



ToscanaMedica

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



Uso, abuso e dipendenza da alcol fra costume e terapia

R. Damone, A. Fagiolini, S. Giustini, I. Maremmani,
A. Nastruzzi, V. Patussi, P. Trotta

Salute e medicina di genere: istituzione del Centro regionale di coordinamento

Consiglio Sanitario Regionale

Continua il progetto "Fiesole misurata" per la valutazione dell'ipertensione nell'anziano

A. Ungar, E. Lucenteforte, A. Vannacci, A. Zanobini, A. Mugelli

La medicina diseguale

G. Occhini, A. Berni, G. Cinelli, L. Cuccuru,
A. Mereu, G. Nizzoli, T. Pomerani

N° 4 APRILE 2014



Priligy[®]
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013





Fondato da
Giovanni Turziani



In copertina:
Tano Festa, (Roma 1938-1988)
Particolare delle Tombe medicee
1965. Smalto su tela.
Collezione privata

Anno XXXII n. 4 - Aprile 2014

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

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

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2014 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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.

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Fortuna e mito di Michelangelo
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 Un mistero della scienza
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 6 Position Paper della Società Italiana di Farmacologia sulla problematica Di Bella
Due riflessioni su Lucentis vs Aventis
S. Giustini, D. Coletta
- 16 Continua il progetto "Fiesole misurata" per la valutazione dell'ipertensione nell'anziano
A. Ungar e coll.
- 18 Qualità, sicurezza e rispetto delle competenze professionali nell'era della telediagnostica
G. Terranova e coll.
- 22 Attivato al "Meyer" il Centro Ondine
R. Piumelli
- 23 Aprire le Terapie Intensive
L. Belloni e coll.
- 24 Il medico di medicina generale olandese, cambiare per lavorare meglio
A. Mereu
- 27 La violenza sui minori: riconoscerla per prevenirla
F. Franchini e coll.
- 37 Lotta alla zanzara tigre
M.G. Marinari
- 39 Il counseling come strumento di promozione della salute
V.V. Pontello
- 41 La mortalità evitabile in Toscana dal 1987 al 2010
A. Martini e coll.

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 8 Uso, abuso e dipendenza da alcol fra costume e terapia
R. Damone, A. Fagiolini, S. Giustini, I. Maremmani, A. Nastruzzi, V. Patussi, P. Trotta
- 15 Il sottile limite tra piacere e rischio
A. Panti

REGIONE TOSCANA

- 29 Salute e medicina di genere: istituzione del Centro regionale di coordinamento
Codice Rosa: è realtà in tutta la Regione Toscana
P. Magneschi
- 35 Le opportunità della nutraceutica per la Regione Toscana verso EXPO2015
A. Frosini
- 36 La Toscana nel Rapporto SDO 2012
D. Matarrese

RICERCA E CLINICA

- 42 Utilità del retesting dopo interruzione della terapia sostitutiva nei soggetti con deficit di GH
S. Seminara e coll.
- 44 Pressione arteriosa normale, alta e preipertensione in età giovanile in Toscana
A. Sidoti
- 46 L'uso del propranololo nel trattamento degli emangiomi
A. Greco e coll.
- 48 "Il babbo si è messo a cantare!!!"
P.M. Olia e coll.

SAPER FARE SAPER ESSERE

- 49 Farmacovigilanza e le informazioni sanitarie online
M. Masoni e coll.

SANITA NEL MONDO

- 51 La medicina diseguale
G. Occhini e coll.

FRAMMENTI DI STORIA

- 53 Una merenda notturna
A. Fusi

LETTERE AL DIRETTORE

- 54 L'evoluzione e i suoi paradossi
G. Pinto, F. Renzi

RICORDO

- 55 Emiliano Panconesi, un maestro e un amico
N. Pimpinelli, amici e colleghi, A. Panti

56 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

57 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

55 LETTI PER VOI

28/50/60 CORSI E CONVEGNI

62 CONVENZIONI

62 BACHECA

62 PRONTO DOTTORE?

FEDERICO NAPOLI

Fortuna e mito di Michelangelo

Michelangelo in vita fu artista difficile con cui trattare, per motivi caratteriali – ben 8 papi si scontrarono con lui sui temi delle varie committenze affidategli –; fu personaggio “ambiguo” sul piano religioso per le sue frequentazioni dell’ambiente accattolico stretto attorno a Vittoria Colonna; ebbe idee repubblicane antimedicee; contro le disposizioni ufficiali, approfondì lo studio dell’anatomia; visse molto oltre l’età media del tempo (89 anni).

Questo ed altro ha contribuito a suo tempo e nei secoli successivi ad ingigantirne la figura e a fare entrare l’artista nel mito, alimentando una vera e propria passione: la mostra che attualmente occupa le sale dedicate ad esposizioni temporanee presso la Galleria dell’Accademia di Firenze testimonia tale fortuna. La mostra, curata da Monica Maffioli e Silvestra Bietoletti, si titola “Ri-conoscere Michelangelo. La scultura del Buonarroti nella fotografia e nella pittura dall’Ottocento a oggi”.

Per quanto riguarda il mondo della pittura e della scultura, in mostra partendo idealmente e materialmente dal ritratto che dell’artista fece il Passignano ai primi del Seicento, si dipanano suggestioni diverse riscontrabili nell’opera ottocentesca di Eugene Delacroix o più recentemente nella natura morta di Giovanni Colacicchi, oppure nella scultura di un autore strettamente connesso alla forma michelangiolesca del quale ha accentuato la monumentalità, cioè Auguste Rodin.

Il fotomontaggio del 1901 realizzato da Medardo Rosso, scultore che documenta bene il passaggio tra l’Ottocento e il Novecento – raccoglie le istanze di cambiamento nella forma e nella luce –, è l’anello che in mostra congiunge il campo delle arti del disegno e quello della fotografia. Quest’ultima, mezzo divulgativo per eccellenza, documentata in modo chiaro il passaggio dalla riproduzione all’interpretazione dei soggetti, dalla funzione documentativa a quella interpretativa.

Così, dagli scatti sui “Prigioni” che evidenziano particolarmente la plasticità grazie a pieni e vuoti – autore Edouard-Denis Baldus –, si passa alle sottolineature luministiche e agli effetti di morbidezza nei calotipi metà Ottocento dell’inglese John Brampton Philpot. In seguito, la percezione fotografica si evolve ulteriormente, appuntando l’attenzione sui particolari delle sculture, delle quali si cerca di carpire segreti formali e espressivi: è il caso dello scorcio sulla “Madonna di Bruges” (scatto del 1953 di Niccolò Cipriani), fino al dialogo con l’opera d’arte michelangiolesca di fronte alla quale uno spettatore si ferma in osservazione (le due foto di Paolo Monti).

In questa rapida carrellata sulla fortuna di Michelangelo attraverso autori diversamente omagianti l’artista, si rintraccia talvolta una semplice ispirazione formale (Jaques-Ernest Bulloz), tal’altra un coinvolgimento emotivo (Antonia Mulas, Gianni Berengo Gardin), altre volte ancora lo stimolo a

reinterpretare con sensibilità contemporanea opere che nella loro intensità originale si mostrano capaci di attraversare i secoli con un messaggio (la composizione/scomposizione di Luca Pignatelli).

La mostra “Ri-conoscere Michelangelo”, realizzata in occasione dei 450 anni dalla morte dell’artista, è ospitata nel luogo che internazionalmente è conosciuto come proprio di Michelangelo, la Galleria dell’Accademia: quindi, quadri e foto esposti non possono non avvantaggiarsi della contiguità con “David” e “Prigioni”.

Come dire, dagli allievi al maestro e dagli effetti alla causa.

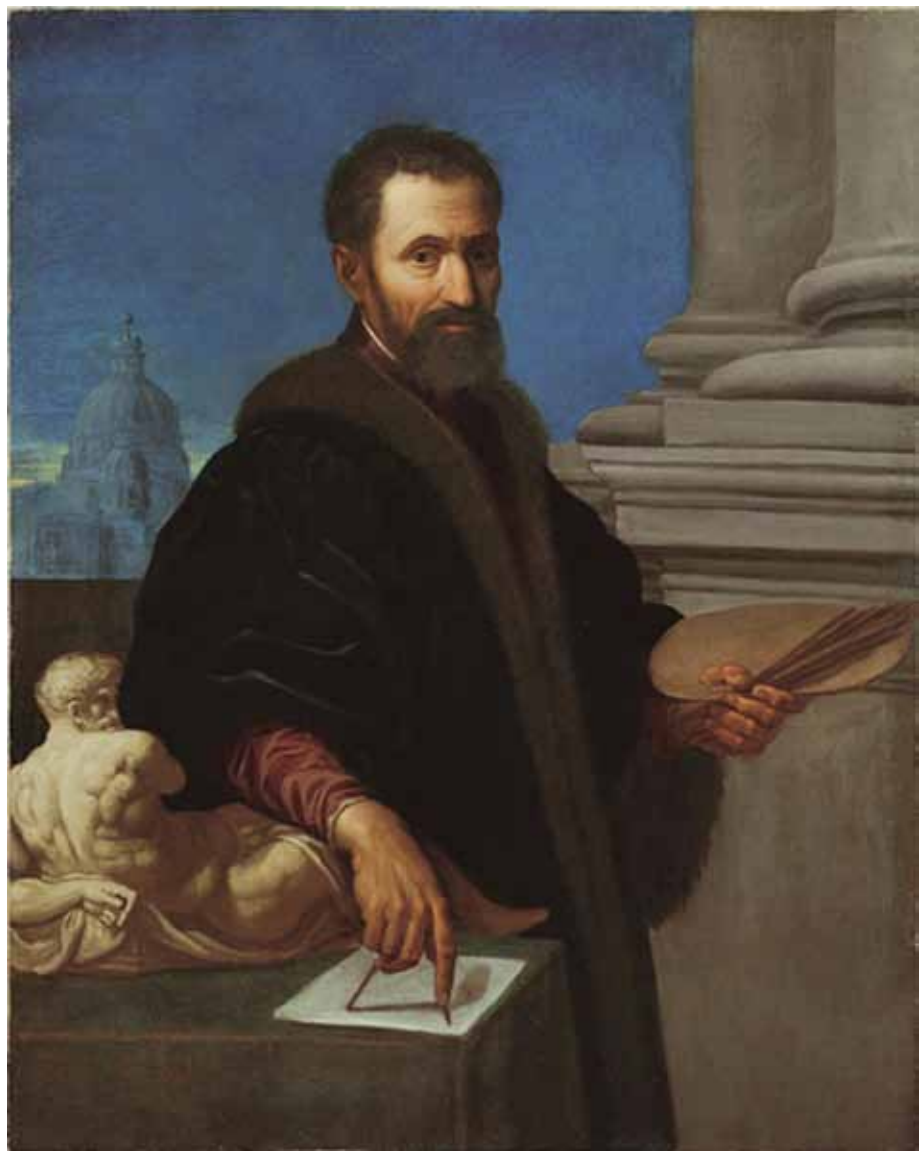
Ri-conoscere Michelangelo. La scultura del Buonarroti nella fotografia e nella pittura dall’Ottocento a oggi

Galleria dell’Accademia, Firenze

Fino al 18 maggio 2014

(orario: martedì-domenica 8,15 - 18,50;
chiuso 1° Maggio)

Domenico Cresti
detto il Il Passignano
(Passignano 1559 -
Firenze 1638)
Ritratto di Michelangelo
Buonarroti
Inizi del XVII secolo
Olio su tela
Bergamo, Enrico Lumina



ANTONIO PANTI

Un mistero della scienza

Quanto costano le medicine?

Tanti sono i problemi irrisolti della medicina moderna, e gli scienziati ogni giorno qualcosa aggiungono che in parte dirada la nostra ignoranza. Ma se ci domandiamo perché l'aspirina o la morfina, farmaci essenziali, costano così poco e perché invece un anticorpo monoclonale, che al massimo garantisce tre mesi di sopravvivenza di scarsa qualità a pazienti comunque condannati, ha un prezzo esorbitante, più di 10.000 € quello che costa meno, nessuno lo sa.

A prima vista il prezzo di un farmaco dovrebbe fondarsi sul costo delle materie prime, ma così non accade, altrimenti quasi tutti i farmaci in commercio dovrebbero avere un prezzo bassissimo a causa dei progressi della chimica. Il criterio del beneficio (value based pricing) è molto usato. Difficile però è quantificare il vantaggio di un farmaco: quanto dovrebbero costare i vaccini? L'estensione dell'uso (la numerosità dei casi trattabili), la unicità dell'indicazione, la difficoltà della ricerca di base, insomma i parametri concretamente in gioco sono molteplici e anche le autorità centrali (EMA, FDA, AIFA ecc.) talora perdono il filo del ragionamento.

Allora entrano in campo i sistemi di pagamento, la contrattazione, il tetto di casi rimborsabili, il "payment by results", il "cost sharing" e molte altre forme, insieme alle norme di contenimento e di follow up (registri, note, piani terapeutici, limiti di prescrivibilità, ambiti di uso ospedaliero o specialistico, e via inventando) finora, tuttavia, con risultati assai scarsi.

E' bene quindi chiarire il punto nodale di questo gravissimo dilemma. Il sistema di determinazione dei prezzi e di monitoraggio delle prescrizioni, con tutti i suoi riconosciuti difetti, tuttavia consente un buon controllo dei prezzi e della pesa globale pur nel rigoroso rispetto della salute dei cittadini. Ormai genericati quasi tutti i blockbuster per le grandi patologie della cronicità e non essendo in vista novità rimarchevoli, in effetti la spesa si può ragionevolmente prevedere. L'amministrazione può mettere a bilancio la spesa complessiva per gli ipertesi, circa 770.000 in Toscana, o per i circa 220.000 diabetici. Assai meno precisa, al contrario, potrà essere la previsione di spesa per i nuovi TNF nelle malattie neurodegenerative o in quelle immunitarie o, ancor peggio, nei farmaci oncologici di terza o quarta linea. Quanti casi? E quali risultati?

Due casi paradigmatici. Il prossimo HCV

negativizzante potrebbe richiedere modifiche del bilancio dello Stato valutandosi, in caso di uso non selettivo sulla popolazione HCV positiva, un onere di alcuni miliardi (miliardi!) di €. E perché i due farmaci, i cui produttori l'Antitrust ha recentemente sanzionato con multe plurimilionarie, sono in pratica uguali ma costano l'uno dieci volte l'altro? Almeno si tratta di farmaci che risolvono problemi importanti. Ma perché pagare svariate migliaia di € farmaci che garantiscono qualche lieve miglioramento e una sopravvivenza di pochissimi mesi? Un problema etico ma non eludibile in nome di una compassione che minaccia di far abbassare la guardia di fronte a altre patologie gravi e diffusissime.

Qualcuno ha avvertito questo pericolo e si è avviato un dibattito mondiale sul mercato farmaceutico. I nostri politici non sembrano molto scossi o per colpevole ignoranza o per rifiuto di capire dove va il mondo; l'argomento prediletto sembra il 118 o il piccolo ospedale, mentre il servizio intero rischia di esplodere. E' vero che questi problemi possono essere affrontati soltanto laddove si puote ciò che si vuole, dai signori dei mercati globali, non nella nostra piccola e lontana provincia dell'impero. Però qualcosa si potrebbe pensare con un po' di coraggio.

In effetti quale è il prezzo "giusto" di un farmaco? Al di là di ogni valutazione tecnica, pur rispettabilissima, e di tutte le regole codificate, la questione è politica. Quanto è limitabile il vantaggio economico delle multinazionali del farmaco? E il reale valore d'uso, cioè la funzione terapeutica di un farmaco, quanto può o deve "pesare" rispetto alle spese di produzione e di marketing? E è giusto limitare per legge le spese di induzione pubblicitaria? Se non si può interferire con i guadagni degli azionisti delle aziende chimiche (problema che il Governo non può affrontare da solo), basterebbe una piccola norma. Una legge che imponesse che, quando lo Stato o una Regione hanno affidato a una commissione di esperti indipendenti di valutare più farmaci e questa ha inoppugnabilmente concluso che tali farmaci hanno stesse indicazioni e sovrapposibili reazioni avverse o danni potenziali, questi possono essere posti a gara, garantendo una piccola percentuale a tutti i partecipanti onde rispondere a particolari esigenze cliniche.

A mio avviso non lo si farà mai.

Position Paper della Società Italiana di Farmacologia sulla problematica Di Bella

Ci è sembrato importante far conoscere ai nostri lettori questo documento della Società Italiana di Farmacologia, di cui pubblichiamo un ampio estratto.

Il recente deposito presso l'Assemblea Regionale Siciliana di un disegno di legge parlamentare che prevede uno stanziamento nel bilancio della Regione Sicilia, esercizio finanziario 2013, della somma di 5 milioni di euro a sostegno di pazienti oncologici residenti nella Regione, in trattamento con il Metodo Di Bella ed in condizioni di disagio economico, richiede riflessioni e misure urgenti.

All'epoca del suo primo affacciarsi alla cronaca, la multiterapia Di Bella fu valutata nell'ambito di studi di fase II. I risultati deponevano per l'inefficacia della terapia e il concomitante rischio di reazioni avverse clinicamente significative. L'attuale riproposizione della multiterapia Di Bella prende con ogni probabilità lo spunto da studi retrospettivi su numeri esigui di pazienti, non adeguatamente caratterizzati né stratificati per fattori prognostici. Non è sulla base di questi studi, meramente descrittivi, che si può validare un trattamento. Il clamore a suo tempo suscitato dalla multiterapia Di Bella si affaccia in vesti diverse e aggiornate con la terapia proposta dalla Fondazione Stamina per gravi malattie neurodegenerative.

Il caso Di Bella e quello Stamina sono accomunati da due fattori. Da una parte vi è il terreno fertile che essi trovano nella pressione emotiva dell'opinione pubblica e nel veicolo mediatico. Dall'altra, vi è una comune "metodologia" che consiste nel sottrarsi al vaglio di sperimentazioni cliniche rigorose e verificabili. Occorre ribadire con il dovuto vigore che tali sperimentazioni sono richieste da Autorità Regolatorie, Società Scientifiche, e Sperimentatori qualificati, non per rallentare o vietare pregiudizialmente l'accesso a una opportunità di cura, quanto piuttosto per garantire i requisiti di attività e sicurezza che ogni farmaco o terapia complessa deve rispettare. L'enorme progresso cui abbiamo assistito in tanti settori della Medicina moderna nasce proprio dalle sperimentazioni cliniche controllate e dalla divulgazione dei loro

risultati su riviste autorevoli a diffusione internazionale. Senza sperimentazioni cliniche e informazioni scientifiche verificabili non ci sarebbero nuovi medicinali, né evoluzioni di medicinali o schemi terapeutici esistenti.

È grave che ci si sottragga al metodo scientifico laddove Autorità Regolatorie e Sperimentatori hanno gradualmente perfezionato sia il disegno degli studi clinici (spesso superando o integrando le tradizionali distinzioni tra Fasi I, II, e III) sia le conseguenti procedure di valutazione e registrazione, proprio perché si arrivi in tempi ragionevolmente rapidi alla definizione di attività e sicurezza di un nuovo farmaco o terapia complessa, soprattutto per patologie gravi e a prognosi infausta. È grave che organi di governo e strutture sanitarie investano risorse pubbliche su modalità terapeutiche prive di accertato fondamento scientifico, esautorando di fatto le Autorità Regolatorie e la comunità scientifica dalle loro funzioni di tutela della salute.

Per concludere, davanti al ricorrere di casi come la multiterapia Di Bella o la terapia Stamina, la Società Italiana di Farmacologia sostiene la sperimentazione clinica eseguita con rigore come ineludibile strumento per lo sviluppo di nuovi farmaci per la salute dell'uomo, ed esprime ferma opposizione ad ogni forma di trattamento che non risponda ai seguenti requisiti:

- 1) un forte rationale scientifico preclinico;
- 2) una caratterizzazione scrupolosa dei principi attivi o componenti cellulari che vengono somministrati;
- 3) una valutazione accurata del rischio/beneficio preliminarmente ad ogni sperimentazione clinica e, infine;
- 4) l'esito positivo di una sperimentazione controllata randomizzata e in cieco che, con il suo valore prospettico, dimostri il valore scientifico dei trattamenti.

TM

Tratto da: Quaderni della SIF (2013) vol. 36-79

SAFFI GIUSTINI, DAVID COLETTA

Due riflessioni su Lucentis vs Aventis



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



David Coletta, dal 1989 al 2009 medico di medicina generale Asl 11, dal 2010 coordinatore mmg Ospedale di Continuità Santa Verdiana Castelfiorentino, co-direttore Dipartimento Interaziendale di Formazione per la Continuità nell'assistenza.

Publicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 67 del 21 marzo 2014, è già entrato in vigore il decreto legge 20 marzo 2014, n. 36 «Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio Sanitario Nazionale». Farmaci, trials d'ufficio all'AIFA Trials clinici d'ufficio per la sperimentazione *off label*.

Il bevacizumab, da tempo utilizzato *off-label* in Italia, è stato riconosciuto con determinazione AIFA del 23 maggio 2007, anche se l'agenzia ha sottolineato l'importanza di continuare a indagare il profilo di sicurezza di tutti i farmaci utilizzati per via intravitreale (ranibizumab, pegaptanib sodico, desametasone) per valutare se la segnalazione di eventuali reazioni avverse possa comportare la revisione del loro profilo di rischio beneficio. Come se ci si attendesse una prosecuzione dell'impiego *off-label* del bevacizumab.

Si deve ricordare che, per la normativa vigente, la richiesta di ampliamento delle indicazioni spetta al titolare dell'immissione in commercio (AIC) del farmaco.

Di fatto, in caso di utilizzo di un farmaco *off label*, ovvero di cui sono disponibili studi anche indipendenti a sostegno della efficacia terapeutica,

la norma attribuisce ad AIFA il potere di avviare d'ufficio la sperimentazione clinica, finanziandola con propri fondi (circa 3 milioni di euro l'anno per bandi nel campo della sperimentazione clinica). AIFA potrà contattare l'azienda titolare di brevetto per acquisire l'assenso alla sperimentazione e l'azienda potrà seguire tre percorsi:

- autorizzare l'AIFA a sperimentare;
- avviare in proprio (e a proprie spese) il trial;
- opporsi del tutto.

In tal caso AIFA pubblicherà il diniego sul proprio sito. Se la sperimentazione ha esito positivo, il farmaco verrà autorizzato a carico del SSN: nel frattempo sarà reso provvisoriamente concedibile (ex. L. 648/96) se utilizzato in altri Paesi, se ci sono studi scientifici anche indipendenti e se l'eventuale farmaco autorizzato alternativo è eccessivamente oneroso per il SSN.

Solo responsabilità dell'AIFA?

Oppure come è stato fatto per altri farmaci (vedi il caso del "teriparatide" in Toscana) i dipartimenti regionali del farmaco avrebbero potuto, di concerto con l'agenzia, predisporre degli studi "osservazionali" distribuendo il farmaco bevacizumab attraverso i canali delle farmacie ospedaliere, approntando una scheda di monitoraggio specifica, permettendo consistenti risparmi e mettendo in sicurezza sia prescrittori che pazienti?

TM

I 10 farmaci al mondo che guadagnano di più

Rank in 2013 (in 2012)	Product	Company	Therapeutic category	2013 sales (\$US m)	2012 sales (\$US m)
1 (1)	Humira	AbbVie	Other anti-rheumatics	10,659	9,616
2 (2)	Enbrel	Pfizer/Amgen	Other anti-rheumatics	8,776	8,496
3 (4)	Remicade	Johnson & Johnson/ Merck & Co	Other anti-rheumatics	8,386	7,990
4 (3)	Seretide/Advair	GlaxoSmithKline	Other bronchodilators	8,251	7,634
5 (6)	Lantus	Sanofi	Anti-diabetics	7,592	7,155
6 (5)	Rituxan	Roche	Anti-neoplastic MAb	7,503	6,377
7 (9)	Avastin	Roche	Anti-neoplastic MAb	6,751	6,282
8 (7)	Herceptin	Roche	Anti-neoplastic MAb	6,562	6,253
9 (8)	Crestor	AstraZeneca	Anti-hyperlipidemics	5,622	6,149
10 (10)	Abilify	Otsuka Holdings	Anti-psychotics	5,500	5,304

Fonte: The Guardian su dati Ricerca EvaluatePharma/EP Vantage

ROCCO DAMONE¹, ANDREA FAGIOLINI², SAFFI GIUSTINI³, ICRO MAREMMANI⁴,
ALESSIO NASTRUZZI⁵, VALENTINO PATUSSI⁶, PAOLA TROTTA⁷

Uso, abuso e dipendenza da alcol fra costume e terapia

TOSCANA MEDICA – *Epidemiologia del consumo di alcol con particolare attenzione alla questione dei suoi costi umani e sociali.*

PATUSSI – Il consumo di alcol, nonostante sia un'abitudine diffusa e culturalmente radicata in molti paesi, incide seriamente sulla salute pubblica: è il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura in Europa e nel mondo. È causa principale di molte malattie considerate totalmente alcol correlate fra cui, in particolare, la cirrosi epatica alcolica ma è anche causa concomitante di varie altre patologie (vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche e dell'apparato scheletrico), di infertilità e problemi prenatali, di cancro, compreso quello alla mammella. Inoltre è correlato ad altri gravi eventi che danneggiano non solo chi beve, ma anche chi sta intorno (alcol passivo): si pensi agli incidenti stradali, domestici e lavorativi, agli episodi di violenza e agli omicidi.

L'OMS stima che 2,3 milioni di morti ogni anno, il 3,8% di tutte le morti a livello globale, siano attribuibili al consumo di alcol, delle quali più della metà dovute a malattie non trasmissibili, inclusi i tumori e le malattie cardiovascolari. Ogni anno in Europa muoiono 120.000 persone a causa dell'alcol tra i 15 e 64 anni che è responsabile di 1 morte su 7 tra gli uomini, 1 su 13 tra le donne, 1 su 4 tra i giovani nella fascia di età 15-29 anni. I costi sociali si aggirano per l'Europa sui 160 miliardi di euro e per l'Italia sui 22 miliardi.

Probabilmente siamo indotti a pensare che questi dati descrivano un fenomeno recente mentre i problemi e le patologie alcolcorrelate vengono da molto lontano. Basti pensare che in Italia i primi studi che hanno messo in discussione una pratica diffusa e normalizzata come il bere, risalgono alla seconda metà dell'ottocento. L'attenzione su questo tema culminerà nel 1913 con la proposta, fatta da Giolitti, e approvata della legge n. 632 "Provvedimenti per combattere l'alcolismo in Italia".

Oggi in Italia quasi 8 milioni di persone consumano bevande alcoliche con modalità rischiose per la salute e dovrebbero essere oggetto, insieme ad oltre a circa 400.000 giovani minorenni di entrambi i sessi che non dovrebbero consumare alcol, di intercettazione e di intervento da parte di medici o strutture sanitarie al fine di evitare che un'abitudine non salutare possa progredire verso il danno e l'alcol dipendenza. Nonostante tutto ciò gli operatori sanitari non sono soliti indagare il consumo di alcol dei propri assistiti. In Italia, così come in Toscana, solo una persona ogni cinque (20%) può essere classificabile come consumatore di alcol a rischio e solo

il 15% degli operatori si informa sul consumo di alcol dei propri assistiti e solo il 6% degli operatori sanitari suggerisce ai bevitori a rischio di ridurre il consumo di alcol (Studio Passi, 2009-2012).

Guardando alla nostra Regione, nel 2011 ci sono stati circa 9.000 accessi in ospedale, tra Pronto Soccorso e ricoveri ordinari, per cause legate al consumo di alcol e nel 2012, considerando solo i Pronto Soccorsi, gli accessi sono stati 5713 con una maggiore concentrazione nell'area vasta fiorentina. Nonostante si pensi che il problema riguardi i giovani, le fasce di età più interessate sono state tra i 40-49 per gli uomini e tra i 20 e i 29 anni per le donne. L'Asl fiorentina, dal 1996 al 2012, è passata da 601 a 1365 pazienti in carico per problemi alcolcorrelati. Il Centro di Alcolologia e Patologie correlate della AOUC ha in carico circa 50 minori.

L'OMS da tempo dice che per ridurre l'impatto dei problemi alcolcorrelati è necessario ridurre i consumi di tutta la popolazione. Per raggiungere e mantenere nel tempo questo obiettivo sono necessari interventi mirati sia di carattere amministrativo, che politico e scientifico. Per fare un esempio, in questi ultimi anni, il vino, nonostante costituisca un prodotto considerato prezioso e pertanto difeso, è stato eliminato dalla piramide alimentare della Regione Toscana. Inoltre si tende a ribadire che chi non beve non deve essere spinto a farlo per rientrare nelle indicazioni suggerite dal suddetto modello. Anche in campo medico gli epatologi parlano di un consumo che deve essere "saltuario" e "occasionale".

TOSCANA MEDICA – *Il fatto che il vino sia stato eliminato dalla piramide alimentare significa che deve essere abolito del tutto?*

PATUSSI – Non è in questi termini che va apprezzato il fenomeno. "NO all'abolizione e al proibizionismo e SI ad un'informazione corretta, imparziale e coraggiosa". Nel sito della Regione Toscana alla voce vino della Piramide Alimentare viene precisato: "Il principale ambasciatore dell'enogastronomia toscana nel mondo non trova posto sui gradini della piramide, ma al suo fianco, in quanto non è un alimento indispensabile, ma un bene voluttuario." E si aggiunge: "Comunque, chi non ha l'abitudine di bere vino, non dovrebbe essere incoraggiato ad iniziare a consumarlo".

Ribadisco e preciso che è necessario fornire informazioni scientifiche corrette, piuttosto che ricorrere allo spauracchio del proibizionismo o andare dietro alla sola tradizione culturale e, soprattutto, agli interessi commerciali che sono dietro la produzione e la vendita di bevande alcoliche. Dobbiamo ricordare a



Rocco Damone



Andrea Fagiolini



Saffi Giustini

¹ Direttore Generale USL 5, Pisa

² Associato di Psichiatria dell'Università di Siena

³ Medico di medicina generale a Pistoia, consulente AIFA



Icro Maremmiani



Alessio Nastruzzi



Valentino Patussi



Paola Trotta

tutti che oggi l'alcol è un cancerogeno, tabellato in Classe 1 dalla IARC - Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro. Non è una sostanza d'interesse nutrizionale che - pur apportando energia (7 kcal/g) - non ha finalità funzionali e/o metaboliche specifiche né utili per il nostro organismo.

Inoltre l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito da tempo che non esiste una "quantità sicura" di alcol che si possa assumere senza andare incontro a rischi. Consumare bevande alcoliche è sempre un rischio. Non dimentichiamo inoltre che si tratta di una sostanza psicotropa.

I tecnici/specialisti hanno l'imperativo etico di fornire le informazioni il più corrette possibile lasciando poi alle singole persone la capacità di auto-determinarsi nei confronti del consumo di bevande alcoliche, quindi della loro salute.

NASTRUZZI – Per rimanere in tema di epidemiologia ricordo che studi risalenti al periodo 2009-2012 hanno evidenziato alcune aree italiane particolarmente a rischio per quanto riguarda il consumo di alcol e precisamente alcune zone del Nord e del Centro come le Marche e la Sardegna. La Toscana presenta in questa classifica un rischio di grado medio.

Sui costi legati all'abuso di alcol influiscono poi in maniera assai rilevante, oltre alle implicazioni di carattere strettamente medico, anche tutte quelle situazioni legate alla criminalità, alla disoccupazione, alla perdita di giornate lavorative, al disagio sociale causato dal soggetto alcolista a sé ed ai propri familiari.

TROTTA – Chi lavora nel settore delle dipendenze sa bene che oggi sempre più spesso è l'alcol e non più ad esempio la cannabis a rappresentare il mezzo di ingresso nel mondo delle sostanze di abuso. Pertanto, anche se i danni da abuso di alcol si manifestano più avanti negli anni, si tratta di un fenomeno gravissimo e sempre più diffuso nelle classi di età più bassa.

Analizzando ad esempio i dati dell'Agenzia Regionale di Sanità toscana nel periodo 2005-2008 sui determinanti degli incidenti stradali, è stato osservato un assai preoccupante aumento del cosiddetto "bere intensivo" (*binge drinking*), vale a dire l'assunzione di più bevute in un tempo molto ravvicinato. Questo comportamento presenta caratteristicamente due picchi di incidenza, uno intorno ai 14-15 anni nelle femmine ed un altro verso i 16-17 nei maschi. Si tratta tra l'altro di soggetti ancora molto giovani nei quali non sono ancora completamente sviluppati i sistemi enzimatici di catabolismo dell'alcol, condizione che ovviamente aumenta di molto il rischio di questi atteggiamenti.

Nella sola realtà fiorentina nel periodo 2009-2010 si sono registrati ben 150 casi/anno di coma etilico in soggetti minorenni, senza purtroppo che nessuno di questi venisse in seguito affidato ad un servizio per cercare di eliminare quanto prima simili comportamenti sbagliati e pericolosi.

TOSCANA MEDICA – *Da esperti del settore pensate che i medici in generale abbiano presente la giusta dimensione del problema?*

GIUSTINI – Dobbiamo tener presente il non facile inquadramento del paziente con problemi e patologie alcol correlate; penso ai ragazzi e alle donne che

spesso sfuggono di fronte al problema. C'è poi un difetto di formazione professionale specifica a cui si aggiunge uno scetticismo di fondo sui risultati dei vari approcci psico terapeutici, unito ad una scarsa offerta di programmi personalizzati di presa in carico.

TROTTA – Io sono convinta che il medico, come tutti, sia oggi inserito in un contesto essenzialmente "alcolico", particolarmente evidente soprattutto in ambito mediterraneo dove l'alcol ed il vino in particolare rivestono ancora oggi importanti significati di tipo sociale e religioso (non per niente per la religione cristiana il sangue di Cristo è rappresentato dal vino!). Purtroppo nel campo dell'abuso di alcol, soprattutto nei più giovani, non esiste ancora un livello di attenzione sufficientemente alto da parte degli adulti: se un genitore scopre il figlio a fumare hashish o a iniettarsi eroina si allarma immediatamente e cerca di porre rimedio. Lo stesso generalmente non accade quando un ragazzo torna a casa la notte ubriaco, venendo la cosa considerata poco più di una innocente bravata.

FAGIOLINI – Condivido pienamente le opinioni dei colleghi però vorrei sottolineare che un atteggiamento di carattere eccessivamente proibizionistico non è a mio parere il migliore per affrontare la questione. Mi spiego meglio. Premesso e accettato che l'alcol fa sempre e comunque male, io credo che sia opportuno specificare con chiarezza che i rischi aumentano con l'aumentare dei dosaggi degli alcolici e che basse quantità di alcol, seppure non auspicabili, possono essere anche accettate.

La mia esperienza si basa su un lungo periodo di lavoro trascorso negli USA, a contatto per lo più con pazienti giovani o giovanissimi nei quali il problema dell'abuso di alcol era evidente in maniera anche superiore a quello della situazione italiana. Quando sono rientrato in Italia mi sono accorto con piacere che mi imbattevo più raramente in ragazzi che, al contrario dei loro coetanei statunitensi oppressi da una società fondamentalmente proibizionistica e repressiva, aspettavano con ansia di compiere i 21 anni per iniziare le loro tanto attese ubriacature, ormai in certo qual modo legittimate dal raggiungimento dell'età oltre la quale è possibile bere liberamente.

MAREMMANI – Condivido totalmente l'intervento del prof. Fagiolini e ricordo che forse più del 50% della popolazione psichiatrica è dedita all'abuso di alcol con tutto quel che ne consegue in termini di interazione con moltissimi farmaci di nostra competenza. L'alcol quindi in quanto sostanza psicoattiva è pericoloso sia nella popolazione generale che in quella affetta da disturbi psichiatrici. Detto questo concludo sottolineando il fatto che storicamente il proibizionismo ha sempre finito per aggravare e non certo risolvere le mille questioni legate al consumo eccessivo di bevande alcoliche.

