



ToscanaMedica

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



Il melanoma metastatico, una complicazione sempre più frequente

G. Amunni, L. Borgognoni, R. Danesi, M. Maio,
A. Messori, M. Mugnai, N. Pimpinelli

I risultati dello studio EDIT

F. Voller

Le responsabilità nell'assistenza pediatrica sul territorio

S. Fucci

Gestione diretta dei sinistri in Regione Toscana

G. Terranova, S. Lelli, L. Nardi,
A. Di Bugno, A. Lupi, B. Pampana

N° 4 APRILE 2012

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Viaggio nell'arte e negli affetti
F. Napoli 4

EDITORIALE

- Un tempo c'era tempo!
A. Panti 5

OPINIONI A CONFRONTO a cura di *Simone Pancani*

- Il melanoma metastatico, una complicazione sempre più frequente
G. Amunni, L. Borgognoni, R. Danesi, M. Maio A. Messori, M. Mugnai, N. Pimpinelli 6
- Novità e sostenibilità
A. Panti 13

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Centri aventi funzioni di riferimento della Regione Toscana
A. Dolara 14
- Il passato ed il presente dell'endoscopia. Parte 2
C. Foppa 16
- Asl 11 di Empoli: l'unione fa la forza!
L.C. Castro e coll. 18
- Un nuovo, insidioso morbo si avvanza!
A. Panti 20
- Gestione diretta dei sinistri in Regione Toscana
G. Terranova e coll. 29
- Le responsabilità nell'assistenza pediatrica sul territorio
S. Fucci 31

REGIONE TOSCANA

- Lo scenario attuale della Sanità Penitenziaria in Toscana
B. Trambusti 21
- I risultati dell studio EDIT
F. Voller 25

RICERCA E CLINICA

- Sclerosi Multipla e gravidanza
F. Mecacci e coll. 34
- Lichen Scleroso Vulvare
R. Rossi e coll. 37

SANITÀ NEL MONDO

- Amianto. Oltre la sentenza del tribunale di Torino
G. Maciocco e coll. 39

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

- Distribuzione per età dei tumori del sistema nervoso centrale nel Registro Tumori della Regione Toscana
A. Caldarella e coll. 41

LETTERE AL DIRETTORE

- La "rete" toscana della chirurgia vascolare
M. Cecchi 42
- In gara per migliorare l'assistenza
F. Benvenuti 42

LETTI PER VOI

VITA DELL'ORDINE a cura di *Simone Pancani* 45

NOTIZIARIO a cura di *Bruno Rimoldi* 45

ToscanaMedica

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



Fondato da **Giovanni Turziani**

Anno XXX n. 4 - aprile 2012
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
"Beslan" di *Barbara Mezzani* - Collezione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

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

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Viaggio nell'arte e negli affetti

Quello che non sempre riesce nelle grandi città, può accadere che trovi la sua concretizzazione in ciò che un tempo era chiamata *provincia*.

È quanto avviene a Viareggio, da qualche tempo sede di una importante collezione (principalmente grafica) ricevuta in dono da un figlio di questa terra, Giovanni Pieraccini: dagli Anni Quaranta e per un trentennio almeno, è stato uomo politico di prim'ordine, alla ribalta con diversi governi, sempre appassionato d'arte in cui ha visto riverberare non solo il proprio gusto, ma anche passioni e affetti.

Pieraccini e sua moglie Vera hanno così raccolto nei decenni opere di pittura, scultura, ma principalmente di grafica: di recente, questa collezione è stata donata alla natia Viareggio, che la ospita in permanenza nei locali del GAMC, cioè la Galleria d'Arte Moderna e Contemporanea dedicata a Lorenzo Viani, e attualmente è proposta in selezione sotto il titolo *Suggestioni del Novecento*. *Un viaggio nella collezione Pieraccini*: la sede è in piazza Mazzini in quello che è stato l'Ospizio Marino (progetto di Giuseppe Poggi), poi spazi comunali (se la memoria non ci inganna), quindi oggi in parte sede del Comitato Carnevale.

Negli ampi locali si succedono così artisti dell'Ottocento e del Novecento, non di rado eccezionali presenze per collezioni pubbliche, in alcuni casi ancora operanti in questo scorcio di nuovo millennio (Mario Ceroli e Enzo Cucchi, ad esempio): di fronte alle opere di Pierre Alechinski o Telemaco Signorini è possibile immaginarsi viaggi e passioni dei due coniugi, ma è altrettanto possibile allo spettatore compiere un personale viaggio nell'arte a cavallo dei due ultimi secoli.

Si passa così da tanti protagonisti dell'arte ottocentesca come Giovanni Boldini e Auguste Renoir, a capiscuola quali George Braque, Giorgio De Chirico e Jean Hans Arp, senza dimenticare personaggi dell'arte italiana del Novecento quali Carlo Carrà, Felice Casorati, Giulio Turcato, Tono Zancanaro.

Non mancano autori con un corpus consistente di opere, com'è il caso di Marc Chagall o di Gianni Dorazio, identificabile per la sua ricerca tra segno e colore, ricostruendo così un microcosmo spaziale; ma anche Sonia Delaunay è documentata da realizzazioni inequivocabilmente accentrate su di un colore identificato con la luce.

Alberto Magnelli, artista fiorentino ignorato o quasi in patria, ma apprezzatissimo in Europa, è presente con numerose testimonianze del periodo francese.

C'è poi una intera sezione dedicata all'arte versiliese, quale aggan-

cio con il territorio e la cultura del luogo: oltre ad autori *importati* come Galileo Chini (straordinario interprete di una stagione di vita e di costume), inevitabile è la presenza di un amaro, irascibile e irato Lorenzo Viani con un corpus fornitissimo che testimonia differenze di vita, di carattere e di socialità rispetto, ad esempio, a Moses Levy, viareggino di adozione ed autore di taluni deliziosi disegni.

Così, sotto la capace direzione di Alessandra Belluomini Pucci, la Galleria viareggina proponendo anche iniziative settimanali volte alla conoscenza, si pone come vitale luogo di documentazione e di promozione per l'arte contemporanea, innestandosi in un circuito contemporaneo che in Toscana vanta numerosi altri poli di attrazione, quali Prato, Siena, Pistoia, Seano, Capalbio, per ricordarne solo alcuni. **TM**

Suggestioni del Novecento. Un viaggio nella collezione Pieraccini

GAMC, piazza Mazzini 22, Viareggio

Fino al 30 settembre

aperto il pomeriggio da martedì a domenica



*"Carnevalotto",
di Emilio Tadini*



Un tempo c'era tempo!

ANTONIO PANTI

I medici sono assillati dalla produttività. Come in ogni azienda debbono eseguire il maggior numero possibile di prestazioni per unità di tempo, mantenendo la qualità e senza scontentare i pazienti (sempre più esigenti e portati alla protesta). La fretta domina incontrastata gli ospedali e gli ambulatori dei medici generali. Ma è giusto, sempre e comunque, rispondere alle esigenze (ai desideri) della gente, che chiede accertamenti, visite, prestazioni diverse, sovraccaricando il servizio di ridondanze variamente inutili? La sanità è certamente anche quantitativa. Uno *screening* deve raggiungere la maggior parte della popolazione e così una vaccinazione; controlli frequenti possono allontanare costose riacutizzazioni di cronicità. Ma cedendo a questo punto di vista si cade nella tentazione di misurare il servizio soltanto dal numero di risposte che è in grado di fornire in un determinato lasso di tempo.

Ma il servizio migliora? E i pazienti sono più soddisfatti? Di che cosa ha bisogno chi avverte un malessere o una sofferenza? La risposta ovvia è che ha bisogno del miglior medico che offra la cura giusta nel modo giusto e nei tempi giusti. Ma il miglior medico è solo un tecnico? Il paziente necessita anzitutto di essere ascoltato e compreso. E per far questo ci vuole tempo. Proprio quello che ormai manca alla medicina.

Viviamo una sorta di sempiterno rimpianto del vecchio condotto, del medico di famiglia amico e confidente, delle lunghe visite domiciliari concluse col caffè o col bicchierino di vinsanto. Chi è malato vuole ascolto, relazione umana, empatia, tutte cose che rivivono nella medicina narrativa che aspira a sintonizzare i vissuti del medico e del paziente perché dall'esito dell'anamnesi in storia, in narrazione di vicende umane, si comprende il malessere profondo, la sofferenza del paziente e la si affronta con gli strumenti giusti, per conseguire la più efficace aderenza alla terapia. La medicina narrativa vuol riconquistare il *copyng* del paziente, trascurato dall'EBM. Si sommano

così i costi della medicina tecnologica con quelli del tempo che i medici debbono dedicare a ciascun malato. Il costo della *pietas!*

Prima la medicina era riservata a pochi, le tecniche inesistenti, farmaco unico era il medico. Ora tutto è diverso e migliore. Non è neppure pensabile confrontare i risultati di qualche decennio fa con i miracoli d'oggi. Ma le lamentele fioccano e, insieme, le richieste di danni. Un tempo il medico aveva tempo per il paziente, ora ha tempo per la tecnica, la burocrazia, lo studio, l'organizzazione, a scapito dell'ascolto. Ora si deve produrre secondo i ritmi aziendali: la sanità è un'impresa economica e abbiamo inventato perfino gli ingegneri clinici a dettarci i tempi di lavoro.

Però la guarigione è un fenomeno assai complesso e la soddisfazione del paziente, condizione concreta per una reale restituzione alla salute, incide sui risultati della medicina moderna. E se producessimo meno prestazioni, ma più calate sul singolo paziente, più comprese, più percepite come personalizzate? La produttività in medicina non è quantitativa, non lo è in nessuna attività umana, ma nella sanità ancor di più perché l'oggetto da produrre è la riconquista della salute. Poiché i finanziamenti per la sanità diminuiscono sempre, non resta che eliminare gli eccessi di spesa (e quanti ce ne sono!) per riconvertire i risparmi in un tempo maggiore da offrire a ciascun paziente.

Le associazioni mediche debbono riaffermare il diritto al tempo quale richiesta prioritaria. La produttività di un'impresa sanitaria è la salute e questa è frutto di un lungo lavoro personalizzato. Riaffermare la libertà professionale è compito primario dei medici. Tutte le soluzioni organizzative e economiche possono essere oggetto di concertazione con le amministrazioni tranne la responsabilità nei confronti del paziente che implica sempre un'assoluta, irrinunciabile indipendenza di giudizio del medico (e il tempo da dedicarvi).

TM



Il melanoma metastatico, una complicazione sempre più frequente

Lo stato dell'arte

TOSCANA MEDICA – Iniziamo con una panoramica che illustri ai nostri lettori la situazione attuale complessiva del melanoma.

AMUNNI – Si tratta di un tumore che ormai da decenni presenta un incremento annuo costante, oggi valutato intorno al 3% con un'incidenza a livello europeo praticamente raddoppiata nell'arco di 12-15 anni. Nel mondo si hanno ogni anno 160.000 nuove diagnosi, con circa 6.000 nuovi pazienti in Italia. Per quanto riguarda la Toscana osserviamo circa 14-15 casi ogni 100.000 residenti, che vuole dire circa 800-850 nuovi malati oppure, se preferite, 1 nuovo caso di malattia ogni 197 persone ogni anno.

Dal punto di vista anatomico-patologico si osserva che questo aumento di incidenza è prevalentemente a carico delle forme sottili, con una sostanziale stabilità di quelle spesse, a causa verosimilmente del sempre più precoce raggiungimento della diagnosi, con evidenti benefici in termini di sopravvivenza.

BORGOGNONI – Non bisogna inoltre dimenticare che il melanoma presenta un costo sia sociale che economico molto elevato ed in crescita, infatti colpisce frequentemente in età giovane-adulta, con uno dei tassi di incidenza più alti tra i 20 e i 44 anni (secondo solo al carcinoma della mammella nella donna e del testicolo nell'uomo). Negli Stati Uniti sono stati recentemente registrati circa 8.000 decessi ogni anno per melanoma, con

un valore di perdita di vita attesa che è salito a 20,4 anni, superiore rispetto alle quattro maggiori neoplasie di riferimento, cioè mammella, prostata, colon-retto e polmone. Nello studio statunitense sono stati calcolati anche i costi diretti della malattia, intesi come perdita di giornate lavorative e di produttività, con un valore presunto di circa 400.000 dollari per ogni persona colpita ed un costo totale di circa 3 miliardi di dollari, che sale a 15 miliardi se vengono considerati anche i cosiddetti costi intangibili legati ad esempio alla morbidità, al dolore e alle sofferenze determinate dalla malattia, alle conseguenze psicologiche e legate alla qualità di vita, del soggetto colpito e dei familiari che fanno assistenza.

TOSCANA MEDICA – Quali sono i fattori eziopatogenetici più importanti per l'insorgenza del melanoma.

PIMPINELLI – Oggi è stato meglio chiarito il ruolo di un fattore eziopatogenetico, l'esposizione ai raggi solari, al quale già da diversi anni era stata attribuita una importanza fondamentale. Più recentemente l'attenzione si è spostata sull'esposizione cosiddetta acuta ed intermittente (ad esempio più periodi di breve durata di abbronzatura "selvaggia" durante l'anno) e non più su quella cronica di chi per lavoro o diletto si espone al sole per molte ore al giorno e per lunghi periodi di tempo.

Ovviamente il fattore ambientale si associa a quello genetico; questo rischio appare molto

GIANNI AMUNNI¹, LORENZO BORGOGNONI², ROMANO DANESI³, MICHELE MAIO⁴, ANDREA MESSORI⁵, MAURO MUGNAI⁶, NICOLA PIMPINELLI⁷

¹ Direttore dell'Istituto Toscano Tumori e dell'ISPO di Firenze

² Direttore dell'UO di Chirurgia Plastica della ASL di Firenze presso l'Ospedale Santa Maria Annunziata e del Centro di Riferimento regionale per il Melanoma

³ Ordinario di Farmacologia dell'Università degli Studi di Pisa

⁴ Direttore di Immunoterapia Oncologica presso l'Università degli Studi di Siena

⁵ Dirigente dell'Health Assessment Technology dell'Area Vasta Centro

⁶ Medico di Medicina Generale a Firenze e Coordinatore della Formazione Specifica in Medicina Generale

⁷ Associato di Dermatologia dell'Università degli Studi di Firenze, Direttore dell'UO Dermatologia II della ASL di Firenze

PARTECIPANO



Gianni Amunni



Lorenzo Borgognoni



Romano Danesi



Michele Maio



Andrea Messori



Mauro Mugnai



Nicola Pimpinelli

aumentato nelle persone che presentano un numero elevato di nevi, soprattutto di quelli cosiddetti atipici ed in coloro che hanno subito almeno due ustioni di II grado in età infantile. Il fattore genetico appare poi in tutta la sua importanza nei melanomi familiari causati da mutazioni ad oggi in via di identificazione e più frequenti in soggetti con familiari di I o II grado colpiti dalla neoplasia o con un numero molto elevato di nevi atipici. In queste persone il rischio di sviluppare un melanoma entro gli 80 anni è accresciuto del 60%.

Una questione ancora molto dibattuta è quella relativa all'abbronzatura artificiale con i raggi Ultravioletti A (UVA). Pur in assenza di evidenze definitive che correlino senza possibilità di dubbio la comparsa del melanoma all'esposizione ai

raggi UVA, l'International Agency for Research on Cancer (IARC) ha recentemente classificato la radiazione ultravioletta (UV) da lettini solari come un carcinogeno di classe I, cioè nella stessa categoria del tabacco. Diciamo che al momento è bene sconsigliare questa procedura ai minorenni ed alle persone giovani, in particolare con fattori di rischio per l'insorgenza del melanoma, consigliare prima della esposizione una visita specialistica dermatologica, avere una scheda che registri le sedute ed il tipo di apparecchiatura utilizzata (normativa CEI, tipo 1,2,3).

TOSCANA MEDICA – *Due domande a risposta veloce: possiamo quindi dire che il melanoma è più frequente nei villeggianti sprovveduti piuttosto che nei "lupi di mare"? Ed ancora: andrebbero attuati dei controlli più accurati nei Centri di estetica?*

PIMPINELLI – La risposta alla prima domanda è certamente affermativa, ad eccezione di un tipo particolare di melanoma, quello cosiddetto su lentigo maligna che compare per lo più sul viso di persone anziane cronicamente esposte alla luce solare. Per la seconda direi che, seppure uno stretto controllo medico sull'attività dei centri solarium ed i loro frequentatori sarebbe certamente auspicabile, la normativa oggi in vigore non lo prevede.

DANESI – Le nostre conoscenze attuali sulla genetica del melanoma sono estremamente più approfondite rispetto soltanto a pochi anni fa. Oggi sappiamo che le principali alterazioni molecolari della neoplasia consistono in mutazioni di alcuni specifici oncogeni ed in alterazioni di vie di trasduzione e di segnale, condizioni che hanno permesso di classificare la malattia in sottotipi molecolari, al pari di quanto accade per le neoplasie della mammella o del colon con evidenti implicazioni anche e soprattutto di carattere terapeutico.

TOSCANA MEDICA – *Quali interventi si possono attuare a livello di educazione sanitaria?*

AMUNNI – Anche per il melanoma si può pensare di attuare una strategia basata essenzialmente sulla prevenzione primaria (regolamentazione dell'esposizione al sole) e su quella secondaria (diagnosi precoce). La prevenzione primaria è un tipico campo di intervento di tipo educativo, basato sulla diffusione di un determinato messaggio, affidata soprattutto all'azione dei medici di famiglia ed anche ai mezzi di comunicazione di massa.

Proprio in questo campo si assiste poi ad un fenomeno singolare rappresentato dal fatto che le persone che più frequentemente ricorrono alla pericolosa abbronzatura intermittente, sia naturale che artificiale, sono proprio quelle che riservano maggiore attenzione alla cura ed all'esame della propria pelle con evidenti risvolti positivi in ter-

mini di diagnosi precoce di eventuali lesioni tumorali.

L'importanza della diagnosi precoce in prevenzione secondaria è oggi ben rappresentata dall'aumento delle forme "sottili" di melanoma con sostanziale stabilità di quelle "spesse".

Si tratta però di una strategia preventiva che difficilmente può essere costruita su target predefiniti i cui rapporti costi-benefici giustifichino realmente azioni precise e mirate di sanità pubblica. Certamente la prevenzione del melanoma rappresenta un settore nel quale azioni organizzative a cascata possono davvero svolgere un ruolo di enorme importanza, con un primo livello gestito dai medici di medicina generale, seguito dall'intervento dello specialista e da tutte quelle procedure diagnostiche considerate necessarie caso per caso.

Non dimentichiamo poi che anche la comunicazione relativa ai corretti stili di vita finisce per essere prevenzione secondaria.

Purtroppo però esistono ancora classi di popolazione che, per il melanoma come per molti altri tumori, non riescono ad essere adeguatamente raggiunte dai messaggi preventivi e che non rispondono agli interventi di sanità pubblica: sono proprio questi soggetti che presentano il maggior numero di forme "spesse".

TOSCANA MEDICA – *Il medico di medicina generale può quindi utilmente intervenire nel campo della diagnosi differenziale di primo livello, eventualmente indirizzando poi il paziente dallo specialista? Quali sono i rapporti tra i due professionisti nella gestione di questa neoplasia?*

MUGNAI – L'azione del medico di medicina generale, seppure solamente ispettiva e "di sospetto", è certamente molto importante anche se non sono disponibili studi epidemiologici attendibili che quantifichino questo impegno. È stato però possibile dimostrare che, grazie all'esame praticato dal medico di medicina generale, viene riconosciuto 1

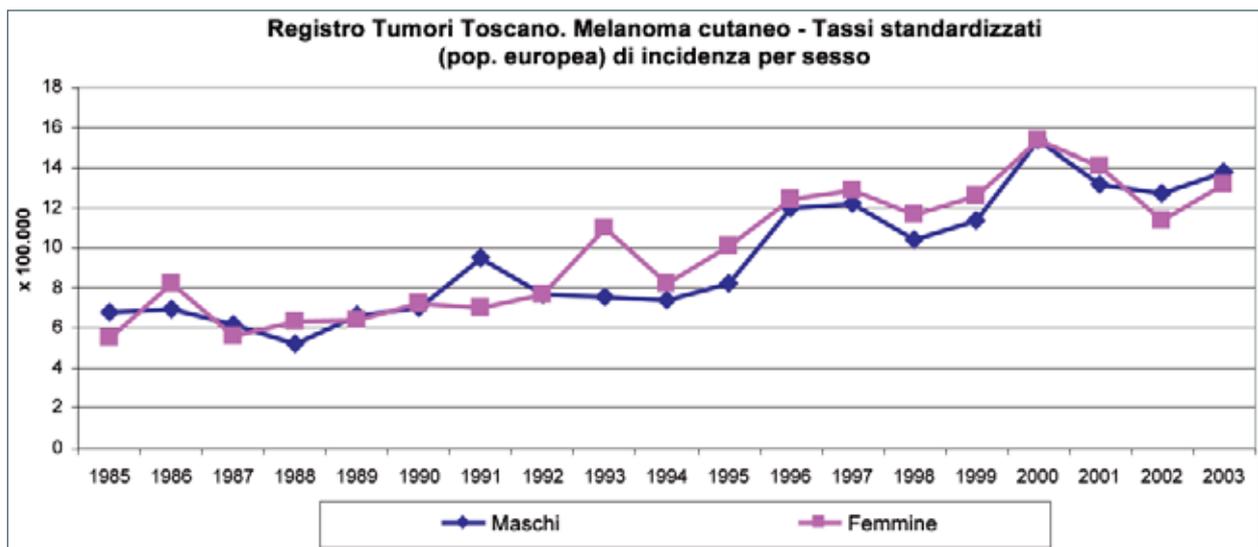
melanoma ogni 30 interventi di escissione e che questo rapporto scende a 15 in caso di sospetto diagnostico avanzato dal dermatologo dopo esame dermatoscopico.

Ovviamente in caso di minimo dubbio il paziente deve essere indirizzato allo specialista di riferimento, possibilmente in una struttura dedicata, alla quale potere accedere attraverso percorsi preferenziali ed in tempi ragionevolmente brevi.

PIMPINELLI – Sono perfettamente d'accordo con il dottor Mugnai ed a questo proposito devo dire che a Firenze la collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti si è ormai da tempo stabilizzata su un buon livello di efficacia. Ovviamente un medico che deve seguire 1500 pazienti, seppur potendo rappresentare un ottimo filtro di primo livello per quanto riguarda la patologia cutanea in senso generale, non potrà dedicarsi più di tanto all'esame sistematico della cute dei propri assistiti, soprattutto per quanto riguarda lo "zoccolo duro" prima ricordato dal prof. Amunni, di coloro cioè più o meno refrattari a qualsiasi messaggio preventivo. Senza contare poi che molte persone si rivolgono direttamente allo specialista senza neppure avere consultato il proprio medico curante, finendo così per ingolfare gli ambulatori specialistici con richieste spesso inappropriate.

Secondo me sarebbe veramente importante potere fare un salto di qualità e mettere i medici di medicina generale, nei giusti tempi e modi, in grado di effettuare una valutazione clinica eventualmente integrata dall'uso del dermatoscopio come filtro di primo intervento, demandando al dermatologo qualsiasi ulteriore intervento in presenza di un seppure minimo dubbio.

MUGNAI – Il medico di medicina generale ha moltissime occasioni per osservare la cute dei propri assistiti anche senza una specifica richiesta, in particolare durante un esame obiettivo, dall'auscultazione del torace, alla palpazione



dell'addome, alla somministrazione dei vaccini influenzali, forse anche più del dermatologo che per lo più viene chiamato in causa per un motivo clinico ben preciso. Certamente il medico di medicina generale deve essere motivato in questa sua attività e per questo ben vengano eventuali azioni formative di competenza specifica.

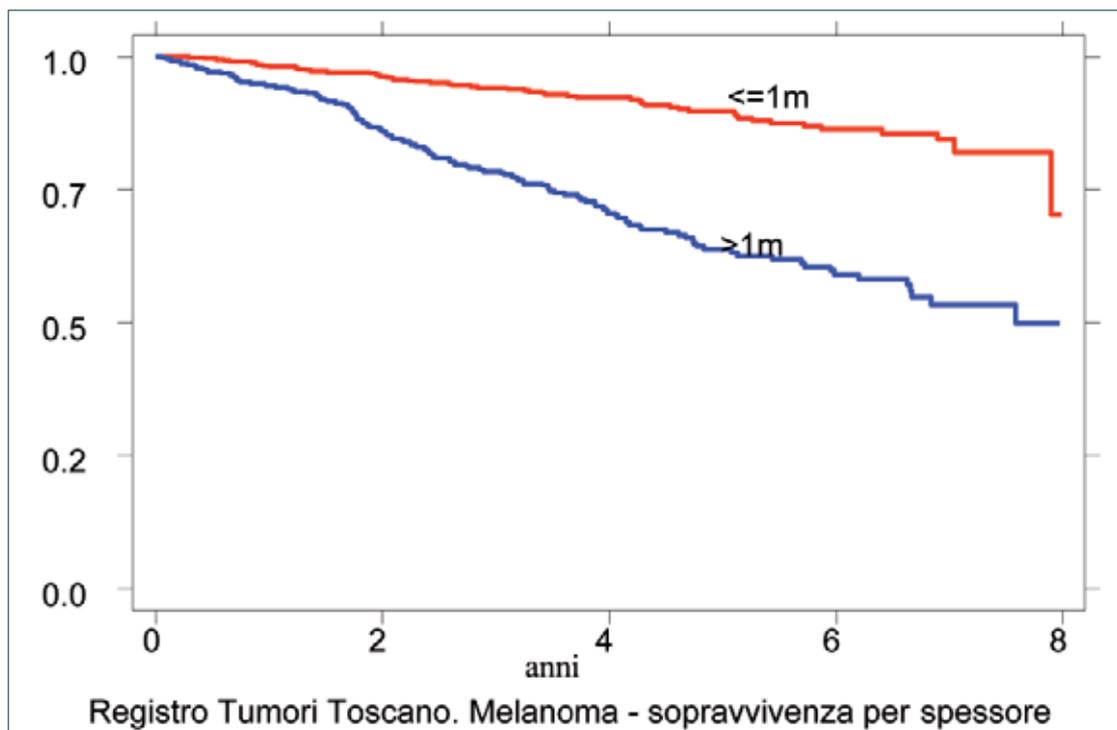
AMUNNI – Se la collaborazione tra i diversi professionisti che si occupano di un determinato problema rappresenta senza dubbio un punto di forza, vorrei ricordare che in Toscana, nell'ambito dell'Istituto Toscano Tumori, è attivo un gruppo multidisciplinare estremamente attivo e produttivo che si occupa in maniera egregia proprio del melanoma e che ha recentemente elaborato un documento di grande rilevanza sulla realtà toscana di questa neoplasia.

