinosi.

Tabella 2. Elenco dei principali test diagnostici di II livello effettuati in seno al Percorso Diagnostico delle Neoplasie mieloproliferative croniche Philadelphia-negative

Denominazione esame	Descrizione	Metodica
Studio di espressione di CD55/CD59	In caso di trombosi dei vasi addominali, per escludere forme di emoglobinuria parossistica notturna	Esame citofluorimetrico
p50 venoso	In caso di eritrocitosi evidenzia forme di emoglobinopatie ad alta affinità per l'ossigeno	Emogas analisi venosa
Triptasi sierica	Il dosaggio risulta aumentato nella quasi totalità delle mastocitosi sistemiche	Dosaggio immunologico
Determinazione del fenotipo aberrante CD117/CD2/CD25	Riscontrabile nelle cellule midollari nella maggior parte dei casi di mastocitosi sistemica	Esame citofluorimetrico
JAK2V617F	Mutazione presente nel 95-98% delle PV e nel 60% circa di TE e MFP	PCR quantitativa
JAK2 ESONE 12	Mutazioni presenti in rare forme di PV JAK2V617F negative	Sequenziamento diretto
MPL515WL/K	Mutazioni del codone 515 del gene MPL, riscontrate nell'8-10% di casi di TE e MFP	PCR quantitativa
Mutazioni in forme di eritrocitosi familiare	Presenti in rare forme di eritrocitosi, a carico del recettore della eritropoietina (EPO-R), von Hippel-Lindau, prolyl-hydroxylase-2 (PHD2) e hypoxia-inducible factor 2alpha (HIF2alpha)	PCR qualitativa e sequenziamento
Conta delle CD34 circolanti	La conta delle cellule CD34 positive nel sangue periferico risulta aumentata soprattutto nelle forme di MF (valori superiori allo 0.05%)	Esame citofluorimetrico
Mutazioni GATA-1	Mutazioni presenti in rarissimi casi di piastrinopenie familiari e da difetto di maturazione dei megacariociti	PCR qualitativa e sequenziamento
Riarrangiamento FIP1L1/PDGFRα	Mutazione riscontrata nel 15% circa delle sindromi ipereosinofile	Sequenziamento diretto
Mutazione c-KIT D816V	Mutazione presente nella maggioranza dei casi delle mastocitosi	Sequenziamento diretto
Mutazioni dei geni IDH1/2, EZH2	In casi selezionati, specialmente alla trasformazione leucemica	PCR e high-resolution melting analysis

galia, miglioramento dei sintomi sistemici e della qualità di vita, e del controllo della crasi ematica con minima tossicità, apportando quindi concreti

Tabella 3 - Diagnosi effettuate nel "Percorso Diagnostico" delle Neoplasie Mieloproliferative croniche nel periodo 2007-2010 presso la SOD di Ematologia di Firenze.

Numero totale di "Percorsi"	439
Diagnosi effettuate	292
Policitemia Vera	85
Trombocitemia Essenziale	118
Mielofibrosi	32
Evoluzioni in mielofibrosi	11
MPN Inclassificabili	7
Sindromi ipereosinofile	1
Mastocitosi sistemiche	20
Leucemia Mieloide cronica	3
Forme reattive	15
Nessuna evidenza di patologia mieloproliferativa	147

vantaggi rispetto alle terapie convenzionali. La SOD di Ematologia di Firenze ha partecipato con un consistente numero di casi a studi clinici internazionali di fase 2 con INCB018424 in soggetti con mielofibrosi o con policitemia vera o trombocitemia essenziale ad altro rischio refrattaria o resistente al trattamento con idrossiurea. Sono in fase di attivazione ulteriori studi clinici controllati con altri inibitori di JAK2, immunomodulatori (pomalidomide, per il trattamento dell'anemia nella mielofibrosi) e con interferone pegilato, che potranno offrire prospettive di trattamento innovativo a categorie selezionate di pazienti. Per informazioni ulteriori, i colleghi potranno utilizzare l'indirizzo e-mail in calce.

Bibliografia

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

TM

Trattamenti min interventistici nei noduli tiroidei



Daniele Barbaro, laureato in Medicina alla Scuola S. Anna di Pisa con lode e specializzato in endocrinologia a Pisa con lode. Responsabile della Sezione di Endocrinologia della ASL 6 di Livorno, Centro in Toscana, ove viene eseguita terapia laser percutanea per i noduli tiroidei. Autore di numerose pubblicazioni sui tumori tiroidei e su tecniche min interventistiche, su prestigiose riviste internazionali.

I noduli tiroidei sono presenti clinicamente, cioè visibili e/o palpabili, in circa il 4-5% della popolazione nelle aree a sufficiente apporto iodico. Inoltre l'eco del collo è eseguita frequentemente per i più disparati motivi e dunque la prevalenza dei noduli globalmente considerata, clinica ed ecografica, soprattutto in paesi come l'Italia dove l'apporto iodico può essere ancora non ottimale, può arrivare al 20-30% come mostrano varie casistiche.

In presenza di uno o più noduli tiroidei, un semplice dosaggio del TSH ci indica la funzione tiroidea e solo in caso di TSH basso, cioè in circa l'1-2% dei casi, può essere indicata una scintigrafia per confermare la presenza di un nodulo iperfunzionante. Nella grande maggioranza dei casi il TSH è normale e l'agoaspirato rappresenta dunque l'unico ed elettivo esame per la diagnosi di natura dei noduli tiroidei. L'intervento chirurgico è mandatorio in caso di malignità e usualmente consigliato per una citologia dubbia od indeterminata, ma nella grande maggioranza dei casi i noduli tiroidei siano essi iperfunzionanti o non funzionanti saranno di gestione medica.

Consensus nazionali e internazionali indicano ormai che la terapia soppressiva con L-Tiroxina non debba essere assolutamente considerata di routine nel trattamento dei noduli tiroidei e per lo più, i noduli potranno essere solo seguiti nel tempo raccomandando al paziente di porre attenzione alla profilassi iodica. Restano comunque tutta una serie di situazioni di più difficile gestione quali:

- 1) noduli di grosse dimensioni con indicazione chirurgica ma in soggetti che non vogliono o non possono essere sottoposti ad intervento;
- 2) noduli non particolarmente grossi ma che producono disagio estetico;
- 3) noduli iperfunzionanti in cui il trattamento con radioiodio o chirurgico non è ben accetto o controindicato;
- 4) noduli iperfunzionanti con TSH appena basso.

Sono queste le indicazioni classiche dei trattamenti min interventistici. Tra essi rientrano a buon diritto l'alcolizzazione e la termoablazione laser percutanea in quanto sono procedure che

non richiedono neppure anestesia locale. Più recentemente è stata introdotta nella pratica clinica anche la radiofrequenza e l'HIFU (high frequency ultrasonography) ma per queste ultime l'esperienza è ancora abbastanza scarsa, vi è necessità assoluta di sedazione profonda e i costi sono elevati.

L'alcolizzazione dei noduli tiroidei è stata introdotta nella pratica clinica da molti anni e poi abbandonata in quanto ritenuta poco efficace e talora, seppur raramente, gravata da importanti effetti collaterali e complicanze legati alla diffusione

dell'etanolo nei tessuti circostanti. Queste complicanze in realtà erano sostanzialmente dovute a scarsa esperienza e/o a trattamenti eseguiti senza guida ecografica e dunque vanno considerate come assolutamente eccezionali. L'efficacia dell'alcolizzazione è comunque scarsa sui noduli completamente solidi, l'iniezione di alcool in un nodulo solido è dolorosa, inoltre la diffusione dell'etanolo è imprevedibile e dunque per tutte queste ragioni è da considerarsi abbandonata. Viceversa l'alcolizzazione rappresenta un mezzo eccezionalmente utile, semplice e a basso costo per il trattamento dei noduli cistici o con ampia componente cistica.

La cavità liquida viene svuotata e iniettato etanolo in misura pari al 30-50% del volume evacuato. La presenza di una parete impedisce che l'alcool si diffonda nei tessuti e dunque rende virtualmente impossibili i problemi di necrosi di strutture contigue alla tiroide che si erano talora verificati per i noduli solidi. Inoltre la prolungata persistenza dell'alcool è garanzia di efficacia. Nella nostra esperienza l'alcolizzazione si è dimostrata un mezzo di eccezionale utilità per il trattamento dei noduli cistici o con componente cistica anche di grosse dimensioni.

Il trattamento percutaneo con laser è, in campo tiroideo, di relativa recente applicazione. La metodica consiste nell'introduzione all'interno del nodulo di aghi (21 G da spinale) in un numero solitamente da 1 a 4 in base alle dimensioni del nodulo, all'interno dell'ago vengono poi introdotte fibre ottiche attraverso la quale viene prodotta

DANIELE BARBARO

Responsabile Sezione Endocrinologia ASL 6 Livorno

l'illuminazione laser. Il riscaldamento produce necrosi e dunque distruzione del tessuto nodulare. Il numero di sedute è solitamente variabile da 1 a 4 ed il trattamento non richiede alcuna anestesia generale o locale o particolari preparazioni. Nella nostra esperienza abbiamo trattato 268 pazienti ottenendo una riduzione volumetrica variabile dal 21 al 75% in tutti i noduli globalmente considerati. Nei casi di noduli iperfunzionanti già con ipertiroidismo abbiamo avuto una normalizzazione delle frazioni libere nel 100% dei casi e una normalizzazione del TSH nel 57% dei casi. Nei noduli iperfunzionanti solo con ipertiroidismo subclinico il TSH si è normalizzato nel 93% dei casi. Le complicazioni della metodica, se ben eseguita, sono da considerarsi eccezionali. In un solo caso abbiamo avuto una paresi ricorrente transitoria probabilmente dovuta ad un anomalo passaggio del nervo ricorrente. I costi vivi della metodica con laser NdYAG e fibre riutilizzabili sono stimati in media

non superiori ai 50 Euro per trattamento.