PATUSSI – I medici di medicina generale, come la maggior parte della classe medica, non hanno una percezione della reale dimensione del "fenomeno alcol" e delle implicazioni che ha in campo sanitario oltre che sociale ed economico e le bassissime percentuali degli operatori sanitari che si informano sul consumo di alcol dei propri assistiti già riportate ed emerse ripetutamente negli anni dal sistema di sorveglianza PASSI, confermano questo.

⁴ Docente di Medicina delle Farmacotossicodipendenze, Università di Pisa

⁵ Medico di medicina generale a Firenze

⁶ Direttore del Centro Alcolologico della AOU "Careggi" di Firenze;

⁷ Direttore del Dipartimento delle dipendenze della Asl di Firenze

Anche rifugiarsi nell'idea di proibizionismo quando si affronta questo fenomeno e quando si cerchi di fornire informazioni scientificamente corrette circa la pericolosità dell'alcol, penso sia la conferma di questa scarsa percezione.

Il paragone con gli Stati Uniti necessita di un'ulteriore riflessione. Esistono delle differenze fondamentali tra loro e molti Paesi europei tra cui l'Italia dove, ad esempio, la pubblicità delle bevande alcoliche è totalmente libera ed autoregolamentata dai produttori stessi. Riterrei alquanto autoreferenziale qualsiasi forma di confronto tra cultura e politiche così diverse. Atteniamoci ai riscontri scientifici. I codici di autoregolamentazione non funzionano e questo lo dice da tempo l'OMS: gli studi dimostrano che maggiore è l'esposizione a stimoli e pubblicità che incentivano il consumo di alcol, maggiore è il numero degli astemi che inizia a bere e aumenta il consumo di coloro che già bevono.

È nostro dovere etico e professionale diffondere quanto più possibile le conoscenze in materia e assumerci questa responsabilità smascherando anche le incoerenze come ad esempio, il fatto che negli spacci commerciali pubblici all'interno degli ospedali si vendano bevande alcoliche e sigarette, due fattori di rischio di malattia e morte nel mondo.

FAGIOLINI – Vorrei fare una precisazione circa il mio precedente intervento. Ovviamente il messaggio che dobbiamo sempre e comunque supportare è quello che l'alcol fa male, però che esiste una gradualità di assunzione e una cosa è bere un bicchiere di vino ai pasti un'altra consumarne una bottiglia intera a pranzo e cena.

DAMONE – Vi sono tre figure professionali che forse ancora non hanno completa consapevolezza del ruolo importante che possono rivestire nell'ambito di strategie di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita sani nell'ambito del consumo di alcool e sono rappresentati dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e dal medico competente aziendale.

I medici di medicina generale (mmg) rappresentano il primo livello di approccio, non necessariamente per problematiche sanitarie, per gli utenti adulti, e laddove danno informazioni sul tabacco, sull'alimentazione, o sul peso corporeo o sulla necessità di adesione agli screening oncologici ad esempio la diagnosi precoce del Tumore del colon retto possono sicuramente sensibilizzare i pazienti sull'effetto potenziante dell'alcool su tutti i determinanti delle patologie neoplastiche in accordo con le evidenze epidemiologiche più robuste.

I pediatri di Libera Scelta possono, nel corso dei bilanci di salute, o di richiamo delle vaccinazioni in età scolare, coinvolgere in atteggiamenti positivi anche le famiglie in questa operazione culturale di corretti stili di vita ed in particolare sugli effetti negativi del consumo di alcool. Questo ambito di intervento è particolarmente strategico perché è possibile coinvolgere interi nuclei familiari, con effetto domino positivo su reti sociali più ampie.

I medici competenti invece governano con le visite periodiche lo stato di salute degli operatori sanitari, e possono implementare attraverso strumenti adeguati (questionari, esami ematochimici) modalità di screening e di individuazione di soggetti a rischio, o con alterazioni già in atto, in modo da attivare pre-

cocemente trattamenti di riduzione del danno, e soprattutto coinvolgere gli operatori come testimonial positivi di contrasto all'uso e abuso di alcool verso la popolazione generale che frequenta i diversi ambiti dei servizi sanitari (ambulatori, distretti, ospedali).

È evidente che l'implementazione di tali strategie di promozione ed educazione sanitaria, richiede un forte e robusto sostegno delle Direzioni Aziendali che sostanziano tali obiettivi di salute primaria negli strumenti di programmazione e controllo aziendale: Il budget annuale delle attività, indicatori da introdurre negli accordi aziendali con i medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta, politiche di promozione del benessere organizzativo e psicologico all'interno di tutte le strutture organizzative aziendali.

TOSCANA MEDICA – *Trovandoci di fronte a mille aspetti diversi legati al consumo dell'alcol, dal valore per la religione cristiana con il suo impiego nella Messa al significato sociale delle bevute in compagnia, dalla sua cancerogenicità ai costi legati all'abuso, come si può allora fornire un'informazione realmente adeguata, esauriente e quanto più possibile imparziale?*

MAREMMANI – Secondo me per prima cosa è necessario distinguere tra una piacevole seppure pericolosa abitudine ed un vero e proprio rischio di patologia grave o gravissima, non solo somatica o psichica ma anche molto spesso comportamentale: una persona può infatti bere moltissimo con grande pericolo per la propria salute, riuscendo però a mantenere un comportamento socialmente del tutto accettabile. Un'informazione corretta dovrebbe quindi tenere conto di tutti e tre questi aspetti legati al consumo di alcol.

TROTTA – Nell'ambito dei sempre più frequenti quadri di politossicodipendenza, notiamo spesso che l'abuso di alcol prende progressivamente il sopravvento sulle altre sostanze di abuso, finendo per rendere il comportamento del soggetto socialmente inaccettabile. Tra l'altro non bisogna dimenticare che l'alcol aggrava la situazione dei soggetti politossicodipendenti, rappresentando assai spesso proprio il punto d'innescò di una simile condizione.

TOSCANA MEDICA – *L'uso e l'abuso dell'alcol sono nati praticamente con l'uomo ed allora viene da chiedersi: quali sono le componenti genotipiche e fenotipiche di queste condizioni?*

FAGIOLINI – Ad oggi si pensa che le due componenti siano rappresentate ognuna per circa il 50%.

MAREMMANI – Durante i millenni l'uomo ha imparato a modulare il suo rapporto con l'alcol, convivendo come abbiamo detto più o meno bene insieme. Lo stesso non è stato, per esempio, per gli Indiani di America che hanno subito effetti tragici dall'ingresso improvviso dell'alcol nella loro società.

TROTTA – È stato chiaramente dimostrato che tutto ciò che crea dipendenza (oggi molto discusso) è ad esempio il caso del gioco d'azzardo patologico) ha una base nella disponibilità individuale e nell'esperienza di ognuno nei suoi confronti. Credo pertanto che l'approccio corretto nei confronti di una persona che beve vada costruito basandosi soprattutto sulla conoscenza e l'informazione e non certo sul proib-

zionismo prima ricordato oppure sul fomentare eventuali sensi di colpa o condanna.

PATUSSI – Gli studi sulla genetica del consumo di alcol fanno ormai parte della storia della medicina ed anche se non completamente dirimenti, in qualche modo finiscono per tranquillizzare i medici circa gli aspetti più puramente tecnici della questione. Chi non è in grado di gestire il consumo di alcol e che, come viene erroneamente detto, ne “abusa”, non viene accettato dalla società la quale si difende da queste persone, considerandole a tutti gli effetti malate, viziose e senza volontà. Se si arriva alla conclusione che questa situazione è, anche solo in parte, geneticamente determinata, la gran parte della società in qualche modo si sentirà tutelata pensando che i problemi alcolcorrelati siano solo il margine estremo. I problemi alcolcorrelati, invece, riguardano la maggior parte della popolazione che beve in maniera cosiddetta “moderata”, fermo restando che il concetto di bere moderato è erroneo perché non scientificamente definibile.

TOSCANA MEDICA – *Cosa sappiamo ad oggi del rapporto tra fisiologia e consumo di alcol?*

MAREMMANI – Sulla scorta dell’ovvia considerazione che fisiologia e patologia sono strettamente legate tra di loro, nel caso dell’alcol le cose sono rese più complesse dal fatto che qui abbiamo di fronte solo ed esclusivamente situazioni di patologia.

Noi possiamo considerare la dipendenza come un sistema fisiologico che risponde in varie maniere ad uno stimolo piacevole, correndo però il rischio di non potere ad un certo punto più controllarne la gestione. In altre parole nell’uomo esiste una risposta fisiologica al piacere di pertinenza ipotalamica monitorata dalla parte prefrontale del cervello. In questo delicato meccanismo si inserisce l’azione delle sostanze di abuso che il soggetto abusante dovrebbe pertanto sapere contenere.

TOSCANA MEDICA – *Si potrebbe quindi dire che il limite tra piacere e rischio di abuso è scientificamente indeterminato e che quindi potrebbe essere meglio definito da una informazione corretta ed adeguata?*

MAREMMANI – Potrebbe essere anche così però bisogna fare molta attenzione: Epicuro diceva che siccome tutto il piacere è pericoloso, è meglio non fare proprio niente ed ovviamente non è detto che Epicuro avesse davvero ragione!

TROTTA – Quelli che potremo chiamare i “circuiti del piacere” hanno una funzione di sopravvivenza a livello di specie e di singolo individuo e si attivano, ad esempio, nel rapporto tra la madre ed il figlio in tenera età, durante l’attività sessuale e nel momento che si assume cibo quando si ha fame. Oltre che da queste situazioni fisiologiche i suddetti circuiti possono essere attivati da molte altre esperienze piacevoli e da tutta una serie di sostanze tra le quali rientrano anche le sostanze di abuso. Ora è vero che con una giusta informazione la parte razionale del nostro cervello dovrebbe essere in grado di tenere sotto controllo questi impulsi, però è altrettanto vero che sembra improbabile che questo possa accadere realmente per esempio in un ragazzino quattordicenne o in un paziente con problematiche psichiatriche. I tecnici di questo settore ed i medici in particolare hanno pertanto la responsabilità oggettiva di aiutare le classi più a rischio ed in particolare i giovani e giovanissimi.

TOSCANA MEDICA – *Cosa si può allora fare in chiave preventiva, anche per aiutare i medici a svolgere questo delicato ed importante compito?*

NASTRUZZI – Il setting della medicina generale rappresenta senza dubbio un ambiente estremamente favorevole soprattutto per cercare di individuare il prima possibile soggetti con eventuali problemi legati al consumo di alcol. Tra l’altro è stato dimostrato che circa il 20% delle persone che si rivolgono al medico di medicina generale, soprattutto coloro che vi ricorrono con maggiore frequenza, presentano qualche problema alcol correlato. La peculiarità di intervento della medicina generale, con la approfondita conoscenza degli assistiti e del loro ambito familiare permette interventi fondamentalmente di due tipi: uno, come dicevo adesso, preventivo per cercare di scoraggiare il consumo eccessivo di alcol ed un altro specificamente mirato



Figura 1

a gestire le persone affette da alcolismo. Il medico di famiglia molto spesso può riconoscere con grande anticipo possibili segni di disagio che, se non correttamente interpretati, potrebbero essere la porta di accesso verso qualche forma di dipendenza, come ad esempio una certa trasandatezza nel vestire e nella cura personale, la presenza di conflitti tra i vari componenti del nucleo familiare, il parlare spesso di difficoltà sul luogo di lavoro oppure una situazione di disoccupazione, uno scarso rendimento scolastico o un elevato numero di assenze a scuola nei più giovani.

La successiva azione di counseling nei confronti dei soggetti a rischio oppure già alcol dipendenti può utilmente essere condotta con l'apporto degli infermieri che già da tempo collaborano con i medici di famiglia nella gestione assistenziale della cronicità.

GIUSTINI – È necessario sviluppare dei programmi di formazione "non episodica" sui problemi alcol correlati, tentando di coinvolgere ogni operatore socio sanitario in interventi di prevenzione sia pur "discreti" a livello individuale e familiare inseriti nei corretti stili di vita. Implementazione dei "metodi classici" della medicina di famiglia per far emergere il problema (anamnesi, registrazioni in cartella dei dati di consumo, ...) chiedendo anche al personale infermieristico (mi viene in mente quello del CCM) di usare strumenti di screening validati come alcuni brevi questionari.

TOSCANA MEDICA – *L'Università è attenta a queste tematiche e se ne prende carico nella sua attività di insegnamento?*

FAGIOLINI – Purtroppo nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia non esiste alcun insegnamento obbligatorio su queste tematiche anche se secondo me, viste le dimensioni del problema, un'informazione adeguata dovrebbe essere patrimonio di tutti i medici. Nell'ambito dell'insegnamento della Psichiatria il problema dell'alcolismo e delle dipendenze in genere riceve comunque una buona attenzione.

PATUSSI – Effettivamente in Italia esiste un vero e proprio vuoto culturale in materia, anche se più volte i Rettori hanno ricevuto sollecitazioni dal Ministero per garantire agli studenti una adeguata offerta formativa sulle tematiche alcol correlate come la legge 125 del 2001 sancisce.

Il problema è conosciuto da tantissimo tempo

anche in campo medico. Viene quindi da chiedersi come mai non si sia riusciti a ridurre "l'ignoranza", il non sapere non solo dei medici, ma anche di altre figure professionali quali psicologi, infermieri, dietisti, assistenti sociali. Non essendo stato portato avanti negli anni un percorso di crescita culturale, oltre che di responsabilità sociale, è evidente oggi che tutta la popolazione non sia consapevole dei rischi legati al consumo di alcol e quindi anche gli amministratori pubblici, i politici e gli operatori della distribuzione e commercializzazione.

NASTRUZZI – Gli aspetti culturali legati al consumo eccessivo di alcol in Italia sono legati anche a recenti periodi storici, quale ad esempio i difficili anni delle guerre mondiali del secolo scorso quando il pane ed il vino rappresentavano in molti casi alcuni tra i pochi alimenti disponibili per le classi meno abbienti.

TOSCANA MEDICA – *È ipotizzabile anche per l'alcol la creazione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale al pari di quanto avviene per i grandi quadri di patologia inseriti nel Chronic Care Model?*

NASTRUZZI – Io credo che più che di un percorso vero e proprio sarebbe forse più utile creare un modello gestionale articolato in varie fasi. La prima fase dovrebbe essere quella della informazione e della formazione della popolazione verso queste tematiche, momento di capitale importanza visto che secondo le statistiche la percentuale di bevitori nel nostro Paese ha raggiunto il 56% con ben il 17% di questi soggetti classificabili come "bevitori a rischio".

Il passo successivo dovrebbe comprendere la presa in carico complessiva proprio dei soggetti a rischio, magari anche inserendoli nei modelli assistenziali della cronicità.

Il terzo step si riferisce alla gestione, prevalentemente organizzata a livello territoriale, dei pazienti affetti da veri e propri quadri patologici, anche di natura psichiatrica, direttamente correlati all'abuso di alcol.

TROTTA – Sono in linea di massima abbastanza d'accordo con il dottor Nastruzzi e credo che alcuni dati relativi alla Asl di Firenze possano meglio esemplificare quanto adesso riportato. Nel territorio di competenza della Asl fiorentina il numero stimato di alcolisti si aggira intorno alle 13.000 persone e quelle in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze sono 1365. Aggiungendo a queste ultime i soggetti

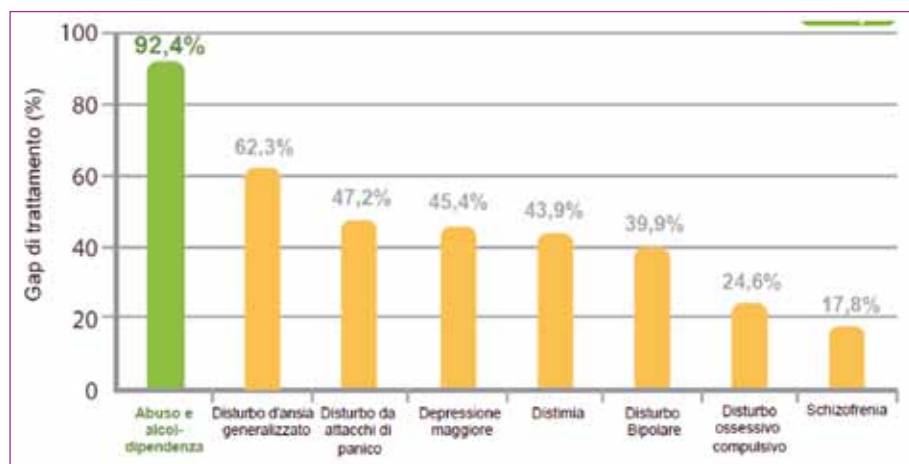


Figura 2 - Abuso e dipendenza da alcol presentano il più ampio gap di trattamento (da Kohn et al., Bull World Health Organ 2004; 82: 858-66).

seguiti presso i gruppi di auto-aiuto (per esempio gli Alcolisti Anonimi), il Centro di Careggi ed in misura minore i Centri per la salute mentale si raggiunge un numero oscillante intorno alle 2000 unità. Si tratta di un numero più alto rispetto alla percentuale nazionale di alcol dipendenza che però dimostra che molti altri soggetti che ne avrebbero reale bisogno per svariati motivi sfuggono a qualsiasi monitoraggio nel tempo, finendo pressoché inevitabilmente per sviluppare gravi problematiche di carattere sia psicofisico che sociale.

I numeri ora ricordati credo possano testimoniare in maniera molto efficace quanto sia possibile l'intervento concreto della medicina generale in questo campo, essendo ormai evidente che i soli e diversificati Servizi non possono tenere testa a problematiche di simile impegno.

PATUSSI – In campo alcolologico, in questi anni si sono sviluppati, faticosamente con la determinazione della passione e delle competenze professionali, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali. Ad oggi dobbiamo creare una migliore integrazione all'interno dei modelli generali di assistenza e una maggiore diffusione ed omogeneità su tutto il territorio nazionale e regionale. In Toscana la situazione è certamente migliore rispetto ad altre realtà italiane, anche se migliorabile. Abbiamo istituito, con apposita azione programmatica regionale sull'alcol, le equipe alcolologiche operanti a livello territoriale e il Centro Alcolologico Regionale con funzione di organo tecnico a supporto sia dei servizi territoriali sia degli organismi della Regione stessa. In questi anni sono state approvate due importanti delibere regionali: la n. 624 del 3 settembre 2007 "Linee di indirizzo alle commissioni mediche locali e alle Aziende USL toscane per la valutazione dell'idoneità alla guida per violazione dell'Art. 186 Nuovo Codice della Strada" e n. 1065/2013 del 9 dicembre 2013, "Linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assenza di alcoldipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi". Queste delibere hanno portato all'istituzione dei Centri di Consulenza Alcolologica con funzioni certificative e che sono punti di riferimento specialistici sia per le Commissioni Mediche Locali, sia per la Medicina del lavoro e i medici competenti. In Toscana è stata anche posta particolare attenzione alle associazioni del terzo settore che offrono una risposta concreta alle famiglie che presentano problemi e patologie alcol-correlate come i Club Alcolologici Territoriali e gli Alcolisti Anonimi.

Inoltre come Centro Alcolologico Regionale da tempo stiamo portando avanti attività di formazione sull'identificazione precoce dei problemi alcolcorrelati e l'intervento degli operatori sanitari come i medici di famiglia, i medici del lavoro, dello sport, i

pediatri (è del 1902 uno studio del Meyer sulle condizioni di salute dei bambini che vivevano in famiglie con problemi di alcolismo!), i medici legali, i medici competenti, gli igienisti dentali, gli infermieri del territorio e degli ospedali.

GIUSTINI – Si tratta "di sviluppare una particolare attenzione a condizioni di fragilità", verso la quale il medico di MG è in una posizione di rilievo per mettere in risalto indizi di "abuso alcolico" come problemi personali (trascuratezza, disordine, scarsa cura della persona, piccoli incidenti, cadute); problemi legali (aggressività immotivata), problemi professionali (assenteismo, scarsa concentrazione, errori ripetuti, ritardi), problemi familiari (disordine domestico, conflitti coniugali, disinteresse, isolamento, violenza), problemi scolastici (abbandono degli studi, disinteresse, difficoltà nell'approfondire, disturbi del comportamento).

DAMONE – Di fronte ad un fenomeno di grande rilevanza ed impatto sociale come l'abuso di alcool e dato il rapporto minimo da 1 a 10 tra chi è in carico al servizio sanitario e chi ha il problema e non ricorre a nessun presidio, necessariamente si deve organizzare una strategia operativa che si articoli secondo le seguenti direttrici:

a) strategie per l'emersione del fenomeno: standardizzazione degli strumenti di informazione, accesso diretto alle strutture di cura, coinvolgimento di strutture sociali diffuse;

b) organizzare il percorso del paziente secondo il principio di intensità di cura, ovvero proporzionale al bisogno socio-psico-sanitario rilevato al momento della presa in carico;

c) esercitare un monitoraggio proattivo e continuo dei soggetti in carico attraverso infermieri o altro personale sanitario (educatori sanitari, terapisti della riabilitazione psichica) in modo da garantire il massimo di compliance dei pazienti in carico secondo il principio del Chronic Care Model;

d) valutazione del rapporto costi efficacia degli interventi messi in campo, per consentire anche il riorientamento delle strategie operative in funzione degli obiettivi che ci prefiggiamo.

TOSCANA MEDICA – Senza considerare la cura delle molte complicanze legate all'abuso di alcol, ad oggi esiste un approccio terapeutico specifico all'alcol dipendenza, di natura psicologica e/o farmacologica?

TROTTA – Non si può parlare di un approccio di cura unico per la dipendenza da alcol, essendo ogni soggetto caratterizzato da peculiarità sia fisiche che psicologiche che finiscono per renderlo un qualcosa di unico. Ogni strategia terapeutica deve pertanto essere il più possibile individualizzata, preferendo nello stesso soggetto in un certo momento, ad esempio,

Figura 3 - Esiste un'unità di misura del consumo di alcol indicativa, l'**Unità Alcolica o bicchiere standard** che in Italia corrisponde circa a 12 grammi di alcol, quantità contenuta in un bicchiere di vino (125 ml) di media gradazione, in una lattina di birra (330 ml), in un aperitivo (80 ml) o in un cocktail superalcolico (40 ml).



l'approccio motivazionale o il sostegno familiare ed in un altro la terapia farmacologica disintossicante. In alcuni casi può essere indicato il ricorso alle cosiddette terapie aversivanti ed in altri è preferibile un grande sforzo di prevenzione delle ricadute con un antagonista per gli oppioidi oppure con farmaci regolatori dell'equilibrio glutammatergico e GABAergico o attivi contro l'ansia e la depressione.

MAREMMANI – Io credo che una delle cause per le quali molti soggetti alcol dipendenti non si affidano ad un percorso di cura sia essenzialmente la considerazione che per questo tipo di situazioni ancora oggi non esiste un trattamento veramente efficace e risolutivo. Questo porta a considerare la dipendenza da alcol una "malattia" del singolo individuo che si esprime più che altro a livello sociale e non tanto di compromissione vera e propria del suo stato di salute. Con queste premesse è ben difficile che questi soggetti possano trovare modelli assistenziali veramente utili: forse l'approccio corretto potrebbe essere quello di sostituire al concetto di guarigione da queste situazioni quello di recupero di ciò che diventa funzionale al raggiungimento della migliore qualità possibile di vita.

TOSCANA MEDICA – *Esiste qualche novità nell'approccio farmacologico all'alcol dipendenza?*

PATUSSI – Intanto vorrei precisare che il trattamento efficace esiste ed è quel trattamento che prevede interventi multidisciplinari su tutto il sistema familiare: medici, farmacologici, psicologici ed infermieristici e con il coinvolgimento nei gruppi di auto mutuo aiuto. Questo è quello che l'alcolologia ha costruito negli anni grazie al lavoro appassionato di molti professionisti, un modello organizzativo-assistenziale per le patologie alcol correlate e per l'alcol dipendenza che viene imitato ed esportato anche all'estero. Premesso questo, se anche l'astinenza rimane il gold standard, ad oggi possiamo pensare ad un obiettivo intermedio che è la riduzione del consumo. In molti casi chi ha un problema alcolcorrelato fa fatica o si rifiuta di modificare il proprio comportamento di e di pensare all'astinenza. In questo senso oggi per quanto riguarda il trattamento farmacologico, possiamo ricorrere utilmente ad una nuova molecola, il nalmeffene, che rappresenta un nuovo paradigma nel trattamento farmacologico sia per gli obiettivi che per la somministrazione. Il nalmeffene grazie alla

modulazione del sistema degli oppioidi (coinvolto nell'ottenimento del piacere legato all'assunzione di alcol e nella genesi e mantenimento dell'alcol dipendenza), riduce gli effetti di rinforzo dell'alcol riducendone quindi il consumo. In particolare il nalmeffene agisce come antagonista dei recettori *mu* e *delta* e come agonista parziale del tipo *kappa*, il loro blocco e la modulazione selettiva in pratica elimina lo stimolo per il quale si beve e questo consente di ridurre il consumo di alcol. Questa molecola è indicata per la riduzione del consumo di alcol in pazienti adulti con alcol dipendenza che abbiano livelli di consumo ad elevato rischio (> 60g/die uomini, > 40g/die donne), mantenuti due settimane dopo la valutazione iniziale, senza sintomi fisici da sospensione e che non richiedano interventi immediati di disintossicazione. Il nalmeffene deve essere prescritto solo congiuntamente ad un supporto psicosociale continuativo, mirato all'aderenza al trattamento ed alla riduzione del consumo di alcol.

MAREMMANI – Nalmeffene rappresenta una nuova opzione di trattamento farmacologico dell'alcol dipendenza, non più basata sull'astensione immediata, in quanto è il primo farmaco ad aver ottenuto l'indicazione per la riduzione del consumo di alcol. La riduzione del consumo è una strategia terapeutica più realistica e più accettabile, può motivare tutti quei pazienti che non sono pronti a smettere completamente di consumare alcol a iniziare il trattamento. Come discusso in precedenza, parliamo di una malattia fortemente sottotrattata, quindi individuare delle opzioni terapeutiche che possano intercettare e far iniziare il trattamento ai pazienti prima nel corso della loro patologia, mantenendoli ad un consumo di alcol inferiore, è clinicamente rilevante e può realmente ridurre il danno alcolcorrelato.

FAGIOLINI – Secondo me la prevenzione ed il trattamento dell'abuso di alcol richiedono due approcci diversi. Nel primo caso penso che il messaggio, seppure scientificamente vero, secondo il quale l'alcol fa sempre male in qualsiasi quantità, serva a poco e rischi per banalizzare ogni indicazione fornita dai medici: in altre parole temo che potrebbe indebolire il messaggio sui rischi ben più gravi connessi alle assunzioni di quantità elevate di bevande alcoliche.

In un soggetto con una grave dipendenza da alcol già in atto, è invece indispensabile richiedere una modifica radicale di queste condotte, soprattutto quando (ma non solo) siano presenti sintomi depressivi. È infatti ben noto che l'assunzione anche di minime quantità di alcol riduce significativamente la risposta terapeutica alla condizione depressiva.

L'astensione dall'alcol è ovviamente il *gold standard* ma bisogna essere realistici e riconoscere che si tratta di un risultato in molti casi estremamente difficile da raggiungere. In questa ottica credo sia pertanto utile considerare anche le nuove opzioni terapeutiche di natura farmacologica alle quali è stato in precedenza accennato.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono i risultati e gli outcome dei trial oggi reperibili in Letteratura riguardo alla dipendenza da alcol?*

MAREMMANI – La situazione in Europa ed in particolare in Italia è abbastanza scoraggiante. In pri-

Alcohol free situation, zero alcol = zero rischi

Ci sono persone o situazioni in cui è raccomandata l'astensione completa da bevande alcoliche:

- i giovani di età inferiore a 18 anni;
- le donne che programmano o sono in gravidanza o che allattano;
- coloro che devono guidare un veicolo o usare un macchinario;
- coloro che devono recarsi al lavoro o che sono al lavoro;
- se si è a digiuno o lontano dai pasti;
- se si assume qualsiasi tipo di farmaco;
- se si soffre di una patologia acuta o cronica;
- coloro che hanno o hanno avuto un problema di alcol dipendenza e/o altre dipendenze.

Figura 4

mo luogo perché non è stato neppure proposto un qualche criterio di valutazione e classificazione degli outcome e poi perché, se anche lo si fosse fatto, non avremmo gli strumenti metodologici per strutturare le necessarie valutazioni.

PATUSSI – Concordo sulla attuale assenza di criteri e studi di valutazione e classificazione degli outcome, comunque alcuni dati oggettivi sono oggi disponibili in alcologia. È stato chiaramente dimostrato che esiste un rapporto diretto tra pubblicità e consumo di alcol in particolare tra i più giovani e che le cirrosi alcoliche sono in aumento, evidentemente

perché a livello di popolazione non esiste adeguata percezione del rischio legato al consumo di alcol. E questo, purtroppo, avviene anche per una situazione estremamente grave quale la fetopatia alcolica: le donne e le coppie che aspettano un figlio ricevono scarsa o nulla informazione al riguardo.

Lo stesso può dirsi anche per quanto riguarda i danni cerebrali causati da un coma etilico.

L'esperienza clinica personale mi ha portato ad essere profondamente convinto del fatto che la promozione della salute debba necessariamente passare anche e soprattutto attraverso l'attuazione di stili di vita corretti ed equilibrati.

ANTONIO PANTI

Il sottile limite tra piacere e rischio

L'uso dell'alcol è antico come l'uomo. La massima parte delle persone si concedono questo piacere e un raro stato di lieve ebbrezza non provoca alcuno stigma o riprovazione sociale. Del resto l'alcol è presente nella Messa, il più importante rito della religione cattolica anche se altre culture, come quella musulmana, lo hanno rifiutato. Tuttavia da questa condizione umana, spiegata dalle neuroscienze con l'attivazione dei centri del piacere, si attivano, superata la soglia del rischio, i fenomeni patologici della dipendenza. Si calcola che quasi un milione di persone oggi in Italia possono essere considerate alcol-dipendenti e meno di 60 mila sono quelle che si rivolgono ai servizi. Ma i problemi umani e sociali sono quelli delle patologie alcol-correlate, la cirrosi, i trapianti, le forme psichiatriche e tutte le patologie acute che portano a frequenti ricoveri e al coma etilico, che colpisce prevalentemente i soggetti tra i 30 e i 50 anni. Insomma il quadro epidemiologico è vasto e grave e l'incidenza sociale di grande rilievo. Tutto disegna un quadro estremamente complesso e contraddittorio. Il fatto che quasi tutti i soggetti ricoverati nel Pronto Soccorso ne escano senza le indicazioni di una successiva consulenza significa quanto scarsa sia la formazione dei medici su questo problema. Altresì, mentre la informazione ai cittadini è carente e poco significativa, la pubblicità sull'alcol è concessa liberamente e l'economia trae enormi vantaggi dalla produzione di vini e di liquori. Gli altri aspetti sottolineano che non c'è una soglia minima alla quale si possa attribuire un danno ingravescente da alcol o una tendenza alla dipendenza. È un problema di personalizzazione delle difese biologiche e culturali di ciascun individuo e basti pensare che se pochi decenni fa si considerava normale sul piano medico bere anche due litri di vino al giorno, adesso siamo giunti a consigliarne un bicchiere per le donne e due per gli uomini e niente liquori. Certamente esiste una

predisposizione genetica all'alcol-dipendenza ma è chiaro che le influenze culturali, ambientali e del vissuto individuale sono assai rilevanti. In poche situazioni come queste l'influenza sociale è determinante e la libertà del singolo di godere di qualche piacere e di correre qualche rischio non può e non deve essere eliminata anche perché ogni proibizionismo è sempre fallito.

Ma l'alcolismo come patologia esiste ed è grave e, nonostante encomiabili sforzi sul piano legislativo e organizzativo, un vero percorso diagnostico e terapeutico è ancora agli albori. Fondamentale è l'intervento del medico di famiglia che deve fare opera di informazione e di prevenzione e individuare i quadri evolutivi attraverso segnali comportamentali (la violenza, la trascuratezza, l'assenza dal lavoro). Insomma c'è bisogno di una grande opera di informazione e formazione e di una migliore organizzazione del counselling e della risposta dei Centri specialistici prima di giungere, e nel tentativo di evitare, le gravi patologie alcol-correlate che impegnano grandemente i servizi ospedalieri. Il primo tassello che è l'informazione deve sfatare alcune idee radicate: il vino non è un alimento e le modalità di assunzione dell'alcol non sono indifferenti. L'accento posto sull'informazione e la prevenzione è ancora più importante perché le terapie della dipendenza da alcol sono ancora incerte e non risolutive. È indubbio che la terapia deve essere personalizzata e che i gruppi di auto-aiuto, la psicoterapia e, se possibile, un modificato clima attorno al dipendente hanno effetti positivi. Anche molti farmaci possono essere utilizzati, e gli ultimi ritrovati hanno senz'altro un ruolo importante nell'impedire farmacologicamente l'assunzione dell'alcol mentre il paziente sta cercando di raggiungere l'astinenza. Ci auguriamo che studi più approfonditi possano dirci qualcosa di più sugli esiti di questa importante innovazione. **TM**

*Si ringrazia **Lundbeck Italia S.p.a.**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*

ANDREA UNGAR, ERSILIA LUCENTEFORTE¹, ALFREDO VANNACCI¹,
ALBERTO ZANOBINI², ALESSANDRO MUGELLI¹

Continua il progetto "Fiesole misurata" per la valutazione dell'ipertensione nell'anziano



Andrea Ungar, Centro di Riferimento Regionale per l'ipertensione Arteriosa dell'Anziano, Cardiologia e Medicina Geriatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Università degli Studi di Firenze.

A 3 anni dal suo inizio, il progetto regionale di educazione e ricerca sull'ipertensione arteriosa, "Fiesole Misurata", comincia a fornire i primi risultati. Tale progetto, realizzato con la collaborazione del Comune di Fiesole, dell'Università degli Studi di Firenze e dell'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana, si prefigge come obiettivo lo studio di nuove strategie per la gestione dell'ipertensione arteriosa che, ancora oggi, colpisce 7 anziani su 10. Molto dev'essere ancora fatto al fine di ottenere un miglioramento nello stile di vita e prevenire la comparsa della malattia, nonché nell'identificazione dei soggetti ipertesi e nell'aderenza alla terapia farmacologica. A questo scopo, durante il biennio 2010/2011, sono stati arruolati 2.228 ultrasessantacinquenni volontari, tutti residenti nel Comune di Fiesole. Le informazioni raccolte sono state utilizzate per la creazione di una grande banca dati, fornendo un innovativo strumento per la valutazione dell'effettiva aderenza alle prescrizioni farmacologiche da parte della popolazione anziana in esame.

Sempre nel contesto di "Fiesole Misurata", 385 anziani, residenti nella città di Fiesole, sono stati visitati da geriatri e farmacologi clinici. Nel corso della visita clinica, oltre alla misurazione ambulatoriale della pressione arteriosa, i volontari sono stati sottoposti ad un'attenta valutazione del loro stato funzionale, cognitivo e socio-demografico, nonché della presenza di ipotensione ortostatica; quest'ultima costituisce un fenomeno vascolare patologico, estremamente frequente nei soggetti di età avanzata, responsabile di eventi infausti quali cadute e fratture. Particolare attenzione è stata posta alla raccolta dei dati relativi alla terapia prescritta ai pazienti, ottenuta mediante la compilazione di questionari specifici.

Durante il periodo dello studio, accanto all'attività di ricerca scientifica, è stata promossa un'importante campagna d'informazione, sostenuta dai medici di famiglia e dalle farmacie,



che si è avvalsa anche di un divertente spettacolo ("Questioni di stile" scritto da Marco Zannoni) nella splendida Basilica di Sant'Alessandro.