Il melanoma tra l'altro sta assumendo sempre di più delle caratteristiche che lo differenziano da altri tipi di malattia neoplastica e che potrebbero essere sintetizzate nel modo seguente. Alcune forme sfuggono all'osservazione per caratteristiche intrinseche (forma anatomica, velocità di crescita, basso numero di nevi nel soggetto affetto) che necessariamente richiedono l'intervento dello specialista. Esiste un cambiamento epidemiologico che ci ha portato oggi a prendere in maggiore considerazione classi di popolazione prima scarsamente considerate come i maschi ultrasessantenni, insieme alla osservazione che le donne stanno velocemente raggiungendo la parità con gli uomini. Esiste una fascia di popolazione che non viene raggiunta dai messaggi preventivi e che sostiene in gran parte il numero dei melanomi spessi che ancora oggi vediamo.

A livello regionale l'ITT sta lavorando per creare una rete di professionisti che sia in grado di identificare in ogni realtà i casi, certi o sospetti, da convogliare in strutture di riferimento nelle quali sia possibile confermare o raggiungere la diagnosi e mettere in pratica la necessaria terapia. Tali strutture, per essere davvero efficienti, devono essenzialmente avere i requisiti di potere gestire complessivamente un numero elevato di pazienti e di disporre di tecnologia e professionisti in grado di garantire risultati ottimali in tempi più che ragionevoli.

BORGOGNONI – Rifacendomi a quanto detto dal prof. Amunni, non posso che concordare sul fatto che in Toscana in questo campo stiamo lavorando davvero in maniera apprezzabile. Alcuni dati per quantificare questo impegno. Nel periodo 1985-1989 i melanomi sottili (sotto il millimetro) rappresentavano il 20% delle diagnosi, mentre dal 1999 al 2003 questa percentuale è salita al 45%. Nel periodo 2004-2008, secondo i dati raccolti ed elaborati dal Registro Toscano Tumori, la maggioranza delle forme di melanoma diagnosticate in Toscana (circa il 65%) sono state inferiori a 1 mm di spessore o in situ. Pertanto la diagnosi precoce che avviene nella maggior parte dei casi, dovrà essere probabilmente ancora incrementata in certe aree e forse in una determinata fascia di popolazione. Inoltre dovremo considerare anche che la lotta ad una quota parte di forme "spesse" a rapida crescita dovrà essere portata avanti con l'appropriatezza dei trattamenti e la ricerca di nuove e ancor più efficaci terapie.

TOSCANA MEDICA – *Parliamo della terapia chirurgica del melanoma, anche e soprattutto in rela-*



zione all'evoluzione della casistica secondo quanto ascoltato in precedenza.

BORGOGNONI – La chirurgia rimane la terapia elettiva del melanoma e la procedura corretta prevede che dopo una biopsia escissionale si debbano “allargare” i margini di escissione chirurgica in base alle caratteristiche istologiche della lesione primaria asportata. Sono raccomandati margini di escissione chirurgica a 0.5 mm dalla lesione primaria in caso di melanoma in situ, a 1 cm per melanomi di spessore inferiore al mm, a 1-2 cm per forme di spessore variabile tra 1 e 2 mm, a 2 cm in caso di neoplasie di spessore compreso tra 2 e 4 mm e a 2-3 cm per melanomi di spessore maggiore a 4 mm.

Una volta radicalizzata l'asportazione della neoplasia, per una corretta stadiazione della malattia, viene effettuata la biopsia del linfonodo sentinella, generalmente in caso di lesioni di spessore superiore a 1 mm, o inferiore al mm se però ulcerate oppure di IV livello o con mitosi. Se il linfonodo sentinella risulta positivo deve essere effettuata la linfadenectomia radicale del distretto coinvolto. La chirurgia risulta poi indicata in caso di recidive locali, satellitosi e di metastasi in transit isolate.

In caso di metastasi in transit diffuse degli arti può essere indicata la perfusione ipertermica isolata di arto o – in base ad eventuali controindicazioni, età, comorbidità – la infusione antitumorale iposica che appare gravata da minori effetti collaterali. Oggi sta poi prendendo sempre maggior campo, per la terapia locale delle lesioni metastatiche cutanee, la cosiddetta elettrochemioterapia, che, mediante una specifica apparecchiatura, crea dei “pori” sulle membrane cellulari (elettroporazione) attraverso i quali dei farmaci chemioterapici generalmente non permeanti, somministrati per via endovenosa o intraliesionale, penetrano

all'interno della cellula creando danni citotossici diretti per azione sul DNA. Con questa metodica si ottiene oltre il 70% di regressione, solo locale, delle metastasi.

TOSCANA MEDICA – *La prognosi della malattia può variare a seconda della sede, per esempio in caso di melanomi dell'occhio oppure del retto?*

PIMPINELLI – Il melanoma dell'occhio e quello del retto rappresentano due casi delle rarissime localizzazioni primitive extracutanee. Per quanto riguarda la forma che colpisce l'occhio, la caratteristica più significativa è la sua tendenza, ad oggi non ben compresa fino in fondo, a metastatizzare al fegato che infatti è l'organo da indagare in corso di follow-up e di screening.

I melanomi del retto e quelli dell'apparato genitale, in particolare quelli della vagina, sono generalmente molto aggressivi e vengono per lo più riconosciuti con molto ritardo verosimilmente a causa della loro localizzazione anatomica.

BORGOGNONI – Per quanto riguarda la prognosi del melanoma, nel 2010 è uscito il nuovo sistema stadiativo dell'American Joint Committee on Cancer (AJCC) che ha analizzato i fattori prognostici maggiormente significativi per il melanoma su una casistica di oltre 38.000 pazienti. Lo spessore della lesione primaria è confermato essere un fattore prognostico altamente significativo: la sopravvivenza a 10 anni è di circa il 95% per melanomi di spessore < 1 mm e circa il 50-55% per melanomi di spessore maggiore di 4 mm. Per quanto riguarda pazienti con linfonodi positivi la prognosi è migliore in pazienti con micrometastasi linfonodali rispetto a pazienti con macrometastasi clinicamente evidente e la prognosi peggiora in base al numero dei linfonodi metastatici con una sopravvivenza a 5 anni che varia dal 70% per pazienti con un solo linfonodo con micrometastasi al 40% in caso di 4 o più linfonodi metastatici. Per pazienti con malattia disseminata in stadio IV, fattore prognostico sfavorevole è un elevato valore di LDH; metastasi cutaneo/sottocutanee, linfonodali extraregionali e polmonari hanno una prognosi migliore rispetto a tutte le altre sedi di metastasi viscerali a distanza, con valori di sopravvivenza tuttavia molto bassi, tra il 10 e il 25% circa.

MAIO – Sempre in tema di prognosi, vorrei ricordare che quella della malattia metastatica, vale a dire lo stadio IV, ad oggi rimane assolutamente sfavorevole, con una mediana di sopravvivenza intorno ai 6-8 mesi a seconda delle casistiche. Non dimentichiamo che stiamo parlando di una malattia che soltanto fino a pochissimo tempo fa in pratica non riuscivamo in nessuna maniera a tenere sotto controllo, visto il sostanziale fallimento di tutti i mezzi terapeutici via via introdotti. Non per niente anche le più recenti linee-guida inter-

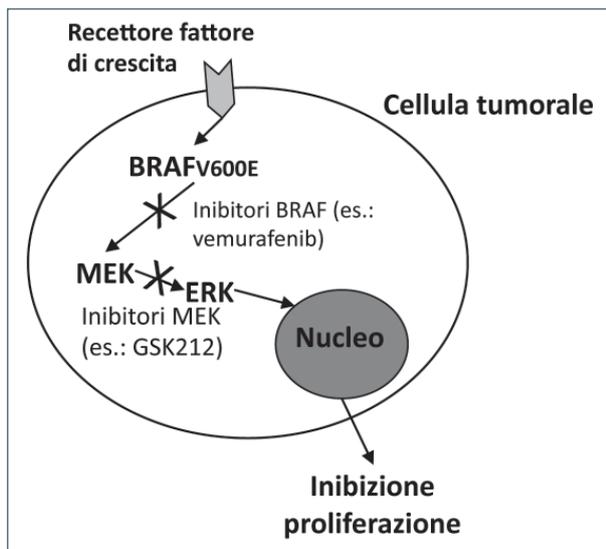


Figura 1 - Schema di attività farmacologica di inibitori dell'oncogene mutato BRAFV600E e della chinasi MEK.

nazionali suggeriscono che il trattamento di elezione per i pazienti con melanoma metastatico sia quello di inserirli in una sperimentazione clinica.

TOSCANA MEDICA – *Esistono però delle novità per quanto riguarda la terapia farmacologica del melanoma?*

MAIO – Negli ultimi anni una serie di ricerche cliniche ed importanti studi di fase 3, sostanzialmente mirati a valutare la sopravvivenza di questi pazienti, hanno condotto alla scoperta di un agente terapeutico che migliora significativamente la sopravvivenza dei pazienti affetti da melanoma metastatico, l'ipilimumab. Si tratta di un anticorpo monoclonale che presenta un meccanismo di azione del tutto differente dalle molecole della stessa classe. Gli anticorpi monoclonali "classici" agiscono infatti andando a colpire un bersaglio espresso dalle cellule neoplastiche o danneggiando le strutture vascolari che riforniscono di sangue la neoplasia. L'ipilimumab invece non ha niente a che fare con il tumore esplicando la sua azione interferendo con i meccanismi fisiologici della risposta immunitaria ed andando quindi, in senso molto semplicistico, a potenziare l'attività del sistema immunitario stesso. Questo effetto in una certa quota di pazienti si traduce in un migliore controllo della malattia rappresentato da un aumento significativo della sopravvivenza media con pazienti che sopravvivono anche ormai a 5-6 anni dall'inizio del trattamento.

DANESI – La terapia farmacologica del melanoma ha presentato una grossa evoluzione negli ultimi anni, tanto da parlare di farmaci di prima e seconda generazione che purtroppo non hanno prodotto l'effetto sperato soprattutto perché la loro affinità di bersaglio e potenza farmacologica non erano tali da causare un blocco efficace delle vie di trasduzione di segnale. Adesso abbiamo a disposizione le molecole di terza generazione tra le quali ricordo gli inibitori della via di trasduzione BRAF/MEK (vedi Figura 1) ed appunto l'ipilimumab. Quest'ultima molecola agisce bloccando un recettore inibitorio presente sui linfociti T, il CTLA4, che agisce in alternanza con un altro recettore a funzione stimolante, il CD28 (Figura 2). In pratica bloccando il CTLA4, l'ipilimumab potenzia la risposta linfocitaria T che si traduce in un'aggressione immunomediata nei confronti delle cellule tumorali. Ovviamente questa modalità di azione può, in teoria, venire applicata anche ad altre condizioni patologiche oltre che al melanoma.

MAIO – Infatti noi a Siena stiamo sperimentando l'ipilimumab nelle neoplasie della prostata, del polmone, del rene e nel mesotelioma pleurico ed al mio gruppo, che vede ogni anno circa 250 pazienti con melanoma metastatico questo anticorpo monoclonale sembra davvero un qualcosa su cui

finalmente potere contare in questa patologia. In Italia da subito si è avuto un grande interesse per l'ipilimumab ed il nostro Paese è stato nel mondo quello nel quale si è avuto l'uso "compassionevole" più diffuso di questa molecola.

MESSORI – Una novità importante come l'ipilimumab deve essere inquadrata anche sotto l'aspetto delle attuali difficoltà economiche, esaminando cioè la questione della sostenibilità nel nostro servizio sanitario.

A livello nazionale il tetto di spesa annuale destinato ai farmaci ad uso territoriale, pari a circa il 13% del fondo del SSN, è stato sostanzialmente rispettato, mentre invece il 3.6% riservato ai farmaci di fascia H (quelli cioè riservati all'impiego ospedaliero) è stato abbondantemente superato poiché la spesa reale ha superato il 5%.

Per AIFA, l'oncologia rappresenta un settore di grande importanza visto che, in media ogni mese, arriva sul tavolo dell'agenzia almeno una nuova molecola destinata a qualche forma di target therapy. Caratteristiche tipiche di ogni nuovo farmaco: costa almeno 20/30 mila euro per paziente e determina un beneficio di sopravvivenza di circa 3/4 mesi guadagnati per paziente. C'è una certa omogeneità nei risultati di prezzo ottenuti dall'agenzia perché i casi in cui il costo del trattamento era sopra la media sono stati compensati da un inasprimento del payback degli insuccessi (registrati sul famoso sito AIFA ONCO).

È stato stimato che i nuovi oncologici (tra cui ipilimumab) possono avere, tutti assieme, un impatto di spesa annuo su base nazionale di circa 300 milioni di euro. Inoltre, altre terapie innovative dotate di un impatto economico di pari entità su base nazionale si stanno aggiungendo negli ultimi mesi: tra queste, la terapia tripla per l'epatite

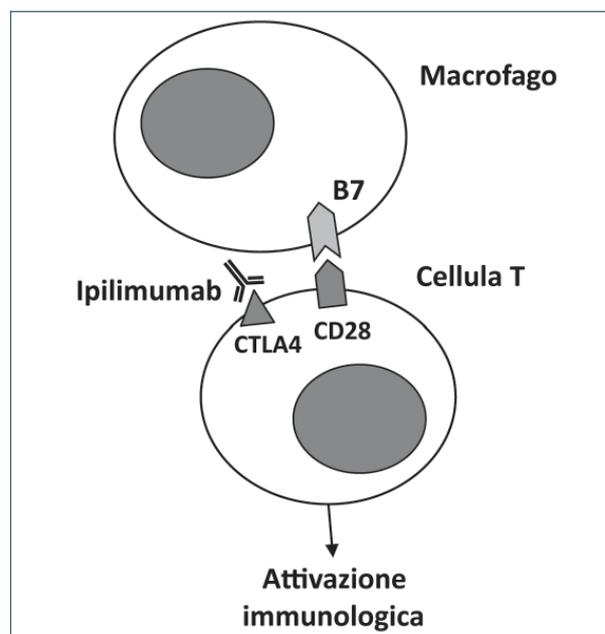


Figura 2 - Schema di attività farmacologica di ipilimumab.

C (costo stimato di circa 20/30 mila euro per paziente per un totale di quasi 15 mila pazienti) ed i nuovi anticoagulanti per la fibrillazione atriale (costo per paziente di soltanto 1000 euro annui ma con una popolazione ipotetica che potrebbe superare i 250mila pazienti). Senza dimenticare i dispositivi medici di avanguardia quali le valvole percutanee il cui costo si aggira sui 20 mila euro per paziente.

Di fronte a questo scenario di sostenibilità assai precaria, che prefigura il rischio di decidere di non rimborsare alcuni trattamenti, appare necessario costruire dei percorsi di valutazione e di decisione positiva o negativa che superino le logiche della singola patologia (cardiaca, tumorale, infettivologica ecc.) per andare a capire, sulla base di risultati documentati, dove realmente conviene spendere le risorse disponibili e cioè quali sono, caso per caso, i benefici attesi a fronte di una spesa sempre più spesso attestata sui 20 mila euro per paziente.

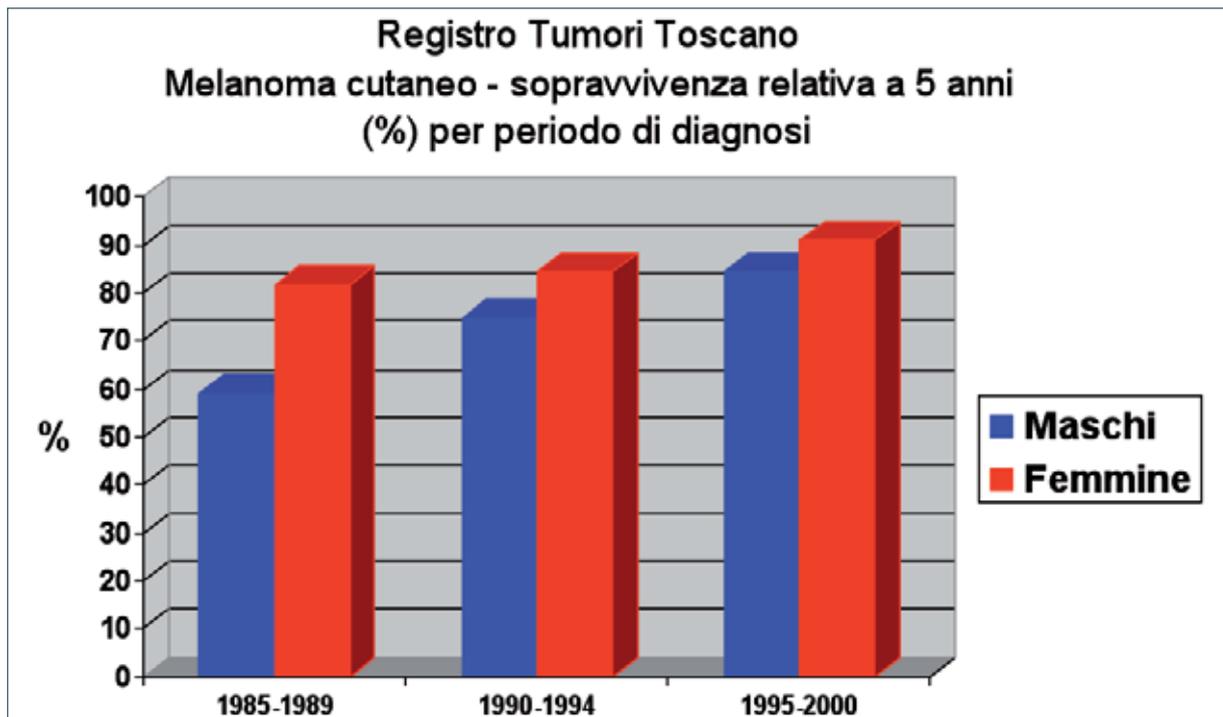
In Italia purtroppo questo approccio metodologico (che riconosce l'entità del beneficio clinico come principale determinante che guida l'allocazione delle risorse) non è ancora sufficientemente diffuso e, a differenza di molti altri paesi, ben poche sono le esperienze finora condotte in questo campo.

C'è tuttavia un aspetto positivo in questo scenario: proprio il settore dell'oncologia è quello che oggi sembra più vicino alla messa in opera di decisioni basate sul beneficio. Ciò dipende da molti fattori, tra cui l'urgenza delle questioni aperte, la natura degli end-point oncologici di esito clinico e la familiarità verso le analisi costo/efficacia certamente oggi molto più diffusa tra gli oncologi che tra tutti gli altri specialisti.

AMUNNI – A conferma di quanto detto da Messori, mi piace ricordare che l'Istituto Toscano Tumori dedicherà la sua conferenza annuale di organizzazione proprio al tema della sostenibilità delle cure oncologiche, concetto basato su tre capisaldi, equità delle prestazioni offerte, qualità e responsabilità. Tutto questo si può realizzare solo se esiste condivisione tra tutti i professionisti, per non disorientare i pazienti e scontentare tutti i cittadini che, anche e soprattutto quando non malati, devono essere attivamente coinvolti in scelte economiche importanti e gravose. Tra l'altro ai professionisti che con il loro operato mettono in pratica comportamenti virtuosi in grado di creare salute e risparmio, deve essere data la possibilità concreta di reinvestire questi risparmi negli stessi settori di intervento che li hanno generati.

TOSCANA MEDICA – *Un'ultima domanda di carattere estremamente pratico: il medico curante di un paziente in terapia con ipilimumab deve seguire particolari attenzioni o precauzioni?*

MAIO – Il trattamento con questo anticorpo monoclonale non prevede eventi avversi acuti e la sua somministrazione può avvenire tranquillamente in regime di day-hospital, azzerando quindi i costi del Sistema Sanitario legati alla ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario del paziente da trattare. Gli effetti collaterali dell'ipilimumab sono legati essenzialmente al suo meccanismo di azione basato sull'iperattivazione del sistema immunitario e sono per lo più rappresentati da rash cutanei, diarrea ed elevazione delle transaminasi (in alcuni casi). In questi casi fondamentale appare l'azione del medico di medicina generale



che deve essere in grado di riconoscere queste situazioni il prima possibile per trattarle in maniera adeguata, in stretta collaborazione con lo specialista di riferimento. Ciò anche perché l'esperienza clinica con ipilimumab ha permesso di disegnare

precisi ed efficaci algoritmi di trattamento degli effetti collaterali eventualmente associati alla terapia, che sono completamente diversi da quelli utilizzati per i trattamenti chemioterapici convenzionali.

Novità e sostenibilità Quando è giusto intervenire

ANTONIO PANTI

Il melanoma è un tumore in continuo aumento. L'incidenza in Europa è raddoppiata negli ultimi quindici anni. In Italia si ha un'incidenza di circa 6.000 casi l'anno, in Toscana 800, maggiore in uomini ultracinquantenni. L'incremento è stato in prevalenza a carico del melanoma sottile, a prognosi meno grave. Una patologia comunque che grava moltissimo sulla spesa sanitaria non solo per il costo delle cure ma, e più che altro, a causa delle vite perdute anzitempo. Tra le patologie tumorali il melanoma ha il più alto costo per perdita di attesa di vita attiva. Insomma un problema umano e di sanità pubblica tra i più rilevanti.

Tutti sanno che questo tumore, al di là dei fattori genetici, dipende da fattori di rischio tra i quali il più importante è l'esposizione acuta intermittente al sole. Insomma i villeggianti sprovvisti si ammalano più spesso dei marinai. Naturalmente la presenza di nevi atipici o di precedenti ustioni aggrava il rischio. Ma tutto ciò rende importante la prevenzione primaria e quindi l'educazione sanitaria. Come controllare allora il rischio connesso a un uso sconsiderato delle lampade abbronzanti? E' un grave problema che dovrebbe essere affrontato con maggiore incisività, anche se di difficile soluzione.

In conclusione, sostengono i nostri esperti, la prevenzione mediante un'attenta opera di educazione alla salute e la diagnosi precoce, sono le uniche armi disponibili per tentare di invertire la tendenza all'incremento della casistica, con la consueta annotazione che la miglior condizione sociale e culturale, che spinge a una maggiore attenzione alla propria immagine, è certamente un fattore di contenimento del rischio.

Altri fattori rilevanti sono la diagnosi precoce che comporta una più idonea formazione del medico di famiglia, che di solito vede per primo il paziente e che dovrebbe essere in grado di usare un dermatoscopio, e avere un rapporto corretto

di integrazione con i centri di riferimento. Questi però sono tali se vedono una casistica importante, possiedono tecnologie adeguate e esperienza professionale. Questo è un percorso più sicuro dei cosiddetti *screening* che si effettuano in occasione di varie giornate del melanoma, che sarebbe meglio sostituire con iniziative predisposte da veri esperti.

Finora il melanoma viene affrontato secondo linee guida che prevedono la biopsia, poi l'intervento con escissione più o meno ampia secondo precise indicazioni, la biopsia del linfonodo sentinella e la conseguente chemioterapia, che segue la stadiazione del tumore e la sua aggressività, di solito maggiore a seconda delle sedi di inizio. Giunti, però, al quarto stadio, cioè alla metastatizzazione a distanza, le possibilità terapeutiche sono quasi nulle e il paziente sopravvive ben poco. L'immissione in commercio di un nuovo farmaco, dotato di una notevole azione di potenziamento dell'immunità, l'ipilimumab, ha modificato la prognosi consentendo una maggiore sopravvivenza, anche di qualche anno, con una qualità accettabile della vita.