Nei noduli misti con ampia componente cistica l'alcolizzazione e la termoablazione laser possono essere utilizzate in modo complementare ed è possibile eseguire prima l'alcolizzazione e poi il trattamento laser.

Le tecniche miniinterventistiche ed in particolare l'alcolizzazione e il trattamento laser percutaneo appaiono dunque utili nel trattamento dei noduli tiroidei. La reale scarsa invasività delle procedure le rende sicuramente interessanti per il trattamento delle patologie benigne della tiroide. Pur richiedendo operatori esperti ed una adeguata selezione dei casi rappresentano metodiche di sicuro interesse e provata efficacia.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: danielebarbaro@katamail.com

TM

Frammenti di storia

Toscana Medica 4/11



Guido Y. Giglioli



Francesco Carnevale è stato assistente presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Padova e poi di Verona dal 1969 al 1986, quindi, sino al 31.12 2009, dirigente di medicina del lavoro nell'Azienda Sanitaria di Firenze. Docente presso la Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Firenze è cultore di storia della salute dei lavoratori.

Tutti i cultori di medicina del lavoro incontrano nel loro percorso il nome di un autore fiorentino, Guido Y. Giglioli (dove la Y. sta per Yllier) (1875-1939) ricavano sensazioni di ammirazione, ma anche, per alcuni aspetti, interrogativi ai quali non risulta facile rispondere.

FRANCESCO CARNEVALE

Docente presso la Scuola di Specializzazione di Medicina del Lavoro dell'Università di Firenze

Nell'anno della sua morte, sulla rivista "La Medicina del Lavoro" compare su di lui una breve ma incisiva nota del Direttore, Luigi Preti: "... si era dedicato alla specialità con appassionato fervore ed un'estesa ed interessante produzione scientifica aveva servito a farlo conoscere ed apprezzare non solo in Italia ma anche all'estero...". La produzione in effetti è facilmente consultabile ed inquadrabile in almeno tre settori, ognuno meritevole di grande attenzione; avvolti da una sorta di mistero invece risultano la sua affiliazione e quindi il suo lavoro abituale ed il fatto che prima della metà degli anni '20 scompaia definitivamente dallo scenario della medicina del lavoro.

Per quanto riguarda le pubblicazioni scientifiche Giglioli ci ha lasciato il primo e fortunato trattato di medicina del lavoro scritto in lingua italiana (quello secentesco di Ramazzini, come è noto, viene scritto in latino), "Le malattie del Lavoro", pubblicato dalla Società Editrice Dante Alighieri ed offerto in dono agli abbonati del Policlinico. È preceduto dalle seguenti parole dettate da Pietro

Grocco, allora Direttore dell'Istituto di clinica medica generale di Firenze: "Alcune mie conferenze popolari hanno

indotto il dottor Giglioli a scrivere sulle Malattie professionali; ed io mi congratulo col mio distinto allievo che in pochi mesi ha saputo ben raccogliere e ben comporre un abbondante materiale di studio sull'argomento; e consiglio il dottor Giglioli a proseguire con zelo in siffatto lavoro che ben risponde ad esigenze scientifiche e ad esigenze umanitarie".

In un secondo filone di scritti Giglioli si incarica di fare la revisione critica delle pubblicazioni sulla salute dei lavoratori allora disponibili in Italia ma anche in Gran Bretagna, revisioni che vengono proposte in maniera sistematica tra il 1906 ed il 1924 con indubbio vantaggio dei lettori di ieri e di oggi.

Di grande interesse è il terzo gruppo di pubblicazioni dove vengono illustrati i risultati di “inchieste” originali da lui svolte nelle realtà produttive più “interessanti” della Toscana (lavorazioni del tabacco, estrazione del mercurio, coltivazioni di miniere di lignite e di altri minerali in Val d'Arno e sul Monte Amiata, cernita dei cenci a Pontorme, effetti delle intossicazioni da piombo in varie attività).

È stato possibile sciogliere la gran parte dei misteri ed altre curiosità che avvolgevano la figura di Giglioli soltanto di recente, a conclusione di una serie di ricerche di varia natura che hanno permesso di illustrare meglio la biografia e la sua vita professionale. Suo nonno è fervente mazziniano e deve emigrare in Inghilterra intorno al 1830, sposa un'inglese, Elena Hyllier ed ha un figlio, Enrico, il padre del nostro che, ritornato in Italia, diventerà un rinomato zoologo; a Firenze nasceranno i figli di questi, Guido, Edoardo (storico dell'arte ed importante conservatore di musei) e Vera. Guido si iscrive alla facoltà di medicina e chirurgia dell'Istituto di studi pratici e di perfezionamento di Firenze che vive, in quegli anni una fase eroica per la presenza di docenti che si chiamano Caruel, Targioni Tozzetti, Schiff, Roiti, Luciani, Chiarugi, Banti, il già citato Grocco, Colzi, Mya, Pestalozza, Pellizzari, ed allievi come Pieraccini, Comba, Frugoni, Castellani, Siciliano, ecc. Giglioli diviene allievo interno e quindi, dal 1900, assistente volontario e straordinario della Clinica Medica (almeno sino alla morte di Grocco, avvenuta nel 1916) occupandosi di ricerche strettamente cliniche ma anche, parallelamente, appassionandosi alla medicina del lavoro, attratto dalle parole di alcuni maestri ma anche dalle iniziative di colleghi attivi singolarmente ed anche come gruppo che ruotano attorno all'Università popolare, ad una società di igiene, al neonato partito dei socialisti e quindi attorno alla fulvida stagione de “Il Ramazzini, Giornale Italiano di Medicina Sociale”, che si pubblica dal 1907 al 1917, del quale, egli compare, giovane, oltre che come redattore (con sede nella sua abitazione di via del Campidoglio 2 a Firenze), quale componente del Comitato di Direzione assieme a persone sicuramente più “titolate” da un punto di vista accademico, come Biondi, Borri, Gasperini e Pieraccini.

Con l'avvento del fascismo Giglioli, moderato, rispetto ad altri “attivist” (lo si capisce da alcu-

ne testimonianze), ma sinceramente interessato alla salute dei lavoratori, conclude in pratica la sua brillante carriera nella medicina del lavoro, branca sulla quale complessivamente grava più di un sospetto di essere “intrinsecamente rivoluzionaria” e che invece il regime farà di tutto perché si trasformi in “fascistissima”.

Nel primo quinquennio degli anni venti Guido Giglioli compare in alcuni documenti quale referente dell'organizzazione dei medici fiorentini (il futuro “Ordine dei Medici”), ma solo per un breve periodo.

Ciò che non emerge seguendo esclusivamente le sue vicende di medico del lavoro è la secondaria o meglio la principale vita professionale di Giglioli, quella di medico di famiglia, svolta precocemente ed in massima parte nell'ambito della “colonia forestiera”, specialmente inglese, che ha dato da vivere, sino alla fine, a lui ed alla sua famiglia. In questa attività, scrive Cumbo in una lettura commemorativa tenuta non a caso presso il Lyceum di via degli Alfani (organizzazione anglofila di donne emancipate), Giglioli “ha incontrato un tale favore, ed è stato circondato da una aureola di tale fiducia, direi, da oracolo, da costituire un fenomeno meritevole di essere posto in rilievo, e considerato nella sua genesi e nella sua essenza.” Il nostro medico aveva fatto tesoro dell'origine inglese di un ramo della sua famiglia e, adoperandosi con soggiorni a Londra, aveva superato il previsto esame per fregiarsi del titolo di “Member of the Royal College of Physicians”. È talmente compenetrato nel suo ruolo di mediatore tra Firenze e la comunità dei famosi “anglo-fiorentini” da qualcuno chiamati “anglo-beceri” da pubblicare, in inglese (subito dopo la prima guerra mondiale, alla quale aveva partecipato nel corpo della Croce Rossa Italiana ricevendo una medaglia al merito), un'opera di propaganda dove si cerca di contrastare quanto una certa stampa inglese scriveva di negativo sulle condizioni di igiene e salute pubblica della città di Firenze, in relazione principalmente all'approvvigionamento idrico, malattie infettive e condizioni climatiche.

Bibliografia

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

TM

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

B.D.A. COMPUTERS & SOFTWARE (Sconto 10% su P.C. Notebook e pda Asus)

B.D.A. Computers & Software offre uno sconto del 10% sull'acquisto di notebook e pda della linea ASUS inoltre sconti ed agevolazioni per noleggio hardware/software, e per tutti i servizi di assistenza tecnica post vendita come p.c. sostitutivo, assistenza hardware, assistenza software, assistenza sistemistica, formazione e consulenza.

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931

info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net



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".

Lo tsunami delle malattie cardiovascolari

Mentre la letteratura internazionale paragona la diffusione globale delle malattie cardiovascolari a uno tsunami, per il Ministero della salute in Italia il mare è piatto e senza vento.