Ne è nata un'opera di sensibilizzazione circa le regole base della diagnosi e la terapia dell'ipertensione arteriosa ed è stata favorita la divulgazione della misura della pressione arteriosa in piedi, importante per il riscontro dell'ipotensione arteriosa. Sono stati organizzati, inoltre, incontri esplicativi fra gli anziani destinatari e le istituzioni comunali, al fine di motivare gli anziani stessi alla partecipazione collaborativa ed attiva al progetto.

I risultati ottenuti finora confermano le preoccupazioni, già da tempo sollevate da medici e studiosi, circa l'effettiva aderenza della popolazione anziana alle prescrizioni mediche, in particolare per quanto riguarda la terapia antipertensiva. Analizzando la quantità di farmaci assunti da ciascun volontario nel periodo in esame, è risultato che nei primi sei mesi solo

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino (NeuroFarBa), Sezione di Farmacologia e Tossicologia, Università degli Studi di Firenze

² Settore Ricerca, Innovazione e Risorse Umane, DG Salute, Regione Toscana

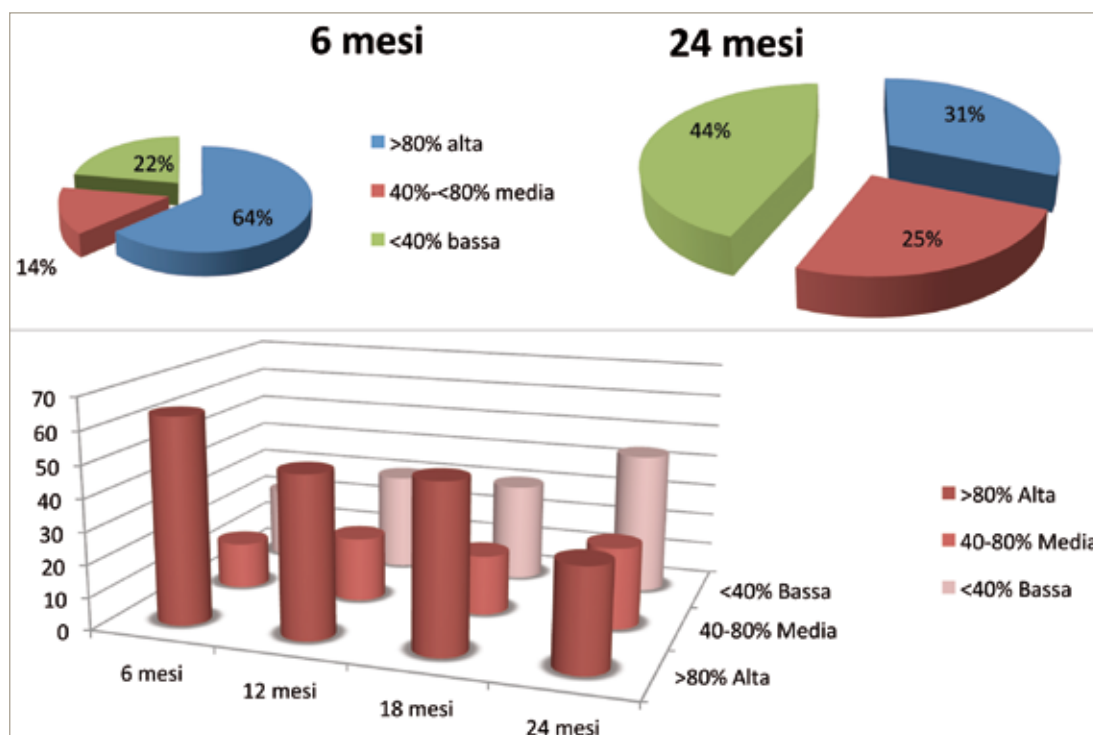


Figura 1 - Variazioni dell'aderenza alla terapia antipertensiva dall'inizio dello studio

poco più di 6 anziani su 10 assumeva almeno l'80% dei farmaci loro prescritti e più di 2 su 10 non vi aderiva correttamente, nonostante la grande campagna d'informazione svolta (Figura 1). L'efficacia di quest'ultima è comunque indiscutibile, ma purtroppo limitata nel tempo, se si considera che col passare del tempo l'aderenza media alla terapia si è ulteriormente ridotta. Infatti, già i dati relativi ad un anno di distanza dall'inizio dello studio, dimostrano come il numero degli anziani che aveva correttamente seguito le prescrizioni farmacologiche sia sceso, assestandosi poco al di sotto di 5 anziani su 10 (Figura 1). Questo trend negativo, peraltro, si è confermato anche ai controlli successivi, fino a raggiungere il valore minimo di poco più di 3 su 10 proprio alla conclusione della raccolta dati, cioè nel Maggio 2011(Figura 1).

Quest'ultima stima, probabilmente, è quella che più si avvicina alla situazione reale nel resto del territorio in cui le campagne di sensibilizzazione e l'attenzione rivolta dai pazienti e dal personale sanitario nella gestione della malattia ipertensiva sono inevitabilmente minori. Gli effetti negativi della mancata aderenza alla terapia farmacologica, anche se ancora in corso di calcolo, sono ovviamente molto seri, e provocano un incremento di tutta la patologia cardiovascolare e non solo: la mancata o l'errata assunzione dei farmaci, di fatto, vanifica l'effetto preventivo di questi ultimi nei confronti di malattie come l'infarto, lo scompenso cardiaco e l'ictus, sia in termini di mortalità che di disabilità.

Un altro dato allarmante, fornito da "Fiesole

Misurata", riguarda il livello di consapevolezza della popolazione circa la patologia ipertensiva. Incrociando le informazioni ricavate dai questionari personali con quelle derivate dalla misurazione ambulatoriale dell'ipertensione, è risultato che oltre 4 anziani su 10 affetti da tale patologia, non ne era a conoscenza o ne ignorava la severità (Figura 2). Infine, dagli stessi dati, è risultato come oltre il 15% degli individui con ipertensione grave non aveva ricevuto alcuna prescrizione.

Il progetto "Fiesole Misurata", oltre a fornire uno spaccato non tranquillizzante circa il livello attuale di controllo pressorio nella popolazione con più di 65 anni, costituisce allo stesso tempo uno dei primi strumenti farmaco-epidemiologici rivolto ai soggetti più anziani utile per riuscire a stilare possibili future norme comportamentali e terapeutiche: la banca dati creata, infatti, possiede una buona validità descrittiva per quanto riguarda la popolazione italiana di età avanzata

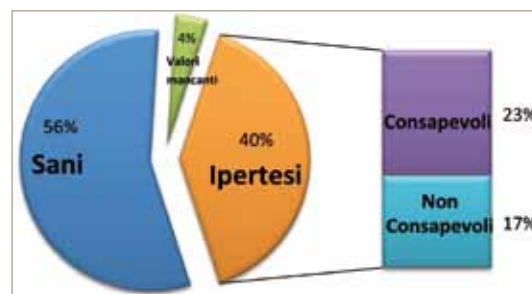


Figura 2 - Consapevolezza dell'Ipertensione Arteriosa nella popolazione in studio.

e può essere utilizzata per la valutazione empirica di strategie volte a migliorare l'aderenza alla terapia antipertensiva. Ulteriore merito allo studio deriva dall'essere uno dei primissimi esempi di quantificazione di ipotensione ortostatica in una popolazione anziana italiana.

Lo studio è, quindi, ben lungi dall'essere terminato: il successivo proseguimento metterà in luce nuove eventuali modifiche nell'aderenza alla terapia nei pazienti arruolati. Inoltre, in

collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e il Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino verranno valutate le caratteristiche di base del campione, in termini di mortalità ed eventuale ospedalizzazione, permettendo di ricavare ulteriori dati sull'importanza della terapia antipertensiva negli anziani, anche in base alla loro aderenza.

TM

GIUSEPPINA TERRANOVA, SABINO COZZA¹, FILOMENA POLITO²,
LUCA NARDI³, SIMONA DEI⁴

Qualità, sicurezza e rispetto delle competenze professionali nell'era della telediagnostica

I sistemi di diagnostica per immagini, grazie ai processi di innovazione digitale, negli ultimi anni hanno avuto uno sviluppo tumultuoso e sono stati oggetto di forti investimenti di risorse, al chiaro scopo di erogare con più velocità e minori costi prestazioni di maggiore qualità.

Le recenti vicende giudiziarie che hanno interessato una Azienda Sanitaria regionale hanno tuttavia evidenziato, a ben vedere, che l'approccio e l'organizzazione tecnicamente ormai ben rodato e funzionale di tali sistemi potrebbero non aver contemperato tutte le specifiche disposizioni, finalizzate ad una maggiore tutela della salute del paziente.

Premessa

La digitalizzazione e l'introduzione dei Sistemi **RIS-PACS** (Radiology Information System e Picture Archive Communication System) hanno rivoluzionato il tradizionale modello organizzativo dei servizi di Radiodiagnostica, basato su "carta e pellicole", consentendo oltre ad una evidente economia gestionale del percorso diagnostico, la trasferibilità e la condivisione delle informazioni tra le diverse postazioni di lavoro, l'attivazione di sistemi di teleconsulto e la de-localizzazione di strumenti e professionisti, la "refertazione a distanza", dove il paziente si sottopone all'esame diagnostico in un luogo fisico, magari anche il proprio domicilio, distante da quello dove il medico poi stila il relativo referto.

Le recenti vicende giudiziarie occorse a Tec-

nici sanitari di Radiologia, medici e dirigenti di una Azienda Sanitaria Regionale, cui viene contestato di aver organizzato il servizio di diagnostica non prevedendo la presenza costante del medico presso la sede in cui venivano effettuati gli esami e l'esercizio abusivo della professione per aver eseguito esami di radiologia tradizionale in totale autonomia e senza la preventiva "giustificazione" del medico radiologo, hanno portato alla ribalta i limiti di un approccio organizzativo – diffuso in tutti gli ambiti di diagnosi e cura e in tutti i sistemi sanitari - nel quale l'avanzamento tecnologico e l'innovazione non siano progettati con il necessario contemperamento delle regole, delle cautele e dei principi che la normativa afferma a garanzia dei diritti dei pazienti.

La vicenda non ha peraltro mancato di sollevare spunti polemici e alimentare "venti di guerra" risvegliando dicotomie e conflitti che non giovano al nostro sistema sanitario né valorizzano lo specifico contributo di ciascun professionista del team radiologico.

Abbiamo quindi assistito ad un film già visto, quello della *querelle* professionale all'interno della quale uno dei contendenti ragiona per "sottrazione", quasi che togliere competenze all'altro si traduca – automaticamente – in un incremento della propria dignità professionale e del proprio ruolo sociale, e l'altro arretra su posizioni difensivistiche e conservatrici.

Noi crediamo che la *querelle* professionale che si è innescata abbia spostato l'attenzione



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.

¹ Direttore del Dipartimento di Radiologia, Azienda USL 5 di Pisa

² Data Protection Manager, Azienda USL 5 di Pisa

³ Direttore dei Presidi Ospedalieri, Azienda USL 5 di Pisa

⁴ Direttore Sanitario, Azienda USL 5 di Pisa

dal nodo centrale della vicenda e ci impedisca di cogliere una occasione preziosa per migliorare la qualità del lavoro di tutti i professionisti del team radiologico, nel rispetto della legge e dei diritti dei pazienti.

Compiti e responsabilità del team radiologico: lo specialista radiologo

Il Decreto Legislativo n. 187 del 26 maggio 2000 afferma il concetto di una responsabilità forte e condivisa, non soltanto dagli attori del team radiologico ma anche da figure esterne quali il medico curante o lo specialista prescrivente, stabilendo pesanti sanzioni sia di tipo pecuniario che detentivo in caso di violazione dei principi etici della radioprotezione: giustificazione, ottimizzazione, limitazione della dose individuale (art. 14).

L'applicazione del principio di giustificazione implica la valutazione dell'appropriatezza clinica dell'esame (che a sua volta presuppone la conoscenza del quesito clinico e delle informazioni clinico-anamnestiche utili ad inquadrare correttamente il caso), la verifica dei precedenti in modo da evitare esposizioni non necessarie (art. 3.5) ed evidenziare una eventuale sovraesposizione, la scelta della metodica che, a parità di informazione diagnostica, riduce l'esposizione o addirittura non impiega radiazioni ionizzanti.

La legge individua quale principale responsabile dell'applicazione del principio di giustificazione lo specialista radiologo, unica figura professionale facente parte del team radiologico che possiede le competenze mediche necessarie per poter entrare nel merito dell'appropriatezza clinica e decidere se l'esame deve essere eseguito, se è inutile oppure deve essere sostituito con un altro.

La lettura del testo della nuova Direttiva Euratom proposta agli Stati membri della Comunità Europea, che dovrebbe entro tempi brevi sostituire la n. 43/97 (recepita dal nostro legislatore con il D.Lgsv n.187/2000) non lascia intravedere la possibilità che il processo di giustificazione possa essere svolto da figura professionale diversa dal medico radiologo.

Tale nuova Direttiva contiene però una definizione precisa degli "aspetti pratici" per i quali è prevista la cooperazione del medico con altre figure professionali, in primis il tecnico sanitario di radiologia: *"le operazioni materiali connesse a un'esposizione medica e qualsiasi altro aspetto correlato, compresi la manovra e l'impiego di apparecchiature radiologiche, e la valutazione di parametri tecnici e fisici, comprese le dosi di radiazione, la calibrazione e la manutenzione dell'apparecchiature, la preparazione e la somministrazione di radiofarmaci, e l'elaborazione di immagini da parte, tra gli altri, di tecnici di radiologia e tecnici in medicina nucleare e radioterapia"*.

Il Tecnico Sanitario di Radiologia

Il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, in virtù della specifica formazione, è il collaboratore più stretto dello specialista radiologo nel processo di ottimizzazione della singola esposizione, dove si rivelano l'importanza strategica, la specificità e l'autonomia del suo contributo professionale in termini di conoscenza delle risorse tecnologiche, modulazione dei parametri tecnico-fisici durante l'esecuzione della procedura, applicazione ed aggiornamento dei protocolli per contenere la dose al livello più basso ragionevolmente ottenibile (principio ALARA, acronimo per As Low As Reasonable Achievable).

Questi, lungi dall'essere un mero "esecutore", secondo la definizione sopra riportata, "valuta" e "adotta" le procedure e tecnologie idonee a garantire qualità e sicurezza a vantaggio sia del paziente che degli operatori (tutti anch'essi esposti alle stesse radiazioni ionizzanti), minimizzando il rischio di effetti stocastici e tutelando così la salute pubblica.

Non a caso, infatti, il Decreto Legislativo n.187/00 attribuisce anche al tecnico sanitario di radiologia, oltretutto al responsabile dell'impianto radiologico e al fisico sanitario, il compito di attivare programmi di garanzia della qualità nonché di valutazione della dose di radiazioni ionizzanti somministrata ai pazienti (art. 7, comma 6).

Tale provvedimento delinea indubbiamente un territorio professionale ricco, stimolante e strategico nel quale i tecnici sanitari di radiologia, cui sono affidate, al pari del medico, importanti responsabilità, hanno già dimostrato di saper esprimere in modo originale ed efficace la loro eccellenza nell'ambito del team radiologico.

Il medico che prescrive l'esame

Anche se la responsabilità di applicare i principi etici della radioprotezione è posta dal Decreto 187/2000 a carico delle figure professionali che operano nel *setting* radiologico, anche il medico di medicina generale oppure il clinico che prescrive l'esame concorrono a gestire il principio di giustificazione, perché hanno il compito di prescrivere gli esami diagnostici sulla base di aggiornate e accreditate linee guida di riferimento (art. 6.1), evitando quelli inappropriati e quindi inutili (art. 3.5), motivando adeguatamente la richiesta, corredandola con il quesito clinico (art. 5 comma 1) e le informazioni clinico-anamnestiche utili, ivi compresi i referti di esami già effettuati (art. 3 comma 5), valutando le eventuali condizioni di gravidanza o allattamento (art. 10 comma 1).

L'applicazione del principio di giustificazione presuppone: che il medico prescrivente possieda conoscenze in tema di radioprotezione e si adoperi per evitare esposizioni inutili e che tra i servizi di diagnostica per immagini ed i medici pre-

scriventi si consolidi un canale di comunicazione diretto che consenta il passaggio - controllato e riservato - di informazioni clinico-anamnestiche, ossia di dati sensibili. Tale esigenza contrasta con l'impostazione organizzativa di molti servizi, nei quali la prenotazione dell'esame è svolta attraverso personale non sanitario, al quale non è opportuno che pervengano richieste motivate e corredate da informazioni preziose ai fini della valutazione di appropriatezza, che solo l'operatore del team radiologico è legittimato a ricevere e decodificare. Viene meno così la possibilità di filtrare e reindirizzare la domanda, di interagire con il medico prescrivente, di innescare in ultima analisi un circuito virtuoso che tende ad eliminare l'esecuzione di esami inappropriati, lo spreco di risorse ed il rischio per la salute pubblica. È evidente che solo responsabilizzando il medico che prescrive l'esame, eliminando intermediazioni di operatori non sanitari, e realizzando un link diretto tra prescrivente e servizio di radiodiagnostica si potrà veramente perseguire l'appropriatezza e la corretta giustificazione previste dal D. Lgsv 187/2000.

L'informazione del paziente

La responsabilità dell'informazione sui rischi delle radiazioni ionizzanti viene attribuita dal Decreto 187/2000 allo specialista (art. 2 comma 2 lett. c); è evidente, tuttavia, il ruolo concorrente di altre figure professionali, del medico curante, che conosce la storia clinica e radiologica del paziente, è in grado di valutare il rischio cumulativo di eventi stocastici e pertanto ha anche il dovere di informarlo in merito e coinvolgerlo nella scelta della migliore opzione diagnostico-terapeutica, e del TSRM, professionista formato sugli effetti delle radiazioni ionizzanti, cui il Codice Deontologico attribuisce compiti di educazione sanitaria e informazione, relativamente alle tecnologie utilizzate, le modalità di svolgimento dell'indagine, gli aspetti radioprotezionistici (artt. 3.4 e 3.5).

La ricerca dell'appropriatezza ed il rispetto dei diritti del paziente passano quindi, a ben vedere, non solo attraverso la corretta giustificazione ma anche la condivisione, con il paziente, del ragionamento clinico sul rapporto rischio-beneficio e l'informazione trasparente e comprensibile sui rischi connessi con l'utilizzo di radiazioni ionizzanti. In questa direzione si è orientata la Commissione per la Radioprotezione della IAEA (International Atomic Energy Agency), che in occasione di una Consensus Conference tenutasi a Vienna nel novembre del 2008, ha ribadito il diritto del paziente alla informazione sui rischi delle radiazioni ionizzanti ed il dovere per il medico di acquisirne il consenso, il cui grado di evidenza documentale dipenderà dalla entità della dose efficace e quindi del rischio ad essa correlato.

La IAEA ha inoltre sottoposto a revisione i propri standard di radioprotezione emanando un documento nel quale si prevede (Requirement 36, punto 3.150) che le esposizioni mediche siano appropriate, giustificate dal radiologo, che il medico richiedente fornisca tutte le informazioni anamnestiche utili e se necessario si ricordi con il radiologo, che il paziente sia stato informato in modo appropriato dei benefici attesi e dei rischi connessi con l'uso delle radiazioni ionizzanti.

Nelle Raccomandazioni del 2007 anche la Commissione Internazionale per la Protezione Radiologica afferma la necessità di informare il paziente non solo sul beneficio previsto ma anche sui rischi potenziali della procedura e di acquisirne il consenso; sia il debito informativo che il livello di evidenza del consenso espresso dal paziente possono essere graduati a seconda della entità dell'esposizione e del rischio ad essa correlato.

Una possibile soluzione, l'approccio organizzativo del "Progetto PRISMA": la visione contemporanea di appropriatezza, equità di accesso e giustificazione dell'indagine diagnostica

Alla luce di quanto è accaduto nella nostra Regione, indipendentemente dall'esito del procedimento giudiziario, che seguirà il proprio corso, emerge oggi il bisogno di un approccio all'innovazione in ambito diagnostico non solo tecnico, ma soprattutto organizzativo e consapevole di tutti i vincoli giuridici e delle diverse professionalità che a tale modello partecipano.

A questo proposito, come esempio di nuovo modello organizzativo in ambito diagnostico si può citare il "Progetto Prisma", avviato nel 2012 grazie ad un forte mandato della Direzione Aziendale ed alla collaborazione tra Dipartimento di Radiodiagnostica dell'Azienda USL 5 di Pisa, diretto dal Dott. Sabino Cozza, ed i medici di medicina generale, il cui obiettivo principale è quello di garantire appropriatezza, qualità e sicurezza delle prestazioni attraverso il governo della domanda e l'offerta di percorsi diagnostici appropriati e guidati dallo specialista, cui sono affidati anche i compiti del decreto Legislativo n.187/2000.

Presupposti fondamentali del progetto sono: 1) la collaborazione con i medici di medicina generale, i quali, pur non facendo parte del "Team radiologico" in senso stretto, hanno accettato la sfida, non facile, di aderire al progetto, promuovere ed affermare scelte appropriate attraverso l'informazione ed il confronto con i loro pazienti, spesso poco consapevoli dei rischi connessi con un utilizzo indiscriminato delle radiazioni ionizzanti, 2) la condivisione di un percorso per il governo delle liste di attesa, finaliz-

zato a garantire equità di accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizza con rigorosi criteri di appropriatezza, rispetto delle classi di priorità e la trasparenza del sistema a tutti i livelli, 3) la preliminare classificazione della richiesta, da parte dei prescrittori, in base alla priorità, utile anche per la gestione efficace delle liste di attesa; infatti l'accresciuta offerta di prestazioni diagnostiche ha comportato negli anni una crescita della domanda, non sempre giustificata e appropriata, che ha contribuito a dilatare i tempi di attesa e ha amplificato le problematiche correlate all'impiego estensivo di radiazioni ionizzanti con indebita irradiazione del paziente e aumento della dose collettiva alla popolazione.

Nel "Progetto Prisma" il medico specialista prende in carico direttamente il paziente nei casi in cui si sospetti una patologia di rilevante impatto clinico, secondo un ordine di priorità condiviso con il medico inviante, condivide con quest'ultimo il percorso diagnostico più appropriato, cura l'informazione, il consenso e la corretta gestione dei dati personali, ivi comprese le informazioni anamnestico-cliniche utili ai fini della giustificazione.

Tale modello, che ha ricevuto recentemente il primo premio al "Quality and Safety Day" promosso da Regione Toscana, ARS e Centro Regionale GRC, contiene una intuizione che, se applicata ad ampio spettro, potrebbe: 1) garantire una corretta comunicazione ed una fattiva collaborazione interprofessionale, non solo nell'ambito del Team radiologico ma più in generale tra tutti i professionisti coinvolti nel percorso diagnostico (medici di medicina generale, clinici), 2) consentire la giustificazione del carico ionizzante e l'erogazione dell'attività dello specialista radiologo sulla base di una interazione diretta ed efficace con il medico inviante, 3) evitare il ripetersi di contestazioni come quelle recentemente occorse e permettere di continuare ad utilizzare efficacemente i sistemi di tele-diagnostica e telerefertazione.

Riflessioni conclusive

Le considerazioni sopra esposte dimostrano che, nell'era della tecnologia, l'appropriatezza e la sicurezza della prestazione diagnostica non implicano sempre la contemporanea presenza fisica dello specialista radiologo e del Tecnico Sanitario nel momento in cui il paziente viene sottoposto ad indagine, se si adegua il modello organizzativo di riferimento.

È infatti proprio il modello organizzativo del servizio di diagnostica che deve essere riprogettato, nel rispetto di tutte le regole e le cautele da osservare, e non soltanto ricercandone la maggiore economicità, attraverso una apposita valutazione multidisciplinare ad opera di tutti i professionisti interessati e di quanti possano contribuire alla miglior organizzazione, compresi

chi si occupa di responsabilità, digitalizzazione, protezione dei dati e rischio clinico, cercando di realizzare la massima sinergia fra i diversi attori del percorso di diagnostica.

Tale nuovo modello organizzativo, coerente anche sotto il profilo delle responsabilità del trattamento dei dati e del rispetto delle procedure di completa digitalizzazione dei delicati e importanti documenti che produce a getto continuo, deve essere opportunamente regolamentato da protocolli, nei quali è opportuno, a nostro parere, che si preveda:

1) una prenotazione corredata di quesito clinico e di informazioni clinico-anamnestiche ed un canale di comunicazione diretto, ed auspicabilmente informatizzato, con il medico inviante (medico di medicina generale, clinico);

2) la possibilità di conoscere la storia radiologica del paziente e valutare la dose cumulata (ad esempio attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico o una comunicazione dedicata del medico inviante);

3) la preventiva giustificazione dell'esame da parte dello specialista sulla base dei suddetti elementi;

4) percorsi differenziati in base al codice di priorità, alla complessità ed al carico dosimetrico dell'esame, potendosi ipotizzare, almeno per la radiologia tradizionale, che la giustificazione dell'esame sia gestita dallo specialista attraverso la valutazione in remoto e on-line del quesito clinico e dei dati anamnestico-clinici e che gli aspetti relativi all'ottimizzazione ed all'informazione possano essere legittimamente gestiti, in piena autonomia e nel rispetto dei protocolli condivisi, dal TSRM e, per quanto riguarda l'informazione e l'adesione all'esame proposto, anche dal medico inviante.

5) la predisposizione di materiale informativo validato e comprensibile, da distribuire ai medici di famiglia, ai clinici, nelle sale d'attesa dei Servizi di Radiodiagnostica.

Preme infine sottolineare che il caso recentemente verificatosi nella nostra Regione evidenzia l'importanza strategica del Team, del quale fanno parte tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nel percorso diagnostico, sia in Ospedale che sul territorio, e nel quale ciascun componente opera in modo autonomo, per le specifiche competenze professionali, ed è al contempo interdipendente dagli altri, secondo un modello nel quale sono contenute le esigenze dell'organizzazione, gli obblighi di legge ed i diritti dei pazienti e degli operatori.

TM

Bibliografia

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

RAFFAELE PIUMELLI

Attivato al "Meyer" il Centro Ondine



Raffaele Piumelli, Spec. in Neonatologia e in Pediatria Preventiva e Sociale. Responsabile del Centro per la Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita e i Disturbi Respiratori nel Sonno e del Centro di Riferimento Regionale per lo Studio e la Prevenzione della SIDS AOU Meyer di Firenze.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer ha istituito il Centro per la Diagnosi e la Cura della Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita (*Congenital Central Hypoventilation Syndrome-CCHS*), conosciuta anche come Sindrome di Ondine. L'eponimo deriva da un mito della tradizione germanica che narra come la ninfa Ondine, essendo stata tradita dal suo amante, lo maledice condannandolo alla veglia perenne, poiché se si fosse addormentato avrebbe smesso di respirare, andando incontro alla morte. Il fenomeno del *forgotten breathing* (respiro dimenticato) rappresenta l'aspetto più eclatante di quella che modernamente viene definita Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita. La base fisiopatologica è rappresentata da una complessa alterazione del *drive* respiratorio imputabile ad un malfunzionamento delle aree chemosensibili del tronco dell'encefalo che, non essendo in grado di rispondere all'incremento dell'anidride carbonica, portano ad una grave e progressiva ipercapnia ed ipossia durante il sonno.

La sindrome colpisce 1 neonato ogni 200.000, è una malattia su base genetica ed il difetto, nel 90% dei casi, è rappresentato dalla mutazione eterozigote del gene PHOX-2B. L'alterazione genetica nella maggior parte dei casi si manifesta come mutazione "de novo", ma può anche essere trasmessa da genitori asintomatici come carattere autosomico a dominanza incompleta, come mosaicismo somatico o mosaicismo della linea germinale.

L'incapacità dei pazienti con CCHS a respirare autonomamente durante il sonno rende necessaria la loro ventilazione meccanica notturna, tuttavia, in circa il 20% di casi, la sindrome si presenta in forma più grave in quanto l'ipoventilazione è presente anche durante la veglia (ipoventilazione globale), rendendo necessaria l'assistenza respiratoria anche al di fuori delle ore di sonno. Il supporto ventilatorio può essere fornito tramite ventilatori meccanici, per via tracheostomica o maschera facciale (modalità non invasiva), oppure tramite pacemakers diaframmatici, impiantati chirurgicamente. Tuttavia, l'aspetto respiratorio, per quanto eclatante, non è l'unica espressione della patologia, in quanto alla CCHS si possono associare patologie quali il morbo di Hirschsprung e i tumori della cresta neurale oltre ad anomalie complesse del sistema nervoso autonomo in grado di compromettere l'attività cardiaca, la funzione visiva, il sistema endocrino e l'apparato gastroenterico.

I pazienti affetti da CCHS attualmente censiti in Italia sono circa sessanta, sette di questi pazienti sono residenti in Toscana.

Il Centro per la CCHS fa parte del DAI Feto-

Neonatale di cui è responsabile il prof. Gianpaolo Donzelli ed è diretto dal dr. Raffaele Piumelli coadiuvato dal dr. Niccolò Nassi. La struttura lavora in stretta collaborazione con l'Associazione Italiana per la Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita (A.I.S.I.C.C.) (<http://www.sindromediondine.it>) e completa un percorso ideale che, partendo dall'istituzione del Centro Regionale di Riferimento per lo Studio e la Prevenzione della SIDS, si è negli anni progressivamente ampliato con la presa in carico delle problematiche relative alle patologie respiratorie nel sonno fino a culminare nel Centro per la CCHS, patologia che rappresenta la forma più estrema di alterazione respiratoria nel sonno. Il Centro CCHS è la prima struttura italiana dedicata a questa particolare sindrome e fa parte di un network (CCHS Consortium) che comprende i principali ospedali pediatrici europei. Il Consortium porta avanti un importante lavoro di interscambio culturale che si è concretizzato nell'allestimento di un sito web (<http://www.ichsnetwork.eu>), nella creazione di un data base europeo, nell'allestimento delle linee guida europee per la CCHS e in importanti progetti di ricerca.

La grande complessità assistenziale richiesta da questa patologia rende indispensabile il coinvolgimento di numerose professionalità che possono essere garantite solo in strutture ospedaliere ad alta specialità. È stato quindi istituito un gruppo multidisciplinare di cui fanno parte oltre a numerosi specialisti dell'AOU Meyer anche consulenti esterni quali il prof. Johannes Schoeber, massimo esperto mondiale di pacing diaframmatico ed il dott. Giancarlo Ottonello, per le problematiche relative ed alla ventilazione non invasiva. Grazie a questa complessa struttura organizzativa, viene effettuato tutto il percorso che va dalla diagnosi alla gestione clinica ed al follow-up dei pazienti. È stato anche avviato un ambulatorio di transizione, che si occupa della gestione dei pazienti adulti, in collaborazione con la SOD complessa di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria dell'AOU Careggi diretta dal prof. Massimo Pistolesi e della SOD complessa di Cardiologia Generale 2, Dipartimento Cuore e Vasi dell'AOU Careggi, diretta dal dr. Fabio Mori.

A garanzia della continuità assistenziale è previsto il coinvolgimento dei pediatri di famiglia e l'attivazione dei percorsi relativi all'assistenza domiciliare pediatrica.

TM

Biblioteca

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: r.piumelli@meyer.it



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

LAURA BELLONI, DARIO IOZZELLI¹, MONICA GIULI²,
CATERINA CIARDULLI³, PAOLO FONTANARI⁴

Aprire le Terapie Intensive

Dall'indagine svolta nel 2011 in Toscana dalla Commissione Regionale di Bioetica (CRB) emerge una netta minoranza di terapie intensive che possono essere definite "aperte", ovvero strutture in cui si è provveduto alla riduzione o all'abolizione di tutte le limitazioni non necessarie poste a livello fisico, psicologico e relazionale che riguardano il paziente e i loro familiari. Tale pratica trova riscontro in evidenze scientifiche che sembrano contestare l'idea che l'accesso dei familiari in questi reparti possa mettere a rischio l'incolumità fisico-sanitaria del paziente stesso, mettendo invece in evidenza come la distanza dai propri affetti possa essere un fattore di sofferenza per il paziente che si trova sottoposto ad un isolamento fisico ed emotivo in una situazione complessa quale il ricovero in un reparto di Terapia Intensiva. Dall'indagine della CRB inoltre emerge che nel 50% delle strutture "aperte" non è stato effettuato alcun corso di formazione che sostenesse il personale in questo cambiamento organizzativo.

L'apertura di un reparto di Terapia Intensiva è un cambiamento radicale nei presupposti e negli effetti che inevitabilmente influisce sulla pratica consolidata degli operatori e dei gruppi di lavoro i quali si troveranno dunque a vivere pensare e ad agire un nuovo percorso professionale e psicologico sia rivolto al proprio interno sia rivolto a pazienti e famiglie. Nuove e diverse situazioni relazionali e comunicative con pazienti e familiari in un contesto ambientale con spazi e regole che necessitano di differenziazioni legate ai nuovi bisogni messi in rilievo o emergenti nel cambiamento. Apertura significa introdurre la variabile vitale, soggettiva, come aprire una cripta, aprire uno spiraglio alla vita, uno spazio vitale per professionisti, pazienti, famiglie. L'oggetto della medicina trova la sua soggettività. Il sistema diviene multicompetenziale. L'organizzazione diviene reciproca. Tale cambiamento, inserito nel più ampio orizzonte dell'ospedale per intensità di cure, modifica se accompagnato, diretto e condiviso, la cultura complessiva del sistema, anticipando e favorendo innovazione e sicurezza del sistema stesso.

In un contesto come quello dell'ospedale per intensità di cure, si pongono ulteriori questioni relative, per esempio, all'omogeneità

dell'assistenza e agli aspetti di accoglienza e relazionali durante tutto il ricovero, elementi questi di cui le persone degenti e i loro familiari necessitano: l'accompagnamento di pazienti e familiari nei reparti di destinazione attraverso l'individuazione di *case manager*, lo sviluppo di percorsi condivisi dagli operatori dei diversi reparti (formazione), l'implementazione di competenze relazionali e comunicative degli operatori (cura degli aspetti di anticipazione dei cambiamenti di reparto e di accoglienza, formazione dedicata). Tali aspetti dovrebbero far parte della pianificazione della progettualità e pertanto essere previsti come patrimonio intrinseco del cambiamento prospettato e divenire quindi patrimonio condiviso dell'intera comunità aziendale.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi nel 2012 è stato realizzato un percorso formativo rivolto al personale di una terapia intensiva che aveva in programma il passaggio dalla modalità chiusa a quella aperta. L'intervento formativo è nato dal percorso consulenziale (consulenza di processo, ovvero una particolare tecnica di comprensione e d'aiuto a persone, gruppi e organizzazioni) richiesto alla Struttura Organizzativa Dipartimentale Complessa (SODC) Clinica delle Organizzazioni da parte della Direzione della SOD Anestesia e Rianimazione (DAI Specialità Medico-Chirurgiche) dell'Azienda. La richiesta riguardava la possibilità di permettere un cambiamento organizzativo *positivo* (nel senso di evolutivo) condiviso da tutto lo staff medico infermieristico, che si trovava a curare una diversa tipologia di pazienti, in una nuova organizzazione della degenza e in un nuovo contesto organizzativo. Ad una serie iniziale di incontri organizzati dalla SODC Clinica delle Organizzazioni con il direttore della struttura e con il coordinatore infermieristico per una prima analisi delle problematiche organizzative riportate, sono seguiti alcuni incontri di consulenza con tutto il gruppo di lavoro degli operatori del reparto (medici, infermieri e OSS). Gli obiettivi dei suddetti incontri, concordati con il gruppo di lavoro, riguardavano: una prima valutazione e una condivisione delle problematiche emerse nei colloqui con il direttore e il coordinatore Infermieristico; un focus di gruppo su

¹ Psicologo - Psicoterapeuta. Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

² Psicologo - Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali

³ Coordinatore Infermieristico, Anestesia e Rianimazione

⁴ Direttore SOD Anestesia e Rianimazione e Direttore DAI Specialità Medico - Chirurgiche (AOU Careggi)

questioni organizzative e relazionali che il reparto stava affrontando; la possibilità di individuare i contenuti formativi più idonei.