Come al solito si pongono problemi di sostenibilità della spesa ma, al di là dell'ormai ineludibile confronto tra terapie sempre più onerose nelle diverse specialità, resta il fatto che questi pazienti non hanno ad oggi alternative di alcun genere. Ormai la spesa sempre più elevata diretta a piccoli target di pazienti richiede un nuovo patto sociale e non può essere lasciata soltanto alla decisione del medico. Ogni specialità deve confrontarsi sul risultato atteso di una terapia in base all'equità, alla qualità e alla responsabilità della scelta di cura. Ma, nel caso del melanoma metastatizzato, le scelte non esistono. Infine questo farmaco dà reazioni avverse non acute e quindi ben affrontabili con cortisone, che non inficia la attività immunologica del farmaco. Insomma qualche speranza in più per pazienti altrimenti soggetti a una prognosi a breve scadenza. **TM**

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



Alberto Dolara, nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957. Specializzato in Cardiologia, 1961. Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968; Hammersmith Hospital (Londra) 1980; NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987. Direttore Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002.



Centri aventi funzioni di riferimento della Regione Toscana

Un progetto dimenticato?

Gli obiettivi generali delle istituzioni sanitarie sono quelli di assicurare un livello quantitativo e qualitativo adeguato in modo uniforme delle prestazioni, ma anche di valorizzare e potenziare centri di riferimento e/o di eccellenza tramite i quali promuovere e garantire metodi innovativi di assistenza e nel contempo evitare dispersioni di risorse economiche e di esperienze professionali.

Definizione di centro di riferimento

La definizione di un centro avente funzioni di riferimento o centro di eccellenza è per sua natura dinamica per l'evoluzione continua delle conoscenze mediche. L'assistenza ad una condizione morbosa scarsamente nota o la messa a punto di una determinata tecnica innovativa può infatti nascere in una singola istituzione sanitaria, ma poi diffondersi proprio per evitare concentrazioni non vantaggiose per il paziente. Può d'altra parte rimanere circoscritta ad un determinato centro o istituzione proprio perché l'affezione morbosa richiede una tecnica altamente sofisticata e/o costosa o perché la rarità dell'affezione non permetterebbe comunque agli operatori sanitari di acquisire una sufficiente esperienza specifica. Un centro infine può avere anche funzioni di riferimento culturale indicando linee guida, promuovendo aggiornamenti e proposte organizzative generali.

Le iniziative della Regione Toscana

Con queste premesse la Regione Toscana con una delibera del 19.04.1999 provvedeva ad attivare il procedimento di riconoscimento delle funzioni regionali di riferimento attenendosi ai criteri di seguito indicati: "verifica di funzionalità: la funzione regionale dovrà erogare servizi la cui carenza penalizzerebbe strutturalmente il sistema; verifica di qualità, avendo a riferimento: numero e complessità della casistica annualmente trattata; indice di attrazione infra ed extraregionali; pro-

duzione scientifica del personale della struttura; tempi presenti nelle liste di attesa; qualità delle attrezzature e delle tecnologie; idoneità dell'organizzazione".

Sulla base di tali criteri venivano riconosciuti, con delibere successive n° 1036, 1276, 411 e 600 del 1999 e del 2000, 131 centri aventi funzioni di riferimento, così suddivisi: 31 all'AO Meyer, 44 all'AO Careggi, 3 nell'Azienda Sanitaria Fiorentina, 3 al CNR di Pisa, 41 nell'AO Pisana, 1 nell'Azienda Sanitaria di Lucca e 18 nell'AO

Senese. Con una delibera successiva n° 216 del marzo 2002 venivano istituiti altri 32 centri di cui 26 all'AO Careggi e 6 all'AO Senese.

Alla Unità Operativa di Cardiologia di S.Luca-Careggi vennero riconosciuti, per un'attività culturale, scientifica ed assistenziale, svolta per oltre venti anni per pazienti colpiti da malattie cardiovascolari meno frequenti e per metodiche terapeutiche innovative, tre Centri di Riferimento, per le cardiomiopatie ipertrofiche e dilatative, per la diagnosi, follow-up ed interventistica delle valvulopatie, e per le cardiopatie congenite in età adulta. Questo ultimo Centro avrebbe operato in stretta collaborazione con il Centro per le cardiopatie congenite a sua volta autorizzato per l'ospedale Meyer). Ricordo bene l'impegno di tutta la équipe di S.Luca nella raccolta dati per documentare l'attività svolta in questi settori e la speranza che con il riconoscimento dei tre Centri vi fossero le premesse per un ulteriore sviluppo e qualificazione delle attività cardiologiche a Careggi.

L'attività successiva

Nel 2001 venne formalizzata la collaborazione dello scrivente, a titolo del tutto volontario, ma su suggerimento dell'Assessore alla Sanità, con l'Agenzia Regionale Sanità Toscana ed in particolare con l'Osservatorio di Epidemiologia. In stretta collaborazione con la coordinatrice dell'Osservatorio, la Dott.ssa Eva Buiatti, veniva

ALBERTO DOLARA

Agenzia Regionale Sanità

condotta nel 2002 un'indagine conoscitiva, mediante questionario, per rilevare l'attività svolta nel biennio 2000-2001 dai Centri di riferimento. L'indagine riguardava l'attività clinica svolta e la produzione scientifica: ad essa risposero 130/131 centri ed i risultati dell'indagine presentati ad un convegno organizzato a Firenze dall'Agencia Regionale di Sanità nell'aprile del 2003. I partecipanti furono oltre 100 da tutta la Regione Toscana con numerosi interventi; concluse il convegno l'intervento dell'Assessore Enrico Rossi del Dipartimento Salute e Sicurezza della Regione Toscana. Dal convegno emersero le considerazioni riportate nel riquadro.

Sulla base degli elementi emersi dal Convegno vennero portate avanti negli anni successivi, sempre in collaborazione con la Dott.ssa Buiatti, alcune iniziative quali la creazione di un sito (ora

dismesso) dell'Agencia Regionale di Sanità con le informazioni relative ai vari Centri ed anche evidenziata la possibilità di un eventuale loro finanziamento da parte dell'Assessorato Regionale.

La situazione attuale

Dal 2007, epoca in cui si era manifestata l'intenzione di costituire una commissione da parte dell'Assessorato regionale su questo argomento, non risultano esservi state nuove iniziative. Si tratta di un progetto dimenticato? È una domanda che ritengo giustificata non solo in memoria della Dott.ssa Eva Buiatti, ma anche da parte di chi nelle istituzioni sanitarie della nostra Regione continua a lavorare in modo qualificato sotto l'egida di *Centro di Riferimento Regionale*.

TM

Considerazioni sui Centri di riferimento della Regione Toscana emerse dal Convegno del 2003

- La definizione di un Centro ha una connotazione dinamica dato l'evolversi delle conoscenze mediche.
- L'attività di un Centro di riferimento deve essere definita: a) dall'epidemiologia della malattia, b) dallo sviluppo di tecniche specifiche ed innovative; c) dalla produzione culturale.
- Dal punto di vista assistenziale le funzioni di un Centro di riferimento dovrebbero essere definite: a) dalla capacità di valutazione dei casi che hanno rarità epidemiologica; b) di essere in grado di eseguire metodiche che richiedono esperienza particolare; c) essere dotati di strumentazione complessa e costosa.
- L'elevato numero dei centri nella Regione Toscana può comportare una dispersione delle competenze e delle risorse. È quindi indispensabile un collegamento tra Centri che hanno funzioni affini costituendo una rete di Servizi.
- La distinzione tra Centri di riferimento per l'area vasta e Centri di eccellenza che hanno una valenza regionale o addirittura extraregionale potrebbe ridurre in modo consistente il numero dei centri già deliberati.
- Sarebbe utile una valutazione da parte di osservatori "esterni" dei Centri di eccellenza.
- È necessario sviluppare un'informazione adeguata tra i vari centri, verso i medici di medicina generale, gli specialisti e soprattutto la cittadinanza.
- La gestione da parte dei centri di un sito a cura dell'Agencia Regionale di Sanità e del Dipartimento Sicurezza Sociale permetterebbe una maggiore informazione sull'attività del singolo centro ed essere a disposizione degli addetti ai lavori ed agli utenti del Servizio Sanitario Nazionale.



CAREGGI

VIA DELLE PANCHE

VENDESI

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

Info 055 582772

www.giudicicostruzioni.it

giudicicostruzioni
CONSTRUTTORI DI FIDUCIA.



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

Il passato ed il presente dell'endoscopia

Parte 2

Il periodo degli endoscopi flessibili

All'inizio degli anni '60 l'invenzione in America delle fibre ottiche, che hanno la particolare caratteristica di condurre i fasci luminosi, aprì nuove prospettive per la costruzione di endoscopi flessibili. Iniziò un'era ricca di nuovi progressi tecnologici che in pochi anni ha portato l'en-

dosocopia ad essere una procedura clinicamente valida e sufficientemente sopportata dai pazienti con notevole riduzione di complicanze. Anche i più scettici non poterono negare i grandi vantaggi di questa tecnica. La rivoluzione tecnologica ha permesso che l'endoscopia non solo fosse procedura diagnostica, ma anche operativa.

Nell'ambito dell'endoscopia flessibile si riconoscono 3 periodi:

1. fibre ottiche;
2. videoendoscopia a fibre ottiche con applicazione di telecamera integrata;
- 3- videoendoscopia con telecamera.

Il primo fibroscopio (**ACMI 4990 fiberscope**) (Figure 1, 2, 3) fu presentato nel 1958 da **Basil Hirschowitz**, direttore dell'unità di gastroenterologia di Ann Arbor. **Hirschowitz** illustrò ufficialmente lo strumento alla classe medica in un articolo su *Lancet* (*The endoscopic examination of the stomach and duodenal cap with the fiberscope*). Subito fu un successo, il nuovo strumento rappresentava una clamorosa novità mondiale ed una svolta decisiva nel settore della gastroenterologia introducendo una nuova metodologia diagnostica e terapeutica permettendo la visione diretta non solo del primo tratto dell'apparato digerente, ma in tempi successivi anche del colon e delle vie biliari.

Le fibre ottiche sono fibre di vetro estremamente flessibili e inoltre possono condurre la luce da

una sorgente esterna eliminando quelli che possono essere gli inconvenienti provocati dal calore di una lampada a incandescenza a contatto con la mucosa gastrica nel corso dell'esame endoscopico. Questo strumento, per quanto rivoluzionario, aveva ancora dei limiti: non era possibile fare fotografie, non consentiva l'esplorazione adeguata della parete laterale dell'esofago, l'assenza di tiranti di angolazione della punta lo rendeva spesso ingovernabile nel lume gastrico ed il superamento del piloro richiedeva particolari rotazioni dell'asse dello strumento.

Nel 1968 **ACMI** cercò di superare in parte tali problemi commercializzando un nuovo modello (**ACMI-Hirschowitz**

CATERINA FOPPA

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



Figura 1 - Fibroscopio ACMI acquistato dalla Clinica Chirurgica dell'Univ. degli Studi di Firenze all'inizio degli anni '60.



Figura 2 - Particolare dell'estremità distale del fibroscopio. Notare la visione laterale.



Figura 3 - Particolare dell'estremità prossimale del fibroscopio. In senso orario, partendo da sx: oculare, leve per chiudere il canale per l'irrigazione e l'insufflazione dell'aria, canale per l'irrigazione e l'insufflazione dell'aria, raccordo per la fonte luminosa.

5004) con punta angolabile e canale bioptico interno. Rimaneva però ancora il problema della visione laterale. L'evoluzione di questo strumento è stato il modello **FO-7080**, a visione frontale ma con estremità angolabile fino a 120°, aveva un canale operativo, un canale di aspirazione ed un sistema di insufflazione e lavaggio manovrabile dall'impugnatura.

Nel frattempo **Olympus** commercializzò la prima gastrocamera applicabile ad un fibroscopio: la cosiddetta "camera con l'occhio" (Figura 4).

Questo strumento fu accolto in tutto il mondo con fervore, considerato come un prodotto innovativo che migliorava notevolmente il potere diagnostico dell'endoscopia, permetteva infatti una diretta osservazione della mucosa gastrica. La prima gastrocamera con fibroscopio (GTF) non aveva angolazioni, successivamente, nel 1966, fu presentato il modello **GTF-A**, con 2 angolazioni. Le fibre ottiche che conducono luce fredda, flessibili come qualsiasi altra fibra naturale, hanno spalancato le porte della nuova era endoscopica rendendo possibile ciò che prima non sembrava realizzabile. Sicuramente c'è da annoverare la notevole maneggevolezza dei nuovi endoscopi, caratterizzati da flessibilità, morbidezza e duttilità degli elementi costitutivi di ogni sonda. Questi nuovi endoscopi trovarono molti campi d'impiego nello studio dell'esofago, dello stomaco, del duodeno, del colon, delle vie biliari e dei bronchi.

Progressi che hanno determinato una loro applicazione non solo a fini diagnostici ma anche te-



Figura 4 - Gastrocamera con fibroscopio.

rapeutici, rendendo sempre più indispensabile il loro utilizzo.

Nel 1969 **Olympus** realizzò il primo gastroscopio con angolazioni, visione laterale e canale bioptico. L'illuminazione era con microlampada terminale; inoltre era incorporato un flash che permetteva di effettuare fotografie con una macchina fotografica applicata all'oculare.

Pochi anni dopo la commercializzazione del gastroscopio di **Hirschowitz**, **Bergein F. Overholt** ideò un prototipo di sigmoidoscopia a fibre ottiche col quale nel 1963 iniziò la sperimentazione clinica. Nel Febbraio del 1966 annunciò la prima conferma endoscopica di un cancro del retto-sigma sospettato al clisma opaco e nel Maggio 1967 presentò la sua prima esperienza su 40 pazienti all'ASGE Meeting di Colorado Springs. **Itaru Oi** fu il primo a utilizzare il primo duodenoscopio a visione laterale con canale bioptico ed elevatore della cannula di iniezione che permetteva l'incannulamento della papilla e proprio lui presentò nel 1970 su Endoscopy la prima esperienza di 50 ERCP.

Ma le innovazioni in campo endoscopico non si arrestarono anzi, sono state il vero e proprio trampolino di lancio per l'avvento della videoesoscopia.

L'idea di collegare l'endoscopio ad una telecamera per poter vedere direttamente sul monitor le immagini è originale. I vantaggi sono ovvi: l'immagine non è più monoculare, è visibile a distanza su un monitor e può essere vista contemporaneamente da più operatori: questo facilita la didattica e l'assistenza coordinata in procedure complesse. L'immagine è magnificata e quindi eventuali alterazioni anatomopatologiche quasi microscopiche possono essere più facilmente visibili. Inoltre l'esame può essere registrato e rivalutato in qualsiasi momento.

Il primo tentativo di video-endoscopia fu di **Soulas** che in Francia, nel 1956, applicò una telecamera che trasmetteva immagini in bianco e nero all'esterno di un broncoscopio, lo strumento era però molto pesante (45 Kg) e poco maneggevole.

Il primo endoscopio a fibre ottiche con applicazione di telecamera sull'oculare fu realizzato in Australia, nel 1960. La videocamera era larga 45 mm, lunga 120 mm e pesava solo 350 g. Poteva facilmente essere attaccata all'oculare dell'endoscopio. Ma a causa della visione in bianco e nero non ebbe successo.

TM

Segue in Toscana Medica n. 5



Laura Castro Responsabile UOS Psicologia degli Adulti e del Lavoro ASL11. Professore a Contratto Univ. degli Studi di Firenze Facoltà di Medicina. Conduce numerosi corsi di formazione per lo Sviluppo delle Competenze Manageriali, lo sviluppo delle Competenze Comunicative e di Gestione di Gruppo.

Asl 11 di Empoli: l'unione fa la forza!

“**T**utti per uno, uno per tutti!": la consapevolezza che la vera forza non risiede nel singolo ma in un'unione di singoli che insieme formano un gruppo.

In una società altamente competitiva e individualistica, in cui il singolo acquisisce valore a discapito della collettività, in molti oggi riscoprono la potenzialità del gruppo come luogo di formazione della persona e incremento delle qualità individuali.

L'UOC di Psicologia privilegia ormai da molti anni lo strumento del Gruppo sia con competenze formative che psicoterapeutiche. Sono infatti attivi 14 gruppi clinici di psicoterapia e 7 gruppi di operatori condotti da psicologi.

Nell'ambito formativo per due anni la collaborazione tra UOC di Psicologia e la UOC Pronto Soccorso ha permesso di portare avanti un percorso di formazione e di crescita con il gruppo di medici ed infermieri del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Empoli con lo scopo di far loro acquisire una metodologia di lavoro e di pensiero basata su una stretta **collaborazione e cooperazione**. Il gruppo era vissuto come una realtà che molti cercavano di evitare perché il confronto a viso aperto era considerato faticoso e doloroso. Il gruppo particolarmente numeroso è stato suddiviso in sottogruppi misti con l'intento di facilitare lo scambio di informazioni e di esperienze.

Nel progetto dell'Azienda Sanitaria di Empoli sono quindi stati proposti 3 incontri teorici di formazione per ciascun gruppo seguiti da riunioni d'équipe, con frequenza settimanale per la durata complessiva di due anni, con la presenza di una psicologa esperta in dinamiche di gruppo che li coordinasse e la collaborazione di tre psicologhe che nel periodo svolgevano la loro attività all'interno del Pronto Soccorso con un contratto a progetto.

In questo percorso molte sono state le difficoltà e gli ostacoli da superare, primo fra tutti riuscire a creare la consapevolezza che **il gruppo è un arricchimento delle risorse del singolo e non una privazione** e che per formare un buon gruppo è indispensabile gestire efficacemente la

comunicazione interpersonale, i conflitti individuali, i bisogni personali, la compresenza di personalità differenti, nonché la molteplicità di aspetti divergenti oltre a saper applicare correttamente le metodiche del **problem solving** (pensare per soluzioni).

Premesso che il criterio principale dell'appartenenza ad un gruppo non è la somiglianza tra i suoi membri, bensì il fatto che essi si percepiscano diversi ma dipendenti l'uno dall'altro **per la realizzazione di uno scopo comune**, le tematiche affrontate hanno riguardato fra le altre cose

il significato di gruppo e del lavoro di équipe, i vantaggi derivanti da una gestione collettiva delle difficoltà e dei compiti assegnati, le regole delle riunioni di équipe, i compiti del conduttore e del responsabile del

gruppo, la stesura corretta di un verbale.

Fondamentale è trasformare ogni gruppo in un sistema dinamico e interdependente capace di utilizzare e valorizzare le differenze di esperienze, competenze, approcci tra i suoi membri **per migliorare la qualità del clima aziendale e del benessere degli operatori e garantire una eccellente qualità della prestazione assistenziale e di cura verso gli utenti**.

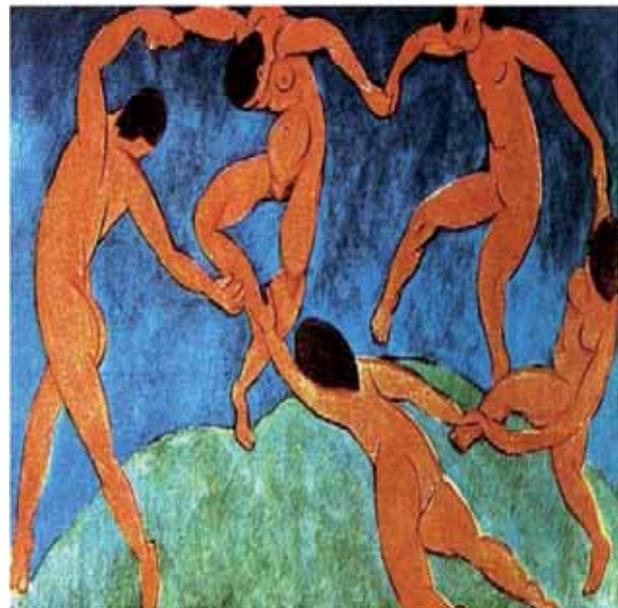
LAURA CINZIA CASTRO*, FRANCESCA BRAY**,
PATRIZIA DEL VIVO°, CONCETTA SCALI°°

* Responsabile UOS Psicologia degli Adulti e del Lavoro ASL 11

** Psicologa

° Direttore UOC Psicologia ASL 11

°° Medico Pronto Soccorso ASL 11



Attraverso un confronto aperto, guidato dalla psicologa, sono stati progressivamente affrontati dubbi, incertezze, problematiche, divergenze, con l'intento di sviluppare in ognuno la consapevolezza di appartenere ad un gruppo e l'importanza di saperlo ben gestire. Le difficoltà riscontrate sono state varie, hanno riguardato sia aspetti quali la fiducia, la stima reciproca, la competitività tra singoli, la capacità reale di ascolto, l'accettazione della diversità tra i membri come una ricchezza e non come un ostacolo, sia aspetti tecnici di messa in atto e comprensione reale delle metodiche di gestione delle dinamiche intergruppi e di *problem solving*, la gestione dei conflitti, l'importanza della valutazione come strumento di riconoscimento e di miglioramento. Sono, quindi, stati affrontati due aspetti cruciali per ogni gruppo: **l'organizzazione dei ruoli e la costituzione di norme**. La funzione dei ruoli è quella di facilitare il raggiungimento dello scopo del gruppo, portare ordine e prevedibilità, contribuire alla consapevolezza di quello che il gruppo rappresenta. Le norme inoltre permettono al gruppo di trovare l'accordo sulle soluzioni da adottare per poter raggiungere gli obiettivi previsti, di sopravvivere come entità, di offrire sostegno alle opinioni dei vari membri per costruire, attraverso il consenso, una realtà condivisa, di chiarire le proprie relazioni rispetto all'ambiente sociale più vasto e di definire i limiti entro i quali la diversità di opinioni o comportamenti individuali può essere accettata senza essere considerata *devianza*. Affinché si possa raggiungere questa dimensione di gruppo è **indispensabile una buona ed efficace gestione delle dinamiche da parte di un buon leader**, che sia capace di agevolare il confronto e il pas-

saggio da un punto di vista individualistico ad un punto di vista comune e condiviso per realizzare al meglio gli obiettivi previsti. Il coordinatore del gruppo deve saper coinvolgere, motivare, valutare individuando i punti di forza e quelli di miglioramento di ciascun membro del gruppo e del gruppo nel suo insieme, comunicare efficacemente e in maniera assertiva, **orientare il gruppo nella discussione verso gli obiettivi per produrre risultati e generare il cambiamento**.

Non si può avere un gruppo funzionante se non si ha un leader che sia capace di farlo funzionare.

Anche quando il gruppo è formato infatti i conflitti continueranno ad esserci e saranno lo strumento per evidenziare le difficoltà. **La presenza di uno psicologo è risultata indispensabile** nel processo di costruzione e di mantenimento del gruppo di lavoro, sia nella fase di formazione, per permettere la trasmissione di conoscenze e competenze teoriche e pratiche riguardanti la gestione delle complicate dinamiche di gruppo e di *problem solving*, sia per una supervisione in itinere, possibile grazie alla presenza di tre psicologhe all'interno del reparto.

L'esperienza intrapresa nell'Azienda USL 11 di Empoli è stata sospesa *oborto collo* in seguito all'interruzione della collaborazione delle tre psicologhe, causa cessazione contratto, nonostante abbia dato risultati positivi a conferma della potenzialità del lavoro d'équipe come risorsa importante sia nel contesto lavorativo che personale.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:
l.castro@usl11.tos.it

TM

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

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

Un nuovo, insidioso morbo si avvanza!

ANTONIO PANTI

In Europa la pubblicità dei farmaci etici è vietata e così le aziende farmaceutiche tentano di aggirare l'ostacolo con un abile uso di campagne di "educazione alla salute e di prevenzione". Un'agenzia indipendente olandese, collegata col locale Ministero della Sanità, ha provato a ricostruire il meccanismo di queste "campagne", degne del miglior Dr. Knock, verificando sia come funziona il tentativo di promuovere un sintomo a malattia sia il comportamento dei vari attori, compresi i mass media.

Attraverso un sito web, un numero verde e agenzie di stampa, si riuscì a creare un clima di attenzione intorno alla flatulenza come problema serio e diffuso. Si lanciò quindi un questionario per dimostrare la dimensione del problema e l'imbarazzo di chi ne soffriva. Tuttavia nessuno aveva chiamato in causa aziende chimiche. Il sito web era sempre più frequentato e allora l'agenzia olandese prese contatto con giornali e TV che si resero disponibili, dietro compenso, ad attirare l'attenzione su un preteso nuovo farmaco per questo noioso disturbo. Nacque un programma sulla flatulenza e alcuni ambulatori medici e farmacie aderirono alla campagna esponendo *dépliants*, poster e un test di autovalutazione dei "nuovi pazienti".

L'assunto della sperimentazione è chiaro: le aziende chimiche si preoccupano di vendere farmaci nuovi per nuove malattie. Come disse Harry Gadsen, presidente della Merck "il nostro sogno è produrre farmaci per persone sane. Così potremo vendere a chiunque". Ma, accanto al fenomeno del cosiddetto *diseases mongering*, si presenta un altro grave dilemma, etico e economico. Farmaci sempre più costosi, anche decine di migliaia di euro all'anno, sono immessi nel mercato per le malattie più gravi, spesso oncologiche, purtroppo talora garantendo solo una breve sopravvivenza e scarso effetto sulla qualità della vita. Non mancano tuttavia anche molti risultati positivi innegabili, anche se le reazioni avverse gravi sono ugualmente frequenti.

La decisione è difficile; come trovare l'equilibrio tra l'eccesso di terapia e la possibilità di prolungare o addirittura salvare una vita? Appropriatez-

za, esclamano tutti, una sfida per i medici, e va bene, ma la società intera se ne deve far carico. "I problemi di tutti vanno risolti da tutti", lo ha già detto Dürrenmatt.