"Le malattie cardiovascolari costituiscono la più importante causa di morte nel mondo e la loro elevata crescente prevalenza incide, anche in Ita-

lia, sulla salute pubblica, sulle risorse sanitarie ed economiche. I recenti dati Istat riportano che 1 italiano su 4 è affetto da malattie cardiache. Esse rappresentano la principale causa di disabilità fra gli anziani. La frequenza di nuovi eventi coronarici nella fascia di età 35-69 anni è di 5,7/1000/anno negli uomini e di 1,7/1000/anno nelle donne; la spesa per gli interventi cardiocirchurici è stimabile in circa 650 milioni di Euro/anno e rappresenta da sola l'1% della spesa sanitaria. L'invecchiamento della popolazione e l'aumentata sopravvivenza dopo eventi cardiaci acuti ne giustificano l'aumento di prevalenza negli ultimi anni e l'ulteriore incremento previsto nei prossimi decenni."

Questo è l'incipit del capitolo "Malattie cardiovascolari" del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 predisposto dal Ministero della Salute.

Da sottolineare l'ultimo passaggio, dove si attribuisce l'aumento della prevalenza avvenuto negli ultimi anni e l'ulteriore incremento previsto nei prossimi decenni a due fattori: l'invecchiamento della popolazione e l'aumentata sopravvivenza dopo eventi cardiaci acuti.

Tutto sommato non avremmo quindi da preoccuparci troppo di tale incremento, anzi potremmo considerarlo con favore essendo il frutto di due eventi positivi: l'aumento della longevità della popolazione e i successi della medicina nel trattamento dell'infarto.

Forse, in Italia, viviamo in un'isola felice perché nella più recente letteratura internazionale a proposito di malattie cardiovascolari leggiamo titoli tutt'altro che rassicuranti, del tipo: "An epidemic of risk factors for cardiovascular disease"¹ (Lancet, febbraio 2011), "Stemming the global tsunami of cardiovascular disease"² (Lancet, febbraio 2011) – a cui fa pendant "Tsunami of obesity threatens all regions of the world"³ (BMJ, febbraio 2011), "Cardiovascu-

lar health crisis"⁴ (Lancet, dicembre 2010). In tutto il mondo, non solo nei paesi industrializzati, ma anche e soprattutto nei paesi a medio e basso livello di sviluppo, l'incremento delle malattie cardiovascolari – ed in generale delle malattie croniche, in primis il diabete – ha assunto la velocità e la violenza di uno tsunami. Nel mondo circa due miliardi di persone sono ad alto rischio di malattia cardiovascolare: 1,3 mld di fumatori, 600 milioni di ipertesi, 220 milioni di diabetici. L'incremento del diabete di tipo 2 è il fenomeno certamente più evidente e preoccupante, dato che le stime dell'International Diabetes Federation parlano di 438 milioni di casi nel 2030 (con una crescita della prevalenza pari al +99%)⁵.

Ma torniamo all'Italia e al PSN 2011-2013. Dei due argomenti su cui si basa la visione ottimistica e tranquillizzante del Ministero della Salute, uno è certamente vero (quello dei positivi risultati conseguiti nel trattamento degli eventi cardiaci acuti), l'altro è invece manifestamente falso.

Infatti il tasso d'incremento della prevalenza delle malattie croniche in generale, e delle malattie cardiovascolari in particolare, è di gran lunga superiore al tasso d'invecchiamento della popolazione. Basta fare pochi conti.

I dati sull'incremento della prevalenza li ricaviamo da Health Search, autorevole database della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)⁶, e questi ci dicono – ad esempio – che:

1. La prevalenza del **DIABETE TIPO 2** è passata dal 4,8% (2003) al 6,6% (2009) = **+ 37,5%**.
2. La prevalenza dell'**IPERTENSIONE** è passata dal 17,5% (2003) al 22,9% (2009) = **+ 30,8%**.
3. La prevalenza delle **MALATTIE ISCHEMICHE DI CUORE** è passata dal 2,9% (2003) al 3,7% (2009) = **+ 27,0%**.

I dati sull'incremento dell'invecchiamento della popolazione li ricaviamo dall'Istat e questi ci dicono che:

- **Nel 2003** la popolazione di 65 anni e + contava **10.901.000 soggetti**;
 - **Nel 2009** la popolazione di 65 anni e + contava **12.085.000 soggetti**;
 - **Nel periodo 2003-2009** la popolazione di 65 anni e + è cresciuta di **1.184.000 unità**, pari al **+ 10,9%**.
- La sottovalutazione della crescita delle ma-**

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze

¹ Editorial, An epidemic of risk factors for cardiovascular disease, Lancet 2011; 377:517.

² S.S. Anand, S. Yusuf, Stemming the global tsunami of cardiovascular disease, Lancet 2011; 377:529-532.

³ J. Wise, Tsunami of obesity threatens all regions of the world, BMJ 2011; 342:354.

⁴ Editorial, Cardiovascular health crisis, Lancet 2010; 376:1874.

⁵ <http://www.diabetesatlas.org/content/prevalence-estimates-diabetes-mellitus-dm-2030>.

⁶ VI Report Health Search, 2009-2010.

lattie cardiovascolari contenuta nel PSN si traduce inevitabilmente anche nel tipo di strategia da adottare. Gli obiettivi che vengono indicati sono infatti a dir poco minimalisti, indicati in 4 punti:

- 1) promuovere la prevenzione delle malattie cardiovascolari, attraverso la sensibilizzazione della popolazione sui fattori di rischio;
- 2) migliorare la qualità dell'assistenza assicurata dalle emergenze cardiologiche;
- 3) favorire la stabilità clinica dei pazienti attraverso l'ottimizzazione dell'intervento terapeutico e riabilitativo;
- 4) garantire la continuità assistenziale, ridurre le ospedalizzazioni e migliorare la qualità della vita del paziente con scompenso cronico.

Ben altro tono aveva il messaggio contenuto nella prefazione della traduzione italiana del Rapporto dell'OMS dedicato alle malattie croniche "Preventing chronic diseases. A vital investment (2005)", a cura dell'allora Ministro della salute Livia Turco⁷.

"Negli ultimi anni l'aumento del numero dei malati cronici sta creando un'emergenza per i sistemi sanitari: cardiopatie, cancro, diabete, disturbi mentali, malattie respiratorie, dell'apparato digerente e del sistema osteoarticolare sono ormai tra le cause più diffuse di sofferenza e morte. E non è un "problema dei ricchi": negli ultimi vent'anni le malattie croniche si sono diffuse anche nei Paesi più poveri e oggi sono responsabili dell'86% dei decessi in tutta Europa.

I principali fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa, il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'alcol, il colesterolo e la glicemia elevati, la sedentarietà. Si tratta di fattori modificabili grazie a interventi sull'ambiente sociale, come è stato fatto recentemente in Italia con il divieto di fumo nei locali pubblici, e grazie a trattamenti medici, come i farmaci antipertensivi.

D'altra parte, in Italia abbiamo un sistema di cure che funziona come un radar a cui il paziente appare per essere curato e scompare alla vista una volta guarito. Perfetto per le malattie acute, ma non per le patologie croniche, per le quali serve invece un modello di assistenza diverso: occorre evitare non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già malato vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità. Un sistema, insomma, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nel territorio, adeguatamente attrezzato.

Le istituzioni devono allora impegnarsi su questo

fronte, attraverso politiche e strategie mirate. L'obiettivo è ridurre l'impatto delle malattie croniche, portando qualità e aspettative di vita a livelli accettabili in tutti i Paesi europei. Ai governi spetta la responsabilità di coordinare le politiche di sanità pubblica volte a rimuovere quei determinanti sociali che favoriscono lo sviluppo delle malattie croniche".

I punti significativi del messaggio sono:

- 1) **L'incremento delle malattie croniche è un'emergenza;**
- 2) **L'attuale sistema delle cure è inadeguato e va riformato con il rafforzamento dei servizi territoriali e un approccio basato sulla sanità d'iniziativa;**
- 3) **Vanno contrastate le disuguaglianze nella salute, particolarmente evidenti nella mortalità legata alle malattie croniche.**

La Figura 1 al riguardo mostra come le persone con basso livello d'istruzione abbiano una ben maggiore probabilità di morire per malattia ischemica di cuore rispetto ai diplomati-laureati.

Nel citato articolo (editoriale) di Lancet "Cardiovascular health crisis" si riportano le conclusioni del convegno annuale dell'*American Heart Association's* (AHA), a cui hanno partecipato 23 mila tra cardiologi e neurologi provenienti da più di 100 paesi. Il tema del meeting è stato "One World, One Mission, Your Specialty", focalizzato sul carico globale delle malattie cardiovascolari e dell'ictus, le disuguaglianze nella salute e la responsabilità individuale. Queste le conclusioni: **"È cruciale che gli individui si assumano la loro responsabilità nei confronti della loro salute cardiovascolare, ma è necessario che i politici affrontino seriamente la questione delle disuguaglianze nella salute e riducano il potere delle lobbies delle industrie del cibo e del tabacco che hanno l'interesse a perpetuare lo status quo"**.

In un altro recente articolo di Lancet si legge: **"Le politiche globali e nazionali non sono riuscite a fermare – in molti casi anzi hanno contribuito a diffondere – le malattie croniche. Attualmente sono facilmente disponibili soluzioni a basso costo e di alta efficacia per la prevenzione delle malattie croniche; il fallimento nella risposta è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico"**⁸.