Il percorso formativo ha visto la realizzazione di due edizioni in modo da agevolare la partecipazione di tutti gli operatori del reparto di Terapia Intensiva. Ogni edizione ha previsto cinque moduli di quattro ore ciascuno, così articolati:

1° e 2° modulo: Problematiche psicologiche ed emotive del paziente e dei familiari nel reparto di Terapia Intensiva.

3° modulo: Implicazioni relazionali e fattori di stress per l'operatore e il gruppo di lavoro del reparto di Terapia Intensiva.

4° e 5° modulo: Aspetti relazionali - comunicativi e criticità relazionali in un reparto di Terapia Intensiva aperta; gruppo di lavoro e strumenti per prevenire e affrontare le criticità relazionali in un reparto di Terapia Intensiva aperta.

Al percorso formativo ha preso parte tutto il personale: medici, infermieri e OSS. Nel corso degli incontri è stata utilizzata una metodologia formativa di tipo partecipato, che ha previsto sia la presentazione di riflessioni relative ad aspetti più contenutistici con relativa discussione sull'esperienza degli operatori in aula, sia l'illustrazione di casi clinici esemplificativi di criticità specifiche che possono insorgere nel passaggio da Terapia Intensiva "chiusa" ad "aperta". Ampio spazio quindi è stato dedicato al confronto e alla discussione di temi che gli operatori avvertivano come particolarmente significativi

per il proprio gruppo di lavoro così come all'impatto che il processo di apertura poteva avere rispetto ad essi. A distanza dalla conclusione del percorso formativo, è stato previsto un incontro di verifica dell'andamento del processo di cambiamento utile per valutare la necessità di ulteriori riflessioni, azioni e interventi a sostegno del gruppo di lavoro.

Alla luce dell'importanza che può assumere per il gruppo di lavoro aprire i reparti di Terapia Intensiva alla presenza dei familiari e dei significati che tale cambiamento comporta, riteniamo che per meglio affrontare un tale sviluppo dell'organizzazione sia particolarmente indicata la creazione di un percorso formativo dedicato che conceda uno spazio agli operatori in cui riflettere su aspetti legati alla propria operatività, discutere e confrontarsi sui propri dubbi e sulle proprie resistenze in un clima accogliente e rispettoso di tutte le posizioni. La necessità di un tale percorso è ancora più evidente poiché l'apertura della terapia intensiva è un tipo di cambiamento organizzativo che comporta negli operatori un'evoluzione del significato con cui essi guardano al proprio operato, alla qualità della propria vita lavorativa, alla qualità della propria partecipazione alla creazione di un gruppo di lavoro, alla qualità professionale e relazionale verso le persone cui il proprio lavoro è rivolto. **TM**

Info: belloni@aou-careggi.toscana.it

ALESSANDRO MEREU

Il medico di medicina generale olandese: cambiare per lavorare meglio

A settembre 2013, in quanto medico in formazione specifica in medicina generale, ho avuto la conferma del premio per il Progetto Giovani FIMMG, e quindi la possibilità di visitare come funziona il modello di Cure Primarie olandese.

Prima di partire per Nimega (al sud nei Paesi Bassi) per osservare come lavorano i medici di medicina generale olandesi, mi sono imbattuto in quattro dati particolari:

- 2300, la media degli assistiti per medico di medicina generale;
- 10,1 %, la percentuale del PIL speso per la sanità olandese;
- 2700, lo stipendio in euro del medico in formazione in medicina generale;
- 96%, la percentuale di problemi clinici che è gestita o coordinata direttamente dal medico di medicina generale.

Un esercizio interessante è quello di prova-



Alessandro Mereu, medico chirurgo laureato nel 2011 presso l'Università di Firenze. Medico in Formazione Specifica in Medicina Generale, corso 2012-2015, presso Regione Toscana polo Firenze. Membro della RIISG, Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale.

re ad immaginare questi dati calati nel contesto italiano.

Da qualche tempo la medicina generale italiana è in fermento, varie proposte di cambiamento sono state adottate mentre altre devono ancora ingranare o addirittura essere ancora discusse od approvate.

Ritengo però che per cambiare un sistema complesso come la medicina generale, che al contempo è agganciata a due sistemi complessi come il SSN ed il paziente, sia doveroso porre almeno due domande fondamentali:

- cambiare il sistema rispetto a cosa?
- cambiare in quale prospettiva?

L'esperienza olandese può essere una piccola parte di risposta alle due domande.

Fino al 2000 il medico olandese lavorava in modo simile al medico della mutua pre-1978. Tantissimi pazienti, lavoro solitario e poco stimolante, scollegato dagli altri servizi sanitari, rintracciabile tutto il giorno, notte e festivi per i propri assistiti. Era un professionista poco apprezzato sia dai colleghi che dai pazienti. La professione era poco appetibile per gli studenti, portando così i migliori a scegliere altre carriere e lasciando la medicina generale a chi invece non riusciva a collocarsi nelle altre specializzazioni.

Nel 2000 un piccolo nucleo di medici di Nimega si riunì in modo informale per trovare soluzioni e proporre un cambiamento. Per progettare un nuovo modo di lavorare presero spunto da esperienze inglesi e scandinave.

Una ventina di medicina generale si organizzò, collaborando tra loro e con personale non medico come infermieri, assistenti, triagisti. Il processo fu accompagnato da un'intensa attività di ricerca, volta all'identificazione dei problemi e alla ricerca di soluzioni condivise e comunicabili sia nella comunità scientifica che con pazienti ed istituzioni. Questo piccolo nucleo si ingrandì, tutti i medici di Nimega (circa 250) aderirono a medicine di gruppo e alla cooperativa. Nei 3 anni successivi tutta la nazione aveva adottato il nuovo modello, grazie al sostegno delle istituzioni e forte del gradimento del paziente.

La nuova organizzazione permise di organizzare turnazioni notturne e festive per la Continuità Assistenziale, effettuata dagli stessi medici di medicina generale dell'area geografica di riferimento; l'istituzione dell'accesso programmato alla medicina generale e alla Continuità Assistenziale filtrato da triage con personale formato e linee guida nazionali create ad hoc; l'identificazione di una *job description* e delle prestazioni che competono al medico di medicina generale evitando sovrapposizioni e duplicazioni con gli

specialisti; il lavoro d'équipe con personale non medico per la gestione delle problematiche cliniche; la collaborazione con università a scopi di ricerca e formazione sia dei giovani medici che per l'educazione continua; l'istituzione della validazione delle competenze (ogni 5 anni i medici di medicina generale devono dimostrare di lavorare correttamente e chi non ottiene la validazione perde la licenza).

L'accesso al medico di medicina generale è filtrato dal triage telefonico, con numero unico, che è lo stesso per tutto il gruppo ed attivo dalle 8 alle 17. Gli operatori di triage sono personale non sanitario (*doctor's assistant*) appositamente formato per questo ed altri compiti; utilizzando dei protocolli di triage standardizzati a livello nazionale possono avviare il paziente all'automedicazione o alla visita del medico, a domicilio o in ambulatorio a seconda dei casi, programandola a seconda del livello di urgenza assegnata. Al medico non arrivano telefonate dirette del paziente, tranne rare eccezioni. Sono rarissime le certificazioni mediche, essendo predominante la auto-certificazione del paziente.

Il software gestionale del medico di medicina generale permette la prescrizione di farmaci, accertamenti e diagnostica, essenzialmente in formato elettronico. Il software è dialogante con i software usati in Continuità Assistenziale o in farmacia o in ospedale, è obbligo del medico di medicina generale utilizzare lo stesso software della sua cooperativa e a suo carico sono le spese di acquisto e manutenzione.

Il paziente che necessita di terapia farmacologica temporanea (ad esempio antibiotico) chiede che la ricetta elettronica sia inviata a una specifica farmacia di zona, potrà recarsi a quella farmacia per prendere il farmaco nelle precise quantità previste dalla durata della cura prescritta.

Nel caso di terapia farmacologica cronica (ad esempio antidiabetico) il quantitativo ricevuto sarà limitato al periodo che intercorre tra quella visita e la visita successiva di controllo per quella patologia cronica (quindi per esempio dai 3 mesi di un antidiabetico a un anno per un antiepilettico).

Il paziente che chiede la prescrizione di un farmaco per automedicazione (ad esempio benzodiazepina o antiemetico) telefona al triage richiedendo il farmaco, il triagista invia la richiesta al portale del medico che vede comparire la richiesta e può avallarla, dopo aver controllato il motivo della richiesta e la storia del paziente, o rifiutarla, richiamando il paziente per un colloquio sul caso specifico.

Il medico di medicina generale che reputa necessaria una consulenza specialistica può richiederla direttamente dal suo software. Il paziente riceverà una telefonata dalla segreteria dello specialista nella stessa giornata per programmare la visita entro tre giorni dalla richiesta (o eventualmente subito se ritenuto dal medico di medicina generale urgente, mediante telefonata istantanea). La richiesta di visita specialista è compilata riassumendo i problemi principali del paziente ed il motivo della richiesta di consulto, in forma elettronica arriva alla segreteria dello specialista, specificando se si tratta di un semplice consulto o una presa in carico specialistica per quel problema specifico. L'esito della consulenza è inviato in forma elettronica al triage del medico o direttamente nel suo software. Così la gestione del problema clinico rimane sotto il controllo del curante.

I pazienti cronici con Diabete, BPCO, Iper-tensione sono seguiti dall'infermiere di famiglia (*nurse practitioner*) in modo programmato nell'anno. Solo in casi particolari (acuzie, complicanze, ecc.) sono visti anche dal medico assieme all'infermiere, che svolge anche visite domiciliari e programma la ripetizione delle prescrizioni farmacologiche continuative.

Sono presenti più *doctor's assistant* per gruppo che turnano tra triage e assistenza medica per pratiche come esecuzione di ECG e spirometrie, verifica dell'igiene, PAPtest, inventario, risoluzione problemi tecnici ed informatici.

Sono presenti più *nurse practitioners* per gruppo che turnano tra gestione dei cronici, assistenza al medico (o anche in autonomia a seconda dei casi) per l'esecuzione di procedure mediche (rettoscopia, esame ginecologico) e di piccoli interventi chirurgici (biopsie cutanee, suture, medicazioni, legatura emorroidi, escissione lipomi, ecc), educazione sanitaria e prevenzione. Tutte le volte che emerge un problema o un errore importante, si pone la necessità di sviluppare una ricerca (talvolta estesa ad altri gruppi di medici o a carattere universitario) per identificare la natura del problema e proporre soluzioni. Non esiste un capo-medico tra i colleghi e le decisioni sono prese in modo collegiale, anche con gli operatori.

Il medico di medicina generale lavora dalle 8 alle 17, occupandosi di visite ambulatoriali e domiciliari.

Il medico di medicina generale lavora in studio dai 2 ai 5 giorni a settimana, il numero di giorni di lavoro in studio è concordato e condiviso nel gruppo garantendo la presenza di un numero minimo di medici ogni giorno. Nei giorni in cui il medico di medicina generale non lavora in studio si occupa di ricerca in medicina generale e di gestione amministrativa e/o calendarizza-

zione delle attività.

Il medico di medicina generale visita circa 25 pazienti/die in studio e circa 3 pazienti/die a domicilio, ad inizio giornata gestisce gli avvisi che gli arrivano circa eventuali accessi dei suoi pazienti al servizio di Continuità Assistenziale.

Tutte le telefonate e gli atti assistenziali sono registrati sul software mediante l'utilizzo di password personali, garantendo la tracciabilità non a scopo medico-legale ma a scopo di capire come mai siano avvenuti eventuali errori.

Tutti i medici di medicina generale delle cooperative, dai 40 ai 250 medici di medicina generale, si organizzano in turni e tutti sono obbligati a svolgerli. I turni vanno dalle 17 alle 23 e dalle 23 alle 8 per le notti, anche dalle 8 alle 17 se sabato o domenica. I medici nel turno si dividono in lavoro tra medici dedicati alla supervisione del triage, alle visite domiciliari e alle visite ambulatoriali.

L'accesso alla Continuità Assistenziale è filtrata da triage con centrale operativa e telefonica unica di solito accanto al Pronto Soccorso, si utilizzano gli stessi criteri di triage usati negli studi dei medici, sia per telefono sia per le presentazioni spontanee.

Tutte queste novità hanno portato ad elevare notevolmente la qualità del servizio e del singolo medico, che ora (pur conservando la libera scelta del medico da parte del paziente) non lavora più da solo ma eroga prestazioni ai cittadini come membro di un team dove esso non ricopre un ruolo dirigenziale rispetto agli altri professionisti o colleghi. Nei gruppi e nelle cooperative si respira un clima rilassato, con rispetto delle reciproche professionalità e senza ingerenze.

L'entità del rinnovamento è risuonato anche nell'ambito della formazione. Oggi la medicina generale è tra le specializzazioni più ambite. L'accresciuto interesse verso la professione risente non solo di una prospettiva nuova, ma anche di una formazione dove il giovane medico sia parte attiva e progettante il suo stesso futuro e quello della categoria. Le caratteristiche "vincenti" della formazione olandese vanno oltre il salario adeguato ma includono anche una formazione pratica e svolta con tutoraggio indiretto (non di tipo osservazionale ma erogando autonomamente e direttamente assistenza e cure con supervisione a distanza del tutor che interviene solo se richiesto o se necessario), una formazione teorica basata sulle necessità del gruppo di medici in formazione e gestita da loro sotto la supervisione del tutor, la valutazione per competenze, le attività di ricerca, l'educazione al lavoro in gruppo.

TM

Info: alessandro.mereu@gmail.com



Fabio Franchini si è occupato di pediatria presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Firenze Ospedale Meyer, prima come Assistente Ospedaliero poi come Assistente Universitario. Ricercatore dal 1976 e Aiuto presso la Clinica Pediatrica III dal 1987. Professore Associato in Terapia Pediatrica Speciale dal 1991.

FABIO FRANCHINI, STEFANIA PISANO

La violenza sui minori: riconoscerla per prevenirla

Introduzione

Le conseguenze psicologiche che le diverse forme di violenza possono causare sono state oggetto, negli ultimi anni, di molta attenzione. Oggi ci si avvia a comprendere più compiutamente la dinamica dei maltrattamenti, in una prospettiva che cerca di collegare le reazioni psicologiche dei minori vittime di abuso, con gli esiti che queste porteranno sullo sviluppo della personalità e della salute mentale.

Nel 1964 si parla di "Sindrome da maltrattamento nei bambini": è una condizione caratterizzata da lesioni fisiche associate a malnutrizione in una situazione caratterizzata da negligenza, da mancanza di cure e affetti, deliberatamente voluti dai genitori, educatori e parenti.

Il maltrattamento rappresenta un atteggiamento permanente, non un episodio a sé stante. Inizia con una sostanziale carenza di affetto, di cure e attenzioni per il bambino e i suoi bisogni e si accentua fino a raggiungere le lesioni fisiche.

Nel 1991 il Child Protection Register inglese fa una distinzione tra i diversi tipi di maltrattamento, differenziandolo in:

- maltrattamento psicologico;
- maltrattamento fisico;
- abuso sessuale.

Queste categorie non sono auto escludenti anzi, ognuna al suo interno possiede le caratteristiche della categoria precedente.

Cosa si intende per maltrattamento?

Quando si parla di abuso, la prima incognita è quella di trovare una definizione generale ed efficace di cosa sia una violenza contro un minore.

Ad una definizione ampia si è ispirata la Convenzione dei diritti dei minori, nata dalla collaborazione di 43 Paesi e organizzazioni e riconosciuta dall'assemblea generale dell'Onu nel 1991: "danno o abuso fisico o mentale, trascuratezza o trattamento negligente, maltrattamento psicologico; le diverse forme di sfruttamento e abuso sessuale, lo sfruttamento della prostituzione o in altre pratiche sessuali illegali, lo sfruttamento in spettacoli e materiali pornografici; le torture o altre forme di punizioni crudeli, inumane o degradanti, lo sfruttamento economico".

Maltrattamento psicologico

È una forma di denigrazione, che si manifesta in modo verbale (critiche e svalutazione) e non verbale, che danneggia o inibisce lo sviluppo di alcune facoltà cognitive ed emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

Questi comportamenti si manifestano in modo sottile, mascherato, ambiguo. Cure fisiche adeguate si possono svolgere in un'atmosfera di indifferenza da parte dei genitori, così come si può avere mancanza di contatto fisico, fino a negare sostegno e protezione.

Una tale ripetuta esposizione del bambino a situazioni il cui impatto emotivo supera la sua capacità di integrazione psicologica è distruttiva.

Le situazioni comprendono:

- umiliazioni reiterate verbali e non;
- minacce verbali ripetute;
- emarginazione e squalificazioni sistematiche;
- esigenze sproporzionate alle capacità del bambino;
- ingiunzioni educative contraddittorie ed impossibili da rispettare.

Si rischia violenza psicologica ove siano presenti:

- disarmonia nel rapporto di coppia;
- frustrazione, paure, solitudine in gravidanza;
- bambino reale non corrispondente al bambino "della fantasia";
- mancanza di comunicazione;
- ossessione per l'alimentazione, per il ritmo di crescita...;
- eccesso di protezione o di liberalità.

Sono da ritenersi **indicatori** importanti:

- enuresi;
- encopresi;
- disturbi dell'alimentazione;
- bassa stima di sé;
- instabilità emozionale.

Il maltrattamento fisico

La figura professionale che più spesso è chiamata ad accorgersi che ci si trova di fronte alla possibilità di un maltrattamento fisico è il

pediatra.

Si parla di maltrattamento fisico quando una o più figure rappresentative dell'ambiente del bambino "eseguono o permettono che si eseguano lesioni fisiche o mettono il bambino in condizioni di rischiare lesioni fisiche".

I segni fisici riscontrabili sono: contusioni, ecchimosi, cicatrici, morsi, lesioni scheletriche, lesioni addominali.

Per quanto riguarda le ecchimosi, in genere sono sospette quelle che si riscontrano in bambini molto piccoli, non ancora in grado di camminare.

IMPORTANTE: valutare l'età del soggetto e l'area del corpo dove sono state rinvenute le lacerazioni

Abuso sessuale

Spesso agito da parte di familiari o adulti vicini alla famiglia. Include una drammatica situazione di plagio, di passività, di complicità, con profondi sensi di colpa e interazioni distruttive del clima familiare.

Gli **indicatori fisici** più frequenti sono:

- contusioni;
- graffi;
- lesioni dell'area genitale o anale;
- perdite o emorragie senza cause organiche evidenti;
- sensazioni dolorose alla minzione;
- infezioni ricorrenti alle vie urinarie.

Gli **indicatori psicologici** sono caratterizzati da:

- un atteggiamento del bambino costantemente remissivo;
- allusioni circa l'attività sessuale;
- giochi sessuali inappropriati con i compagni e attività ludica in genere inadeguata con presenza di significative componenti aggressive;
- paura degli uomini (per aggressioni maschili);
- comportamento deduttivo verso gli uomini;
- rifiuto sistematico delle visite mediche periodiche;

- gravi disturbi del comportamento (regressione, ansia, anoressia) e della relazione.

Arteterapia in un caso di abuso sessuale

Serena, di 27 anni, da bambina è stata vittima di abuso sessuale da parte di un familiare. Non ha fatto precedenti esperienze terapeutiche. Viene inserita in un gruppo arteterapeutico in cui fa fatica a integrarsi. Preferisce osservare quello che fanno gli altri, gingilla con i materiali, ma non crea "forme" proprie. Incapace di scandagliare fino in fondo i suoi problemi, è approdata all'arteterapia. A poco a poco si è lasciata andare a dipingere, sentendosi sempre più liberata della sua sofferenza, iniziando un lavoro di integrazione e di convivenza con l'esperienza terribile che le pesa da anni.

Conclusioni

In una società come la nostra, freneticamente in corsa, spesso risulta difficile da parte degli adulti dedicare un'adeguata attenzione alle esigenze dei bambini per quanto concerne la loro vita emozionale ed affettiva. Costruire un dialogo con loro che permetta un'osservazione accurata circa eventuali problematiche più o meno profonde presenti nell'infanzia diviene così un'esigenza sempre più marcata.

Infatti, in conseguenza della trasformazione sociale che abbiamo e stiamo attraversando, da un lato i bambini sono iperprotetti, mentre dall'altro vengono sottoposti con una frequenza inimmaginabile a violenze fisiche e psicologiche.

L'abuso del minore, che comprende la violenza fisica e psicologica, insieme a quella sessuale, vede coinvolti una molteplicità di fattori (individuali, culturali, sociali) interpellati tra loro in modo assai complicato.

Allarmante fenomeno questo che indiscutibilmente chiama in causa la responsabilità di tutti noi adulti, familiari e non.

TM

Info: prof.f.franchini@virgilio.it

CORSI

LA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI IN AMBITO SANITARIO

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze organizza un corso dal titolo "La gestione delle informazioni in ambito sanitario: aspetti formativi e tecnici. Il corso si articolerà in tre serate con orario 20-22.30: **Martedì 13 maggio 2014** "Le esigenze info-conoscitive del medico e il movimento Open Access"; **martedì 20 maggio 2014**: "Strumenti per la ricerca di informazioni in rete"; **martedì 27 maggio 2014** "La variabile qualità dell'informazione in rete". È obbligatoria la presenza tutte e tre le serate. Relatori: Dr. M. Masoni, Dott.ssa M.R. Guelfi. Prima delle serate verrà offerto un light dinner. Sono stati riconosciuti 11,2 Crediti ECM. 40 posti disponibili. Verrà data precedenza agli iscritti all'Ordine di Firenze. Per iscriversi inviare una email a: relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it con oggetto convegno "gestione informazioni sanitarie", specificando: NOME E COGNOME, CODICE FISCALE, SE LIBERO PROFESSIONISTA O LAVORATORE DIPENDENTE, SE MEDICO CHIRURGO O ODONTOIATRA, TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE, NUMERO DI CELLULARE, ORDINE DI APPARTENENZA. Info: tel. 055.496522 int. 3.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Salute e medicina di genere: istituzione del centro regionale di coordinamento

Pubblichiamo l'allegato A alla delibera 144 del 24 febbraio 2014 con la quale si istituisce il centro regionale di Coordinamento sulla medicina di genere.

Il Centro esplica le proprie funzioni attraverso una costante interfaccia con i settori della Direzione generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale competenti in materia di programmazione e organizzazione delle cure, qualità dei servizi, governo clinico, ricerca, innovazione, risorse umane, prevenzione, farmaceutica e appropriatezza; in

relazione agli aspetti professionali delle funzioni previste, il Centro si avvale della Commissione permanente per le problematiche di genere, di cui al decreto dirigenziale 4193/2011, costituita all'interno del Consiglio Sanitario Regionale, quale supporto tecnoscientifico.

Allegato A

Premessa

Il concetto di "Salute e medicina di genere" nasce dall'idea che le differenze tra i sessi in termine di salute non sono legate esclusivamente alle peculiarità derivanti dalla caratterizzazione biologica dell'individuo e dalla sua funzione riproduttiva; con il termine "genere" si intende infatti un'accezione più ampia della "differenza" che include fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali.

Per troppo tempo infatti le malattie, la loro prevenzione e terapia sono state studiate prevalentemente su casistiche di un solo sesso, quello maschile, sottovalutando non solo le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche ma anche quelle socio-culturali proprie delle donne.

Uomini e donne hanno di fatto un differente rischio di contrarre molte malattie e anche una diversa risposta a molte terapie. Dunque non è solo scientificamente ed eticamente scorretto trasferire i dati ottenuti sull'uomo alla donna, ma è anche un vero e proprio errore metodologico.

La Salute di genere è pertanto chiamata a limitare le disuguaglianze di studio, di attenzione e di trattamento che fino ad oggi sono state a carico delle donne, ma non a costruire una medicina al femminile e una medicina al maschile, applicando il concetto di diversità per garantire a tutti, donne e uomini, il migliore trattamento possibile in funzione della specificità di genere.

Per raggiungere questo obiettivo, la Medicina di Genere non deve essere una specialità a se stante, ma un'integrazione trasversale di specialità e competenze mediche affinché si formi una cultura e una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere non solo sotto l'aspetto anatomico-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali e culturali, oltre che ovviamente di risposta alle cure.

Per questo la Salute di genere è ormai un'esigenza del Servizio Sanitario e occorre pensare ad aspetti organizzativi e di organizzazione dei servizi che tengano conto delle differenze di genere.

Riferimenti storico-culturali

Nell'antica Grecia le donne, i bambini e le bambine erano considerati "piccoli uomini" le cui varianti erano solo peso e dimensioni. Con il passare

dei secoli quasi nulla è cambiato rispetto alla considerazione della patologia uomo-donna.

La prima descrizione di una differenza di genere intesa in senso moderno in campo medico e più esattamente in campo farmacologico risale al 1932, quando Nicholas e Barrow evidenziarono che la dose ipnoinducente di barbiturici nelle ratte femmine era inferiore del 50% rispetto a quella dei maschi. Ma questa importante affermazione non provocò l'attenzione che meritava.

È infatti solo tra gli anni '70 e '80 del secolo scorso che gli Studi di Genere nascono nel Nord America e nel 1988 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lancia una sfida "sul genere" alle Nazioni e alle Organizzazioni Internazionali per:

- a) una migliore valutazione dei fattori di rischio che coinvolgono la salute della donna;
- b) lo sviluppo di strategie di prevenzione per diminuire l'impatto delle malattie che in modo sproporzionato colpiscono le donne in età avanzata;
- c) un maggiore impegno per capire perché gli uomini muoiono prima delle donne.

Sempre l'OMS nel 2000 inserisce la Medicina di Genere nel documento "Equity Act", a testimonianza che il principio di equità implica non solo la parità di accesso alle cure di donne e uomini, ma anche l'adeguatezza e l'appropriatezza di cura secondo il proprio genere. Nel 2002 l'OMS costituisce il Dipartimento per il Genere e la Salute della Donna. (The Department of Gender Woman's Health).

Attraverso questo dipartimento l'OMS riconosce l'esistenza di differenze significative tra uomini e donne nei fattori che determinano la salute e nei fattori che determinano il carico di malattia e afferma che il sesso (dati biologici) e il genere (dati di ruolo socio-culturale) sono importanti determinanti della salute perché regolano le condizioni di salute e di malattia degli uomini e delle donne. Dunque le differenze di genere e di sesso devono essere inserite e considerate in ogni programma per la salute.

Sempre l'OMS stabilisce che le ricerche "Gender Sensitive" devono considerare:

- i ruoli e le responsabilità di uomini e donne nella società;
- la posizione sociale degli uomini e delle donne;

- l'accesso alle risorse di uomini e donne;
- le regole sociali che governano i comportamenti maschili e femminili e che hanno effetto sulla salute e sul benessere.

Nel 2007 l'OMS nella prospettiva di raggiungere l'equità di genere, pone tra gli obiettivi quello di formulare strategie nazionali per includere il genere nei programmi e nella ricerca; di sostenere e promuovere la ricerca e la formazione di genere in tutte le sedi istituzionali nazionali e internazionali e di favorire lo sviluppo di farmaci e di nuovi approcci terapeutici mirati al genere.

Riferimenti europei e nazionali

Nel 1997 a cura del Dipartimento "Employment and Social affairs" è stato pubblicato il rapporto sullo Stato di Salute delle Donne in Europa e fin dal 1998 la Comunità Europea ha incluso all'interno dei programmi di ricerca (IV e V Programma Quadro) un invito alle donne a partecipare e a presentare progetti. Oggi vi è un settore della ricerca europea (Science Woman) con un focus sulle donne. Numerose le risoluzioni sulla Medicina di genere nel parlamento europeo tra cui quella del 2011.

In Italia nel 1999 il Ministero per le Pari Opportunità costituisce un primo gruppo di lavoro (Medicina Donna-Salute) con l'obiettivo di lavorare intorno alla disparità di genere e nasce il progetto "Una Salute a misura di Donna".

Nel 2003 un'équipe di specialisti viene incaricata dal Ministero della Salute a formulare linee guida sulle sperimentazioni cliniche farmacologiche, che tengano conto della variabile uomo-donna.

Nel 2005 nasce l'Osservatorio Nazionale della Salute della Donna presso il Ministero della Salute, con l'obiettivo di studiare, informare e formare ad una grande attenzione sulla salute della donna, attraverso sinergie con tutti gli Istituti che a livello nazionale si occupano del tema.

Nel 2007 presso l'Istituto Superiore di Sanità è creata una struttura ad hoc che si occupa delle differenze biologiche e ha coordinato un progetto strategico "Salute Donna" (2008/2012) che ha coinvolto 25 unità operative sparse sul territorio nazionale, su 5 aree di azione prioritaria (Malattie dismetaboliche e cardiovascolari – Immunità ed endocrinologia – Ambiente di lavoro – Malattie iatrogene e reazioni avverse – Determinanti della salute della donna).

Nel 2008 il Comitato Nazionale di Bioetica ha approvato il testo sulla sperimentazione farmacologica sulle donne, affermando il principio della equa considerazione della donna nella sperimentazione.

Il 5 agosto 2013 è stata presentata alla Camera dei Deputati del Parlamento Italiano la proposta di legge n.1485 "Norme in materia di Medicina di Genere" che ad oggi purtroppo non ha ancora iniziato l'esame.

Epidemiologia di genere

In Italia, le donne vivono più a lungo degli uomini, ma la più lunga aspettativa di vita del genere femminile rispetto a quello maschile non implica una migliore qualità della vita stessa: le donne sono esposte a più malattie e generalmente assumono più farmaci. Questo secondo l'ultima indagine quinquennale ISTAT su "Condizione di salute e ricorso ai

servizi sanitari", indagine che afferma che le donne sono affette con maggiore frequenza degli uomini da quasi tutte le patologie croniche, in particolari da patologie osteoarticolari, malattie neurodegenerative, diabete, disturbi della funzione tiroidea, ipertensione arteriosa, vene varicose, osteoporosi, cefalea.

In particolare le malattie in cui le donne presentano maggior prevalenza sono: osteoporosi (più 736%) malattie tiroidee (più 500%) depressione e ansietà (più 138%), cefalea ed emicrania (più 123%), malattia di Alzheimer (più 100%), cataratta (più 80%) artrosi e artrite (più 49%), calcolosi (più 31%), ipertensione arteriosa (più 30%), diabete (più 9%), allergie (più 8%), alcune malattie cardiache (più 5%).

Questi dati sono confermati anche in Toscana dal primo "Report sulla Salute di genere" presentato dall'Agenzia Regionale Sanità a novembre 2013; Report che raccoglie dati epidemiologici sulla salute di genere elaborati da oltre cinquanta professionisti del Sistema Sanitario Toscano che hanno interpretato in modo separato gli studi tra maschi e femmine dal momento che insorgenza ed esiti di molte condizioni patologiche differiscono spesso per genere.

Secondo i dati emersi, in Toscana nascono più maschi che femmine, ma già in età adulta le femmine li sorpassano numericamente anche se la loro longevità si accompagna ad un profilo di salute peggiore.

Relativamente alle patologie, nei maschi c'è una maggiore incidenza di infarto del miocardio acuto, una prevalenza più elevata di scompenso cardiaco, ictus cerebrale e ipertensione arteriosa. Diverso l'iter delle malattie cardiovascolari che presentano differenze di genere legate in primo luogo a differenze biologiche e alla differenza nella prevalenza dei più importanti fattori di rischio. In Toscana nelle donne risulta minore la frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori: di questi è prevalente quello della mammella.

I dati toscani così come quegli nazionali mostrano una incidenza maggiore della malattia diabetica nei maschi in tutte le fasce di età ad eccezione degli under 45 che presentano prevalenze quasi sovrapponibili in entrambi i generi. Nei diabetici il profilo di rischio cardiovascolare è peggiore nella donna così come è più elevato il rischio di complicanze cardiache fatali soprattutto con l'insorgenza della menopausa, che determina nella donna diabetica una qualità e una aspettativa di vita peggiori.

Una donna su 3 e un uomo su 7 sono affetti da osteoporosi e come diretta conseguenza della patologia, una donna su 3 e un uomo su 5, di età superiore ai 50 anni, presenta una frattura da fragilità. Tra gli anziani le fratture osteoporotiche rappresentano una delle maggiori cause di mortalità, con un'incidenza pressoché sovrapponibile a quella per ictus e tumore della mammella.

In Toscana si stimano circa 477mila persone con incontinenza urinaria e di queste quasi 320 mila sono donne. Non si registrano malattie infettive che colpiscono esclusivamente il genere femminile anche se ci può essere una diversa incidenza delle varie patologie in base al genere. L'importanza delle malattie infettive nell'analisi per genere è infatti



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

in gran parte legata alla possibilità di trasmissione verticale dell'infezione, da madre a bambino, e alla possibilità di trasmissione sessuale.

Passando alla patologia di natura mentale, gli studi sulla popolazione hanno dimostrato il maggior interessamento del genere femminile in tutte le fasce di età. Le donne infatti più degli uomini ricorrono al ricovero ospedaliero e ai servizi territoriali di salute mentale affette prevalentemente da disturbi affettivi, d'ansia e somatoformi, con un maggior utilizzo di antidepressivi che si accentua dai 45 anni in poi.

Le cause accidentali, compresi gli incidenti e gli infortuni sul lavoro, rappresentano la quarta causa di morte negli uomini e la settima nelle donne; gli incidenti stradali sono un fenomeno in cui il genere femminile viene decisamente coinvolto meno rispetto a quello maschile, mentre gli incidenti domestici colpiscono prevalentemente le donne, soprattutto la categoria delle casalinghe proprio a causa di una loro maggiore presenza in casa.

Nell'ambito lavorativo c'è una sostanziale stabilità degli infortuni anche gravi tra le donne, a fronte di una diminuzione della loro incidenza negli uomini.

Negli ultimi anni importanti cambiamenti hanno influenzato la salute riproduttiva: aumento dell'età media al parto, aumento esponenziale di donne straniere, ricorso alla procreazione medicalmente assistita.

Per quanto riguarda invece la cura, è stato analizzato il ricorso all'ospedalizzazione, ai servizi di emergenza-urgenza e all'uso di farmaci: il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario aumenta nei due generi, ma è più elevato nei maschi, eccetto che nella fascia di età 15-44 anni, dove per motivi legati alla gravidanza, al parto e alle sue conseguenze la donna supera il maschio.

Infine una più lunga aspettativa di vita nel genere femminile non significa una migliore qualità della vita stessa, ma implica un maggior carico di malattie e quindi generalmente una maggior assunzione di farmaci.

Il Centro di coordinamento regionale

In alcune aziende sanitarie del territorio regionale sono già in atto esperienze nell'ambito della Salute di genere, con diverse modalità organizzative dovute alle specificità territoriali, che rappresentano importanti elementi di ricchezza del sistema.

Fra queste ricordiamo il Centro studi salute di genere dell'Az. USL 10 di Firenze, il Centro studi salute di genere dell'Az. USL 3 di Pistoia e Centro di coordinamento aziendale per la promozione della sanità di genere dell'Az. USL 8 di Arezzo.

Il Centro di coordinamento regionale della Salute e della medicina di genere costituisce il necessario strumento di raccordo e integrazione delle azioni e delle iniziative poste in essere dalle strutture aziendali e da tutti gli altri soggetti coinvolti, per lo sviluppo di una rete multidisciplinare e multiprofessionale integrata e articolata per programmi individuali nelle aree in cui la salute delle donne è particolarmente a rischio, con un approccio di percorso sia diagnostico che terapeutico integrato di cure.

Il primo obiettivo, proprio perché in ottica di sistema di rete, è quello di garantire attuazione degli indirizzi definiti dal Centro di coordinamento, a livello di Area Vasta e aziendale, anche attraverso la costituzione di Centri aziendali di coordinamento della Salute di genere che operino in rete con il Centro regionale.