I medici affrontano queste discussioni nei congressi. Che sono sponsorizzati. Anche in questo caso occorre trovare la misura e non è facile. Recentemente una società scientifica ha protestato perché il codice etico di un'associazione di produttori di farmaci intendeva impedire l'uso di alberghi a cinque stelle da parte dei convegnisti sponsorizzati da quel produttore.

Una lesione alla concorrenza tra alberghi, sosteneva il presidente della società. Un'importante rivista di marketing farmaceutico mette a confronto, in un editoriale, il successo di due grossi congressi internazionali, uno del tutto sponsorizzato da alcune aziende chimiche, l'altro privo di qualsivoglia sostegno economico, affatto a carico dei partecipanti. Tutto sulle spalle dei medici o tutto sulle spalle degli sponsor? Quale è la formula migliore? Il Codice Deontologico predica il buon senso e l'onestà intellettuale, doti preclare ma non diffusissime.

La medicina deve ritrovare una sua misura nei rapporti con la società, una collocazione idonea a fugare dubbi e dare serenità. Non può essere un problema solo dei medici. L'impressione complessiva, se il paragone è azzeccato, è quella di un carico eccessivo di novità vere e, come tali, utili per l'umanità, sommerse in un magma di tensioni diverse, da un lato le attese salvifiche dei pazienti, dall'altro un profitto privo di regole.

Allora, come un albero robusto può cedere sotto un carico eccessivo di neve, anche la medicina può mettere a rischio il suo ruolo in un'epoca di così drammatiche transizioni. Affidarsi alle secolari radici del rapporto umano può rappresentare l'ancora di salvezza? Oppure è bene modificare qualche antica certezza, cambiare paradigma? Esorcizzare siffatte questioni non serve, perché ormai se ne discute nel vasto mondo che cambia senza chiedere permessi.

TM

Lo scenario attuale della Sanità Penitenziaria in Toscana

Il Servizio sanitario regionale (SSR) garantisce alle persone detenute nelle carceri di tutta la regione, come avviene per tutti i cittadini residenti in Toscana, i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) che includono la medicina di base, l'assistenza medica specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'intervento sulle tossicodipendenze, la vigilanza sull'igiene pubblica e la prevenzione.

Queste funzioni sono state trasferite dalla gestione dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero di Giustizia alla gestione amministrativa delle Regioni, esercitata tramite le Aziende USL per ambito di competenza territoriale.

Gli istituti penali e la popolazione penitenziaria

La Toscana è una delle Regioni con la più alta concentrazione di istituti di pena, con 20 istituti (18 istituti per adulti e 2 per minori) distribuiti sul territorio regionale, dislocati nell'ambito di competenza di 11 Aziende USL su 12 (è esclusa la Azienda USL di Viareggio) e in ognuna di esse insistono da 1 a 3 istituti.

Presso la casa circondariale di Pisa è inoltre presente un Centro Diagnostico Terapeutico (o Centro clinico) in grado di accogliere detenuti di media e di alta sicurezza per un totale di 72 posti (Tabella 1).

Tabella 1

Nr.	Istituti penali
5	case di reclusione
12	case circondariali di cui una femminile
1	ospedale psichiatrico
2	istituti penali minorili
20	totale Toscana

Il sovraffollamento caratterizza stabilmente gli istituti per adulti, determinando serie condizioni critiche per la popolazione carceraria, con effetti decisivi sulle condizioni di salute e quindi sui

bisogni in termini di assistenza sanitaria.

Al 31.12.2011 risultano presenti nelle strutture penitenziarie 4.242 detenuti adulti: il dato equivale ad un + 33,14% rispetto ad una capienza regolamentare di 3.186 detenuti (fonte dati: D.A.P., pubblicati sul sito del Ministero della Giustizia).

A fronte dell'esubero di presenze dei detenuti adulti, è stata riscontrata la riduzione del personale penitenziario, nonché una contrazione dei fondi da parte dell'Amministrazione Penitenziaria per la manutenzione delle strutture (meno 47% dal 2007 al 2010), il mantenimento dei detenuti, l'acquisto di prodotti per l'igiene personale dei detenuti e la pulizia degli ambienti.

La salute dei detenuti in Toscana

Passando ai dati di natura più strettamente sanitaria per il settore adulti, il 27% dei detenuti negli istituti toscani risulta sano.

Il dato emerge da un'indagine condotta nel corso del periodo 2009/2010 dall'Osservatorio per la salute in carcere coordinato dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS TOSCANA) su un campione di 2.985 detenuti (cioè il 71,6% del totale dei detenuti toscani, che al momento dell'indagine risultavano essere 4.169).

Le persone con almeno una diagnosi risultano essere 2.178 (73%) di cui 1.188 (54,5%) affette da una tipologia di tipo internistico, 239 (11%) con diagnosi di tipo psichiatrico, mentre 751 (34,5%) con diagnosi sia internistica che psichiatrica. Complessivamente, quindi, 1.939 (65%) detenuti risultano portatori di almeno una diagnosi internistica, mentre 990 (33,2%) sono stati interessati da almeno una diagnosi psichiatrica.

Nonostante la giovane età dell'intera popolazione detenuta (età media 38 anni), la forte richiesta sanitaria è caratterizzata da tre grandi temi: salute mentale, disturbi dell'apparato digerente e malattie infettive e parassitarie.

In particolare, la salute mentale dei detenuti è compromessa da disturbi legati al consumo di dro-

ghe (12,7%) e disturbi di tipo nevrotico (10,9%), spesso associati a reazioni di adattamento all'ambiente penitenziario. A queste malattie vanno associati i numerosi tentati suicidi che rappresentano un'emergenza per il sistema penitenziario, con valori di gran lunga superiori a quelli riferito alla popolazione generale: il 4% della popolazione all'interno del carcere ha tentato il suicidio, a fronte di un dato dello 0,006% che riguarda la popolazione non reclusa. Il 10% della popolazione carceraria ha alle spalle almeno un episodio di autolesionismo. Più alta tra i detenuti anche l'incidenza di tubercolosi: 0,4% in carcere, 0,006% tra la popolazione non reclusa.

Sistema minori

Il sistema penale minorile si articola sostanzialmente in due strutture, una destinata ai ragazzi, l'Istituto Penale Minorile "G. Meucci" di Firenze, con una capienza di 28 persone. L'altra, destinata alle ragazze, è stata inaugurata nel dicembre 2010 a Pontremoli e ha una capienza di 16 persone.

L'indagine dell'Agenzia Regionale di Sanità del 2010 per i minori, che comprendeva la sola popolazione maschile dell'istituto di Firenze, mette in luce la necessità di applicare, su questa fascia di popolazione, interventi educativi volti a favorirne un adeguato reinserimento sociale più che veri e propri interventi di carattere sanitario.

Dall'analisi dei dati emerge che il principale problema di cui i ragazzi risultano affetti riguarda il consumo di sostanze, legali o illegali, che può avere ricadute non soltanto sullo stato di salute, ma anche nel favorire la condizione di marginalità con esclusione dal circuito scolastico e lavorativo.

Il passaggio delle funzioni sanitarie in attuazione del DPCM del 1 aprile 2008

Per consentire la verifica del passaggio delle funzioni sanitarie, è stato condotto il monitoraggio sull'attuazione del Decreto del Presidente Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008 relativo alle modalità ed ai criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

La rilevazione ha consentito di raccogliere ed elaborare i dati degli anni 2008, 2009 e 2010 tramite la somministrazione di apposite schede alle Aziende USL.

1. Attrezzature

Il passaggio delle attrezzature, arredi e beni strumentali afferenti alle attività sanitarie svolte negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile, trasferite al SSN risulta rego-

larmente effettuato da tutte le Aziende USL competenti territorialmente. Le Aziende USL hanno effettuato la verifica della strumentazione sanitaria trasferita in modo da validare quella idonea, collaudare o certificare quella parzialmente idonea e invalidare quella da dismettere rimasta in carico all'Amministrazione Penitenziaria. Sulla base di tale verifica la Giunta regionale è intervenuta per sanare le carenze rilevate, mediante la deliberazione n. 1307/2009, che ha consentito, oltre a prendere atto del trasferimento ai sensi del DPCM 1.4.2008, anche di finanziare gli interventi a sanatoria sulla strumentazione sanitaria in questione da migliorare.

2. Locali

Il passaggio alle Aziende USL dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile, è stato regolarmente effettuato nel 70% degli istituti, ai sensi della DGR 1063/2010, laddove ricorrono le condizioni di accettabilità di presa in carico degli stessi.

Alcune Aziende USL non hanno potuto procedere alla stipula delle convenzioni per il passaggio dei locali, a causa delle condizioni dei locali stessi, che non sono a norma e versano in situazioni di pericolo sia per i pazienti/detenuti che per i lavoratori/sanitari. La messa a norma richiede interventi d'urgenza, di entità varia. Considerato che i locali sono ceduti in comodato gratuito alle Aziende USL dall'Amministrazione Penitenziaria, che di fatto ne mantiene la titolarità, spettano ad essa i lavori straordinari per consentire l'idoneità degli stessi.

Per sopperire a tale criticità, è stato avviato a livello regionale un percorso istituzionale, in accordo con il Provveditorato Regionale per la Toscana (PRAP), affinché alcune Azienda USL eseguano i lavori essenziali, anticipando le spese, che saranno successivamente reintegrate dal PRAP, che si fa carico, come previsto dalla legge, dell'intervento.

3. Personale

Per quanto riguarda il trasferimento del personale sanitario transitato dal Ministero della Giustizia al SSR è stata adottata dalla Giunta regionale la delibera n. 784 del 30 agosto 2010, che ha per oggetto "Linee di indirizzo per la definizione dei rapporti di lavoro nel SSN del personale operante negli istituti penitenziari". Il passaggio del personale non è stato agevole e l'attuazione della delibera suddetta ha richiesto ulteriori specifiche.

Dai dati rilevati, relativamente agli anni 2008, 2009 e 2010, si può osservare quanto segue:

- complessivamente vi è stato un incremento di personale sanitario;

- per quanto riguarda i medici si registra una sostanziale continuità nel numero dei professionisti, che risultano diminuiti di una sola unità, ma si rileva un certo incremento delle ore mensili prestate;
- per quanto riguarda gli psicologi invece si rileva una diminuzione significativa in termini di unità (da 25 a 19), per contro vi è stato un incremento delle ore mensili prestate;
- il settore infermieristico fa registrare l'incremento più marcato, infatti il numero dei professionisti passa da 149 a 177 unità ed il numero delle ore mensili prestate è pari a un incremento del 23% circa;
- il personale tecnico fa registrare una sostanziale continuità nel numero dei professionisti che risultano invariati nel numero delle unità, con incremento delle ore mensili prestate;
- il personale ausiliario risulta diminuito di una sola unità, ma con un incremento sostanziale delle ore mensili prestate;
- il personale OSS risulta incrementato in termini di unità e di ore mensili prestate.

Complessivamente la situazione del personale risente del quadro normativo di riferimento che consente di mantenere un vasto regime derogatorio rispetto ai contratti in essere del SSN, in attesa della contrattualità ancora non definita a livello nazionale per il personale sanitario occupato in ambito penitenziario. Ciò rende ancora più complesso l'inserimento di tale personale nel contesto organizzativo e programmatico aziendale, orientato verso l'analisi dei costi e la crescente qualità degli strumenti per la valutazione dei risultati che sono in corso di affermazione. Si tratta di un problema condiviso a livello nazionale, che interessa pienamente tutte le Regioni.

Si riportano nella Tabella 2 i dati complessivi del personale sanitario in servizio in Toscana al 31.12.2010, non comprendendo le discipline specialistiche (come risultano dal monitoraggio del

DPCM 1.4.2008 del sistema adulti e minori).

Per quanto riguarda le discipline specialistiche le informazioni rilevate dalla reportistica prevista dal monitoraggio dell'attuazione del DPCM 1.4.2008 consentono di esprimere osservazioni di tipo macroanalitico. L'implementazione del sistema informativo e l'introduzione della cartella socio-sanitaria informatizzata per la gestione dei pazienti detenuti, di prossima introduzione negli istituti della Toscana in attuazione della DGR 196/2011, potrà dare interpretazioni maggiormente articolate attraverso l'incrocio dei dati emergenti dagli effettivi servizi erogati, con quelli delle prescrizioni e dei relativi esiti diagnostici.

La reportistica disponibile relativa ai dati del 2010, consente di osservare i valori relativi alle singole discipline specialistiche suddivise per istituto penitenziario, dalla quale emerge che la distribuzione di tali discipline risulta aumentata rispetto al 2009, ed assicura un'elevata copertura su alcune discipline prevalenti di maggiore necessità, quali psichiatria, odontostomatologia, malattie infettive, dermatologia, cardiologia, otorinolaringoiatria, ortopedia e chirurgia.

Le prospettive e l'impegno della Regione Toscana

Per il biennio 2011-2012 la Giunta regionale, con delibera n. 441 del 30 maggio 2011, ha approvato le Linee d'intervento prioritarie finalizzate alla qualità della salute dei cittadini detenuti.

Gli interventi previsti dalla delibera – da realizzarsi con la collaborazione tra Regione, Aziende USL, Centro Giustizia Minorile, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, Volontariato organizzato e Terzo settore – riguardano:

- iniziative specifiche per la salute dei minori;
- la definizione di procedure per individuare con tempestività i bisogni dei detenuti, garantire il monitoraggio e la sorveglianza dei segnali indicatori del rischio di suicidio;

Tabella 2

qualifica	numero	Dettagli
medici	168	di cui: n. 32 medici incaricati legge 740/70 + n. 119 medici di guardia medica SIAS + n. 17 altri medici (quali dirigenti medici di ruolo, SerT, ecc)
psicologi	19	di cui: n. 6 di ruolo e 13 a contratto
infermieri	177	di cui: n. 29 di ruolo, 110 a contratto, 31 dipendenti Asl a completamento orario, 7 a convenzione
personale tecnico	13	di cui: n. 3 di ruolo e 10 a contratto
personale OSS	3	tutti di ruolo
personale ausiliario	7	tutti a contratto
Totale Toscana	387	operatori del SSR in ambito penitenziario

- lo sviluppo dell'assistenza psicologica, con interventi specifici sul disagio psichico;
- l'intervento del Centro di gestione rischio clinico regionale anche all'interno del carcere, per approfondire gli eventi avversi che si verificano nelle strutture sanitarie delle carceri e individuare eventuali azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti;
- la formazione professionale diretta al personale sanitario, penitenziario e ai detenuti;
- l'introduzione della Carta dei servizi sanitari (adottata in tutte le aziende sanitarie) anche dentro il carcere;
- l'adozione della "sanità d'iniziativa" anche negli istituti penitenziari: una sanità che non aspetta il cittadino, ma è capace di andargli incontro, intercettando i suoi bisogni e intervenendo sulla sua salute prima che questa si aggravi;
- l'adozione della telemedicina: telediagnosi, teleassistenza, telesoccorso, videoteleconsulto;
- interventi di igiene ambientale per la sanificazione dei letti e di messa a norma degli impianti dei locali sanitari;
- il monitoraggio del MeS: il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che già valuta le performance di tutte le aziende toscane, valuterà anche la capacità del servizio sanitario toscano di erogare servizi appropriati, in linea con i bisogni della popolazione penitenziaria.

Per l'attuazione di questi interventi, la Regione ha destinato per il biennio 2011-2012 la somma di 800.000,00 euro. Le linee di intervento saranno inserite anche nel nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015.

Per la salute dei minori, sono già state attuate le azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo specifico previsto dalla predetta DGR 441/2011 di "Presenza in carico dei minori sottoposti a procedimento penale con problematiche sanitarie - modello organizzativo" tramite la definizione, con delibera n. 505 del 20 giugno 2011, del percorso integrato di interventi appropriati ai bisogni assistenziali dei soggetti minori sottoposti a procedimento penale. Particolare interesse è posto allo sviluppo e consolidamento delle sinergie finalizzate a strutturare i percorsi diretti a tutelare la salute dei minori, mediante il potenziamento, all'interno degli organismi di coordinamento regionali, dell'integrazione consultiva e collaborativa tra uffici regionali competenti e referenti aziendali con il Centro di Giustizia Minorile.

A questo si aggiunge il percorso di superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, che la Regione Toscana ha avviato da mesi alla luce del DPCM 1 aprile 2008, attraverso una logica di condivisione del percorso e programmazione delle azioni da attivare. Tale

percorso ha visto coinvolto il Provveditorato Regionale per la Toscana (PRAP) e gli Assessorati competenti delle Regioni Toscana, Liguria, Sardegna e Umbria, che rientrano nel bacino di competenza dell'OPG di Montelupo Fiorentino.

Il progetto, sul quale la Regione Toscana ha destinato la somma di 600.000,00 euro può essere sintetizzato in tre macroazioni.

Azioni di breve periodo: è stato elaborato un piano di dimissione di 22 pazienti residenti in Toscana. È in corso il reinserimento di tali cittadini sul territorio di provenienza e la loro presa in carico da parte dei competenti Dipartimenti di Salute Mentale. Sono stati elaborati progetti individualizzati con il completamento del percorso su tutti i pazienti.

Azioni di breve e medio periodo: è previsto il rientro degli internati nelle Regioni di provenienza, con percorsi da condividere con le stesse attraverso un patto concordato e di concerto con il Ministero della Giustizia e il Ministero della Salute. Tale percorso dovrà concludersi nel più breve tempo possibile.

Azioni di medio e lungo periodo: con il completamento del percorso del piano di dimissioni attraverso il potenziamento e il pieno utilizzo di strutture intermedie per misure di sicurezza non detentive o ad alta intensità assistenziale e la costituzione di un sistema di intervento dei Servizi di Salute Mentale in grado di evitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva e facilitarne la trasformazione in misure attuabili con il regime di libertà vigilata.

Il superamento dell'OPG è un obiettivo prioritario della Regione Toscana che per prima ha segnalato in modo forte la necessità di intervenire sulla struttura penitenziaria, ritenuta non idonea.

Il progetto regionale per il superamento dell'OPG di Montelupo Fiorentino rappresenta un atto condiviso fra Regione Toscana, Aziende USL e Amministrazione Penitenziaria, in linea con le progettualità delle altre Regioni il cui intento è quello di dare risposta alle preoccupazioni sollevate in più sedi dalla società e dal mondo politico. Rappresenta da una parte la conclusione di un percorso avviato negli anni passati (percorso difficile per la complessità dell'applicazione dello stesso DPCM), dall'altra l'avvio e la concretizzazione del superamento dell'OPG, da realizzarsi in stretta sinergia con tutti gli attori del sistema, con chiarezza e condivisione di obiettivi e strumenti necessari.

Tale obiettivo risulta rafforzato anche alla luce della recente legge n. 9 del 17 febbraio 2012 che prevede il definitivo superamento degli OPG entro il 1 febbraio 2013, con invio dei pazienti in strutture ad esclusiva gestione sanitaria ed attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna.

I risultati dello studio EDIT

Durante il 2011 si è conclusa la terza edizione studio EDIT, acronimo di “Epidemiologia dei Determinanti dell’Infortunistica stradale in Toscana”.

La rilevazione del 2011, analogamente alle 2 indagini precedenti effettuate nel 2005 e nel 2008, è stata svolta su un campione rappresentativo per ASL di residenza di circa 5000

giovani che frequentano le scuole medie superiori della Regione Toscana, con l’obiettivo di rilevare gli aspetti degli stili di vita che li espongono ai più gravi rischi per l’incolumità personale, in primis gli incidenti stradali, e più in generale per la salute.

Oltre alle informazioni socio-demografiche ed ai comportamenti alla guida, gli argomenti indagati nel questionario sono stati i rapporti con i pari e con la famiglia, l’andamento scolastico, l’attività sportiva, i comportamenti alimentari, i consumi di bevande alcoliche, l’uso di sostanze stupefacenti e tabacco, i comportamenti sessuali ed il fenomeno del bullismo, le condizioni di stress, la propensione al gioco d’azzardo e l’utilizzo del tempo libero.

L’indagine, come le precedenti è stata realizzata con modalità innovative, per diminuire costi e tempi di acquisizione dei dati, utilizzando questionari compilati dagli studenti in aula diret-

tamente su *tablet* individuali, con trasmissione in tempo reale delle risposte con modalità *wireless* ad un computer portatile, dove erano archiviate in un database.

L’uso dei *tablet*, rispetto al tradizionale metodo di rilevazione con questionario cartaceo, elimina i tempi di inserimento dei dati e gli errori di digitazione.

Questa modalità rende la nostra indagine quasi unica nel con-

testo internazionale delle indagini sugli studenti.

Ma come stanno i giovani studenti toscani? Se si analizza il contesto sociale ed ambientale la maggioranza degli intervistati restituisce un’immagine positiva della propria condizione a partire dai rapporti con i propri familiari e con il mondo dei pari; relativamente ai consumi culturali i giovani toscani sono legati all’utilizzo delle nuove tecnologie e la vita associativa sembra passare sempre di più attraverso l’utilizzo dei social network e delle chat.

La posizione che un individuo occupa nello spazio sociale è strettamente connessa alle possibilità di cui dispone, in termini di capitale culturale, sociale ed economico: un esempio su tutti è la lettura di libri che è effettuata in numero maggiore dove il livello d’istruzione dei genitori è più alto.

Parlando del disagio vissuto dai giovani adolescenti toscani, il livello di distress risulta in

FABIO VOLLER

Settore Epidemiologia Servizi Sociali Integrati
 Agenzia Regionale di Sanità Toscana

Distribuzione percentuale degli esiti della guida, riferita ai guidatori abituali di motocicli, moto o auto, per genere ed anno. Anni di rilevazione 2005, 2008, 2011.

Genere	2005			2008			2011		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Maschi	59,4	26,1	14,5	62	25,6	12,4	61,8	24,2	14,0
Femmine	56,5	36,2	7,4	60,2	29	10,8	48,0	39,2	12,8
Totale	58,3	30,0	11,8	61,3	26,9	11,8	57,7	28,7	13,6

Legenda Tabella 2.7:

A: Incidente senza conseguenze

B: Incidente che richiede un accesso al PS

C: Incidente che richiede un ricovero ospedaliero

aumento, rispetto al 2008, interessando il 17,5% dei ragazzi coinvolti nello studio (16,0% nel 2008).

A questo fa seguito un mutamento anche nella percezione dei rapporti vissuti sia con la propria famiglia che con il gruppo dei pari.

In entrambi i casi, infatti, soltanto il 10% dei ragazzi con elevato livello di distress ne danno una valutazione positiva.

Le sensazioni che provano risultano orientate prevalentemente verso il nervosismo (41,1%) e l'irrequietezza (37,4%) con una riduzione, però, del senso di inutilità (29,8% nel 2008 vs. 26,0% nel 2011) e di mancata speranza (28,7% nel 2008 vs. 23,2% nel 2011).

Gli adolescenti rappresentano un gruppo nutrizionalmente a rischio, per le elevate esigenze di nutrienti, le caratteristiche degli stili di vita, la propensione a mettere in atto comportamenti a rischio, la suscettibilità alle influenze ambientali.

Possono così presentarsi problematiche come malnutrizione per difetto e obesità.

Riguardo alle abitudini alimentari, nell'indagine Edit 2011 emerge l'elevata frequenza con cui vengono consumati snack dolci e/o salati e bevande zuccherate e/o gassate. Complessivamente, la maggior parte degli studenti risulta normopeso (75%).

Il sovrappeso interessa il 12,7% del campione nel 2011, con un lieve trend in aumento nei tre anni (era il 9,9% nel 2005 e l'11,9% nel 2008).

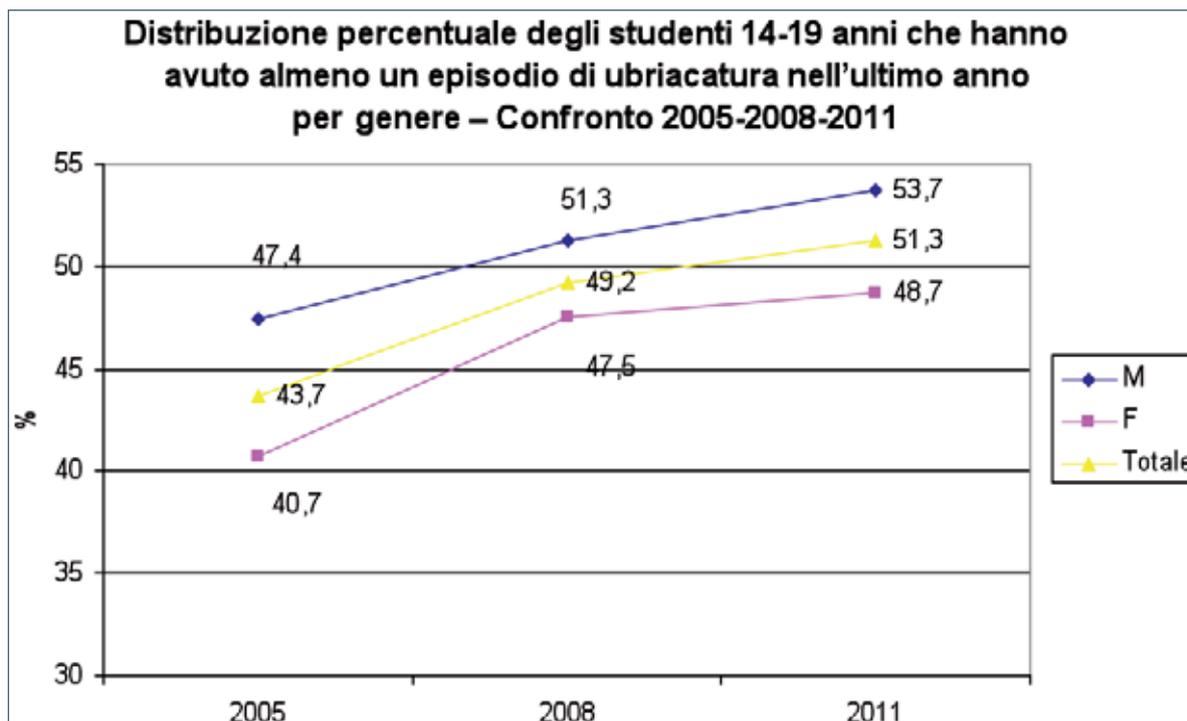
Venendo al tema centrale dei comportamenti alla guida dei ragazzi toscani i risultati, rivelano che tra i "guidatori abituali", ovvero tra gli intervistati che hanno dichiarato di guidare con una certa regolarità un mezzo tra ciclomotore, moto e auto, il 47,1% ha riferito di essere stato coinvolto in un incidente stradale durante la guida del proprio veicolo nell'ultimo anno (maschi: 51,9%; femmine: 39,2%).