Viene da pensare che gli obiettivi presenti nel PSN 2011-2013 più che la soluzione del problema delle malattie cardiovascolari in Italia, siano una parte del problema. TM

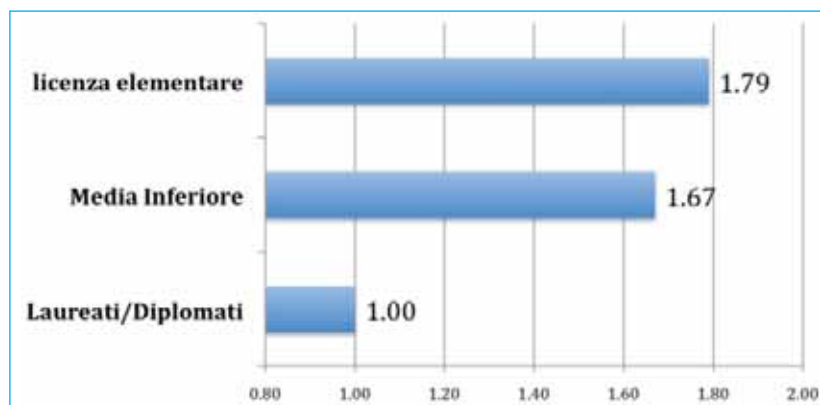


Fig. 1 - Rischio Relativo. Mortalità per malattia ischemica di cuore, età 18-74 anni. Firenze 2001-2005. (Fonte: Studio Longitudinale Toscano).

⁷ Ministero della salute, OMS, Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale. 2006.

⁸ R. Geneau et al, Raising the priority of preventing chronic disease: a political process, Lancet 2010; 376:1689-98.



Sponsorizzazione dei congressi

“Effetti collaterali” del conflitto d'interesse

Caro Direttore,

ho partecipato allo stimolante convegno organizzato dall'Ordine di Firenze su “Il conflitto d'interesse e la medicina moderna: una convivenza possibile?” nel novembre 2010 e avrei voluto portare un contributo sul problema della sponsorizzazione dei convegni e congressi da parte dell'industria. Si tratta, a mio parere, di un aspetto della medicina moderna poco trattato, ma che coinvolge una popolazione estesa di medici. Potrebbe determinare alcuni “effetti collaterali” dovuti al conflitto d'interesse, effetti che favoriscono una valutazione acritica dei mezzi diagnostici e terapeutici oggi disponibili e orientano verso scelte terapeutiche e diagnostiche non appropriate. L'ora tarda ed i molteplici interventi mi hanno fatto considerare più opportuno l'intervento scritto per eventuali approfondimenti.

È innegabile che i congressi ed i convegni rispondono alla necessità di scambiare idee e risultati e stabilire rapporti diretti tra i partecipanti; rappresentano pertanto un fattore di progresso tutt'altro che secondario per la diffusione delle conoscenze, né vanno ignorate le non trascurabili ricadute positive sull'economia. Il loro sviluppo è stato notevolissimo fino dalla metà del secolo scorso: quando mi sono specializzato in cardiologia, alla fine degli anni '50, il boom dei congressi stava già iniziando anche in questo settore della medicina ed è praticamente impossibile citare tutti quelli organizzati nelle decadi successive dalle varie associazioni o istituzioni. La sponsorizzazione privata ha ovviamente giocato un ruolo determinante nel loro sviluppo favorendone gli aspetti positivi sopra ricordati. Personalmente ricordo quella che ha permesso alla Unità Operativa di Cardiologia di S. Luca-Careggi di organizzare, nel periodo 1985-1997, anche in collaborazione con altre istituzioni, congressi nazionali ed internazionali su patologie cardiovascolari rare o poco note nel nostro Paese. Questi incontri hanno portato ad una loro più diffusa conoscenza ed un miglioramento dell'assistenza per la popolazione.

Una conseguenza inevitabile del moltiplicarsi dei congressi e dei convegni è stata purtroppo la ripetitività, spesso con scarso contributo culturale e scientifico ed il prevalere d'interessi di puro prestigio e talora solamente commerciali che hanno favorito gli “effetti collaterali”. Questi possono essere variabili, più indiretti per congressi nazionali o internazionali nei quali gli sponsor sono quasi sempre molteplici, più immediati e diretti per i congressi o

convegni minori in cui vi è un solo sponsor ed una sola istituzione organizzatrice. Un'annotazione psicologica a margine riguarda la frequentazione dei mega-stands dei grandi congressi, stracolmi di strumentazione e farmaci, che rischia di far perdere ai medici la dimensione umana del paziente ed i suoi problemi...!

Un secondo aspetto del problema riguarda la sponsorizzazione dei medici che partecipano ai congressi e convegni: è noto che per i relatori e moderatori le spese sono a carico dell'organizzazione, almeno per i settori sanitari come quello cardiovascolare che dispongono di notevoli risorse. Gli altri devono (dovrebbero) mettere in conto nel loro bilancio personale sia la quota d'iscrizione, quasi sempre elevata, che le spese degli spostamenti nella sede del congresso, cifre spesso tutto altro che trascurabili. In questo caso la richiesta di una sponsorizzazione è quasi sempre inevitabile e gli “effetti collaterali” possono essere più evidenti per l'azione diretta dello sponsor sul singolo medico.

Gli “effetti” collaterali possono essere ridotti? Vorrei portare in proposito ancora una testimonianza personale: dal 1982 al 1997 ho fatto parte di una commissione per l'aggiornamento del personale sanitario istituita dall'amministrazione dell'ospedale di Careggi-Firenze alla quale la Regione stanziava un budget per tale scopo. La commissione aveva vari compiti tra i quali esprimere il parere sulle richieste di partecipazione ai congressi da parte del personale sanitario, sui comandi di aggiornamento professionale, sulla organizzazione dei convegni di aggiornamento interni all'istituzione, provvedere alle spese di pubblicazione dei lavori scientifici dei dipendenti, nonché sull'acquisizione di libri e riviste da parte delle varie Unità Operative. Per la partecipazione ai congressi dei medici non sponsorizzati dall'industria il parere della commissione sul rimborso spese era di solito positivo se il congresso era pertinente alla specialità o se erano state accettate comunicazioni del richiedente, mentre era negativo se la richiesta aveva scarsa pertinenza all'attività svolta, se il numero di richieste del singolo medico era eccessivo in un determinato periodo di tempo, o se proveniva da più medici della stessa équipe. Le decisioni tenevano presente sia i criteri generali fissati dall'amministrazione che la specificità delle singole richieste. Ritengo che l'intervento dell'istituzione pubblica, con questa o altre modalità, sia efficace nel ridurre gli “effetti collaterali” sopra ricordati.

La crisi economica in atto e la conseguente ri-

duzione delle sponsorizzazioni è una occasione per rivedere lo spreco delle risorse ed evitare gli eccessi del passato. Le istituzioni sanitarie possono svolgere un ruolo importante in questo settore evitando il proliferare dei convegni e dei congressi e valutando in modo attento la partecipazione dei medici e del personale sanitario. Dovrebbero anche incentivare una modalità di diffusione delle conoscenze libere da "effetti collaterali" mediante convegni o incontri organizzati all'interno degli ospedali e delle università, gratuiti, aperti alla partecipazione all'esterno e con costi notevolmente ridotti: è una modalità a

mio parere tuttora scarsamente sviluppata nel settore sanitario pubblico. Un altro aspetto del problema, che tuttavia esula dallo scopo del presente articolo, riguarda la valutazione dei congressi con accrediti nell'ambito della educazione continua in medicina. Un dibattito ed un intervento dell'Ordine dei Medici su questi argomenti potrebbe essere utile?

Alberto Dolara

Direttore dell'Unità Cardiovascolare di S. Luca,
Ospedale di Careggi-Firenze, dal 1969 al 2002

Possiamo assicurare che l'Ordine di Firenze sta seguendo con attenzione questa problematica e sono in corso incontri con la Regione per completare la normativa esistente.

Letti per voi / Libri ricevuti

Toscana Medica 4/11



LIBRI RICEVUTI

Sanità elettronica e Diritto

Chiara Rabbito

Società Editrice Universo

L'Autrice di questo davvero interessante volume è Avvocato esperto di Diritto dell'Informatica e di Sanità elettronica e responsabile del settore privacy della Società Italiana di Telemedicina e Sanità Elettronica. Già da questo si capisce quale siano l'importanza e l'attualità enorme dei concetti espressi in

capitoli quali "L'informazione a contenuto sanitario: regole e problemi", "Il Fascicolo Sanitario Elettronico ed il referto online", "Telemedicina e profili di responsabilità medica", "Le misure di protezione dell'informazione a contenuto sanitario". Di grande utilità in tempi di cambiamento epocale in Sanità.

Simone Pancani

Un altro cielo

AA.VV.

Felici Editore

Un gruppo di chirurghi pisani, tra i quali Mosca e Filipponi, coadiuvati da un giornalista, Stefano Bambini, ci offrono, per l'editore Felici, un'altra panoramica dei complessi problemi legati al trapianto di organi, sapientemente intrecciando temi specialistici, sempre trattati in modo comprensibile a

tutti, con toccanti storie di pazienti e delle loro famiglie. Un mondo di solidarietà, di conquiste della scienza, di tecnologie raffinate, raccolte in un'armonia di intenti al servizio dell'uomo. Uno spaccato di vita che dà il senso di una grande impresa umana.