Struttura di riferimento e composizione del Centro

Il Centro regionale di coordinamento della Salute di genere è collocato nell'ambito dell'Area di coordinamento Sistema sociosanitario regionale della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale, che ne garantisce, altresì, il necessario supporto amministrativo.

La suddetta collocazione ne garantisce un costante raccordo con i settori della Direzione generale competenti in materia di programmazione e organizzazione delle cure, qualità dei servizi, governo clinico, ricerca, innovazione, risorse umane, prevenzione, farmaceutica e appropriatezza.

Il Centro, pur espletando attività prettamente sanitarie, si relaziona anche con gli altri tavoli istituzionali e settoriali.

Il Centro regionale di coordinamento della Salute di genere, è così composto:

- il coordinatore, scelto tra figure professionali in possesso di specifiche competenze in materia;
- il dirigente dell'area di coordinamento competente in materia di sistema sociosanitario della Regione Toscana;
- i coordinatori di Area Vasta, o i direttori generali da questi delegati;
- il vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

Per lo svolgimento delle funzioni previste, il Centro si avvale in particolare della Commissione permanente per le problematiche di genere, costituita con decreto dirigenziale 4193/2011 all'interno del Consiglio Sanitario Regionale, quale supporto tecnico-scientifico.

Al fine inoltre di promuovere sinergie e valorizzare le iniziative adottate nei diversi territori e dalle diverse istituzioni, il Centro si avvale di tutte le competenze e risorse presenti sul territorio attraverso il raccordo con i diversi soggetti coinvolti, fra i quali:

- l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana;
- il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- la Commissione regionale per le pari opportunità;
- gli Atenei Toscani.

Funzioni e aree di lavoro

In coerenza con quanto già indicato al punto 5 della DGR 75/2014, il centro svolgerà le seguenti funzioni:

- raccordo e coordinamento delle azioni e iniziative poste in essere dalle strutture aziendali e dagli altri soggetti coinvolti, al fine di realizzare un sistema di rete in grado di promuovere e garantire lo sviluppo omogeneo della Salute e medicina di genere su tutto il territorio regionale;
- promozione di percorsi di presa in carico della persona che tengano conto della differenza di genere, al fine di una maggiore appropriatezza e

personalizzazione della terapia;

- definizione di percorsi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari verso il determinante genere, al fine di garantire equità di approccio diagnostico, valutativo e terapeutico;

- diffusione delle politiche sulla Salute di genere al fine di ridurre le disuguaglianze e garantire il rispetto dei diritti umani delle donne e delle bambine;

- sviluppo della ricerca sui fattori di rischio e sulla prevenzione primaria e secondaria delle malattie;

- promozione della prevenzione e della diagnosi precoce delle patologie attraverso la diffusione dei programmi di screening;

- sviluppo di soluzioni innovative di accesso ai servizi, sistematizzando e diffondendo le esperienze già intraprese sul territorio.

Modalità operative

Il Centro programma la propria attività e i propri obiettivi secondo le seguenti modalità:

- definisce, entro il 31 dicembre di ogni anno, un Programma annuale delle azioni, articolato per aree di lavoro, e lo presenta alla DG Diritti di Cittadinanza e coesione sociale che lo recepisce con atto della Giunta regionale al fine di dare indicazioni alle aziende sanitarie sulla sua attuazione;

- relativamente al primo anno di attività, presenta il Programma annuale delle azioni entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto;

- presenta, entro il 28 febbraio dell'anno successivo, alla DG Diritti di Cittadinanza e coesione sociale relazione annuale, in merito all'attuazione delle attività programmate e ai risultati raggiunti.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

PAOLA MAGNESCHI

Codice Rosa: è realtà in tutta la Regione Toscana

Con la delibera numero 180 del marzo 2014 la Regione Toscana ha completato l'estensione del progetto regionale "Codice Rosa" su tutto il territorio regionale. Il nome, così come la metodologia d'intervento che il progetto promuove, sono ormai conosciuti e sempre più raramente si cade nell'errore di associare i destinatari degli interventi al solo genere femminile, il progetto è rivolto a uomini e donne, adulti e minori, persone vittime di maltrattamenti o abusi che accedono alle strutture di pronto soccorso per essere curate.

Il percorso prende avvio dallo sviluppo della relazione tra la vittima e il personale che l'accoglie, nella consapevolezza che lo sviluppo di questo rapporto influenza la possibilità di strutturare interventi successivi mirati sulle problematiche delle persone vittime di violenza, che quando arrivano al pronto soccorso portano con sé una sofferenza psichica oltre che fisica, così concreta e schiacciante che può sovrastare la capacità dell'operatore sanitario di accoglierla e comprenderla.

Se la persona che ha subito violenza è un adulto, è possibile che sviluppi reazioni emotive forti e contrastanti, può provare rabbia per la violenza subita, paura e senso di colpa per l'incapacità di riuscire a gestire la situazione, se si tratta di una donna, paura di perdere i figli, ambivalenza e confusione generata da rapporto "familiare" con l'aggressore, negazione delle sofferenze subite e della loro gravità, fino a provare pena per l'aggressore.

Tutti questi sentimenti compongono il cemento con il quale viene costruito il muro di omertà e di silenzio che rinchioda le vittime e ne favorisce l'isolamento.

Ma anche nell'operatore che accoglie la vittima si possono sviluppare reazioni emotive contrastanti, spesso caratterizzate da sensazione di impotenza, inadeguatezza di fronte alla complessità dei problemi di cui la persona è portatrice: disagi psico-relazionali strutturati nell'esperienza di anni, problemi sociali, economici, lavorativi, differenze culturali ... e tutto questo può essere avvertito dal personale di assistenza come un bagaglio gravoso che toglie ogni significato alle azioni di aiuto di cui la persona ha bisogno.

Questi stati emotivi possono coesistere, mescolarsi, confondersi, creando un forte disagio emotivo nel personale sanitario, proprio nel momento in cui la persona traumatizzata ha invece necessità di percepire un clima di accoglienza non giudicante ma disponibile, un ascolto empatico in grado di restituirle un'immagine positiva di sé, come persona che merita attenzione e considerazione da parte degli altri, dopo che l'atto violento l'ha umiliata togliendole dignità. La modalità con la quale viene impostato il rapporto tra la persona e l'operatore costruisce le basi per gli interventi di uscita dalla condizione di vittima e "riparazione" dei danni fisici e psicologici prodotti dalla violenza subita.

Il "percorso rosa" nasce per assicurare la cura

Sett: Programmazione e organizzazione delle cure - Regione Toscana



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

e la tutela delle persone, ma anche per far sentire gli operatori sanitari meno soli, sviluppando azioni coordinate all'interno del gruppo avvalendosi di strumenti e procedure operative adeguate alle esigenze. Dopo l'arrivo della vittima al pronto soccorso e l'attribuzione dei codici di triage per individuare la gravità, prende avvio l'azione coordinata dei soggetti che ha lo scopo di tutelare le persone che sono state oggetto di violenze con percorsi assistenziali che ne garantiscano la privacy, l'incolumità fisica e psichica, assicurando contemporaneamente la massima rapidità di intervento anche nei confronti degli autori del reato.

Lo sviluppo del lavoro comune tra le istituzioni si è rivelato indispensabile, il superamento della frammentazione delle azioni svolte nell'adempimento dei compiti istituzionali, la conoscenza e la definizione di modalità e strumenti di lavoro condivisi, rappresentano il valore aggiunto del progetto. L'esperienza realizzata dalle Aziende che in questi due anni hanno gradualmente aderito al progetto, ha consentito di portare all'attenzione il fenomeno, aumentando l'emersione di casi che prima restavano "sepolti" tra gli "eventi accidentali" o "riferite violenze da persona nota".... La conoscenza dell'entità e numerosità dei casi è indispensabile per progettare percorsi, strumenti e interventi adeguati ed efficaci per affrontarlo.

L'indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne condotta da Intervita Onlus nel 2013, nasce dall'assunto che la violenza contro le donne è sbagliata e che comporta un costo umano inaccettabile. Intervita Onlus si propone l'obiettivo di definire il costo della violenza nel nostro Paese, ritenendolo uno strumento indispensabile per avviare un intervento strategico in grado di rendere i responsabili politici più consapevoli dell'importanza e dell'efficacia della prevenzione, perché la violenza contro le donne non è un fatto privato, non riguarda solo le donne, ma riguarda tutti ed ognuno di noi è chiamato a prendere parte a questa battaglia per promuovere ed innescare il cambiamento culturale.

L'indagine, pur in assenza di studi italiani di riferimento, ha seguito la classificazione utilizzata in analoghi studi a livello internazionale, analizzando i costi su base annua e prendendo a riferimento i costi economici e sociali di cui si stima un importo di **circa 17 miliardi annui**, tra costi diretti ed effetti moltiplicatori economici e i costi non monetari ed effetti moltiplicatori sociali.

La dimensione scarsamente conosciuta dei costi economici e sociali è strettamente connessa alla dimensione sommersa del fenomeno. Per tale motivo è importante lavorare sulla sua emersione anche con i rappresentanti delle istituzioni per raccogliere dati affidabili e comparabili, che permettano la costruzione di indicatori adeguati, indispensabili per definire strategie efficaci di contrasto al fenomeno della violenza, valorizzando e implementando anche le attività di investimento in

prevenzione e contrasto, sviluppando e rafforzando il lavoro in rete.

Lo studio dei dati di attività raccolti nelle strutture di pronto soccorso delle Aziende Sanitarie di Livorno, Pisa, Viareggio, Lucca, Prato, Careggi, Meyer, Arezzo, Grosseto ed Empoli delinea sempre con maggiore esattezza un fenomeno in via di emersione.

La DGR n. 180/2014 ha esteso il Progetto Regionale Codice Rosa alle Aziende Usl di Massa e Carrara, Pistoia, Siena, Firenze e alle Aziende Ospedaliere Universitarie Pisane e Senese, completandone così la diffusione su tutto il territorio regionale.

Confrontando i dati del progetto regionale del 2012 con quelli del 2013, si è riscontrato un raddoppio dei casi di abuso (da 72 a 144) e più del doppio dei casi di maltrattamento commessi su adulti e minori (da 1361 a 2829), mentre i casi di stalking su adulti, sono pressoché rimasti stabili (da 22 a 25). Complessivamente i casi codice rosa sono stati **1455 nel 2012 e 2998 nel 2013**, rilevati rispettivamente in 5 aziende per il 2012 e in 10 Aziende per il 2013.

Sul totale degli adulti la percentuale maggiore di incidenza di casi riguarda il sesso femminile con il 69%, le fasce di età più colpite sono quelle 18-29 e 30-39 anni, la cittadinanza è italiana nel 64% di casi.

Per quanto riguarda i minori la maggiore incidenza riguarda il sesso femminile nel 57% di casi, ma a differenza degli adulti, nei minori la distinzione non è altrettanto netta, le fasce di età più colpite sono quelle 7-14 e 15-18 anni e la cittadinanza è italiana nel 69% di casi.

I dati indicano un trend in crescita, ma è difficile misurare e studiare un fenomeno spesso impalpabile, sommerso, silenzioso, le vittime non parlano perché temono per la propria incolumità e quella dei loro familiari, per sottovalutazione della situazione, per "abitudine" ai maltrattamenti quotidiani, in molti casi perché hanno scarsa consapevolezza che gli atti di violenza sono reati che nessuno deve commettere e nessuno deve subire, ma anche per l'impossibilità di pensare od anche solo di sperare che esista la possibilità di uscire da situazioni dove la violenza e la sopraffazione sono la realtà di ogni giorno, per quel fenomeno che viene definito in ambito psicologico "il terrore della speranza", il timore anche solo di sperare che l'inferno quotidiano possa avere una soluzione, per paura che questa speranza venga delusa!

Un'attenzione particolare deve essere dedicata anche alle fasce di età più estreme: i bambini e gli anziani, uniti da condizioni di fragilità che li rendono particolarmente dipendenti dall'accudimento dei familiari. Assolutamente indifesi da atti commessi in violazione della loro incolumità ed integrità compiuti troppo spesso dalle figure di riferimento che dovrebbero invece curarli e tute-

larli. Nel mondo, il fenomeno del maltrattamento degli anziani è una realtà sommersa e sottostimata, le vittime di abusi parlano raramente dei torti subiti e rifiutano quasi sempre di farsi aiutare, per timore di ritorsioni, di essere gli artefici di conflitti intrafamiliari o di arrecare disturbo ai propri cari. Nel rapporto sulla violenza pubblicato nel 2002 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli anziani che hanno esperito forme di maltrattamento sarebbero tra il 3 e il 10%, numeri che incutono timore se si considera che la maggior parte delle violenze non viene denunciata, e si può supporre, quindi, che la percentuale di incidenza possa essere ancora più elevata.

In Italia un bambino su 100 è vittima di maltrattamenti e abusi. In numeri assoluti, significa che quasi 100 mila bambini nel nostro paese vivono un'infanzia violata. In più della metà dei casi si tratta di femmine (52,5% contro 47,5%), il dato impressionante è emerso per la prima volta in Italia grazie al lavoro di Terre des Hommes e CISMAI, che hanno realizzato nel corso del 2012 un'indagine qualitativa e quantitativa sul maltrattamento dei bambini in Italia, la prima ad elaborare dati omogenei e a fornire una quantificazione attendibile del fenomeno, grazie al coinvolgimento dei servizi sociali dei Comuni che sono i titolari della presa in carico dei minori maltrattati

I dati di attività appena illustrati ci consentono di conoscere in modo più approfondito quanto la violenza sia causa di lesioni fisiche e psicologiche, ma con modalità d'intervento che prendono avvio nel momento in cui emerge con urgenza una richiesta di cura, quando purtroppo l'atto violento si è già consumato e dove si può intervenire sola-

mente per la "riparazione del danno".

Ma l'azione delle istituzioni non può limitarsi solo a curare o a perseguire gli autori dei reati, è necessario che si sviluppino e si connotino fortemente in ambito preventivo con tipologie di intervento diversificate rivolte alla popolazione, con interventi a sostegno dello sviluppo sociale, per superare concetti antiquati di gestione del "potere tra i sessi" che sconvolgono gli equilibri all'interno della coppia, dedicando un'attenzione particolare ai giovani, dove gli stereotipi di genere passano attraverso i luoghi educativi. Per eliminarli è necessario intervenire là dove la relazione fra generazioni (bambini-adolescenti-adulti) e fra le istituzioni (scuola e famiglia) è più stretta. Contrastare gli stereotipi è possibile attraverso percorsi di sensibilizzazione che permettano di focalizzare le differenze e i meccanismi culturali che li riproducono e li tramandano, favorendo un'attenzione alla diversità, affinché non sia vissuta come ostacolo.

Sensibilizzare alla parità bambine e bambini significa contribuire ad educare alla consapevolezza dei diritti e dei doveri, a saper scegliere liberamente il futuro, a confrontarsi e a rispettare l'altra persona. Promuovere "l'educazione ai sentimenti", modelli positivi di parità tra uomo e donna, accettare il concetto di "diversità" come una delle declinazioni di quello di "parità", consente di contrastare efficacemente azioni sessiste ed omofobiche.

Nell'affrontare le declinazioni del concetto di "educazione" è importante parlare anche della "educazione all'immagine", prendendo in considerazione i modelli che vengono trasmessi attraverso i media ed in modo particolare attraverso la televisione. Già da alcuni anni la televisione, in par-



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Anno 2012 Aziende 2-4-8-9-12			
Adulti		Minori	
Maltrattamenti	1248	Maltrattamenti	113
Abusi	44	Abusi	28
Stalking	22		
Totale	1314	Totale	141
Totale adulti e minori		1455	

Anno 2013 Aziende 2-4-5-6-8-9-11-12-Careggi-Meyer			
Adulti		Minori	
Maltrattamenti	2536	Maltrattamenti	293
Abusi	85	Abusi	59
Stalking	25		
Totale	2646	Totale	352
Totale adulti e minori		2998	



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

icolare quella pubblica, che è stata molto impegnata a partire dagli anni '60 nell'educazione della popolazione italiana, ha abdicato alla funzione formativa, informativa ed educativa svolta in passato, che ha contribuito in modo rilevante alla crescita e allo sviluppo della società italiana. Da diversi anni, anche con l'avvento della televisione commerciale, l'immagine della donna nei media si è impoverita in modo sempre più massiccio, proponendo immagini femminili nel ruolo di "ragazze-oggetto", "ragazze decorazione", donne collocate in ruoli umilianti o nella conduzione di trasmissioni frivole prive di contenuti. Avere consapevolezza di come e quanto sta cambiando la nostra società e delle cause che contribuiscono a questo cambiamento rappresenta un punto di partenza indispensabile per creare un contesto migliore per i ragazzi e le ragazze che stanno crescendo oggi.

La conoscenza della dimensione dei fenomeni, avviene attraverso l'emersione, la raccolta e lo stu-

dio dei dati. Nella nostra regione l'entità dei casi di violenza rilevati dalle strutture ospedaliere integrati da quelli dei soggetti territoriali, consentirà nei prossimi anni, con la stabilizzazione dei flussi, di studiare in modo più completo e approfondito la realtà territoriale, contribuendo a far uscire il fenomeno della violenza dalla dimensione del privato per collocarlo in una dimensione sociale pubblica e politica. Tale passaggio fondamentale richiede una forte assunzione di responsabilità da parte delle istituzioni pubbliche che devono collaborare nella messa in atto del sistema di accoglienza in cui si sviluppi la relazione tra le vittime ed i rappresentanti delle istituzioni, all'interno di un rapporto di cura e tutela dove anche la figura del medico di medicina generale svolge un ruolo determinante, per dare significato, legittimazione e visibilità alla sofferenza della vittima e che rappresenta uno dei passaggi fondamentali per interrompere il ciclo della violenza.

ANDREA FROSINI

Le opportunità della nutraceutica per la Regione Toscana verso EXPO2015

Il termine nutraceutica, nato dall'unione dei termini "nutrizione" e "farmaceutica", è stato coniato per indicare la natura a cavallo tra l'alimento ed il farmaco di alcuni prodotti agroalimentari in forza delle loro proprietà funzionali, distinguendo proprio fra nutraceutico (sostanza estratta da alimenti e dotata di qualità medicamentose o preventive) ed alimento funzionale (vero e proprio cibo dotato di proprietà benefiche, functional food).

Quello della nutrizione, di fatto, è un tema in cui la nostra Regione ha molte carte da giocare: uno dei settori portanti del sistema produttivo toscano è proprio quello della produzione di alimenti tipici di elevata qualità. L'industria del settore rappresenta ad oggi un'eccellenza riconosciuta a livello globale, primeggiando sia sul piano della qualità e della sicurezza alimentare, che su quello della salute e del benessere ad esse associati. Ma la nutraceutica può rappresentare un ulteriore valore strategico per la valorizzazione della filiera corta e del Made in Tuscany, essendo un punto d'unione tra il mondo della ricerca scientifica e quelli della trasformazione e produzione agroalimentare. Dall'incrocio fra ambiti così sinergici e complementari potranno nascere progetti di ricerca e sviluppo altamente innovativi finalizzati ad approfondire tematiche quali le proprietà salutistico-nutrizionali dei prodotti tipici e della dieta mediterranea, nuovi strumenti per il controllo dell'alimento, innova-

tivi metodi per la veicolazione di principi attivi, aumento della qualità dei prodotti e loro rapporti con paesaggio, cultura e storia. La ricerca d'eccellenza nella nostra regione è chiamata a fornire una validazione funzionale per una piena valorizzazione dei prodotti tipici agroalimentari già presenti nella dieta italiana, nonché di altri ancora non valorizzati a pieno. Le relazioni tra alimentazione e salute dell'uomo rappresentano un aspetto cardine attorno al quale possono ruotare politiche di prevenzione e cura. Un'adeguata informazione sull'elevato standard qualitativo di questi prodotti, potrà aumentarne la richiesta di mercato con una conseguente ricaduta occupazionale nel settore, oltre che a concorrere a formare una coscienza critica nei consumatori nei confronti di alimenti con un dimostrato ruolo protettivo/ preventivo per la salute.

Il comparto industriale nutraceutico in Toscana è in forte espansione, con un fatturato per il 2012 di 2 miliardi di euro, e previsioni di crescita al 5-7%. La sua complessità si esprime sia a livello di settore, sia a livello di filiera, in cui forti criticità sono tuttora rappresentate dall'assenza di linee guida sulla produzione e sulla tracciabilità, associate ad una sempre più pressante necessità di dare fondamento scientifico ad osservazioni spesso di natura prettamente esperienziale e culturale.

Da quanto discusso, emerge chiaramente come il comparto possa trarre giovamento da un

approccio integrato, derivante da una stretta collaborazione fra ricerca, imprese e amministrazione, che possa rispondere alle esigenze del comparto stesso in termini di crescita e competitività. La filosofia di ricerca è un approccio multidisciplinare (bioanalitico, biochimico, nutrizionale) finalizzato allo sviluppo di nuove strategie nutrizionali in grado di ridurre il rischio associato all'insorgenza di patologie cronico-degenerative. Più in generale, un approccio integrato ed interdisciplinare che fa leva sulle produzioni tipiche, la cultura gastronomica e la sostenibilità, costituisce un asset di estremo valore per il territorio toscano, in cui questi aspetti rappresentano eccellenze riconosciute a

livello globale.

La Regione intende raccogliere la sfida e, quindi, sviluppando programmi a sostegno di questo comparto, concorrere al duplice fine di sviluppare e rinnovare la produzione agroalimentare toscana, e di contribuire alla lotta contro tante malattie correlate alla nutrizione, con il risultato della diffusione di una maggiore consapevolezza nelle scelte alimentari di tutti noi. L'obiettivo comune è quello di sfruttare l'occasione rappresentata da EXPO 2015, che ha come tema proprio "Nutrire il pianeta, energia per la vita", per promuovere i prodotti agroalimentari toscani nell'ottica innovativa di una loro valorizzazione nutraceutica.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

DANIELA MATARRESE

La Toscana nel Rapporto SDO 2012

Il "Rapporto SDO" del Ministero della Salute descrive l'attività di ricovero degli istituti di cura, pubblici e privati, svolta nell'anno 2012 nelle Regioni e Province autonome. Le informazioni derivano dalla banca dati delle schede di dimissione ospedaliera, che nel tempo ha acquisito consistenza ed affidabilità del dato.

Il Rapporto analizza varie dimensioni dell'attività di ricovero, cioè numerosità, complessità, efficienza, appropriatezza organizzativa e clinica.

I risultati relativi all'anno 2012 evidenziano la capacità del servizio sanitario regionale di utilizzare appropriatamente la rete ospedaliera, avendo uno dei tassi di ospedalizzazione più bassi d'Italia. Questo è il risultato congiunto delle politiche di deospedalizzazione e del potenziamento della rete territoriale che, anche grazie agli ottimi risultati della rete dell'emergenza-urgenza, permettono di usare l'ospedale effettivamente per i pazienti acuti e complessi.

Per ciò che attiene alla complessità della casistica trattata e alla degenza media standardizzata, la Toscana presenta il più alto Indice di Case-Mix, a conferma di come i pazienti ricoverati siano più complessi rispetto a tutte le altre regioni, e il migliore indice comparativo di performance, essendo la regione più efficiente nel dimettere i pazienti con le stesse patologie.

Dunque, la rete ospedaliera toscana si caratterizza per essere snella, ricoverare i pazienti più complessi e trattarli nel minor tempo possibile.

La Toscana ha inoltre elevati standard di appropriatezza organizzativa, poiché sono bassi sia la percentuale di ricoveri medici brevi (0-1 giorno), con pazienti presi in carico in altri setting assistenziali (day-hospital o attività ambulatoriali), sia il numero dei ricoveri oltre soglia, cioè eccessivamente lunghi, nei pazienti anziani, che vengono più opportunamente assistiti nelle strutture terri-

toriali o al proprio domicilio; inoltre, il 75% dei pazienti che si ricoverano in reparti chirurgici in Toscana vengono operati, a dimostrazione di un ottimo utilizzo della risorsa posto letto.

In relazione all'appropriatezza clinica, si sottolinea la bassa percentuale di parti cesarei, il 26% rispetto al 36,5% nazionale, a garanzia di un corretto percorso della gravidanza fisiologica che esita in parto naturale, l'alta percentuale di colecistectomia laparoscopica e il tasso di ospedalizzazione per isterectomia molto più basso della media nazionale.

Il lavoro svolto dai medici di famiglia e l'attivazione sempre più ampia del programma sanità d'iniziativa da parte della componente territoriale, nonché la creazione e l'ampliamento delle strutture territoriali, case della salute e cure intermedie, ha permesso di ridurre le ospedalizzazioni delle patologie croniche. Infatti i tassi di ospedalizzazione di diabete non controllato, asma nell'adulto e insufficienza cardiaca sono sensibilmente più bassi della media nazionale.

L'analisi del Rapporto SDO si inserisce in un quadro più generale che dimostra gli ottimi risultati della rete ospedaliera toscana anche per ciò che concerne gli esiti delle cure: attraverso la lettura degli indicatori del Programma Nazionale Esiti si dimostra come la Toscana abbia la più alta percentuale di indicatori significativamente migliori rispetto alla media nazionale.

Buoni esiti, elevata appropriatezza, ottima efficienza e ampia garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza caratterizzano il nostro Servizio Sanitario Regionale, che è garanzia di qualità ed equità. Le prossime sfide saranno rappresentate dall'implementazione delle reti cliniche e dalla spinta all'integrazione tra le reti dell'emergenza-urgenza, territoriale e ospedaliera.

Resp. Settore
Programmazione e
Organizzazione delle cure
- Regione Toscana



Maria Gloria Marinari,
Dirigente Medico
Azienda USL 6 di Livorno,
specialista in Igiene e
Medicina Preventiva.
Responsabile Unità
Funzionale Igiene e
Sanità Pubblica Livorno

MARIA GLORIA MARINARI, CRISTINA PRANDELLI*

Lotta alla zanzara tigre

L'esperienza nell'azienda Us1 6 di Livorno

I progetti sono stati realizzati nell'anno 2012 nell'ambito della convenzione "Attività di monitoraggio in campo igienico-ambientale" stipulata fra Azienda USL 6, Comune di Livorno e Provincia di Livorno con il coinvolgimento del Museo di Storia Naturale del Mediterraneo. Gli obiettivi sono stati quelli di verificare in modo sistematico il livello di infestazione da zanzara tigre nel territorio del Comune di Livorno, mediante monitoraggio, e di intraprendere un percorso di sensibilizzazione della cittadinanza, attraverso lo svolgimento di un percorso didattico-pratico rivolto ai bambini di alcune scuole primarie cittadine.

Materiali e metodi

Monitoraggio

Il monitoraggio della zanzara tigre è stato svolto mediante la collocazione nell'intero territorio del Comune di Livorno, di vasetti di colore nero da circa 800 ml contenenti acqua e corredati al loro interno di un substrato di deposizione (listella) per la raccolta delle uova di zanzara tigre (Figura 1), denominati ovitrappole, costruite in buona parte con materiale riciclato. Complessivamente le ovitrappole installate sono state n° 72, delle quali n° 45 (verdi) controllate da Tecnici di Prevenzione dell'U.F. Igiene e Sanità Pubblica di Livorno, n° 5 (celesti) date in autogestione a volontari e n° 22 (gialle) gestite dalla ditta aggiudicataria del contratto di appalto per il servizio di disinfestazione dell'AUSL 6. Considerata la maggiore estensione della città lungo la costa che non al suo interno, si è cercato di giungere

ad una distribuzione omogenea delle ovitrappole, privilegiando, nella scelta dei siti, zone ad alta densità abitativa, non direttamente sul mare e ricche di vegetazione (parchi, giardini, ecc). Sono state comunque collocate ovitrappole anche presso frazioni abitate del Comune, quali Quercianella, Montenero e Valle Benedetta (Figura 2). Il monitoraggio si è svolto dal 19/04 al 19/10, articolato in n° 13 turni di prelievo delle listelle e manutenzione delle ovitrappole, distanziati di 15 giorni. Le listelle sono state lette allo stereomicroscopio per il conteggio delle uova di *Aedes Albopictus* da entomologi del Museo di Storia Naturale del Mediterraneo di Livorno. Nello stesso periodo, il Dipartimento ARPAT di Livorno ha provveduto alla raccolta dei dati meteo-climatici, poi gentilmente forniti.

Informazione

Il progetto, svoltosi da maggio 2012 a giugno 2013, ha coinvolto circa 100 bambini delle classi IV e V di alcune scuole primarie cittadine. Le attività proposte sono state articolate in vari incontri, nel corso dei quali i bambini sono stati edotti sulle caratteristiche e sulle abitudini della zanzara tigre, sui possibili rischi sanitari per l'uomo di trasmissione di malattie e sulle modalità di prevenzione da attuare per limitarne la diffusione. A livello pratico, sono stati visionati esemplari di zanzare allo stereomicroscopio ed è stato loro insegnato a costruire le ovitrappole. Inoltre, a partire dalla primavera di quest'anno, in occasione dell'inizio dell'infestazione, i bambini hanno installato le proprie ovitrappole,



Figura 1



Figura 2

* Tecnico di Prevenzione - Livorno (LI)

presso il giardino della scuola o direttamente presso i giardini delle loro abitazioni.

Risultati Monitoraggio

I risultati ottenuti nel corso del monitoraggio dell'anno 2012, hanno evidenziato un livello di infestazione non particolarmente elevato, con una media di uova deposte per sito nell'intero periodo di 85,5 e con un picco massimo di deposizione media di 141,8, registrato nel periodo dal 28 giugno al 12 luglio.

Confrontando il risultato ottenuto con il sistema di determinazione del rischio epidemico da chikungunya e dengue correlato al numero medio di uova deposte, attuato in Emilia-Romagna, **possiamo affermare che, nell'anno 2012, tale rischio nel territorio comunale è stato limitato** (Figura 3).

Questo risultato, si ritiene che sia stato condizionato da:

- un inverno caratterizzato da temperature rigide, che hanno ridotto le uova diapausanti;
- una potatura straordinaria di parchi e giardini pubblici e privati, a causa delle precipitazioni nevose;
- un'estate particolarmente arida, che ha contribuito nel mese di luglio alla diminuzione del numero di siti di deposizione naturali (tombarini stradali, ecc).

A partire poi dalla metà di agosto, si è riscontrata una crescita dell'infestazione, supportata da eventi piovosi e da temperature superiori alla media stagionale registrate nel mese di ottobre, a testimonianza della diretta correlazione fra la deposizione delle uova e la temperatura dell'aria (Figura 4).

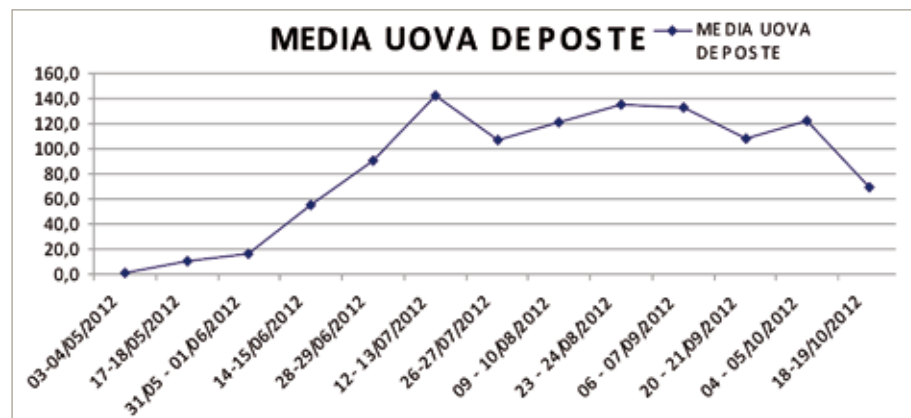


Figura 3

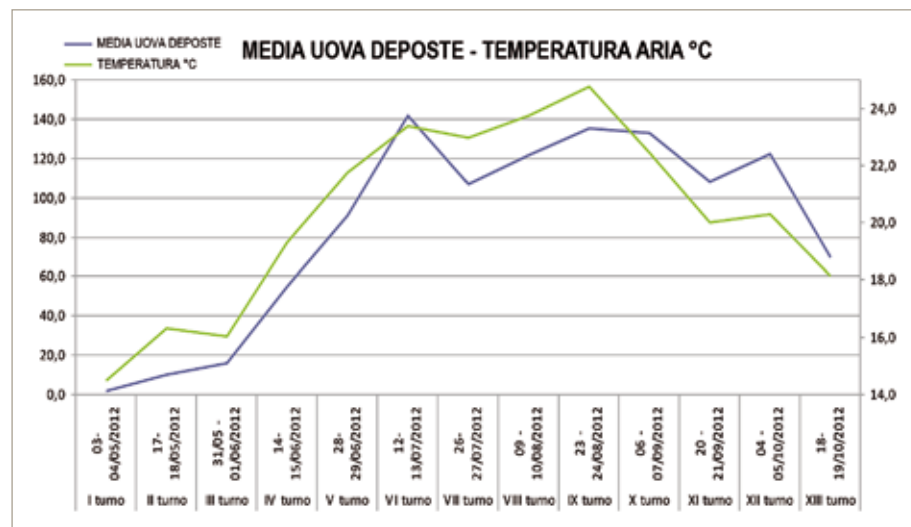


Figura 4

Informazione

Sulla base delle nozioni acquisite, i bambini hanno elaborato un opuscolo, denominato "Chi è questo insetto?" nel quale, le abitudini dell'insetto vengono descritte anche mediante disegni e poesie. Infine, durante la giornata conclusiva del progetto, è avvenuta la visione al microscopio delle uova raccolte nelle ovitrappe-

le dei bambini e la presentazione e consegna dell'opuscolo alle scuole partecipanti (Figura 5).

Conclusioni

Le attività di monitoraggio e di informazione svolte, hanno rappresentato i punti di sviluppo di un sistema di prevenzione territoriale da malattie di origine tropicale (chikungunya, dengue,



Figura 5

ecc), potenzialmente veicolate dalla zanzara tigre, articolato in varie iniziative, quali disinfestazione larvicida delle caditoie, sopralluoghi

porta-a-porta, questionario on-line rivolto alla cittadinanza, e proseguito e integrato nell'anno in corso, da cattura e riconoscimento di specie adulte di zanzare e verifica dell'efficacia dei trattamenti larvicidi. Nel complesso, questo sistema sta contribuendo ad aumentare la sensibilizzazione della cittadinanza verso i rischi sanitari legati alla presenza della zanzara tigre, supportato, sin dal prossimo anno, da un potenziamento dell'attività di informazione diretta ai bambini e non solo, riconosciuti come i veri precursori nella società di nuovi stili di comportamento corretto, nella piena consapevolezza che il problema può essere arginato solo attraverso la collaborazione da parte di tutti.

TM

Info: m.marinari@usl6.toscana.it



Valentina Pontello, medico chirurgo, Spec. in Ginecologia ed Ostetricia, Ecografista di secondo livello accreditata da Royal College of Obstetricians and Gynaecologists e Fetal Medicine Foundation. Nel 2012 Master in Medicina Naturale ad indirizzo Fitoterapia. Iscritta al secondo anno del Corso di formazione in *Counseling* centrato sulla persona.

VALENTINA VIOLANTE PONTELLO, MARIANGELA BUCCI¹

Il counseling come strumento di promozione della salute

La parola **counseling** è di origine anglosassone, e letteralmente significa "consulenza". Nell'accezione che è stata trasmessa a noi in Italia, il *counseling* non altrimenti specificato è quello relativo all'ambito psicologico.

L'introduzione di questa metodica ha acceso diversi dibattiti tra gli addetti ai lavori, e solo recentemente la legge ha chiarito ufficialmente le rispettive **aree di intervento di counseling e psicoterapia (legge 4/2013)**. È stato stabilito, infatti, che il *counselor* non dovrebbe superare le 10 sedute per ogni cliente, per non diventare una forma di psicoterapia (che configurerebbe un abuso di professione).