In termini di trend temporale, il numero di incidenti è in lieve diminuzione nelle tre rilevazioni del 2005, 2008 e 2011.

Per quanto riguarda le conseguenze degli incidenti stradali, il 28,7% dei soggetti coinvolti è dovuto ricorrere alle cure di un Pronto Soccorso, il 13,6% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero mentre la restante parte, il 57,7% non ha avuto conseguenze tali da richiedere un intervento medico.

Rispetto alle edizioni precedenti non si mostrano sostanziali cambiamenti nella stima di chi incorre in un incidente stradale con conseguenze.

Un altro argomento indagato dallo studio è stato quello della guida in stato di alterazione psico-fisica da parte del conducente; in questo ambito, il 23,6% dei guidatori abituali ha dichiarato che nei 12 mesi precedenti l'indagine ha guidato almeno una volta dopo aver bevuto troppo mentre il 12,5% ha riferito di aver assunto sostanze psicotrope illegali prima di mettersi alla guida.



Abbiamo indagato i possibili fattori associati ad incorrere in un incidente grave (e cioè che necessiti delle cure del Pronto Soccorso o di un ospedale).

I risultati indicano che coloro che hanno dichiarato di consumare sostanze psicotrope nell'ultimo anno hanno un rischio dell'80% maggiore, rispetto ai non consumatori; un rischio più alto si evidenzia per i ragazzi che giocano a giochi che richiedono l'uso del denaro, che usano il cellulare durante la guida, e che hanno avuto rapporti sessuali precoci.

Ma veniamo adesso ai principali fattori di rischio della infortunistica stradale il consumo di alcol e di sostanze.

Nel contesto toscano, in cui si è sperimentata una riduzione dei consumi dagli anni '50 in poi, a partire dalla fine degli anni '90 sembrano convivere adesso due modelli di consumo di alcol: uno giovanile, omologato sui comportamenti dei coetanei del Nord Europa, e l'altro tipico della fascia adulta della popolazione, ancorato agli standard tradizionali.

Peraltro, come sfondo a questi due tipi di condotta, vi è un ormai più che trentennale trend alla diminuzione del consumo di bevande alcoliche.

La graduatoria delle bevande preferite dai giovani intervistati, propone elementi di riflessione sulle loro abitudini alcoliche.

In generale, sono gli aperitivi e gli spumanti le bevande preferite dal genere femminile per tutte le età (come nella rilevazione del 2008).

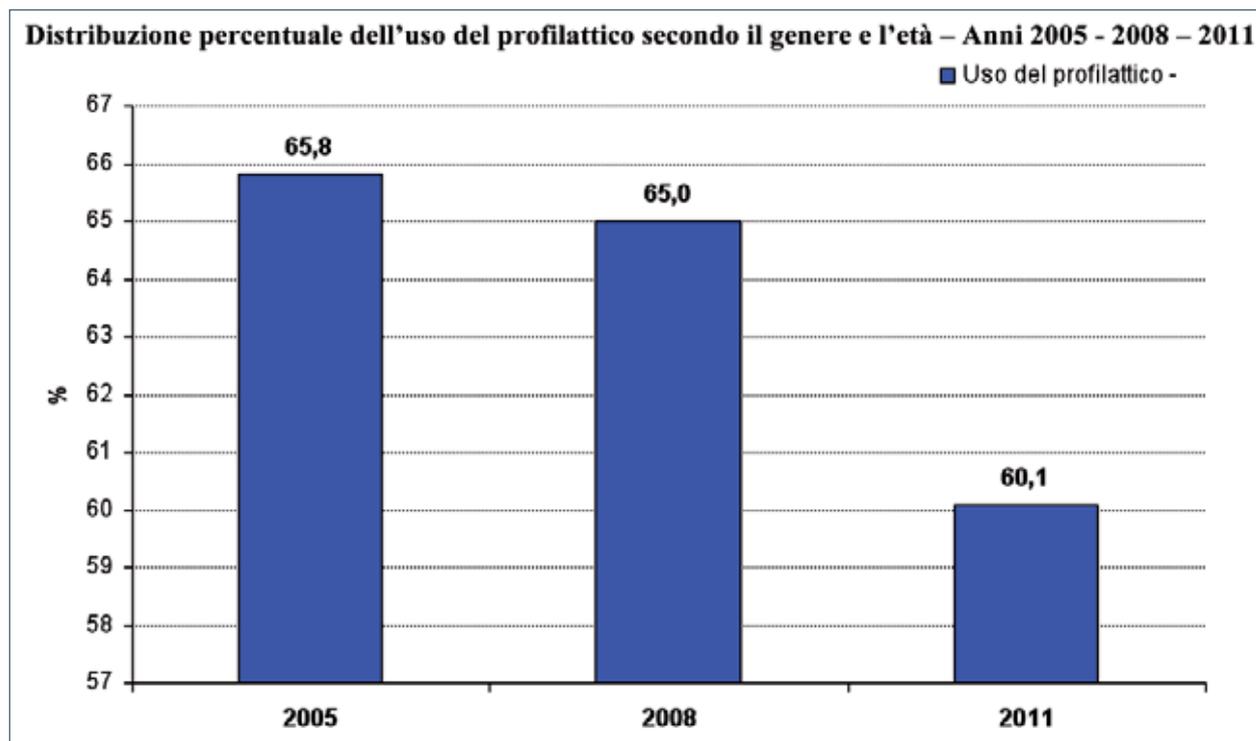
Per quanto riguarda le quantità consumate nel 2011 si trova una diminuzione del consumo medio mentre purtroppo salgono i consumi eccedentari. Quasi la metà del campione totale (maschi: 53,8%; femmine: 48,7%) riferisce di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno.

Questa percentuale cresce in modo preoccupante con il crescere dell'età, passando dal 23,6% dei 14enni al 67,4% di coloro che hanno 19 anni o più.

Questa tipologia di consumo si riscontra maggiormente in chi ha un rendimento scolastico almeno mediocre, tra chi ha consumato altre sostanze psicotrope, tra chi ha un'abitudine regolare al fumo e chi ha rapporti sessuali precoci, tra chi ha un elevato distress psicologico, da chi mostra tendenze verso il gioco d'azzardo.

Fenomeno ancor più allarmante è la maggiore propensione di chi ha comportamenti alcolici eccedentari ad essere coinvolto in un incidente stradale.

Per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti dai risultati dell'indagine emerge che in Toscana nel 2011 il 36,4% degli studenti ha dichiarato di aver utilizzato almeno una volta



nella vita una sostanza stupefacente con una rilevante attrazione di genere: il 31,9% delle femmine rispetto al 40,5% dei maschi.

Gli studenti che hanno consumato almeno una sostanza nell'ultimo anno sono il 31,1%, del totale del campione, mentre quelli che lo hanno fatto nell'ultimo mese sono il 24,8%.

Anche per queste due variabili, le prevalenze d'uso si mantengono diverse nei due generi (anno: 35,5% i maschi Vs 26,5% nelle femmine; mese: 29,2% Vs 20,3%).

Questi dati, rispetto a quelli emersi nella precedente rilevazione, non mostrano sostanziali differenze dei consumi nella vita e negli ultimi 12 mesi se non modesti decrementi, al contrario mostrano un netto aumento nei consumi relativi nell'ultimo mese.

Dalla rilevazione del 2008 è stata inserita una sezione sul gioco d'azzardo con l'obiettivo di fornire una dimensione alla diffusione di questo fenomeno tra gli studenti toscani ed alla loro propensione al gioco d'azzardo problematico (GAP).

I ragazzi che sembrano avere questo nuovo tipo di dipendenze sono nel 2011 in tutto il 9,8%, con una discreta differenza tra maschi e femmine (16,3% Vs 3,1%).

Per quanto riguarda il consumo di tabacco le tre edizioni EDIT confermano che le femmine superano i propri coetanei, sia nei consumi regolari che in quelli occasionali: il 25,7% delle studentesse consuma regolarmente tabacco ed il 15,3% lo fa occasionalmente contro, rispettivamente, il 22,6% ed il 12,7% degli studenti maschi.

Senza distinzione di genere, 15 anni è l'età in cui i ragazzi cominciano a fumare con regolarità.

Il 42% dei maschi ed il 30% delle femmine fumano più di 10 sigarette al giorno, mentre nel 2005 questi consumi si attestavano rispettivamente su proporzioni del 32,9% e 25,4%.

Tra i determinanti del consumo di tabacco, l'abitudine al fumo dei genitori, il tipo di istituto frequentato ed il livello di istruzione familiare giocano un ruolo rilevante.

L'abitudine al fumo dei genitori non solo aumenta la curiosità dei figli ma influenza sul consolidamento dell'abitudine: nelle famiglie in cui almeno uno dei due genitori fuma il 30,9% dei ragazzi compra abitualmente le sigarette, contro il 19,3% degli studenti che vivono in ambienti "liberi" da tabacco

L'indagine Edit permette di esplorare anche

altri comportamenti a rischio che non hanno diretta connessione con l'infortunistica stradale.

Per quanto riguarda ad esempio il fenomeno del bullismo nonostante le prese in giro e le offese continuino a rappresentare le principali forme di violenza, rispetto al 2008 risultano diminuite le azioni svolte fuori dalla scuola o nei luoghi di ritrovo mettendo la scuola stessa al centro delle dinamiche.

In particolare, all'interno della scuola, i ragazzi subiscono furti (27,1% degli atti di bullismo), minacce (28,0%) ed estorsioni di denaro (27,1%) mostrando che l'istituzione scolastica ha perso quel ruolo protettivo ricoperto fino a non molti anni fa.

Cosa spinge i ragazzi a compiere azioni come queste, sembra da ricercare nella forte necessità di risolvere efficacemente le cose (16% dei rispondenti) sottolineando la scarsa capacità di mediazione o di accettazione dei ragazzi di fronte al mancato raggiungimento del proprio desiderio.

Per quanto riguarda i comportamenti sessuali nonostante la diffusione delle malattie a trasmissione sessuale (MTS) nella popolazione giovanile risulti in costante aumento, la comunicazione sui rischi e sull'efficacia dei metodi di prevenzione si è ridotta nel corso degli anni.

In realtà, il mondo giovanile, che instaura prevalentemente rapporti affettivi con i propri coetanei, sentendosi lontano ed estraneo da patologie come l'HIV/AIDS risulta meno attento alla messa in atto di comportamenti preventivi.

Ed è proprio in questa direzione che vanno i risultati dello studio EDIT 2011.

A fronte di un aumento nel numero di ragazzi che si dichiarano sessualmente attivi (il 46% nel 2011 vs. il 39,7% nel 2005), assistiamo ad una riduzione nell'utilizzo del profilattico nella fascia di età 14-19anni.

Questo fenomeno nel corso degli anni si è ridotto di 5 punti percentuali passando dal 65,0% di utilizzatori nel 2008 al 60,1% rilevato nel 2011.

Questi dati mostrano come sia necessario e non più differibile orientare politiche e strategie di prevenzione capaci di poter causare modificazioni nei comportamenti dei ragazzi.

Dobbiamo orientarsi quindi verso le azioni di provata dimostrazione scientifica di efficacia, rendendo possibile la loro scelta e reindirizzando quelle con efficacia minore.

Gestione diretta dei sinistri in Regione Toscana

Un anno di esperienza dell'Azienda USL 5 di Pisa



Giuseppina Terranova, Dirigente Medico di medicina legale nell'Az. USL 3 di Pistoia (2002-2007), dal 2007 nell'Az. USL 5 di PI, si occupa di gestione integrata dei rischi nell'ambito del Nucleo Valutazione Sinistri, gestione del rischio clinico e problematiche medico-legali emergenti nella pratica clinico-assistenziale, in collaborazione con la Direzione dei Presidi. Ha conseguito l'attestato di formazione come Clinical Risk Manager.

Dal 1 gennaio del 2010 le Aziende Sanitarie della Regione Toscana gestiscono in proprio, attraverso Comitati di Gestione dei sinistri, le richieste di risarcimento avanzate dai cittadini per supposta responsabilità dei professionisti sanitari e/o dell'Azienda. I primi dati di attività dell'Azienda USL 5 di Pisa dimostrano che, in un buon numero di casi, è stato centrato in tempi ragionevoli l'obiettivo regionale della composizione stragiudiziale dei conflitti e del recupero della relazione con il cittadino.

Dal trasferimento del rischio alla gestione diretta

L'obiettivo di istituire, nelle Aziende sanitarie regionali, Nuclei per la valutazione della sinistrosità e del contenzioso, stabilito dal Piano Sanitario 2008-2010, ha subito un forte impulso con la Deliberazione GRT n. 1203 del 21-12-2009, che a partire dal 1 gennaio del 2010 ha decretato l'abbandono del tradizionale sistema di trasferimento del rischio alle Compagnie Assicuratrici ed il passaggio alla gestione diretta dei sinistri. Si tratta di una sfida senza precedenti per le Aziende Sanitarie toscane, che si sono tempestivamente attivate per costituire gli organismi multidisciplinari deputati alla gestione dei sinistri ed organizzarne il funzionamento.

Il percorso aziendale per la gestione diretta dei sinistri

Il Nucleo di Valutazione dei Sinistri (NVS) è composto dal Direttore della UO di Medicina Legale e Clinical Risk Manager, dal Responsabile della UO Affari Legali e da un suo collaboratore, da due medici legali quali consulenti dell'Azienda, e dal Direttore dei Presidi Ospedalieri. In casi specifici, ad esempio in caso di danno alla persona associato a danni a cose, il Nucleo di Valutazione dei Sinistri può essere allargato alle necessarie competenze tecniche.

In armonia con gli indirizzi regionali, il NVS ha elaborato e condiviso un regolamento interno che definisce le varie fasi del percorso di gestione dei sinistri, i compiti e le

responsabilità dei suoi componenti.

1) Istruttoria amministrativa: viene effettuata dalla UO Affari Legali entro 15 giorni, prevede l'invio all'interessato o al legale rappresentante di una lettera di convocazione con attribuzione del numero di sinistro, la richiesta di documentazione necessaria per la difesa dell'Azienda al Responsabile della Macrostruttura e l'iscrizione del sinistro nel Sistema Regionale per la Gestione dei Sinistri, un database che raccoglie e centralizza i dati inerenti i sinistri di tutte le Aziende.

2) Prima convocazione: entro 15 giorni il Nucleo di Valutazione dei Sinistri effettua una prima analisi del caso alla presenza dell'interessato e/o del suo legale rappresentante. Questo primo momento di contatto con il cittadino e di ascolto delle sue istanze è di fondamentale importanza non solo per indirizzare meglio l'istruttoria ed acquisire ulteriori elementi di valutazione ma anche per ricostruire un rapporto corretto e trasparente.

3) Accertamento medico legale per i sinistri qualificati da danno alla persona: il Nucleo di Valutazione dei Sinistri dà mandato ad uno dei consulenti medici legali di effettuare la visita dei soggetti danneggiati e redigere una relazione, contenente la valutazione dell'*an*, del *quantum* e della congruità delle spese sanitarie documentate. La relazione viene consegnata al Nucleo di Valutazione dei Sinistri entro un termine massimo di 5 mesi dall'apertura del sinistro, salvo casi particolari (lesioni complesse e non stabilizzate).

4) Definizione del caso: il Nucleo di Valutazione dei Sinistri effettua una valutazione conclusiva del caso e decide l'eventuale transazione o rigetto.

GIUSEPPINA TERRANOVA¹, STEFANO LELLI²,
LUCA NARDI³, ALESSANDRA DI BUGNO⁴,
ANNAMARIA LUPI⁵, BARBARA PAMPANA⁶

¹ Dirigente Medico di Medicina Legale,
² Direttore UO Medicina Legale
³ Direttore dei Presidi Ospedalieri
⁴ Direttore UO Affari Legali e Contenzioso
⁵ Dirigente Medico di Medicina Legale
⁶ UO Affari Legali e Contenzioso
Azienda USL 5 di Pisa

5) Comunicazione ai professionisti coinvolti delle conclusioni dell'istruttoria e della valutazione medico legale.

6) Transazione: viene gestita dalla UO Affari Legali e si conclude, ai sensi della Deliberazione GRT n. 1203 del 21-12-2009, entro 6 mesi dalla data di prima convocazione dell'interessato, fatta eccezione per particolari e complessi casi che richiedono tempi di istruttoria maggiori ma che comunque non possono essere superiori a 12 mesi. Con cadenza di norma semestrale viene trasmesso alla Corte dei Conti il report relativo ai sinistri liquidati allegando delibera di liquidazione del sinistro.

Dati di attività del 2010

Nell'anno 2010 il Nucleo Valutazione Sinistri ha analizzato 60 casi, di cui 38 responsabilità professionali (tra queste una caduta relativa ad un paziente), 8 cadute relative a soggetti non in regime di ricovero, 14 casi di smarrimento, danneggiamento o sottrazione di beni materiali (Grafico 1).

Per quanto concerne le responsabilità professionali, 34 casi sono qualificati da danno alla persona, 4 casi sono caratterizzati da danno economico.

La distribuzione per disciplina dei casi di responsabilità professionale mostra una netta prevalenza dell'ortopedia, in accordo con i dati storici di letteratura relativi all'esperienza degli osservatori medico legali del contenzioso; a seguire per numerosità della casistica troviamo l'otorinolaringoiatria, l'oculistica, la radiologia, il pronto soccorso (Grafico 2).

L'incidenza relativa della responsabilità per singoli reparti dimostra che, fortunatamente, solo una parte (in media meno della metà) del contenzioso deriva da comportamenti definibili come colposi in base all'esame medico legale e specialistico del caso.

Per quanto concerne lo stato delle pratiche, 16 sinistri sono stati liquidati, 11 sono stati chiusi senza seguito e 33 sono ancora aperti (Grafico 3); di questi 13 sono in fase di trattazione avanzata (sono già stati definiti dal Nucleo e in fase di transazione).

Conclusioni

I risultati di un anno di lavoro del Nucleo Valutazione Sinistri in gestione diretta ci sembrano incoraggianti in quanto dimostrano che l'Azienda è riuscita a rispondere tempestivamente alle istanze del legislatore regionale, sia dal punto di vista organizzativo, dotandosi di strumenti idonei a gestire i conflitti, sia dal punto di vista degli esiti del processo, dal momento che oltre la metà dei sinistri aperti nell'anno 2010 è giunto alla fase definitiva.

Uno degli aspetti più importanti e vantaggiosi di questa nuova gestione è rappresentato dalla possibilità, per l'Azienda, di controllare tutto il processo (dall'apertura del sinistro fino alla liquidazione), determinando tempestivamente le riserve economiche necessarie per garantire la sol-

vibilità dei sinistri aperti.

Il controllo sul percorso di gestione dei sinistri offre inoltre una preziosa occasione per recuperare il rapporto con i cittadini, che hanno la possibilità di esprimere i loro disagi ad un organismo aziendale direttamente coinvolto non solo nell'accertamento reattivo delle responsabilità ma anche nella prevenzione degli eventi avversi e dei conflitti attraverso la presenza, all'interno del Nucleo, di specifiche competenze.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: g.terranoval@usl5.toscana.it

TM



Grafico 1 - Distribuzione della casistica trattata dal Nucleo Valutazione Sinistri nel 2010 per tipologia di evento.



Grafico 2 - Distribuzione delle valutazioni medico-legali per struttura coinvolta.

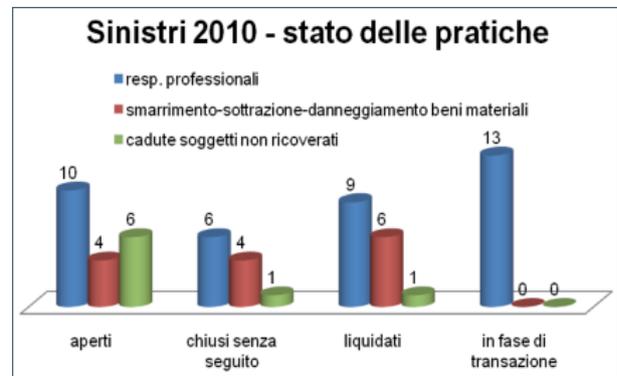


Grafico 3 - Stato delle pratiche per tipologia di evento (sinistri aperti nel 2010).

Le responsabilità nell'assistenza pediatrica sul territorio



Sergio Fucci, già consigliere presso la Corte d'Appello di Milano, è attualmente giudice presso la Commissione Tributaria Regionale della Lombardia. Studioso della bioetica e delle problematiche inerenti la legislazione sanitaria e la responsabilità civile, penale e deontologica del medico, è autore di varie pubblicazioni su questi temi, oltre che docente in master universitari e in corsi ECM.

Pubblichiamo volentieri questo intervento di un illustre giurista sulla importantissima questione sollevata dal Tribunale di Firenze sulla responsabilità del medico convenzionato titolare anche nei confronti dei comportamenti colposi del sostituto.

Ad oggi sappiamo soltanto che il Giudice di Appello ha interrotto l'obbligazione a pagare da parte del titolare.

Siamo in attesa delle pronunce della Magistratura di secondo grado.

La sentenza penale n. 159/11, emessa dal Tribunale di Firenze, sezione distaccata di Pontassieve, il 18/1/2011 e depositata il 13/6/2011, affronta uno dei più tipici casi di responsabilità professionale nei quali può incorrere un pediatra di famiglia che opera sul territorio: l'errore di diagnosi effettuata, peraltro, solo per via telefonica.

La sentenza in questione tratta, inoltre, alcuni ulteriori aspetti interessanti che riguardano sia il rapporto tra pediatra sostituto e pediatra titolare, che le conseguenti responsabilità sul piano prettamente civile del primo per gli errori commessi dal secondo professionista.

La sentenza, infine, affronta la questione inerente la responsabilità civile dell'Asl per gli errori commessi dal sanitario addetto alla guardia medica.

Non tutte le questioni che precedono vengono risolte sempre in maniera condivisibile, ma è senz'altro utile e opportuno soffermarsi sulle motivazioni espresse dal giudice a sostegno della soluzione data agli aspetti problematici dei temi sopra elencati che sono stati affrontati nella sua decisione.

La questione della responsabilità civile conseguente al reato accertato

Accertata la responsabilità dei due medici che hanno avuto in cura la piccola paziente (medico sostituto del pediatra titolare e medico di continuità assistenziale), il Tribunale passa ad esaminare le domande di risarcimento dei danni avanzate dai soggetti costituiti Parte Civile (i due genitori e i due nonni materni), accogliendole e rimettendo le parti per la liquidazione definitiva degli stessi davanti al competente giudice civile.

Nel contempo il Tribunale ritiene di dovere liquidare, in via provvisoria, in favore delle predette Parti Civili, una somma superiore nel suo complesso ai tre milioni di euro.

La condanna al risarcimento dei danni, dichiarata provvisoriamente esecutiva nonostante gravame, riguarda, in via solidale, non solo i due sanitari ritenuti colpevoli del delitto di omicidio colposo in danno della bimba, ma anche l'Asl e il pediatra sostituto, citati quali responsabili civili del fatto reato commesso dagli imputati.

Questa condanna dei responsabili civili appare essere la questione più opinabile tra quelle affrontate dal giudice nella sentenza oggetto di questo commento.

È opportuno, quindi, un approfondimento critico della questione, partendo ovviamente dalla motivazione addotta dal Tribunale a sostegno della relativa decisione.

Il giudice ritiene che sia l'Asl sia la pediatra sostituita possano essere ritenute responsabili civili in virtù del disposto dell'art. 1228 del codice civile – intitolato “Responsabilità per fatto dell'ausiliario” che, afferma il Tribunale, “è un titolo di responsabilità contrattuale allorché il debitore della prestazione si avvale dell'opera di terzi nell'adempimento”, rispondendo anche dei fatti dolosi o colposi commessi dal terzo nell'esecuzione della prestazione.

Precisa, ancora, il Tribunale che l'art. 1228 c.c. “è una responsabilità contrattuale di natura oggettiva che prescinde da qualsiasi profilo di rimproverabilità al debitore per culpa in eligendo o in vigilando sull'ausiliario” e che questa norma contiene “una regola comune a tutti i rapporti obbligatori”.