Bruno Rimoldi

Gli eredi di Esculapio

Giovanna Vicarelli

Carocci Editore

Giovanna Vicarelli, professore di sociologia presso l'Ateneo delle Marche, pubblica per l'editore Carocci, questa sua ennesima fatica dedicata, nel centesimo anniversario della costituzione degli Ordini dei Medici, alla evoluzione della professione e alle sue trasformazioni derivanti sia da un crescente prestigio sociale

sia dagli incredibili sviluppi della scienza e della tecnica nell'ultimo secolo. Un panorama ricco e argomentato che ne fa una lettura consigliabile a tutti i medici, curiosi di accrescere la propria consapevolezza dei rapporti così complessi e spesso contraddittori tra professione e società.

Simone Pancani

La linea verde

Simone Fancelli

Albatros Editore

Ingegnere elettronico, musicista ed informatico fiorentino, l'Autore si occupa in modo delicato e coinvolgente delle persone che vivono in stato vegetati-

vo persistente. Lo fa narrando una storia che inizia con il ritrovamento in montagna di una ragazza svenuta, ferita e priva di memoria...

Simone Pancani

LETTI PER VOI

E-learning in sanità

Maria Renza Guelfi, Marco Masoni, Antonio Conti, Gian Franco Gensini (a cura di)

Springer

Nel libro, fortemente legato alle esigenze della pratica quotidiana e ricco di esperienze concrete, si parla di "progettare, produrre ed erogare corsi di formazione online per l'area sanitaria": in pratica la moderna tecnologia al servizio della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario con un occhio attento a concetti di grande importanza e modernità come "Computer mediated communication", "tutor online", "mobile learning", "E-learning e copyright". È evidente a tutti che il futuro della Sanità è legato

da molti punti di vista all'estensione dell'innovazione informatica. Questa tuttavia è così veloce da creare spesso discrasie. Tra ciò che è possibile fare e ciò che è realmente praticabile sul campo. Il libro di Guelfi e coll. offre un panorama vasto e completo, sia su ciò che è concretamente possibile, sia su ciò che è preferibile. Sarà il futuro dei nostri sistemi comunicativi e formativi. Un testo interessante non soltanto per gli specialisti ma per comprendere come si muove la medicina.

Simone Pancani

Manuale della professione medica

Editor in Chief: A. Pagni e S. Fucci

Deontologia - Etica - Normativa. C.G. Edizioni Medico Scientifiche. Torino, 2010

"Il nuovo Manuale della Professione medica, edito dalla C.G. Edizioni Medico Scientifiche, ha scritto nella Presentazione A. Bianco Presidente della Fnomceo, "si presenta come opera pregevole e di notevole valore editoriale realizzata con il contributo di autorevoli rappresentanti istituzionali e della professione, nonché di studiosi che da sempre si dedicano, con competenza e attenzione, alle problematiche della moderna professione medica e odontoiatrica (...). Un'opera prestigiosa nei suoi contenuti e nella sua struttura, la cui lettura ci sentiamo di consigliare a tutti i medici".

Il Codice, infatti, rappresenta *una guida indispensabile per aiutare i colleghi a districarsi nei numerosi problemi etico sociali e giuridici che accompagnano le sue scelte tecniche.*

Le professioni intellettuali adempiono a una funzione sociale di intermediazione in relazione a esigenze o bisogni rilevanti per la collettività, e per questo motivo il legislatore le ha qualificate come "servizio di pubblica necessità", limitandosi a considerare soltanto alcuni aspetti del rapporto professionale e dell'organizzazione interna della professione, **lasciando alle categorie interessate di autogovernarsi e auto-organizzarsi entro l'ambito di queste linee direttrici.**

Ma, in un'epoca di **pluralità valoriale**, un discorso sui doveri del medico non può limitarsi ai soli principi etici, ai quali il diritto positivo **"lasciava campo libero"**, ma si avverte l'esigenza che la deontologia (come auspicano la dottrina giuridica e la giurisprudenza più autorevoli), aspiri ad assumere anche connotati più propriamente giuridici, che le leggi non riescono più a fornire.

L'avvento della medicina socializzata prima e, più recentemente, i progressi della tecnologia sanitaria, capaci di intervenire **sull'essere e l'esistere delle persone**, hanno modificato profondamente il rapporto tra il medico e la persona che ha il diritto di scegliere se accettare o rifiutare le proposte del medico.

L'inevitabile tramonto del **paternalismo carismatico, genitoriale e autoritario** del medico del passato, rischia di essere sostituito da un lato **da quello burocrati-**

co delle leggi e dall'altro, dalla **rivendicazione del cittadino di comportarsi in assoluta autonomia**, relegando il medico al ruolo di spettatore passivo.

Dalla metà del secolo scorso la somma dei doveri e degli interrogativi etici è andata crescendo in maniera esponenziale ed è divenuta più complessa costringendo i Consigli nazionali della Fnomceo a raccordare ciascun articolo del Codice con le leggi dello Stato, le risoluzioni del Parlamento europeo, i documenti nazionali e internazionali e i mutamenti della società e della politica sanitaria.

Un problema pressoché sconosciuto per secoli, divenuto cruciale nella medicina scientifica occidentale, riguarda la difficoltà di conciliare **la soggettività del paziente** (cioè di colui che *patisce* la malattia), con la necessità del medico di **oggettivare il processo morboso** del sofferente in modo da poter utilizzare le acquisizioni delle scienze mediche.

Nell'era della complessità, della connessione globale, del **"politeismo dei valori"** e dei progressi della tecnologia diagnostica e farmaceutica, si è modificato non soltanto il modello clinico fondato sull'approccio semeiotico-fisico al malato, ma questi ha cessato di essere soltanto un organismo biologico da spiegare e curare, ed è divenuto **una persona.**

Un individuo dotato di una propria concezione della vita, di una propria cultura, di valori personali e della capacità di compiere scelte che possono condizionare il suo destino.

I medici nella formulazione degli articoli dei codici del 1998 e del 2006, hanno cercato responsabilmente "di guadagnare un'idea più giusta di cosa siano i valori, di come entrino nelle vite delle persone, di come vadano a costituire le loro ragioni, e di come possano rendersi compatibili con la ragione di tutti", garantendo **l'obiezione di coscienza dei sanitari**, e il rispetto **dell'ethos individuale dei malati**, nei casi unici e irripetibili che riguardano la loro vita **purché compatibile con il dovere etico di tutti, cioè con l'etica pubblica.**

Aldo Pagni



Adele Caldarella, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1991, specializzata in Anatomia Patologica nel 1997, è dirigente medico dal 2009 presso il Registro Tumori Toscano, U.O. Epidemiologia Clinica e Descrittiva, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (I.S.P.O.)

In diminuzione l'incidenza del tumore del colon-retto

I dati del Registro Tumori Toscano nel periodo 1996-2005

Nella Regione Toscana il tumore maligno del colon-retto ha rappresentato, nel 2004, il 14% di tutti i tumori diagnosticati fra gli uomini ed il 15% fra le donne, risultando al terzo posto, in termini di frequenza, nel sesso maschile e al secondo in quello femminile. (www.ispo.toscana.it).

Il grafico riportato mostra i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (RTRT) relativi ai tumori invasivi del colon-retto incidenti nel periodo 1996-2005 nell'area di Firenze e Prato, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (x 100.000); l'andamento medio nel periodo risulta in diminuzione, in modo statisticamente significativo, con un cambiamento percentuale annuo del tasso APC: -1,4 (CI -2,2 -0,6). L'analisi per classi di età al momento della diagnosi mostra una diminuzione statisticamente significativa dei tassi standardizzati di incidenza del tumore del colon-retto nella classe di età supe-

riore ai 49 anni (cambiamento annuale del tasso di incidenza standardizzato APC: -1,4; CI -2,1-0,7), mentre nei più giovani, dove il tasso di incidenza è comunque inferiore, il decremento non raggiunge la significatività statistica (APC: -1,4; CI -4,5 +1,9).

La diminuzione dell'incidenza del tumore del colon-retto negli anni più recenti, evidente in particolare nella popolazione con età maggiore di 50 anni, suggerisce la possibilità di una influenza dell'attivazione di programmi di prevenzione, come l'attività di screening presente fin dai primi anni '80 nell'area fiorentina, sul numero di nuovi casi di tumore invasivo, attraverso l'individuazione e l'asportazione di lesioni precancerose o non infiltranti.

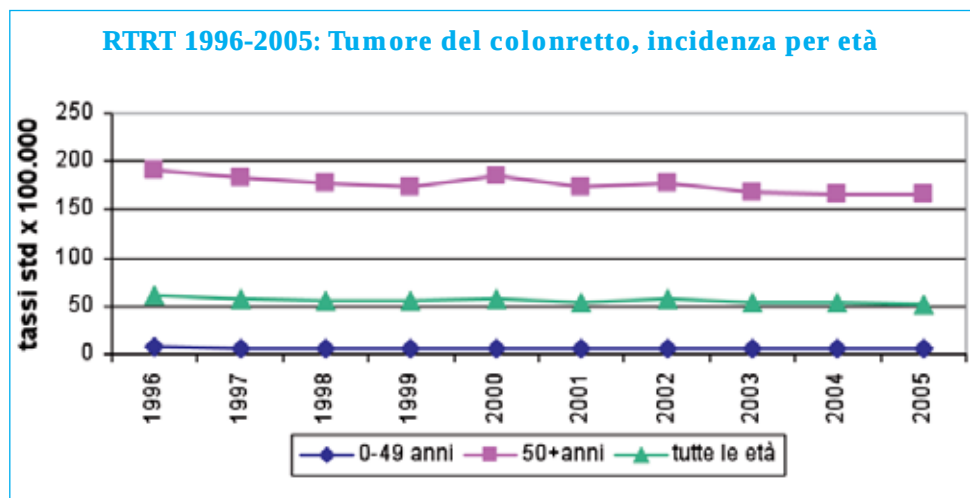
A. CALDARELLA, C. SACCHETTINI, G. MANNESCHI, A. CORBINELLI, L. NEMCOVA, T. INTRIERI

UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste su: a.caldarella@ispo.toscana.it

TM



Metodi: Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (www.ispo.toscana.it) relativi ai residenti nelle province di Firenze e Prato. La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea. La variazione media annuale percentuale dei tassi (APC) viene calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile di regressione, secondo la procedura del software SEER*Stat.



Il bel paese!

I medici possono iscriversi mediante autocertificazione, ma poi l'Ordine chiede all'Università conferma della laurea, anche per i medici extracomunitari la cui iscrizione è convalidata dal Ministero della Salute. Di fronte all'iscrizione di un medico siriano, gli uffici dell'Ordine hanno chiesto conferma della laurea all'ambasciata italiana a Damasco. L'ambasciatore ha risposto facendo notare che da due anni

il trattato di reciprocità tra Italia e Siria era stato denunciato dal nostro paese e quindi chiedendosi come fosse possibile oggi iscriverne un medico laureato in Siria. L'Ordine ha subito informato il Ministero della Salute che ha risposto ringraziandoci e ammettendo che solo grazie alla nostra segnalazione aveva avuto notizia della decadenza del trattato per aver allora interpellato il Ministero degli Esteri.

Insomma, tutti gli Ordini italiani hanno iscritto per due anni medici siriani perché due Dicasteri dello stesso Governo non si sono parlati. Solo la puntigliosità dell'Ordine di Firenze ha consentito di ristabilire la correttezza amministrativa. Eppure la sospensione di un trattato internazionale è atto del Governo! Ognuno faccia il suo commento.

Antonio Panti

Conciliazione: lo stato dell'arte

Nonostante che da più parti siano state formulate in questi mesi richieste di proroga dell'entrata in vigore della legge sulla conciliazione obbligatoria, per quanto riguarda le controversie per responsabilità sanitaria la norma è diventata esecutiva, per cui l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, rappresentato dal Vice Presidente, Dott. Mario Barresi e dal Presidente della Commissione Odontoiatri, Dott. Alexander Peirano, ha incontrato l'Ordine degli Avvocati di Firenze, rappresenta-

to dal Presidente, Adv. Sergio Paro e dal Consigliere Adv. Carlo Mastellone, perché l'Ordine degli Avvocati, insieme all'Ordine dei Dottori Commercialisti e al Collegio Notarile, ha già costituito un organismo di conciliazione, secondo quanto previsto dalla legge. Lo scopo dell'incontro è stato di sondare la possibilità che anche l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri partecipi a tale organismo interprofessionale, recependo le specificità e le caratteristiche insite nelle controversie di natura sanitaria,

rispetto a tutte le altre controversie civili. Tale eventualità è stata valutata concordemente in senso favorevole, per cui l'impegno è di pervenire in tempi brevi ad un accordo fra l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri e gli altri Ordini interessati (Avvocati, Commercialisti, Notai) per partecipare all'attività dell'organismo conciliativo, avendo presente che la finalità è di creare un percorso qualificato, affidabile e rigoroso, a tutela dei professionisti e dei cittadini.

Invalidità civile: alcune raccomandazioni

L'Ordine dei Medici di Firenze, in accordo con l'ASL di Firenze e l'INPS, raccomanda ai medici che rilasciano i certificati per invalidità civile di prestare attenzione ai seguenti aspetti:

1) in caso di richiesta di aggravamento, è necessario che il medico indichi gli estremi della documentazione sanitaria in base alla quale viene chiesto l'aggravamento. Spetterà poi al paziente esibire tale documentazione alla

Commissione;

2) in caso di certificato per cieco civile o sordomuto, se rilasciato da medico non specialista, deve riportare gli estremi della visita specialistica. Anche in questo caso spetterà poi al paziente esibire il referto alla Commissione;

3) in caso di patologia oncologica, è necessario indicare la data della diagnosi della neoplasia, perché per legge i pazienti oncologici hanno precedenza di visita rispet-

to alle altre domande di invalidità;

4) la richiesta di visita domiciliare, oltre ovviamente a doversi limitare ai casi di effettiva inaccessibilità, deve essere evitata per le patologie ancora in fase evolutiva.

Si pregano, pertanto, i colleghi certificatori di tenere conto di queste raccomandazioni che hanno lo scopo di rendere più efficace il lavoro dei colleghi valutatori e, allo stesso tempo, agevolare e tutelare i diritti dei cittadini.

CONCERTO DI BENEFICENZA PATROCINATO DALL'ORDINE



Il **14 maggio 2011 alle ore 21** presso il **Saloncino del Teatro La Pergola** di Firenze (via della Pergola) l'Ensemble vocale e strumentale Cantores Aurora eseguirà cori e arie dal **Messiah di G.F. Haendel** il cui ricavato andrà a beneficio del progetto **GiocoScuola** ideato dall'Associazione Reach Italia onlus sez. Toscana e rivolto a bambini della scuola primaria che vivono una situazione di svantaggio o disagio sociale e che necessitano di un sostegno per risolvere problemi scolastici.

L'evento, patrocinato dal Comune di Firenze e dall'Ordine dei Medici di Firenze, si iscrive nella tradizione inaugurata dal compositore tedesco stesso che offriva ogni anno in occasione della Settimana Santa un concerto di beneficenza a vantaggio dell'Ospizio dei Trovatelli di Londra. Da allora il **Messiah** risulta essere l'opera più rappresentata al mondo per finalità di beneficenza.

Prevendita fino al 13.5: 10 euro (ridotto: 8 euro per bambini di meno di 10 anni)

Per informazioni: tel. 055.496522 int 3 (Antonella Barresi)

Prenotazioni possibili al n. 348.322.99.28 (dr. Bruno Rimoldi)



Nuove dinamiche per una nuova Leadership

Le statistiche parlano chiaro: gli uomini costituiscono ancora la maggioranza nei ruoli dirigenziali apicali e fra i responsabili della macrostrutture, ma la percentuale delle donne in posti di responsabilità sta sensibilmente aumentando, per esempio nella direzione di dipartimenti non medici.

Sono alcuni dati che l'attuale assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana, dr.ssa Daniela Scaramuccia, ha evidenziato al Convegno "Leadership in Sanità: interpretazione al femminile, innovazioni, opportunità", organizzato dalla FNOMCeO nella splendida Aula Magna del Rettorato dell'Università degli Studi di Firenze il 1° aprile scorso.

A tutt'oggi la differenza fra generi riguarda ancora l'opportunità di crescita professionale che deriva prevalentemente dalla difficoltà di conciliare vita professionale e vita familiare. Viene confermata un'abilità di leadership femminile, con particolare riferimento alla capacità relazionale delle donne.

Il futuro della sanità – ha sostenuto Daniela Scaramuccia – dovrà tenere conto della sempre maggior presenza di donne nella professione medica; ad esse sarà affidato il compito di partecipare attivamente al disegno dei nuovi scenari in sanità.

Dopo un interessante dibattito durato tutta la giornata e al quale hanno partecipato, oltre a una chia-



ra maggioranza femminile anche una nutrita quota di rappresentanti del sesso maschile, nettamente schierati a favore della considerazione dei mutamenti della società di oggi, sono stati individuati i capitoli di un documento da redigere per la riorganizzazione del lavoro in sanità:

- individuazione delle carat-

teristiche identitarie per genere e fasce d'età (indagine conoscitiva);

- compiti degli attori: FNOMCeO, Enti e Istituzioni;

- incentivazione alle donne medico a partecipare alla vita ordinistica;

- individuazione dei riferimenti normativi giuridici;

- studio dei modelli e strumenti applicabili alle Unità Operative (conciliazione lavoro-famiglia);

- addestramento/formazione alla leadership;

- collaborazione con altre professioni.

Bruno Rimoldi

Le donne devono fare qualunque cosa due volte meglio degli uomini per essere giudicate brave la metà. Per fortuna non è difficile.

Charlotte Whitton, 1896-1975.



Contenzioso paziente-medico: ci vuole un argine

L'Ordine dei Medici di Firenze è venuto a conoscenza che all'uscita della sede dell'Ospedale di Empoli sono stati distribuiti ai pazienti dei volantini coi quali si sollecitano i cittadini a instaurare un contenzioso per eventuali casi di cosiddetta "malasanità". Si tratta di una iniziativa, probabilmente non isolata, che l'Ordine ritiene nefasta, in quanto alimenta oltre ogni limite di ragionevolezza un clima di sfiducia e di conflittualità nei confronti dei medici, del personale

sanitario e dell'intero Servizio Sanitario Nazionale che, se non fronteggiato tempestivamente, potrebbe portare a risultati insostenibili, sia dal punto di vista professionale per gli operatori sanitari, sia dal punto di vista economico per l'intero sistema sanitario pubblico. Tutto il contrario, quindi, delle aspirazioni della categoria medica che, invece, valuta positivamente le iniziative di composizione conciliativa delle controversie, proprio nel tentativo di ricostruire il rapporto

fiduciario fra pazienti e operatori sanitari. Per tutti questi motivi, l'Ordine di Firenze ha ritenuto di segnalare il fatto al Ministro della Salute, all'Assessore regionale per il Diritto alla Salute e al Presidente della FNOMCeO affinché intraprendano tutte le iniziative utili per affrontare la questione. Inoltre ha interessato del caso anche l'Ordine degli Avvocati di Firenze per avere valutazioni e considerazioni circa la liceità deontologica di tali iniziative legali.