La *differenza fondamentale tra counseling e psicoterapia* è che la prima si occupa di una problematica specifica di un momento circoscritto della vita del cliente (nel "qui e ora"), analizzandola in profondità, mentre la seconda abbraccia vari aspetti della personalità, per arrivare ad una ridefinizione di un sé più consapevole e funzionale. Entrambe hanno come finalità promuovere il benessere della persona.

Ricordiamo la **definizione di salute** secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1948): "la salute è uno stato di completo

benessere fisico, psichico e sociale, e non solo l'assenza di malattia".

La **prevenzione** può essere concretizzata a diversi livelli: il *counseling* agisce principalmente tramite la prevenzione primaria, ma ha anche un ruolo nella prevenzione secondaria e terziaria, attraverso la raccolta di un disagio, che se sfocia nella patologia può essere indirizzato allo specialista di riferimento.

La parola *counseling* viene utilizzata nel contesto psicologico per la prima volta nel 1908 da Frank Parsons, e poi ripresa nel 1951 da Carl Rogers, uno psicologo americano, che fonda una corrente detta dell'approccio centrato sulla persona.

L'**approccio centrato sulla persona**, per i tempi in cui viene proposto, è *rivoluzionario*: esso mette sullo stesso piano il *counselor* ed il cliente. Fino ad allora il terapeuta era ritenuto l'esperto, ed il cliente un soggetto fragile, debole, e bisognoso di aiuto. Rogers per la prima volta afferma che il cliente ha in sé le potenzialità e le risorse per risolvere il suo problema, ed il compito del terapeuta è quello di facilitare l'emergere di tali risorse. Il terapeuta agisce come specchio, che rimandando le emozioni

¹ Psicologa e Psicoterapeuta, Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona, Firenze

del cliente, ne favorisce l'introspezione ed il contatto con i sentimenti più profondi. L'emergere di tali sentimenti mette in grado il soggetto di attingere alle sue risorse più forti e vitali, e lo aiuta a trovare la sua soluzione al problema, senza che essa venga imposta dall'alto. Il cliente, in questo modo, realizza la sua **tendenza attualizzante**, cioè diventa ciò che è destinato per sua natura ad essere, al di fuori di ogni condizionamento esterno.

Secondo Rogers, il terapeuta non deve appropiarsi il cliente ripetendo meccanicamente un metodo e delle regole. Il terapeuta mette sé stesso ed il suo essere come strumento a disposizione del cliente, e porta nella relazione di aiuto tre **condizioni fondamentali**. Queste condizioni sono rappresentate da: accettazione positiva ed incondizionata, empatia e congruenza. Esse rappresentano l'humus in cui il seme, già presente nel cliente, può germogliare.

L'accettazione positiva ed incondizionata consiste nel fatto che il terapeuta mostra di accettare quello che il cliente gli porta, ed esclude qualsiasi tipo di giudizio, sia in senso positivo che in senso negativo. Nel momento in cui il terapeuta accetta quello che gli porta il cliente, anche il cliente sarà in grado di accettare sé stesso, e questo è il primo passo verso una maggiore consapevolezza del proprio mondo interiore.

L'empatia è quella condizione in cui il terapeuta si sente insieme e dentro ai sentimenti del cliente (come richiama l'etimologia, *en pathos*), riesce a vedere il mondo come egli lo vede, ne capisce la cornice di riferimento, e gli rimanda quello che ha visto e sentito ad un livello ancora più profondo, favorendo così la sua introspezione.

- Il livello 0 è un responso che *non mostra segni di comprensione* per i sentimenti del cliente. Può essere un commento irrilevante o ir-

nico, un giudizio sul cliente o su persone a lui vicine, o un consiglio.

- Il livello 1 corrisponde ad una *comprensione parziale*, che rimane in superficie, perdendo qualcosa dell'esperienza che viene riportata. Può essere espresso con un "come ti capisco" oppure "questo deve essere molto duro per te", che assomiglia più alla simpatia, che non alla vera empatia.

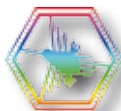
- Il livello 2 consiste nell'*empatia accurata*, l'ascoltatore mostra comprensione e accettazione delle emozioni del parlatore.

- Il livello 3 si raggiunge quando si riesce a sondare con una *riflessione del profondo*, che fa emergere sentimenti sottostanti, anche al di là del livello di consapevolezza immediata del cliente (*insight*).

In questo percorso di condivisione l'ascoltatore è attraversato dai sentimenti del parlatore, ma sa distinguerli dai propri, anche quando toccano temi sensibili per il terapeuta. Qui entra in gioco la **congruenza**: l'ascoltatore è sé stesso in modo reale, e non vuole sostituirsi al cliente. Non gli proietta sentimenti che non appartengono al mondo interiore del cliente, ma che sono i propri. Se questo avvenisse, ci sarebbe una perdita di congruenza, che comporta necessariamente anche la perdita dell'empatia. Una possibile causa può essere il fatto che il terapeuta porti in sé questioni irrisolte, e non sia in contatto con il proprio mondo interiore. Altre situazioni in cui può verificarsi un blocco di empatia è quando il terapeuta ha delle teorie preconette (cioè dei costrutti) sul comportamento umano, o dei veri e propri pregiudizi, o ancora se porta i suoi bisogni e le sue paure nella relazione di aiuto.

TM

Info: valepontello@gmail.com



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

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

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

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

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789
www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it



Andrea Martini, laureato in statistica, lavora presso la SC Epidemiologia Ambientale-Occupazionale dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) di Firenze. In particolare da anni si occupa della gestione ed elaborazione dei dati del Registro di Mortalità Regionale toscano.

ANDREA MARTINI, GIUSEPPE GORINI¹, ANTONINO SALA²,
LUCIA GIOVANNETTI¹, ELISABETTA CHELLINI¹

La mortalità evitabile in Toscana dal 1987 al 2010

La mortalità evitabile è un indicatore basato su una selezione di cause di morte che potrebbero essere attivamente contrastate dal sistema sanitario in conseguenza della disponibilità di interventi diagnostico-terapeutici o di prevenzione primaria con evidenza sufficiente a prevenire il decesso. Le cause di morte sono considerate infatti evitabili quando il rischio di morte per quelle cause può essere ridotto, se non annullato, dal buon funzionamento dei servizi.

Lo sviluppo del concetto di mortalità evitabile trae origine dall'idea di "evento sentinella" elaborato per la prima volta da Rutstein nel 1976 come metodologia per valutare la qualità delle attività sanitarie.

Utilizzando i dati del Registro di Mortalità Regionale (RMR) toscano abbiamo calcolato per i trienni 1987-89 e 2008-10 la mortalità evitabile in Toscana e valutato l'impatto che essa ha avuto sui cambiamenti della speranza di vita alla nascita nei due periodi. È stata usata una lista di cause suddivise in decessi contrastabili con interventi di prevenzione primaria e decessi contrastabili con interventi del sistema sanitario.

Rispetto al 1987-89, la speranza di vita alla nascita nel 2008-10 mostra un guadagno di 5,7 anni negli uomini e 3,9 nelle donne (nel 2010 risulta per la prima volta superiore agli 80 anni negli uomini: 80,4 negli uomini e 84,9 nelle donne). La mortalità evitabile diminuisce negli uomini dal 25,3% della mortalità totale nel 1987-89 al 15,3% nel 2008-10; nelle donne dal 14,3% a 8,2%. Se fossero stati attuati interventi di prevenzione per queste cause, la speranza di vita alla nascita sareb-

be ulteriormente aumentata di 2 anni negli uomini e di 1,5 nelle donne. Le cause violente e il tumore del polmone rappresentano le cause per interventi di prevenzione primaria prevalenti. L'unica causa di mortalità evitabile in aumento è il tumore del polmone nelle donne. Scomponendo per gruppi di cause l'aumento di speranza di vita alla nascita tra il 1987-89 ed il 2008-2010, il 25% è attribuibile a interventi del sistema sanitario in media nei due sessi, il 3,5% nelle donne e il 17% negli uomini a interventi di prevenzione primaria. Complessivamente la mortalità evitabile si è ridotta di circa il 40% dal 1987-89 al 2008-2010 in Toscana. Nel 2008-10 un terzo dell'aumento di speranza di vita alla nascita nelle donne e 2/5 negli uomini è attribuibile a diminuzione di mortalità evitabile, mentre 2/3 nelle donne e 3/5 negli uomini all'aumentata sopravvivenza negli anziani.

Una più attenta prevenzione primaria potrebbe permettere un ulteriore calo della mortalità per alcune cause evitabili come gli incidenti stradali (traumatismi ed avvelenamenti), ancora oggi prima causa di morte in età giovane-adulta, e il tumore del polmone, in particolare nelle donne. Tale tipologia di prevenzione rappresenta probabilmente il punto più alto nell'impegno delle strategie di sanità pubblica, ma anche il più complesso da raggiungere perché prevede di modificare stabilmente abitudini e stili di vita da un lato, o aspetti più propriamente strutturali del territorio dall'altro.

TM

Info: a.martini@ispo.toscana.it

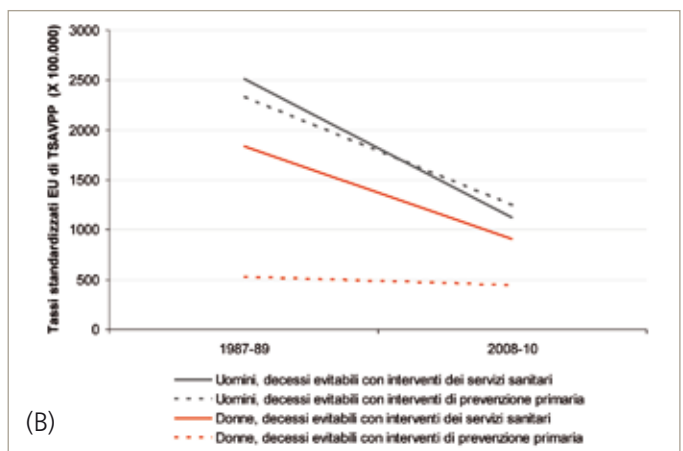
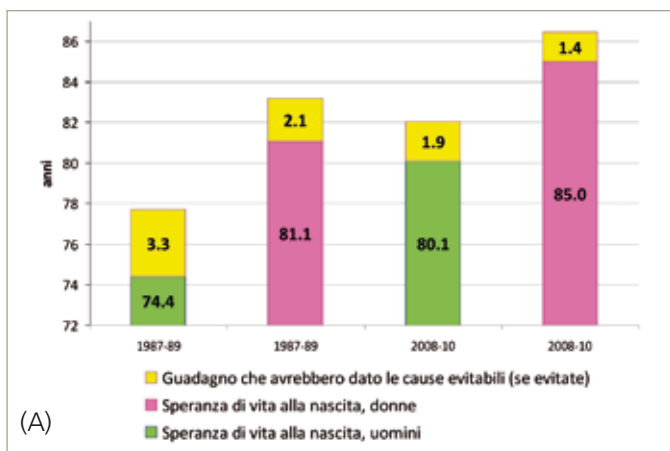


Figura 1 - (A) Speranza di vita alla nascita per sesso e guadagno in anni di vita se la mortalità per cause evitabili non si fosse verificata. (B) Tassi standardizzati di anni di vita potenziali persi (standard: popolazione europea) per sesso e per gruppi di cause evitabili (con interventi dei servizi sanitari, con interventi di prevenzione primaria).

SALVATORE SEMINARA, SILVIA MIRRI¹, GIULIA ANZILOTTI¹, LAURA CAPIRCHIO¹, FRANCO RICCI¹, PERLA SCALINI¹, CAMILLA MENCHINI¹, STEFANO STAGI¹, MARIA PARPAGNOLI¹, IVANA PELA¹

Utilità del retesting dopo interruzione della terapia sostitutiva nei soggetti con deficit di GH



Salvatore Seminara, professore Associato dell'Univ. di FI. Coordinatore del Corso Integrato di Pediatria Gen. e Specialistica della Facoltà di Med. e Chir. dell'Univ. di FI. Direttore della Scuola di Spec. in Pediatria dell'Univ. di FI. Resp. della SOD di Auxoendocrinologia dell'AOU Meyer.

Introduzione

È opportuno sottoporre i soggetti con deficit di ormone della crescita (growth hormone, GH) esordito in età evolutiva a retesting endocrinologico dopo alcuni mesi dall'interruzione della terapia sostitutiva con GH ricombinante, solitamente nella tarda adolescenza o in età giovane adulta. Il test permette di identificare i soggetti in cui persiste il deficit di GH e che potrebbero beneficiare di una prosecuzione della terapia anche in età adulta con lo scopo di migliorare la qualità di vita ed evitare l'incremento di colesterolo circolante con riduzione del rischio cardiovascolare associato. A tale fine abbiamo valutato la secrezione somatotropinica in pazienti con deficit idiopatico isolato di GH (GHD) dopo terapia tramite retesting endocrinologico.

Materiali e metodi

Sono stati presi in esame 26 pazienti (5 femmine e 21 maschi) con una diagnosi di GHD. La diagnosi è stata fatta applicando i criteri auxologici e laboratoristici descritti dalla nota AIFA 39 che autorizza la prescrizione dell'ormone somatotropo.

In 19 pazienti è stata riscontrata la presenza di un GHD parziale (valori di picco tra 5 $\mu\text{g/L}$ e 10 $\mu\text{g/L}$ dopo entrambi i test) e in 7 di un GHD totale (valori di picco dopo entrambi i test < 5 $\mu\text{g/L}$). Al momento della diagnosi 19 soggetti erano prepuberi e 7 avevano già iniziato lo sviluppo puberale.

Dopo la diagnosi tutti i 26 pazienti hanno effettuato la terapia con hrGH alla dose di 0,20-0,24 mg/kg/settimana. Il trattamento è stato interrotto quando la velocità di crescita staturale annua (VCS) era inferiore ai 2 cm o quando è stata raggiunta una maturità ossea quasi completa. In tutti i pazienti dopo almeno 3 mesi dalla sospensione della terapia (con un'età compresa tra i 14 e i 19 anni) è stato effettuato il retesting endocrinologico: in 18 pazienti con

arginina+GHRH, in 4 con insulina, in 2 con clonidina e in 2 con arginina.

In tutti i 26 pazienti sono state valutate l'età cronologica, l'età ossea, l'altezza e il peso all'inizio e alla fine della terapia. Sia l'altezza che la crescita staturale annua sono state espresse in unità di deviazione standard (SDS) sulla base dei più recenti percentili Italiani. Il target genetico è stato calcolato con la formula: (altezza materna + altezza paterna)/2 + 6.5 cm per i maschi e -6.5 cm per le femmine). L'età ossea è stata valutata in tutti i pazienti su una radiografia della mano sinistra con il metodo di Greulich e Pyle.

I dati sono stati espressi come media e deviazione standard (SD); l'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il test t di Student per dati non appaiati o il test del χ^2 corretto secondo Yates. Sono stati considerati statisticamente significativi i valori di $P < 0.05$.

Risultati

L'età cronologica media dei 26 pazienti all'inizio della terapia era di 9.27 ± 2.95 anni e quella alla fine di 16.64 ± 1.29 anni; la durata media del trattamento è stata di 7.36 ± 3.06 anni. L'età ossea alla diagnosi mostrava un ritardo medio di 1.86 ± 0.83 anni. Il retesting endocrinologico ha evidenziato una normale secrezione somatotropinica in 23 pazienti (88.5%).

Dei 7 pazienti con deficit idiopatico isolato di ormone della crescita (GHD) totale uno ha mostrato un picco deficitario di ormone della crescita e 6 un picco normale. Dei 19 pazienti con GHD parziale, 2 avevano un picco anormale e 17 un picco nella norma. Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quanto riguarda la risposta normale e quella patologica al retesting ($P = 0.67$, Tabella 1). L'altezza iniziale di tutti i soggetti era in media alle -2.34 ± 0.66 DS, mentre l'altezza finale era alle -0.91 ± 0.77 DS, con una differenza statisticamente significativa ($P = 0.0004$).

¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze SOD di Auxoendocrinologia, AOU Meyer Firenze

Tabella 1 - Frequenza della risposta normale e deficitaria del GH al retesting nei soggetti con GHD totale o parziale.

$X^2=0,18$ - $P=0,67$	GHD Totale	GHD Parziale	Tot.
Risposta normale	6	17	23
Risposta deficitaria	1	2	3
Tot.	7	19	26

Nonostante in tutti i soggetti sia stata ottenuta una buona crescita staturale annua, pari a 2.83 ± 2.80 DS in media durante il primo anno di terapia, alla fine del trattamento 3 non hanno raggiunto il bersaglio genetico.

L'unica differenza che è stata osservata tra i 2 sessi riguardava l'età cronologica all'inizio e alla fine della terapia; quest'ultima era, infatti, superiore nei maschi (16.89 ± 1.27 anni) rispetto alle femmine (15.63 ± 0.78 anni), $P=0.04$ (Tabella 2); si ritiene che ciò sia dovuto al fatto che tipicamente nelle femmine lo sviluppo puberale, iniziando prima rispetto a quanto accade nei maschi, si completi ad un'età inferiore.

Per quanto riguarda i dati auxologici prima dell'inizio, durante il primo anno e alla fine della terapia, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i soggetti con deficit ideopatico isolato di ormone della crescita totale e quelli con deficit ideopatico isolato di ormone della crescita parziale (Tabella 3).

Infine abbiamo messo a confronto i dati dei soggetti in cui il retesting ha evidenziato una risposta ancora deficitaria e di quelli con risposta

normale prima dell'inizio, durante il primo anno e alla fine della terapia. Dall'analisi statistica non è emersa nessuna differenza significativa tra questi due gruppi per quanto riguarda l'età cronologica, la crescita staturale annua durante il primo anno di terapia, la durata del trattamento, la statura iniziale e finale, e l'accrescimento staturale totale. Le uniche differenze osservate riguardavano il ritardo dell'età ossea all'inizio della terapia, che era maggiore nei soggetti in cui il retesting ha evidenziato una risposta normale (con una media di -1.96 ± 0.77 anni) che in quelli con risposta deficitaria (con una media di -0.96 ± 0.74 anni), $P=0.04$ (Tabella 4).

Discussione e conclusioni

Un retesting normale nella maggior parte dei pazienti trattati per deficit ideopatico isolato di ormone della crescita potrebbe indicare la presenza di un deficit transitorio di ormone somatotropo. È difficile però credere, sulla base dei nostri dati e di quelli presenti in letteratura, che una così alta percentuale di soggetti presenti GHD transitorio. Questa situazione non può

Tabella 2 - Confronto tra i dati auxologici nei maschi e nelle femmine prima dell'inizio della terapia, dopo un anno di terapia e alla fine della terapia. I dati sono espressi come medie (SD).

EO = età ossea ; EC = età cronologica.

	Maschi (n=21)	Femmine (n=5)	P
EC all'inizio della terapia (anni)	9.05 ± 2.97	10.23 ± 2.96	0.43
EO-EC all'inizio della terapia (anni)	-1.76 ± 0.86	-2.29 ± 0.57	0.21
Durata della terapia (anni)	7.84 ± 3.08	5.39 ± 2.29	0.11
Età cronologica alla fine della terapia (anni)	16.89 ± 1.27	15.63 ± 0.78	0.04
Velocità di crescita nel primo anno (SDS)	2.80 ± 2.82	2.95 ± 3.05	0.92
Crescita staturale (SDS)	1.37 ± 0.87	1.69 ± 0.93	0.46
Statura iniziale (SDS)	-2.35 ± 0.66	-2.31 ± 0.71	0.91
Statura finale (SDS)	-0.98 ± 0.80	-0.62 ± 0.62	0.35

Tabella 3 - Confronto tra i dati auxologici nei soggetti con GHD totale e quelli con GHD parziale prima dell'inizio della terapia, dopo un anno di terapia e alla fine della terapia. I dati sono espressi come medie (SD).

EO = età ossea ; EC = età cronologica.

	GHD totali (n=7)	GHD parziali (n=19)	P
EC all'inizio della terapia (anni)	8.04 ± 2.50	9.73 ± 3.02	0.20
EO-EC all'inizio della terapia (anni)	-2.04 ± 0.94	-1.79 ± 0.80	0.50
Durata della terapia (anni)	8.43 ± 2.55	6.98 ± 3.20	0.29
Velocità di crescita nel primo anno (SDS)	2.38 ± 2.88	2.99 ± 2.87	0.63
Crescita staturale (SDS)	1.42 ± 1.20	1.44 ± 0.76	0.96
Statura iniziale (SDS)	-2.47 ± 0.67	-2.29 ± 0.66	0.55
Statura finale (SDS)	-1.06 ± 0.80	-0.86 ± 0.77	0.57

Tabella 4 - Confronto tra i dati auxologici nei soggetti con risposta normale al retesting endocrinologico e quelli con risposta deficitaria prima dell'inizio della terapia, dopo un anno di terapia e alla fine della terapia. I dati sono espressi come medie (SD). EO = età ossea ; EC = età cronologica.

	Risposta normale (n=23)	Risposta deficitaria (n=3)	P
EC all'inizio della terapia (anni)	9.17±3,03	10.1±2,48	0.62
EO-EC all'inizio della terapia (anni)	-1.96±0.77	-0.96±0.74	0.04
Durata della terapia (anni)	7.32±3.01	7.74±4.16	0.83
Velocità di crescita nel primo anno (SDS)	3.09±2.85	0.75±1.42	0.17
Crescita staturale (SDS)	1.49±0.89	0.95±0.57	0.32
Statura iniziale (SDS)	-2.34±0.68	-2.33±0.58	0.99
Statura finale (SDS)	-0.85±0.72	-1.33±1.13	0.26

essere identificata alla diagnosi, ma ripetendo il test durante la terapia. Per quanto riguarda la tempistica della ripetizione, i dati in letteratura evidenziano che non sia utile dopo un anno, ma potrebbe esserlo negli anni successivi. Dal nostro studio risulta che non è possibile individuare alcun criterio auxologico per identificare alla diagnosi uno stato di deficit transitorio e questo rende ancora più cogente la ripetizione precoce del test. D'altra parte non si può escludere che la diagnosi endocrinologica iniziale sia stata errata a causa della non alta accuratezza dei test

disponibili. Anche in tale evenienza un retesting in corso di terapia può aiutare a rivelare questi casi. È quindi consigliabile dopo 2 anni di terapia ripetere lo studio della funzionalità somatotropica: in caso di normalizzazione della secrezione di ormone della crescita è necessario considerare la possibilità di interrompere la terapia e seguire il paziente con uno stretto follow up auxologico per riprendere il trattamento sostitutivo se la curva di crescita dovesse risultare inadeguata. **TM**

Info: salvatore.seminara@unifi.it

ANTONINO SIDOTI

Pressione arteriosa normale, alta e preipertensione in età giovanile in Toscana

Il BMI? Non il solo colpevole



Antonino Sidoti, laureato a Pisa, ha lavorato come nefrologo dal 1990 in Lombardia e Liguria, dal marzo 2000 è responsabile della Sezione di Nefrologia dell' Ospedale Alta val D'Elsa della Asl 7 Siena. Interessi scientifici e pubblicazioni su depurazione, equilibrio acido-base, sensoristica, cinetica del sodio in dialisi, malattia ossea connessa all'uremia, vasculiti sistemiche, indicazioni alla biopsia renale.

L'ipertensione è uno dei fattori chiave per lo sviluppo della malattia cardiovascolare. Esiste una relazione dose-dipendente tra livelli di pressione arteriosa (PA) e rischio cardiovascolare a partire già da 115/80 mmHg e il trattamento dell'ipertensione porta ad una sostanziale riduzione della malattia cardiovascolare.

La prevalenza dell'ipertensione è strettamente legata all'età ma può essere presente già in epoca giovanile. Valori di pressione arteriosa sopra l'ottimale in giovani adulti identifica i soggetti più suscettibili allo sviluppo di ipertensione, vasculopatia progressiva e calcificazioni coronariche 20 anni dopo.

Con il coordinamento del Consiglio Sanitario regionale, negli anni 2010-2012 alcune Nefrologie del Servizio Sanitario Regionale hanno condotto un'indagine di prevalenza dell'ipertensione in età giovanile in Toscana – età 18-21 -. Non esistono dati epidemiologici italiani relativi a questa età di passaggio alla vita adulta, mentre è noto che nell'età pediatrica l'ipertensione legata a fattori metabolici come il peso e la circonferenza addominale ha una prevalenza di circa il 5%.

Hanno partecipato all'indagine 3000 studenti dell'ultimo anno delle scuole superiori di Firenze, Livorno, Lucca, Grosseto, Poggibonsi

Per conto del Gruppo di Studio sull'ipertensione Giovanile (Alberto Rosati, Paolo Conti, Santi Nigrelli, Raffaele Caprioli, Roberto Bigazzi, Luigi Tonelli)

PA sistolica	Ottimale	Normale	Normale-Alta	Ipert. sistol.	Ipertensione
*Uricemia mg/dl	3.9±0,8	4.6±1	4.9±0.9	5.4±0.1	6.1
**Na Urine mEq / 24 h	123±29	136±27	142±32	151±37	192

Trend test * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$.

(Siena). Inaspettatamente è stata rilevata una bassa incidenza di obesità (1.7%) e di sovrappeso (11.7%) contro una media per il centro Italia rispettivamente del 2.5% e del 16.7% (fonte OCSE: 2010), con una prevalenza di ipertensione dello 0.7%.

Altrettanto inatteso è stato il riscontro di un'alta prevalenza di pressione arteriosa normale-alta (22.6%) e di preipertensione (54.3%), definizione che accomuna la pressione arteriosa normale-alta e la pressione arteriosa normale (31.7% nel campione toscano). La preipertensione non indica un percorso obbligato verso l'ipertensione vera e propria ma è noto dallo studio Framingham⁵ che i soggetti con la pressione arteriosa sopra quella ottimale, ovvero maggiore di 120/80, hanno un rischio molto più elevato di sviluppare l'ipertensione negli anni successivi (da 3,32 a 7,96 volte di più in quelli con pressione arteriosa normale e in quelli con pressione arteriosa normale-alta).

Per l'indagine sono stati usati apparecchi oscillometrici uguali per tutte le Nefrologie, con doppia misurazione ripetuta se la pressione arteriosa era sopra l'ottimale.

I risultati indicano un trend statisticamente significativo di aumento della pressione arteriosa all'aumentare del BMI, ma che resta quasi sempre all'interno dei valori normali. L'associazione tra pressione arteriosa normale alta e sovrappeso (17.6%) e normopeso (16.6%) è simile. La variabilità della pressione arteriosa spiegata dal BMI è di circa il 10% nella classe ottimale e nella classe normale, mentre nella classe di pressione arteriosa normale alta ovvero quella subito al di sotto dell'ipertensione non c'è correlazione tra valori di pressione arteriosa sistolica e massa corporea (occorre ricordare, però, che il campione esaminato aveva un basso livello di sovrappeso e di obesità). Pertanto si ritiene che altri fattori siano responsabili della variare della pressione arteriosa nella classe subito al di sotto dell'ipertensione.

Abbiamo già raccolto dati preliminari riguardanti l'uricemia, che ha rivelato un coefficiente di correlazione maggiore di 0.6 con la pressione arteriosa sistolica ($p < .0001$) e come la sodiuria (coefficiente di correlazione con la pressione arteriosa sistolica di 0.21) aumenta

all'aumentare della categoria della pressione arteriosa (vedi Tabella). È noto come valori più elevati di uricemia anche all'interno dell'intervallo di normalità siano predittivi dello sviluppo successivo dell'ipertensione. La riduzione dell'acido urico con allopurinolo o probenecid normalizza la pressione arteriosa in età pediatrica in ipertesi e preipertesi, con funzione renale normale, senza utilizzo di terapia antiipertensiva.

Per questi motivi è utile esplorare in questa direzione per ricercare il mix di *lifestyle determinants* correggibili senza terapia farmacologica che possono influenzare i livelli di pressione arteriosa. Occorre poi valutare più attentamente tramite questionario la familiarità per l'ipertensione, l'attività fisica, le abitudini rispetto a fumo, alcool e dieta.

Proseguire la ricerca epidemiologica in questo campo può permettere di incontrare nuovamente altri studenti a scuola con lezioni e discussioni sull'argomento, attivando un'azione di sensibilizzazione dei giovani, delle famiglie e dei curanti. Ancora più utile allo scopo potrebbe essere un intervento – di *social marketing* idoneo a raggiungere tutti questi soggetti.

La prevenzione inverte l'ordine del pensiero clinico. Nella cura uno-a-uno la responsabilità professionale è solo verso il soggetto malato mentre nella medicina preventiva si presuppone una responsabilità verso l'intera comunità. La Medicina Preventiva parte dal livello della popolazione e solo successivamente riporta le informazioni ottenute al livello della singola persona da curare.

Invece di essere focalizzata sulla patologia, la Medicina Preventiva si dedica all'accertamento del rischio o dei fattori di rischio. Nella uno-a-uno le soluzioni arrivano da prescrizione di farmaci, interventi chirurgici o da altre terapie a livello clinico. La Medicina preventiva ha possibilità diverse e forse più ampie, che vanno da scelte che riguardano comportamenti e condizioni sociali a interventi più propriamente clinici come ad esempio le vaccinazioni.

TM

Info: a.sidoti@usl7.toscana.it

ANTONELLA GRECO, LUCA FILIPPI¹, SIMONE PANCANI², MAURIZIO DE MARTINO³

L'uso del propranololo nel trattamento degli emangiomi



Antonella Greco, Spec. in dermatologia e venerologia. Resp. Dermatologia Pediatrica Clinica Pediatrica 1 - Dip. di Scienze della Salute, AOU Meyer Firenze (Direttore Prof. Maurizio de Martino)

Gli emangiomi infantili, neoplasie vascolari di natura benigna ad insorgenza neonatale, rappresentano i più frequenti tumori dell'infanzia. Interessano infatti il 4-10 % dei neonati a termine e sono molto più frequenti nei neonati prematuri, arrivando ad interessare sino al 30% dei neonati con peso alla nascita inferiore ai 1500 grammi. I neonati di sesso femminile sono significativamente più colpiti con un rapporto di 3:1 rispetto ai maschi.

La localizzazione più frequente è rappresentata dal volto e dal collo, ma possono interessare qualunque regione del corpo. Generalmente sono lesioni singole, ma possono nel 20% dei casi essere multipli. Le lesioni tipicamente compaiono nelle prime due-sei settimane di vita, e il primo segno della loro comparsa sovente è rappresentato dalla comparsa di una lesione ischemica con presenza di teleangectasie all'interno. Queste lesioni mostrano poi una caratteristica evoluzione trifasica, caratterizzata dalla comparsa sulla cute piccole macchie rosse della pelle (fase prodromica) e successivamente proliferano aumentando di volume rapidamente durante i primi 6-9 mesi di vita (fase proliferativa), per poi intraprendere una involuzione lenta e spontanea (fase involutiva) nel corso dei primi 5-7 anni di vita. Il 50% degli emangiomi ha una completa involuzione verso i 5 anni di vita, il 70% verso i 7 anni.

Storicamente gli emangiomi vengono classificati in forme superficiali, profonde e miste, a seconda del livello di interessamento dermico. Sono possibili complicanze legate sia alla sede interessata, superficiale o profonda (compressione vie aeree e digestive), o legati alla possibile ulcerazione.

La maggior parte degli emangiomi non necessita di alcun trattamento, per cui solitamente si adotta un approccio conservativo in attesa della loro spontanea involuzione. Il trattamento farmacologico viene riservato alle forme più aggressive e complicate come gli emangiomi infantili di grosse dimensioni, localizzati al volto, nella regione perineale e quelli segmentali, od in forme estese con ulcerazione; in particolare risulta pericolosa la localizzazione a livello della "beard area" ovvero della regione mandibolare, e delle labbra, per il rischio di un coinvolgimento delle vie aeree. Potenzialmente pericolose sono inoltre le localizzazioni peri-oculari per il rischio di complicanze del visus.

Il trattamento classico di questi angiomi è stato sinora a base di corticosteroidi con una percentuale di successo attorno al 30-60% e con effetti che appaiono dopo 2-3 settimane. Altri approcci sono l'impiego di interferone α o di vincristina. Tutti questi trattamenti sono però gravati da seri e frequenti eventi avversi, costituiti per i corticosteroidi da irritabilità, crescita



Figura 1 - Prima della terapia.

¹ SOD di Terapia Intensiva Neonatale, DAI Medico-Chirurgico Fetoneonatale;

² Centro Ustioni e Chirurgia Plastica, DAI di Chirurgia Pediatrica;

³ Clinica Pediatrica 1, DAI di Pediatria Internistica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze Ospedale Pediatrico Anna Meyer

stentata, ipertensione, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva; per l'interferone α da febbre, dolori muscolari, tossicità epatica e ematologica, neurotossicità; infine, per la vincristina, da dolori articolari, neuropatia periferica, tossicità ematologica, SIADH (sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico).

Una rivoluzione nella terapia si deve ad una casuale scoperta, pubblicata nel giugno 2008 sul *New England Journal of Medicine*: la dot.ssa Christine Léauté-Labrèze, dell'Università di Bordeaux, riferiva che un paziente affetto da un importante emangioma capillare del volto era stato trattato con corticosteroidi, e che a seguito di questo trattamento era insorta una cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, trattata appunto con propranololo. Già nei primi giorni di terapia con propranololo, si iniziò ad apprezzare un notevole miglioramento nel colore e nella pastosità dell'emangioma, il cui colore virò rapidamente da rosso intenso a violaceo e divenne più molle. Dopo questa prima esperienza, altri bambini sono stati trattati con il propranololo, sempre con rapidi e significativi successi.

Il propranololo è un β -bloccante non selettivo, ad azione stabilizzante di membrana, privo di attività simpatico mimetica intrinseca, antiaritmico di classe I che viene utilizzato in pediatria in pazienti affetti da ipertensione, aritmie e cardiopatia ipertrofica. Ricerche più recenti hanno permesso di dimostrare che uno dei meccanismi con i quali il propranololo riduce la crescita degli angiomi è il blocco dei recettori β_2 presenti sull'endotelio degli emangiomi che altrimenti, attraverso l'intermediazione di HIF (hypoxia induced factor) $1-\alpha$, inducono la produzione di *vascular endothelial growth factor* (VEGF) e quindi la crescita di neovasi.

Il propranololo è generalmente un farmaco ben tollerato: tra i possibili effetti collaterali sono stati segnalati bronco-ostruzione, ipoglicemia, bradicardia ed ipotensione. Tuttavia la

enorme esperienza maturata in questi ultimi anni di utilizzo del propranololo per la regressione degli emangiomi infantili, solo raramente questi effetti avversi hanno richiesto la sospensione del farmaco, poiché generalmente regrediscono rapidamente con la sospensione del trattamento.

L'attività di Dermatologia Pediatrica dell'Ospedale Anna Meyer utilizza dal 2011 questo farmaco. I pazienti che dopo una visita dermatologica sono candidati al trattamento con propranololo sistemico, valutati i criteri di inclusione ed esclusione, vengono visitati dal cardiologo, per escludere la presenza di patologie che ne controindichino l'assunzione. Caso per caso vengono coinvolti specialisti dell'ospedale per un approccio multidisciplinare: pediatra, cardiologo, oculista, otorinolaringoiatra, chirurgo plastico, radiologo, neurologo, genetista.

La somministrazione del farmaco per os viene iniziata in regime di ricovero presso l'ospedale pediatrico Anna Meyer per i primi 3 giorni di trattamento; in questi giorni viene effettuata la sorveglianza clinica relativa alla tolleranza del trattamento. Successivamente il farmaco, sotto forma di sciroppo, viene somministrato a domicilio, tre volte al giorno. Vengono programmati controlli ambulatoriali cadenzati presso l'attività di Dermatologia Pediatrica, per un periodo variabile che può durare circa 6/10 mesi.