SERGIO FUCCI

Giurista e bioeticista, magistrato tributario, già consigliere presso la Corte d'Appello di Milano

Il giudicante afferma, quindi, che – in base all’orientamento giurisprudenziale che qualifica come responsabilità contrattuale la responsabilità della struttura e del medico verso il paziente danneggiato – l’Asl di Firenze è tenuta a risarcire i danni, patrimoniali e non, subiti dalle parti civili in dipendenza della condotta colposa del sanitario addetto alla “guardia medica convenzionata presso la struttura di Pontassieve, facente parte della dislocazione dei servizi sanitari in ambito territoriale allestiti dall’Azienda”. Non ha importanza, al riguardo, secondo il giudicante, la circostanza che il medico non sia dipendente della struttura; quello che rileva e che fa nascere la responsabilità contrattuale dell’Azienda “è che il medico sia inserito nell’ambito organizzativo del servizio”.

Sembra, in definitiva, che il Tribunale abbia inteso applicare nel rapporto tra Asl e sanitario addetto alla guardia medica i principi che la giurisprudenza ha elaborato per configurare, accanto alla responsabilità contrattuale del medico non dipendente che opera in una determinata casa di cura, anche quella della struttura stessa verso il paziente per il fatto illecito del collaboratore-ausiliario.

Ma non sembra che la posizione del sanitario addetto alla guardia medica (ora continuità assistenziale) sia, nel rapporto con l’Asl, identica a quella del libero professionista che presta la sua attività in una clinica che, quindi, si avvale anche della sua opera per soddisfare le richieste del paziente ivi ricoverato.

Si tratta, invece, di un rapporto di lavoro autonomo convenzionato rientrante nello schema dei rapporti di collaborazione di diritto privato che si concretano in una prestazione d’opera continuata e coordinata, prevalentemente personale, anche se non a carattere subordinato, come quello che lega alle Asl i singoli medici di medicina generale che si occupano di assistenza primaria.

La giurisprudenza della Corte di Cassazione che si è dovuta occupare della responsabilità penale dei medici di medicina generale ha, peraltro, escluso che l’Asl possa essere chiamata a rispondere quale responsabile civile dell’illecito di natura penale eventualmente commesso da questo sanitario che certamente si inserisce “nell’ambito organizzativo” di questo particolare servizio offerto agli utenti che vi afferiscono e che fa parte del complessivo sistema sanitario italiano.

La Suprema Corte ha precisato che non ricorre “né un rapporto di immedesimazione organica, né di ausiliarità tra ASL ed il medico convenzionato”, sanitario che “va considerato alla stregua di un professionista del tutto autonomo, scelto dal paziente in piena libertà”.

Ha aggiunto, infine, la Suprema Corte che “va, pertanto, escluso che possano trovare applicazione nella fattispecie in esame gli artt. 1228 e 2049 c.c., norme che pongono a carico del datore di lavoro la responsabilità per i danni arrecati dai suoi dipendenti con dolo o colpa, non potendosi sostene-

re che il fatto del sanitario convenzionato sia in qualche modo riferibile all’Asl o che, in ogni caso, venga in essere un contratto sociale fra quest’ultima ed il paziente, con conseguente insorgenza di un rapporto obbligatorio (come ritiene, invece, la giurisprudenza fra il paziente e l’ente ospedaliero, pubblico o privato)”, ovvero “fra il paziente e la casa di cura” direttamente obbligata in virtù del cosiddetto “contratto di ospedalità”.

Come si evince dai brani della motivazione della sentenza n. 36502/08 la Cassazione Penale esclude che tra l’Asl e il paziente assistito da un medico convenzionato sussista un qualsiasi diretto contratto o rapporto obbligatorio, circostanza quest’ultima che costituisce il necessario presupposto per potere applicare la disposizione prevista dall’art. 1228 del codice civile, in quanto l’unico “debitore” della prestazione viene individuato nel sanitario convenzionato.

In base a queste considerazioni non appare condivisibile la decisione del Tribunale di Firenze laddove ha posto anche a carico dell’Asl il risarcimento dei danni che ha liquidato in favore delle Parti Civili per l’illecito commesso dal sanitario addetto alla guardia medica.

Le considerazioni espresse dalla Cassazione Penale nella citata sentenza n. 36502/08 appaiono utili a verificare la reale portata della disposizione contenuta nell’art. 1228 c.c. che il Tribunale richiama (probabilmente ingiustamente) a sostegno della condanna al risarcimento inflitta anche al pediatra sostituito.

Afferma, invero, il Tribunale che – dato che tra la pediatra sostituita e la famiglia che la scelse come medico di fiducia della piccola Eleonora si è concluso direttamente un “rapporto fiduciario obbligatorio” – l’art. 1228 del codice civile deve trovare applicazione anche nei confronti della predetta professionista che, essendo obbligata alla relativa prestazione di assistenza, deve rispondere sul piano risarcitorio civile dell’illecito penale commesso dalla sostituita pediatra che, quindi, ha operato quale sua “ausiliaria”.

Questa ricostruzione del rapporto obbligatorio esistente tra la famiglia di Eleonora e la pediatra di fiducia scelta per l’assistenza alla piccola bambina non appare condivisibile laddove finisce con il ritenere che a carico della professionista in questione possa – pur in mancanza di quel “contratto sociale” che la Corte di Cassazione ritiene il presupposto minimo necessario per assumere quell’obbligazione diretta di cura da cui discende poi la sua responsabilità *sub specie* contrattuale – configurarsi la responsabilità oggettiva ex art. 1228 c.c. per l’illecito commesso dall’ausiliario.

La circostanza che una famiglia scelga un professionista convenzionato con l’Asl come pediatra di fiducia della propria prole non può evidentemente comportare che questo specialista assuma un’obbligazione di cura se non viene contattato dai genitori.

Solo in seguito a questo “contatto”, infatti, si stipula di fatto un contratto di assistenza con assunzione da parte del pediatra della relativa “posizione di garanzia” della salute della persona in cura.

In mancanza di questo “contatto”, invero, il rapporto di assistenza non sussiste ovvero è meramente astratto in quanto la famiglia che ha scelto, tra quelli che l’Asl segnala come disponibili, il pediatra di fiducia ha solo la possibilità di attivare – di volta in volta, secondo le varie necessità di cura della prole che possono insorgere nel tempo e secondo le norme stabilite nella relativa convenzione che regola questo servizio – quella richiesta di aiuto nei suoi confronti che concretizza il diritto dell’interessato ad essere assistito da quel professionista.

Appare, inoltre, davvero arduo ritenere, come invece statuito dal Tribunale, che il rapporto tra il pediatra titolare della convenzione e il suo sostituto sia identico al rapporto che si crea tra l’ospedale e il medico strutturato ovvero tra la casa di cura e il sanitario libero professionista che ivi presta la sua attività.

D’altra parte, nel caso di specie, è stata esclusa ogni responsabilità del pediatra titolare nella scelta della sua sostituta (c.d. “*culpa in eligendo*”) e, quindi, l’unica ipotesi di responsabilità ritenuta sussistente è quella che fa riferimento all’art. 1228 c.c. che, peraltro, presuppone che il professionista sostituito avesse, nella fattispecie oggetto del giudizio, un obbligo contrattuale di intervenire nell’assistenza alla piccola paziente inesistente in concreto per le ragioni sopra evidenziate.

Il rapporto di cura con lo specialista si è, infatti, concretizzato solo nei confronti del sostituto quando quest’ultimo ha ricevuto le varie telefonate sopra menzionate, con richiesta di consulenza e assistenza in favore della piccola paziente.

Non risulta, inoltre, contestato che il pediatra titolare abbia, nel caso di specie, rispettato la normativa nazionale e regionale che regola le sostituzioni temporanee ed è pacifico che quando è stato commesso l’illecito penale da parte del sostituto il titolare fosse in ferie.

In queste circostanze dovrebbe ritenersi che solo il professionista nominato in sostituzione si assume direttamente e formalmente le responsabilità nei confronti della bambina per la cui assistenza viene contattato, come espressamente previsto nell’accordo nazionale che regola l’esercizio della pediatria di base richiamato nella sentenza in commento.

La richiesta di assistenza rivolta nei suoi confronti integra quel “contratto sociale”, che è il presupposto di quel rapporto obbligatorio che rende

doverosa (e non meramente eventuale) la sua attività professionale, rapporto cui invece rimane estraneo – non solo di fatto ma anche sul piano giuridico – il titolare della convenzione.

Deve ritenersi, infatti, che solo per evidenti motivi organizzativi la convenzione preveda che sia il titolare, in prima istanza, a nominare il proprio sostituto comunicando la circostanza all’Asl di riferimento, e che sia sempre il titolare a corrispondere direttamente al sostituto (solo, peraltro, per i primi trenta giorni di sostituzione) quanto dovuto in base alle relative norme.

Conclusioni

Da quanto precede emerge che la decisione del Tribunale non appare condivisibile laddove ritiene responsabili civili dei fatti reato ascritti agli imputati anche l’Asl e il pediatra titolare.

Trattandosi di sentenza di primo grado occorre, comunque, attendere l’esito degli altri gradi del giudizio per il definitivo accertamento delle responsabilità di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nel giudizio.

Come sopra osservato, appare arduo ritenere che il pediatra titolare, pur essendo in ferie, avesse contratto un’obbligazione di cura della piccola Eleonora nel contesto temporale in cui sono avvenuti i fatti di causa e, comunque, non sembra che sia possibile qualificare come suo “ausiliario” il pediatra che lo ha sostituito secondo quanto previsto dalla relativa convenzione.

Sembra, inoltre, più corretto ritenere che il contratto di cura si sia concluso direttamente tra la madre della bimba e il professionista “sostituito” che, quindi, ha prestato la sua attività in adempimento dei propri doveri.

Anche l’attività compiuta dal sanitario addetto alla guardia medica non appare riferibile all’Asl, ma agli obblighi assunti con la relativa convenzione e, quindi, non sembra condivisibile la decisione di condannare l’azienda sanitaria come responsabile civile dell’operato del medico convenzionato.

Sarà quindi interessante verificare se la tesi esposta dal Tribunale al riguardo troverà conferma nei successivi gradi del giudizio ovvero la sentenza verrà riformata almeno in parte.

In ogni caso un insegnamento va tratto dalla sentenza del Tribunale e cioè che occorre rimanere sempre critici rispetto alle ipotesi di diagnosi effettuate inizialmente, soprattutto quando il contatto con la richiesta di cura è avvenuto solo per telefono e, quindi, non può essere considerato tale da offrire sempre tutti gli elementi per una diagnosi circostanziata e più attendibile.

TM

Tratto da: *Manuale della Professione Medica - Deontologia Etica Normativa* a cura di A. Pagni e S. Fucci, CG Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2010 - Aggiornamento n. 9 Versione online 2011 a cura di S. Fucci.



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

Sclerosi Multipla e gravidanza

Il punto di vista ostetrico nell'approccio clinico

La sclerosi multipla (SM), o a placche, è una malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale, a patogenesi autoimmune e decorso cronico. Colpisce giovani adulti, più frequentemente le donne rispetto agli uomini (rapporto 2:1).

L'esordio della malattia durante la gravidanza è raro; più frequentemente è invece riportato l'esordio nel periodo puerperale.

Oltre al suo impiego per il monitoraggio dell'attività di malattia, la Risonanza magnetica riveste un ruolo diagnostico fondamentale. Sebbene non siano stati riportati effetti avversi, l'American College Obstetrics and Gynecologists raccomanda di non eseguire la Risonanza magnetica nucleare durante il primo trimestre di gravidanza, limitando le possibilità diagnostiche in questo periodo.

1. Trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico prevede:

- trattamento delle ricadute, mediante boli steroidei ad alte dosi e.v.. La plasmferesi è riservata al trattamento di ricadute gravi non responsive agli steroidi;
- trattamento di fondo, mediante l'impiego dei farmaci modificanti il decorso di malattia (DMD): immunomodulanti come i beta-interferoni (BINF) e il glatiramer-acetato (GA), immunosoppressori (mitoxantrone) e nuovi farmaci (natalizumab, fingolimod).

La Food and Drug Administration (FDA) e le Consensus Guidelines raccomandano di interrompere gli immunomodulanti un mese prima del concepimento. Un recente studio italiano, coordinato dai ricercatori dell'Università di Firenze, documenta comunque una sostanziale sicurezza di questi farmaci nel primo mese di gravidanza. Per

il mitoxantrone, natalizumab e fingolimod è consigliata una sospensione più prolungata.

Discuteremo di seguito i quesiti che più frequentemente ci vengono posti dalle pazienti in fase di colloquio pre-gestazionale o all'inizio della gravidanza.

2. La gravidanza influenzerà la progressione della mia malattia?

La gravidanza è sicura nella maggior parte delle pazienti e non influenza il decorso della malattia e l'invalidità nel lungo termine. Alcuni Autori suggeriscono addirittura una evoluzione più favorevole nel-

le donne che hanno avuto gravidanze rispetto alle nullipare.

I nove mesi di gravidanza, soprattutto il terzo trimestre, si associano a un minor rischio di ricadute, mentre il tasso di ricadute aumenta nel post-partum, specie nei primi tre mesi, riportandosi ai livelli pre-gravidici dopo 12 mesi dal parto. Una più alta attività di malattia nell'anno pre-gravidanza predice un maggior rischio di ricadute puerperali.

3. La Sclerosi Multipla può influenzare la gravidanza? Avrò un figlio normale, un bambino sano?

La Sclerosi Multipla non influenza fertilità e concepimento.

La gravidanza è caratterizzata da alcune modificazioni fisiologiche che, nella paziente con disordine neurologico, potrebbero trasformarsi in disagi:

- riduzione della peristalsi urinaria con conseguente aumento dell'incidenza di infezioni ed episodi di incontinenza urinaria;
- diminuzione della peristalsi intestinale e quindi stipsi;
- anemia sideropenica da insufficiente apporto alimentare di ferro;

FEDERICO MECACCI, CAMILLA NARDINI, SERENA OTTANELLI, MARIA PIA AMATO*, EMILIO PORTACCIO*, GIORGIO MELLO

*D.A.I.M.I. - SOD Medicina Prenatale
AOU Careggi, Firenze*

** Settore Sclerosi Multipla -SOD Neurologia 1
AOU Careggi, Firenze*

- problemi circolatori per scarsa mobilità (stasi venosa);
- spasticità e disreflessia autonoma. La spasticità interessa prevalentemente gli arti inferiori e può essere associata a spasmi dolorosi.

La disreflessia autonoma può manifestarsi in gravidanza, parto e post-partum con alcuni sintomi: ipertensione, cefalea pulsante, bradicardia o tachicardia, sudorazione e sintomi minori come congestione nasale, eritema, midriasi, dispnea, incremento di spasticità ad arti inferiori ed addome. I sintomi della disreflessia dopo la 20^a settimana possono essere confusi con quelli della pre-eclampsia.

Possono talora insorgere difficoltà nelle pazienti con la variante spinale della Sclerosi Multipla o in quelle che affrontano la gravidanza con una forma avanzata della malattia e significativa disabilità. Le donne con Sclerosi Multipla non sono a maggior rischio di parto pretermine ma possono avere meno capacità di identificarne i sintomi se c'è un coinvolgimento significativo spinale, soprattutto sopra il livello T6. Queste pazienti sono in grado di avvertire le contrazioni in maniera indiretta sotto forma di colica addominale, "mal di schiena", crisi disreflessica. Le pazienti dovrebbero essere consapevoli di questa possibilità e nei casi più gravi devono essere istruite sulle tecniche di palpazione uterina.

Va comunque considerata la presenza di fattori confondenti, quali sovrappeso e obesità, secondari alla sedentarietà obbligata ed il maggior rischio di diabete gestazionale o preeclampsia. La programmazione della gravidanza, anche per questo motivo, risulta importantissima.

Secondo studi recenti la Sclerosi Multipla non risulta associata con *outcomes* gravidici e neonatali avversi: non sono dimostrate differenze significative tra gestanti con e senza Sclerosi Multipla in termini di peso medio alla nascita, età gestazionale al parto, incidenza di TC, parto vaginale assistito, durata della gestazione. Le pazienti con Sclerosi Multipla e significativa disabilità possono comunque richiedere maggiore assistenza al parto.

4. C'è il rischio che mio figlio erediti la Sclerosi Multipla?

La Sclerosi Multipla non è ereditariamente trasmissibile e nell'85-90% dei casi si manifesta in forma sporadica (un solo caso in una famiglia). Nella sua eziopatogenesi interagiscono fattori di predisposizione genetica, come alcuni aplotipi HLA, e fattori ambientali. I familiari di primo grado di un paziente con Sclerosi Multipla hanno comunque una maggiore predisposizione alla malattia. Ad esempio, il rischio per i fratelli di un paziente è intorno al 3-5%, approssimativamente 30 volte maggiore rispetto al rischio della popolazione generale (circa 0,1%). Analogamente, il

rischio di malattia per la prole è di circa il 4% se un genitore ha la Sclerosi Multipla. L'incidenza sale al 30% nella rara evenienza in cui entrambi i genitori siano affetti. Nei gemelli omozigoti la concordanza per malattia è circa 6 volte maggiore rispetto ai gemelli dizigoti.

5. Dovrò fare un taglio cesario (TC) programmato? E nel caso potrò ricevere un'anestesia spinale o epidurale?

Le pazienti con Sclerosi Multipla, in linea generale, non hanno un travaglio di parto con maggiori complicanze rispetto a quelle non affette e la modalità viene decisa in base a criteri ostetrici in relazione alle condizioni di compromissione materna. Uno studio recente ha riportato un più alto tasso di parti indotti e di parti operativi, con un trend che suggerisce un più lento tasso di progressione nella seconda fase del travaglio che può essere gestito con un parto vaginale operativo (assistenza con forcipe o ventosa).

È controverso se l'anestesia abbia un ruolo nel favorire le ricadute nella Sclerosi Multipla. Va comunque sottolineato che l'anestesia epidurale è sicura e in tutti gli studi non è stata dimostrata alcuna associazione tra anestesia epidurale e rischio di ricadute puerperali.

6. Qual è il trattamento più indicato per le ricadute durante la gravidanza e l'allattamento?

I glucocorticoidi sintetici (metilprednisolone, desametasone) sono usati come trattamenti sintomatici per accelerare il recupero da una recidiva. Possono essere usati nel secondo e nel terzo trimestre, ma sono in genere evitati nel primo trimestre (periodo critico dell'organogenesi). Le ricadute in corso di gravidanza vengono trattate con gli stessi steroidi impiegati fuori dalla gravidanza. Ogni rischio fetale è minimo, perché questi tipi di steroidi sono largamente metabolizzati dalla placenta e solo una minima quantità raggiunge il feto. Possono condizionare la densità ossea materna riducendo il calcio corporeo, inibendo il riassorbimento di calcio e aumentando l'escrezione. Il trattamento sostenuto ed intenso può portare all'osteonecrosi come una necrosi asettica della testa del femore, mentre un trattamento cronico può portare all'osteoporosi con collasso osseo e frattura. Queste conseguenze negative sull'osso possono essere minimizzate da misure come l'uso di calcio e la vitamina D, attività fisica, monitoraggio della densità ossea e terapie specifiche per l'osteoporosi. A queste si aggiungono complicanze metaboliche come incremento dell'insulino-resistenza, eccessivo incremento ponderale, ipertensione e disturbi psichici.

7. L'allattamento è consigliato e sicuro?

Il possibile ruolo protettivo dell'allattamento rispetto alle ricadute puerperali rimane contro-

verso. Lo studio italiano non conferma tale ruolo protettivo e suggerisce di valutare la decisione nel singolo caso, alla luce delle caratteristiche di attività e decorso di malattia.

Sicuramente il post-partum è un periodo a rischio di ricadute di malattia: per questo è in genere consigliabile riprendere o instaurare la terapia con i farmaci modificanti il decorso di malattia (DMD).

Vanno inoltre considerati gli effetti sul neonato per il possibile passaggio dei farmaci nel latte materno. I corticosteroidi possono influenzare la crescita e interferire con la produzione endogena di corticosteroidi (CCS). Le immunoglobuline e.v. possono essere usate, mentre l'allattamento è controindicato con mitoxantrone, azatioprina, immunomodulanti, natalizumab e fingolimod.

Management della gestante con Sclerosi Multipla

La gravidanza nella paziente con Sclerosi Multipla necessita di una maggiore sorveglianza clinica che consiste in:

- visite ostetriche mensili;
- stretta sorveglianza ecografica (datazione gravidanza e duo test, anatomia fetale, adeguamento vascolare utero-placentare, valutazione accrescimento fetale);
- consulenze periodiche con il neurologo di riferimento;
- esami ematochimici per la valutazione della funzionalità d'organo e l'adeguamento gestazionale;
- attenta valutazione del metabolismo glicidico;
- eventuale profilassi con eparina a basso peso molecolare;
- particolare attenzione per rischio di parto prematuro (Cervicometria TV periodica, urino-cultura, tampone vaginale);
- programmazione del timing/modalità del parto con paziente, neurologo ed anestesista in relazione al grado di compromissione materna.

La gestione della gravidanza in queste pazienti deve essere affidata a un'équipe multidisciplinare che comprenda ostetrico, neurologo, anestesista e neonatologo in grado di interagire e collaborare tra loro.

Alle giovani donne con diagnosi recente di Sclerosi Multipla che stiano considerando un progetto di gravidanza, si può consigliare di posticipare la gravidanza dopo un periodo di osservazione, atto a valutare il grado di attività della malattia. In alcune pazienti, ad attività elevata, può essere opportuno posticipare il programma ed effettuare prima un periodo di trattamento con farmaci DMD. In altre pazienti, a bassa attività, il programma di gravidanza può essere avviato, iniziando il trattamento con DMD dopo il parto.

Riportiamo di seguito la descrizione di un caso nel quale l'alto grado di attività di malattia pre-gravidanza e la mancata programmazione della gravidanza ha condizionato un outcome materno problematico.

CASO CLINICO

M.S. anni 33, italiana, nel 2004 diagnosi di Sclerosi Multipla forma recidivante remittente ad alta attività, presa in carico dalla SOD di Medicina Prenatale - AOUCareggi - alla 12° settimana gestazionale.

Fino alla 20° settimana la gravidanza ha mostrato un andamento fisiologico, con esami ematici e GCT nella norma.

Alla 20° settimana ricaduta clinica trattata con corticosteroidi e.v., ad alte dosi, con parziale recupero; è stata iniziata terapia con E.B.P.M. (4000 UI/die) per sedentarietà obbligata e controllo glicemico intensivo in relazione alla terapia cortisonica.

La gravidanza è decorsa senza complicanze fino alla 28° settimana quando, per importante ricaduta clinica (paraplegia), si è reso necessario ricovero presso SOD Neurologia I AOU Careggi. La paziente è stata trattata con cortisone e Ig e.v. con recupero parziale.

A 38+3 settimane nascita di un feto di sesso femminile, peso di 2480 g, lunghezza 45 cm (Indice ponderale P.I. 2,72) con TC di elezione in anestesia epidurale.

In immediato postpartum è stato somministrato un bolo di cortisone. Si è verificato comunque un marcato aggravamento dell'attività di malattia, che ha richiesto un nuovo ciclo steroideo. La paziente è stata consigliata di rinunciare all'allattamento e riprendere quanto prima il trattamento immunomodulante: ha comunque preferito allattare. L'allattamento è stato sospeso dopo 4 settimane per nuova riacutizzazione della malattia ed è stata ripresa la terapia con glatiramer-acetato (GA).

Concludendo, la Sclerosi Multipla non rappresenta un ostacolo al concepimento né al buon esito della gravidanza. Il post-partum è associato a un maggior rischio di ricadute, ma queste non sembrano interferire sullo sviluppo di disabilità nel lungo termine. È necessaria una specifica attenzione nella gestione delle pazienti con decorso di malattia particolarmente attivo, o in fase avanzata di malattia, con significativa disabilità.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: mecacci@tin.it

TM

Lichen Scleroso Vulvare

Nuovo approccio terapeutico con plasma ricco di piastrine autologo



Riccardo Rossi, laureato in Med. e Chirur. e specializzato in Ostetricia e Ginecologia c/o l'Univ. di Firenze. Dirigente Medico presso S.O.C. Ginecologia dell'Ospedale S.M. Annunziata ASL 10 di Firenze, dove è responsabile della Chirurgia Ambulatoriale Ginecologica. Si occupa di Isteroscopia, Colposcopia e Vulvosocopia. Consulente ISPO di Firenze per la Colposcopia.

Il Lichen Scleroso è una dermatosi cutaneo-mucosa caratterizzata da modificazioni croniche del trofismo della maturazione epiteliale unitamente ad alterazioni del connettivo. Nell'area anogenitale sono interessate da tale patologia, principalmente, il clitoride e le piccole labbra; a seguire le grandi labbra e l'area perineale.

Il Lichen Scleroso può manifestarsi a qualunque età anche se predilige il periodo peri e post-menopausale.

Il sintomo prevalentemente segnalato è il prurito, datante anche molto tempo; seguono il bruciore, il dolore spontaneo, la dispareunia, la disuria e la secchezza cutaneo-mucosa.

La vulva ha un colorito bianco madreperlaceo con superficie atrofica; le piccole labbra possono presentare vari gradi di atrofia fino alla totale fusione con incappucciamento del clitoride. Il vestibolo è rigido e sclerotico; l'introito vaginale appare ridotto; non di rado il quadro si estende al perineo ed al periano evocando una figura ad "8".