Borse di studio sull'oncologia

La Fondazione dell'Istituto Toscano Tumori bandisce due borse di studio per formazione avanzata in ricerca sul cancro e oncologia. Il bando è disponibile sul sito della Fondazione www.fondazione-itt.org. Il termine per la presentazione della domanda è il 26 maggio 2011.



Quando è ancora obbligatorio il certificato cartaceo

A proposito del rilascio dei certificati di malattia per i lavoratori pubblici e all'utilizzo della procedura di invio telematico, il Ministero dell'Interno ricorda che per alcune categorie di dipendenti pubblici resta obbligatorio il rilascio del certificato cartaceo. In particolare la modalità cartacea è tutt'ora obbligatoria per gli appartenenti

alle Forze Armate e alle Forze di Polizia, al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, al personale delle carriere diplomatiche e prefettizie, ai magistrati, avvocati dello Stato e professori universitari. Pertanto i medici che sono chiamati a rilasciare il certificato di malattia a propri pazienti che rivestono una di queste qualifiche, sono ancora

oggi tenuti ad utilizzare il modulo cartaceo e non l'invio telematico. Inoltre il Ministero dell'Interno ricorda che, in particolare per le Forze di Polizia, dal certificato cartaceo deve risultare la diagnosi e la prognosi, perché sono entrambi dati che l'Amministrazione è tenuta per legge a conoscere.

Consenso informato: l'onere della prova è del paziente

Una paziente ha citato in giudizio il medico che le aveva eseguito un intervento di embolizzazione di fibromi uterini, sostenendo che tale intervento le aveva irrimediabilmente compromesso la possibilità di avere un figlio e quindi chiedeva il risarcimento del danno, lamentando di non aver ricevuto dal medico adeguate informazioni circa i rischi ad esso conseguenti. Nel risolvere la controversia, il Tri-

bunale civile di Bologna (sentenza n. 37 del 10/01/2011 sezione III) ha fatto riferimento ai principi solennemente affermati dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione, secondo la quale non è sufficiente che il paziente lamenti una carente illustrazione dei rischi conseguenti all'intervento prescelto, ma è necessaria la prova positiva che, qualora compiutamente edotto di ogni profilo consequenziale possibile, egli

non si sarebbe sottoposto a detto trattamento. Si tratta, aggiunge il Tribunale, di una circostanza di fatto, il cui relativo onere probatorio è espressamente posto a carico del paziente stesso. Siccome la paziente, nel caso in questione, non ha fornito significativi elementi di valutazione a supporto di quanto affermato in modo, peraltro, alquanto generico, la sua domanda di risarcimento del danno è stata respinta.

Conciliazione: l'offerta formativa dell'Università di Firenze

La Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Firenze propone un'offerta formativa altamente qualificata per tutti coloro che sono interessati alla materia della Conciliazione, che oramai è diventata un passaggio obbligato anche per le controversie inerenti la responsabilità sanitaria. La figura centrale del procedimento previsto dal Decreto Legislativo 28/2010 è il Conciliatore, ossia un professionista apposi-

tamente formato, in possesso degli strumenti conoscitivi e relazionali per comporre la vertenza ed evitare l'iter giudiziario. Anche i medici e gli odontoiatri possono svolgere la funzione di Conciliatore, per cui l'Ordine di Firenze suggerisce ai propri iscritti interessati alla materia, di prediligere l'offerta formativa proposta dall'Ateneo fiorentino, perché oltre ad essere di alto valore scientifico, propone esempi concreti

di tecniche di mediazione, in modo da fornire ai discenti tutti gli strumenti necessari per perfezionarsi in materia. La prossima edizione del corso per Conciliatore si svolgerà a fine maggio-inizio giugno, con scadenza delle domande di partecipazione il 2 maggio 2011. Maggiori informazioni sono disponibili sul sito internet della Facoltà: www.giuris.unifi.it/CMpro-v-p-509.htm.

Informazioni online sulle liste d'attesa

Circa la metà dei siti web di Regioni e strutture sanitarie riporta dati sui tempi d'attesa, con un trend in crescita negli ultimi cinque anni. E' quanto risulta dall'indagine condotta dall'ufficio III della Direzione generale della Programmazione sanitaria e dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute nel mese di novembre 2010. Si tratta della quarta indagine sull'utilizzo della rete Internet quale strumento

di comunicazione di dati su tempi e liste di attesa nei siti web di Regioni, ASL, Aziende Ospedaliere, IRC-SC e Policlinici, che fa seguito alle tre precedenti svolte nell'ottobre 2005, nel dicembre 2007 e nel novembre 2009. La disponibilità delle nuove tecnologie di comunicazione, in particolare Internet e la rete, hanno modificato attitudini e prassi dell'informazione, trasformando l'accesso alle informazioni e facendolo divenire un diritto primario

per tutti i cittadini. In questo contesto di cambiamento, il controllo e la gestione delle informazioni inerenti alle liste d'attesa rappresenta uno degli aspetti critici di tutti i sistemi sanitari e la possibilità di rendere disponibili le informazioni specifiche di carattere quali-quantitativo sui tempi di attesa può essere considerato un elemento rilevante ai fini della trasparenza nei confronti del cittadino e degli operatori sanitari.

Riparto dei "tagli" alle Regioni

Quattro miliardi di "riduzioni statali tra le regioni a statuto ordinario" previste dalla Legge 122/2010 approdano adesso in Gazzetta Ufficiale (la n. 78 del 5 aprile 2011) con il relativo riparto. La ripartizione, secondo l'accordo con le

Regioni di novembre 2010, prevede per il 2011 che siano escluse dalle riduzioni le risorse dell'edilizia sanitaria pubblica, della salute umana e sanità veterinaria e una quota delle risorse finalizzate al trasporto pubblico locale. Si attua in questo

modo la prima parte dell'accordo fra il Governo e le Regioni in base al quale le Regioni hanno accettato di dare parere favorevole al Decreto sulla finanza regionale e i costi standard.



Attività Fisica Adattata (A.F.A.)

Nei soggetti sani, per combattere la *sedentarietà* ed il *disuso*, e per favorire l'*integrazione sociale* di molte categorie quali gli Anziani, risulta necessario uno stile di vita che comprenda anche una attività fisica che deve essere adattata per quei soggetti che sono stati affetti da qualche patologia.

Tale attività non può e non deve sostituire le terapie mediche e/o riabilitative di qualsiasi patologia in atto, acuta o cronica che sia,

ma deve solo contribuire, insieme ad altre abitudini come quelle alimentari, a costituire uno stile di vita adeguato al momento della vita del soggetto.

Pertanto, l'attività fisica, compresa quella adattata, non può essere considerata una terapia medica e, di conseguenza, il medico non può prescriberla e le Istituzioni sanitarie non possono dettarne le modalità di esecuzione e seguirne l'evoluzione (in tal caso si tratterebbe di "terapia

medica") ma solo consigliarla come un "adeguato stile di vita".

A tal proposito, dato che in alcuni casi potrebbe verificarsi che la differenza tra la necessità di una terapia medica riabilitativa ed una attività fisica adattata possa presentare alcuni punti non perfettamente chiari, risulta necessario ribadire che spetta solo e solamente al medico (in scienza e coscienza) stabilire cosa veramente serve a quel determinato paziente.

Elenchi esercenti le medicine complementari

La Regione Toscana ha informato gli Ordini dei Medici toscani che con la data del 7 aprile 2011 è scaduto il triennio transitorio previsto dalla Legge Regionale 9/2007 per iscriversi negli elenchi degli

esercenti le medicine complementari di omeopatia, agopuntura e fitoterapia. Successivamente a tale data inizia l'applicazione della regolamentazione "a regime", secondo la quale l'inserimento in tali

elenchi è consentito ai medici e agli odontoiatri che avranno frequentato appositi corsi formativi nelle suddette discipline presso scuole o istituzioni accreditate dalla Regione Toscana.

Giochi Mondiali della Medicina

Si svolgerà a Las Palmas, Gran Canaria, dal 2 al 9 luglio 2011 la 32° edizione dei Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità, congiuntamente al Simposio Internazionale di Medicina dello Sport. Si

tratta di una manifestazione medico-sportiva che raccoglie grande interesse per i sanitari che praticano sport, dando loro la possibilità di gareggiare con colleghi di tutto il mondo, di acquisire nozioni di

medicina sportiva e di intrecciare rapporti di amicizia e collaborazione. Per maggiori informazioni ed iscrizioni, consultare il sito: www.medigames.com.

Corso per segretaria di studio medico e odontoiatrico

L'Agenzia di formazione ENFAP Toscana, istituita dal Sindacato UIL e accreditata dalla Regione Toscana, sta organizzando un corso di formazione per Segretaria di Studio Medico e Odontoiatrico. Si tratta di un percorso formativo che ha l'obiettivo di preparare personale idoneo a svolgere le varie e numerose mansioni richieste a chi opera negli studi medici, negli studi odontoiatrici e nelle strutture sanitarie, in modo da costituire

un valido supporto per l'attività dei professionisti e un referente preparato per i clienti/pazienti. Il corso sarà strutturato in una parte teorica e una pratica. La parte pratica prevederà uno stage formativo presso studi medici o odontoiatrici. ENFAP Toscana è interessata, pertanto, a mettersi in contatto con alcuni titolari di studi medici e/o odontoiatrici che sono disponibili ad ospitare nei loro studi gli studenti del corso per lo svolgimento

dello stage formativo. Ovviamente ENFAP Toscana si occuperà del disbrigo di tutte le pratiche amministrative necessarie, ivi compresa la copertura assicurativa. I medici e gli odontoiatri che quindi sono interessati e disponibili ad ospitare gli stage formativi, possono contattare la referente ENFAP Toscana Sig.ra Sabrina Giannelli: tel. 055.7327600, fax 055.7327521, e-mail: s.giannelli@enfap-toscana.it.

CORSI E SEMINARI

ECOGRAFIA VASCOLARE IN EMERGENZA

L'8° corso di perfezionamento in diagnostica vascolare con ultrasuoni si terrà nei giorni **7-10 Giugno 2011** presso l'Aula Magna (303) Centro Didattico Morgagni, V.le Morgagni 40, 50134 Firenze. Direttore del Corso: Prof. Sergio Castellani. Info.: 0557947413; e-mail: scaste.sergio@gmail.com - 055.4598772 - 4598031 - 4598779 (NIC). Il corso è rivolto agli addetti alla diagnostica ecocolordoppler, operatori e specialisti di diverse discipline e riguarderà i principali quadri di patologia vascolare in fase acuta. Iscrizioni entro il 31 maggio 2011. Crediti ECM richiesti. Programma e modulo di iscrizione: <http://www.med.unifi.it/CMpro-v-p-485.html>.

CARCINOMA DELL'ENDOMETRIO: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO CHIRURGICO. IL RUOLO DELLA LAPAROSCOPIA

Il corso si terrà nei giorni **9-10 giugno 2011**. Direttori del corso: V. Dubini e G. Serboli, Dip. Materno Infantile, ASL di Firenze. Segr. Scientifica G. Serboli giacomo.serboli@asf.toscana.it, F. Francalanci filippo.francalanci@asf.toscana.it, M. Giusti marco1.giusti@asf.toscana.it, F. Pulli francesco.pulli@libero.it, E. Tiso enno.tiso@asf.toscana.it. Segr. Org.va per dipendenti dell'ASL Firenze: Laura Ammannati, S.S. Formazione Tel 055/2758423 email: laura.ammannati@asf.toscana. CREDITI ECM richiesti. (www.ordine-medici-fiorenze.it/manifestazioni.asp#Z023).



CORSI E SEMINARI

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA

Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo)

CORSO INTERATTIVO DI ECOGRAFIA INTERNISTICA

29 maggio - 2 giugno 2011

Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento, che comprende lezioni, discussione di casi clinici, sessioni videoquiz ed esercitazioni pratiche con l'ausilio di tutori. I principali argomenti sono rappresentati da: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone, eco-color-Doppler, ecografia con contrasto (CEUS), tecnica dell'esame, terminologia per la refertazione. Una particolare attenzione viene rivolta all'ecografia clinica nell'emergenza-urgenza sia per quanto riguarda il paziente con dolore addominale acuto non traumatico sia per quanto riguarda il paziente politraumatizzato.

CORSO INTERATTIVO DI ECOGRAFIA EPATOLOGICA

3-5 giugno 2011

Il ruolo dell'ecografia in ambito epatologico viene presentato attraverso una didattica interattiva. I principali argomenti sono rappresentati da: tipizzazione delle lesioni focali epatiche mediante ecografia con contrasto (CEUS), studio eco-color-Doppler dell'ipertensione portale, biopsie e trattamenti ecoguidati delle neoplasie del fegato. Ampio spazio viene dedicato anche alla diagnosi non invasiva della fibrosi epatica.

Direttori: dott. Marcello Caremani e dott. Fabrizio Magnolfi

Servizio di Ecografia - Ospedale di Arezzo (Tel.0575/255208 - Fax 0575/255205)

Informazioni: Ultrasound Congress - Tel 0575.380513/348. 7000999 Fax 0575.981752

E-mail: info@ultrasoundcongress.com - www.ultrasoundcongress.com

RITROVARE LA SPERANZA" CORSO DI FORMAZIONE IN PSICONCOLOGIA 3.A EDIZIONE

Il corso si terrà tra il **7 ottobre e il 19 novembre p.v.** presso l'Osp. Meyer (Viale G. Pieraccini 24 - 50139 Firenze) ed è organizzato dalla AOU Meyer, Dip. Oncematologia e Cure Domiciliari, Ass. Noi per Voi per il Meyer Genitori contro le leucemie e tumori infantili Onlus, FIAGOP. Destinatari: psicologi, medici, infermieri, studenti universitari, volontari. Coordinatore del Corso: Donatella Paggetti. Comitato Promotore e scientifico: Maurizio Aricò, Desirée Caselli, Roberto Della Lena, Donatella Paggetti. Segr. Org.va: Roberta Latragna, Fax 055 5662613, r.latragna@meyer.it. All'evento formativo (cod. 9042011028283 RT) sono stati attribuiti 40 crediti formativi. Iscrizione entro il 30 settembre p.v.

ECOGRAFIA TORACICA IN MEDICINA D'URGENZA

Il corso si terrà in data **15 dicembre p.v.** presso la Sala conferenze V piano, ospedale S.M. Annunziata. Direttore del corso: A. Bribani e-mail: andrea.bribani@asf.toscana.it - tel. 055-2496248. Docenti e Tutor: A. Bribani, M. Capanni, M. Caremani, L. Lapini, V. Ponticelli, G. Soldati, G.Tota. Segr. Org.va: E. Gufoni (elena.gufoni@asf.toscana.it) per i partecipanti esterni. M. Chiara Gori per i medici dell'Asl Firenze (mariachiara.gori@asf.toscana.it). Programma scaricabile: www.asf.toscana.it. (www.ordine-medici-firenze.it/manifestazioni.asp#Z027).

CONVEGNI E CONGRESSI

IL RUOLO DELL'OPEN SPACE DI CHIRURGIA D'URGENZA NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA-URGENZA CHIRURGICA

Lunedì 23 maggio 2011, presso l'Aula Magna della Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia Padiglione 6 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, si svolgerà un Congresso intitolato "Il ruolo dell'Open Space di Chirurgia d'Urgenza nella gestione dell'Emergenza-Urgenza chirurgica", organizzato dal Dr. Pietro Tonelli, in qualità di Coordinatore Clinico Gestionale della stessa struttura. Segr. Scientifica: T. Bargellini, A. Leahu, D. Pezzati, R. Somigli, M. Veltri SOD Chirur. Gen. e d'Urgenza 1 e Mininvasiva (Direttore A. Valeri). ECM richiesti. Segr. Org.va tel. 051/220427, fax: 051/0822077, cell. 3355918811, email: info@mitcongressi.it. Iscrizione gratuita, previa registrazione on-line effettuabile sul sito www.mitcongressi.it nella sezione: "Il ruolo dell'Open Space di chirurgia d'urgenza nella gestione dell'emergenza-urgenza chirurgica".

MEDICINA TRADIZIONALE CINESE E PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA

Il giorno **18 giugno 2011** presso il Convitto S. Apollonia in Via San Gallo a Firenze - con orario 9-18.30 - si terrà questo convegno organizzato dalla Rete Toscana di Medicina Integrata della Regione Toscana, dalla Soc. Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, sez Toscana, dalla Scuola di Agopuntura tradizionale della città di Firenze e del Centro Fior di Prugna della Asl di Firenze. Interverranno: S. Baccetti, S. Bernardini, F. Bottaccioli, F. Cracolici, G.F. Gensini, G. Gori, L. Marroni, G.A. Norelli, A. Panti, Gruppo PNEI, R. Pulcri, F. Raffaelli, P.M. Risi, G.M. Rossolini, L. Roti, D. Scaramuccia, A. Zuppiroli. L'ingresso è gratuito ma si richiede l'iscrizione contattando: Sandra Focardi 055/704172, info@scuoladiagopuntura.it; Polo Fedi 055/8947726 - paolo.fedi@asf.toscana.it.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN[®] 160 mg / 12,5 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr
50 100 4785



Edizione del
centocinquantesimo
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

Il 27 aprile 1859, con una pacifica e civile rivoluzione,
fu avviato il processo di unità nazionale. Sventola in Piazza la bandiera tricolore.



Il 27 aprile 1859 il popolo di Firenze si riuniva in piazza della Indipendenza (allora "Maria Antonia", ma per i fiorentini ancora "piazza di Barbano") per quella manifestazione patriottica che avrebbe allontanato il Granduca Leopoldo II di Lorena ed innestato in modo irreversibile il processo di unità nazionale.

In quel giorno, in quella piazza nacque l'unità d'Italia.

Manfredo Fanfani ha ricostruito con intelletto d'amore le vicende dei luoghi e dei protagonisti a lui familiari in questo fascicolo denso di notizie e curiosità, destinato a richiamare l'attenzione dei giovani sul significato profondo per le sorti del nostro paese di quella pagina di storia, richiamata dalla intitolazione spesso "misteriosa" delle vie circostanti:

Dolci, Salvagnoli, Poggi, Bartolommei, Ridolfi, idealmente stretti intorno alle statue di Bettino Ricasoli e di Ubaldo Peruzzi.

Firenze, l'Italia, l'Europa: una lezione di libertà e di civiltà.



Eugenio Fiumi

Corrado Vivanti