I nostri risultati preliminari sono molto incoraggianti. In tutti i casi sono stati notati effetti immediati sul colore e sulla crescita dell'emangioma, che si sono dimostrati particolarmente rilevanti nei casi di compromissione o occlusione palpebrale. Sono di rilievo la rapidità di azione del farmaco, il significativo abbreviarsi del corso naturale dell'emangioma, l'efficacia protratta nel tempo, e l'assenza, al momento, di effetti collaterali significativi. **TM**

Info: a.greco@meyer.it



Figura 3 - Dopo tre mesi di terapia.

PAOLO MICHELE OLIA, TERESA VELIA MOLLIKA¹, MICHELE LANIGRA²

“Il babbo si è messo a cantare!!!”

Inusuale presentazione di un caso di avvelenamento da monossido di carbonio

Una mattina del marzo del 2009, in Associazione squilla il telefono con richiesta di soccorso da parte della Centrale Operativa del 118 di Prato: si tratta di un codice giallo per patologia di tipo neurologico, associato ad uno stato di agitazione del chiamante.

Giunti sul posto, sulla strada ci viene incontro il figlio del paziente che preoccupato dice al medico: “il babbo si è messo a cantare!!!”.

Entrando in abitazione subito sulla destra si nota un camino spento con della legna residua mista a cenere.

Il paziente (B.S. di anni 64) presenta cute rosea, calda non sudata, lamenta profonda astenia tanto da non stare in piedi. “Stanotte ha dormito molto poco ed adesso invece vorrebbe dormire”, riferisce la moglie preoccupata.

Fatte aprire subito dal medico 118 le finestre della casa per fare entrare dell'aria fresca, la moglie dell'assistito riferisce che da due giorni il camino era acceso e non riuscivano a spegnerlo perché “probabilmente aveva preso fuoco una trave su in alto...”; riferiva inoltre che anch'ella “sentiva la testa un po' confusa”, che aveva voglia di vomitare, che dalla sera precedente non stava bene.

Fatti allontanare tutti i presenti dall'abitazione, il medico chiedeva alla Centrale 118 di fare intervenire i Vigili del Fuoco, e proseguiva la visita dell'assistito B.S. a bordo dell'ambulanza.

Il paziente presentava: saturazione ossiemoglobinica (SaHbO₂) = 91% in aria ambiente; pressione arteriosa sistemica = 130/70 mmHg; frequenza cardiaca = 130 battiti/minuto ritmici e validi; glicemia = 146 mg/dl; l'ECG evidenziava un blocco di branca dx. Presa una via venosa per una eventuale terapia infusione, si iniziava la O₂ terapia con la SaHbO₂ che saliva al 97%.

Il paziente veniva ricoverato con l'ambulanza ALS al Pronto Soccorso in codice rosso, mentre la moglie ed il figlio erano inviati al Pronto Soccorso con le ambulanze BLS.

L'emogasanalisi del paziente B.S. effettuata al Pronto Soccorso, confermava l'avvelenamen-

to da monossido di carbonio: carbossiemoglobina (COHb) = 30,2% (valori normali di riferimento 0-1,5%). Anche la moglie ed il figlio risultavano intossicati, ma in forma minore. L'assistito fu ricoverato in Osservazione Breve, e venne avviato all'ossigenoterapia iperbarica, con risoluzione del problema clinico.

L'intossicazione acuta da monossido di carbonio (CO), costituisce il quadro più comune di avvelenamento per via respiratoria nei paesi industrializzati. È un gas molto insidioso in quanto inodore, incolore e insapore e con un peso specifico molto simile a quello dell'aria (0,9667 versus 1).

La sua molecola è costituita da un atomo di ossigeno e uno di carbonio, uniti con un triplo legame. L'emoglobina (Hb) presenta una affinità per il CO 210 volte maggiore rispetto a quella per l'ossigeno, e di conseguenza tende a legare più stabilmente il CO che spiazza l'O₂ stesso. La progressiva formazione di COHb dipende dalla durata di esposizione al CO e dalla sua concentrazione.

In questo modo l'Hb non è più in grado di captare e trasportare l'O₂. Inoltre, la COHb influenza il rilascio fisiologico dell'O₂ da parte della restante frazione normale di Hb, che manifesta minore tendenza a rilasciare O₂.

I valori normali di quantità di COHb nel sangue variano da 0 all'1.5% dell'Hb totale; il valore può salire al 4% dell'Hb totale negli abitanti dei centri urbani, ed arrivare all'8% nei forti fumatori. In genere, con un valore del 10% di COHb l'assistito presenta torpore e lieve dispnea, con il 20% cefalea, 30% irritabilità, amnesia, alterazioni del sensorio, 40% confusione, astenia, disturbi visivi, 50% collasso, 60% coma, oltre il 60% morte. In genere la perdita di coscienza si manifesta con valori tra il 40-50%.

Caratteristica, non sempre presente, è la colorazione rosso ciliegia di cute e mucose. In uno studio effettuato su 5000 casi d'intossicazione, il 42% aveva colorito normale e solo il 18% presentava la tipica colorazione.

Si stima che in Italia si abbiano circa 6000



Paolo Michele Olia è Medico Dirigente c/o l'U.F. 118 dell'Asl 4 di Prato. Animatore di Formazione dei Medici 118 c/o la stessa Asl. Spec. in Malattie dell'Apparato Respiratorio, fa parte della Società Europea di Malattie Respiratorie e dell'Ass. Italiana Pneumologi Ospedalieri.

¹ Medico Dirigente dell'U.F. 118 dell'Asl 4 di Prato;

² Medico Dirigente Responsabile dell'U.F. 118 dell'Asl 4 di Prato

ricoveri all'anno per avvelenamento da monossido di carbonio, e più di 350 decessi.

Frequente anche l'errore diagnostico in Medicina d'Urgenza, poiché i sintomi di presentazione come astenia, nausea e vomito, sincope, agitazione psicomotoria sono estremamente variabili e spesso riferibili ad altre patologie.

Nel 10-30% dei pazienti, spesso anziani, con avvelenamento da monossido di carbonio può comparire la sindrome post-intervallare, descritta come la comparsa ritardata di sintomi neuropsichiatrici (cambiamenti cognitivi e della personalità, parkinsonismo, incontinenza, demenza e psicosi) dopo una apparente ripresa dall'intossicazione acuta, in un periodo che va da 3 a 240 giorni dopo l'evento.

Il cardine della terapia nell'intossicazione da monossido di carbonio in base alla gravità del quadro clinico è la somministrazione di O₂ a dosaggio antidotico, somministrato con modalità normobarica o iperbarica. La percentuale di

COHb deve essere misurata ripetutamente durante la terapia disintossicante; essa si dimezza in 6 ore se l'intossicato respira in aria ambiente, in un'ora se respira ossigeno al 100%, in 25 minuti se respira ossigeno in camera iperbarica. Per tale motivo l'O₂ terapia deve essere messa in atto il più precocemente possibile e per un tempo sufficiente a ridurre la percentuale di COHb a valori inferiori al 5%, rimuovendo l'ipossia ed impedendo i danni irreversibili a livello degli organi ad essa più sensibili.

Sarebbe auspicabile che anche gli operatori del 118 venissero forniti di un sensore di monossido di carbonio individuale, oggi facilmente reperibili sul mercato e ad un prezzo modesto, per prevenire gravi intossicazioni anche ai soccorritori, in considerazione della particolare insidiosità del monossido di carbonio.

TM

Info: paolomicheleolia.md@libero.it

SAPER FARE SAPER ESSERE



Marco Masoni, specialista in Medicina Nucleare, lavora presso la Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica, disponibile in Internet* edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità*, edito da Springer (2011). È inoltre autore di articoli pubblicati sul *British Medical Journal*.

MARCO MASONI, MARIA RENZA GUELF¹, ANTONIO CONTI², GIAN FRANCO GENSINI¹

Farmacovigilanza e le informazioni sanitarie online

L'articolo che segue è per la maggior parte tratto dall'articolo "Pharmacovigilance and use of online health information" degli stessi Autori pubblicato sulla rivista Trends in Pharmacological Sciences nel Luglio 2013.

Internet rappresenta uno strumento fondamentale per migliorare la salute pubblica e la qualità dei servizi sanitari erogati ai cittadini. La rete globale offre grandi potenzialità in termini in(formativi) e comunicativi, costituisce un importante strumento per gestire con efficacia patologie croniche ed è una notevole risorsa per programmi di intervento mirati a indurre variazioni di abitudini e comportamenti nella popolazione. Accanto a questi aspetti positivi, occorre sottolineare che la qualità dell'informazione presente in rete è estremamente variabile: con particolare riferimento all'ambito sanitario possiamo disporre di accurate ed attendibili linee guida sviluppate dalle più autorevoli associazioni scientifiche internazionali fino a notizie del tutto errate fornite da soggetti, quantome-

no discutibili, che possono fingersi esperti di uno specifico settore e che possono ricoprire il ruolo di medico in modo fraudolento.

Le statistiche sulle diverse modalità di utilizzo di Internet fornite annualmente da organizzazioni nazionali e internazionali sono estremamente utili perché forniscono un quadro complessivo del comportamento degli utenti della rete e di come quest'ultimo si modifica nel tempo. Da recenti statistiche emerge che circa un quarto delle ricerche eseguite in rete sulla salute riguarda la sicurezza dei farmaci. Poiché il contenuto dei documenti recuperati in rete influenza i processi decisionali e il comportamento degli individui, è importante cercare di minimizzare la presenza di informazioni errate e/o fuorvianti che possono essere causa di una scarsa aderenza alla terapia prescritta dal medico curante e/o di altre azioni che potrebbero nuocere alla salute dei cittadini, come per esempio assumere un farmaco che determina una reazione avversa.

La farmacovigilanza è una disciplina il cui

¹ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze

² Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche, Università di Firenze

oggetto di studio è rappresentato dalle reazioni avverse ai farmaci (ADR). Poiché Internet rappresenta un'importante fonte di informazioni per i cittadini riteniamo possa essere utile che le schede di segnalazione di ADR correntemente utilizzate nella farmacovigilanza contengano domande mirate a raccogliere informazioni sulla utilizzazione di risorse online da parte dei pazienti per decidere quali farmaci prendere e in quale combinazione.

Per discutere tale proposta gli Autori hanno analizzato le schede di segnalazione di ADR per gli operatori sanitari e per i consumatori attualmente utilizzate in Italia, Regno Unito e Stati Uniti.

Dall'analisi delle schede di questi tre Paesi emerge che la dimensione Internet è stata affrontata al più secondo un'ottica di acquisto online dei farmaci. Il commercio illegale di farmaci è un fenomeno noto da tempo all'Interpol, la polizia internazionale che con la serie di operazioni denominate PANGEA, ha sequestrato prodotti illeciti e contraffatti per milioni di euro e ha imposto la chiusura di migliaia di siti Web che vendevano farmaci online in numerosi paesi del mondo.

È tuttavia importante sottolineare che Internet, oltre a fornire farmaci contraffatti o a permetterne l'acquisto in modo illecito, può danneggiare i pazienti permettendo loro di accedere a informazioni errate e/o fuorvianti. Attualmente, nessuna delle tre schede di segnalazione di ADR analizzate contiene domande tendenti a individuare se specifiche risorse informative online hanno contribuito a determinare una reazione avversa. A nostro avviso, queste schede dovrebbero includere domande mirate a individuare se e quali risorse online hanno influenzato la decisione del paziente di assumere un farmaco, eventualmente in combinazione con altri.

Siti Web, forum, blogs e siti di *social networking* non hanno lo stesso impatto sul processo decisionale di un individuo. È stato dimostrato che discussioni online in cui gli utenti interagiscono tra loro e si sostengono vicendevolmente influenzano i processi decisionali maggiormente di pagine Web statiche. Il me-

dico segnalatore dovrebbe quindi raccogliere informazioni anamnestiche dettagliate, cercando di dare priorità e quantificare la grandezza dell'effetto di diverse sorgenti informative sul processo decisionale del paziente. Da recenti studi è emerso che l'aderenza alla terapia di colui che cerca informazioni online (per esempio assumere o meno un farmaco) appare essere correlata a determinanti individuali come l'ansia, un peggioramento dello stato di salute e il sesso.

In questo modo nuovi tipi di informazioni provenienti dalle schede di rilevazione di reazione avversa a farmaci potrebbero essere memorizzate in database centralizzati per permetterne la loro analisi e monitoraggio. Per esempio più schede che evidenziano sorgenti informative online simili potrebbero generare un segnale informativo di avvertenza simile ai segnali di allerta ai farmaci attualmente disponibili. Questi dati potrebbero inoltre aiutare a interpretare meglio i modelli di utilizzo di un farmaco nella società e altri fattori che possono influenzare l'aderenza del paziente alla terapia prescritta dal medico curante, aggiungendo conoscenze ad una nuova area della farmacologia che prende il nome di farmacologia. Inoltre altri settori della farmacovigilanza potrebbero beneficiare di questa analisi, specialmente quelle che esaminano la sicurezza delle erbe medicinali, i cui prodotti sono comunemente e frequentemente pubblicizzati in rete.

Questa ricerca permetterebbe di comunicare nuove informazioni ai centri di farmacovigilanza nazionali e alle agenzie regolatorie, permettendo alle autorità sanitarie di applicare contromisure e politiche per ridurre le reazioni avverse a farmaci che derivano dall'uso di informazioni online. Operazioni internazionali condotte dall'Interpol aventi lo scopo di combattere il commercio illegale di farmaci potrebbero essere accompagnate da altre azioni, quali la chiusura di specifiche risorse informative disponibili in rete che possono essere causa o concausa di reazioni avverse a farmaci.

TM

Info: m.masoni@med.unifi.it

CONVEGNI

LESIONI MIDOLLARI E TRAUMI CRANICI.

L'Istituto privato di Medicina Fisica e Riabilitazione, Centro Giusti di Firenze, in occasione dei suoi primi 20 anni di attività, organizza in collaborazione con le Onlus "Niccolò Galli" ed "Atlante", il **3 Maggio 2014** (con orario 9-16) nel Salone Brunelleschi dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, un Convegno internazionale sulle Lesioni midollari dove viene evidenziata l'importanza di una riabilitazione motoria attiva per cercare di riacquisire/riattivare alcune importanti e fondamentali attività motorio-funzionali indispensabili per una migliore qualità della vita. In tale patologia, che colpisce molti giovani e giovanissimi, per poter mantenere attivo l'uso del Sistema Nervoso Centrale e poterne sfruttare la plasticità, risulta fondamentale l'intensità e la continuità di un programma riabilitativo motorio sempre attivo. Il convegno è a titolo gratuito aperto ai professionisti del settore (medici e non) e alla cittadinanza. Info. Centro Giusti: tel. 055 23.22.698.



Giulia Occhini,
studentessa in Medicina
e Chirurgia, Università di
Firenze.

GIULIA OCCHINI, ANDREA BERNI¹, GIACOMO CINELLI², LAURA CUCCURU³,
ALESSANDRO MEREU⁴, GIULIA NIZZOLI⁵, TOMMASO POMERANI⁶

La medicina diseguale

Come agire per la salute di tutti

A Firenze, un gruppo di studenti in medicina, specializzandi e docenti si sono uniti per lavorare a un progetto che ha l'ambizione di avviare una discussione sul ruolo sociale del medico e sulla trasformazione della formazione universitaria. Si raccolgono le energie, ci si prepara, discutendo e documentandosi, per una rivoluzione gentile, a partire dall'interno del gruppo stesso.

La percezione che si ha della formazione universitaria è quella di un trascinarsi stanco di tradizioni, del tutto incapaci di preparare lo studente a una professione che non sia solamente l'esplicarsi di gesti tecnici, ma che possa andare invece a inserirsi con competenza e creatività nella società attuale.

Lo studente, chi scrive ne è testimone diretto, è costretto a omologare la propria mente e ad ingurgitare quantità immani di dati, relegato al suo posto, una sedia inchiodata al pavimento fissa di fronte alla cattedra, da cui docenti più o meno indifferenti coprono le ore di lezioni loro assegnate.

Lo studente sui libri impara a credere che il suo compito sia scovare e guarire le malattie, un compito che appare ben presto arduo una volta fatto un giro in reparto, dove si osservano l'invecchiamento della popolazione, l'epidemia di malattie croniche, le comorbidità, l'esplosione di tumori. In poche parole si percepisce che il verbo guarire è in qualche modo scomodo, fuori luogo, che servirebbe qualcos'altro, che le conoscenze che abbiamo non sono abbastanza.

Non solo ai futuri medici manca un nuovo lessico con cui affrontare la professione, ma anche la conoscenza delle cause che sottendono a questi epocali cambiamenti nel panorama della salute, ossia le disuguaglianze nella salute. L'ingiustizia sociale infatti è una questione di vita o di morte [1] anche in Italia dove gruppi di popolazione con redditi più bassi e con titoli di studio inferiori hanno una minore longevità e una maggiore probabilità di ammalarsi di una o più malattie croniche e di morire precocemente a causa di esse. I medici sono invece tra i principali attori da coinvolgere attivamente nella sperimentazione di una nuova struttura sociale, così come le istituzioni, le università, i servizi territoriali e i diversi ordini professionali.

Soltanto una nuova e stretta cooperazione

all'interno del paradigma dei determinanti sociali di salute può permettere il superamento del modello biomedico come unica soluzione ai processi di cura, assistenza e produzione della salute. Perché ciò sia possibile i medici necessitano di una formazione diversa.

Gli studenti che scrivono questo articolo si sentono inadeguati all'attuale modello biomedico, e sono convinti che è il sistema stesso a non essere adeguato ai bisogni dell'individuo e della società. *Immaginano un percorso formativo universitario inclusivo, in cui gli studenti siano parte attiva del processo di apprendimento e possano prepararsi sin dai primi anni di università a considerare l'individuo nella sua complessità.*

Ed ecco che l'immaginazione sta prendendo corpo. Ciascuno con differenti e al tempo stesso simili percorsi formativi alle spalle, questo gruppo di studenti, laureati e specializzandi sta costruendo un progetto insieme con un manipolo di docenti universitari a sostegno del cambiamento.

In autunno i primi incontri, in cui ci siamo conosciuti e riconosciuti. La condivisione di idee, di libri, tanti libri (a), il confronto, le decisioni, l'aumento dei membri del gruppo, la stesura per iscritto del progetto, i dubbi, le diverse opinioni, il terreno comune. Insomma, alla fine stanno per aprirsi le iscrizioni a un corso elettivo per gli studenti di medicina: "Medicina diseguale: come agire per la salute di tutti" (b).

Il progetto non solo ha lo scopo di riflettere insieme con i partecipanti su quelli che sono i determinanti sociali di salute e sui metodi di analisi degli stessi, ma anche quello di creare uno spazio in cui sia possibile fare un'analisi critica dell'attuale sistema medico e formativo. Uno spazio in cui sia possibile confrontarsi con medici e docenti per ripensare la formazione e l'organizzazione socio-sanitaria. *How we can close the gap?*

Il corso è rivolto a tutti gli studenti iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Al fine di favorire l'interattività di gruppo l'Attività Didattica Elettiva (ADE) sarà aperta a un numero minimo di 5 fino a un massimo di 25 studenti.

Il progetto si estende dal mese di aprile a quello di maggio e si compone di tre fasi.

La prima fase è costituita da due incontri sulla connessione esistente tra salute e ambien-

¹ Studente in medicina e chirurgia, Università di Firenze

² Studente in medicina e chirurgia, Università di Firenze

³ Medico chirurgo, Firenze

⁴ Medico in formazione specifica in Medicina Generale, Regione Toscana, Firenze

⁵ Studente in medicina e chirurgia, Università di Firenze

⁶ Studente in medicina e chirurgia, Università di Firenze

te storico-sociale e sarà guidata dagli studenti. Durante questa parte si porranno le basi per una riconsiderazione del modello biomedico, che verrà ampliata nelle fasi successive.

La seconda fase prevede una tavola rotonda alla quale siederanno, insieme ai partecipanti, un antropologo, un epidemiologo, un economista, un bioeticista per descrivere gli strumenti di studio dei determinanti sociali.

Infine, la terza e ultima fase è composta di tre incontri performativi.

Nel primo gli studenti prima studieranno alcuni *casì clinici* con dei medici di medicina generale, per osservare cosa cambia nella relazione terapeutica prendendo in considerazione i determinanti sociali.

Nel secondo incontro esperienziale i partecipanti si incontreranno con gli operatori di alcune *strutture di assistenza sul territorio*.

Infine gli studenti si confronteranno con i *responsabili dell'educazione universitaria in medicina e con i referenti locali dell'organizzazione sociale e sanitaria* per instaurare un dialogo sulle carenze dell'attuale sistema e di come potere immaginare la formazione e l'organizzazione socio-sanitaria alla luce delle riflessioni emerse durante il corso.

Il progetto si propone quindi come spazio di confronto, in cui i partecipanti sono protagonisti del proprio percorso formativo. Saranno i partecipanti stessi a poter scrivere il seguito della vicenda, a dare non solo un parere sul corso, ma suggerimenti per il futuro. Uno degli obiettivi è ad esempio quello di introdurre nel curriculum scolastico l'attenzione ai determinanti sociali di

salute con modalità che potranno essere sviluppate insieme a chi vorrà unirsi a noi nell'immaginare concretamente una nuova formazione.

Note

(a) I principali libri di testo su cui il gruppo si sta formando sono:

- "Inequalities in health: The Black Report" di Peter Townsend & Nick Davidson, Penguin, 1982;
- "Malaria Urbana. Patologia delle metropoli" di Giovanni Berlinguer, Feltrinelli, 1997;
- "La medicina del capitale" di Jean Claude Polack, Feltrinelli, 1973;
- "L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina" di Archibald L. Cochrane, Feltrinelli, 1978;
- "Nemesi medica: l'espropriazione della salute" di Ivan Illich, Mondadori, Milano, 1977;
- "La medicina: sogno, miraggio o nemesi" di Thomas McKeown, Sellerio Editore, 1978.

(b) Per ulteriori informazioni e aggiornamenti sul progetto visitare la [pagina facebook del corso](#).

TM

Bibliografia

[1] WHO Commission on social determinants of health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, 2008.

Info: giulia.occhini@gmail.com

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

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



ALDO FUSI

Una merenda notturna

All'ospedale di Luco c'era il chirurgo e ginecologo dr. Cieri Giuseppe Maria e due medici. All'inizio io e il dr. Prospero Papani poi il dr. Morello Morelli, poi il dr. Lamberto Noci poi il dr. Mario Pierangioli.

Due volte alla settimana veniva da Firenze l'anestesista dott.ssa Milena Focardi e una volta alla settimana veniva da Firenze il Prof. Pasquale Panuccio, cardiologo. Il dr. Cieri stava moltissimo in ospedale ma la sera andava a casa sua a Borgo San Lorenzo e dalle ore 20 alle ore 8 del mattino eravamo di guardia uno di noi due. C'era un infermiere per il reparto uomini, una infermiera per il reparto donne, una infermiera per il reparto maternità e una suora che aveva le chiavi di tutti gli armadi.

Alle ore 20 gli infermieri facevano la consegna, cioè davano ad ogni malato le medicine scritte in

cartella: punture, compresse, gocce e la consegna durava a lungo perché gli ammalati uomini erano trenta e le donne trenta e dieci quelle in maternità. Quindi si facevano facilmente le 21. L'ospedale aveva sul davanti dei bellissimi archi, qualcuno prendeva dall'ingresso il tavolino di ferro e le sedie che venivano portate fuori. Una volta per ciascuno l'infermiera o l'infermiere avevano portato l'anguria che veniva tagliata con il bisturi preso dall'ambulatorio del pronto soccorso e così tutti avevano la propria fetta con la quale, come si sa, si mangia, si beve e ci si lava anche il viso. Era quello che ci voleva con il caldo di luglio sotto il cielo stellato. Questo non avveniva una sola sera ma più volte. Era un momento di gioia e spensieratezza. Senz'altro avevamo disatteso alcune regole ma a quell'ora gli ammalati dormivano. **TM**



Medico chirurgo,
Barberino di Mugello

GIUSEPPE PINTO*, FRANCESCO RENZI*

L'evoluzione e i suoi paradossi

Caro Direttore, il tema dell'innovazione tecnologica e culturale trova sempre ampio respiro sulle pagine di Toscana Medica. Un suo articolo del novembre 2013, ha reso giustamente merito alla camaleontica capacità del medico di adattarsi ai conseguenti cambiamenti che attraversano la sua già non tranquilla quotidianità professionale.

Dal ricco vocabolario di neologismi e inglesismi che accompagna questi cambiamenti, vorremmo analizzare gli effetti delle parole: *privacy* e *report*.

La prima, nata per tutelare il cittadino utente, esprime i suoi aspetti peggiori quando viene regolata in modo differente anche in enti o aziende fra essi confinanti.

Come di consueto la contorta applicazione delle varie normative, conseguente alla parcelizzazione federalistica della funzione di controllo localmente esercitata dai garanti preposti, ha stravolto e condizionato il significato iniziale delle intenzioni del legislatore. Un vero e proprio disordine organizzato.

La rigida osservanza delle regole viene imposta quasi esclusivamente in campo sanitario. Così una "banale consultazione" dei dati clinici di un paziente si trasforma in una corsa ad ostacoli contro il tempo e la logica di rendere sicure ed efficaci le prestazioni del medico. Ma se è vero che il professionista è tenuto sia dal lato etico che da quello penale al rispetto della *privacy* e che l'accesso ai dati è regolato da *password* obbligatoriamente sempre più cervellotiche, è altrettanto vero che spesso nei suoi confronti viene usato l'oscuramento preventivo dei dati, al solo fine di rispettare pedissequamente i dettami del garante di turno ed evitare violazioni che sono assolutamente immaginarie. Nelle nostre concitate giornate lavorative, già oberati dalle varie restrizioni negli organici, l'ultimo pensiero rilassante potrebbe essere quello di navigare nei fatti sanitari altrui. Non conta nulla che durante il ricovero il paziente percorra centinaia di metri in lunghi corridoi per eseguire un esame o un intervento ancora che sia ospitato in camere a due o quattro letti, quasi sempre sotto l'occhio vigile di visitatori o di personale di servizi esternalizzati, non tenuti al rispetto della *privacy*. L'importante è serrare in cassaforte i dati clinici. In ossequio alla cultura della prevenzione dei

reati ci sembra una ottima scelta nei confronti di quel delinquente del medico. Per semplificare, basterebbe far esprimere al paziente solamente il dissenso al trattamento dei dati sanitari.

Così mentre "il grande fratello" può osservarci dappertutto, è normale che il nostro numero di telefonino venga sempre più spesso composto da compagnie di servizi che ci propongono imperdibili occasioni mentre in base alla trasparenza, il nostro stipendio (responsabile dei dissesti economici italiani) ed il nostro indirizzo vengano pubblicizzati ed aggiornati in internet.

Osservate un esempio con una differente interpretazione delle norme.

"Le istruzioni chiariscono anche che l'Agenzia delle Entrate, in quanto soggetto pubblico, non ha alcun obbligo di acquisire il consenso degli interessati per poter trattare i loro dati personali. I dati saranno utilizzati sia per finalità di semplice accertamento, sia per l'eventuale successiva lite tributaria con il Fisco".

Certo che se dovessimo immaginarci come utenti, preferiremmo che chi ci cura abbia informazioni cliniche più ampie e libere possibili.

Per quanto riguarda la parola *report*, essa sintetizza una raccolta di dati finalizzata al miglioramento delle prestazioni di una azienda. Spesso in Sanità i dati derivano dalla compilazione di innumerevoli e ripetitivi moduli e poi vengono raccolti con lunghe e farraginose consultazioni dei documenti cartacei.

Una frase di Befera forse sfuggita ai più, inquadra le problematiche connesse a tali modalità di raccolta dati: "Per stare dietro agli adempimenti previsti dalle norme anticorruzione, bisognerebbe ridurre di circa la metà, l'attività di prevenzione e controllo della corruzione stessa. La burocrazia pubblica rischia di essere travolta dalle incombenze per relazionare sull'attività che dovrebbe svolgere, a tutto danno del controllo della spesa e della corruzione vera e propria".

Mutatis mutandis, in una sanità falcidiata negli organici, che si muove fra telemedicina e robotica, fra un chips neuronale ed una nanotecnologia, non sarebbe meglio applicare in piena libertà e nel rispetto dei vincoli giusti, la cartella clinica informatizzata ed il fascicolo sanitario elettronico in modo da estrapolare o integrare i dati relativi con un semplice clic così

* Iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo.

con un risparmio di tempo ed una vera prevenzione del rischio, si opererebbe con la maggior sicurezza possibile per il paziente. Con gli stessi strumenti, anche la cosiddetta reportistica verrebbe ottenuta con risparmio di tempo e di energie, risultando probabilmente meno soggetta ad errori nella raccolta dati.

Se solo si riuscisse a regolare in maniera ottimale queste due problematiche, finalmente i medici potrebbero utilizzare la maggior parte

del loro tempo lavorativo per svolgere la propria missione primaria che resterà sempre o almeno si spera, la cura del paziente.

Purtroppo i colleghi tornano su un aspetto fondamentale della crisi della medicina moderna. Proviamo a immaginare la pratica attuazione della cosiddetta "medicina narrativa" dentro un ospedale oggi!

Antonio Panti

LETTI PER VOI

Le risorse umane in sanità

Luigi Tucci è il nuovo responsabile del FORMAS, il centro formativo della sanità regionale toscana. In tale veste e in quella di esperto delle complesse problematiche del personale sanitario, ha pubblicato un breve ma sintetico e documentato testo sulle "Risorse umane in sanità", inaugurando così anche una collana pubblicistica del centro che dirige. Il libro è opera di alcuni valenti esperti, Ambra Amerini, Marina Cappugi, Manuela Furlan e Francesca Mignoni, oltre ad altri estensori di singoli capitoli, e reca per sottotitolo "il cambiamento come sfida". In effetti, se è vero che la sanità è un'impresa fondata quasi soltanto sull'opera dell'uomo, del professionista che risponde ai bisogni del cittadino, del paziente, della persona che soffre, tutto ciò può funzionare solo se l'amministrazione comprende e persegue il valore fondamentale e ineludibile della gestione corretta delle risorse umane. Di fronte ai continui e travolgenti cambiamenti della medicina e all'evoluzione del concetto di salute e di malattia nella popolazione, soltanto una continua attenzione alle risorse umane, così che queste siano stimolate a dare il meglio di sé nelle condizioni in cui sono chiamate a operare, può garantire una corretta e puntuale risposta ai bisogni dei cittadini e, ciò che più conta, l'umanità della relazione. Il testo comprende infine un esame preciso delle molteplici e spesso confuse disposizioni normative e rappresenta uno strumento importantissimo per tutti coloro che quotidianamente debbono affrontare la sfida del cambiamento fondandosi sulle risorse disponibili.

Antonio Panti

RICORDO

Emiliano Panconesi, un maestro e un amico



Il giorno 16 marzo 2014 ci ha lasciato il prof. Emiliano Panconesi, circondato dall'affetto della Sua famiglia. Emiliano Panconesi è stato un grande medico dermatologo, molto stimato e amato da colleghi e pazienti, la cui fama nel mondo è stata grande ed indiscussa; solo per fare un esempio, è stato il fondatore ed il primo presidente dell'Accademia Europea di Dermatologia e Venereologia. È stato un grande maestro: durante i lunghi anni della Sua direzione, l'Istituto di Dermatologia dell'Università di Firenze ha sviluppato a 360 gradi competenze scientifiche e professionali di altissima qualità, di cui Lui è sempre andato fiero. Oltre a questo, Emiliano Panconesi ha onorato costantemente e appassionatamente la tradizione di Firenze nel mondo, della quale da oggi a buon diritto fa parte.

Nicola Pimpinelli e tutti gli amici e colleghi della Dermatologia di Firenze, e non solo

Anche il direttore di Toscana Medica si associa al ricordo dell'amico Emiliano. Un ricordo che risale a quando frequentavo la clinica dermatologica per svolgere la mia tesi di laurea e il prof. Panconesi era un giovane e promettente assistente. Da allora, se le nostre vite professionali hanno seguito traiettorie diverse, è rimasta viva non solo l'amicizia personale e la stima profonda nei suoi confronti, ma è cresciuta nel tempo l'ammirazione per la sua capacità di tradurre in modo piano ed accessibile, in mille incontri, convegni e conferenze, una profonda cultura umanistica filtrata da una grande saggezza e da una lunga esperienza umana.

Antonio Panti

Convegno Nazionale FNOMCeO
Le donne medico e la medicina di genere

Chiostrro del Maglio, Caserma "F. Redi", Via Venezia 5 Firenze

Venerdì 6 giugno 2014

PROGRAMMA PRELIMINARE

08.30-09.00 Saluti delle Autorità

MODERATORI: TERESITA MAZZEI

09.00-09.45 Lettura **"Gender and Ethics"**

VERA FEHNLE (Gender and Ethics of European Commission)

MEDICINA DI GENERE - I sessione

MODERATORI: Anna Maria Celesti, Annarita Frullini

09.45-10.05 **Le disuguaglianze di salute: fattori sociali e fattori di genere**

GIUSEPPE COSTA (Torino)

10.05-10.25 **Malattie cardiovascolari**

ROSANNA ABBATE (Firenze)

10.25-10.45 **Diabete**

VALERIA MANICARDI (Reggio Emilia)

10.45-11.00 DISCUSSIONE

11.00-11.30 INTERVALLO

11.30-13.30 Tavola Rotonda **"Politiche Sanitarie e Medicina di Genere: realtà e prospettive"**

MODERATORI: AMEDEO BIANCO, GIOVANNI LEONARDI

RELATORI: LUIGI MARRONI (Assessore Salute, Regione Toscana), ROBERTA MORI (Emilia Romagna), EMILIA GRAZIA DE BIASI (Roma), MARIA ANTONIETTA BANCHERO (Regione Lombardia), FLAVIA FRANCONI (Basilicata) RAFFAELLA MICHIELI (SIMG), LAURA ORGIANO (FNOMCeO)

13.30-14.30 Colazione di Lavoro

MEDICINA DI GENERE - II sessione

MODERATORI: Roberta Chersevani, Maria Luisa Brandi

14.30-14.50 **Epatiti**

ERICA VILLA (Modena)

14.50-15.10 **Chemioterapia antitumorale**

GABRIELLA BERNINI (Firenze), TERESITA MAZZEI (Firenze)

15.10-15.30 **Differenze di genere nella risposta agli eventi traumatici**

LILIANA DELL'OSSO (Pisa)

15.30-16.00 DISCUSSIONE

CONCLUSIONI

Comitato Scientifico: Monica Calamai, Anna Maria Celesti, Flavia Franconi, Teresita Mazzei, Antonio Panti, Maria Antonia Pata, Carla Zamboni.

Comitato Organizzatore: G. Bernini, M.C. Boschi, G. Brandi, L. Catania, O. Ciofini, P. Cultrera, V. De Leonardis, L. Fioretto, E. Magnelli, M.B. Ninu, P. Paglianiti, S. Pedotti, M. Pierattelli, V. Santini, C. Tognoni, F. Zolfanelli.

5,3 crediti ECM per medici e odontoiatri

L'iscrizione è gratuita ma condizionata all'invio di una email a toscamedica@ordine-medici-fiorenze.it, **specificando i seguenti dati:** Nome, Cognome, Codice fiscale, cellulare, se dipendente o libero professionista, se medico o odontoiatra, titolo di specializzazione. Info: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, tel. 055.496522 int 3

Medicina Generale: pagamento del sostituto

Pervengono segnalazioni da parte di giovani medici riguardanti il pagamento delle sostituzioni effettuate a colleghi titolari di convenzione per la medicina generale. L'Ordine, insieme con i Sindacati della Medicina Generale, è spesso intervenuto per rispettare quanto contenuto dall'Accordo Collettivo Nazionale in vigore e riguardante in modo specifico le varie competenze economiche. In uno spirito di collaborazione i colleghi hanno spesso appli-

cato correttamente l'accordo, ma altre volte sono state riscontrate inesattezze. L'errore più frequentemente contestato è il pagamento dei giorni festivi e prefestivi. Orbene i giorni festivi, quando sono compresi nei giorni di sostituzione (es: venerdì, sabato, domenica e lunedì) devono essere liquidati in trentesimi come gli altri giorni. Lo stesso dicasi per i prefestivi, che devono essere onorati per intero in trentesimi come gli altri giorni (perché così vengono

pagati al medico dalla ASL). Si invitano quindi i colleghi titolari ad applicare correttamente le norme dell'Accordo Nazionale ed a evitare contenziosi spiacevoli con colleghi disposti a fare sostituzioni. Si ricorda, infine, che i sindacati della Medicina Generale mettono a disposizione anche un piccolo software informatico per il corretto calcolo dell'onorario del sostituto, per evitare errori e imprecisioni.

Conoscere il disagio dei medici: un questionario elaborato dal Centro di Riferimento Regionale dall'ARS e dall'Ordine sulle Criticità Relazionali

Finalmente anche il Piano Sanitario Regionale attualmente in discussione nel Consiglio Regionale affronta il tema del disagio dei professionisti sanitari e dei medici in particolare. Una situazione che tutti conosciamo che ha molteplici motivazioni e che spesso

incide sulla serenità del nostro lavoro. Proprio per conoscere meglio e quindi affrontare o proporre rimedi a questo stato di disagio chiediamo a tutti di dedicare alcuni minuti per compilare il questionario, che si trova sul sito dell'Ordine: <http://www.ordine-medi->

[ci-firenze.it/questionario/benessere/](http://www.ordine-medi-ci-firenze.it/questionario/benessere/).

Le conclusioni che trarremo da questa iniziativa collegiale saranno senz'altro utili per l'Ordine e per le Strutture sanitarie per introdurre innovazioni tali da contrastare questa pericolosa deriva.

Call Center Co.Ge.A.P.S. per i professionisti sanitari

È stato attivato un Call Center per rispondere ai quesiti e dare supporto ai professionisti sanitari, sia per la compilazione del Dossier Formativo per il triennio 2014-2016, sia per fornire soluzioni ad eventuali quesiti sul funzionamento della banca dati del Consorzio o sul sistema ECM e sulla corrispondente normativa.

Il numero da comporre è **06/42749600 - opzione 4**; la linea è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 16.00. È stato altresì attivato un indirizzo e-mail dedicato, ecm@cogeaps.it, per offrire un supporto ulteriore.

Già molti professionisti si sono rivolti al Call Center del Consorzio per ricevere

un ausilio, tanto a livello tecnico quanto a livello informativo, sia via mail che via telefono e permane un ulteriore margine di operatività da potere utilizzare.

Le informazioni relative al Call Center ed alle sue funzionalità sono reperibili anche sul sito istituzionale del Co.Ge.A.P.S. (<http://www.cogeaps.it>), a cui è possibile eventualmente fare riferimento.

di Bruno Rimoldi - NOTIZIARIO 57

Grecia, strage degli innocenti: +43% di mortalità infantile dopo i tagli alla sanità

Il rapporto dei ricercatori di Cambridge, Oxford e Londra, pubblicato su "The Lancet": sotto accusa i tagli imposti al paese ellenico dai potenti del mondo

La mortalità infantile nei primi mesi di vita dei bambini è aumentata del 43 per cento in Grecia a seguito dei brutali tagli alla spesa pubblica, e al dimezzamento del bilancio della Sanità, imposti dalla crisi del debito sovrano e dalla spietata "terapia" di risanamento imposta dall'Unione europea, dalla Banca centrale europea, dal Fondo monetario internazionale, dal governo federale guidato dalla Cancelliera Angela Merkel. È una strage degli innocenti, una cifra spaventosa, quella che emerge da un rapporto pubblicato dai ricercatori delle università britanniche di Cambridge, Oxford e Londra e pubblicato dalla rivista medica del Regno Unito "The Lancet", la più autorevole nel mondo. Sono cifre da rabbrivire, che danno un'immagine del paese dove nacquero la democrazia, filosofia, matematica, cultura e scienze europee ridotto ormai ai livelli dei più derelitti e sfortunati paesi del Terzo mondo. E sono dati che lanciano di fatto un pesantissimo atto d'accusa alle grandi potenze e ai poteri forti dell'eurozona e del mondo economico e finanziario mondiale.

Tanto più se si pensa quanto in Germania e Francia industrie militari e dei lavori pubblici e ingegneria civile, e le banche francesi e tedesche che finanziavano i loro affari, abbiano guadagnato dalla sperperosa, irresponsabile politica della spesa facile dei vari governi greci, arricchendosi con fastose, faraoniche opere pubbliche ed enormi spese militari (l'aviazione greca ad esempio ha il doppio di aerei di quella francese, la marina greca ha ordinato il doppio di U-Boot dell'ultimo modello di quella italiana).

Le cifre pubblicate da *The Lancet* sono appunto spaventose. La mortalità infantile appunto è quasi raddoppiata (aumento del 43 per cento come sopra), il numero dei bambini che nascono sottopeso è cresciuto del 19 per cento, il numero dei bimbi nati morti del 20 per cento. Costa troppo, anche per le mamme incinte, far seguire le gravidanze dai medici, la sanità pubblica copre molte meno prestazioni.

Non è finita: i tagli estesissimi delle forniture di siringhe monouso e profilattici ai tossicodipendenti ha fatto crescere le infezioni di aids tra i drogati, da 15 nel 2009 a 484 tre anni dopo.

La situazione di povertà e miseria di massa, scrive ancora il rapporto degli autorevoli e insospettabili accademici britannici, è tale che i diabetici in

Grecia hanno ormai la scelta obbligatoria: spendono il poco che hanno o per comprare l'insulina e sopravvivere alla malattia, o per comprare cibo e sopravvivere alla fame.

Colpa dei tagli alla Sanità imposti dai potenti del mondo, scrive il rapporto citato da *The Lancet*. La prova: un altro paese che negli anni scorsi era stato investito dalla crisi finanziaria, l'Islanda, ha affrontato sacrifici durissimi ma solidali e scelti sovraneamente dal popolo. E ha invece rifiutato la raccomandazione-Diktat dei creditori internazionali di tagliare le spese sanitarie.

Conseguenza: a Reykjavik non si lamenta nessun aumento di mortalità infantile o malattie gravi.

Scusate se è poco.

Non a caso, nelle stesse ore del rapporto britannico uscivano articoli dall'Islanda secondo cui la bella isola dei Geysir ci ha ripensato e non vuole più entrare in fretta nell'Unione europea. Già, la prospettiva di vedersi imporre austerità così brutali fa paura, ai genitori e non solo.

Da: VobisNewSLetter Anno IV-n. 31-febbraio2014 a cura di Paola Mandelli, Saffi Giustini, "Gino" Santoiemma, Lù Zinni. Redazione Paolo Giustini - <http://vobisnewsnet.blogspot.it/>

Domanda per Corso di formazione in Medicina Generale solo online

A breve la Regione Toscana attiverà la procedura online per presentare le domande di partecipazione al concorso per il Corso triennale di formazione in Medicina Generale. Tale procedura sarà esclusivamente per via telematica e non saranno più accettate le domande inviate con raccomandata. I colleghi che intendono partecipare al concorso,

quindi, devono preoccuparsi di essere fin da ora in possesso della Carta Sanitaria Elettronica attivata presso gli sportelli delle Asl oppure della Carta Nazionale dei Servizi e di essere dotati di un lettore di smart card collegato al proprio computer. Infatti la procedura di invio telematico della domanda richiede necessariamente l'autentica-

zione dell'utente tramite la card. La Regione Toscana attiverà una apposita pagina internet per l'invio telematico della domanda in concomitanza con le altre Regioni italiane, in quanto i termini per presentare la domanda saranno uguali in tutta Italia.

Per informazioni contattare il numero 055.4385222.

Un ambulatorio di Consulenza Nutrizionale presso Santa Maria Annunziata

Nella Regione Europea e in Italia, secondo i dati OMS, almeno l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% della spesa sanitaria sono dovuti a un vasto gruppo di patologie cronico-degenerativa, accomunate da fattori di rischio modificabili (fumo, sovrappeso, obesità, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdure, sedentarietà, dislipidemie, ipertensione arteriosa).

L'Unità Funzionale di Sanità Pubblica, in collaborazione con l'Unità Operativa di Dietetica Professionale della Azienda Sanitaria 10, ha attivato dal 2007 un ambulatorio di Consulenza Nutrizionale, presso il presidio ospedaliero di Santa Maria Annunziata.

L'attività dell'ambulatorio è sia di

prevenzione primaria per promuovere stili di vita più salutistici sia quando siano già presenti fattori di rischio.

L'attività è svolta sia in piccoli gruppi (massimo 8-10 utenti), che individualmente.

Il percorso inizia con un colloquio individuale con misurazione del peso, altezza, circonferenza vita, calcolo dell'Indice di Massa Corporea, individuazione di eventuali fattori di rischi individuali o familiari; durante il primo incontro si decide con l'utente il percorso più adeguato di gruppo o individuale.

L'ambulatorio è gestito da un gruppo multidisciplinare composto da un medico igienista, specializzato in nutrizione clinica, un medico di famiglia, specializzato in psicoterapia, un dieti-

sta con formazione sull'educazione alla salute e nella gestione di gruppi, un assistente sanitario con formazione in educazione nutrizionale e nella gestione dei gruppi.

Per maggiori informazioni sull'attività

Tel 055 6936794 è attiva una segreteria telefonica quando non siamo presenti in sede. Fax 055 6936795.

Dott.ssa Barbara Niccoli cell. 3294205336 Igiene della Nutrizione U.F. Igiene e Sanità Pubblica - e-mail: barbara.niccoli@asf.toscana.it - counselingnutrizionale@asf.toscana.it

Sede dell'Attività

P.O. Santa Maria Annunziata - Via dell'Antella 58 - Antella (Bagno a Ripoli) - IV piano-Ala Est

Medici nati nel 1949: attenzione alla pensione!

Per tanti anni è stata una tradizione consolidata per i medici e cioè che al compimento dei 65 anni di età si poteva chiedere la pensione ENPAM del fondo generale quota A (quella di base per intenderci). Ma dopo la riforma Fornero anche l'ENPAM è stata costretta a rivedere il requisito minimo dell'età per il pensionamento di vecchiaia che già nel 2013 era 65 anni e 6 mesi e che aumenterà progressivamente di 6 mesi ogni anno fino ad arrivare, dal 2018 in poi, ai 68 anni di età. Per quest'anno la novità del Regolamento dell'ENPAM riguarda da vicino i Medici e gli Odontoiatri che sono nati nel 1949 e che compiono quindi i 65 anni nel 2014. Nel frattempo però il limite di età per la pensione di vecchiaia nel 2014 è diventato 66 anni: l'ENPAM garantisce comunque ai medici della classe 1949 di ottenere la pensione nel 2014 (e cioè al compimento dei 65 anni) ma a precise condizioni: **La prima (e più im-**

portante) è che il medico deve inviare all'ENPAM - con raccomanda A/R- un apposito modulo per l'esercizio del diritto d'opzione per il calcolo della pensione anticipata quota A, a pena di decadenza, entro il mese di compimento dei 65 anni di età. **La seconda condizione** è che in questo modo il medico accetta che: a) la sua pensione venga calcolata con il sistema contributivo per tutta l'anzianità maturata sulla quota A che è leggermente più penalizzante del sistema attuale; b) alle pensioni liquidate con il metodo contributivo non si applicano le disposizioni sull'integrazione al minimo; c) le maggiori quote di trattamento pensionistico conseguenti alle ricongiunzioni e ai riscatti di allineamento già definiti in conformità a parametri di calcolo utilizzati nel vigore di precedenti regolamenti, saranno riconosciute nelle misure comunicate all'iscritto con le proposte che egli ha firmato e restituito per ac-

cettazione, in considerazione della natura negoziale dell'accordo sottoscritto. Per poter valutare con cognizione quale sia la soluzione più adatta - se cioè chiedere comunque la pensione ai 65 anni oppure attendere il requisito dell'età anagrafica per la pensione di vecchiaia (continuando però a pagare i relativi contributi minimi) - l'ENPAM ha messo a disposizione di ogni medico, registrato nell'area riservata del proprio sito www.enpam.it, un'apposita simulazione del calcolo della pensione anticipata e della pensione di vecchiaia per poter decidere quale soluzione sia adatta maggiormente alle sue esigenze. La questione comunque è stata già più volte illustrata sul "Giornale della Previdenza". In particolare si rinvia al n. 6/2012 nel quale questi concetti sono più ampiamente spiegati. Tale numero, come tutti i numeri pubblicati, è disponibile sul sito dell'ENPAM nella pagina dedicata al "Giornale della Previdenza".

India vs Big Pharma. Accesso ai farmaci e brevetti

Vieri Lastrucci, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università di Firenze

Per le aziende farmaceutiche, l'aspetto più preoccupante degli sforzi dell'India per abbassare i prezzi dei farmaci è che altri paesi stanno cominciando a seguire il suo esempio. Sia l'Indonesia che le Filippine hanno recentemente adottato leggi sui brevetti simili al modello indiano così come si sta prospettando in Brasile e in Colombia. L'India è uno dei principali produttori di versioni generiche a basso costo dei farmaci, che vengono utilizzati in tutto il mondo. Dal 2005 ha adottato le regole del commercio internazionale e nel paese la legislazione è molto severa su quello che deve o meno essere brevettato. Definisce, ad esempio, criteri piuttosto restrittivi per brevettare nuove versioni di farmaci già esistenti. Regole che vengono contestate dalle multinazionali come Roche, Novartis e Bayer.

Uno dei "trucchi" più diffusi da parte delle aziende farmaceutiche è quello di "revisionare" un prodotto già noto da tempo cambiandone solo lievemente le caratteristiche. Gli effetti e la validità restano praticamente identici ma quella piccola modifica, avendo valore giuridico, permette alle aziende farmaceutiche di spacciare per "innovativi", dei farmaci che in realtà esistono da tempo. Innovando molto poco (o nulla) riescono così a prolungare i benefici del brevetto.

Lunedì 1 Aprile 2013, dopo una battaglia legale durata sette anni, la Corte Suprema Indiana con una sentenza da molti definita storica, ha respinto il ricorso del colosso farmaceutico svizzero Novartis per il riconoscimento del brevetto di una forma modificata del farmaco oncologico Imatinib mesilato (commercializzato con il nome Glivec).

La conseguenza immediata è stata che il generico già in commercio da alcuni anni, è rimasto sul mercato a un prezzo di 175 dollari al mese a fronte dei 2600 dollari del Glivec. Ma questa sentenza porta con se conseguenze potenzialmente più ampie, infatti potrebbe stabilire un importante precedente anche per prossime dispute sulla proprietà intellettuale e rappresentare un deterrente per futuri abusi da parte dell'industria farmaceutica. In definitiva potrebbe modificare l'accesso al farmaco e realmente fare la differenza per

milioni di persone in tutto il mondo.

Un esempio recente della portata della sentenza Glivec è la vicenda sul farmaco. Herceptin (Trastuzumab), uno dei trattamenti più efficaci per una forma aggressiva di cancro al seno. Ma in India (come in molti altri paesi), solo una piccola parte delle donne che ne hanno bisogno possono permetterselo, visto il costo di 18.000 \$ per ciclo di trattamento. Il governo indiano lo scorso anno ha minacciato di consentire la produzione di versioni di Herceptin generiche e meno costose. Il suo creatore, la casa farmaceutica svizzera Roche, dopo una iniziale resistenza, quest'anno ha abbandonato la richiesta per un brevetto secondario, principalmente perché consapevole di perdere il ricorso legale nei tribunali indiani. Questa decisione di Roche ha avuto un impatto rapido sul mercato: il mese scorso, Biocon, un produttore farmaceutico indiano, ha annunciato di aver ottenuto l'approvazione per un generico meno costoso del farmaco, che la società prevede di iniziare a vendere all'inizio del prossimo anno.

Oltre alla tutela della crescente industria locale di generici, i contenziosi su Herceptin e altri farmaci anti-cancro, fanno parte di una fase nuova e critica della lotta per rendere i farmaci a prezzi accessibili per le persone più povere del mondo. Lotta che cominciò in maniera strutturata più di un decennio fa, con il successo della campagna per rendere i farmaci per l'AIDS accessibili a milioni di africani.

"Il cancro è la prossima edizione di HIV / AIDS, e la lotta è appena cominciata", ha detto Shamnad Basheer, professore di diritto presso West Bengal National University of Juridical Sciences a Calcutta.

I dirigenti dell'industria farmaceutica internazionale, sempre più interessata dalla vendita dei farmaci nei mercati emergenti come India, Cina e Brasile, sostengono che gli sforzi dell'India per scavalcare i brevetti minacciano il sistema globale per la scoperta di nuove cure e allo stesso tempo non portano a sostanziali miglioramenti sugli outcomes di salute visti i problemi che l'attuale sistema indiano ha per la cura del cancro in termini di diagnosi precoce, accesso alla chirurgia e ra-

dioterapia (ponendo così l'attenzione sulla necessità di una riorganizzazione del sistema prima dell'accessibilità ai farmaci)

Simili argomentazioni furono fatte dall'industria farmaceutica e dal governo degli Stati Uniti mentre cercavano di proteggere i brevetti sui farmaci contro l'AIDS per gran parte degli anni '90. Posizione di cui l'ex presidente Bill Clinton non ha mai smesso di rammaricarsi pubblicamente.

L'India ha già dichiarato come brevetti non validi quelli che proteggono le vendite esclusive di Gleevec della Novartis, Sutent della Pfizer e Tarceva della Roche, tutti farmaci anti-cancro. Inoltre, lo scorso anno il governo pur dichiarando valido il brevetto che protegge Nexavar della Bayer (farmaco anti-tumorale) comunque lo scavalcava vista la proposta da parte di una compagnia farmaceutica di generici di abbassare il prezzo da 4.500 \$ a circa 140 \$ al mese di trattamento.

Ognuno di questi passaggi è stato accolto con plauso in India e profonda disapprovazione da parte dei gruppi di imprese, legislatori e produttori di farmaci negli Stati Uniti.

Un comitato del governo indiano presto dovrebbe annunciare l'inizio di un processo formale di accantonamento di brevetti su più di 15 farmaci, secondo quanto riferito da un membro del comitato.

"Una delle preoccupazioni dell'industria farmaceutica non è solo quello che l'India sta facendo in India, ma ci rendiamo conto che tutto il mondo sta guardando l'India", ha detto Amy Harians della US-India Business Council, affiliata alla Camera di Commercio degli Stati Uniti.

Anche i pazienti assicurati negli Stati Uniti potrebbero chiedersi perché stanno spendendo migliaia di dollari di co-pagamenti per questi farmaci che in India costano molto meno. "Perché dovremmo dare via Herceptin in India e Cina quando abbiamo donne assicurate negli Stati Uniti che non possono nemmeno permettersi il co-payment?" chiede il dottor Peter Bach, un esperto di prezzo del farmaco del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. "Nessuno ha fatto domande sui farmaci per l'AIDS in Africa. Ma con i farmaci

oncologici, la gente si chiederà, ed è questo che spaventa l'industria farmaceutica."

L'industria della farmaco è stata un contributore importante alla campagna di Obama e un sostenitore fondamentale del suo programma di assistenza sanitaria. Ma i consiglieri di Obama sperano di evitare gli errori dell'amministrazione Clinton, che è stata duramente criticata dagli attivisti AIDS per la sua posizione iniziale con-

tro la fornitura di farmaci antiretrovirali generici in Africa. Per l'amministrazione Obama la contesa tra diritti sui brevetti e l'accesso ai farmaci è un campo minato da cui sarà difficile uscire.

Bibliografia

1. Arie S. Indian Supreme Court rejects Novartis's appeal on drug patent. *BMJ* 2013; 346: f2099.

2. Alice Fabbri e Cristiano Alicino. Il

caso Glivec. Davide contro Golia. *India vs Novartis*. Saluteinternazionale.info, 11.04.2013.

3. Matthew Limb. Roche's decision to drop Herceptin patent in India opens way for generics. *BMJ* 2013; 347.

VobisNewSLetter, Anno IV, n. 49, febbraio 2014 - vobisnewsnet.blogspot.it - a cura di Paola Mandelli, Saffi Giustini, "Gino" Santoiemma, Lù Zinni. Redazione Paolo Giustini

Corsi per Mediatori

Il Dipartimento di Scienze Giuridiche dell'Università di Firenze (accreditato dal Ministero della Giustizia per la formazione in materia di mediazione) propone anche per quest'anno cor-

si di formazione e aggiornamento in materia di mediazione e negoziazione dei conflitti. In particolare, si tratta di corsi rinnovati nei loro contenuti e aggiornati alla recente disciplina, nonché

agli ultimi orientamenti teorici e pratici. L'offerta formativa è consultabile sul sito www.dsg.unifi.it/vp-23-post-lauream.html.

Uno Sportello Unico Disabilità a Firenze

La Misericordia di Firenze, in collaborazione con Fondazione San Sebastiano, ha istituito lo **Sportello Unico Disabilità (SUD)**, un servizio gratuito d'informazione e orientamento **sui servizi di area sanitaria, legale, sociale, scolastica, previdenza ed in-**

clusione sociale per la popolazione con disabilità residente nel comprensorio fiorentino. Lo Sportello Unico Disabilità è in via del Sansovino 176, Firenze tel. 055 7392748 - fax 055 7392879 - email: sud@misericordia.firenze.it

Gli operatori dello sportello ricevono il **lunedì dalle 9.30 alle 15.30** e il **giovedì dalle 9.30 alle 15.30** con orario continuato. Nei giorni di chiusura sarà in funzione una segreteria telefonica.

CONVEGNI

I TUMORI MAXILLO-FACCIALI: IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELLA AOU CAREGGI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

FIRENZE, 22 Maggio 2014

- 21.00 Epidemiologia dei tumori maxillo-facciali e clinica delle lesioni precancerose (*G. Spinelli*)
- 21.15 Neoplasie del distretto maxillo-facciale: aspetti Istopatologici (*D. Massi*)
- 21.30 Neoplasie del Massiccio Facciale: ruolo della Diagnostica per Immagini (*M. Bartolucci*)
- 21.45 Nuove prospettive nel trattamento chemioterapico dei tumori testa-collo (*F. Di Costanzo*)
- 22.00 Ruolo della radioterapia nelle neoplasie maxillo-facciali (*F. Paiar*)
- 22.15 Discussione interattiva dei casi clinici (*G. Spinelli, D. Massi, M. Bartolucci, F. Di Costanzo, F. Paiar*)
- 22.30 Il percorso diagnostico-terapeutico della AOUC per i tumori Maxillo-Facciali (*G. Spinelli*)
- 22.45 Conclusioni

Alle ore 20.00 sarà offerto un cocktail di benvenuto

INGRESSO LIBERO

INFO: fraarcuri@libero.it

CULTURA ONCOLOGICA - CENTRALITA' DELLA COMUNICAZIONE

Venerdì 12 settembre 2014 ore 15,30-18,30

Sala delle Miniature (Palazzo Vecchio)

Introduce e Modera: Prof. Gianni Amunni, direttore ISPO ITT - Partecipano: K. Ferrari, *oncologa polmonare AOUC*, L. Fei, C. Francois, R. Mediat, D. Carmi Bartolozzi, *Presidente FILE*, A. Peirano *Presidente LILT*, J. Lanini, *psicologo FILE*, G. Franchi, *psicologa LILT CeRiOn*, M.G. Muraca, *riabilitazione oncologica ISPO CeRiOn*, L. Leoncini, ATT. Ingresso libero. Info: c.francois@misericordiarifredi.org. Info: 333.1324807

VIOLENZA DOMESTICA

Giovedì 12 giugno alle ore 20 l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze organizza in convegno dal titolo Il medico di medicina generale e la violenza domestica. Dalle ore 19.30 verrà offerto un light dinner. Ingresso libero ma si prega di inviare una domanda di iscrizione a: relazioniesterne@ordine-medic-firenze.it, con oggetto: **Violenza domestica**. Info: tel. 055.496522 int. 3.

Interazione pompelmo e farmaci

Una delle sostanze contenute nel succo di pompelmo, la naringina (quella che gli conferisce il tipico gusto amaro), interferendo in senso inibitorio con enzimi che intervengono nella metabolizzazione dei farmaci (nello specifico, il sistema microsomiale intestinale CYP3A4, coinvolto nel metabolismo del 50% dei farmaci più comunemente prescritti → significativa riduzione del metabolismo presistemico del farmaco e quindi maggiore concentrazione del farmaco nel sangue) è in grado di aumentarne biodisponibilità ed effetto.

I farmaci a rischio sono quelli somministrati per via orale, che hanno biodisponibilità da media a bassa ed elevato metabolismo di primo passaggio (vengono cioè metabolizzati nel tratto gastrointestinale dall'isoenzima); se poi il medicinale implicato ha una ridotta finestra terapeutica gli effetti avversi dell'interazione possono essere anche gravi.

Questa interazione interessa numerosi farmaci, ad esempio:

- calcio-antagonisti (nifedipina, amlodipina, felodipina, nicardipina, nimodipina → ipotensione, tachicardia)
- antistaminici (terfenadina, astemizolo → aritmie ventricolari poten-

zialmente fatali, prolungamento del QT, torsione di punta)

- benzodiazepine (midazolam, triazolam → eccessiva sedazione)
- immunosoppressori (ciclosporina e tacrolimus → danno renale)
- alcune statine (atorvastatina, lovastatina, simvastatina → danno muscolare fino alla rhabdomiolisi)
- antiepilettici (carbamazepina → sonnolenza, atassia)
- antidepressivi (clomipramina, sertralina)
- ansiolitici (diazepam, buspirone).

Da non sottovalutare anche carvedilolo, amiodarone, estrogeni, azoli, antivirali, losartan, metilprednisolone, anticoagulanti orali (il succo di pompelmo sembra inibire in maniera significativa anche l'isoforma CYP1A2, implicata nel metabolismo del warfarin), ipoglicemizzanti orali, budesonide, sildenafil.

È IMPORTANTE TENERE A MENTE CHE:

- non servono dosi esageratamente alte di questo frutto: basta un bicchiere (200-250ml!!!);
- non è necessaria l'assunzione contemporanea di farmaco e succo di pompelmo perché l'emivita stimata

degli effetti di un bicchiere di succo è di circa 12 ore, con le dovute variabilità individuali, ma l'inibizione del citocromo può protrarsi anche fino a 24-72 ore; i livelli intestinale dell'isoenzima possono essere ridotti di quasi il 50% entro un paio d'ore dall'assunzione del pompelmo; entro 4 ore avviene una riduzione della concentrazione effettiva del CYP3A4, con effetti che durano da 24 a 72 ore, così anche se si ritarda di diverse ore la somministrazione del farmaco, l'interazione è ugualmente significativa e per essere davvero sicuri di non incorrere in effetti indesiderati dovrebbero trascorrere 72 ore tra l'assunzione dei due composti. È comunque sempre meglio sconsigliare il succo di pompelmo come veicolo per assumere farmaci.

DA: Curiosità ... et al ... a cura Dr.ssa Anna Fedi, medico tirocinante II° anno Corso Formazione Specifica in medicina generale sede Firenze.

VobisNewSLetter Anno III-n. 19-gennaio2014 a cura di Paola Mandelli, Saffi Giustini, "Gino" Santoiemma, Lù Zinni. Redazione Paolo Giustini - <http://vobisnewsnet.blogspot.it/>

Via al Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo sanitario elettronico sarà prestissimo una realtà in tutte le regioni. La Stato-Regioni ha appena approvato lo schema di Dpcm che era il tassello mancante al suo decollo e per ora sono quattro le regioni che hanno centrato l'obiettivo che promette miliardi di risparmi: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Trentino. Nel Fse è previsto un cosiddetto "nucleo minimo" di dati e documenti uguali per tutti che contengono oltre i dati identificativi e amministrativi dell'assistito, i referti, i verbali di pronto soccorso, le lettere di dimissione, il profilo sanitario sintetico, i dossier farmaceutici e anche il consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti. Poi, una serie di documenti integrativi arricchiranno il Fse dipendenti da scelte regionali. Si tratta in questo caso della descrizione e dell'annotazione di tutte le prescrizioni (specialistiche, farmaceutiche ecc.) ricevute dall'assistito e anche delle prenotazioni (specialistiche, di rico-

vero ecc.) e delle cartelle cliniche. Inoltre il Fse potrà contenere anche i bilanci di salute, i riferimenti all'assistenza domiciliare e la scheda, i programmi e la cartella clinico-assistenziale dell'assistito. Previsto uno spazio anche per i piani diagnostico-terapeutici, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, le schede multidimensionali di valutazione, nonché i dati sull'erogazione farmaci, le vaccinazioni. Per la tutela della privacy, il Dpcm prevede anche dati su cui si dovrà mantenere in modo più rigido l'anonimato ovvero quelli sanitari e socio-sanitari disciplinati dalle disposizioni normative a tutela delle persone sieropositive, delle donne che si sottopongono a un'interruzione volontaria di gravidanza, delle vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia, delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, delle donne che decidono di partorire in anonimato, nonché dei dati e documenti riferiti ai servizi offerti

dai consultori familiari. Questi potranno essere visibili solo su esplicito consenso dell'assistito e se questo dovesse decidere di ricorrere alle prestazioni in anonimato, non è ammessa l'alimentazione del Fse da parte dei soggetti che erogano le prestazioni. Il Fse vuole migliorare l'assistenza al paziente, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, e di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni del medico, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza. Il fascicolo sanitario elettronico ha tra gli obiettivi quello di fornire ai medici, e più in generale ai clinici e agli operatori del territorio, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini, e rappresenta il punto di aggregazione e condivisione delle informazioni e dei documenti clinici che riguardano il cittadino, generati dai vari attori del sistema sanitario.

CONVENZIONI

AUDIBEL SRL

Audibel è un'azienda leader nella distribuzione di apparecchi acustici, conta ad oggi 60 centri acustici sul territorio nazionale di cui 32 presenti capillarmente sul territorio toscano. La filosofia di Audibel può essere riassunta in due parole chiave: ASCOLTO e COMPETENZA al servizio dei propri pazienti. Audibel si avvale infatti di audioprotesisti esperti in modo da fornire una consulenza tecnica qualificata e personalizzata in un'ottica di piena soddisfazione del paziente • **I servizi Audibel:** Test gratuito dello stress uditivo - Prova gratuita dell'apparecchio acustico senza impegno d'acquisto - Forniture ASL/INAIL - Assistenza a domicilio - Possibilità di pagamenti rateizzati e personalizzati • **SCONTO DEL 20% SU TUTTO IL LISTINO ACQUISTI,**e Audibel A2 Tinnitus • Per informazioni e contatti: d.ssa Rita Silei 340 91 39 807 - rita_silei@audibel.it

ARGENTI CENTOSTELLE GIOIELLI

Vasto assortimento di articoli regalo e complementi per la casa, bomboniere, liste di nozze, gioielli. Via Centostelle 1/2 - Firenze - Tel. 055/6121260. (10% DI SCONTO SU TUTTI GLI ARTICOLI).

EASY TECH GROUP IT solution & consulting, di Giannozzi Sandra e Sabatini Francesco

Offre servizi di assistenza su pc, mac e notebook multimarca, assistenza tecnica a domicilio, consulenza informatica, reti, server e storage, vendita Pc, Notebook e periferiche, assemblaggio pc personalizzati, recupero dati da supporti danneggiati, assistenza software, editing per la stampa e servizi web, seo, corsi avanzati riservando uno sconto del 10% a tutti gli iscritti agli albi medici della Toscana, nonché ai dipendenti degli Ordini dei Medici della Toscana, previa esibizione del tesserino di iscrizione. Via P. Calamandrei n. 5 a Scandicci. Tel. 055.2590236.

Una vacanza intelligente

Ville in Italia offre una selezione di ville di prestigio, dimore storiche e affascinanti casali nei luoghi più belli e esclusivi d'Italia. Il piacere e il privilegio di riservarsi un ambiente e un'ospitalità speciale. L'Italia più bella è un privilegio privato.

Ville in Italia offre agli iscritti agli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della toscana uno sconto pari al 10% sui prezzi da catalogo per l'affitto di una proprietà nelle zone più famose d'Italia.

Per contattare e-mail: booking@villeinitalia.com - www.villeinitalia.com - Tel.: 055 412058.

BACHECA

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

PRONTO DOTTORE? ...

Pubblichiamo alcuni stralci delle tragicomiche odissee dei pazienti che ogni giorno telefonano ai centralini degli ospedali toscani. Gli autori raccontano con ironia come le persone comuni cerchino di accostarsi a un linguaggio spesso distante o poco comprensibile come quello dei medici.

Uomo: Pronto? Vorrei un appuntamento con Dermatologia. Per un fungo sotto al piede che ho preso in ospedale, quando ero ricoverato per una bronco-polmonite. Che avevo sempre preso in ospedale, quando ero in ortopedia per un ginocchio che mi ero rotto. E anche quello me l'ero rotto in ospedale, quando ero ricoverato in urologia per via di un rene. Lì avevo preso anche la legionella, sempre lì in ospedale. I problemi ai reni invece li avevo per via di un farmaco che avevano sbagliato a darmi in neurochirurgia, quando mi ero operato a una vertebra. Lì mi venne anche l'acqua in un orecchio, va be'...è un'altra storia... L'unica cosa per cui non c'entrate voi in pratica è la vertebra, che mi ero incrinato a sciare. E neanche da me, mi era venuto addosso uno, uno di una gita scolastica. Pensi se quel giorno ero stato a casa quanti ricoveri mi risparmiavo...

Uomo: Dottoressa, glielo dica lei, alla mi' famiglia! Qui fumano tutti! Tutti meno io! Brutti assassini, se continuate a fumare mi farete venire un cancro da riporto!

Uomo: Pronto? Dé, mi senti? Chiamo da Livorno, senti, e telefono perché devo sfissa' 'na visita cor professore. E 'na visita che un va proprio fatta, proprio non se ne parla.

Operatrice: Non vuole più farla?

Uomo: No, non si fa e amen. Ti dò 'r mi' nome?

Operatrice: Certo, aspetti un secondo, cerco... Ma come mai vuole disdire, non ha più sintomi?

Uomo: No, bella. Non c'ho più sor-di. Non me la posso permettere'. Un si fa e amen.

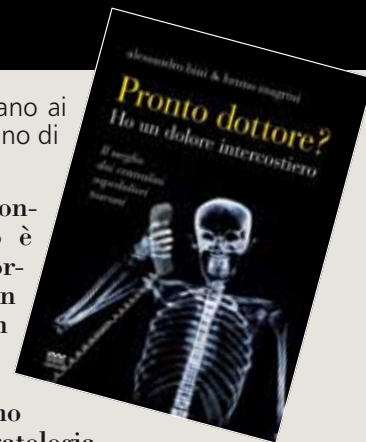
Operatrice: Capisco.

Uomo: Dé, capisco anch'io, e 'nfatti amen lo diho per me.

Donna: Pronto? Mio zio è stato deportato da un reparto a un altro. Ora mi sembra che l'abbiamo messo in Fegatologia.

Donna: Pronto? Telefono qui per mio genero, sta male, sta tanto male. Io non c'ho tanta confidenza, ma lo vedo nervoso, è sempre alberato. Forse perché soffre. Io penso che c'abbia delle coliche apatiche. Però non si fidi, eh, perché io non sono molto afferrata.

Donna: Pronto? Possibile? Mi ha detto lo specialista che sono allergica ai polli nell'aria!





Adenuric[®]

(febuxostat)



Manfredo Fanfani

LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

L'uso della forchetta fu vera igiene,
purezza di stile conviviale,
simbolo del potere, o "instrumentum diaboli"?

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

Una copia della pubblicazione può essere richiesta a info@istitutofanfani.it