Il Lichen Scleroso è considerato un'entità nosologica a genesi multifattoriale. Il coinvolgimento del sistema immunitario cutaneo sembra essere presente nelle diverse fasi evolutive della malattia: in soggetti geneticamente predisposti l'azione di antigene provocherebbe una peculiare risposta

immunitaria cutanea con attivazione di linfociti T e macrofagi in grado di produrre citochine ad attività collageno-sintetica.

Istologicamente il Lichen Scleroso è caratterizzato dalla presenza nel derma di un infiltrato infiammatorio, disposto a banda, costituito da linfociti, cellule dendritiche e macrofagi, in cui si assiste ad un'atrofia dell'epidermide, che diventa piatta, ed al progressivo ispessimento del derma dovuto alla

sclerosi, cioè all'aumentata deposizione di fibre collagene.

Per la collocazione del Lichen Scleroso nell'ambito delle dermatosi immunomediate, si

usa correntemente, nel piano terapeutico, l'applicazione di corticosteroidi di elevata e media potenza (capaci di azione immunosoppressiva) con dosi di attacco e poi di mantenimento uniti ad abbondante uso di creme emollienti; tali presidi farmacologici devono avere una continua e, spesso, perenne somministrazione.

Studi retrospettivi hanno dimostrato, mediante una revisione istologica del tessuto non neoplastico adiacente al tumore, un'associazione tra Lichen Scleroso e carcinoma a cellule squamose del 45-60%. Questi dati non hanno dimostrato un nesso causale fra le due patologie; solo studi

RICCARDO ROSSI*, ALFIO FRIZZI*,
ANGELA ERMINI°

* S.O.C. Ostetricia e Ginecologia
° Struttura Trasfusionale
Ospedale S.M. Annunziata ASL 10 di Firenze



Figura 1 - Quadro clinico di Lichen Scleroso vulvare pre-trattamento con Plasma Ricco di Piastrine.



Figura 2 - Stesso caso clinico post-trattamento.

prospettici potrebbero chiarire il grado di rischio associato al Lichen Scleroso. Un tale studio della nostra Scuola di Firenze ha dimostrato come non solo l'incidenza di Carcinoma vulvare invasivo in una coorte di donne affette da Lichen Scleroso sia statisticamente più elevata che nelle donne libere da malattie (RR 246.6), ma anche che la corticosteroidoterapia topica, per quanto necessaria ed efficace nel controllo della malattia, non sembra ridurre il rischio di evoluzione verso il carcinoma.

Lo scopo di questo nuovo approccio terapeutico rigenerativo nel Lichen Scleroso è quello di ridurre o eliminare la sintomatologia e migliorare le caratteristiche di atrofia e sclerosi della malattia vulvare.

La metodica si basa sulla somministrazione in via infiltrativa dermica di Plasma Ricco di Piastrine autologo in pazienti affette da Lichen Scleroso vulvare.

Il Plasma Ricco di Piastrine è costituito da piastrine ad alta concentrazione, ricche di fattori di crescita (PDGF, EGF, IGF e TGF- β) che vengono progressivamente liberati nei tessuti dai loro α -granuli in seguito alla loro fisiologica attivazione; è stato ampiamente dimostrato, sia in vivo che in vitro, che tali fattori stimolano la rigenerazione tissutale e modulano la risposta infiamma-

toria locale.

Il trattamento è stato condotto, dopo approvazione del Comitato di Bioetica della ASL 10 di Firenze, presso la Chirurgia Ambulatoriale dell'Ospedale Santa Maria Annunziata (Servizio di Colposcopia e Patologia Vulvare) in regime totalmente ambulatoriale.

La diagnosi è stata effettuata dopo vulvoscolpia e punch biopsy, con invio del materiale biologico al Servizio di Anatomia Patologica del nostro Presidio Ospedaliero.

La paziente, una volta letto e firmato il consenso informato, è stata sottoposta presso la Struttura Trasfusionale a donazione autologa di sangue intero da cui è stato preparata la dose terapeutica di Plasma Ricco di Piastrine.

La paziente è stata invitata a compilare un sintetico questionario sulla qualità di vita legata alle attuali e pregresse problematiche vulvari che ha ripetuto al termine del ciclo terapeutico.

La nostra sperimentazione, iniziata nel febbraio 2011, include 13 pazienti con un'età compresa fra 59 e 80 anni; solo 4 avevano effettuato corticosteroidoterapia in precedenza.

Sono state effettuate foto delle lesioni prima e dopo il trattamento, con ripetizione del prelievo bioptico vulvare al termine dello studio.

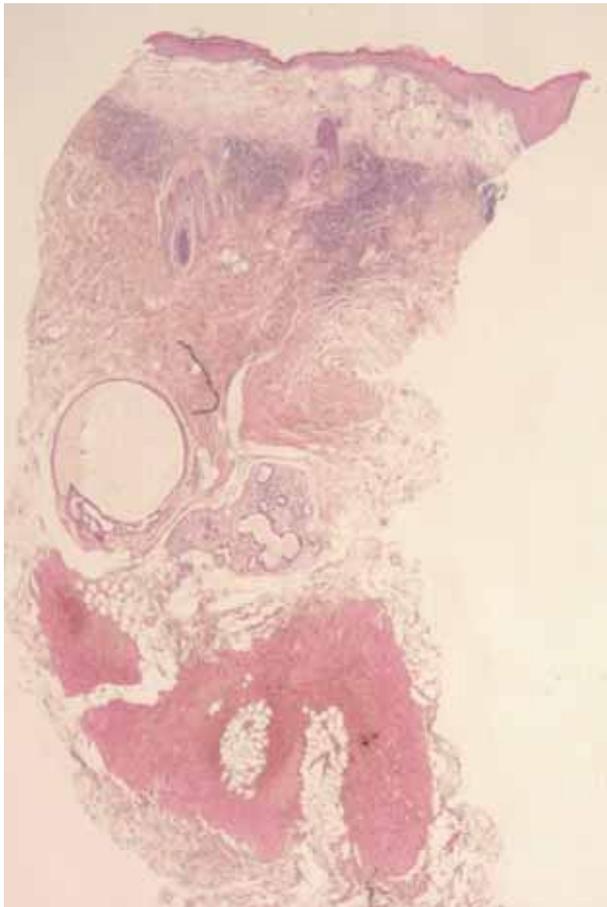


Figura 3 - Quadro istopatologico di Lichen Scleroso vulvare pre-trattamento con Plasma Ricco di Piastrine.

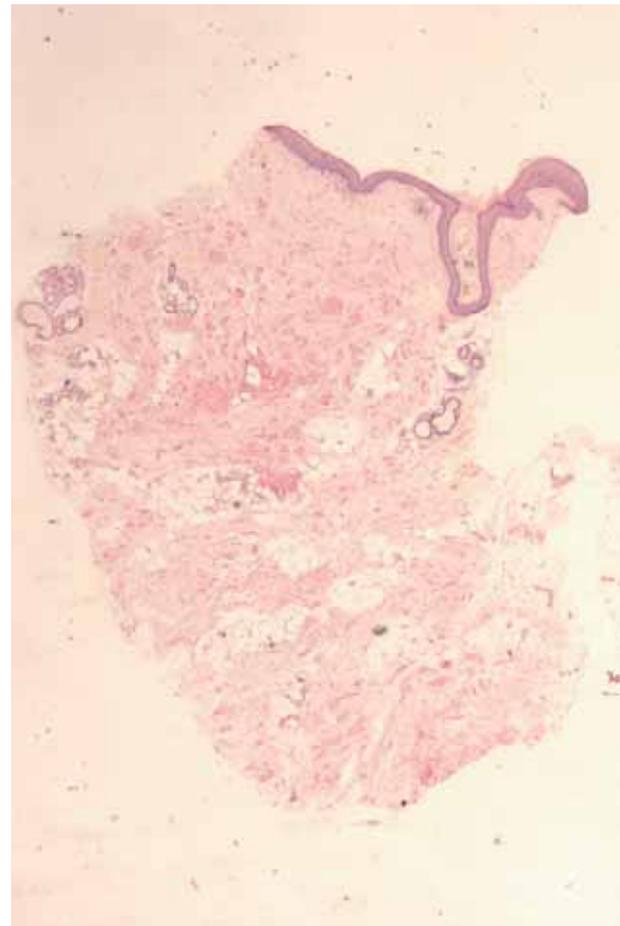


Figura 4 - Quadro istopatologico post-trattamento.

Dopo l'infiltrazione vulvare tutte le pazienti hanno potuto lasciare l'ambulatorio e tornare in breve tempo alle loro attività.

Nel corso del trattamento con Plasma Ricco di Piastrine, e maggiormente a fine ciclo, si è osservato una scomparsa quasi totale della sintomatologia pruriginosa e della sensazione di secchezza cutaneo-mucosa; è anche nettamente diminuito il dolore spontaneo con parallelo miglioramento/ripresa dell'attività sessuale. La compliance delle pazienti è da considerarsi buona/ottima con netto miglioramento della qualità di vita sessuale e di relazione.

Ispettivamente la cute vulvare appare più elastica e soffice, riacquisendo un colorito roseo simile alla normalità; il vestibolo risulta meno rigido e sclerotico con l'introito vaginale più compiacente.

Da un punto di vista istopatologico si osservano significative variazioni nei quadri biotipici post trattamento: a livello epidermico sono variamente attenuati l'iperortocheratosi e i distacchi dermo-

epidermici, mentre nel derma si ha una progressiva diminuzione della flogosi, dell'edema e delle teleangectasie.

In base alla nostra sperimentazione, seppur limitata nei numeri ma ancora in corso con sempre nuovi arruolamenti, si può affermare che i fattori di crescita di origine piastrinica appaiono un nuovo ed intrigante presidio terapeutico nel trattamento del Lichen Scleroso Vulvare; ci conforta in questo l'ottima compliance delle pazienti, sia nel percorso terapeutico che nel follow up, unita al basso costo e alla sicurezza della terapia (donazione autologa). L'effettuazione della metodica in completo regime ambulatoriale è un ulteriore vantaggio da non sottovalutare.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: dott.riccardorossi@libero.it - angela.ermini@asf.toscana.it.

TM

Sanità nel mondo

Toscana Medica 4/12



Amianto Oltre la sentenza del tribunale di Torino

“**I**l verdetto del tribunale di Torino fa vergognare il capitalismo svizzero, di cui Stephan Schmidheiny è stato a lungo il pilastro. Trasferitosi nel frattempo in Costa Rica, l'ex-manager di Abb, Nestlé, Swatch e Ubs ha snobbato fino all'ultimo le migliaia di vittime e le loro famiglie, non presentandosi a nessuna delle udienze di un processo durato quasi tre anni. La sentenza farà riflettere altri capitani d'industria europei? Farà cambiare idea agli azionisti?”

La domanda posta da un articolo di Le Temps (quotidiano di Ginevra, citato da Internazionale,

17-23 febbraio 2012, pag. 31) potrebbe essere estesa: la sentenza farà riflettere chi ancora produce, esporta, importa, utilizza – chi ancora consente di produrre, esportare, importare, utilizzare – materiali a base di amianto?

GAVINO MACIOCCO*, FRANCO CARNEVALE**

* Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

** Già Medico del lavoro, Firenze

Materiale di riflessione ce n'è fin troppo ed è impressionante la lentezza con cui sono state prese le decisioni e – ancor più grave – la resistenza e il rifiuto di oggi a prendere atto dell'evidenza e mettere al bando l'amianto in tutto il mondo, per la salute di tutti.



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".

Una breve sintesi dei fatti.

L'amianto viene prodotto industrialmente a partire dalla fine dell'800. Nel 1907 nasce lo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, che rappresentò il più grande stabilimento di manufatti in cemento-amianto d'Europa. Nel 1915 vengono messe in commercio le famose fioriere, nel 1933 fanno la loro comparsa le lastre ondulate, in seguito usate spesso per tetti e capannoni; sino alla fine degli anni '70 i tubi in fibrocemento rappresentarono lo standard nella costruzione di acquedotti. Venne impiegato in scuole, ospedali, palestre, cinema oltre che in tutti i settori industriali.

Già negli anni 60 è noto in tutto il mondo che la polvere di amianto provoca una grave forma di fibrosi debilitante del polmone (asbestosi) e tumori maligni della pleura (mesotelioma) e del polmone. A Casale Monferrato nel 1986, dopo un lungo contenzioso sindacale, assicurativo e medico-legale sui danni prodotti dall'esposizione dei lavoratori alla polvere di amianto, lo stabilimento Eternit viene chiuso.

In Italia l'impiego dell'amianto è fuori legge dal 1992. Ma la scia di morti da amianto non si ferma perché l'intervallo tra l'esposizione alla polvere e la possibile insorgenza del mesotelioma può essere lungo fino a 30 anni.

I morti da amianto si contano a migliaia in tutto il mondo. Nell'area più industrializzata del pianeta (Europa occidentale, Scandinavia, Nord America, Giappone e Australia) nel 2000 si stimavano 20.000 casi di cancro del polmone e 10.000 casi di mesotelioma. Nel solo Regno Unito ogni anno si contano 3.500 morti provocati dall'esposizione all'amianto.

Nonostante le chiare evidenze scientifiche sull'estrema pericolosità per la salute dell'amianto le grandi istituzioni internazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Organizzazione Internazionale del Lavoro, si sono espresse con debolezza e ambiguità. Anche per questo solo una minoranza di nazioni (52, inclusi tutti i paesi membri dell'Unione Europea) ha messo al bando l'amianto.

Quasi tutti i paesi dell'Asia, dell'Europa Orientale, dell'Africa e dell'America Latina usano, esportano e importano amianto o prodotti che contengono amianto.

La Russia è il maggiore produttore mondiale di amianto, seguito da Cina, Kazakistan, Brasile, Canada, Zimbabwe, e Colombia. La Cina è di gran lunga il maggiore consumatore al mondo di amianto, seguito da Russia, India, Kazakistan, Brasile, Indonesia, Thailandia, Vietnam, e Ucraina.

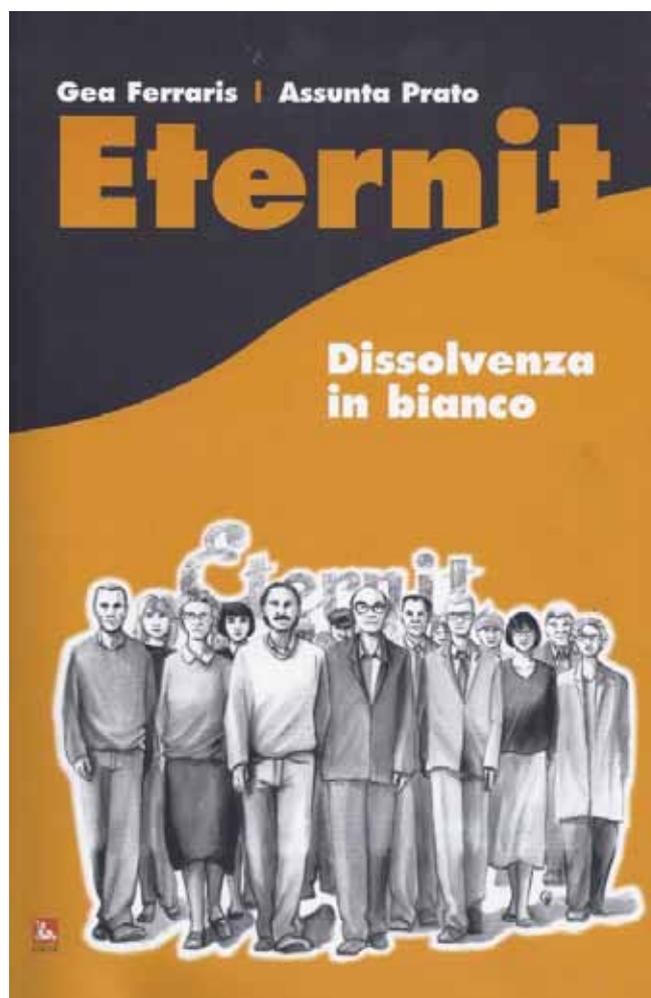
Si stima che oggi nel mondo siano circa 125 milioni le persone che si trovano esposte all'amianto nel posto di lavoro e – nella maggioranza dei casi – ciò avviene con misure di protezione scarse o inesistenti. Ciò lascia temere una futura pandemia di tumori maligni da amianto di dimensioni devastanti nei paesi in via di sviluppo.

La produzione e l'utilizzazione di amianto dovrebbe essere bandita in tutti i paesi del mondo.

Esiste un accordo internazionale deputato a regolamentare l'uso di sostanze pericolose per la salute, si tratta della Convenzione di Rotterdam (2005) il cui compito è proprio quello di proteggere i paesi più deboli dall'importazione di sostanze nocive, attraverso un'adeguata informazione su tutti i possibili rischi per la salute.

È stato proposto di includere l'amianto nell'elenco delle sostanze nocive per la salute, ma ciò non è avvenuto. Non perché l'amianto non meritasse di entrare nella lista, ma perché l'inserimento nella lista richiede l'unanimità dei paesi. Kazakistan, Kirgizstan, Vietnam, Russia e Zimbabwe si sono opposti.

TM





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.)

Distribuzione per età dei tumori del sistema nervoso centrale nel Registro Tumori della Regione Toscana

In Toscana i tumori del sistema nervoso centrale rappresentano l'1% del totale delle diagnosi tumorali; in termini di mortalità costituiscono il 2% di tutti i decessi per causa oncologica fra gli uomini ed il 3% fra le donne.

La probabilità che venga diagnosticato nel corso della vita un tumore del sistema nervoso centrale è pari a 1 caso ogni 115 uomini e 1 ogni 155 donne (www.ispo.it). Negli ultimi anni sia in Italia che in alcuni paesi europei è stata documentata una sostanziale stabilità nell'incidenza dei tumori maligni del sistema nervoso centrale; anche per quanto riguarda la nostra realtà i dati del Registro Tumori della Regione Toscana mostrano un andamento medio, nel periodo di attività, senza significative variazioni (cambiamento percentuale annuo - APC - del tasso: 0.8, IC -0,1; +1.8). La distribuzione per età dei tassi di incidenza dei tumori maligni del sistema nervoso centrale nel Registro Tumori della Regione Toscana, riportata nel grafico, evidenzia

che l'incidenza del tumore del sistema nervoso centrale è relativamente alta nell'infanzia, per poi diminuire negli adolescenti e ripresentarsi con maggiore frequenza dopo i 40 anni.

L'eziologia di questo tipo di tumori rimane in

gran parte sconosciuta; oltre all'esposizione a radiazioni vari fattori sono stati chiamati in causa, ma il basso numero di casi totali e la

eterogeneità della neoplasia ne rende difficile una valutazione chiara e definitiva. Recentemente è stato molto dibattuto in letteratura il ruolo del prolungato uso di telefoni cellulari, in particolare dopo la segnalazione, da parte della International Agency for Research on Cancer (IARC), di una possibile cancerogenicità.

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

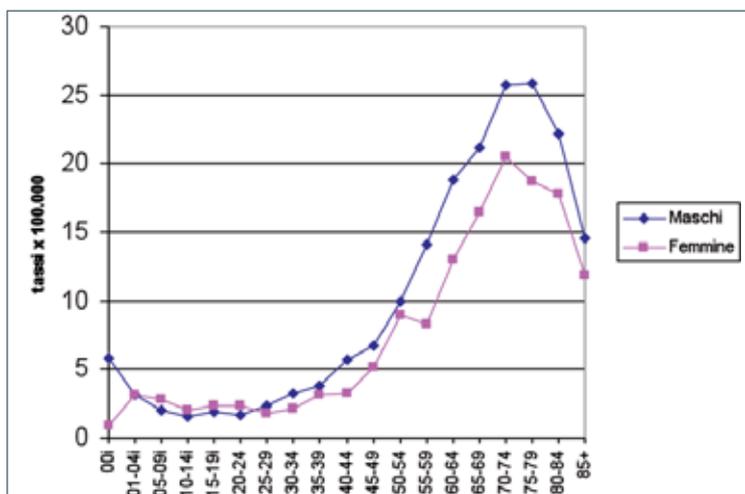
UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica

Bibliografia

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

TM

Metodi: Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana e del Registro di Mortalità Regionale relativi all'anno 2004 (www.ispo.toscana.it) e 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) per il periodo 1985-2005 è stata 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.





La “rete” toscana della chirurgia vascolare

Pubblichiamo volentieri le lettere dei Colleghi Cecchi e Benvenuti che aprono un confronto a seguito dell'articolo di Martellucci (pubblicato su Toscana Medica 1/2012), estremamente puntuale, interessante e utile sulla organizzazione dei servizi ospedalieri, non solamente chirurgici.

Caro Direttore, voglio riferirti sull'esperienza che ho maturato nel mio ruolo di Direttore di S.C. di Chirurgia Vascolare nella ASF nello sviluppo dell'attività della chirurgia specialistica in rete con gli altri presidi ospedalieri aziendali e più che altro con altre aziende sanitarie dell'Area Vasta Centro.

La chirurgia vascolare non è una specialità chirurgica di base come la chirurgia generale e neanche una specialità di nicchia come la cardiocirurgia o la neurochirurgia. Nel PSR 1008/2011 è collocata fra le funzioni di livello regionale ma, di fatto, oltre alle sedi aziendali universitarie sono presenti SS.CC. nell'Azienda Sanitaria di Firenze, nella AUSL di Massa, nella AUSL di Grosseto e nella AUSL di Arezzo.

Nell'Area Vasta Centro l'attività di chirurgia vascolare è garantita anche presso le AUSL di Prato, Pistoia e Empoli grazie ad una organizzazione in rete con le Strutture Complesse di riferimento (Pistoia e Empoli con l'ASF; Prato con ASF e AOUC). In queste sedi sono state sviluppate forme di rapporto contrattuale che hanno consentito l'applicazione sul campo del concetto della rete interaziendale, permettendo e normando le modalità con le quali i professionisti della sede di riferimento potessero svolgere l'attività (ambulatoriale, consulenziale e chirurgica) nella sede periferica e viceversa.

La *conditio sine qua* non è stata quella della condivisione dei profili di cura/percorsi clinici diagnostici terapeutici assistenziali e riabilitativi nella trasversalità delle funzioni nelle aree di degenza (chirurgica e medica), della terapia intensiva, del controllo perioperatorio, del blocco operatorio (ad esempio per il recupero ematico intraoperatorio), delle collaborazioni multispecialistiche (ad esempio con la cardiologia e la radiologia interventistica).

Questa modalità organizzativa e funzionale di livello interaziendale, rigorosamente normata fra

le singole direzioni aziendali, i rispettivi direttori di dipartimento e di struttura specialistica, ha consentito di sviluppare competenze in loco fino alla creazione di responsabilità direzionali specifiche che operano nell'ambito delle strutture organizzative locali (ad esempio area chirurgica) e funzionalmente con le strutture di riferimento specialistico di Area Vasta.

L'esperienza è stata positiva tanto da essere confermata nel tempo (tuttora in atto) permettendo di svolgere, anche nelle sedi periferiche, interventi chirurgici complessi quali ad esempio quelli per la correzione chirurgica endovascolare della patologia aneurismatica dell'aorta, delle patologie steno-ostruttive delle carotidi e degli arti inferiori, facendo tesoro delle professionalità e delle tecnologie “locali”. Contemporaneamente sono cresciute le conoscenze di base nelle sedi periferiche, grazie anche alla frequenza presso le sedi “centrali” e alla implementazione di percorsi assistenziali uniformi e condivisi, tanto da permettere anche nelle situazioni di emergenza interventi chirurgici con le garanzie di sicurezza allineate con lo stato dell'arte, e trasferendo solo i casi più complessi e comunque trasportabili.

In definitiva l'esperienza della collaborazione in rete interospedaliera e interaziendale, per la chirurgia vascolare, ha confermato la possibilità concreta di “minimizzare le distanze e massimizzare l'attività” creando di fatto “équipe interaziendali funzionali” con un proprio responsabile che fa riferimento al coordinamento locale (dipartimento chirurgico) e alla struttura di riferimento. Il tutto reso possibile dalla evoluzione della nuova organizzazione delle attività assistenziali secondo l'evoluzione del concetto di “intensità di cura”.

Mario Cecchi

Responsabile Osservatorio sull'Ospedale per Intensità di Cura

In gara per migliorare l'assistenza

Caro Direttore, con questa lettera vorrei esprimere alcune considerazioni a seguito della pubblicazione sul numero di Gennaio 2012 di Toscana Medica, dell'interessante articolo “Perché un centro del pavimento

pelvico?” a firma del Collega Jacopo Martellucci, un argomento che incontra nella comunità scientifica medica un crescente interesse e a cui mi sono dedicato da oltre 15 anni.

Nell'Unità Operativa di Chirurgia Generale

di Poggibonsi da me diretta, risalgono infatti al 1997 i primi interventi di Prolassectomia per patologia emorroidaria basati su una nuova rivoluzionaria teoria del prolasso proposta nel 1993 e che negli anni successivi ha determinato un radicale cambiamento dei principi della fisiopatologia dei disturbi del pavimento pelvico, stimolando sia profondi cambiamenti di trattamento chirurgico dei disordini proctologici e del pavimento pelvico stesso, che la ricerca di una sempre maggiore collaborazione fra i diversi specialisti interessati: proctologi, urologi, ginecologi, gastroenterologi etc nella necessità di un nuovo approccio multidisciplinare al problema.

Il percorso allora intrapreso per realizzare a Poggibonsi un Centro del Pavimento Pelvico è stato lungo e difficile, nell'intento soprattutto di creare "un servizio concreto di alto livello e non basato solo su un progetto teorico".

In passato i modelli organizzativi a cui ispirarsi nella Regione Toscana non esistevano, unico riferimento era rappresentato dal Centro diretto dal Dr. Alfonso Carriero in Emilia Romagna, che dettava le modalità di sviluppo di un nuovo modo di intendere ed affrontare le patologie del pavimento pelvico e che tutt'oggi rappresenta in Italia e non solo, il punto di riferimento e di eccellenza.

La strutturazione a Poggibonsi di un'attività ambulatoriale dedicata di 1° Livello con regolare accesso tramite prenotazione CUP, il poter usufruire in loco di tutta la diagnostica avanzata necessaria: ect endoanale, manometria anorettale, rx colpocistoenterodefocografia, RM pelvi, rx tempo di transito intestinale e studio urodinamico, la possibilità di concordare per il paziente il percorso terapeutico più opportuno in senso multidisciplinare all'interno di un ambulatorio di 2° livello, ed infine la disponibilità di figure professionali capaci di affrontare le problematiche organiche e funzionali del pavimento pelvico con le più moderne ed innovative tecniche chirurgiche anche mini-invasive supportate dalla più avanzata tecnologia, sono stati solo alcuni dei passaggi determinanti che ci hanno consentito di intraprendere nel 2005 in Regione Toscana un iter di accreditamento.

Così dopo la individuazione da parte del Consiglio Sanitario Regionale di un Gruppo di lavoro "Disordini proctologici e del pavimento pelvico" costituito dal Dr. S. Aito, Dr. M. Barresi, Dr. P. Fabbrucci, Prof. F. Pacini, Prof. C. Surrenti, Prof.ssa P. Benvenuti oltre che dal sottoscritto, siamo giunti nel 2006 per delibera del Consiglio Sanitario prima e successivamente della Giunta Regionale, al riconoscimento del nostro centro come "Centro di riferimento regionale disordini proctologici e del pavimento pelvico".

All'attività chirurgica che conta oggi una casistica di oltre 1800 Prolassectomie, 150 STARR con doppia PPH, 160 STARR con Transtar, decine di interventi combinati uroginecologici: TVT, TVT-O, Cistopessi; Colposacropessie Videolaparoscopiche, POPS, impianto di Neuro Modulatori sacrali, etc, segue un percorso ambulatoriale postoperatorio multidisciplinare a cui si affianca nei casi indica-

ti quello fisioterapico-riabilitativo che si avvale di personale qualificato dedicato.

Pur nelle dimensioni di una realtà ospedaliera periferica, uno sforzo importante è stato nel tempo dedicato all'attività didattica, con la organizzazione di corsi di formazione in sede per specialisti, di convegni e congressi ed all'attività di tutoraggio rivolta agli specialisti di diversi ospedali regionali ed extraregionali.

In verità ritengo che proprio la ridotta dimensione ospedaliera sia la grande forza su cui si basa la nascita di un centro come il nostro, per la maggiore facilità con cui è possibile individuare percorsi condivisi e riuscire ad attuare un approccio realmente multidisciplinare che dia una risposta univoca ai bisogni dei pazienti, al contrario di quello che può succedere nelle grandi realtà ospedaliere ed universitarie dove le logiche e le esigenze dei vari reparti possono rendere ciò più difficoltoso.

Leggere quindi dall'articolo del giovane Collega Martellucci che "il Centro del Pavimento pelvico di Careggi nasce come il primo in Toscana ad offrire un modello assistenziale definito" mi rammarica ma mi stimola a proporre un confronto su tematiche inerenti l'attività dei centri del pavimento pelvico, ampiamente dibattute nelle sedi più diverse ma che a tutt'oggi non trovano una risposta definitiva.

Per prima cosa trovo corretto suggerire un percorso istituzionale che rispetti tutti i passaggi utili ad accreditare un centro attraverso la rispondenza a criteri univoci e condivisi in ambito regionale ed espressi dalla delibera n°195 del 20.3.2006; inoltre è da considerare la recente tendenza della Regione a valorizzare percorsi di eccellenza basati su alti volumi specifici di attività dei centri.

Tuttavia il problema più spinoso ed anche più urgente è quello di stabilire prima i criteri di *clinical competence* e successivamente chi debba giudicare l'appropriatezza delle attività svolte; sullo specifico ciò sicuramente riguarda l'operato dei "centri d'eccellenza" ma in generale interessa tutta l'attività sanitaria ora a maggior ragione che il dibattito verte sulla "riorganizzazione" dei nostri ospedali.

Come vice-Presidente della SIUCP mi faccio portavoce anche del problema se e quale ruolo le Società Scientifiche debbano svolgere nella verifica e validazione dell'attività svolta dai centri e come possa eventualmente avvenire una loro integrazione strutturale con gli altri enti di controllo.

Indubbiamente ancora molte altre sarebbero le problematiche da affrontare, ma in conclusione ritengo che l'unica strada da percorrere per dare risposte serie ai problemi sia quella di pensare progetti condivisi più che a singole iniziative, soprattutto in questi tempi di gravi difficoltà economiche e di conseguente necessità di ottimizzare le poche risorse disponibili.

Flaminio Benvenuti

Direttore del Dipartimento di Chirurgia
USL 7 - Siena



Bisogna cambiare, la medicina non aspetta!

Atul Gawande

Edizioni Einaudi

La gente si illude che la medicina guarisca ogni male mentre i medici pensano di dominare la medicina. *Vita brevis ars longa* è un aforisma ancora valido: la medicina offre soluzioni sempre più complesse e tenta di gestire la complessità con l'iperspecializzazione, ma l'eccessivo riduzionismo (in parte inevitabile) aumenta l'incomunicabilità tra i medici e quindi la fallibilità. La medicina è troppo difficile per essere "eseguita a memoria". La sicurezza spesso tradisce e l'errore è sempre in agguato. Un rimedio è di scomporre i problemi in parti più semplici e farne una lista per memoria; banale ma efficace. Però il messaggio di Atul Gawande nel suo ultimo libro, "Checklist" (Edizioni Einaudi) è più vasto e val la pena soffermarvisi.

I problemi possono essere semplici, come scrivere una ricetta, complicati, come costruire una macchina, complessi quando si presentano difficoltà nuove e imprevedibili e situazioni irripetibili. I medici, che quotidianamente incontrano questi problemi, debbono possedere una *cassetta degli attrezzi* metodologica che li aiuti ad affrontare l'imponderabile, al di là degli errori cognitivi, umani ma da sanzionare. Il concetto è che una sola persona non può padroneggiare tutto. Se gestire un percorso diagnostico terapeutico è più complesso che gestire una fabbrica intera, allora il lavoro non può che essere interprofessionale, fondato su un'efficace comunicazione, guidato da una figura leader che tuttavia lascia ampia delega decisionale. E si avvale di moderni strumenti operativi (linee guida, checklist, audit ecc.).

Alla buona medicina non basta più l'arte o l'artigianato dei singoli; per ogni atto o percorso occorre fissare gli obiettivi, garantire la migliore comunicazione interna, misurare i progressi, valutare i risultati. Seguire una lista di problemi evita di dare ordini ma lascia libertà di movimento, responsabilizza tutti, rappresenta uno strumento di governo clinico inteso come valore professionale nelle scelte aziendali finalizzate alle best practices. Un mondo in cui libertà, autonomia, inventiva debbono coniugarsi con disciplina, collaborazione, scientificità dei comportamenti. Qualcuno potrebbe pensare che si stia proponendo un modo più raffinato di affrontare l'imprevisto che, quando capita, esige sempre un dose di *eroismo*. Ma il cambiamento della medicina è tale che il lavoro di squadra è ormai la regola di fronte alla complessità. E questo è fondato sulla comunicazione e

sull'affiatamento.

Per affrontare i progressi della medicina moderna ci vuole umiltà, molta curiosità per accettare l'innovazione e capacità di comunicare; insomma mettersi in gioco. Invece tutti aspirano a sperimentare nuovi farmaci o dispositivi e pochi si applicano alle nuove modalità organizzative, ai nuovi strumenti di lavoro e si rendono conto che per esercitare oggi occorre cambiare paradigma; dalla medicina individuale, solipsistica e autorferenziale, alla apparente banalità di scomporre i problemi complessi per affrontarli in sicurezza, coi minori rischi per i pazienti. Rendersi conto per rendere conto, pensare la valutazione come autodisciplina. Il buon medico dimostra audacia e competenza all'interno di una disciplina ferrea: sagacia, più formazione, più lavoro di squadra.

Molte *carte* internazionali hanno descritto i valori che devono ispirare l'agire medico: il ritratto del *buon medico* è fatto di altruismo, cioè di responsabilità verso il paziente senza cedimenti al conflitto di interesse; di bravura (efficacia, competenza, capacità tese all'eccellenza); di affidabilità, cioè una condotta irreprensibile secondo scienza e coscienza; di disciplina, cioè collegialità e comunicazione nel seguire le regole fondate sulle evidenze. Non si tratta solo di *gestire l'incertezza* ma di possedere gli strumenti cognitivi e operativi perché il paziente abbia i migliori risultati delle cure con il minor tasso di errori. La medicina moderna è un sistema complesso di difficile funzionamento. E sempre manca il *tempo per ciascun paziente* che è una variabile che influisce sul risultato concreto di qualsiasi prestazione.

Bisogna far convivere il rapporto duale col paziente col lavoro interprofessionale e l'organizzazione gioca un ruolo fondamentale, in un mix di indipendenza del medico e ingegnerizzazione dei processi assistenziali. Eccellenza dei singoli attori e eccellenza della comunicazione. Forse servirebbe un *istituto per l'innovazione dei sistemi sanitari*. Viviamo un nuovo paradigma medico che riusciamo a intuire ma non a definire né a trasformare in formazione. Tuttavia, è il messaggio di Atul Gawande, il disagio dei medici si allenterà (come la malpractice) se gli strumenti per gestire la complessità diventeranno patrimonio culturale di tutti, non tecnicismo aggiuntivo ma consapevolezza che la professione cambia e chi non se ne è accorto è fuori gioco.

Antonio Panti



Incontro Ordine-INPS

A metà marzo il Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, Dott. Antonio Panti, ha incontrato il nuovo Direttore della sede INPS di Firenze, Dott. Lorenzo Leoncini. L'incontro, oltre ad essere un atto di cortesia per il recente insediamento del nuovo Direttore, è servito a chiarire alcuni punti importanti che interessano i medici. Per quanto riguarda, ad esempio, i certificati per l'accesso alle cure termali, nelle more di una più

completa definizione degli aspetti tecnici relativi alla certificazione telematica, si è convenuto che in questa fase l'INPS continuerà ad accettare i certificati cartacei rilasciati dai medici di medicina generale, a norma di convenzione. Per quanto riguarda, invece, il rilascio del PIN ai sostituti dei medici di famiglia, l'INPS e l'Ordine interverranno congiuntamente presso la Regione Toscana al fine di individuare un percorso

che consenta anche ai sostituti e ai liberi professionisti di accedere alle certificazioni telematiche. Infine l'Ordine e l'INPS ricordano ai medici che rilasciano i certificati di malattia di aver cura di riportare correttamente sul certificato telematico il luogo di reperibilità del lavoratore durante la malattia, per evitare che le visite fiscali non abbiano esito, con conseguenti disagi per i lavoratori.



Indagine sul consumo di alcol

La Comunità Europea ha promosso il progetto ODHIN il cui obiettivo è di migliorare l'erogazione degli interventi sanitari, traducendo i risultati della ricerca nella pratica clinica quotidiana. In particolare, attraverso questo progetto, ci si propone di mettere a punto dei programmi di intervento nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base riguardo al consumo

di sostanze alcoliche. L'Università di Udine rappresenta il referente italiano di questo studio ed invita i medici di medicina generale italiani a partecipare all'iniziativa, compilando un apposito questionario on-line. I medici disponibili a prendere parte al progetto devono semplicemente inviare una mail all'indirizzo: indagine-europea-odhin@uniud.it inserendo come

oggetto "REGIONE - ADERISCO" (es. "TOSCANA - ADERISCO"). A questo punto sarà cura dell'Università di Udine inviare una email con il collegamento alla pagina web da dove si potrà accedere al questionario, la cui compilazione comporterà un tempo di circa 15 minuti. Per ulteriori informazioni sul progetto è possibile consultare il sito web: www.odhinproject.eu.

Libertà pubblicitaria per le strutture sanitarie

In materia di pubblicità sanitaria, la liberalizzazione operata dal Decreto Bersani del 2006 vale per i singoli professionisti, ma vale anche per le strutture societarie. Fino ad oggi questa affermazione non era così pacifica. Anzi, il Ministero della Salute era stato del parere che di liberalizzazione si potesse parlare solo per i singoli medici ed odontoiatri, ma non per le strutture sanitarie sia mediche che odontoiatriche, per le quali (secondo il Ministero) doveva continuare a

valere la disciplina restrittiva del legge 175 del 1992. La Cassazione però, con una recente sentenza, ricorda che il Decreto Bersani è di diretta derivazione della normativa comunitaria, ed è attuativo dei principi di libera concorrenza. In quest'ottica, è irragionevole ritenere che la liberalizzazione valga per i singoli professionisti e non per le strutture sanitarie. Anzi, sono proprio le strutture sanitarie, che essendo organizzate come imprese, ricorrono più frequentemente

allo strumento pubblicitario, che pertanto deve garantire la libera concorrenza. Di conseguenza la sanzione che un Ordine dei Medici aveva comminato al direttore sanitario di una struttura odontoiatrica per pubblicità non conforme alla legge 175 del 1992, è stata annullata dalla Cassazione che ha concluso: l'abrogazione della legge 175 ad opera del Decreto Bersani non è parziale, bensì totale.

La salute sul web e la privacy

Da qualche settimana il Garante per la protezione dei dati personali ha pubblicato le "Linee guida in materia di trattamento di dati personali per finalità di pubblicazione e diffusione nei siti web esclusivamente dedicati alla salute". Si tratta di un documento che si rivolge a chi è iscritto a social network dedicati alla salute, partecipa a blog e a forum di discussione o segue siti web che si occupano esclusivamente di tematiche sanitarie. Da oggi in poi i gestori di questi siti saranno tenuti a fornire

agli utenti una specifica "avvertenza", che informi sui rischi di esporsi in rete con la propria patologia. Il dato è chiaro: chi oggi posta su un sito di consulti medici una propria richiesta concernente personali problematiche di salute, può trovare le sue parole associate al proprio profilo ed alla propria mail e indicizzate da motori di ricerca generalisti, scoprendo in tempi medio-brevi che le proprie preoccupazioni terapeutiche possono diventare patrimonio della generalità degli utenti del web. Di fronte

a questa smagliatura informativa, il Garante propone una linea guida sufficientemente sintetica da poter divenire operativa in tempi brevi. Soprattutto viene precisato il concetto di "avvertenza di rischio" che i gestori dovranno pubblicare in evidenza. Si tratta di un messaggio teso a richiamare l'attenzione dell'utente sul rischio che, immettendo dati sensibili collegati a dati identificativi nel sito web, si può essere individuati con la propria specifica patologia.



Responsabilità dello specializzando

Un medico strutturato e un medico specializzando sono stati condannati per i danni arrecati ad un bimbo a seguito di una errata diagnosi. La questione emersa durante la causa era in particolare se il medico in formazione specialistica fosse o meno responsabile degli atti compiuti. La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 6981 del 22/02/2012, pronunciata dalla IV sezione penale, ha afferma-

to che il medico specializzando non è presente nella struttura per la sola formazione professionale. La sua non è una mera presenza passiva né lo specializzando può essere considerato un mero esecutore d'ordini del tutore anche se non gode di piena autonomia; si tratta di un'autonomia che non può essere disconosciuta, trattandosi di persone che hanno conseguito la laurea in medicina e

chirurgia. Tale autonomia, seppur vincolata, non può che ricondurre allo specializzando le attività da lui compiute; e se lo specializzando non è (o non si ritiene) in grado di compierle deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume le responsabilità. Pertanto sussiste la responsabilità professionale sia per i medici strutturati che per gli specializzandi.

Regolarità contributiva

Nel corso del 2011 l'ENPAM ha individuato 4.718 medici e odontoiatri libero professionisti che non avevano correttamente indicato i loro redditi ai fini previdenziali. Il risultato è stato ottenuto incrociando i dati con l'Anagrafe tributaria, un'attività che l'ente previdenziale dei medici e degli odontoiatri realizza già dal 2006. Nell'aprile 2011 l'ENPAM e l'Agenzia delle Entrate hanno inoltre firmato una convenzione per

la cooperazione informatica, addirittura anticipando la successiva manovra estiva del Governo, che ha esteso questa possibilità a tutti gli enti previdenziali privati. Queste misure di controllo, che hanno riguardato gli iscritti al Fondo Generale - Quota B dell'ENPAM, mirano a garantire che tutti i medici e i dentisti che fanno libera professione maturino pensioni adeguate. Molto spesso, infatti, capita che i sanitari, dopo aver corretta-

mente dichiarato al fisco i loro redditi, dimentichino di regolarizzare la loro posizione contributiva, correndo il rischio di ricevere, al momento del pensionamento, pensioni più basse del previsto. L'ENPAM ricorda, infine, che i contributi previdenziali per i liberi professionisti sono interamente deducibili dalle tasse, con un risparmio fino al 43% sugli importi versati.

Contro il degrado del lavoro medico

Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria lanciano una campagna per denunciare il peggioramento delle condizioni di lavoro, muovendo dalla considerazione che i recenti fatti di cronaca che hanno fatto esplodere la crisi del pronto soccorso siano solo il sintomo della crisi generale del sistema sanitario. Quattordici sindacati (Anaa-

Assomed, Cimo-Asmd, Aaroi-Emac, Fp Cgil medici, Fvm, Fassid, Cisl medici, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials medici, Uil Fpl medici, Sds Snabi, Aupi, Fp Cgil Spta, Sinafo) denunciano in un comunicato il peggioramento delle condizioni di lavoro, grazie al blocco del turn over e all'esodo pensionistico, che determinano flessione del numero di medici a fronte di un aumento

dell'attività, come dimostrano gli afflussi al pronto soccorso. La campagna informativa riassume in sintesi le battaglie condotte dall'intersindacale fino a oggi, anche nei confronti delle direzioni aziendali e delle Regioni, che, con i tagli lineari dei costi fissi, rischiano di affondare il diritto alla salute dei cittadini insieme con le capacità dei professionisti.

Serietà e professionalità prima di tutto

Un medico di guardia medica era solito affrontare il suo lavoro in un modo che definire "inappropriato" è un eufemismo. Si assentava spesso durante il turno di guardia, non effettuava le prestazioni domiciliari richieste, non si presentava in orario al cambio del turno, spesso era ubriaco e, quindi, in condizioni non idonee per svolgere il servizio di assistenza medica, si addormentava durante l'orario di guardia, obbligando gli altri colleghi a sostituirlo nelle visite da svolgere, ed, infine, in quelle limi-

tate volte in cui era presente e vigile, dimostrava totale disinteresse per le prestazioni da rendere che spesso rifiutava di svolgere deliberatamente e con arroganza. Un comportamento inqualificabile che è costato al medico la condanna a 5 mesi di carcere per interruzione di pubblico servizio. Ma non basta. La Corte dei Conti ha esaminato il caso e ha ritenuto che il medico abbia causato un danno erariale perché la ragione principale dell'istituzione di un servizio di guardia medica consiste proprio

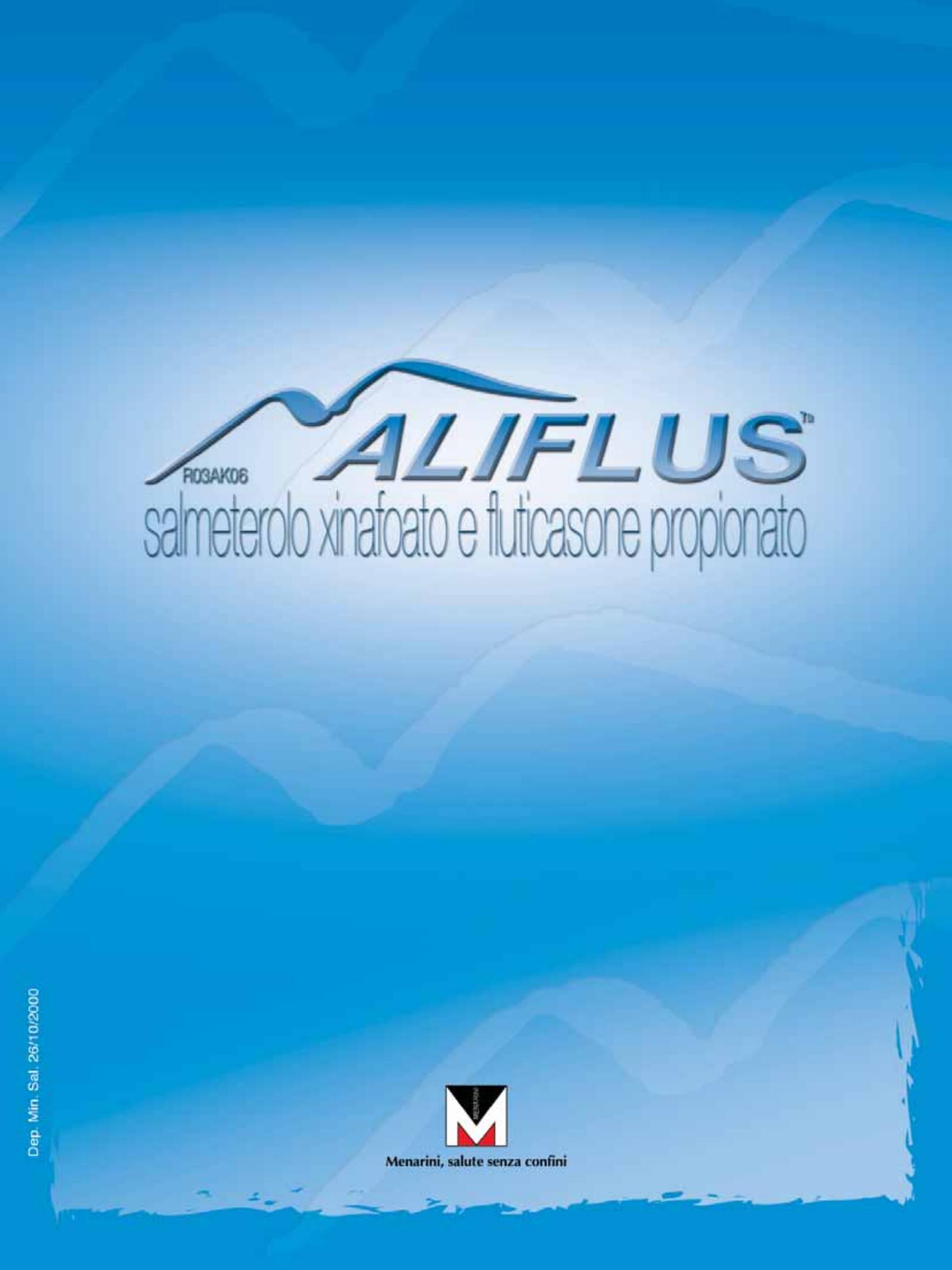
nell'assicurare ai cittadini l'assistenza sanitaria in determinate fasce orarie con professionalità e continuità. Qualità che, hanno osservato i giudici, sono state del tutto assenti nelle prestazioni rese dal medico in questione, che è stato condannato anche al risarcimento in favore della ASL di oltre 17mila euro, pari agli stipendi ricevuti per un lavoro mai realmente svolto. Commento: ora si spera che il medico abbia imparato la lezione. O, se non l'ha imparata, che cambi mestiere.

Niente tassa per la musica nello studio

La "diffusione gratuita di musica in uno studio odontoiatrico, a beneficio della clientela, non dà diritto alla percezione di un compenso a favore dei produttori fonografici". Per l'ANDI - Associazione Nazionale Dentisti Italiani - è una vittoria la sentenza della Corte di Giustizia europea, che ha posto fine alle cause promosse dalla Società Consortile Fonografici (SCF) come mandataria dei produttori fonografici consorziati. SCF aveva intrapreso cause pilota contro

alcuni dentisti perché costoro diffondevano musica di sottofondo nel proprio studio senza pagare il tributo per i diritti d'autore. Le sentenze di primo grado sono state vinte dai dentisti ma impugnate da SCF. La Corte d'appello di Torino ha rimesso la causa alla Corte di Giustizia europea, per accertare se il diritto europeo, che disciplina la materia, incidesse sull'esito della controversia e in quale misura. I giudici europei hanno accolto infine la tesi sostenu-

ta dai dentisti, affermando che i "pazienti di un dentista - come i clienti di ogni altro studio professionale - non possono essere qualificati come "pubblico in generale", dal momento che sono tutti conosciuti dal professionista, che li riceve singolarmente e personalmente". In poche parole, lo studio odontoiatrico non è un pubblico esercizio e quindi il dentista non è tenuto al pagamento dei tributi per la diffusione di musica nello studio.



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

Manfredo Fanfani

La riforma sanitaria del Granducato di Toscana



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

Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista