



ToscanaMedica

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



Ripensare l'Alzheimer: una nuova sensibilità per nuove prospettive

A. Bavazzano, N. Marchionni, M. Matera,
E. Messina, M. Piccininni, S. Sorbi, M. Ucci

Apnea ostruttiva nel sonno

A. Sanna, I. Archinucci, G. Basetti-Sani, P. Goti,
A. Melani, M. Pagni, C. Ronchi, G. Vilella, R. Vincenti

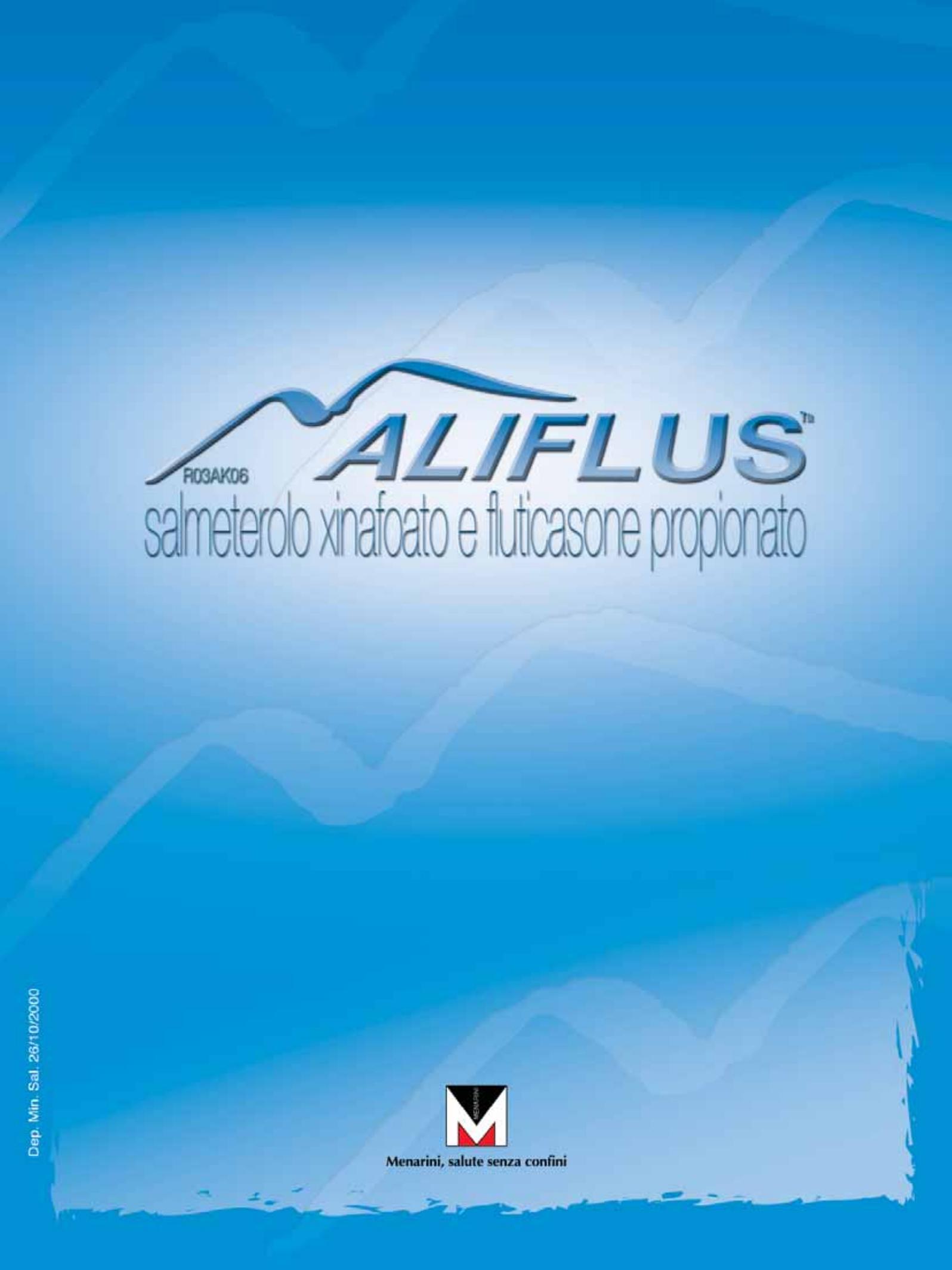
La continuità assistenziale nel malato critico

V. Verdiani, F. Pieralli, V. Vannucchi, R. Spina,
G. Cianchi, A. Peris, C. Nozzoli

La procreazione medicalmente assistita

C. Livi, I. Noci

N° 5 MAGGIO 2010



FD3AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Un podestà nel Museo del Bargello
F. Napoli 4

EDITORIALE

- Vecchi baroni e nuovi dirigenti
A. Panti 5

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Ripensare l'Alzheimer: una nuova sensibilità per nuove prospettive
A. Bavazzano, N. Marchionni, M. Matera, E. Messina, M. Piccininni, S. Sorbi, M. Ucci 6
- Alzheimer: un problema umano sempre più grave
A. Panti 13

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Nonna, nonna dove sei? Il bambino e l'Alzheimer
G. Cipriani 14
- La riqualificazione del Centro Diurno e dei Nuclei Alzheimer nella AUSL 11 di Empoli
A. Notarelli 15
- La depressione è una malattia cronica?
G. Corlito 17
- L'intervento psicoeducativo familiare nei centri di salute mentale
F. Bardicchia e coll. 18
- La continuità assistenziale nel malato critico
V. Verdiani e coll. 20
- L'inabilità al lavoro
D. Lepore e coll. 24
- L'ambulatorio di prevenzione oncologica dermatologica del CALCIT: un bilancio
L. Salimbeni e coll. 26
- Il Punto Unico di Accesso della AUSL 11 Empoli dal 2002 al 2009
P. Salvadori e coll. 37

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

- Tumore del colon per sottosede
A. Caldarella e coll. 28

REGIONE TOSCANA

- 1999-2008 - Dieci anni di governo clinico in Toscana
M. Bailo 29
- La procreazione medicalmente assistita
C. Livi, I. Noci 32
- "Io sto bene" 36

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- L'opera d'arte, un mezzo mediatico che coniuga bellezza, cronaca ed emozioni
M. Fanfani 39

RICERCA E CLINICA

- Apnea ostruttiva nel sonno
A. Sanna e coll. 43
- Nuova tecnica di artrodesi intervertebrale lombo-sacrale percutanea, mini-invasiva, Axialif (Trans 1)
A. Sancin e coll. 45
- Controllo dei fattori di rischio cardiovascolare nei pazienti con diabete mellito tipo II
M. Venturini e coll. 48

SANITÀ NEL MONDO

- La storica vittoria di Obama
G. Maciocco 51

LETTERE AL DIRETTORE

- Libertà e anarchia a proposito di un editoriale di Toscana Medica
S. Baglioni 55
- La responsabilità del medico ed il rischio della medicina difensiva
P.L. Duvina 55

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi 60



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXVIII n. 5 - Maggio 2010
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
"Al Girone" di Giovanni Guidi - Collezione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2009 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti
Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi

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

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

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

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

Gli articoli:

- devono avere una lunghezza massima di 6.000 battute spazi inclusi (2/3 cartelle) compresa l'iconografia. Le "lettere al direttore" non devono superare le 3.000 battute;
- i titoli devono essere brevi;
- non devono avere un taglio classicamente scientifico, ma essere il più possibile divulgativi;
- non devono contenere la bibliografia, ma solo l'indirizzo email a cui è possibile richiederla;
- devono riportare per esteso nome, cognome dell'autore, la qualifica e la provincia di provenienza;
- devono essere inviati via email all'indirizzo: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it e riportare un numero telefonico ed un indirizzo postale di riferimento utile per la redazione;
- vengono pubblicati in ordine di data di arrivo;
- non devono contenere acronimi.

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.



Un podestà nel Museo del Bargello

All'inizio è stato il palazzo del Capitano del Popolo, poi il palazzo del Podestà; quindi, la sede del Bargello e dei suoi birri; infine, luogo ove bruciare gli strumenti di tortura dopo la soppressione della pena capitale in Toscana.

Oggi, il Bargello è Museo Nazionale, non alimenta più detti popolari quali *Scansare i birri e dare nel Bargello*, piuttosto raccoglie oggetti provenienti in origine dalle collezioni medicee, nel tempo arricchiti di altre presenze; è sede di una raccolta di bronzetti d'epoca prima in Italia, propone numerosi dipinti su tavola di epoca genericamente medioevale, ospita concerti, presenta prestigiosi restauri (il *David* del Verrocchio, ad esempio).

Ciò non toglie che vi si possa trovare anche arte islamica, oggetti raffinati della bottega medioevale degli Embriachi, posate e coltelli da caccia, strumenti scientifici, serrature, armi, sculture in legno, scacchie-

re ed oggetti in osso.

Tutta questa lunga articolata storia e ciò che l'ha favorita e fatta sviluppare viene ora narrata da una mostra - *Il metodo e il talento* - che ripercorre l'inizio dell'allestimento museale del Bargello, av-

venuto sotto la guida del suo primo direttore, il pisano Igino Benvenuto Supino.

Presente alla guida della struttura dal 1896 al 1906, Supino svolse una intensa attività museografica effettuando (1898) la prima catalogazione completa di quanto esposto nella struttura fiorentina, avvalendosi in questo anche di un sempre più ricco archivio fotografico usato a livello documentale (qui comprendendo l'importanza nelle fasi di studio e catalogazione del mezzo fotografico), immagini in parte anche di proprietà personale, poi negli Anni Cinquanta del Novecento donato dai suoi eredi alla Università di Bologna che lo aveva visto docente dal 1908.

Ma l'antico direttore fu anche attento alla conservazione come alla valorizzazione delle arti minori, fu divulgatore di temi storici inerenti il mondo dell'arte e non solo visiva, risultando in contatto diretto con autori quali Pascoli, Carducci, D'Annunzio. Nella mostra - curata da Beatrice Paolozzi Strozzi con la collaborazione di Silvio Balloni e di Ilaria Ciseri - compare quanto sopra indicato sia attraverso documenti (lettere, foto, pubblicazioni varie, corrispondenza), sia mediante alcuni quadri, come quello di Fattori donato a Supino - compare una parte della corrispondenza intercorsa fra i due -, altri di Corcos e Nomellini, con altrettanti ritratti del primo direttore del Bargello.

Questi, poi, fu anche disegnatore caricaturista e pittore lui stesso, seguendo ora la macchia ora spunti simbolisti: così, fra le tante sale allestite con le opere di Michelangelo come con le armi provenienti dalla Collezione Resson, arricchite dal ritratto presunto di Dante rintracciabile nella folla affrescata dalla bottega di Giotto nella cappella del palazzo o dalle sculture di Donatello e Filippo Brunelleschi, scorre la storia di un periodo a cavallo di due secoli - il XIX e il XX - ricco di avvenimenti storici, stilistici, economici e culturali, legato ad un ambiente fiorentino ricco di stimoli neogotici con la presenza di personaggi diversi, dal pittore austriaco Bochlin al collezionista inglese Stibbert agli antiquari italiani Bardini e Volpi.

In questo clima, spicca l'atteggiamento assunto da Igino Benvenuto Supino *artista, funzionario di museo, studioso e docente universitario* - come scrive Cristina Acidini -, testimone di una valenza personale spesa in vari settori, ma tutti convergenti alla valorizzazione di un patrimonio artistico a lui affidato dallo Stato.

**Il metodo e il talento:
la nascita del Museo del Bargello**

Fino al 6 giugno 2010

Orario: 8,15 - 17,00 - Chiuso 1°-3°-5° domenica e 2°-4° lunedì del mese - 1° maggio



Palazzo Bargello a Firenze intorno al 1870 (Foto di G. Brogi). Il palazzo oggi ospita il Museo Nazionale del Bargello, famoso per le collezioni di sculture. Alcune opere di Michelangelo, Donatello e Verrocchio (e tanti altri) sono esposte qui.



Vecchi baroni e nuovi dirigenti

ANTONIO PANTI

Tempo fa un giovane collega ospedaliero mi pose una serie di questioni in parte professionali in parte sindacali. Volendo aiutarlo gli proposi un incontro con i dirigenti della sua ASL che egli rifiutò categoricamente sostenendo che questi sono i “padroni” (sic) e che non poteva accettare incontri collegiali con chi sta dall'altra parte della barricata. L'episodio mi ha ricordato i rapporti di noi giovani con i “primari” di allora, quei “baroni” autorevoli e autoritari che dominavano con un cenno la medicina.

Il rapporto “gerarchico”, fondato sull'autorevolezza del primario e sul merito, più o meno presunto ma riconosciuto, era funzionale anche se fortemente stringente. Una sorta di feudale vasallaggio che non impediva, anzi presupponeva, il senso della comune appartenenza. La categoria professionale “medico” esisteva nei fatti e vi era tra i medici un comune sentire. Oggi non è così. La sanità è, a detta degli stessi economisti, l'impresa più complessa del mondo; richiede un'organizzazione aziendale che ora è assai lassa ma che, nel tempo, non potrà che diventare più rigidamente gerarchica, se la si vuol far funzionare al meglio nell'interesse dei cittadini. Per quanto si discetti sulle capacità di *leadership* dei dirigenti, necessità incontestabile per ottimizzare l'efficienza di qualsivoglia organizzazione umana, il nuovo “direttore” possiede più autorità che autorevolezza e più marcati meriti gestionali che professionali.

Quanto questa esigenza è compatibile con il senso di appartenenza che ha retto per secoli la “corporazione” e ne ha giustificato, nel bene e nel male, l'esistenza? I medici sono oggi una categoria univoca e unitaria? Ha senso ancora tenere un albo in ordine alfabetico, segno di assoluta uguaglianza tra colleghi?

Tutto ciò pone due questioni di “sociologia della medicina”. Sempre più l'incertezza probabilistica della medicina moderna rende in qualche modo “comprensibili” gli errori professionali mentre

non consente smagliature gestionali. L'anarchia che ha finora caratterizzato le organizzazioni sanitarie non potrà che affievolirsi e scomparire. O si sta entro le regole o si esce dal sistema, pubblico o privato che sia. La vera indipendenza del medico si concretizza a letto del malato, nella diagnosi e nella scelta della terapia, non nell'autarchia organizzativa.

L'altra questione consiste in una nuova collocazione del medico che, oggi, serve tre padroni, uno in più di Arlecchino. Il primo è il paziente, alleato e signore del consenso, non più mero esecutore degli ordini del curante; il secondo è la scienza, che consente poco spazio all'esperienza singola, all'invenzione non sorretta da dati obiettivi, da protocolli, linee guida, percorsi assistenziali, nonostante il revival della medicina narrativa; il terzo è l'amministrazione, con cui si contratta il budget nell'interesse dei propri pazienti e che detta le regole dell'organizzazione del servizio.

La medicina è una scienza praticata come arte della relazione col singolo; una struttura sociale che impegna il rapporto sia con la persona che chiede aiuto che con la collettività dei pazienti. Forse sono troppe le tensioni che il medico sente intorno alla propria professione. Troppi problemi insieme generano burn out e minano il senso di appartenenza categoriale. Ci potrà salvare la comune deontologia?

Una considerazione finale: il dirigente oggi deve possedere insieme il potere gerarchico e la vecchia autorevolezza professionale, due cose poco conciliabili. È necessario separare la carriera professionale da quella scientifica, con tutti i rischi connessi a questa operazione? Ipotesi per un futuro accidentato e complicato, ma come compattare la categoria? La questione sembra più viva nella medicina extraospedaliera, laddove l'organizzazione sanitaria è più vaga e indefinita. Forse manca semplicemente maggiore certezza di ruolo.

TM



Ripensare l'Alzheimer: una nuova sensibilità per nuove prospettive

TOSCANA MEDICA – Iniziamo la discussione illustrando l'epidemiologia ed i costi, umani e sociali, della malattia di Alzheimer (MA).

SORBI – Le demenze, al cui interno rientra anche la MA, colpiscono circa l'8-9% delle persone ultrasessantacinquenni, vale a dire più o meno il 20% della popolazione italiana secondo il censimento 2008. La situazione di Firenze in questo senso appare proporzionalmente peggiore rispetto al resto di Italia, avendo la nostra città una percentuale di circa il 27% di abitanti con età superiore ai 65 anni. In linea di massima si stima che nel nostro Paese il numero dei soggetti affetti da qualche forma di demenza si avvicini di molto alla strabiliante cifra di un milione, con quasi la metà delle forme rappresentata dalla MA. Queste cifre, considerato il notevole aumento della vita media, non potranno ovviamente che aumentare nel corso dei prossimi anni.

MARCHIONNI – I dati riportati adesso dal prof. Sorbi fotografano una emergenza che oltre ad essere di natura strettamente medica lo è, anche e forse di più, di natura sociale. Infatti, secondo i dati elaborati dal Censis i familiari dei pazienti con MA spendono in media ben 13 ore al giorno per l'assistenza, con enormi costi gestionali sia diretti che indiretti. È stato inoltre dimostrato in maniera statisticamente significativa che i care-givers di questi malati finiscono per sviluppare una serie di malattie sia fisiche che psicologiche legate allo stress assistenziale protratto negli anni.

BAVAZZANO – In Toscana ad oggi le persone affette da demenza e conosciute ai servizi sanitari sono circa 32.000, anche se il numero complessivo dei malati, considerando coloro che non hanno ricevuto

una diagnosi e quelli non ancora identificati, si attesta verosimilmente intorno alle 60.000 unità.

ANTONIO BAVAZZANO¹, NICCOLÒ MARCHIONNI²,
MANLIO MATERA³, EMANUELE MESSINA⁴,
MARISTELLA PICCININNI⁵, SANDRO SORBI⁶,
MAURO UCCI⁷

¹ Coordinatore del Centro Disturbi Cognitivi della Regione Toscana

² Ordinario di Geriatria all'Università degli Studi di Firenze

³ Vice Presidente di AIMA Nazionale (Associazione Italiana Malattia di Alzheimer) e Presidente di AIMA Firenze

⁴ Medico di Medicina Generale a Firenze

⁵ Coordinatrice Ambulatori per i Disturbi Cognitivi della Asl di Firenze

⁶ Ordinario di Neurologia all'Università degli Studi di Firenze

⁷ Medico di Medicina Generale a Firenze

MATERA – I numeri adesso ricordati acquistano maggiore significato se vengono letti in un contesto più ampio. In particolare, secondo dati dell'ISTAT, elaborati dal CENSIS, in Italia esistono oggi circa 2.700.000 casi di non autosufficienza, rispetto ai quali il milione di persone affette da demenza rappresenta una percentuale davvero impressionante.

Un altro aspetto a mio parere molto importante è che la semplice conoscenza epidemiologica del numero dei casi di demenza in un determinato contesto (ad esempio i 60.000 della Toscana) in fondo serve a ben poco a chi deve organizzare l'assistenza al malato e il sostegno alla famiglia. Molto più utile sarebbe conoscere nel dettaglio la distribuzione dei casi rispetto ad alcuni parametri come il livello di gravità, la sintomatologia, le risorse familiari.

Oggi il tempo del "terrorismo" dei grandi numeri è passato e sempre maggiore appare la necessità di mettere in pratica interventi mirati ed efficaci.

TOSCANA MEDICA – Oltre alla MA, quale sono le altre forme che, come detto, comprendono circa il 50% di tutte le demenze?

SORBI – Un capitolo molto importante (circa il 20-25% di tutte le demenze) è rappresentato dalle forme vascolari, seguite da quelle associate a parkinsonismo (la più comune delle quali è la demenza a corpi di Lewy) e da quelle che modernamente vengono chiamate demenze lobar (frontali, temporali, l'afasia primariamente progressiva, la forma semantica ecc.).

Esistono poi manifestazioni cliniche molto più rare, come per esempio la paralisi sovrabulbare

PARTECIPANO

Antonio
BavazzanoNiccolò
MarchionniManlio
MateraEmanuele
MessinaMaristella
PiccininniSandro
SorbiMauro
Ucci

progressiva e la demenza cortico-basale.

La classificazione di queste malattie è in continua evoluzione e nuove forme vengono descritte con relativa frequenza per cui l'elenco che ho adesso riportato appare necessariamente incompleto, anche se rappresentativo delle forme di più comune riscontro.

MARCHIONNI – A completamento di quanto detto adesso dal prof. Sorbi vorrei ricordare che in alcuni casi le singole entità nosologiche finiscono quasi per sovrapporsi, come può avvenire ad esempio nel caso di forme miste alzheimeriane-vascolari. Que-

sto potrebbe anche avere una ricaduta positiva in termini di prevenzione nel senso che un buon controllo dei fattori di rischio cardiovascolare potrebbe, una volta comparsa la demenza, limitarne i danni complessivi. Fondamentale appare in questa ottica l'intervento della Medicina Generale.

SORBI – È stato infatti dimostrato che la prevenzione cardiovascolare incide fortemente sull'età di comparsa della demenza, nonché sulla sua gravità clinica e progressione: evidente la ricaduta sulla prognosi a distanza delle forme miste.

BAVAZZANO – La diagnosi precoce quindi anche in questo campo, appare di capitale importanza. La demenza può essere sospettata, cercando di non banalizzare la comparsa delle prime manifestazioni della malattia, limitandosi a considerare i fenomeni età-correlati causati dall'inevitabile scadimento delle capacità intellettive del soggetto. Purtroppo però è esperienza comune che i casi che arrivano all'osservazione dei Servizi sanitari sono per lo più in avanzato stato di progressione clinica, con necessità di interventi generalmente di carattere socio-assistenziale piuttosto che medico vero e proprio.

TOSCANA MEDICA – *Tornando alla MA, esiste qualche novità eziologica di rilievo?*

SORBI – In linea di massima nel corso degli ultimi 10-15 anni molte scoperte sono state fatte sia per quanto riguarda la MA che le altre forme di demenza, in particolare le fronto-temporali.

Molto è stato appreso dallo studio delle forme familiari che hanno permesso di identificare i geni causativi di alcune varianti ereditarie, sia per la MA (al momento 250 mutazioni di 3 geni diversi) che per le demenze fronto-temporali (per ora mutazioni ancora più numerose a carico di ben 5 geni). Questo senza dubbio è oggi il campo di maggiore interesse della ricerca che, tra l'altro, ha finito sostanzialmente per confermare l'importanza del processo di formazione della sostanza amiloide nella patogenesi della MA.

TOSCANA MEDICA – *Fatta salva l'importanza della precocità, la diagnosi di queste condizioni si basa ancora oggi solo sulla valutazione clinica del soggetto oppure fino a che punto ed in quali casi può venire utilmente integrata dalle nuove tecniche di neuroimaging? Si tratta di una questione che interessa molto da vicino i medici di Medicina Generale che quasi invariabilmente vengono per primi coinvolti nel processo diagnostico di questi malati.*

MARCHIONNI – Io penso che il ricorso alle tecniche di neuroimaging sia pressoché inevitabile per confermare il sospetto clinico di una qualche forma di demenza, soprattutto ai fini del differente approccio terapeutico che questo comporta.

La diagnosi precoce continua ovviamente a rivestire un ruolo di enorme importanza perché, oltre ad instaurare il prima possibile un'ideale terapia, consente anche alla famiglia di organizzarsi al meglio prima che la situazione precipiti ed il paziente cominci a rappresentare un vero e proprio problema spesso di assai difficile soluzione. I futuri care-givers cioè avranno il tempo per prepararsi psicologicamente a quello che li aspetta, per creare un ambiente ricco di stimoli per l'ammalato e per cercare le forme di supporto più adeguate alla propria condizione.

D'altra parte bisogna anche dire che ad oggi non disponiamo di evidenze certe ed attendibili per le quali una terapia iniziata precocemente, ad esempio con inibitori delle colinesterasi, sia davvero in grado di modificare radicalmente la storia naturale della malattia. Queste terapie, che da ormai qualche anno costituiscono comunque una sostanziale novità nell'approccio terapeutico alla MA, si sono dimostrate per il momento in grado di rallentare discretamente la velocità di progressione della malattia.

Certo è che in prospettiva futura la ricerca genetica potrebbe davvero portare a risultati straordinari e che molte aspettative sembrano essere riposte anche nei trattamenti adesso in fase di studio quali i vaccini specifici e gli inibitori della beta-secretasi.

PICCININNI – L'avvento di nuove opzioni terapeutiche in grado verosimilmente di modificare davvero la storia naturale della malattia, rende ancora più rilevante la valenza della diagnosi precoce. Questa viene per lo più raggiunta con una accurata anamnesi ed un'altrettanto approfondita valutazione neuropsicologica, integrata da metodiche di neuroimaging relativamente semplici come TAC cranio e/o RM encefalo. Solo in casi selezionati si può decidere di ricorrere ad indagini più sofisticate come PET e/o SPECT cerebrale.

TOSCANA MEDICA – *Quale è il ruolo della Medicina Generale nell'acquisizione della diagnosi?*

UCCI – Il compito del medico di base non è quello di sostituirsi allo specialista, cosa che del resto non



è mai accaduta. Nel caso della MA il rapporto privilegiato instaurato nel tempo con gli assistiti, pazienti e familiari, gli permette senza dubbio di cogliere in fase molto precoce le eventuali alterazioni del comportamento che potrebbero fare pensare ad una incipiente demenza. Tra l'altro per il suo ruolo nei confronti dei malati, il medico di famiglia si trova quasi invariabilmente a dovere comunicare il sospetto diagnostico o la diagnosi di certezza al diretto interessato, quando ancora in grado di capire, o ai suoi parenti con tutto quello che ne consegue in termini di sofferenza ed angoscia.

Vorrei inoltre rifarmi ad un intervento precedente del prof. Marchionni nel quale sosteneva che la MA colpisce un individuo ma finisce per interessare tutta una famiglia. Questo concetto per i medici di famiglia assume una valenza tutta particolare, proprio per i motivi che ho citato adesso. È infatti nostra comune esperienza assistere come in un nucleo familiare nel quale sia presente uno di questi malati aumentino in maniera molto significativa patologie sia di natura psicologica che organica. Si tratta infatti di situazioni di lunga durata che in moltissimi casi finiscono solo per essere medicalizzate, senza potere invece disporre di una rete di protezione, per il paziente e soprattutto per i familiari, fatta soprattutto di interventi di carattere socio-sanitario e non solamente medico.

PICCININNI – Purtroppo non sono totalmente d'accordo con il dottor Ucci perché, secondo la mia esperienza, succede con relativa frequenza che a livello di Medicina Generale non si abbia poi una così grande attenzione alla diagnosi precoce della malattia. Questo potrebbe dipendere in parte dalla convinzione che i farmaci di cui oggi disponiamo non siano davvero così efficaci ed in parte dalla tendenza, peraltro diffusa, ad imputare all'età i sintomi iniziali, che invece potrebbero consentire di individuare forme di demenza diverse dalla malattia di Alzheimer, come per esempio le demenze fronto-temporali. A questo atteggiamento consegue direttamente un ritardato invio dei pazienti agli specialisti di riferimento.

MESSINA – La Medicina Generale in senso lato ha dei grossi problemi ad affrontare la gestione dei pazienti con MA, essendo ancora oggi formata appunto solo da medici. Per potere offrire risposte concrete in questo campo deve per forza fare proprie le istanze del Chronic Care Model e trasformarsi realmente in Unità di Cure Primarie dotate di tante figure professionali in grado di supportare efficacemente il medico. Secondo me cioè vanno potenziati i servizi territoriali visto che in moltissimi casi questi malati vengono seguiti a domicilio, almeno da quando i servizi vengono a conoscenza della loro condizione.

MATERA – Concordo con il dottor Messina sulla necessità di intervenire a livello complessivo

sull'organizzazione dell'assistenza sociosanitaria per la demenza, riservando al medico di famiglia il ruolo centrale nella gestione della cronicità. Le altre figure sono importanti, ma il medico deve continuare a mantenere la centralità del proprio ruolo. L'AIMA continua a sostenere la necessità di lavorare sugli interventi di integrazione organizzativa e gestionale sia della Medicina Generale che di quella Specialistica, riconoscendo il diritto alla migliore cura per tutti i malati di demenza.

BAVAZZANO – Io penso che il medico di famiglia in molti casi di fronte ad una diagnosi di demenza si trovi ad essere fundamentalmente sfiduciato, dando forse l'impressione quasi di volere ignorare il problema. Questo atteggiamento però cambia non appena si trova coinvolto nella gestione del processo di diagnosi e cura, pressato dal paziente, se ancora cosciente, e dai familiari.

MATERA – La precocità della diagnosi, anche secondo l'esperienza dell'Associazione che rappresento, costituisce un aspetto veramente importante perché consente al paziente di appropriarsi in maniera adeguata di un problema che è tutto e solo suo. La comunicazione di una diagnosi tremenda come questa è ovviamente meglio che avvenga quando ancora le capacità cognitive del paziente sono il più possibile conservate, per evitare che la fragilità sia fisica che psicologica presente nelle fasi avanzate di malattia, abbia un impatto ancora più devastante sulla vita del malato.

Dare al malato una sua peculiare centralità significa anche difenderlo da tutti quegli atteggiamenti iperprotettivi, del tutto inutili rispetto alla scelta di un comportamento adeguato che gli consenta di mantenere il più a lungo possibile le sue capacità sia fisiche che mentali.

La diagnosi precoce inoltre permette alla famiglia di organizzarsi al meglio per imparare a gestire una situazione nuova, paurosa e sconosciuta, che in molti casi supera di molto le capacità di reazione dei diretti interessati. I familiari di un malato di Alzheimer devono cioè imparare ad acquisire nuove abilità e capacità relazionali che, come viene sottolineato anche nei modelli organizzativi sviluppati per la cura delle malattie croniche (Chronic Care Model), costituiscono il cosiddetto "self management" della disabilità, in questi casi necessariamente demandato al caregiver e non certo al malato in prima persona.

In altre parole, i familiari rappresentano una risorsa sia assistenziale che economica di enorme valore, anche se ovviamente devono essere il più possibile aiutati e supportati. Per questo, stiamo assistendo oggi ad un cambiamento metodologico e culturale molto significativo, da un'ottica di assistenza puramente "umanitaria" ad una visione più "tecnica" del problema, inserita in un sistema di cure ed interventi il più possibile mirati.

SORBI – Vorrei ricordare, ad integrazione di quanto detto adesso, che anche a Firenze, dove la metà degli ultrasettantacinquenni vive sola, sta purtroppo aumentando il numero di una classe di malati molto impegnativa, rappresentata dai dementi che non hanno famiglia. In questi casi è ovvio che tutto si complica, dalla diagnosi al ricorso ai servizi di assistenza, dalla presa in carico della disabilità alla sua gestione nella vita di tutti i giorni, dall'assistenza ospedaliera al tentativo di recupero delle capacità residue.

TOSCANA MEDICA – È vero che sarebbe stata dimostrata una riduzione di sopravvivenza nei caregivers di questi malati?

MARCHIONNI – Esistono numerose evidenze di un aumento di morbilità e mortalità tra i caregivers di pazienti affetti da demenza, che comprendono sia le tragedie degli omicidi-suicidi della cronaca (episodi che sono marcatori di disperazione, isolamento sociale ed inadeguatezza dei servizi), sia vere e proprie manifestazioni fisiopatologiche come la riduzione importante della risposta anticorpale alla vaccinazione antiinfluenzale riscontrata nei parenti che assistono malati con MA rispetto ai controlli. Questo stato di immunodepressione cronica potrebbe condizionare in parte, in questi soggetti, anche l'aumento di malattie infettive e tumorali.

MATERA – Il problema va inquadrato nel problema generale della compatibilità tra il lavoro di cura svolto da un familiare e la sua vita di relazione intrafamiliare, lavorativa e sociale. Non dimentichiamo che le problematiche che questi nuclei familiari si trovano ad affrontare determinano problematiche soggettive. Ad esempio, la necessità di prendersi cura del malato in tutte le attività della vita quotidiana, o di tenere il rapporto con le istituzioni ed i servizi di assistenza e cura, o ancora di far fronte a tutte le esigenze e responsabilità familiari può determinare un cambiamento di ruolo. I caregivers devono spesso occuparsi di cose delle quali magari in vita loro non si sono mai occupati (andare in banca, gestire le finanze familiari, seguire le scadenze di mutui e polizze di assicurazione, occuparsi di faccende domestiche, ecc.), con



una conseguente condizione di stress psicologico. In linea di massima, i familiari dei malati si impegnano molto al di sopra delle proprie possibilità, senza risparmiarsi, tanto che l'AIMA deve spesso invitarli ad avere maggiore comprensione e rispetto della loro vita e dei loro bisogni.

Un sistema realmente efficace di sostegno alle famiglie dei malati dovrebbe occuparsi sia delle loro necessità oggettive (competenze) che di quelle, altrettanto importanti, soggettive (malessere).

Oggi purtroppo i familiari sono, in molti casi, "isolati per competenze", cioè non sono adeguatamente supportati da professionisti del settore nell'affrontare le molteplici problematiche legate all'assistenza di una persona gravemente disabile, quali ad esempio l'incontinenza fecale o urinaria, i disturbi della nutrizione, la difficoltà ingravescente della deglutizione, l'ipomobilità, la fragilità della pelle e così via. La solitudine nella quale il caregiver affronta questi problemi finisce per incrementare in maniera esponenziale anche il suo isolamento sociale, con inevitabili ricadute su tut-

to il processo assistenziale.

Nei limiti delle sue possibilità, l'AIMA cerca di stare vicino ai malati ed ai loro familiari, attraverso la rete dei Centri di Ascolto Alzheimer, che svolgono funzioni di orientamento, consulenza e sostegno psicologico.

BAVAZZANO – I dati della Letteratura sottolineano il fatto che in molti casi i familiari vengono "scompensati" più dai problemi comportamentali del malato che dal suo progressivo decadimento cognitivo. Per cercare di ovviare a queste situazioni esistono oggi interventi di tipo non farmacologico che anche nella nostra Regione sono disponibili con relativa facilità. Si tratta in pratica di affidare i pazienti a dei servizi diurni, liberando da un lato le famiglie dalla necessità di un'assistenza continuativa nelle 24 ore e garantendo dall'altro al malato un processo, seppure parziale e non risolutivo, di contenimento del suo stato progressivo di decadimento cognitivo, secondo quanto dimostrato anche dal Prof. Marchionni in uno studio condotto

UNITÀ VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA) REGIONE TOSCANA

FIRENZE

AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

- Centro di riferimento regionale malattia di Alzheimer e disturbi cognitivi dell'adulto
Clinica neuro 1
Tel. 055415044
- Ambulatorio Demenze
Clinica neuro 1
Tel. 0557947027
- Ambulatorio Geriatria
Sod Cardiologia e Medicina Geriatrica
Tel. 0557949215
- Ambulatorio Geriatria
Sod Agenzia Geriatrica e Riattivazione
Tel. 0557947332

AZIENDA OSPEDALIERA 10 FIRENZE

Tel. 055 6577476

PROVINCIA FIRENZE

- Ospedale "Serristori" di Figline Val d'Arno
Tel. 055 9508213
- Distretto Asl 10 Borgo San Lorenzo
Tel. 055 8451503
- Distretto Asl 10 S. Francesco/Pelago
Tel. 055 83047236
- Distretto Asl 10 Sesto Fiorentino
Tel. 055 4498417

SIENA

- Azienda Usi 7 Siena
- **Zona Amiata Val D'orcina**
- Abbadia S. Salvatore, Tel. 0577 773301
- **Zona Siena**
- Siena, Tel. 0577/535909-535974
- **Zona Valdelsa**
- Poggibonsi, Tel. 0577 994072
- **Zona Valdichiana**
- Ospedale "Nottola" Fraz. Gracciano (Montepulciano), Tel. 0578 713631 - 713615

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

- Clinica Geriatrica
Polclinico Santa Maria alle Scotte
Tel. 0577 585518 - 233304
- Clinica Neurologica

Polclinico Santa Maria alle Scotte
Tel. 0577 585302

AREZZO

AZIENDA USL 8 AREZZO

Zona Arezzo

- Ospedale San Donato Arezzo
U.O. Neurologia
Tel. 0575 255228 - 254000
- U.O. Geriatria
Ospedale San Donato Arezzo
Tel. 0575 255500 - 254000

Zona Valtiberina

- Distretto Sanitario Sansepolcro
Tel. 0575 757864

Zona Valdichiana

- Ospedale Santa Margherita Fratta di Cortona
Tel. 0575 639500

GROSSETO

AZIENDA USL 9 GROSSETO

Zona Grosseto

- Ospedale Della Misericordia Grosseto
Tel. 0564/485487-485034

Zona Amiata

- Ospedale Civile Castel del Piano
Castel del Piano
Tel. 0564/914.506

Zona Colline Metallifere

- Ospedale S. Andrea Massa Marittima
Tel. 0566/909432

Zona Colline dell'Albegna

- Ospedale delle Colline dell'Albegna
Orbetello
Tel. 0564/869288

LIVORNO

- Centro U.V.A., Usi 6 c/o Rsa
Tel. 0586-852788
- Centro Uva, Ospedale Cecina
Amb. Geriatria, Tel. 0586614111
- Centro Uva, Piombino
Distretto Usi, Tel. 3295694257

PISA

- Centro U.V.A. Ospedale S. Chiara, Pisa
U.O. Neurologia, Tel. 050-992559

EMPOLI

- Centro U.V.A. Ospedale Nuovo, Empoli
U.O. Neurologia, Tel. 0571 705299

PONTEREDERA

- Centro U.V.A. Ospedale "Lotti", Pontederà
U.O. Neurofisiopatologia, Tel. 0587273821

MASSA CARRARA

- Ospedale Civico, Carrara
U.O. Neurologia, Tel. 0585657412
- Distretto Usi 1 Marina Di Carrara
Marina Di Carrara, Tel. 0585785745
- Distretto Usi 1 Carrara Centro
Carrara, Tel. 0585767500
- Distretto Usi 1 Avenza
Avenza, Tel. 0585858515
- Distretto Usi 1 Lunigiana
Aulla, Tel. 0187406105

LUCCA

- Ospedale Campo di Marte, Lucca
- U.O. Neurologia, Tel. 0583970282
- Ospedale Santa Croce
Castelnuovo Garfagnana (Lu)
- U.O. Neurologia, Tel. 0583669724
- Ospedale Versilia
Lido Di Camaiore (Lu)
- U.O. Neurologia, Tel. 05846059539

PISTOIA

- Ospedali riuniti, Pistoia
U.O. Geriatria, Tel. 0573353162/67

PRATO

- Ospedale Misericordia e Dolce, Prato
U.O. Neurologia, Tel. 0574434390
- Ospedale Misericordia e Dolce, Prato
U.O. Geriatria, Tel. 0574434663

a Pistoia. Considerando che la durata media della MA è circa 12 anni appare evidente che il ricorso alla istituzionalizzazione, anche di lunga durata, di questi pazienti deve essere considerato solamente in casi davvero selezionati. Bisogna cioè fare il massimo sforzo perché queste persone vengano assistite efficacemente a domicilio con l'ausilio di professionisti esperti (ad esempio infermieri preparati a questo tipo di lavoro) in stretto contatto con il medico di famiglia.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono oggi le opzioni farmacologiche per la terapia della MA?*

PICCININNI – Nel campo delle terapie per i disturbi cognitivi rientrano i farmaci inibitori delle colinesterasi (tra i quali il donepezil, la rivastigmina e la galantamina, in commercio ormai da diverso tempo), che agiscono sul sistema colinergico, che è il sistema neurotrasmettitoriale maggiormente deficitario nel soggetto con MA. Queste molecole, che in passato potevano venire assunte solo per os (in mono o duplice somministrazione giornaliera), sono oggi disponibili sotto forma di cerotto a formulazione transdermica. Questo ha consentito sia una maggiore compliance da parte dei pazienti o dei caregivers che una maggiore efficacia, poiché è possibile utilizzarli ad un dosaggio doppio rispetto a quello che viene utilizzato più frequentemente per os. Si tratta infatti di farmaci che, se somministrati per bocca ad alti dosaggi, possono causare effetti indesiderati importanti a carico del sistema gastroenterico, quali nausea, vomito, senso di peso epigastrico e diarrea; infine ricordo, tra gli effetti collaterali più frequenti, la bradicardia e le alterazioni della conduzione atrio-ventricolare.

Recentemente (luglio 2008) è stato resa disponibile a carico del SSN la memantina, antagonista non competitivo del recettore glutamatergico per l'N-metil-D-aspartato (NMDA). Si tratta di un farmaco prescrittibile nella malattia di Alzheimer con deficit cognitivo di grado moderato o grave, che ha un buon profilo di tollerabilità. Le più comuni reazioni avverse sono rappresentate da allucinazioni, confusione, vertigini, cefalea e spassatezza. Essa non ha effetti collaterali di tipo cardiovascolare, rappresentando così una alternativa agli inibitori delle acetil-colinesterasi laddove vi siano delle controindicazioni di tale natura.

MARCHIONNI – Certamente la rivastigmina per via transdermica ha rappresentato una significativa novità terapeutica degli ultimi anni e la sua buona accettazione da parte dei pazienti appare particolarmente utile per aumentare l'aderenza al trattamento, particolarmente in presenza di polipatologie che richiedono l'assunzione giornaliera di grandi quantità di altri farmaci per lunghi periodi di tempo.

Vorrei inoltre ricordare che proprio in questo periodo in Italia è in corso uno studio multicentri-

co randomizzato di fase 3 su un "vecchio" farmaco antistaminico, il dimebon, che avrebbe dimostrato nuove potenzialità nella terapia sia della corea di Huntington che della MA.

SORBI – Recentemente nel campo delle terapie cognitive hanno fatto la loro comparsa quelle cosiddette "causative", in grado cioè di intervenire sul decorso della malattia. Si tratta in pratica di anticorpi monoclonali umanizzati o di frammenti peptidici della sostanza amiloide somministrati allo scopo di stimolare un'immunizzazione attiva da parte dell'organismo del paziente. Anche a Firenze sono in corso degli studi in fase 3 su queste nuove opzioni terapeutiche che, se davvero efficaci, avrebbero lo scopo di rimuovere gli oligomeri del beta peptide dell'amiloide quando ancora non sarebbero in grado di interferire sul funzionamento delle sinapsi, agendo pertanto veramente a livello etiopatogenetico.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono invece gli interventi terapeutici per i disturbi di tipo comportamentale?*

PICCININNI – Questo tipo di approccio terapeutico deve necessariamente essere condotto a livello multidisciplinare, integrando terapie farmacologiche con quelle di tipo comportamentale. I farmaci più impiegati sono gli Inibitori selettivi del reuptake della serotonina e gli antipsicotici di prima e seconda generazione. Si tratta di molecole gravate dalla presenza di importanti effetti collaterali che devono per questo venire impiegate solo quando il disturbo del comportamento non è migliorabile con la messa in atto di strategie di tipo comportamentale e sotto stretto monitoraggio clinico.

Tra le opzioni non farmacologiche, il ricorso alle strutture diurne ricordate prima dal dottor Bavazzano, rappresenta senza dubbio una validissima alternativa, anche se non bisogna dimenticare che in molti casi l'accesso non è così agevole ed immediato e quindi esse non sono in grado di fornire una risposta tempestiva ai bisogni dei familiari.

TOSCANA MEDICA – *La terapia rappresenta però solo un momento del percorso globale di assistenza a questi malati. La sfiducia dei medici di famiglia di fronte a queste malattie ricordata in precedenza, potrebbe annoverare tra le sue cause anche tutte le criticità, soprattutto di carattere burocratico, che essi devono affrontare nel seguire simili situazioni?*

UCCI – Il sistema nel quale i medici di famiglia si trovano ad essere inseriti in molti casi non si adatta per niente alle esigenze dei malati. Intenzioni sulla carta realmente condivisibili in realtà hanno finito per rappresentare un ostacolo piuttosto che un vantaggio, come è successo ad esempio per le Unità di valutazione geriatrica che sembrano lavo-

rare piuttosto secondo proprie strade che a favore dei malati e dei loro familiari. Lo stesso si può dire per la defatigante attività amministrativa che serve per procurare ai pazienti presidi fondamentali come ad esempio i pannoloni dei quali hanno bisogno. In pratica quasi tutte le procedure che oggi dobbiamo seguire non aiutano certo la gestione di queste complesse situazioni.

Approfitto poi per dire alla dott.ssa Piccininni che l'attenzione dei medici di famiglia nei confronti di queste malattie non è mai venuta meno e che in moltissimi casi siamo proprio noi ad accorgersi che qualcosa non va: quello che invece ci manca è la scarsa accessibilità ai servizi di secondo livello ai quali affidare i nostri assistiti.

TOSCANA MEDICA – *Alla luce anche di quanto detto adesso dal dott. Ucci, quale è il quadro assistenziale della Regione Toscana?*

BAVAZZANO – Riuscire a quantificare in maniera esauriente i vari livelli di assistenza garantiti a questi pazienti appare al momento praticamente impossibile. Quello che si può dire è che al momento i servizi seguono in Toscana 32.000 persone con interventi che vanno da un'assistenza infermieristica settimanale a domicilio, fino al ricovero in strutture residenziali. Scorporare i risultati non è oggettivamente possibile visto che, ad esempio, ogni Azienda gestisce in maniera autonoma la situazione oppure che sono i Comuni ad occuparsi dell'assistenza sociosanitaria di questi pazienti. Ovviamente sarebbe molto meglio, e probabilmente più efficace, se esistessero delle norme precise da attuare a livello regionale, per evitare la presenza di realtà di eccellenza accanto ad altre meno efficaci.

MARCHIONNI – Ovviamente non si può che convenire sul fatto che essere conosciuti dai servizi aumenta la probabilità di ricevere un trattamento appropriato, mentre la disponibilità in Toscana dei Centri diurni per i soggetti con MA è drammaticamente insufficiente. In questo modo viene a mancare un fondamentale sostegno alla famiglia che con il passare del tempo finisce per logorarsi in maniera spesso irrecuperabile, senza contare che è stato ormai dimostrato che il ricorso a strutture ben organizzate permette di migliorare i disturbi del comportamento e ridurre il consumo di farmaci antipsicotici.

TOSCANA MEDICA – *Quale è il parere dell'AIMA a proposito della situazione toscana?*

MATERA – Dal 1998, da quando cioè è stato avviato il "Progetto Alzheimer", molte cose sono state fatte in Toscana. Ancora non è stata fornita una risposta definitiva al problema, però non si può negare che il governo regionale abbia dimostrato impegno e volontà. In effetti, sono stati creati servizi specifici

per le demenze, che integrano i servizi disponibili per le persone genericamente non autosufficienti. Nel quadro del Progetto Alzheimer, in Toscana, è stata realizzata una rete di una ventina di Centri Diurni Alzheimer, accogliendo le richieste avanzate dalle singole zone sociosanitarie (non da tutte per la verità), con una disponibilità media di 12-13 posti per Centro ed una disponibilità complessiva che, tenendo conto del turnover, raggiunge alcune centinaia di posti.

La questione più importante è quella di usare in rete tutte le risorse disponibili, secondo criteri di massima appropriatezza, come affermato dal dottor Ucci. Se, ad esempio, un malato trae un obiettivo beneficio dalla frequenza di un Centro Diurno Alzheimer, presentando un controllo soddisfacente dei disturbi comportamentali, può venire indirizzato ad altri servizi di assistenza che non gli impediscono di continuare il suo percorso di recupero.

Un modello organizzativo che non ha mantenuto le grandi aspettative è stato invece quello della assistenza domiciliare, sia perché oggettivamente costoso, sia perché, alla fine, è in grado di alleviare il carico assistenziale della famiglia soltanto per poche ore alla settimana. Iniziative simili possono avere una qualche possibilità di successo solo se collocate all'interno di una vera e propria rete assistenziale integrata. È il caso, ad esempio, del Centro Diurno Alzheimer di Prato (Narnali) che, dopo avere dimesso i propri pazienti, si attiva per garantire un progetto di assistenza domiciliare che segue la famiglia ed il paziente per un certo numero di mesi, aderendo ai bisogni del caso.

Un altro modello assistenziale che si è rivelato fallimentare è quello dei moduli o nuclei Alzheimer all'interno delle RSA i quali, ben presto, si sono trasformati in un sistema strutturato per garantire soltanto delle quote sanitarie maggiorate, finendo per ospitare, nella quasi totalità dei casi, persone con demenza in stato avanzatissimo di malattia, che avrebbero potuto trovare assistenza di qualità in un modulo base. Di fronte a queste situazioni, la posizione dell'AIMA è chiarissima: la Regione non si può permettere di pagare per servizi che non vengono forniti.

Noi siamo consapevoli che i servizi non possono oggi e non potranno forse mai prendere in carico il malato con demenza al 100% per tutto il percorso della malattia. La strategia da seguire è quindi quella di fornire risposte tempestive e appropriate alle situazioni di criticità che inevitabilmente si vengono a presentare nel decorso della malattia.

Due soli esempi di criticità, tratti dalla nostra esperienza quotidiana. Il primo: un malato di Alzheimer che viene ricoverato in ospedale per una broncopneumonia, una volta dimesso, generalmente, non riesce più a mangiare ed a camminare da solo perché è diventato suo malgrado protagonista dello scollamento completo esistente tra il rigore e le istanze dell'ospedale e le necessità complessive della propria condizione clinica. Il secondo: la

morte di un caregiver, che lascia improvvisamente solo un malato bisognoso di cure ed attenzioni tutte particolari.

Le situazioni di criticità, questa è la richiesta dell'AIMA, richiedono la massima integrazione tra tutti i soggetti della Rete dei Servizi, vale a dire il Distretto, i Medici di Famiglia, i Servizi Sociali, i Medici Specialisti, e quelli della Rete Sociale, le famiglie, le Associazioni di Tutela, ecc.

PICCININNI – Vorrei ricordare che purtroppo quando un paziente presenta un importante disturbo del comportamento l'accesso al Centro diurno non è così immediato come invece la situazione richiederebbe. Inoltre vorrei far presente che succede anche che il personale della struttura non possieda una formazione adeguata per gestire i disturbi comportamentali di un paziente con demenza.

Alzheimer: un problema umano sempre più grave

ANTONIO PANTI

Circa il 9% degli ultra 65enni è colpito, in modo più o meno grave, da una qualche forma di demenza, prevalentemente da Alzheimer. In Italia sono circa 1 milione i casi di demenza, con una sopravvivenza media di 12 anni; intorno a 60 mila casi in Toscana, la regione che ha con la Liguria il maggior numero di anziani. I malati conosciuti e assistiti dai servizi toscani sono circa 35 mila. Ciò significa che molti di questi pazienti, forse in una fase meno grave della malattia, non ricevono alcun sostegno pubblico. Si tratta di una vera emergenza sanitaria con gravissimi risvolti umani, se si pensa che il carico medio di assistenza dei familiari a questi malati è di circa 13 ore al giorno.

Tutto ciò provoca ingenti danni economici alla famiglia e un grave stress dei *caregivers* i quali, sembra, si ammalano più facilmente e muoiono più precocemente rispetto al resto della popolazione. Infatti si parla di "malattie della famiglia".

L'Alzheimer rappresenta da solo circa il 50% delle demenze. La rimanente multiforme casistica vede prevalere le forme vascolari o degenerative o parkinsoniane. Al di là della componente genetica, per quanti progressi siano stati fatti nello studio della eziologia dell'Alzheimer, ancora non vi è una teoria definitiva. Comunque è opportuno perseguire una prevenzione generale rispetto ai rischi primari e tenere sempre in allenamento il cervello. Infine è importante la precocità della diagnosi, sia per poter comunicare con il paziente quando ancora è possibile, sia perché i familiari organizzino una assistenza coinvolgendo i servizi sociali, sia perché le terapie farmacologiche raggiungono migliori effetti di rallentamento della progressione della malattia se sono somministrati precocemente.

Tuttavia le problematiche terapeutiche dell'Alzheimer sono legate all'efficienza del sistema assistenziale e del sostegno alla famiglia, nel tentativo di evitare l'isolamento della famiglia e il sobbarcarsi di competenze non sue. Oltre al sostegno in ausili e

presidi e in ore di assistenza infermieristica o domestica occorre un *counseling* per sopperire ai disturbi comportamentali del paziente.

Il sistema delle strutture intermedie per demenze, dai Centri diurni alle residenze per Alzheimer, per quando migliorato negli ultimi anni, mostra sempre molte falle. Il medico generale, che di solito per primo sospetta la diagnosi e che deve seguire il paziente, di intesa con lo specialista, per tutto il percorso della malattia, si trova di fronte a molteplici difficoltà, comprese quelle burocratiche e amministrative, che a maggior ragione gravano sulla famiglia.

Come sappiamo la terapia dell'Alzheimer non può far molto di più che rallentare la progressione della malattia. Oltre alle terapie comportamentali, relative ai disturbi oggettivi del paziente, molte terapie sono state tentate sul piano cognitivo. Nel gruppo più importante, quello degli inibitori della colinesterasi, è stato introdotto di recente un nuovo farmaco somministrato per via transdermica. Ciò garantisce una migliore *compliance* del paziente, la somministrazione di un dosaggio adeguato e minori effetti collaterali. Resta comunque il fatto che la consistenza e l'accessibilità dei servizi assistenziali rappresentano il problema maggiore, anche per l'appropriatezza della terapia caso per caso. Ecco quindi la necessità di linee guida cliniche e del completamento della rete assistenziale, quali priorità assolute anche in un servizio sanitario avanzato come quello toscano. Gli interventi debbono essere quindi prevalentemente mirati sulla organizzazione e sui servizi. Le Unità di Cure Primarie, che lentamente si stanno affermando, rappresentano senz'altro un passo avanti nell'assistenza a questi pazienti.

L'Alzheimer è un paradigma dei problemi della sanità moderna per la necessità di integrare in un'organizzazione sempre più efficace tutte le possibili risposte a queste situazioni drammatiche sul piano umano, sociale e sanitario.

TM

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



Nonna, nonna dove sei? Il bambino e l'Alzheimer

La Malattia di Alzheimer, irreversibile e progressiva, rappresenta la forma più frequente di demenza e, nel mondo occidentale, la quarta causa di morte fra gli adulti. Quando un membro della famiglia ne è colpito si verifica una situazione per molti versi devastante in cui tutti i rapporti familiari sono stravolti.

I bambini possono ricevere un notevole impatto negativo, come qualsiasi altro membro della famiglia, quando un loro caro si ammala di Alzheimer.

Guardare una persona amata e accorgersi che non ti riconosce è un'esperienza che può spaventare un adulto: figuriamoci un bambino! Diviene, dunque, un imperativo categorico fornire loro interessamento, rassicurazione, comprensione ed, in senso etimologico, compassione.

Nella difficoltà di chiarire le cose e con la speranza di proteggere i figli piccoli, alcuni genitori, invece di affrontare il problema in maniera semplice ed onesta, tendono ad eluderlo facendo finta che tutto vada bene, ma prima o poi i ragazzi si accorgeranno della realtà delle cose e sarà probabile che, a questo punto, elaborino dei sentimenti che spaziano dalla curiosità su come il nonno o la nonna sia stato colpito dalla malattia, al sentirsi in colpa per essersi comportati sgarbatamente con loro, alla gelosia e al risentimento per la persona malata che riceve particolari attenzioni e sottrae tempo che precedentemente era loro dedicato, alla preoccupazione che anche altri cari si ammalinino.

I più grandicelli potranno essere imbarazzati di fronte agli amici per alcuni comportamenti bizzarri messi in atto dal malato evitando di invitare a casa i loro coetanei oppure passando fuori gran parte del tempo libero.

Tutti questi stati d'animo sono normali.

Le ragioni per cui un ragazzo od un bambino dovrebbero sapere possono essere così schematizzate: essi percepiscono l'atmosfera di tensione che si vive in casa anche quando non sono stati messi al corrente dei fatti; il renderli edotti può rassicurarli; sebbene la notizia sia causa di stress, i ragazzi tendono a provare sollievo quando sono consapevoli che il comportamento dell'anziano è parte della malattia e non è rivolto contro di loro; il vedere come l'adulto si avvicina alle situazioni aiuta i giovani a fare tesoro su come affrontare le difficoltà e gestire le emozioni.

È utile spiegare che una malattia dementigena, anche se dà luogo a disturbi del comportamento, è una malattia come tutte le altre seppure non costringe al letto. Non c'è una maniera facile per illustrare ai bambini come si comporta ed agisce un malato di Alzheimer, ma con l'aiuto degli adulti essi possono iniziare a comprendere cosa sta succedendo e, magari,

possono partecipare ad alcune semplici pratiche di buon *care*.

Incoraggiare i ragazzi a fare domande dando loro delucidazioni semplici e corrette rappresenta una modalità di aiuto che viene loro offerta ed una possibilità di rinsaldare gli affetti e le relazioni in-

GABRIELE CIPRIANI

Referente ex Unità Valutazione Alzheimer (UVA), Viareggio

trafamiliari.

Sarà necessario chiarire come il comportamento del "nonno" sia espressione della malattia e quali cambiamenti si potranno presentare, rassicurarlo che il disturbo non è contagioso, fare capire che se l'anziano ha manifestato rabbia od ostilità nei confronti del bambino questo è dovuto al fatto che le persone con demenza hanno giorni buoni e giorni cattivi e che se il nonno non ricorda il nome del piccolo è perché la malattia l'ha privato del piacere di farlo.

Avrà importanza sottolineare che, anche se l'ammalato dimentica molte cose, è in grado di percepire l'affetto che lo circonda: il coinvolgimento dei ragazzi (senza caricarli di pesi che non sarebbero in grado di sopportare) a condividere qualche attività con l'anziano come sparcchiare la tavola, guardare insieme la televisione o le pagine di un album di fotografie, fare una passeggiata nei pressi di casa sono mezzi utili a rinforzare i legami.

Può essere difficile per un bambino accettare la malattia: le difficoltà introiettate e non elaborate possono riemergere quale dolore fisico come dolore di stomaco o cefalea, come cattivo rendimento scolastico, con il divenire impazienti con i loro cari o con lo stare il più tempo possibile lontani da casa.

Sarà, allora, necessario creare opportunità perché il bambino si confidi ed esprima i propri sentimenti. Il coinvolgimento degli insegnanti potrebbe essere utile per la comprensione e risoluzione del problema.

I professionisti che hanno in cura soggetti dementi dovrebbero preoccuparsi di conoscere le relazioni intrafamiliari dei loro pazienti dandosi pensiero di aiutare ogni membro della famiglia, compresi i ragazzi, ad accettare i loro sentimenti (o risentimenti) valutandone segnali di allarme come difficoltà ad addormentarsi, incubi, algie non spiegabili, difficoltà di concentrazione in specie sui banchi di scuola. Come medici abbiamo il compito di fare comprendere alle famiglie che una delle cose più importanti che può essere fatta a favore di un bambino od un adolescente è imparare il più possibile sulla malattia per essere pronti a rispondere alle loro domande del tipo:

- la nonna è diventata matta?;
- è colpa mia?;
- perché non ricorda il mio nome?;
- perché chiede sempre le stesse cose?;
- sta per morire?;
- come posso aiutarla?

La riqualificazione del Centro Diurno e dei Nuclei Alzheimer nella AUSL 11 di Empoli

Nel 1997 la Regione Toscana (RT) ha attivato politiche specifiche di assistenza verso le persone affette da demenza, potenziando e qualificando i servizi nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria e avviando un progetto di sperimentazione "Alzheimer". L'obiettivo del progetto è venire incontro alle esigenze delle persone e delle famiglie che spesso si trovano sole e senza strumenti di comprensione a dover affrontare l'assistenza e la gestione dei disturbi cognitivi e comportamentali. Con la Delibera n. 311 del 13/10/1998 il Consiglio Regionale Toscano ha stabilito quali dovessero essere le modalità organizzative specifiche nei centri assistenziali residenziali e diurni (moduli e nuclei Alzheimer) ed ha definito strumenti, criteri e procedure da adottare per la presa in carico assistenziale dei **gravi disturbi del comportamento** associati a demenza. Con la DGR 402/2004 si è poi ulteriormente provveduto a riorganizzare le strutture residenziali dedicate con lo scopo di diversificare l'offerta di prestazioni e soprattutto garantire agli utenti una presa in carico tempestiva e temporanea.

A distanza di quasi sei anni dalla determinazione della sopraccitata delibera, abbiamo ritenuto opportuno fare un primo bilancio dei risultati ottenuti nella nostra AUSL e identificare eventuali possibilità di sviluppo delle strutture intermedie di cura per le persone affette da demenza.

Il Dipartimento delle Fragilità della AUSL 11 di Empoli, che da gennaio 2008 ha inglobato tra le sue attività anche quelle svolte dal servizio di Geriatria, ha condotto una analisi sulla situazione della presa in carico delle persone affette da demenza da parte delle strutture dedicate presenti sul Territorio: il Centro Diurno (CDA) Alzheimer di Montelupo Fiorentino e i Nuclei Alzheimer (NA) delle RSA di Empoli (Chiarugi), Fucecchio (Le Vele), Montaione (Villa Serena) e Montespertoli (Santa Maria della Misericordia), allo scopo di capire come mai vi fosse una così lunga lista di attesa "Alzheimer" e come mai quasi tutti i casi di scompenso comportamentale finissero in Pronto soccorso per poi fare rientro al proprio domicilio. A gennaio 2008 la situazione che si presentava era la seguente. Le 5 strutture, sia residenziali che semiresidenziali, erano "ingessate" da ricoveri di lungodegenza; i pazienti con demenza, una volta entrati, vi rimanevano per sempre. Nella maggior

parte dei casi i ricoverati avevano una o più diagnosi di ingresso (demenza senile, arteriosclerotica, di Alzheimer) e c'era commistione tra persone affette da demenza e persone con disturbi psichiatrici. Ogni struttura aveva una modalità propria di tenere i documenti dei malati: dalla cartella informatizzata

al raccoglitore con allegati vari tipi di referti. I piani assistenziali individuali (PAI) erano un elenco di test di valutazione somministrati trimestralmente ma non contenevano né obiettivi terapeutici né tipo e modalità di intervento. Le eventuali dimissioni/trasferimenti erano condizionate esclusivamente dalla perdita della capacità deambulatoria.

È chiaro come questa *cronica* situazione abbia generato nel tempo un'impossibilità di associare la domanda con l'offerta, una sempre maggiore richiesta di aiuto da parte delle famiglie, un ricorso improprio al Pronto soccorso e una progressiva demotivazione degli operatori delle strutture.

Il Centro Diurno negli anni si è configurato come una *casa famiglia* ossia un luogo confortevole dove le persone soggiornano e possono muoversi con libertà; dove le attività sono sempre le stesse; dove l'accudimento è l'obiettivo di cura principale. Del resto i Nuclei sono divenuti strutture definitive, garantendo buona assistenza e buon controllo dei disturbi comportamentali ma senza un preciso obiettivo terapeutico a medio termine. Inoltre, alla durata del ricovero, non è mai stato possibile associare una sostanziale riduzione della terapia farmacologica.

Il disturbo del comportamento nella demenza va distinto dal comportamento disturbante, percepito spesso dai familiari dei malati. Questa prima importante distinzione ci aiuta nel direzionare le risorse e l'appropriatezza dell'intervento. I disturbi più difficili da trattare a casa sono l'agitazione, l'aggressività e l'insonnia. Nel caso in cui si verifica uno scompenso comportamentale (scarsa compliance farmacologica, ambiente familiare *anti terapeutico*, comorbilità clinica) il malato deve poter trovare immediata accoglienza presso i servizi di pronta emergenza (Pronto soccorso). Successivamente però, anziché essere ricoverato in un reparto di medicina o psichiatria o essere rimandato a casa, dovrebbe essere preso in carico dagli specialisti delle ex Unità di Valutazione Alzheimer, che si occupano di definire il percorso più idoneo.

Nel corso di questi ultimi due anni, al fine di provare a *invertire* la direzione del percorso di cura, i

ANTONELLA NOTARELLI

Dirigente medico, Dipartimento delle Fragilità, Ospedale di San Miniato (PI), AUSL 11 Empoli

nostri principali obiettivi di qualità sono stati:

- passaggio dalla cultura del *sollievo* ad un atteggiamento *terapeutico*;
- ridefinizione dei criteri di accesso e permanenza nelle strutture di cura intermedie;
- sperimentazione e validazione del Progetto Terapeutico Individuale (PTI) come strumento di miglioramento della qualità.

Attualmente una persona con demenza e gravi disturbi del comportamento viene inviata dai medici di medicina generale e dagli specialisti presso l'Ambulatorio di Riabilitazione Cognitiva e Comportamentale del Dipartimento delle Fragilità; il medico competente dell'ambulatorio effettua una valutazione clinica e assistenziale e definisce il percorso di accesso temporaneo al NA; successivamente segnala il caso al Servizio Sociale che si occupa di curare l'iter burocratico necessario per il ricovero. La degenza nel NA dura 1 mese eventualmente prorogabile a 2 mesi. Al momento dell'ingresso viene compilata la cartella socio-sanitaria integrata; entro la prima settimana dall'ingresso viene definito il progetto terapeutico individuale attraverso un incontro del gruppo di lavoro a cui partecipa il medico competente con funzione di supervisione. Durante la degenza del malato, se possibile, si cerca di effettuare un *wash out* farmacologico completo.

Al momento della dimissione viene indicato di proseguire l'intervento nel Centro diurno dedicato, per garantire la continuità assistenziale attraverso il perseguimento degli obiettivi definiti nel progetto terapeutico. Nel Centro diurno le attività che vengono effettuate sono incentrate sull'adattamento ambientale del malato al fine di stabilizzare il comportamento disadattativo. Una volta ottenuto questo risultato, principale obiettivo terapeutico, il malato può rientrare a casa oppure essere inserito in una struttura di base.

Risultati È stata abbattuta la lista di attesa "Alzheimer" e tutti i malati segnalati hanno avuto

risposte tempestive (al massimo nel giro di una settimana); tutte le strutture dedicate utilizzano la cartella socio-sanitaria integrata e definiscono entro i primi giorni il progetto terapeutico individuale, avvalendosi degli strumenti valutativi indicati nella DRT 214/1991 (BANSS, CMAI, EBS, NPI).

È aumentato il *turnover* dei pazienti e l'appropriatezza nella presa in carico.

Questioni aperte Attualmente esiste ancora una commistione tra ricoveri temporanei e definitivi; nel futuro sarebbe opportuno diversificare gli ambienti con alta valenza terapeutica da quelli con valenza assistenziale.

Conclusioni Le strutture intermedie di cura dedicate, Centro Diurno e Nucleo Alzheimer, rappresentano una risorsa indispensabile e molto qualificata all'interno del percorso di cura per le demenze. Spesso sono gestite da operatori volenterosi, umani e competenti che sanno lavorare in gruppo e passarsi le consegne con spirito di iniziativa.

La presa in carico della persona con demenza e gravi disturbi del comportamento però non necessita solo di una buona assistenza ma di un atteggiamento terapeutico, l'unico in grado di garantire la risoluzione dei comportamenti disadattativi. È necessario che tutte le strutture dedicate affrontino un percorso di riqualificazione per poter abbattere definitivamente la cultura dell'assistenza all'infinito e passare a quella dell'intervento terapeutico temporaneo. Tale passaggio può richiedere del tempo ma sicuramente apporta al sistema indiscutibili vantaggi: un intervento tempestivo, la continuità assistenziale, un rapido turnover e una maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: a.notarelli@usl11.toscana.it

TM

L'Agenzia regionale di sanità della Toscana ha promosso in collaborazione con molti enti e associazioni, il convegno scientifico "*Ricerca epidemiologia e impegno civile. Il percorso scientifico e professionale di Eva Buiatti*" che si terrà in Palazzo Vecchio il **29 e il 30 giugno 2010**. Il programma del convegno è disponibile sul sito web: www.ars.toscana.it



BANCA
CR FIRENZE



La depressione è una malattia cronica?

La depressione è un fenomeno psicopatologico dai confini incerti che vanno dal lutto complicato, la cui causa prossima è soprattutto ambientale, ad esempio la perdita di una persona cara, alla depressione melanconica, i cui determinati biologici sembrano prevalere. Tali confini vengono fin troppo dilatati dai mass media, per cui ogni comportamento anomalo, anche il più efferato, è diventato *depressione*, squalificando e distorto il termine. Sappiamo dall'unica indagine di popolazione italiana (quella di Sesto Fiorentino, poi confermata dallo studio ESEMED) che è il 8% degli italiani soffre per un disturbo depressivo e il rischio di soffrirne nel corso della vita è del 18%.

Per molto tempo come clinici abbiamo pensato di avere a disposizione uno strumento potente, gli antidepressivi (cosa che in parte è vera), e che il problema fosse il *treatment-gap* (stimato all'80% dei casi), cioè che la depressione fosse misconosciuta e poco curata soprattutto nel *setting* della medicina generale, dove per le sue dimensioni epidemiologiche di massa è inevitabile che la stragrande maggioranza delle persone che ne soffrono continueranno a rivolgersi. Sono stati sperimentati diversi modelli di cooperazione tra servizi di salute mentale e medicina generale per affrontare questi problemi, modelli che non hanno prodotto il risultato voluto (formazione della medicina di base; consulenza alla medicina generale; invio ai servizi specialistici).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica oggi nel mondo, sia nei paesi evoluti che in quelli in via di sviluppo, la depressione come la prima causa di disabilità (misurata in anni di vita persi). Questa valutazione implica da sola una risposta positiva alla domanda: la depressione è una malattia cronica? Ma possiamo andare oltre.

Gli studi condotti in ambiente *naturalistico* (cioè senza i rigidi criteri di esclusione che seguono gli studi controllati per dimostrare l'efficacia dei farmaci, che selezionano spesso e volentieri soggetti senza complicazioni molto diversi da quelli della pratica clinica di tutti i giorni) attestano che la remissione della depressione trattata coi farmaci avviene solo nel 30% dei casi (meno di 6 punti alla specifica Scala di Hamilton). Soprattutto il 50% dei casi va incontro ad una recidiva, che di solito si collega ai sintomi "residui", cioè al permanere

di disturbi che impediscono di considerare la depressione completamente risolta. Questo è il limite principale del trattamento farmacologico che, se dà risultati brillanti nella soluzione dell'episodio acuto, non è altrettanto protettivo rispetto alle ricadute, le quali aumentano esponenzialmente col tempo, cioè più si ricade più aumenta il rischio di recidiva. È il nucleo della depressione come *patologia recidivante e dunque cronica*.

È necessario **un cambio di paradigma**. Abbiamo applicato alla depressione il paradigma del diabete, pensandola causata dalla mancanza di qualcosa, ad esempio la serotonina, che deve essere fornita, ad esempio attraverso un antidepressivo serotoninergico; dovremmo invece pensarla secondo il paradigma della cardiopatia, cioè dovuta ad uno stile di vita. Fra l'altro malattia cardiaca e depressione spesso vanno insieme, avvicinate da fattori di rischio simili, in particolare una vita stressante e sedentaria e un'alimentazione sbagliata, tendente all'obesità. Recentemente abbiamo trovato evidenze cliniche che associano il moto ad un miglioramento del tono dell'umore; l'attività sportiva avrebbe un effetto preventivo rispetto alle condotte suicidarie. In estrema sintesi come tutte le patologie e le condotte croniche la depressione avrebbe una relazione (probabilmente non lineare, cioè causa-effetto, ma circolare) con uno specifico stile di vita. Uso il condizionale perché quest'ultima affermazione necessita di ulteriori evidenze, che però possono essere trovate solo cambiando punto di vista, cioè paradigma.

Nella pratica che fare? I clinici lo sanno da molto tempo: occorre combinare le terapie farmacologiche

GIUSEPPE CORLITO

Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale di Area Vasta Sud Est, Arezzo, Grosseto, Siena



con quelle psico-sociali (il cambiamento dello stile di vita; l'approccio psicoeducazionale; l'applicazione di forme di psicoterapia breve ormai validate come quella cognitivo-comportamentale o quella interpersonale); ma soprattutto occorre arrivare il prima possibile. Interventi precoci e mirati ottengono risultati migliori, riducono il tasso di recidive e producono più spesso remissione completa. Il problema è riuscire a trasferire questo know-how nel setting della medicina generale.

In base al *Depression Report* (2006) della *London School of Economics*, redatto sotto la guida di un prestigioso economista, Lord Layard, che ha dimostrato come l'approccio psicoterapico alla depressione non solo si autofinanzia, ma produce anche risparmi (soprattutto in termini di riduzione delle recidive), il Regno Unito ha programmato un cospicuo investimento per introdurre l'approccio psicoterapico breve nel setting della medicina di base, reclutando a questo scopo non solo psicologi ben preparati, ma anche operatori esperti tra le altre professioni della salute mentale (infermieri,

educatori, riabilitatori, assistenti sociali ecc.). Il modello adottato è la *collaborative care*, la diretta presenza degli operatori della salute mentale nel setting della medicina di base.

La mia conclusione è semplice: una volta convenuto che depressione è una malattia cronica, dalle dimensioni di massa di cui sopra, al pari se non peggio dello scompenso cardiaco, dell'ipertensione, del diabete ecc., perché non può essere applicato anche ad essa il *Chronic Care Model*, la medicina di iniziativa di cui il nostro Piano Sanitario Regionale è antesignano? Si otterrebbero due risultati sinergici: un miglioramento dei risultati con una riduzione della spesa farmaceutica ed una collaborazione tra Medicina Generale e Salute Mentale, riducendo anche la *separatezza* di quest'ultima.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: g.corlito@usl9.toscana.it

TM

L'intervento psicoeducativo familiare nei centri di salute mentale

In questo scritto si intende presentare la nostra esperienza con l'Intervento Psicoeducativo Familiare (IPF), un intervento psicosociale sempre più utilizzato nella UFSMA Area Grossetana. È la nostra pratica clinica che ci fa comprendere come interventi psicosociali come questo abbiano un ruolo importante in un programma di intervento articolato che miri a migliorare il livello di funzionamento sociale e la qualità della vita dei pazienti e dei componenti del loro sistema famiglia.

Lo scopo principale di questo modello è il miglioramento delle capacità dei componenti della famiglia di comunicare costruttivamente e di risolvere insieme i problemi, raggiungendo sia obiettivi familiari che personali di ciascun membro. A tal proposito c'è da specificare che per famiglia si intendono persone unite non solo da un vincolo di parentela, ma anche individui che vivono insieme e che siano disposti a considerarsi un gruppo solidale.

Le componenti dell'intervento psicoeducativo integrato sono:

a) la valutazione dei punti di forza e dei lati deboli del nucleo familiare e la definizione di ciascun membro della famiglia nel suo insieme;

b) il fornire informazioni approfondite sul di-

sturbo psichiatrico in questione e sul suo trattamento;

c) l'insegnamento di abilità di comunicazione;

d) l'insegnamento di un metodo strutturato di soluzione dei problemi;

e) l'uso di strategie specifiche per rispondere ad esigenze partico-

lari (ad es. rischio di suicidio, *non compliance* al trattamento farmacologico, ecc.)

Altre caratteristiche fondamentali sono:

a) l'integrazione del trattamento psicoeducativo con quello riabilitativo e con quello farmacologico;

b) l'identificazione precoce dei segni precoci di crisi per poterne bloccare tempestivamente lo sviluppo.

Dal 1980 ad oggi, sempre più sono le evidenze scientifiche che hanno rimarcato l'utilità degli interventi familiari con approccio psicoeducativo nel trattamento dei Disturbi Psichiatrici che possono cronicizzarsi partendo dalle Psicosi fino ai Disturbi dell'Umore. Oltre alla validità dell'approccio, l'intervento psicoeducativo integrato, è risultato meno costoso rispetto alla dimensione costo-efficacia, degli interventi tradizionali in Psichiatria. Per lo spettro delle Psicosi le ricadute a 9 mesi sono del

FRANCESCO BARDICCHIA, MARIA ZORDAN,
GIUSEPPE CARDAMONE

UFSMA Area Grossetana, Asl 9

6-23% VS 40-53% con un altro intervento e le ricadute a 2 anni sono del 17-44% VS 59-83% con un altro intervento.

L'intervento psicoeducativo integrato è adatto ad essere inserito nei servizi primari, poiché può essere facilmente utilizzato dai medici di medicina generale, dagli operatori dei distretti ed anche da volontari addestrati a farlo. Facilita la collaborazione e la sinergia fra operatori di diversi servizi e fra questi e le famiglie con problemi e stimola a comportamenti utili a prevenire le recidive.

È incomprensibile, però, come mai sono raramente offerti ai familiari dei pazienti con disturbi psicotici in condizioni di routine (l'utilizzo di routine in Europa è dello 0-15%, nei Servizi di Salute Mentale italiani è circa l'8%). Probabilmente alla base di tali problematiche c'è la difficoltà, all'interno dei Servizi, di lavorare in *équipe* multidisciplinari in cui la figura del *case-manager* può essere assunta da figure professionali differenti scelte con l'ottica di lavorare su progetti e prese in carico individualizzate secondo i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Difficoltà si possono, inoltre, individuare nelle capacità di Servizi ed Agenzie diverse di lavorare in sinergia cooperando; obiettivi non più procrastinabili in tempi di riduzione e razionalizzazione delle risorse economiche.

Nel nostro Servizio si sta utilizzando questo approccio dal 2000, successivamente alla formazione effettuata da Ian Falloon, uno dei padri di questo metodo. Dopo è iniziata la collaborazione con il Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli in alcuni studi multicentrici.

Questi studi prevedevano il trattamento ed il monitoraggio di famiglie con Disturbi di tipo Schizofrenico (2003-2004) e dell'Umore di tipo Depressivo (2007-2008) e Bipolare I (2009).

Queste esperienze hanno prodotto un cambiamento nel modo di approcciarci all'IPF. Lo sforzo dei colleghi ricercatori di Napoli non è stato tanto quello di formarci all'apprendimento di una nuova tecnica da utilizzare con le famiglie del nostro territorio, quanto piuttosto di sperimentare e cercare con noi, operatori medici e non dei CSM, un percorso sia formativo che clinico che più si adattasse e plasmasse alle reali esigenze e difficoltà dei Servizi italiani, da quelli metropolitani a quelli, più piccoli, che operano in zone rurali. Il renderci co-attori di

tali esperienze ha aumentato l'entusiasmo che, pur senza esperienze economiche aggiuntive, ha prodotto i risultati auspicati all'inizio dello studio. Per quanto riguarda il nostro Servizio, sono sicuramente aumentate, in maniera esponenziale, le prestazioni inerenti tale approccio da parte degli operatori formati, ma al di là di questo, è aumentata la curiosità dei colleghi non formati con la richiesta di attivazione di nuovi corsi.

La formazione degli operatori non è particolarmente lunga e costosa: negli studi della Seconda Università di Napoli il corso di base che ha permesso a diversi Centri di Salute Mentale di applicare il metodo, è durato dai 6 ai 9 giorni (organizzati in tre moduli). A questi si sono succeduti degli incontri di supervisione ogni 2 mesi per circa un anno.

Ampliando il campo delle riflessioni, possiamo ipotizzare l'utilizzo dell'intervento psicoeducativo integrato anche nelle altre discipline mediche, soprattutto quelle in cui si trattano patologie che possono cronicizzare. Le difficoltà dei pazienti a "gestire" una patologia cronica e lo svilupparsi in famiglia di dinamiche relazionali con aumento del carico emotivo non sono dissimili dalle problematiche che incontrano le famiglie con Disturbi dell'area psichica. Dare informazioni con un metodo strutturato sulla patologia, insegnare l'utilizzo di strategie specifiche per affrontare i problemi (*problem solving*), dare informazioni dettagliate e semplici sulle caratteristiche e sull'utilità dei farmaci usati, trasmettere abilità di comunicazione, aiutare i pazienti ed i loro familiari a riconoscere i segnali precoci di un peggioramento clinico, sono passaggi fondamentali nel trattamento di qualsiasi patologia cronica.

Per quanto riguarda il nostro "settore", stiamo iniziando a teorizzare la possibilità di un utilizzo di tale metodo in collaborazione con i medici di medicina generale interessati nella co-gestione dei pazienti con Disturbi Depressivi, utilizzando un operatore non medico e formato del CSM o delle Cure Primarie come *case manager*, sul modello "collaborative care" anglosassone.

Bibliografia

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

TM

Messaggio pubblicitario

Scuola di Omeopatia Classica "Mario Garlasco"

www.lycopodium.it

Sono aperte le iscrizioni alla Scuola di Omeopatia Classica "Mario Garlasco", nella nuova sede di Via San Giusto n. 2 - 50143, Firenze.

Il corso è rivolto a Laureati e Laureandi in Medicina e Chirurgia, in Medicina Veterinaria, in Farmacia e Odontoiatria e si articola in 3 anni, per 10 fine settimana all'anno per un totale di 450 ore.

Alla fine del Terzo Anno si sostiene un esame, superato il quale si ha diritto ad un diploma.

Successivamente è possibile accedere ad un Quarto Anno di Formazione Continua, articolato per seminari.

Costo del corso: 1.200 euro più IVA l'anno.

La Scuola risponde ai requisiti di accreditamento della Regione Toscana.

Per informazioni e iscrizioni: 340.88.91.135 o info@lycopodium.it

 Lycopodium

La continuità assistenziale nel malato critico

Dalla Terapia Intensiva alla Post-Intensiva

INTRODUZIONE

La continuità assistenziale è elemento cardine per ottimizzare la qualità di cura. Questo è particolarmente vero per i malati critici, che passano parte della loro degenza ospedaliera in un reparto di Terapia Intensiva (T.I.). Sono infatti ampiamente descritte in letteratura le difficoltà legate al passaggio di step-down da una struttura ad elevata assistenza medico-infermieristica e tecnologica ad una struttura di tipo ordinario. Un alto numero di rientri in T.I. e la mortalità evitabile intra-ospedaliera di tale tipo di malati possano essere ascrivibili ad una dimissione precoce o inappropriata per necessità di posti letto in T.I., insufficiente comunicazione con il reparto accettante, assenza di follow-up da parte degli intensivisti, inadeguata *care* post-intensiva. Per tale motivo, in collaborazione con la struttura di T.I. del nostro Dipartimento, abbiamo disegnato e messo in atto un percorso clinico-assistenziale rivolto al malato critico. Scopo di questo articolo è la descrizione dei risultati dopo 19 mesi di esperienza.

TERAPIA INTENSIVA

Problematiche inerenti la dimissione

La domanda di letti di T.I. è in continuo aumento, soprattutto negli ospedali, come il nostro, dove vengono centralizzati diversi tipi di urgenza. La T.I. deve pertanto poter dimettere in sicurezza e in tempi compatibili con le necessità dipartimentali i pazienti quando essi non necessitano più di un supporto di tipo intensivo. Tale necessità si scontra però spesso con la mancanza di posti letto in grado di accogliere malati con complessità clinica rilevante. I dati della letteratura più recenti rilevano una frequenza di riammissione in T.I. del 7% (range 4-10%) ed una mortalità post-T.I. intraospedaliera che varia molto a seconda delle casistiche andando dal 6 al 31%. Le riammissioni precoci (entro 48 ore) sono circa $\frac{1}{4}$ del totale delle riammissioni e sono considerate dalle varie Società scientifiche come un indicatore negativo di qualità della T.I. stessa.

In realtà, non esistono dati certi che dimostri-

no che una degenza più lunga in T.I. sia in grado di diminuire la frequenza di riammissioni, mentre non è possibile escludere che una *care* post-intensiva non idonea sia responsabile di parte delle riammissioni.

VALERIO VERDIANI¹, FILIPPO PIERALLI¹,
VIERI VANNUCCHI¹, ROSARIO SPINA²,
GIOVANNI CIANCHI², ADRIANO PERIS²,
CARLO NOZZOLI¹

¹ Medicina Interna e d'Urgenza

² Anestesia e Rianimazione di Emergenza

Dipartimento di Medicina e Chirurgia Generale
e d'Urgenza - AOU Careggi - Firenze

DALLA TERAPIA INTENSIVA ALLA POST-INTENSIVA

Descrizione del percorso

Per andare incontro alle problematiche sopra

descritte, all'interno del Dipartimento di Emergenza Accettazione - Medicina e Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'AOU. Careggi, si è costruito un percorso condiviso tra la SODc di Medicina Interna e d'Urgenza e la SODc di Anestesia e Rianimazione di Emergenza (Tabella 1), che prevede, nei giorni precedenti la dimissione dalla T.I., la condivisione delle problematiche cliniche relative al paziente tra i medici della T.I. e i medici che successivamente lo accoglieranno e seguiranno nella fase post-intensiva. Inoltre, tale pianificazione include la valutazione delle problematiche aperte con raccordo agli specialisti che hanno trattato il caso in T.I., contatto pre-dimissione con il paziente ed i suoi familiari in modo da attutire l'impatto psicologico legato allo *step-down*, rivalutazione da parte dei medici di T.I. nelle prime 24 ore dal trasferimento ed eventuale successivo follow-up nel caso lo si ritenga opportuno. La dimissione del paziente dalla T.I. avviene generalmente verso letti di Sub-Intensiva (8 letti con monitoraggio multiparametrico continuo e rapporto infermiere/pazienti 1:4). Da questo settore i pazienti vengono successivamente trasferiti nell'adiacente settore definito Post-Intensiva (7 letti non monitorizzati con rapporto infermiere/pazienti 1:7). I settori sono contigui ed entrambi integrati nella SOD Medicina Interna e d'Urgenza (Figura 1). Il personale medico, costituito da internisti con training ed esperienza in medicina d'urgenza e medicina critica, è dedicato nelle 12 ore diurne, mentre per i turni notturni è integrato dagli altri medici internisti appartenenti alla stessa SOD.

Quando considerato idoneo, il paziente dimesso dalla T.I. può essere trasferito direttamente nel settore non monitorizzato di Post-Intensiva.

In tale settore ciascun paziente viene seguito fino alla dimissione dall'ospedale verso il proprio domicilio o fino al trasferimento verso una struttura specialistica o di riabilitazione.

LA GESTIONE POST-INTENSIVA

La nostra esperienza

Nel giugno 2008 abbiamo iniziato l'attuazione del percorso sopra descritto. I letti monitorizzati sono stati in un primo tempo 4, passando ad 8 dal maggio 2009.

Da giugno 2008 a dicembre 2009 (19 mesi) sono stati trasferiti dalla T.I. 194 pazienti (media 10,2 pazienti al mese).

La casistica (Tabella 2) comprende 147 maschi (75,7%) 47 femmine (24,2%) con età media 53,2 anni (range 15-88). La patologia determinante l'ammissione in T.I. è stata: Trauma maggiore in 108 casi (55,6%), ARDS/Insufficienza respiratoria acuta in 35 (18,0%), Shock settico/MODS in 30 (15,4%), Shock cardiogeno/Edema polmonare

acuto in 6 (3,0%), Shock emorragico in 6 (3,0%), Arresto cardiaco in 5 (2,5%), Stroke in 4 (2,0%). La durata della degenza in T.I. è stata mediamente 8,7 giorni (range 1-69), durante i quali è stata eseguita ventilazione meccanica invasiva in 152 pazienti (78,3%) e procedura chirurgica maggiore in 44 (22,6%).

Al momento della dimissione dalla T.I. i pazienti ancora portatori di tracheostomia erano 66 (34,0%) e di drenaggi toracici o addominali 55 (28,3%). Lo stato neurologico valutato tramite Glasgow Coma Score (GCS) era mediamente 14,3; i pazienti con GCS \leq 8 erano 15 (7,7%). La nutrizione avveniva tramite sondino naso-gastrico (SNG) in 85 pazienti (43,8%), tramite gastrostomia percutanea (PEG) in 17 (8,7%) e 22 pazienti (11,3%) ricevevano nutrizione parenterale totale.

I pazienti che presentavano comorbidità mediche erano 113 (58,2%); almeno 2 comorbidità erano presenti in 76 (39,1%).

Sono stati trasferiti ai letti di Sub-Intensiva

Tabella 1 - Schema del percorso di continuità assistenziale

| Cosa | Chi | Dove |
|--|--|---|
| Individuazione del malato dimissibile dalla Terapia Intensiva | Medico Terapia Intensiva | Terapia Intensiva |
| Conoscenza e valutazione del paziente e delle sue problematiche cliniche-assistenziali | Medico Terapia Intensiva Medico Post-Intensiva | Terapia Intensiva |
| Conoscenza e valutazione delle problematiche infermieristiche | Infermiere Terapia Intensiva Infermiere Post-Intensiva | Terapia Intensiva |
| Conoscenza e valutazione delle problematiche di tipo riabilitativo | Fisioterapista, Infermiere Terapia Intensiva, Fisiatra | Terapia Intensiva |
| Compilazione lettera relativa alla degenza completa delle informazioni necessarie per il proseguimento cure e assistenza | Medico Terapia Intensiva Infermiere Terapia Intensiva | Terapia Intensiva |
| Trasferimento del paziente | Servizio trasporto degenti | Dalla Terapia Intensiva alla degenza Post-Intensiva |
| Accoglienza del paziente | Infermiere Post-Intensiva Medico Post-Intensiva | Post-Intensiva |
| Assistenza e cure | Infermiere Post-Intensiva OSS Post-Intensiva Medico Post-Intensiva | Post-Intensiva |
| Rivalutazione entro le prime 24 ore dal trasferimento | Medico Terapia Intensiva Medico Post-Intensiva | Post-Intensiva |
| Consulenze specialistiche | Medico Specialista | Post-Intensiva |
| Riabilitazione | Fisioterapista | Post-Intensiva |
| Impostazione progetto riabilitativo | Fisioterapista Medico Post-Intensiva | Post-Intensiva |
| Trasferimento (quando necessario) | Medico Post-Intensiva Medico Specialista Infermiere Post-Intensiva Infermiere Unità specialistica Fisioterapista | Dalla Post-Intensiva a: - Struttura specialistica - Struttura riabilitativa |
| Contatto pre-dimissione | Medico Post-Intensiva Medico Medicina Generale | Post-Intensiva |
| Dimissione con relazione scritta | Medico Post-Intensiva Infermiere Post-Intensiva Fisioterapista | Post-Intensiva |

Tabella 2 - Descrizione della casistica

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Totale pazienti: Numero | 194 |
| Maschi | 147 (75,7%) |
| Femmine | 47 (24,2%) |
| Età media anni (range) | 53,2 (15-88) |
| Causa ricovero: | |
| Trauma maggiore | 108 (55,6%) |
| ARDS/Insuff.Resp. | 35 (18,0%) |
| Shock settico/MOFS | 30 (15,4%) |
| Shock cardiogeno/EPA | 6 (3,0%) |
| Shock emorragico | 6 (3,0%) |
| Arresto cardiaco | 5 (2,5%) |
| Stroke | 4 (2,0%) |
| Paz. portatori di tracheostomia | 66 (34,0%) |
| Paz. portatori di drenaggi | 55 (28,3%) |
| GCS (media) | 14,3 |
| Paz con GCS \leq 8 | 15 (7,7%) |
| Paz. con nutrizione tramite S.N.G. | 85 (43,8%) |
| Paz. con nutrizione tramite P.E.G. | 17 (8,7%) |
| Paz. con N.P.T. | 22 (11,3%) |
| Paz. con comorbilità mediche | 113 (58,2%) |
| Paz con \geq 2 comorbilità mediche | 76 (39,1%) |

Legenda:ARDS: *Sindrome da distress respiratorio acuto;*MOFS: *Sindrome da insufficienza multi-organo;*GCS: *Glasgow Coma Score;*S.N.G.: *Sondino naso-gastrico;*P.E.G.: *Gastrotomia percutanea;*N.P.T.: *Nutrizione parenterale totale.*

158 pazienti (81,4%), che rappresentano il 29,1% dell'intera casistica di malati ricoverati in tale settore, mentre 36 (18,5%) sono stati direttamente trasferiti ai letti non monitorizzati di Post-Intensiva. La degenza media complessiva post-intensiva è stata 14,2 giorni (range 1-66).

Durante il periodo di degenza post-intensiva si sono verificate complicanze mediche in 66 pazienti (34,0%). Complicanze infettive si sono manife-

state nel 20,6% dei pazienti, cardiovascolari nel 9,2%, neurologiche nel 7,6%, trombo-emboliche nel 4,8%, emorragiche nel 2,7% (Figura 2).

Durante la degenza post-intensiva la tracheostomia è stata rimossa in 43 pazienti (65,1%) e i drenaggi in 47 (87%). Nei pazienti portatori di SNG o di PEG, si è passati ad un'alimentazione per os nel 79,5% dei casi.

Tutti i pazienti hanno eseguito fisiochinesiterapia.

Sono stati dimessi verso il proprio domicilio 101 pazienti (52,0%), mentre 48 (24,7%) sono stati destinati a strutture di riabilitazione, 11 (5,6%) a strutture di lungodegenza, 29 (14,9%) sono stati trasferiti in strutture specialistiche (ortopedia, unità spinale, neurochirurgia).

I rientri in T.I. sono stati 9 (4,3%), di cui solo 1 entro 48 ore (0,5%).

I pazienti deceduti durante la fase post-intensiva ospedaliera sono stati 5 (2,5%).

Rispetto ad un periodo di uguale durata precedente l'attuazione del percorso descritto, l'indice di rotazione posti letto in T.I. è incrementato del 20,8% passando da 69.5 a 84 ((Figura 3).

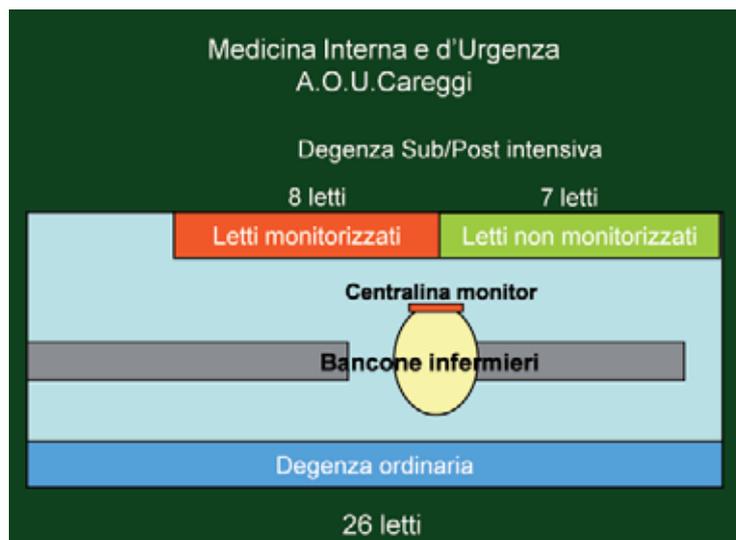
CONSIDERAZIONI E IMPLICAZIONI PRATICHE

- La gestione del malato post-intensivo è senza dubbio complessa e richiede una **struttura** adeguatamente attrezzata ed un **team** preparato ed esperto.

- Un **percorso condiviso** che prevede la conoscenza delle problematiche del malato fin dai giorni di degenza in T.I. e la presa in carico del malato per tutto il periodo post-intensivo si è dimostrato realizzabile ed efficace.

- La gestione post-intensiva, per la complessità del malato ed i rapporti con i diversi specialisti, richiede un'unica regia. In considerazione del numero e tipo di complicanze, nonché delle comorbilità presenti, il **medico internista**, nella nostra realtà, rappresenta una figura professionale adatta.

- La **contiguità tra area sub-intensiva e area post-critica**, con la relativa facilità alla conoscenza quotidiana delle problematiche dei singoli pazienti da parte di medici e infermieri, favorisce il mantenimento del livello di *care* del malato; inoltre essa garantisce una più agevole gestione dei letti, permettendo una buona organizzazione dei trasferimenti tra le due aree. La capacità di liberare letti post-intensivi si

**Figura 1** - Schema disposizione letti nella SOD Medicina Interna e d'Urgenza - AOU Careggi

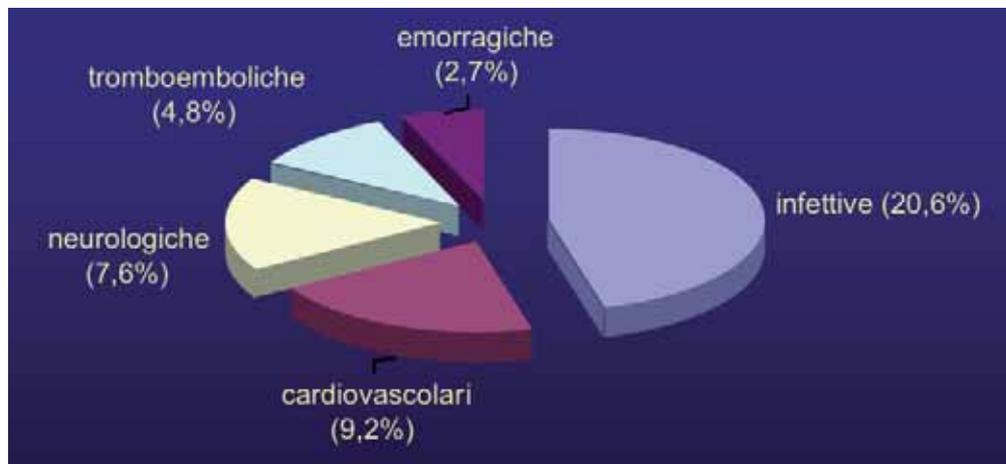


Figura 2 - Principali complicanze insorte durante la degenza post-intensiva (le percentuali sono relative al numero complessivo di pazienti)

ripercuote direttamente sulla possibilità di trasferimento dalla T.I., e tutta la continuità di percorso è apparsa compresa e ben accettata dal personale sanitario, dai pazienti e dai loro familiari.

• La **rivalutazione dei medici intensivisti** nelle prime 24 ore dal trasferimento e la loro piena collaborazione durante tutto il periodo post-

intensivo è avvenuta nel rispetto dei propri ruoli ed è stata di notevole aiuto per la maturazione di specifiche competenze su tale tipo di malati.

• L'attuazione del percorso, rispetto ad un periodo precedente di uguale durata, ha realizzato un significativo **incremento del turnover dei letti della Terapia Intensiva**, permettendo una maggiore capacità di accoglienza per malati critici.

• Sebbene non si possano fare speculazioni sulla capacità di tale tipo di percorso a **ridurre la riammissione in T.I.**, nella nostra esperienza il numero di riammissioni in T.I. è stato basso se confrontato con i dati presenti in letteratura.

• I medici e gli infermieri dedicati alla cura del malato post-intensivo hanno eseguito corsi di **formazione** e non vi è dubbio che quest'ultimi vadano implementati e approfonditi.

Tabella 3 - Esito dei pazienti

| | |
|---|-------------|
| Dimessi al proprio domicilio | 101 (52,0%) |
| Trasferiti a strutture di riabilitazione | 48 (24,7%) |
| Trasferiti a strutture di lungodegenza | 11 (5,6%) |
| Trasferiti a reparti specialistici | 29 (14,9%) |
| Riammessi in Terapia Intensiva | 9 (4,3%) |
| Riammessi in Terapia Intensiva entro 48 ore | 1 (0,5%) |
| Decessi intra-ospedalieri | 5 (2,5%) |

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: verdiani@fastwebnet.it

TM

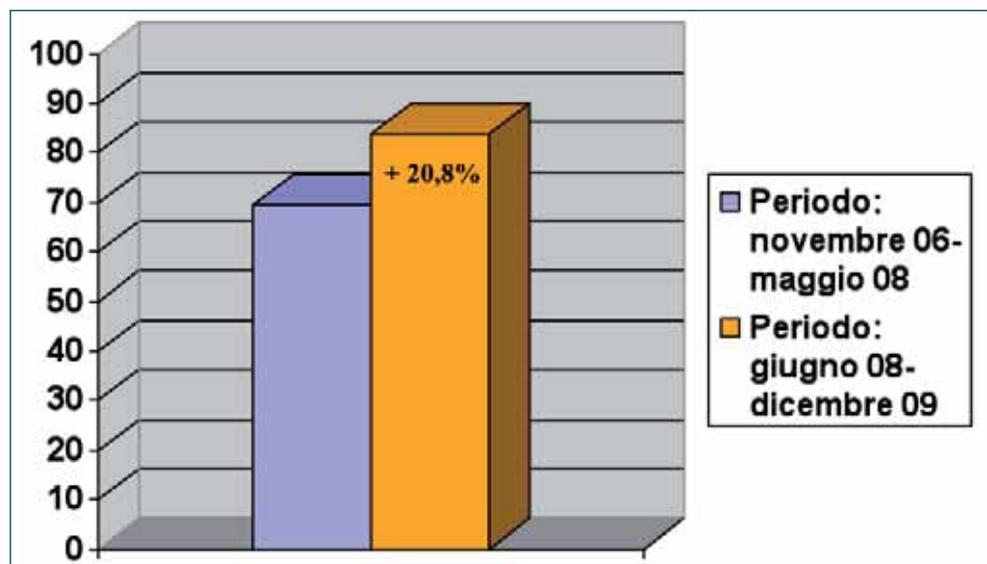


Figura 3 - Indice di rotazione posti letto in Terapia Intensiva durante i 19 mesi di attuazione del percorso di continuità clinico-assistenziale rispetto ai 19 mesi precedenti.

L'inabilità al lavoro

La L. 335/95 ha colmato in parte la differenza di trattamento tra impiegati civili dello Stato (ed equiparati) e dipendenti del settore privato: essa introduce una forma pensionistica d'inabilità simile a quella della L. 222/84 (revisione della disciplina dell'inabilità pensionabile), stabilendo che, per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche iscritti alle forme di previdenza esclusive dell'assicurazione generale obbligatoria, nonché per gli altri iscritti a tali forme di previdenza, cessati dal servizio nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, la pensione sia calcolata in misura pari a quella che sarebbe spettata al compimento dei limiti d'età per il collocamento a riposo. Le varie tipologie sono riportate in Tabella 1, con i periodi di servizio richiesti per accedere al beneficio.

Il riconoscimento della condizione di inabilità presuppone un accertamento sanitario, la cui pratica si origina a domanda del dipendente.

Il DPR 461/01 ha ridisegnato le procedure per il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per i dipendenti pubblici; il D.M. 12 febbraio 2004 ha poi fissato i criteri organizzati

vi per assegnare le domande ai diversi organismi di accertamento sanitario, approvando i modelli di verbale utilizzabili, anche per via telematica, specificando le tipologie di accertamenti sanitari eseguiti e le modalità di svolgimento.

Le pratiche sono perciò assegnate alla Commissione Medica Ospedaliera, all'Azienda Sanitaria Locale, o alla Commissione Medica Verifica territorialmente competente. L'accertamento vede pertanto coinvolte istituzioni diverse, secondo quanto riportato in Tabella 2, ciascuna dotata di proprie strutture sanitarie con diversa composizione.

Per l'inabilità a "proficuo lavoro" (art. 13, L. 274/91), la dottrina medico-legale e la giurisprudenza sottolineano che la qualificazione di "proficuo" possa considerarsi in sostanza una formulazione obsoleta, e in certo senso pericolosa, in quanto si presta a distorsioni interpretative (cos'è un lavoro "proficuo"? la normativa non lo specifica, ed il concetto resta indefinito, nonostante varie posizioni assunte dalla dottrina e dalla giurisprudenza). Se una circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze (n. 477 del 14.12.04) non ha ritenuto abrogata tale fattispecie, il legislatore avrebbe però di fatto eliminato il riferimento

DANIELA LEPORE*, MAURO VALIANI*,
ELISABETTA MARTINUZZI*, PAOLO DEL GUERRA**

* U.O. Medicina Legale

** U.O. Prevenzione Luoghi di Lavoro, Azienda USL 11 Empoli

Tabella 1 - Tipologie di pensione di inabilità e periodo di servizio richiesto per l'ottenimento del beneficio.

| Tipologia di pensione di inabilità | | Periodo di servizio richiesto |
|---|---|------------------------------------|
| Dispensa dal servizio per: | Inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa | 5 anni (3 nell'ultimo quinquennio) |
| | Inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro | 14 anni, 11 mesi e 16 giorni |
| | Dispensa dal servizio per inabilità alla specifica mansione | 19 anni, 11 mesi e 16 giorni |
| Pensione privilegiata per inabilità dipendente da causa di servizio | | 1 solo giorno |

Tabella 2 - Organi ed enti interessati al riconoscimento dell'inabilità, e relativa competenza.

| Organo collegiale | Ente | Personale soggetto | Competenze |
|--|--------------------------|--|---|
| CMO (Commissione medica ospedaliera) (*) | Ministero Difesa | FF.AA. | Causa di servizio |
| | | Corpi di polizia | Idoneità al servizio |
| | | Dipendenti civili: Min. Interno e Difesa | Equo indennizzo Pensione privilegiata |
| CML (Collegio medico-legale) | Azienda Sanitaria Locale | Enti Pubblici non economici | Causa di servizio Equo indennizzo Pensione privilegiata Inabilità a qualsiasi attività lavorativa (L.335/95) |
| | | Datore di lavoro privato | Idoneità fisica alla mansione (art.5, L300/70) |
| | | Varie tipologie Enti pubblici | Inabilità a proficuo lavoro (art.13, L.274/91)** |
| CMV (Commissione medica di verifica) | Ministero Economia | Enti Pubblici economici | Causa di servizio Equo indennizzo Pensione privilegiata |
| | | Enti Pubblici economici | Inabilità a qualsiasi attività lavorativa (L.335/95) |
| | | Personale scolastico | Idoneità e utilizzo in compiti diversi (289/02) |

* Primo livello di accertamento. ** Integrata dal medico Cassa Pensioni.

al carattere "proficuo" con la L. 335/95 (art. 3), avendo le norme lo stesso ambito di applicazione. La richiesta, quindi, è oggi per prassi sostituita da quella relativa a "inabilità a qualsiasi attività lavorativa", come indicato nella Tabella 2, pur non essendo preclusa al dipendente la domanda ai sensi della L. 274/91.

Un ulteriore accertamento che va distinto da quelli esposti è il riconoscimento, di competenza dell'INPS, della pensione di inabilità (L. 222/84) per i lavoratori dipendenti e autonomi in età lavorativa, affetti da infermità, fisica o psichica, tale da produrre assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro, che possano far valere determinati requisiti minimi (5 anni di contributi, di cui almeno 3 negli ultimi 5 anni). Il riconoscimento comporta l'erogazione di una pensione, incompatibile con lo svolgimento di attività di lavoro a carattere subordinato o autonomo.

La nozione di "inabilità al lavoro" fin qui esposta non va confusa con quella di "invalidità": i termini invalidità e inabilità sono termini simili che però si riferiscono a istituti tra loro differenti.

In ambito di invalidità civile (L. 295/90) e del lavoro (INAIL: D.Lgs. 38/00). È infatti pacifico che una persona in età lavorativa cui venga riconosciuta un'invalidità totale e permanente (100%), ad esempio per una neoplasia a prognosi infausta, possa lavorare, ed anzi, al di là delle normali opportunità di lavoro, debba usufruire del collocamento mirato previsto per i disabili dalla L. 68/99; il lavoro è infatti strumento essenziale di inclusione sociale. Le stesse considerazioni valgono anche per le persone cui sia stato riconosciuto il diritto all'indennità di accompagnamento – magari usufruendo di particolari misure che ne favoriscano l'inserimento (ad esempio il superamento di barriere architettoniche in caso di gravi disabilità motorie).

La Figura 1 riepiloga infine le varie tipologie di accertamento (con i benefici collegati) cui il cittadino può accedere a domanda, a seconda della propria posizione soggettiva: il diritto si costituisce infatti non solo a partire dalle condizioni di salute/malattia, ma anche a partire dalla tipologia di rapporto di lavoro/impiego di cui è titolare nei confronti del datore di lavoro pubblico o privato. Talune difficoltà derivano in parte, infatti, dalla progressiva privatizzazione del rapporto di lavoro nel settore pubblico, pur conservando elementi legati al sistema previgente, con possibili difformità di trattamento tra amministrazioni c.d. "non contrattualizzate" (ad esempio forze armate e di polizia) con i rispettivi ordinamenti di legge, e restanti comparti ed amministrazioni, il cui riferimento principale è ora il contratto di lavoro.

Occorre accennare infine ad un altro concetto che può essere confuso con l'inabilità, il giudizio di incollocabilità (col relativo assegno) nel collocamento obbligatorio: la valutazione era espressa dall'organo USL ai sensi della L. 482/68; ma con l'abolizione della legge e l'entrata in vigore della L. 68/99 (recante norme per l'inserimento lavorativo mirato delle persone disabili) la competenza sul collocamento mirato è stata suddivisa tra gli enti cui compete anche il riconoscimento del diritto (USL, INAIL, Commissioni mediche ministeriali per il riconoscimento della causa di servizio), e l'accertamento non è più previsto. Una circolare del Ministero del Lavoro (n. 66/01) ha però riconosciuto che l'incollocabilità, pur rappresentando un caso residuale, né il beneficio connesso, sono mai stati abrogati: il problema è che, a norma di legge, l'Azienda sanitaria locale è competente solo per gli invalidi civili, così che nella prassi si riscontrano notevoli difficoltà operative nei casi in cui la competenza sia ricomposta in capo ad altre amministrazioni. **TM**

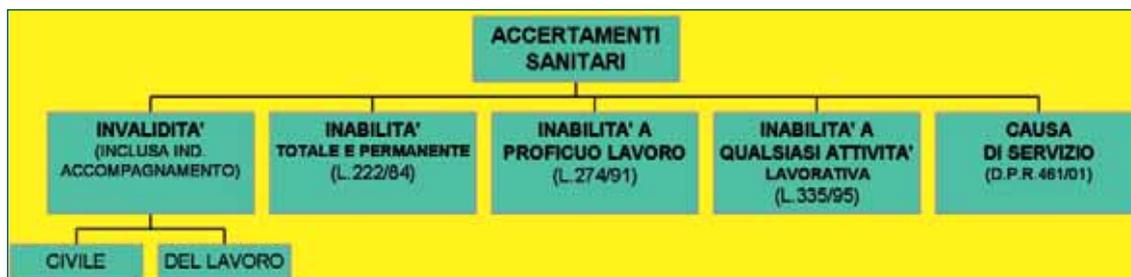


Figura 1

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

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

B.D.A. Computer & Software

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

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

L'ambulatorio di prevenzione oncologica dermatologica del CALCIT: un bilancio

INTRODUZIONE

Solo poche parole di introduzione sul CALCIT, la sua missione, le sue attività.

Nasce il 12 settembre del 1985, quando un gruppo di persone tra cui la signora Wanda Tofanari decise di costituire un'associazione ONLUS al fine di aiutare con tutti i mezzi reperibili i pazienti affetti da patologie tumorali e le loro famiglie sia fisicamente che psicologicamente, convinta del fatto che la sofferenza del malato non è solo un problema individuale.

La caratteristica innovativa, non sostituirsi al pubblico, ma cercare risorse umane e finanziarie a sostegno delle strutture pubbliche; in particolare dell'Azienda Sanitaria Fiorentina della Zona Sud-Est per la prevenzione, la cura e l'assistenza domiciliare in campo oncologico. Per realizzare ciò, il CALCIT interviene annualmente con un importante impegno finanziario, per fornire personale (medici, infermieri, tecnici di laboratorio, psicologi ed altri professionisti) a quei Servizi che operano in questo settore all'interno dell'Ospedale S.M. Annunziata e sul Territorio di competenza.

Con questo spirito operano decine di volontari per reperire risorse tramite mercatini, fornire assistenza domiciliare ai malati oncologici, dare sostegno ai familiari colpiti dal lutto, per la gestione di un poliambulatorio orientato particolarmente sulla prevenzione oncologica.

In merito al poliambulatorio, aggiungiamo che tale attività è resa possibile grazie alla collaborazione di numerosi e qualificati medici, che assicurano la loro professionalità, nonché all'insostituibile apporto di tanti volontari che, a condizione di assoluta

gratuità, mettono a disposizione una parte del loro tempo per poter mantenere un adeguato standard di servizio.

IL SERVIZIO DI DERMATOLOGIA

Il servizio di Dermatologia del CALCIT, in prima linea nella prevenzione del Melanoma cutaneo, neoplasia fra le più aggressive tra tutti gli altri tumori cutanei, è stato condotto in collaborazione con altri medici, in forma continuativa, fin dal lontano 10 agosto 1999. È

giusto, quindi, fare un bilancio del lavoro finora svolto per cercare di fare sempre meglio, di correggere gli errori e le incongruenze e per rendere sempre più utile e snello questo servizio; il tutto nell'interesse della popolazione che affrisce in questo Centro.

Il CALCIT, pertanto, con il concreto obiettivo della prevenzione oncologica, cerca di rendere sempre più facile l'accesso alle prestazioni dermatologiche.

La visita si svolge dapprima con un accurato esame obiettivo su tutta la superficie cutanea e mucosa, per individuare clinicamente quali siano le lesioni potenzialmente più pericolose. Individuate queste, viene eseguito un esame in *epiluminescenza* con *dermatoscopia*: questa procedura è fondamentale perché permette di ingrandire fino a 100 volte la lesione pigmentata permettendo così all'operatore di valutare tutti gli aspetti clinici della lesione in tutti i suoi componenti. Viene quindi misurata in larghezza

LUCA SALIMBENI¹, ROSSANO VERGASSOLA²,
CARMELO URSO³, VANNI GIANNOTTI⁴,
LUCIO MARADEI⁵, FABRIZIO BAUSI⁶,
STEFANO PAPP⁶, MARIANGELA RUMINE⁶

¹ Medico Dermatologo CALCIT

² Direttore Sanitario CALCIT

³ U.O. Anatomia Patologica - Dermatopatologia - OSMA

⁴ Ricercatore Chirurgia Plastica OSMA

⁵ Chirurgo-Ecografista CALCIT

⁶ Medico Ecografista



Figura 1

| CASI ONCOLOGICI | Numero |
|-------------------------------------|------------|
| Carcinoma basocellulare | 231 |
| Carcinoma spinocellulare | 10 |
| Lentigo maligna di Hutchinson | 3 |
| Linfomi a cellule B | 1 |
| Linfomi a cellule T | 1 |
| Melanoma | 50 |
| Morbo di Bowen | 8 |
| Metastasi cutanee da organi interni | 2 |
| Porocarcinoma | 2 |
| Tumore glomico dermico | 1 |
| Neuro fibroma | 1 |
| Pazienti in follow up da altre sedi | 34 |
| TOTALE CASI | 344 |

Figura 2

e in lunghezza con un apparecchio chiamato *dermo-metro*, permettendo così di valutare le variazioni nel tempo.

A questo punto viene compilata una cartella clinica (familiarità per tumori cutanei, fototipo, quantità di nei presenti sulla superficie del corpo, ecc.) con il punteggio (*score*) finale della lesione pigmentata in base ai margini (regolari, irregolari), al colore (monocroma, policroma), dimensioni, discromie, aspetto della superficie del neo affinché ci si renda conto se la lesione è a rischio e quindi da asportare, oppure da controllare nel tempo. Nel caso che la lesione debba essere asportata, viene eseguito un semplice esame bioptico della lesione in toto. Grazie alla collaborazione con il Servizio di Anatomia Patologica dell'Ospedale di Santa Maria Annunziata (O.S.M.A.), la refertazione dell'esame istologico viene consegnata entro tempi abbastanza ristretti. Ogni lesione asportata viene fotografata per il nostro archivio oncologico e per una migliore comprensione dell'anatomopatologo.

I pazienti affetti da neoplasia cutanea diagnosticata istologicamente, vengono poi inviati per adeguamento dei margini di escissione e sottoposti a follow up clinico e strumentale – secondo linee guida – presso il nostro Centro e il Centro di Riferimento di Chirurgia Plastica – Prevenzione Melanoma – O.S.M.A.

Complessivamente i casi diagnosticati come oncologici, nel periodo 10/8/1999 - 10/8/2009, sono stati 344, di cui 155 relativi al sesso femminile e 189 maschile, con una media annua di 34,4 casi ed una media mensile di 2,9.

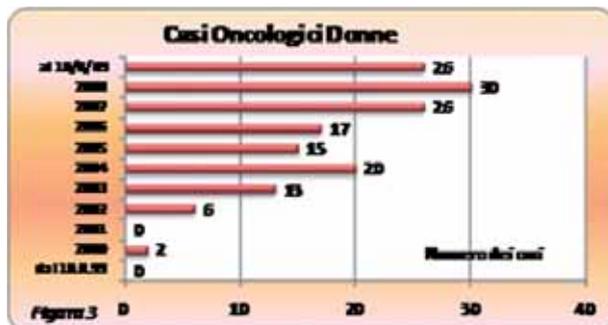


Figura 3

| PREVALENZA TUMORI CUTANEI NELLE DONNE | Numero |
|---------------------------------------|------------|
| Carcinoma basocellulare | 96 |
| Carcinoma spinocellulare | 5 |
| Lentigo maligna di Hutchinson | 1 |
| Linfomi cutanei B | 1 |
| Melanoma | 27 |
| Morbo di Bowen | 7 |
| Neuro fibroma | 1 |
| Porocarcinoma | 1 |
| Pazienti in follow up da altre sedi | 16 |
| TOTALE | 155 |

Figura 4

Nella Tabella della Figura 2 vengono evidenziati i suddetti casi suddivisi per tipologia oncologica e riferiti all'intera popolazione.

Nella Figura 3, vengono mostrati i casi oncologici diagnosticati, suddivisi per anno e riferiti alla popolazione femminile.

Nella Figura 4 i suddetti casi vengono invece rappresentati per tipologia.

Stesse modalità di rappresentazione sono state utilizzate per la popolazione maschile.

I risultati sono esposti nelle Figure 5 e 6.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

(A cura del dott. Vergassola)

Pur essendo l'ambulatorio del Calcit una struttura di dimensioni contenute, il lavoro che ha svolto e sta svolgendo nella prevenzione oncodermatologica è, a nostro avviso, di grande valore. C'è collaborazione fra i Colleghi che operano nella struttura, ma anche con l'Anatomia Patologica dell'O.S.M.A. e la Chirurgia Plastica dell'ASL 10. Questo è in generale lo spirito del CALCIT, che i colleghi hanno interpretato nel migliore dei modi. Siamo quindi soddisfatti del lavoro che è stato svolto e che è riassunto in questo articolo; ciò non toglie che cercheremo di fare ancora meglio nel prossimo futuro, come si conviene a professionisti che vogliono onorare la loro professionalità, attraverso visite accurate e controlli clinici ed ecografici (addome e linfonodi della regione interessata, e delle altre stazioni) effettuati dagli ecografisti che operano nel CALCIT.

TM



Figura 5

| PREVALENZA TUMORI CUTANEI NEGLI UOMINI | Numero |
|--|------------|
| Carcinoma basocellulare | 135 |
| Carcinoma spinocellulare | 5 |
| Lentigo maligna di Hutchinson | 2 |
| Linfomi T | 1 |
| Melanoma | 23 |
| Morbo di Bowen | 1 |
| Metastasi cutanee da organi interni | 2 |
| Porocarcinoma | 1 |
| Tumore glomico dermico | 1 |
| Pazienti in follow up da altre sedi | 18 |
| TOTALE | 189 |

Figura 6



Tumore del colon per sottosede

Anche in Toscana esiste uno shift del rapporto fra colon destro e colon sinistro?

Anche in Toscana, come in Europa e in tutto il mondo occidentale, il rapporto tra tumori del colon destro e tumori del colon sinistro si sta modificando.

Nel Registro Tumori della Regione Toscana, infatti, il tasso di incidenza (x 100.000) dei tumori maligni del colon è passato, nel periodo 2000-2005, da 38.5 a 36 (APC: -1.9), con variazioni non significative; l'analisi per sottosede rivela, nello stesso periodo, una diminuzione statisticamente significativa dei tumori a localizzazione sinistra (APC: -3.0), che nel 2000 rappresentavano il 43% del totale dei casi incidenti, mentre il tasso di incidenza dei tumori del colon destro rimane invariato (nel 2000 rappresentavano il 41% del totale), così come la quantità di casi senza indicazione di sede specifica (nel 2000 rappresentavano il 16% del totale).

La tendenza ad uno *shift* verso il colon prossimale, con una diminuzione delle lesioni diagnosticate a sinistra, è stata negli ultimi anni documentata da numerosi studi internazionali; rimane tuttavia ancora controverso se si tratti di reali variazioni biologiche a carico di questo tipo di tumore, conseguenza di modifiche nell'esposizione

a fattori di rischio ambientali, quali dieta e stile di vita, e dell'attuazione di programmi di prevenzione, come l'attività di screening presente dal 1985 nell'area fiorentina, o piuttosto esito di artefatti nella registrazione delle sottosedie anatomiche.

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

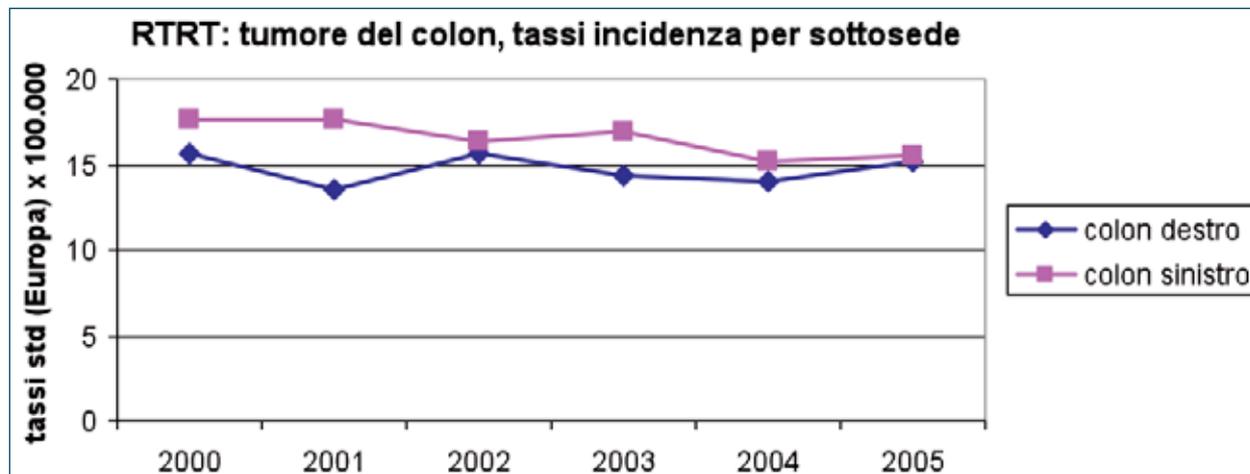
* *UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva*

** *ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica*

Bibliografia

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

TM



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

1999-2008

Dieci anni di governo clinico in Toscana

Consiglio Sanitario Regionale

La pubblicazione della Regione Toscana sul contributo dei professionisti sanitari alla costruzione di un sistema sanitario regionale qualificato, competitivo ed all'avanguardia

La Regione Toscana ha pubblicato il libro "1999/2008 – Il Consiglio Sanitario Regionale. Dieci anni di governo clinico in Toscana" che presenta il lavoro svolto in alcuni significativi settori nonché la storia, la valutazione dei fatti ed i pareri del Consiglio Sanitario Regionale a dieci anni dalla sua costituzione.

Il Consiglio Sanitario Regionale con la propria attività nel decennio 1999/2008 ha sicuramente contribuito a costruire un qualificato sistema sanitario regionale ma ha anche delineato un organismo con una propria identità, un proprio profilo, del tutto specifico e particolare nell'ambito della sanità toscana. I pareri espressi, che sono raccolti nel CD allegato al libro, il numero dei gruppi di lavoro costituiti e dei professionisti coinvolti nonché la mole di linee guida/indirizzi diagnostici terapeutici elab-

borati ed il numero dei crediti ECM attribuiti ne sono un evidente testimonianza.

È stato necessario prendere atto che il mondo della sanità non è un tutt'uno indifferenziato, che esistono diversi orientamenti, diversi approcci e diverse priorità, tutte legittime, spesso tra loro complementari o alternative, e conseguentemente esistono diverse direttrici decisionali che devono essere supportate da rigorose ed approfondite valutazioni tecnico scientifiche.

La peculiarità che ha contribuito a rendere il Consiglio Sanitario Regionale un organismo specifico ed unico nel quadro nazionale, è individuabile proprio nella scelta del sistema della "Partecipazione e Condivisione con e tra i professionisti" che è stato privilegiato come orizzonte di lavoro e pienamente attuato.

Pubblichiamo alcuni prospetti esplicativi dell'attività:

MARIA BAILO

*Funzionario responsabile posizione organizzativa
Consiglio Sanitario Regionale*

Tabella 1 – Gruppi di lavoro e professioni coinvolti

| Anno | N. gruppi di lavoro | Professionisti coinvolti | Pareri espressi |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------|
| 1999 | 22 | 434 | 23 |
| 2000 | 7 | 120 | 15 |
| 2001 | 8 | 68 | 13 |
| 2002 | 18 | 279 | 10 |
| 2003 | 4 | 42 | 10 |
| 2004 | 14 | 218 | 32 |
| 2005 | 14 | 147 | 33 |
| 2006 | 17 | 206 | 44 |
| 2007 | 15 | 163 | 42 |
| 2008 | 28 | 336 | 62 |
| 2009 | 25 | 474 | 67 |
| totali | 172 | 2487 | 351 |

Tabella 2 – Linee guida/Indirizzi diagnostico terapeutici elaborati

| | |
|---|--|
| Asma | Insufficienza respiratoria |
| Back pain | Iperensione |
| BPCO | Menopausa |
| Diagnostica per immagini | Nefrologia e diabete |
| Emorragie digestive | Percorsi riabilitativi |
| Epilessia | Prevenzione tumori |
| Follow up tumori | Reumatologia |
| Ictus | Scompenso |
| Immunologia | Ulcere da pressione |
| Chirurgia della mano | Catetere Venoso Centrale |
| Gestione del segno/ sintomo febbre in pediatria | Esami preoperatori e precontrastografici |

Tabella 3 – Pareri espressi nell'anno 2009

| | |
|----------------|--|
| 1/2009 | Programma di formazione e informazione-sensibilizzazione su sanità d'iniziativa e gestione delle malattie croniche e "Chronic Care Model: ruolo e competenze dei diversi attori" |
| 2/2009 | Gruppo di lavoro sull'approfondimento scientifico sui percorsi assistenziali nell'area delle demenze: nomina componenti |
| 3/2009 | Valutazione sul riconoscimento della figura professionale di tecnico di ecocardiografia |
| 4/2009 | Valutazione della "Proposta di inserimento gratuito dello Yoga in una AUSL - 100 ore con 5 insegnanti" |
| 5/2009 | Rischio clinico: documentazione buona pratica Modified Early Warning Score (MEWS) |
| 6/2009 | Sanità di iniziativa: implementazione di una strategia terapeutica antifratturativa finalizzata alla riduzione dell'incidenza della ri-frattura di femore da fragilità in Toscana in una popolazione di ≥ 65 anni |
| 7/2009 | Aggiornamento rete dei presidi per la diagnosi e l'assistenza dei soggetti affetti da malattie rare - Febbraio 2009 |
| 8/2009 | Coordinamento regionale delle malattie rare: nomina coordinatore per malattie dell'Apparato respiratorio |
| 9/2009 | Gruppo di Lavoro "Linea guida Back pain" e Gruppo di Lavoro costituito in previsione della "Conferenza di consenso sui percorsi assistenziali nell'area delle demenze": integrazione componenti |
| 10/2009 | Gruppo di Lavoro sulla PMA: riconferma ed integrazione componenti |
| 11/2009 | Gruppo di Lavoro LG "Ulcere da Pressione": integrazione e nomina componenti |
| 12/2009 | Gruppo di Lavoro LG "Emorragie digestive": sostituzione coordinatore |
| 13/2009 | Gruppi di Lavoro "Valutazione direttori di struttura complessa": approvazione composizione |
| 14/2009 | Percorso Assistenziale dei pazienti con Gravi Cerebrolesioni Acquisite |
| 15/2009 | Linee guida di pratica clinica e di standard di assistenza e cura per i bambini affetti da Labio-palatoschisi |
| 16/2009 | Linee operative in merito all'integrazione degli alunni disabili |
| 17/2009 | Corretta valutazione delle ridotte capacità motorie dei cittadini affetti da emofilia |
| 18/2009 | Gestione del segno/sintomo febbre in pediatria - Linee Guida della Società Italiana di Pediatria |
| 19/2009 | Comitato per la valutazione ed il monitoraggio degli interventi di terapia elettroconvulsivante. Designazione componenti |
| 20/2009 | Linee guida per l'Iperensione arteriosa |
| 21/2009 | Percorso diagnostico terapeutico per l'utilizzazione delle grandi attrezzature della diagnostica per immagini |
| 22/2009 | Linee guida di prevenzione oncologica: Cancerogenesi occupazionali |
| 23/2009 | Linee guida di prevenzione oncologica: Tabagismo |
| 24/2009 | Linee guida prevenzione dei tumori: Alimentazione, obesità e attività fisica |
| 25/2009 | Prevenzione dei tumori: Percorsi diagnostico-terapeutici |

- 26/2009** Esecuzione e lettura intradermoreazione secondo Mantoux
- 27/2009** Nomenclatore Tariffario Regionale – Modifica indicazioni clinico diagnostiche di erogabilità delle prestazioni di densitometria ossea e correzione dei vizi di refrazione
- 28/2009** Implementazione della “Carta di valutazione geriatrica” Un possibile strumento per il “dépi-stage” dei fattori di rischio delle persone anziane
- 29/2009** Inserimento esami relativi allo stress ossidativo nel tariffario regionale per esenzione ticket
- 30/2009** Progetto di riorganizzazione della Allergologia Pediatrica
- 31/2009** La spettrometria di massa nella diagnostica clinica
- 32/2009** Gestione della analgesia nel trauma
- 33/2009** Comitato Tecnico Scientifico del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente”
- 34/2009** Commissione diabetologica: designazioni
- 35/2009** Pediatric Emergency Card
- 36/2009** Commissione regionale Qualità e Sicurezza
- 37/2009** Linee guida per la selezione dei pazienti candidati alla neurostimolazione con device ricaricabili e non
- 38/2009** Azioni da intraprendere per il programma di contenimento degli effetti di outbreak A (H1N1) sui reparti RTI e di area critica
- 39/2009** Costituzione tavolo di lavoro su tipizzazione HLA
- 40/2009** Sperimentazione interventi a sostegno della funzione assistenziale domiciliare per le persone affette da SLA
- 41/2009** Indicatori sanitari valutazione strutture complesse
- 42/2009** Progetto di sperimentazione del modello See & Treat in Pronto Soccorso
- 43/2009** Ridefinizione procedure e percorso PMA
- 44/2009** Gruppo di Lavoro Linea Guida Demenze
- 45/2009** Integrazione Carta di Valutazione Geriatrica
- 46/2009** Sperimentazione del sistema “Modified Early Warning Score (MEWS)
- 47/2009** Progetto assistenziale per il bambino in eccesso ponderale
- 48/2009** Progetto Indagine di prevalenza sull’ipertensione giovanile nella popolazione delle scuole secondarie superiori della Regione Toscana, con particolare riferimento all’implementazione della Linea Guida regionale sull’Ipertensione
- 49/2009** Gestione Pandemia da parte dei medici di medicina generale
- 50/2009** Documentazione buona pratica “La prevenzione delle cadute in ospedale”
- 51/2009** Sostituzione coordinatore gruppo di lavoro “Ulcere da Pressione”
- 52/2009** Definizione profilo professionale di Andrologo
- 53/2009** Prevenzione rischio tromboemolitico: designazione componenti gruppi di lavoro
- 54/2009** La gestione ospedaliera dell’emergenza pandemia da virus A/H1N1
- 55/2009** Aggiornamento rete dei presidi per la diagnosi e l’assistenza dei soggetti affetti da malattie rare
- 56/2009** Sindrome fibromialgica: riconoscimento esenzione per patologia cronica
- 57/2009** Automonitoraggio glicemico: indicazioni
- 58/2009** Rete allergologica integrata toscana
- 59/2009** Prestazione di specialistica ambulatoriale, cross-linking corneale, per il trattamento dei pazienti con cheratocono: inserimento Nomenclatore Tariffario
- 60/2009** Osservatorio permanente sull’ospedale per intensità di cura: designazione componenti gruppi di lavoro e relativi coordinatori
- 61/2009** Commissione regionale per la qualità e la sicurezza
- 62/2009** Nuovo Ruolo del Medico di Comunità nel Sistema Socio Sanitario Regionale
- 63/2009** Commissione Terapeutica Regionale
- 64/2009** Centro regionale di coordinamento della rete assistenziale delle persone con demenza: collocazione funzionale
- 65/2009** Commissione Regionale di Monitoraggio sull’Attuazione della Sanità d’iniziativa (CORMAS): nomina componente
- 66/2009** Registro Toscano Malattie Rare: inserimento di tre patologie rare
- 67/2009** Uso della FDG – PET nella diagnostica clinica delle demenze

La procreazione medicalmente assistita

Tutta una serie di recenti studi prospettici hanno evidenziato che, su 100 coppie che cercano una gravidanza, solo 84 hanno raggiunto l'obiettivo al termine del primo anno di ricerca del figlio.

Gli stessi studi mettono anche in luce che circa la metà di quel 16% di coppie senza una gravidanza a 12 mesi, possono ottenerla senza alcun intervento medico nel corso del secondo anno di "esposizione al rischio".

Pertanto, una quantità rilevante di coppie (16% dopo 12 mesi; 8% dopo 24 mesi) entra in contatto con il problema di un figlio cercato e sognato ma che inaspettatamente non viene, sperimentando l'ansia, la delusione e la frustrazione della sterilità di coppia.

In realtà, i dati appena citati sono relativi a popolazioni molto ampie, con una età media della donna sufficientemente bassa. A quest'ultimo proposito, dobbiamo puntualizzare che il parametro "età anagrafica della donna" è quello più "pesante" in assoluto in ogni tipo di elaborazione statistica relativa alla fertilità umana o relativa ad uno qualsiasi dei possibili programmi terapeutici attuabili per cercare di risolvere la sterilità di coppia. In particolare, la fertilità della donna è massima fin verso i 30 anni, per poi ridursi progressivamente, in modo sensibile e costante nella fascia 35-40, in modo drammatico dopo i 40.

Nella realtà sociale nordeuropea, in quella italiana e certamente anche nella nostra Regione, la tendenza costante degli ultimi anni – per i motivi a tutti noi noti: il lavoro che non c'è, la casa, le insicurezze lavorative ed economiche – è stata ed è quella di ritardare l'età in cui si "è pronti" e quindi si cerca un figlio (per portare un esempio, l'età media delle donne che si pre-

sentano per consultazione al Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi è attualmente di 37,5 anni).

Questo giustifica i numeri alti di infertilità di coppia che troviamo nella popolazione toscana; e rende ragione del fatto che

nell'intera Regione Toscana vengono completati ogni anno, nei vari centri autorizzati (pubblici, privati convenzionati, privati) diverse migliaia di cicli di procreazione medicalmente assistita (PMA), comprendendo in questo termine – come dobbiamo – sia le inseminazioni intrauterine che le fecondazioni assistite.

In questo scenario, con gli aspetti numerici appena ricordati, ma soprattutto all'interno di una dimensione psicologica ed antropologica del tutto particolare, con grande sensibilità il Consiglio Sanitario Regionale è riuscito ad attuare una politica professionale molto attenta, rispettosa delle aspettative e delle esigenze delle coppie alla ricerca di un figlio, ma senza dimenticare la necessità di ottimizzare le risorse economiche a disposizione.

Da questo atteggiamento, sono scaturiti – come vedremo – pareri e deliberazioni di forte impatto sociale e di illuminata politica sanitaria, alcune delle quali hanno costituito un modello seguito successivamente da altre amministrazioni regionali italiane.

Quando il Consiglio Sanitario Regionale ha cominciato a lavorare su temi di particolare rilevanza e impatto, è stato subito chiaro che la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) era uno di questi. In quegli anni (era il 1999) si discuteva molto, a livello parlamentare, della necessità di una legge, su cui però esistevano molte perplessità. Il dibattito nazionale era acceso, ma non si arrivava al dunque. Il Consiglio Sanitario Regionale (CSR), da pochissimo

CLAUDIA LIVI*, IVO NOCI**

* *Responsabile Centro procreazione assistita Demetra, Firenze, Presidente Ass. CECOS Italia*

** *Responsabile Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana AOU Careggi, Firenze*

costituito, decise, a nostro parere saggiamente, di entrare nel merito non etico ma organizzativo, strutturale e tecnologico dei centri, in modo da ridurre o eliminare i rischi per le pazienti che dovevano sottoporsi ai cicli di Procreazione Medicalmente Assistita.

In Italia, come detto, il dibattito era acceso, ma esistevano associazioni di medici che operavano nel settore (un esempio per tutti, l'Associazione CECOS Italia) che si erano date codici di autoregolamentazione e avevano anche stilato un elenco di requisiti che i centri dovevano possedere per operare. Ma, appunto, si trattava di autoregolamentazioni che comunque non rivestivano valore giuridico.

Il Consiglio Sanitario Regionale decise che la parte organizzativa e strutturale poteva essere regolamentata perché rientrava nella autonomia della regione. Si poteva iniziare, per fare questo, da uno dei maggiori punti di forza della politica sanitaria regionale, e cioè dalla Legge Regionale n. 8 del 23/02/1999 che dava indicazioni specifiche per l'apertura di strutture mediche e/o chirurgiche pubbliche o private e le sottoponeva al vincolo della autorizzazione regionale per poter lavorare.

In attesa della definizione a livello nazionale dei requisiti minimi strutturali e di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento dei centri di procreazione medicalmente assistita, si lavorò alla preparazione di un atto per la definizione dei requisiti suddetti, affinché l'esercizio delle attività di procreazione medicalmente assistita da parte di strutture pubbliche e private avvenisse nella più scrupolosa osservanza di tutte le misure che tutelano la salute della donna, del nascituro e degli utenti.

Il Consiglio Sanitario Regionale costituì un tavolo di lavoro convocando i responsabili di tutte le strutture di procreazione medicalmente assistita presenti sul territorio regionale, azione possibile perché allora le strutture erano in numero estremamente limitato.

Alla fine degli incontri a questo dedicati, furono elaborati i criteri organizzativi, strutturali e tecnologici propri dei centri PMA, che con un capitolo specifico nella delibera 242/2000 andarono a integrare la delibera 221/99.

Con successivo parere (n. 5/2002) il Consiglio Sanitario Regionale considerò esaustivi i requisiti autorizzativi contenuti nella delibera 242/2000 per l'accreditamento delle strutture

di PMA. Nello stesso documento, però, è contenuta anche un'altra indicazione, non meno importante: si fa riferimento cioè alla PMA come disciplina complessa, che richiede un lavoro di équipe in cui la formazione e l'esperienza delle figure professionali già operanti nel settore deve essere salvaguardata; anche questa è una presa di posizione importante, che tutela il lavoro svolto fino ad allora dagli operatori.

Nel corso degli tempo, la naturale evoluzione delle tecniche di PMA unita agli sviluppi delle terapie per malattie che con il tempo hanno assunto il carattere di cronicità (per esempio, nel caso dei pazienti HIV positivi) ha aperto nuove prospettive.

Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono diventate applicabili a situazioni un tempo non prevedibili: il "lavaggio" del liquido seminale dei pazienti HIV positivi unito alla successiva verifica della carica virale residua sul campione seminale trattato ha reso sicura la riproduzione in coppie sierodiscordanti.

È sulla via della standardizzazione la tecnica che consente la crioconservazione di frammenti di tessuto ovarico, che – utilizzata nelle giovani pazienti oncologiche – può offrire loro una speranza di avere figli una volta conclusi gli eventuali cicli di trattamento chemio e/o radioterapico. Sono migliorati i risultati (in termini di gravidanze evolutive) relativi alla utilizzazione del congelamento ovocitario, che consente in questo modo di poter utilizzare gli ovociti soprannumerari recuperati durante un ciclo "a fresco" che non verrebbero utilizzati per la fecondazione.

Il Consiglio Sanitario Regionale si è occupato di questi temi, cercando di inserirli sempre in una cornice normativa ragionevole, che potesse fornire una guida utile agli operatori e ai legislatori.

È stato così che, per la prima volta in Italia, è stato possibile utilizzare la dicitura "sterilità maschile conseguente al trattamento del liquido seminale" per il trattamento delle coppie sierodiscordanti (parere Consiglio Sanitario Regionale n. 22/2005), molto tempo prima che il Ministero riconoscesse l'accesso a queste coppie nei cicli di procreazione medicalmente assistita.

È stata riconosciuta l'utilità del congelamento ovocitario nelle pazienti oncologiche, che può essere offerto da tutti i centri ma, per la pe-

culiarità dell'intervento, deve essere inserito in un percorso condiviso collettivamente da tutti i centri al fine di garantire l'intervento di tutte le professionalità necessarie; è stato altresì circoscritto alle sole strutture pubbliche idonee nell'ambito di precisi protocolli di ricerca il congelamento di tessuto ovarico (parere Consiglio Sanitario Regionale n. 2/2005).

La Regione Toscana, attraverso il SSR, è l'unica regione italiana che, nell'ottica di un'equa distribuzione delle risorse, ha messo alcuni limiti alla esecuzione dei cicli di procreazione medicalmente assistita nell'ambito del SSR, strada che stanno seguendo via via tutte le altre regioni.

I dati internazionali e ormai acclarati dimostrano che le probabilità di riuscita (in termini di gravidanze ottenute) di cicli di procreazione medicalmente assistita in donne che abbiano superato i 42 anni di età crollano intorno al 5-6% e che anche il numero di cicli di trattamento è importante: le percentuali di successo crescono con il numero dei cicli effettuati ma dopo il terzo ciclo di fecondazione in vitro la curva di riuscita subisce una prima flessione.

Il Consiglio Sanitario Regionale ha ritenuto doveroso ribadire (sempre nel parere 2/2005) questi limiti, dopo una nuova revisione della letteratura.

Il Consiglio Sanitario Regionale ha fatto anche una valutazione più "politica". Va detto in premessa che i farmaci induttori della ovulazione, utilizzati nei cicli di procreazione medicalmente assistita, sono soggetti alla nota CUF n. 74, che ne limita la prescrivibilità a centri autorizzati dalla regione e ne individua una quantità massima prescrivibile (12400 UI totali). Il quantitativo può non essere sufficiente nel caso in cui la donna abbia una età avanzata dal punto di vista riproduttivo (> 35 aa.) e/o un valore dell'FSH alto. Superare questo quantitativo è quindi abbastanza facile, e questo significa che i farmaci escono dalla concedibilità e

le pazienti devono pagarli direttamente.

Il Consiglio Sanitario Regionale ha condiviso e fatto propria la riflessione che l'introduzione della quantità massima prescrivibile totalmente (e cioè per tutti i cicli fatti dalla paziente) fosse estremamente penalizzante e costituisse (era appena entrata in vigore la Legge n. 40 del 19/02/2009) un ulteriore disincentivo per que-

ste pazienti a rivolgersi a strutture operanti in Italia, invitando la regione ad adoprarsi per una revisione della nota CUF.

I quesiti e gli aggiornamenti continui della medicina e in particolare della procreazione medicalmente assistita necessitano di valutazioni e risposte rapide. La struttura e l'organizzazione stessa del Consiglio Sanitario Regionale ne fa un organismo particolarmente flessibile, che negli anni è stato in grado di affrontare temi controversi ma anche di procedere a rivalutazioni di argomenti già trattati. Una prova per tutte è il congelamento ovocitario. Nel parere 2/2005 venivano espresse perplessità circa l'introduzione a carico del Sistema Sanitario Regionale dei cicli di procreazione medicalmente assistita effettuati con l'utilizzo di ovociti precedentemente congelati, vista la tecnica ancora in fase di standardizzazione e i bassi risultati in termini di gravidanze. Allo stato attuale, la tecnica di congelamento si è perfezionata, sono entrati a far parte della routine quotidiana dei centri anche altre tecniche di crioconservazione più promettenti (per es. la vitrificazione) e, di conseguenza, nel recente parere n. 10/2009, il Consiglio Sanitario Regionale chiede al gruppo di lavoro che si occupa della procreazione medicalmente assistita di approfondire le nuove acquisizioni tecnico-scientifiche per un aggiornamento del tema.

Un altro aspetto in cui il Consiglio Sanitario Regionale si è particolarmente impegnato è rappresentato dalla Citogenetica applicata alla pratica della procreazione medicalmente assistita.

Abbiamo già visto come nell'intera Regione Toscana vengono completati ogni anno, nei vari centri autorizzati (pubblici, privati convenzionati, privati) diverse migliaia di cicli di procreazione medicalmente assistita, cioè di inseminazioni intrauterine e di fertilizzazioni assistite.

All'interno di questo scenario, nella nostra Regione negli ultimi anni si stava consolidando una prassi medica consistente nel richiedere, sia alla donna che all'uomo e molto spesso già al momento del primo colloquio, una serie di accertamenti genetici comprendenti cariotipo, studio delle mutazioni del gene CFTR, studio delle microdelezioni del cromosoma Y, se non anche lo studio delle mutazioni e premutazioni

del gene FMR1. Questo comportamento clinico era legato, in parte, alla effettiva presenza di alcune segnalazioni di letteratura, che davano un suggerimento di questo tipo; ma forse in massima parte alla preoccupazione da parte dell'operatore medico di avere ripercussioni di tipo medico-legale, nel caso di nascita di neonato portatore di anomalie genetiche.

Comunque, indipendentemente dalla causa o dalle concause, questo atteggiamento 'difensivo' da parte degli operatori della Medicina della Riproduzione aveva portato a liste di attesa molto lunghe per eseguire gli esami di citogenetica e a costi elevati per il Sistema Sanitario Regionale (SSR).

In questo contesto, la Regione Toscana ha dato incarico al Coordinamento Regionale scientifico e organizzativo per le attività di Genetica Medica di predisporre un documento in cui fossero messe in evidenza le condizioni di appropriatezza per i vari test genetici eseguibili nei casi di infertilità di coppia.

Il Coordinamento Regionale per le attività di Genetica Medica ha predisposto uno specifico gruppo di lavoro, comprendenti genetisti, ginecologi e andrologi afferenti a centri regionali di Medicina della Riproduzione, con il compito di analizzare dettagliatamente il problema e di proporre delle soluzioni adeguate.

Dopo oltre un anno di lavori, dedicati ad una revisione completa della letteratura esistente sull'argomento e ad un confronto tra varie posizioni che si erano delineate, il gruppo di lavoro ha elaborato un documento in cui si precisano le specifiche condizioni in cui risulta appropriato eseguire un determinato test genetico in una coppia infertile. Il Coordinamento Regionale per le attività di Genetica Medica ha fatto proprio questo documento, che è stato approvato anche dal Consiglio Sanitario Regionale con parere n. 26/2008, per cui all'inizio del 2008 è stata pubblicata una delibera della Giunta Regionale (n. 114, del 18-02-2008) contenente i "Protocolli operativi per l'esecuzione di test genetici nell'infertilità di coppia e in preparazione a procedure di procreazione medicalmente

assistita".

Nel capitolo della Genetica possono essere visionati i contenuti tecnico-scientifici e pratici della delibera. In questa sede preme puntualizzare l'importanza dei contenuti sotto il profilo di politica sanitaria regionale:

1. la Regione Toscana si fa carico economico dei test genetici nell'infertilità di coppia solo per determinati test e in specifici casi ben codificati-ponendo fine ad una sorta di "giungla prescrittiva";

2. la effettuazione dei vari test a carico del Sistema Sanitario Regionale deve essere certificata e autorizzata da un genetista;

3. le indicazioni andranno rivalutate su base annuale, alla luce di eventuali nuove acquisizioni scientifiche.

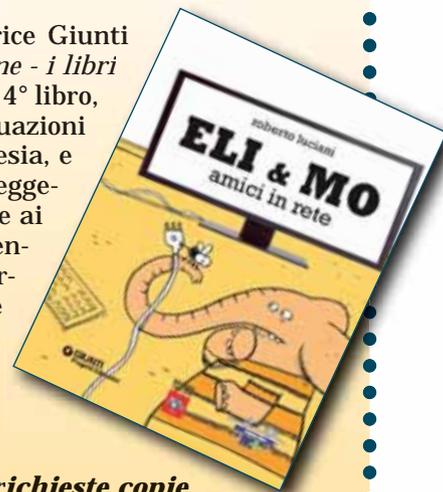
Crediamo che la direzione in cui il Consiglio Sanitario Regionale ha operato sia quella corretta all'interno di un servizio sanitario moderno, che deve equilibrare efficienza ed appropriatezza.

Coinvolgere i professionisti nella discussione di aspetti delicati e/o controversi delle varie discipline è di fondamentale importanza perché queste indicazioni siano accolte e fatte proprie con convinzione dalle strutture che operano nell'ambito della procreazione medicalmente assistita. E ci sembra anche particolarmente giusto il criterio di una possibile revisione delle indicazioni proposte, in relazione a nuovi dati o nuove segnalazioni presenti nella letteratura internazionale, il che fa sì che i pareri espressi siano sempre coerenti con la realtà attuale che vivono gli operatori con i pazienti. È questo l'impegno attuale del Consiglio Sanitario Regionale che sta per approvare un nuovo parere sull'adeguamento della normativa regionale alla recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 151/2009) per meglio definire, tra l'altro, i criteri per la diagnosi pre-embriale.

Tratto dal libro: *1999/2009 - Il Consiglio Sanitario Regionale. Dieci anni di Governo clinico in toscana* - Regione Toscana.

“Io sto bene”

La Regione Toscana, la fondazione Meyer e la casa editrice Giunti Progetti Educativi hanno dato vita alla collana “*Io sto bene - i libri che si prendono cura di te*”. Il progetto editoriale, giunto al 4° libro, è dedicato alle bambine e ai bambini per spiegare loro situazioni nuove, come, ad esempio, il ricovero ospedaliero o l'anestesia, e per aiutarli ad affrontare paure e timori, utilizzando un linguaggio leggero e accattivante; e proprio grazie al suo linguaggio, alle immagini e ai personaggi fiabeschi, ogni singolo libro può risultare un utile strumento anche per un genitore che voglia coinvolgere il bambino in un percorso esperienziale, si pensi all'anestesia, in modo più consapevole pur non perdendo la dimensione del gioco. Ziri la zebra, Billi l'acchiappapaura, Eli e Mo aiutano il bambino a intraprendere corretti stili di vita, danno risposte a dubbi e perplessità, facilitando, potremmo dire, il genitore in molte occasioni quotidiane.



La collana è disponibile nelle librerie, ma possono essere richieste copie gratuite per gli ambulatori dei pediatri di libera scelta. Per informazioni e per richiedere le copie gratuite scrivere a promozionedellasalute@regione.toscana.it.

Non chiamarmi passerotto!

“*Non chiamarmi passerotto!*” di Anna Sarfatti è il numero 0 della collana “*Io sto bene*” nel quale si raccontano in modo leggero e scherzoso i diritti del bambino in ospedale. Infatti il ricovero, ma anche la semplice visita in ospedale, porta il bambino in un ambiente sconosciuto, con persone mai viste (il personale medico e paramedico), in nuovi spazi, con esperienze di cura. Questo libro di filastrocche spiega tutto questo, raccontando quali siano i diritti dei bambini in una struttura speciale come l'ospedale.

Ziri sulla Luna

“*Ziri sulla Luna - il viaggio dell'anestesia*” di Anna Sarfatti affronta la tematica dell'anestesia pediatrica. Attraverso le divertenti storie di Ziri, una piccola zebra, il volume 1 della collana spiega ai piccoli lettori che cosa significa sottoporsi a un'anestesia, insegnando, anche con l'aiuto di simpatiche illustrazioni, come ci si prepara, che cosa si prova e che cosa si può o non si può fare prima e dopo un'anestesia.

Billi Acchiappapaura

Billi è il protagonista del II libro della collana dal titolo “*Billi Acchiappapaura - le paure dei bambini*”. Al suono del motto “paura

acchiappata, mezza passata” Billi, attraverso piccole storie edificanti, spiega ai quattro paurosi protagonisti e ai suoi lettori che cosa sono la paura e il coraggio. Spiega come convivere e farsi “amiche” le paure, come superare le più frequenti fobie dei piccoli e piccolissimi. Scritto a quattro mani da Maria Loretta Giraldo e Giulia Orecchia, questo libro si propone di rivolgersi a tutti quei piccoli pazienti che devono affrontare un ricovero in ospedale, con tutti i timori e le domande che questa esperienza porta con sé.

Eli e Mo

Il III volume della collana, “*Eli e Mo - amici in rete*”, è stato presentato lo scorso 24 aprile alla Biblioteca delle Oblate di Firenze. Attraverso i due protagonisti l'autore, Roberto Luciani, affronta il delicato tema delle amicizie in rete e del rapporto con il computer. L'elefantino Mo e la mosca Eli pur divisi da una strada soltanto, divengono amici solo grazie ad internet; decideranno in seguito di conoscersi di persona, imparando ad apprezzare la socialità e la naturalezza dei rapporti personali. La piacevole storia aiuta a riflettere altresì sul rispetto delle differenze.

*A cura di David Ricotta,
Regione Toscana*

Il Punto Unico di Accesso della AUSL 11 Empoli Dal 2002 al 2009

INTRODUZIONE

Il Punto Unico di Accesso è descritto nel Piano Sanitario Regionale Toscano 2008-2010 al punto 5.3.2 come l'organizzazione, a livello di Zona/distretto di un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda.

Nella Azienda USL 11 di Empoli esso ha iniziato la sua attività nell'aprile 2002. Alcuni dei principi che sono stati alla base della sua istituzione si ritrovano nella Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 402 del 2004.

ATTIVITÀ

Questa struttura è nata con la missione di organizzare l'assistenza sanitaria e sociale sul territorio. Negli anni ha subito varie trasformazioni. Infatti all'inizio ha costituito principalmente lo snodo tra ospedale e territorio per le dimissioni difficili o complesse. Poi nel corso degli anni la ricezione dei bisogni assistenziali si è estesa sul territorio, nel 2004 è stata varata la delibera 402 che delineava le funzioni del Punto Unico. Nel 2008 è nato il Punto Insieme, che ha recepito tutte le istanze territoriali, filtrando verso il Punto Unico, quelle di sua competenza.

I RISULTATI

La Figura 1 mostra come negli anni le segnalazioni siano andate aumentando raggiungendo un

numero annuo, ancora in via di stabilizzazione, intorno comunque alle 2500-3000 circa, cioè 10-12 segnalazioni ogni 1000 abitanti. Si evidenzia anche come ad una iniziale prevalenza delle segnalazioni di provenienza ospedaliera, si sia poi sostituita negli anni una tendenziale prevalenza territoriale fino ad arrivare oggi ad una sostanziale situazione di pareggio, probabilmente per la miglior caratterizzazione del caso da segnalare anche a seguito della attività di filtro / accoglienza svolta dal Punto Insieme.

L'analisi delle segnalazioni ospedaliere suddivisa per reparto dimettente mostra come la medicina e l'ortopedia da sole siano responsabili di circa il 90% delle segnalazioni (vedere Tabella 1).

Un attento esame delle dimissioni dai reparti mostra un aumento continuo nel tempo per la medicina e la riabilitazione, un iniziale aumento fino alla stabilizzazione per l'ortopedia, un sostanziale flusso continuo per gli altri reparti. L'oncologia con l'ultima riorganizzazione ospedaliera ha attivato meccanismi paralleli diretti. Da notare che negli ultimi anni si è intensificato il flusso derivante dalle Residenze Sanitarie Assistite, specialmente se a carattere riabilitativo, che svolgono evidentemente il ruolo di polmone per le post-acuzie in particolare per il post-ictus. Tale ingresso sposta l'obiettivo dal puro rapporto dualistico-ospedale territorio al terreno delle strutture intermedie, categoria alla quale appartengono appunto le Residenze Sanitarie.

PIERO SALVADORI¹, CLAUDIO BALDINI²,
ROSSELLA BOLDRINI³, ERICA FALASCHI³,
MASSIMO GIRALDI¹, SABRINA MIGLIORINI⁴

¹ Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali,

² Assistenza Infermieristica Territoriale,

³ Assistenza Sociale di base e residenziale

⁴ Supporto Amministrativo Zona-Distretto
(Provincia di Firenze)

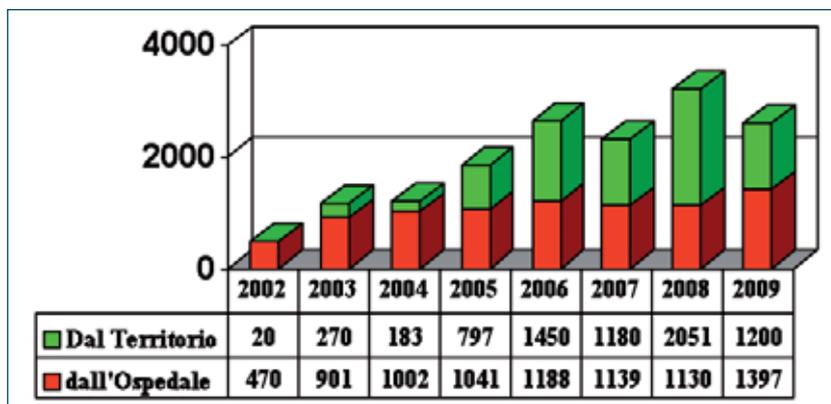


Figura 1 - Segnalazioni al PUA dall'Ospedale e del territorio dal 2002 al 2009

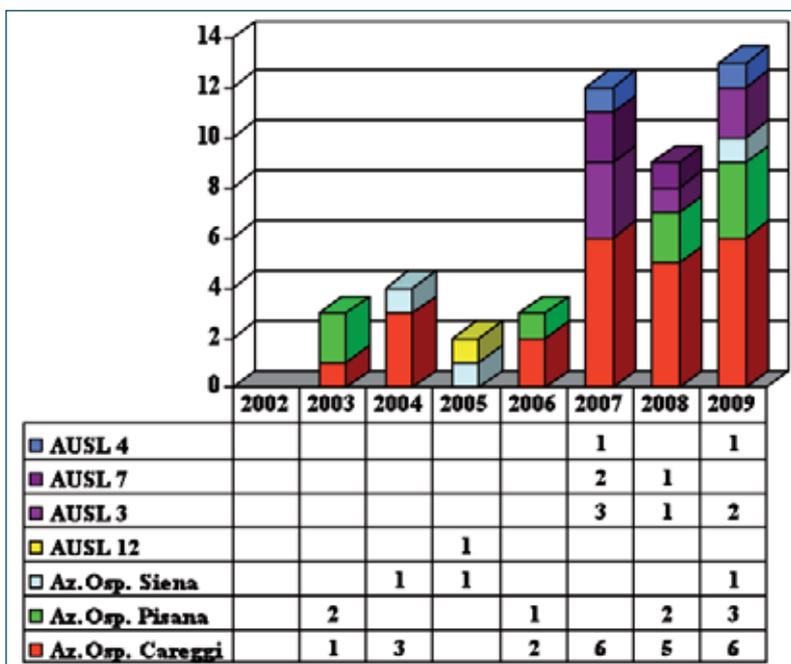
Figura 2 - Segnalazioni al PUA distinte per struttura extra AUSL 11 dal 2002 al 2009.

Rispetto alle strutture extra AUSL 11, essenzialmente gli altri ospedali, il Punto Unico di Empoli ha costituito un riferimento per le dimissioni di cittadini residenti nella nostra AUSL, che per vari motivi hanno avuto ricoveri presso altri presidi al di fuori della AUSL stessa. La Figura 2 mostra che, anche in questo caso, si ha un trend in ascesa, con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi che mostra la quantità maggiore di segnalazione per dimissioni protette.

Sul versante del territorio le segnalazioni per la richiesta di assistenza extraospedaliera, sono per la grande maggioranza effettuate dai medici di medicina generale (62%) in altri casi direttamente dai familiari degli interessati (30%) e per la restante parte dagli Specialisti degli ambulatori (8%).

CONCLUSIONI

Il Punto Unico di Accesso per le cure extraospedaliere si è dimostrato essere una struttura essenziale per organizzare e gestire l'assistenza domiciliare (e non solo) sul territorio. Nato come snodo tra ospedale e territorio esso attualmente in Toscana si colloca tra la rete dei Punti Insieme che recepiscono la domanda di assistenza dal territorio e l'Unità di Valutazione Multidimensionale



che fornisce le risposte terapeutiche e assistenziali più adatte al caso in esame. Con un'immagine atta a semplificare il ruolo, possiamo appunto descrivere il ruolo del Punto Unico come quello attualmente svolto dalle rotonde presenti nelle nostre strade che accolgono il traffico da più direttrici (nella fattispecie punto insieme, ospedale, medico di medicina generale, Residenza Sanitaria Assistita, ecc.) e lo distribuiscono più o meno velocemente, ma senza creare ingorghi nelle varie direzioni: Assistenza Domiciliare Integrata, Unità di Valutazione Multidimensionale, Residenza Sanitaria ecc.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: p.salvadori@usl11.toscana.it

TM

Tabella 1 - suddivisione totale per reparto dimettente e per anno delle segnalazioni al Punto Unico di Accesso per le cure extra ospedaliere.

| anni --> | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Medicina | 229 | 372 | 373 | 366 | 450 | 445 | 506 | 732 |
| Ortopedia | 220 | 359 | 424 | 453 | 458 | 405 | 435 | 435 |
| Chirurgia | 32 | 42 | 46 | 30 | 51 | 48 | 55 | 42 |
| Nefrologia | 13 | 30 | 16 | 40 | 36 | 42 | 35 | 46 |
| Oncologia | | 25 | 18 | 13 | 21 | 24 | 2 | 1 |
| Riabilitazione | 24 | 21 | 41 | 32 | 45 | 43 | 67 | 54 |
| Pneumologia | | 15 | 24 | 32 | 25 | 19 | 18 | 14 |
| Gastroenterologia | | 12 | 19 | 29 | 37 | 18 | 32 | 41 |
| Urologia | | 6 | 8 | 14 | 14 | 10 | 10 | 5 |
| Psichiatria | | | 5 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Rianimazione | | 6 | 2 | 1 | 0 | 8 | 1 | 2 |
| Ostetricia e Ginecologia | | 5 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 0 |
| Cardiologia | | 4 | 15 | 17 | 1 | 20 | 4 | 28 |
| Otorinolaringoiatria | | | 2 | 3 | | 2 | | |
| Residenza Sanitaria Assistita | | | | 4 | | 35 | 38 | 50 |

Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE,
UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA
BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI



La civiltà delle immagini ha radici profonde e antiche.
Sono cambiati gli strumenti,
non la filosofia e lo scopo.

Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE,

UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI



L'emblematico messaggio dell'alabardiere.

Jacopo Carrucci detto Pontormo (1494-1556):
Ritratto d'alabardiere. The J. Paul Getty Museum, Los Angeles.

Nelle opere d'arte sono spesso sottesi messaggi di carattere politico-sociale. Tipico il caso dell'alabardiere del Pontormo, oggi icona del museo J. Paul Getty di Los Angeles, che rappresenta un fiero ragazzo in armi. Nel marzo 1530 la potenza imperiale di Carlo V, appena eletto da Clemente VII Imperatore d'Italia, assedia Firenze per riconsegnarla ai Medici. Il giovane ritratto dal Pontormo è il simbolo della strenua difesa della Repubblica popolare caldeggiata dallo stesso Michelangelo, nominato procuratore delle fortificazioni. Il Vasari ricorda che i giovani fiorentini, durante quei mesi, "facevano il più bello spettacolo ed erano sia utilmente armati che pomposamente vestiti" a significare

che, pur avendo poche speranze, avevano conservato dignità e decoro. Ogni dettaglio è mirabile: dagli sboffi argentei della camicia, al ricadere della leggera collana dorata.

I capelli corti, non più lunghi a zazzera, e l'uso della berretta sono un cambio di moda durante l'assedio. La spilla appuntata sul berretto ha un contenuto simbolico, riproduce Ercole, dio dell'ordine, e Antèo, un prepotente asociale. Ercole solleva Antèo da terra e lo stringe in un mortale abbraccio. I fiorentini, anche nel feroce assedio, non persero il loro spirito sagace: vollero rispettare la festività del carnevale e fecero un incontro di calcio in Piazza S. Croce. Nella Piazza, ben controllata dalle truppe accampate sulle vicine colline di San Miniato, la palla da gioco era un modo per ironizzare sopra le palle di cannone che "scapitozzavano" le torri e i campanili di Firenze.

L'opera d'arte: veicolo di cronaca e promozione d'immagine. L'intuizione di Cosimo de' Medici

Le descrizioni delle opere d'arte spesso enfatizzano le regole formali della prospettiva e della composizione, ponendo talora in secondo piano il messaggio e le emozioni che l'Artista intende trasmettere all'osservatore. In assenza dei moderni mass-media (giornali, cinema, radio-televisione, internet e quant'altro) l'arte ha rappresentato per secoli l'unico mezzo per fare cronaca, promozione d'immagine e pubblicità, palese o occulta! In sostanza, separando grandezza e gusto artistici dalla leggerezza dell'audience televisiva, il miracolo televisivo era già presente nelle grandi pitture, ed era già a colori!

L'opera d'arte fa dell'immagine visiva la propria ragion d'essere, il proprio mestiere: esperienze e sentimenti privilegiano la duratura forza evocativa dell'immagine. L'Arte italiana in particolare assume aspetti narrativi e descrittivi; il piacere estetico, capace di catturare l'attenzione, veicola l'esperienza culturale. Il pittore Nicolas Poussin è stato esplicito: i colori in pittura sono come inganni che persuadono l'occhio; sono elementi di cattura che invitano a guardare il quadro, a ricevere emozioni e messaggi. La parola risuona per brevi istanti; la percezione visiva è più immediata e penetrante, ha effetti perentori e duraturi.

La vincente intuizione di Cosimo de' Medici è stata quella di utilizzare l'immagine come mezzo di promozione del casato per consolidare il consenso politico-sociale. Cosimo aveva affidato ai santi Cosma e Damiano la protezione del casato, il nome infatti gli è stato attribuito in omaggio a san Cosma. Il Vasari, il Pontormo e il Bronzino hanno rappresentato Cosimo vestito con la tunaca rossa e il cappello rosso a piatto in testa, tradizionale abbigliamento del santo. Sovrapporsi a un santo così venerato costituiva un eccezionale strumento di propaganda. Molte erano le efficaci reti di promozione di casa Medici:

Chiesa di San Lorenzo, Cappella dei Principi, Tombe medicee: segnano l'apoteosi del casato. Le cappelle, decorate da sommi artisti, tendevano ad affermare la fede religiosa, il prestigio della famiglia, la vocazione al mecenatismo.

Chiesa di Santa Trinita: l'opera del Ghirlandajo "La conferma della

regola" rappresenta l'apoteosi di Lorenzo il Magnifico, sottolinea i legami del casato con la chiesa e con altre famiglie fiorentine.

Chiesa di San Marco: restaurata su invito di Papa Eugenio IV fu consacrata a san Marco, ma anche ai due santi Cosma e Damiano, patroni di casa Medici. Lo stemma medico, che figura sopra le pareti e gli elaborati capitelli corinzi dell'abside, è espressione di un sottile e ambizioso progetto di promozione del casato. In questo modo Cosimo ricordava a tutti la sua parte

determinante nel progetto di ristrutturazione della chiesa, anche se in modo indiretto e riservato, come suo costume. In San Marco il Beato Angelico ha contribuito alla sovrapposizione dell'immagine di Cosimo con quella di san Cosma, realizzando nel linguaggio pittorico il ritratto di Cosimo e il suo potere politico ed economico. Cosimo aveva in San Marco una sua austera cella di meditazione decorata dal Beato Angelico con l'adorazione dei magi, nella sagrestia presiedeva la prestigiosa confraternita dei Magi.



Palazzo Medici: la cappella è affrescata da Benozzo Gozzoli con "La Cavalcata dei Magi"; l'opera esalta il coinvolgimento di casa Medici con il tema biblico. La presenza di personaggi di nobili famiglie italiane come gli Sforza e i Malatesta, svela l'obiettivo di legittimazione aristocratica del casato.

Le chiese di Firenze: il proliferare degli scudi con lo stemma medico nelle chiese è una chiara intenzione di voler affermare il potere economico e politico sulla città.

Le immagini che seguono illustrano come l'opera d'arte ha anticipato il reale valore comunicativo dell'immagine per fare cronaca e promozione pubblicitaria. La cosiddetta civiltà dell'immagine ha profonde radici: è più antica della televisione, di internet, dei videotelefonati e quant'altro: sono cambiati i mezzi, non la filosofia e lo scopo.

Giovanni Agostino da Lodi (1467-1525):

La Vocazione di Pietro e Andrea, Roma, Palazzi Vaticani, Cappella Sistina.

Beato Angelico, Pontormo e Vasari sovrappongono,
con un richiamo subliminare, l'immagine di Cosimo de' Medici alla
luminosa e venerata figura del santo Cosma.



Pontormo (1494-1556):
Cosimo de' Medici; Firenze, Galleria Uffizi.

Il Pontormo veste Cosimo de' Medici con tonaca rossa e cappello rosso in testa: una studiata sovrapposizione, attraverso il modo di vestire, ai santi Cosma e Damiano, con evidente richiamo alla loro luminosa e venerata immagine, che rende mitica la figura di Cosimo.

Giorgio Vasari (1511-1574):

Cosimo il Vecchio (come san Cosma) e Cosimo I (come san Damiano)
Cappella Leone X, Palazzo Vecchio, Firenze.

Allorchè il Vasari volle raffigurare Cosimo il Vecchio e Cosimo I sotto le sembianze dei santi Cosma e Damiano, ricorse al lucco rosso e pose in testa a Cosimo il rosso berretto rotondo, prerogativa dell'abbigliamento dei santi. I due personaggi tengono in mano il libro della sapienza e la palma del martirio. Si potrebbe pensare che il modo di vestire fosse del tutto casuale, senonchè, per non creare dubbi sulla studiata sovrapposizione con la luminosa figura dei santi, i due personaggi sono rappresentati anche con una inequivocabile aureola in testa!...



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

Dipinto commissionato da Cosimo de' Medici. Cinque degli otto santi presenti portano nomi della famiglia. I santi Cosma e Damiano sono raffigurati davanti al trono della Vergine. Damiano, intento alla sacra conversazione, si è tolto il cappello in segno di riverenza. Cosma, inginocchiato e assorto in preghiera, rivolge lo sguardo verso l'osservatore, cioè verso la comunità fiorentina, in un ruolo di mediazione tra popolo e divinità. Nel linguaggio pittorico si vuole manifestare il ritratto di Cosimo e il ruolo di mediatore svolto ad esempio quando convinse Papa Eugenio IV a prolungare da 6 a 10 anni l'indulgenza a tutti i presenti alla cerimonia di consacrazione del Duomo; ciò gli assicurò grande popolarità. Lungo il bordo inferiore del prezioso tappeto sono evidenti le palle rosse in campo dorato: un esplicito richiamo all'emblema mediceo.

Continua nel prossimo numero...



Apnea ostruttiva nel sonno

La valutazione pneumologica ai fini dell'idoneità alla guida

L'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) da tempo ha cercato di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni su questo importante problema di salute, che comporta disagi al cittadino, ma anche un aumento dei costi. L'AIPO ha chiesto ad un gruppo di pneumologi di elaborare un modulo da adottare su tutto il territorio regionale per la valutazione pneumologica ai fini della definizione dell'idoneità alla guida dei pazienti con sindrome delle apnee ostruttive indotte da sonno.

L'apnea ostruttiva nel sonno è caratterizzata da ricorrenti episodi sonno-correlati di ostruzione delle prime vie aeree causa di alterazioni dello scambio gassoso e dell'emodinamica cardiovascolare. Determina inoltre significative alterazioni dell'architettura del sonno ed è la più frequente causa medica di eccessiva sonnolenza diurna. Nei soggetti tra i 30 e 60 anni tale patologia ha una prevalenza del 9% nel sesso femminile e del 24% in quello maschile. Applicando tali dati alla popolazione residente in Toscana risultano almeno 572.637 gli individui che ne sono affetti.

I soggetti con apnea ostruttiva nel sonno hanno un rischio di incidenti stradali fino a 12 volte superiore rispetto ai controlli sani. Tale rischio è significativamente maggiore di quello imputabile all'alcolismo, al consumo di ansiolitici o *cannabis*, ed interessa una fascia di età solo parzialmente sovrapponibile a quella colpita dagli effetti dello stato di ebbrezza e/o di sostanze stupefacenti sulla capacità di guida. I veicoli annualmente circolanti in Italia sono circa 50 milioni con un numero medio per anno di vittime per incidenti stradali pari a 6.500 morti e 290.000 feriti. Dati riferiti alla Toscana indicano in circa 3 milioni e 200.000 i veicoli circolanti annualmente con un numero medio per anno di 21.000 incidenti stradali con 350 morti e 27.000 feriti. Uno studio condotto in Italia con il contributo dell'Istituto Superiore della Sanità e riferito al 2002, indica in 838.014.400 euro i costi socio-sanitari da incidenti stradali attribuibili a soggetti con apnea ostruttiva nel sonno. È ampiamente documentato ed accettato che il trattamento con una

pressione positiva continua nelle vie aeree riduce il numero di incidenti stradali agli stessi valori osservati in una popolazione sana con abbattimento dei relativi costi sanitari diretti ed indiretti. Pertanto tale trattamento rende il soggetto con apnea ostruttiva nel sonno idoneo alla guida.

I dati di prevalenza dell'apnea ostruttiva nel sonno, il rischio di incidente stradale ad essa correlato, ed i dati relativi all'infortunistica stradale, testimoniano quanto sia attuale la necessità di una corretta gestione di tale

patologia sia in termini di salute per il singolo che di costi per la comunità. Per questo sono in corso azioni finalizzate all'inserimento dell'apnea ostruttiva nel sonno nell'allegato III (requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida) della Direttiva 91/439/CEE, riferimento normativo obbligato per i codici della strada di tutti i paesi comunitari. Nell'attesa di tale aggiornamento normativo, e pur in assenza di un esplicito riferimento all'apnea ostruttiva nel sonno nel codice della strada vigente in Italia, tale patologia è comunque un problema emergente del quale si deve tener conto nel momento in cui si valuti l'idoneità alla guida. Per questo nelle "Linee guida per patenti speciali e validità limitata" pubblicate dal Coordinamento Medici Legali Aziende Sanitarie si propone che nei soggetti che ne sono affetti l'idoneità alla guida sia concessa solo previa dimostrazione dell'ottenuto controllo dei sintomi, confermato dall'opinione dello specialista in considerazione anche dell'esito degli esami strumentali. Il codice della strada attribuisce alle Commissioni Mediche Locali il riconoscimento dell'idoneità alla

ANTONIO SANNA¹, IVANO ARCHINUCCI²,
GUIDO BASETTI-SANI³,
PATRIZIO GOTI⁴, ANDREA MELANI⁵,
MARCO PAGNI⁶, CRISTINA RONCHI⁷,
GIUSEPPE VILLELLA⁸, RIGOLETTA VINCENTI⁹

¹ U.O. Pneumologia Azienda USL 3 Pistoia

² U.O. Pneumologia Azienda USL 8 Arezzo

³ U.O. Pneumologia Azienda USL 10 Firenze

⁴ U.O. Pneumologia Azienda USL 4 Prato

⁵ U.O. di Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese, Siena

⁶ U.O. di Pneumologia Azienda USL 11 Empoli

⁷ U.O. di Pneumologia Azienda USL 9 Grosseto

⁸ UTIP Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Firenze

⁹ U.O. di Pneumologia Azienda USL 1 Massa Carrara

guida. La più diffusa conoscenza delle problematiche relative alla gestione del soggetto con apnea ostruttiva nel sonno o con sospetta apnea ostruttiva nel sonno, sta determinando il progressivo incremento del numero di valutazioni che le Commissioni Mediche Locali indirizzano allo specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio. In assenza di riferimenti normativi in materia di apnea ostruttiva nel sonno ed idoneità alla guida non è infrequente che vengano espressi giudizi diversi e con differenti modalità.

Sulla base delle attuali conoscenze mediche e normative abbiamo quindi formulato un modello da compilare al termine della consulenza pneumo-

logica richiesta dalla Commissione Medica Locale per i soggetti con apnea ostruttiva nel sonno o con sospetto clinico per la stessa. Tale modello è nato dall'esigenza di oggettivare e standardizzare la modalità di valutazione dello specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio e di fornire alla Commissione Medica Locale uno strumento di facile lettura ai fini della valutazione dell'idoneità alla guida.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: a.sanna@usl3.toscana.it

TM

CONSULENZA PNEUMOLOGICA AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI IDONEITA' ALLA GUIDA APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO

Il Sig/ra
 nato/a il a
 residente a in via
 da me visitato in data odierna presenta un quadro di apnee ostruttive nel sonno (OSA) con un AHI di
 documentato al momento della diagnosi realizzata il
 presso la U.O. di Pneumologia/Neurologia di
 Data e sede

dell'ultimo controllo poligrafico che ha documentato un AHI di
 Tale controllo è stato realizzato:

- in assenza di trattamento della OSA
- in trattamento con pressione positiva nelle vie aeree somministrata con CPAP cmH2O; IPAP cmH2O/EPAP cmH2O
- in trattamento con dispositivo (splint) orale applicato dal
- dopo revisione chirurgica delle prime vie aeree realizzata il

Trattamento in atto:

- nessuno
- dispositivo (splint) orale
- dispositivo a pressione positiva dal
 Data precedente controllo: ore contaore al precedente controllo:
 ore contaore in data odierna:
- modafinil

Sonnolenza con Epworth Sleepiness Scale: ESS

Necessita di trattamento: SI NO

Da quanto sopra si evince che al momento tale forma morbosa è:

in fase di compenso: SI NO non valutabile

Controlli clinico-strumentali consigliati
 con cadenza

Sede e data

Firma

NB. Copia del presente documento deve essere esibita dall'utente al successivo controllo

Nuova tecnica di artrodesi intervertebrale lombo-sacrale percutanea, mini-invasiva, Axialif (Trans 1)

PREMESSA

L'artrodesi intersomatica vertebrale (fusione tra 2 corpi vertebrali) rappresenta, a tutt'oggi, il "gold standard" nel trattamento della patologia degenerativa discale sintomatica e nella patologia da instabilità intervertebrale discogenica. La soppressione funzionale dell'unità di moto (artrodesi intersomatica, appunto) garantisce, allo stato attuale, risultati senz'altro migliori rispetto al trattamento di sostituzione protesica della stessa (protesi di disco e protesi di nucleo).

Molte sono le tecniche che, negli anni, sono state utilizzate per realizzare l'artrodesi intersomatica; esse si differenziano essenzialmente per la "strada" (via chirurgica) che viene percorsa per raggiungere il disco da artrodesizzare. ALIF (Anterior Lumbar Interbody Fusion) è la tecnica per la quale il disco lombare viene raggiunto attraverso un accesso anteriore, per via addominale, trans o extra peritoneale; questa tecnica appare spesso eccessivamente aggressiva, richiede la presenza del chirurgo generale ed è gravata da percentuali piuttosto alte di complicanze neuro-vascolari.

Per queste motivazioni, sono state sviluppate maggiormente delle tecniche ad accesso "posteriore" per raggiungere il disco: le tecniche PLIF (Posterior Lumbar Interbody Fusion), TLIF (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) e ELIF (Extra-foraminal Lumbar Interbody Fusion), sono tutte tecniche che prevedono il raggiungimento del disco, rispettivamente, attraverso il canale vertebrale, attraverso il forame di coniugazione, anteriormente al forame di coniugazione.

Si tratta in tutti i casi di tecniche "open", a cielo aperto, con minori complicanze rispetto all'accesso anteriore, ma non del tutto esenti.

Più di recente, sotto la spinta della "moda" della mini-invasività, sono nate anche tecniche "percutanee", a cielo chiuso, di artrodesi intersomatica.

Anche relativamente alla metodica con la qua-

le ottenere l'artrodesi intersomatica, nel tempo, si è assistito ad una notevole evoluzione; si è passati dall'innesto osseo massivo autologo (riempimento dello spazio discale con frammento osseo prelevato dalla cresta iliaca), all'utilizzo di "devices" (cages) di supporto intradiscale associati a innesti ossei autologhi (granuli di osso spongioso), o ad innesti ossei di sintesi (pasta e/o granuli di idrossiapatite), o misti (autologhi + di sintesi).

La tribologia stessa dei devices, ossia la scelta dei materiali, varia dal titanio, al carbonio, al peek (poli-eter-eter-chetone).

Tutte le diverse tecniche, indipendentemente dalla via d'accesso e dal device utilizzato, richiedono di essere associate ad una "stabilizzazione" strumentata posteriore, open o percutanea, che garantisca una condizione di "neutralizzazione" biomeccanica del segmento, tale da favorire l'artrodesi.

Il livello di artrodesi incide in modo fondamentale sulle scelte della tecnica migliore.

Indubbiamente, a carico del rachide lombare, il livello "critico" è rappresentato dal disco L5-S1.

Le sue caratteristiche biomeccaniche ed anatomiche (la sua obliquità rispetto al piano sagittale che condiziona il generarsi di forze di taglio, l'altezza discale spesso fisiologicamente ridotta, la presenza di strutture ossee quali l'ala iliaca che impediscono il suo raggiungimento percutaneo per via postero-laterale, etc.) rappresentano spesso dei limiti alle varie tecniche di accesso al disco, siano esse open che percutanee.

DESCRIZIONE della TECNICA

Al fine di ovviare alle varie difficoltà tecniche ed anatomiche tipiche del passaggio lombo-sacrale, alle percentuali piuttosto alte di complicanze, nel rispetto della mini-invasività e del risparmio della biologia dei tessuti, è stata messa a punto recentemente una nuova tecnica di artrodesi L5-S1, definita AxiaLIF (Axial Lumbar Interbody Fusion).

ALBERTO SANCIN, LORENZO MARZONA

U.O. di Ortopedia e Traumatologia, Massa

Gli esordi di tale tecnica risalgono al 2006, negli Stati Uniti, mentre in Italia essa arriva nel 2008.

La “strada” che viene percorsa per raggiungere il disco è quella “assiale”, retrograda, attraverso il corpo vertebrale di S1.

Il paziente viene posizionato in posizione prona, con anche lievemente flesse e con arti inferiori divaricati.

La tecnica prevede un mini-accesso chirurgico (circa 2 cm di incisione cutanea) paracoccigeo, destro o sinistro, attraverso il quale viene raggiunto lo spazio pre-sacrale (spazio virtuale riempito da tessuto connettivale areolare e da tessuto adiposo). Con apposito strumento smusso, procedendo in modo aderente alla superficie anteriore del sacro, in direzione craniale, mantenendosi sulla linea mediana, scollando posteriormente la parete del retto, si raggiunge il punto di accesso, posto approssimativamente al passaggio tra S1 e S2 (Figura 1).

Sotto accurato controllo con amplificatore di brillantezza, si posiziona un filo guida che percorra il corpo di S1 e raggiunga il disco L5-S1 in modo che questo risulti centrale sia nella proiezione antero-posteriore, sia in quella latero-laterale (Figura 2).

La scelta della corretta posizione del filo guida rappresenta il “tempo” fondamentale dell’intera metodica poiché su di esso vengono fatti procedere tutti gli strumenti per la realizzazione dell’intervento, a partire da dei dilatatori smussi di calibro progressivo. L’ultimo di questi, di diametro 10 mm, viene lasciato in sede ed introdotto per qualche millimetro nel corpo di S1, in modo che risulti stabile e tale da garantire un “canale di lavoro” assolutamente sicuro, isolato dalle strutture anatomiche della regione pre-sacrale, attraverso il quale introdurre gli strumenti successivi atti a preparare il letto di artrodesi del disco. Si utilizza una fresa a mano da 9 mm per eseguire un tun-

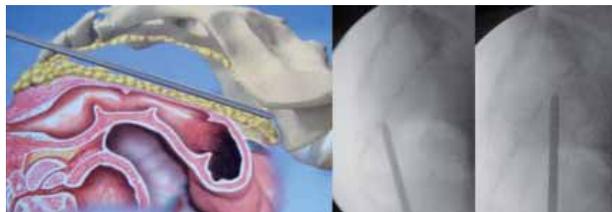


Figura 1 - Lo strumento smusso percorre lo spazio pre-sacrale, aderente alla superficie ossea, fino a raggiungere il punto di accesso (tra S2 e S1).



Figura 2 - Posizionamento del filo guida attraverso il corpo di S1 fino al raggiungimento del disco L5-S1.

Figura 3 - Posizionamento intra-discale di innesto osseo misto (granuli di spongiosa autologhi + pasta di idrossiapatite di sintesi).



nel osseo completo attraverso il soma di S1, fino a raggiungere lo spazio discale. A seguire, vengono utilizzati degli appositi cutters che svuotano il disco e cruentano a 360° gradi i piatti vertebrali, inferiore di L5 e superiore di S1. Infine, si pratica un tunnel incompleto nella metà inferiore del soma di L5, sempre con fresa a mano, ma di 7,5 mm. Si determina la lunghezza della vite TRANS 1 da utilizzare. Lo spazio discale viene adeguatamente riempito con innesto osseo, in parte autologo (spongiosa recuperata dalla fresatura dei corpi vertebrali), in parte di sintesi (pasta e granuli di idrossiapatite) (Figura 3).

Al termine, si sostituisce la cannula di lavoro con una di dimensioni maggiori e si posiziona la vite selezionata che produrrà una stabilizzazione meccanicamente efficace dello spazio L5-S1, eventualmente associata anche ad una distrazione intersomatica di entità variabile (Figura 4).

INDICAZIONI e CONTROINDICAZIONI

Le indicazioni all’utilizzo della tecnica axialif, sono rappresentate da:

- malattia degenerativa discale (DDD - degeneration disc disease) sintomatica, cronica e confermata da esami strumentali quali la RMN;
- le spondilolistesi di 1° e 2° grado;
- le instabilità post-chirurgiche;
- i fallimenti di precedenti stabilizzazioni/artrodesi;
- le stenosi centrali e/o foraminali di grado moderato.

Le controindicazioni possono essere distinte in vertebrali ed extra-vertebrali.

Le prime sono rappresentate da:

- fratture recenti;
- esiti di fratture con ridotta altezza somatica;
- tumori;
- deformità scoliotiche;
- spondilolistesi maggiori del 2° grado.

Figura 4 - Posizionamento di vite TRANS 1. Controllo in AP e Laterale.



Tra le controindicazioni extra-vertebrali riconosciamo patologie o condizioni anatomiche e cliniche diverse da patologie strettamente rachidee. Tra queste:

- malattie infiammatorie croniche intestinali (es. M. di Crohn, colite ulcerosa);
- pregressi interventi di chirurgia pelvica;
- neoplasie pelviche;
- patologie della coagulazione;
- patologie dei grossi vasi addomino-pelvici;
- stato di gravidanza;
- osteoporosi.

DISCUSSIONE

La metodica descritta, denominata Axialif, presenta indubbi vantaggi rispetto alle altre metodiche di stabilizzazione/artrodesi intervertebrali L5-S1.

Essa è estremamente rapida (dopo una breve curva di apprendimento, l'intervento viene eseguito in meno di 60 min), sicura (le complicanze maggiori riportate nei vari studi sono ben al di sotto del 1%) e riproducibile in modo standardizzato. Viene eseguita in anestesia generale, ma è possibile realizzarla anche in anestesia spinale.

È caratterizzata da esigue perdite ematiche. Un nostro studio basato sui primi 10 casi operati e presentato al Congresso Nazionale SIOT 2009, evidenzia una perdita ematica caratterizzata da una riduzione media del valore di Hb pari a 1,8 gr/dL e una raccolta ematica pre-sacrale (valutata con studio TC) in media di 43,6 cc. Tale raccolta ematica pre-sacrale, al controllo TC a 1 mese dall'intervento, si riduce ad un valore medio di circa 8 cc. Non è mai stato necessario ricorrere ad emotrasfusioni nel post-operatorio.

La degenza ospedaliera è estremamente ridotta, 3 gg in media, compreso il giorno dell'intervento.

Il recupero funzionale è molto rapido; il paziente assume la stazione eretta e la deambulazione già in 1° giornata post-operatoria, semplicemente indossando un corsetto lombare.

La tecnica è in grado di garantire una efficace stabilità meccanica del livello L5-S1 che, a nostro avviso, rappresenta il presupposto fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo della "artrodesi". Peraltro, vari studi dimostrano percentuali molto elevate di "fusione" intersomatica a 1 anno (dall'85 % al 93 %).

La metodica consente un reale "risparmio" dei tessuti molli para-spinali (muscoli, fasce e legamenti, complessi articolari posteriori) con una effettiva preservazione dell'anatomia spinale. Tutte le strutture del complesso "neurale" vengono lasciate indenni.

La tecnica axialif è a tutti gli effetti una metodica di stabilizzazione anteriore.

Peraltro, essa non esclude la possibilità di associare atti chirurgici supplementari di chirurgia posteriore, nello stesso tempo o in tempi successivi.

È nostra ferma convinzione che si debba sem-

pre associare alla stabilizzazione anteriore con metodica axialif, una stabilizzazione posteriore, realizzata sempre in modo percutaneo. Ciò porta ad una stabilità circonferenziale a 360° gradi (anteriore + posteriore) del livello L5-S1. In questo senso, la vite TRANS 1 viene supplementata con l'applicazione di 2 viti trans-faccettali introdotte in modo percutaneo (Figura 5).



Figura 5 - Stabilizzazione/artrodesi percutanea L5-S1 con vite TRANS 1 + viti transfaccettali.

In caso di patologie da instabilità del disco L5-S1, come nelle spondilolistesi, è indicato dapprima stabilizzare posteriormente il livello, con tecnica percutanea e con strumentazione in grado di "ridurre" l'eventuale listesi di L5 (viti cannulate e barre); successivamente, completare la stabilizzazione con la tecnica axialif e vite TRANS 1 (Figura 6).



Figura 6 - Spondilolistesi 1° grado L5-S1. Stabilizzazione/artrodesi con axialif TRANS 1 + stabilizzazione percutanea posteriore con viti peduncolari. Deambulazione in 1° gg con corsetto lombare. Flessione attiva libera a 30 gg.

Bibliografia

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

Controllo dei fattori di rischio cardiovascolare nei pazienti con diabete mellito tipo II

Una revisione tra pari

PREMESSA

Lo United Kingdom Prospective Diabetes Study, il più grande studio su malati di diabete mellito tipo II (DMII), ha provato che un controllo intensivo della glicemia al fine di mantenere l'emoglobina glicata (HbA1c) al di sotto del 7%, riduce il rischio di complicanze come uno stretto controllo della pressione al di sotto di 144/82 mmHg, riduce il rischio di morte correlata al diabete, di stroke, di malattie microvascolari e di scompenso cardiaco. Lo Heart Protection Study (HPS) ha dimostrato che nei pazienti con DMII, aggiungere alla terapia 40 mg di simvastatina diminuisce il rischio di avere un infarto miocardico acuto (IMA) o uno stroke o una rivascularizzazione di circa il 25%.

PERCHÉ UNA REVISIONE SU QUESTO ARGOMENTO

Abbiamo effettuato un'analisi a posteriori sulle cartelle cliniche di 5385 persone in carico a 5 medici di medicina generale (MMG) operanti nei comuni di Pistoia e Montale, al fine di valutare la fattibilità di un successivo audit su circa 30.000 assistiti e allo scopo di verificare l'applicazione nella pratica medica corrente delle osservazioni/conclusioni/indicazioni di questi trials sui pazienti affetti da DMII.

Tutti i 5 medici di medicina generale usano il software Millewin®. Sono stati individuati i pa-

zienti con diagnosi di DMII ed ipertensione arteriosa (IA) fra gli assistiti in carico e di questi pazienti sono state controllate le registrazioni avvenute nel 2007 dei seguenti parametri: l'indice di massa corporea (BMI), la abitudine al fumo, la pressione arteriosa (PA), l'emoglobina glicata (HbA1c), la creatinina, la microalbuminuria, il colesterolo totale (C-tot) e LDL (C-LDL), la visita oculistica e le terapie effettuate.

COSA ABBIAMO TROVATO

Tra i 5385 assistiti (2550 maschi, 2835 femmine) i pazienti con DMII sono **364** [(6,76% - 189 maschi (7,41%) e 175 femmine (6,17%)]. I diabetici ultra 65enni sono 219 (14,25%) con un rapporto M/F di 1.08 a 1. Gli ipertesi sono **1702** (31,60%). I pazienti affetti sia da DMII che da IA sono 245, 113 maschi e 132 femmine, il 67,31% di tutti i diabetici. I pazienti, che nel 2007 hanno in cartella almeno una visita al centro antidiabetico, sono 42.

L'HbA1c è stata registrata in 231 dei 364 diabetici (63,5%). In 115 (49,8%) la HbA1c media è risultata inferiore al 7% e soltanto 43 (18,6%) hanno valori > 8. Nessun paziente sottopeso soffre di DMII, tra i normopeso è diabetico il 3,45%, tra i sovrappeso il 6,93% e tra gli obesi il 14,65%. L'abitudine al fumo è stata indagata in 341 dei 364 pazienti affetti da DMII (93,7%) e i fumatori sono 48 (14%).

M. VENTURINI, A. ALLORI GRANATI,
S. GIUSTINI, P.M. MANDELLI, F.B. MORELLI

SIMG - Pistoia

Tabella 1 - DMII divisi per età e sesso

| Età | Maschi | | Femmine | |
|---------------|--------|------|---------|------|
| | NT | % | N | % |
| 15-34 | 0 | 0 | 2 | 0,5 |
| 35-44 | 10 | 2,2 | 8 | 1,8 |
| 45-54 | 30 | 7,5 | 11 | 2,5 |
| 55-64 | 46 | 11,3 | 38 | 8,1 |
| 65-74 | 46 | 14,0 | 52 | 13,5 |
| 75-84 | 52 | 21,0 | 51 | 13,3 |
| +85 | 5 | 8,2 | 13 | 10,0 |
| Totale | 189 | 7,41 | 175 | 6,17 |

135 (37,1%) pazienti sono trattati con la sola dieta; 143 (39,3%) prendono o hanno preso metformina, da sola o associata con altri farmaci; nessuno è in terapia con glitazoni o incretine (vedi Grafico 1).

La PA è stata registrata almeno una volta in 297 pazienti. In 174 (58,6%) la media è risultata inferiore a 140/90 (Tabella 2) e 179 (60,3%) hanno una PA media < 144/82.

177 dei 245 diabetici ipertesi (72,2%) assumono un ACE-Inibitori o un inibitore del recettore dell'angiotensina II, da solo o in associazione: 143 prendono un ACE-I, 32 un ARB, 2 prendono ACE-I e ARB. 106 (43,3%) pazienti devono prendere da 2 a 5 antipertensivi. 128 (35,2%) usano più o meno regolarmente acido acetilsalicilico (ASA) a basse dosi.

Il C-tot è stato controllato almeno una volta in 224 diabetici mentre il C-LDL è stato calcolato soltanto in 130 pazienti. Il 50,1% e il 41,5% di questi hanno rispettivamente il C-tot \leq 200 e il C-LDL \leq 100. Soltanto 83 su 364 pazienti con DMII (22,8%) hanno avuto almeno una prescrizione di una confezione di statine (Grafico n. 2). La più utilizzata è stata la simvastatina. 7 pazienti hanno usato più di una statina per motivi di tollerabilità.

DISCUSSIONE

Secondo le linee guida dell'AMD del 2007, il controllo dei pazienti diabetici deve essere effet-

tuato con l'HbA1c, che deve essere tenuta stabilmente <7% e in alcuni gruppi di pazienti <6,5%. La HbA1c deve essere controllata almeno due volte l'anno nei pazienti, che hanno raggiunto il range terapeutico, e ogni tre mesi in coloro, che non sono ancora stabilizzati.

Seguendo queste indicazioni, la prevalenza di DMII nella popolazione esaminata è risultata sostanzialmente simile a quella rilevata nel V Report di Health Search (HS SIMG). Sempre facendo riferimento ai dati di HS, possono essere giudicati sufficienti tra gli indicatori di processo le registrazioni di BMI, abitudine al fumo, HbA1c e PA ed insufficienti le registrazioni di creatinina, microalbuminuria, C-LDL. Gli indicatori di esito intermedio, HbA1c \leq 7, PA \leq 130/80, C-LDL < 100, sono invece tutti al di sotto del limite accettabile. Anche la prescrizione di ACEI e/o ARB nei diabetici ipertesi è inferiore al consigliato (Tabella 3).

I dati dell'AMD mostrano che in Italia il 43,1% dei diabetici tipo II ha valori di HbA1c inferiori a 7% e il 13% presenta valori superiori a 9%.

Nei diabetici ipertesi la PA deve essere portata sotto a 130/80, come dimostrato da studi clinici randomizzati (HOT, UKPDS-38, ABCD-HT, ABCD-NT). Gli studi italiani DAI, Casale Monferrato e UDNH riportano una prevalenza dell'ipertensione arteriosa pari a 80-85% nel DMII. Lo studio italiano QuED ha dimostrato una scarsa aderenza alle linee-guida sul controllo della pressione arteriosa

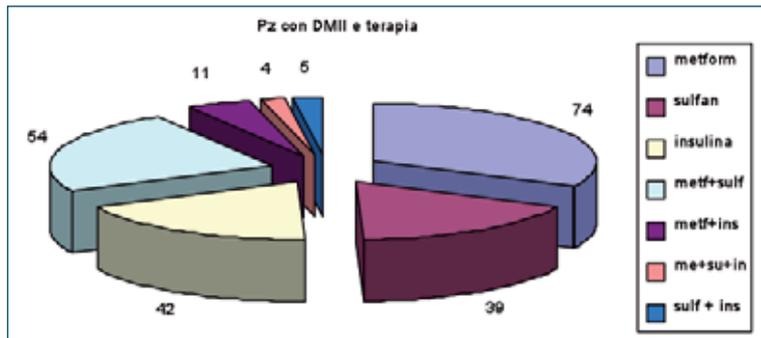


Grafico 1 - Pazienti con DMII e relativa terapia

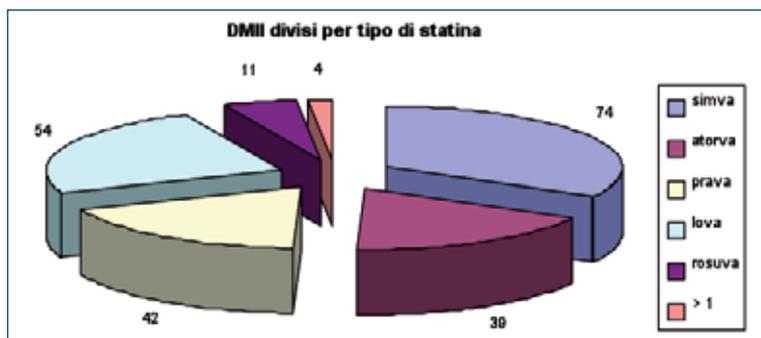


Grafico n. 2 - DMII divisi per tipo di statina

Tabella 2 - DMII divisi per sesso e classi di PA

| Classe di PA | Maschi | Femmine |
|----------------------------|--------|---------|
| Normale \leq 129/84 | 55 | 46 |
| Normale alta 130-139/85-89 | 39 | 34 |
| I classe 140-159/90-99 | 53 | 51 |
| II classe 160-179/100-109 | 6 | 10 |
| III classe \geq 180/110 | 2 | 1 |

nei pazienti con DMII. Solo il 6% dei soggetti aveva valori di pressione arteriosa <130/85 mmHg ed il 52% aveva valori \geq 160/90 mmHg. Inoltre, solo il 12% dei soggetti era trattato con più di un farmaco antiipertensivo. Nello studio UKPDS il livello di pressione raggiunto è stato di 144/82.

Il controllo del profilo lipidico completo (colesterolo totale, HDL e trigliceridi) deve essere effettuato almeno annualmente e a intervalli di tempo più ravvicinati in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico. L'obiettivo terapeutico è il raggiungimento di valori di colesterolo LDL <100 mg/dl e <70 in soggetti a rischio particolarmente elevato.

Numerosi trial clinici (Tabella n. 4) hanno fornito le evidenze sull'efficacia del trattamento con statine in prevenzione primaria e secondaria nella popolazione generale e nella popolazione diabetica. L'impiego di ASA a basse dosi è controverso. È indi-

cato in prevenzione secondaria nei diabetici affetti da malattia cardiovascolare o cerebrovascolare o con arteriopatia obliterante degli arti inferiori. In prevenzione primaria, invece, i trials non hanno dato risultati univoci ed esistono dubbi sui benefici di questa terapia. Sicuramente l'ASA non previene la retinopatia diabetica.

CONCLUSIONI

La registrazione dei dati ed il controllo del diabete possono e devono essere migliorati. In particolare il controllo dell'assetto lipidico nei diabetici è poco curato e troppo spesso non vengono impiegate le statine sia da parte dei medici di medicina generale che degli specialisti. Interessante sarà verificare questi dati su una popolazione più vasta ed utilizzando i dati registrati nel 2009 anziché nel 2007.

TM

Tabella 3 Indicatori di processo, di esito intermedio e di appropriatezza prescrittiva secondo Health Search

| Indicatore | Valore ideale | Valore accettabile | Valore osservato |
|-----------------------|---------------|--------------------|------------------|
| Prevalenza | 6-7% | 4,5% | 6,76% |
| Registrazione BMI | 100% | 80% | 87,9% |
| Registrazione fumo | 100% | 90% | 93,7% |
| Registrazione HbA1c | 90% | 60% | 63,5% |
| Reg. v. oculistica | 90% | 80% | 18,4% |
| Registrazione PA | 90% | 70% | 81,6% |
| Reg. microalbuminuria | 80% | 60% | 16,2% |
| Reg. creatinina | 90% | 70% | 60,2% |
| Registrazione C-LDL | 90% | 70% | 35,7% |
| HbA1c \leq 7 | 70% | 50% | 49,8% |
| PA \leq 130/80 | 80% | 40% | 27,7% |
| C-LDL < 100 | 70% | 50% | 41,5% |
| Terapia ACEI/ARB | 100% | 90% | 72,2% |

Tabella 4 - Principali studi e percentuale di diabetici arruolati, terapie a confronto, C-LDL basale e finale (17, 18).

| Studio | % pazienti diabetici | Trattamenti a confronto | C-LDL medio (mg/dL) | | Differenza C-LDL |
|------------|----------------------|-------------------------|---------------------|--------|------------------|
| | | | Basale | Finale | |
| CARDS | 100 | Atorva 10 mg | 116 | 82 | - 34 |
| | | Placebo | 118 | 121 | |
| ALLHAT_LLT | 35 | Prava 40 mg | 146 | 104 | - 42 |
| | | Placebo | 146 | 121 | |
| ASCOT-LLA | 25 | Atorva 10 mg | 132 | 90 | - 42 |
| | | Placebo | 132 | 127 | |
| ASPEN | 100 | Atorva 10 mg | 113 | 83 | - 30 |
| | | Placebo | 114 | 113 | |
| HPS | 29 | Simva 40 mg | 132 | 85 | - 47 |
| | | placebo | 132 | 128 | |
| PROSPER | 11 | Prava 40 mg | 147 | Nr* | |
| | | placebo | 147 | Nr* | |
| A to Z | 23 | Simva 20 mg | 111 | 81 | - 30 |
| | | Simva 80 mg | 112 | 66 | - 46 |
| CARE | 14 | Prava 40 mg | 139 | 98 | - 41 |
| | | placebo | 139 | Nr** | |
| IDEAL | 12 | Simva 20 mg | 121 | 104 | - 17 |
| | | Atorva 80 mg | 121 | 81 | - 40 |
| PROVE-IT | 17 | Prava 40 mg | 106 | 95 | - 11 |
| | | Atorva 80 mg | 106 | 62 | - 44 |
| TNT | 15 | Atorva 10 mg | 152 | 101 | - 51 |
| | | Atorva 80 mg | 152 | 77 | - 75 |

* pravastatina ha ridotto il C-LDL del 27% vs placebo

** pravastatina ha ridotto il C-LDL del 28% vs placebo



La storica vittoria di Obama

Lil 23 marzo 2010 può essere considerata a ragione una data storica: il giorno in cui il Presidente Barak Obama ha firmato la legge di Riforma sanitaria (denominata *Patient Protection and Affordable Care Act*) approvata due giorni prima dalla Camera. “Abbiamo sancito il principio essenziale – ha affermato il Presidente – che ogni cittadino ha diritto a una sicurezza di base per la sua salute”. “La legge che sto firmando – ha continuato – mette in moto delle riforme per le quali generazioni di americani si sono battuti e che hanno ardentemente desiderato di vedere. Oggi noi affermiamo questa essenziale verità, una verità che ogni generazione di americani è chiamata a riscoprire: che noi non siamo una nazione che rinuncia alle sue aspirazioni”.

La legge approvata dal Congresso Americano non riforma radicalmente il sistema sanitario americano, né risolve tutto ciò che non funziona al suo interno. Non ha neppure l'ambizione di raggiungere l'universalità della copertura, ed essendo il frutto di estenuanti negoziazioni è lontana dal-

la versione originaria: **la principale rinuncia** è stata l'accantonamento del progetto di istituire un'assicurazione sanitaria pubblica (*New National Health Plan*).

Tuttavia – pur con limiti e contraddizioni – molte cose cambieranno in meglio fin da subito, altre si realizzeranno nel corso dei prossimi anni: il tutto nella logica incrementale con cui si è evoluta la sanità americana dalle sue origini.

Il sistema sanitario americano rimane fondato sui due fondamentali pilastri delle assicurazioni private e dei programmi assicurativi pubblici. Riguardo al primo pilastro si introduce l'obbligo di assicurare (rivolto ai datori di lavoro) e di assicurarsi (rivolte alle persone) e si prevedono rilevanti sussidi per incentivare i datori di lavoro ad assicurare e le persone ad assicurarsi. Riguardo al secondo è previsto il rafforzamento della rete di protezione di Medicaid.

L'impegno finanziario complessivo (in dieci anni) è fissato in 940 miliardi di dollari; alla

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di sanità pubblica. Università di Firenze



fine di questo periodo la copertura assicurativa sanitaria interesserà il 95% degli americani con l'estensione di detta copertura a 32 milioni di nuovi assicurati (mentre 22 milioni di persone continueranno a rimanere prive di assicurazione).

La parte della riforma più impegnativa dal punto di vista finanziario sarà attuata a partire dal 2014 (in vista dell'atteso recupero dell'economia americana), mentre da subito vengono introdotte importanti innovazioni, ritenute molto popolari e quindi in grado di contrastare sul piano del consenso le campagne degli oppositori della riforma (anche in vista delle elezioni di medio termine del novembre 2010).

Le immediate innovazioni riguardano

Due provvedimenti che puntano diretti al cuore degli interessi dell'industria assicurativa: il primo vieta alle assicurazioni di negare l'iscrizione a coloro che hanno malattie preesistenti (es: diabete) o di rescindere il contratto per gravi patologie sopravvenute (es: tumori); il secondo vieta alle assicurazioni di stabilire un tetto massimo ai rimborsi, tetto che danneggiava i pazienti portatori di malattie particolarmente gravi e costose.

La possibilità di includere nell'ambito dell'assicurazione familiare giovani fino a 26 anni (prima il limite era 18 anni), per consentire la copertura delle persone che continuano a studiare, che sono disoccupati o in cerca di prima occupazione.

La riduzione della compartecipazione alla spesa farmaceutica per gli assistiti di Medicare.

Decorrono invece dal 2014 le seguenti parti della riforma

Espansione di Medicaid (Il programma pubblico che attualmente assicura solo alcune categorie di poveri).

Potranno essere arruolati in Medicaid tutti coloro che hanno un reddito inferiore a 29,327 \$ (per una famiglia di 4 persone). Ciò comporterà un incremento della copertura assicurativa di 16 milioni di persone.

Obbligo di assicurare (per le imprese) e di assicurarsi (per le persone).

Imprese: l'obbligo di assicurare i propri dipendenti vale per le imprese con 50 e più lavoratori. In caso di mancata osservanza è prevista l'irrogazione di una multa di 2,000 \$ a dipendente all'anno, con l'esenzione dei primi 30 dipendenti; es: un imprenditore inadempiente con 53 dipendenti pagherà una multa di 46,000 \$.

Persone: le persone che non godono della copertura assicurativa pagata dall'impresa (che è la forma più diffusa di copertura assicurativa) sono tenute ad assicurarsi con le proprie risorse. Chi non si attiene pagherà una multa di 95 \$ (o l'1% del reddito) nel 2014, di 325 \$ (o il 2% del reddito)

nel 2015, di 695 \$ (o il 3,5% del reddito) nel 2016 (fino a un max. di 2,085 \$ l'anno). Saranno esentate le persone con un reddito inferiore ai 9,350 \$ (singoli) o 18,700 \$ (coppie). Sono esentati anche gli Indiani Americani.

Sussidi alle imprese e alle persone

Imprese. Le imprese con 25 o meno dipendenti che assicurano i lavoratori godranno di crediti di imposta che saranno particolarmente elevati nel caso di imprese con 10 o meno dipendenti dove è previsto un rimborso pari fino al 50% del costo delle polizze.

Persone. Per le famiglie (4 persone) con un reddito inferiore a 88,200 \$ sono previsti dei sussidi crescenti man mano che si scende nei livelli di reddito. Così il costo della polizza non dovrà superare il 9,5 del reddito (per i redditi più alti) o il 3% del reddito (per i redditi più bassi). Inoltre è stabilito che il contributo out-of-pocket (pagamento diretto) non potrà superare annualmente i 5,950 \$ per un singolo o i 11,900 \$ per una famiglia.

La legge esclude da ogni beneficio federale gli immigrati irregolari. La legge inoltre proibisce la copertura dell'aborto nelle assicurazioni sussidiate da fondi federali.

Insurance Exchange

Con questo termine (una sorta di borsa delle assicurazioni) s'intende la possibilità che a livello di Stato si creino dei consorzi tra assicurati (incluso anche imprese con un massimo di 100 dipendenti) in grado di contrattare da una posizione di maggiore forza con le assicurazioni. Dal 2017 tale possibilità sarà offerta anche a imprese con più di 100 dipendenti. Questa componente della riforma avrebbe certamente avuto maggiore efficacia se fosse rimasta in gioco la "public health insurance option", un'assicurazione pubblica in grado di competere con le assicurazioni private. Ma tale opzione, come abbiamo già scritto, fu cancellata nel passaggio al Senato e non è stata ripresentata alla Camera.

La **copertura finanziaria della legge** è assicurata in parte con nuove tasse, vedi incremento del prelievo fiscale alle famiglie con un reddito superiore ai 250,000 \$, o imposte (del 40%) sulle polizze assicurative del costo superiore ai 23,000 \$. Sono previsti inoltre prelievi di miliardi di dollari all'industria farmaceutica, all'industria di prodotti biomedicali e all'industria assicurativa. Sono previsti infine dei tagli a Medicare e una tassazione delle polizze integrative per anziani particolarmente costose.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gavino.maciocco@alice.it

TM

Una scelta attuale per
una terapia al passo con i tempi



Gli originali

La certezza di una **Informazione Scientifica qualificata.**
Attività degli ISF impegnati negli "Originali Pfizer".
La certezza di una **attenzione ai budget.**

Il farmaco equivalente non è mai perfettamente uguale
al prodotto imitato, ma solo "essenzialmente simile"

Care 2003;2:30-2

Gli originali **Pfizer**

CARDIOVASCOLARE

NORVASC
amlodipina besilato

CARDURA
doxazosin

Esapent
per il colesterolo

Fragmin
dalteparina sodica

IBUSTRIN
indobufene

Accuprin
guafesin

ACCURETIC
gemigliptin cloridrato/atorvastatina

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Zoloft
sertralina

Xanax
alprazolam

Halcion
fluciclidio

SERMION
nicergolina

EDRONAX
reboxetina

ANTIBATTERICI

ZITROMA
Aзитромicina

DIFLUCAN
fluconazolo

Zimox
amoxicillina triidrato

LINCOCIN

AMPLITAL

CLEOCIN
clindamicina fosfato

DALACIN
clindamicina

DALACIN-T
clindamicina

FANS

FELDENE Family
piroxicam

CORTICOSTEROIDEI

Medrol Family
metilprednisolone

INTEGRATORI

Neovis
flu

Neovis
PLUS

Pfizer



Libertà e anarchia a proposito di un editoriale di Toscana Medica

Intervengo a proposito di "Libertà e Anarchia", editoriale del n. 2/10 di Toscana Medica. Una trasformazione di metodo e mentalità come quella ancora in atto andava gestita da noi e non subito e tra coloro che potevano intervenire per tutelarci c'era l'Ordine dei Medici, che invece, pilatescamente, non prese posizione sul problema tradendo la sua missione: attenzione prioritaria alla qualità e dignità del medico e non alla sua omologazione a funzionario obbediente e risparmiatore.

È giusto che altri parametri si aggiungano a quelli tecnici, ma la categoria non può passare come composta da irresponsabili svincolati dalla realtà. Si confonde l'incoscienza con la presa di coscienza che gradualmente abbiamo fatto della limitatezza delle risorse. Si confonde indipendenza con irresponsabilità dell'atto medico. Non abbiamo gestito questo passaggio e ci hanno manovrato politici ed amministrativi che contavano su appoggi interni e trasversali alla categoria.

Si è determinata una deriva minimalistica della prescrizione non valutata negli effetti sulla salute. Vi sono ottimizzazioni del rapporto qualità-costi ma anche aspetti deteriori: vengono premiati i colleghi che fanno meno diagnosi e meno terapia: verità che tutti sanno ma nessuno dice. Il risparmio andava perseguito con una valutazione globale dell'attività del medico.

Baglioni interviene opportunamente nel dibattito sull'indipendenza dei medici. Il collega sembra condividere un approccio rigorosamente appropriato all'uso delle risorse e esser convinto che confondere "indipendenza e irresponsabilità dell'atto medico" violi la deontologia. Ciò implica "una valutazione globale dell'attività del medico" sulla quale concordiamo e che l'evoluzione del concetto di governo clinico comincia a definire. Però non è vero che i "politici non abbiano detto che le risorse sono limitate". Da trent'anni non si parla d'altro, di come rispondere a una domanda incrementale dei servizi (dovuta allo sviluppo della tecnologia e all'invecchiamento della popolazione) e di come rendere più appropriata l'offerta di prestazioni.

Ma le prestazioni le effettuano i medici. E i medici sanno quando siano utili i sartani e quando gli acini inibitori, quali statine prescrivere e in quali situazio-

ni, quali protesi impiantare a seconda dell'età, quando una RMN sia necessaria. Si dirà, e chi scrive lo ha sempre sostenuto pubblicamente, che troppi fattori esterni, spesso non contenibili, condizionano il medico. Ma questa rivista parla ai medici sulla medicina. Allora una domanda: perché i medici debbono essere invitati da altri a comportamenti deontologici nell'uso delle risorse? Perché queste indicazioni debbono essere scritte in norme nazionali e regionali e non nascere spontaneamente nell'agire quotidiano del medico? Forse che il concetto di indipendenza non è inteso allo stesso modo? Infine i cambiamenti non sono da elogiare, sono da comprendere nelle loro inattese dinamiche. Personalmente non mi sento di co-gestire alcuna umiliazione della categoria. Vorrei modestamente contribuire a gestirne le difficoltà in un'epoca, anche esaltante, di trionfi e di illusioni della medicina, di radicali trasformazioni e di cambiamento dei valori.

Il medico è rimasto unico baluardo alla spesa senza alcun supporto pubblico, neanche un manifesto per lo studio. Il paziente andava responsabilizzato facendo convergere i suoi interessi con quelli pubblici (non del medico) sì che i vantaggi del risparmio ricadessero anche su lui e non si sarebbe incrinato il rapporto di fiducia.

Non parli Panti di anarchia, bensì si è trattato di un passaggio imposto, con aspetti impopolari addossati al medico di medicina generale e quelli utili fruiti da altri, non parli di governi che possono sviare le risorse quando chi doveva sensibilizzarli si è messo d'accordo con loro, non ci parli di autogestirsi quando non ci hanno offerto una scelta ma un bastone e una carota. Non condivido l'elogio di un cambiamento che si è realizzato a costo dell'umiliazione della categoria, morale e professionale, mentre doveva essere gestito insieme, con soddisfazione e rispetto di tutti.

*Sergio Baglioni
Medico di medicina generale, Firenze*

ni, quali protesi impiantare a seconda dell'età, quando una RMN sia necessaria. Si dirà, e chi scrive lo ha sempre sostenuto pubblicamente, che troppi fattori esterni, spesso non contenibili, condizionano il medico. Ma questa rivista parla ai medici sulla medicina. Allora una domanda: perché i medici debbono essere invitati da altri a comportamenti deontologici nell'uso delle risorse? Perché queste indicazioni debbono essere scritte in norme nazionali e regionali e non nascere spontaneamente nell'agire quotidiano del medico? Forse che il concetto di indipendenza non è inteso allo stesso modo? Infine i cambiamenti non sono da elogiare, sono da comprendere nelle loro inattese dinamiche. Personalmente non mi sento di co-gestire alcuna umiliazione della categoria. Vorrei modestamente contribuire a gestirne le difficoltà in un'epoca, anche esaltante, di trionfi e di illusioni della medicina, di radicali trasformazioni e di cambiamento dei valori.

Antonio Panti

La responsabilità del medico ed il rischio della medicina difensiva

Caro Direttore
in merito all'incontro del 3 Dicembre scorso all'Ordine dei medici sul tema "la responsabilità del medico ed il rischio della medicina difensiva" osservo:

Il medico oggi è schiacciato fra l'applicazione dei protocolli per tutelarsi dalle conseguenze economico-giuridiche, e la prescrizione di una terapia personalizzata frutto delle proprie esperienze e del personale intuito medico. Cioè si è stretti fra il protocollo e la propria fan-

tasia intuitiva. Quest'ultima viene soffocata dal primo. C'è il pro ed il contro ma, stando così le cose, il problema resta.

In quanto alla "Certezza del Diritto" io rivendico per il medico il "**Diritto all'Incertezza Scientifica**" nella cura del malato.

*Pier Luigi Duvina
Già Primario degli ospedali Meyer
e S. Giovanni di Dio, Firenze*



Indette le elezioni ENPAM 2010-2015

Domenica **30 maggio 2010, dalle ore 8 alle ore 21.30**, presso le sedi di tutti gli Ordini d'Italia, si terranno le votazioni per l'elezione dei componenti dei Comitati consultivi dei Fondi speciali di previdenza della Fondazione ENPAM (Fondo dei medici di medicina generale, Fondo Specialisti ambulatoriali, Fondo specialisti esterni e Fondo di previdenza della libera professione - "Quota B" del Fondo generale). I medici e gli odontoiatri aventi diritto al voto hanno ricevuto la lettera di comunicazione in cui sono indicate, sia le modalità che i termini per la presentazione delle candidature e per l'esercizio del diritto di voto. I medici toscani possono recarsi a votare presso la sede del proprio Ordine provinciale nell'orario sopraindicato.

Celebrati i 50 anni di laurea

Domenica 21 marzo si è tenuta, presso la sede dell'Ordine, la consueta Assemblea annuale degli iscritti. Nell'ambito della riunione, il Presidente Dott. Antonio Panti ha consegnato una targa ricordo ai seguenti colleghi che nel corso del 2009 e nei primi quattro mesi del 2010 hanno compiuto il 50° anniversario della laurea, indirizzando loro espressioni di plauso e di affettuoso augurio, sia a titolo personale che a nome dell'intero Consiglio Direttivo, sottolineando come essi abbiano onorato l'Ordine, la professione e l'intera categoria medica con la loro lunga, seria ed apprezzata attività professionale: ALPI GIUSEPPE, ATZENI GUIDO, AVANZI GIORGIO SAVINO, BACCINI ARMANDO, BARTOLINI MARISA, BORCHI MARIA BRUNA, BRANDIGI LEONARDO, CARBONI ARMANDO, CASUCCI GIACOMO, CIRRI GIAN PAOLO, DUVINA PIER LUIGI, GABETTA SILVIA,



GERMANO GIUSEPPE, LICCIARDELLO SEBASTIANO, MAGGINI ADOLFO, MANETTI ADRIANO, MANICA UMBERTO, MAURIZIO ALESSANDRO, MONTALTO BIAGIO, MURSA GIOSUÈ, MUSCO ELIO, ORSINI GIAN FRANCO, PACINI GIOVACCHINO, PAOLETTI PAOLETTO, PASSALEVA ANGELO, RIMOLDI AURORA, ROCCHI PIETRO, ROMEO FRANCESCO GIUSEPPE, SANDBICHLER GIUSEPPE, SASSI ROBERTO, SERRA ENNIO FERDINANDO, STRAZZULLA GAETANO, STRICCHI MARIO, TOSCANI ALBERTO, VIERUCCI ALBERTO, VIROLI LUCIANO MASSIMILIANO.

Giuramento professionale

Il 22 marzo scorso, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze, si è tenuta la cerimonia del giuramento professionale pronunciato dai giovani neo-iscritti all'Albo. In una sala gremita da circa 140 invitati, molti dei quali accompagnati da familiari ed amici, il Presidente dell'Ordine, Dott. Antonio Panti, ha illustrato brevemente, ma incisivamente, il "corpus" dei doveri etici, morali e deontologici, racchiusi nel Codice di Deontologia Medica, ai quali sono chiamati a tener fede i giovani colleghi per tutto l'arco della loro vita professionale. Un sistema di regole, ma anche e soprattutto di valori, che i neo-dottori hanno giurato di rispettare, proseguendo così la tradizione millenaria della professione medica. Un impegno, quindi, solenne e nient'affatto banale, al di là dell'informalità della cerimonia, che più che sull'aspetto celebrativo, ha preferito concentrarsi sul significato profondo dell'atto. A tutti i nuovi colleghi e colleghe i migliori auguri per una fruttuosa vita professionale.





Certificati di malattia on-line: aperto il confronto

Il 23 marzo scorso si è tenuto il secondo incontro fra la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e i Ministeri della Salute e della Pubblica Amministrazione sul tema delle certificazioni di malattia on-line. Il Ministero per la Pubblica Amministrazione ha garantito che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici parteciperà alle procedure di collaudo del sistema nel mese successivo ai previsti tre di sperimentazio-

ne, durante i quali rimarrà attivo il canale cartaceo. Il collaudo determinerà le eventuali fattispecie derogatorie già previste nella circolare. Inoltre il Ministero, condiviso l'obiettivo comune secondo cui la certificazione deve scaturire da una valutazione clinica conseguente a visita medica, ha dato la piena disponibilità ad intervenire, con i necessari strumenti normativi, sui possibili fraintendimenti generati - in tale fattispecie di certificazione

- dall'espressione "dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati". È stato poi discusso anche su altre problematiche, tra cui quelle relative alla certificazione on-line da parte di medici sostituiti non convenzionati per il quali si è convenuto di procedere all'attribuzione del PIN. Il tavolo si è aggiornato al prossimo 13 aprile per pervenire a decisioni operative su quanto condiviso.

Il Presidente dell'Ordine sulla RU-486

Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, Dott. Antonio Panti, nonché Vice Presidente del Consiglio Sanitario Regionale, è stato intervistato da "La Repubblica" in merito alla pillola RU-486. Il Dott. Panti ha dichiarato che "il medico è libero di scegliere, insieme alla donna, come comportarsi nel singolo caso ma non bisogna pensare che, anche se non vincolanti, le linee guida del Consiglio superiore di sanità e le nostre (cioè quelle approvate nel 2003 dal Consiglio Sanitario Regionale, n.d.r.) non siano molto influenti". Ecco come funzionerà la procedura. "Una volta espletate le pratiche di legge e fatto il certificato - prosegue il Dott. Panti - la donna prenderà appuntamento in ospedale. Se segue il metodo chirurgico viene ricoverata per un

giorno. Se, d'accordo con il medico, sceglie la soluzione farmacologica assume la pillola, cosa che deve avvenire in un ospedale pubblico. Dopodiché a seconda delle condizioni fisiche, psicologiche o sociali della paziente, il ginecologo parlerà con la donna, che potrà firmare ed andare via. Questo diritto non può essere tolto a nessuno per nessuna malattia. Salvo i casi previsti dalla legge per il trattamento sanitario obbligatorio". Secondo il Dott. Antonio Panti, Presidente dell'Ordine di Firenze, le polemiche sulla pillola abortiva sono inutili: "Sono preoccupato di più del fatto che, mentre le interruzioni di gravidanza delle italiane diminuiscono, quelle delle straniere aumentano. Di questo ci dovremmo occupare".

* * * * *

L'Ordine ha espresso più volte il proprio parere deontologico che si ripete in questa occasione. I medici hanno il diritto di far valere il loro convincimento etico utilizzando la clausola di coscienza prevista dall'articolo 22 del Codice Deontologico. Tuttavia, al di là della loro posizione di pubblici ufficiali mentre effettuano servizi di guardia, essi debbono tenere un comportamento solidale e corretto, mai giudicante, e fornire le indicazioni utili perché la donna possa fruire di un indubitabile diritto. In tal senso è espresso a suo tempo una circolare della Regione. Comunque sarebbe opportuno segnalare alla ASL questa posizione soggettiva per consentire la migliore organizzazione del servizio.

Incontro Ordine-INPS sui certificati di invalidità civile

Venerdì scorso 9 aprile si è tenuto, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze, un incontro fra la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici e la Direzione Regionale Toscana dell'INPS con all'ordine del giorno la certificazione on-line per l'invalidità civile. L'incontro si è svolto in un clima costruttivo e finalizzato ad appianare le difficoltà emerse in questi primi mesi di avvio della procedura telematica. I punti principali che sono stati affrontati sono i seguenti:

- **certificato cartaceo:** l'Ordine ha fatto presente che alcune zone della Toscana non sono raggiunte dal servizio ADSL, per cui l'invio telematico è di fatto impossibile. L'INPS ha riconosciuto la fondatezza di tale problema e ha dichiarato che in questi casi il medico certificatore potrà rilascia-

re il certificato in forma cartacea, dichiarando su di esso, sotto la propria responsabilità, di non aver potuto procedere diversamente;

- **modifica del certificato telematico già inviato:** l'Ordine ha fatto presente che l'attuale impossibilità di apportare modifiche al certificato telematico, una volta inviato, rende di fatto impossibile aggiungere elementi nuovi e ulteriori come, ad esempio, una nuova patologia o un nuovo codice ICD9 o semplicemente correggere meri errori materiali. L'INPS ha dichiarato che interverrà presso la Direzione Nazionale per chiedere di apportare una modifica procedurale che renda possibile modificare o annullare il certificato, fino a che non sia stato abbinato alla domanda di invalidità;

- **validità temporale del**

certificato: l'Ordine ha fatto presente che spesso i pazienti non sono a conoscenza della necessità di inviare in via telematica, entro trenta giorni dall'invio del certificato, la domanda di invalidità, in modo che ad essa possa essere abbinato il relativo certificato. Non è chiaro, infatti, come si debba procedere nel caso in cui la domanda telematica non venga inoltrata entro i trenta giorni prescritti. L'INPS si è impegnata a valutare la numerosità dei certificati già inoltrati telematicamente a cui non ha fatto seguito la presentazione della domanda e, sulla base di tale riscontro, valuterà se ritenere ancora validi tali certificati. Inoltre l'INPS ha accolto la proposta di far comparire, nella stampa della ricevuta dell'invio del certificato telematico, che il medico consegna al paziente, un



avvertimento che inviti il cittadino a presentare tempestivamente la domanda;

- **validità legale del certificato:** l'INPS ha ricordato che, una volta effettuato l'invio telematico, è necessario che il medico stampi la versione cartacea del certificato inviato telematicamente, la firmi e la consegna al paziente, perchè la validità legale del certificato medesimo è attestata dalla firma autografa del medico;

- **annotazioni sul certificato:** l'Ordine ha richiesto di separare le due voci "impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" e "non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita" e di sostituire la frase attuale per le visite domiciliari con la dizione "sussistono le condizioni per la visita domiciliare". L'INPS si è impegnata a valutare queste proposte;

- **presentazione telematica**

della domanda: l'Ordine ha suggerito di istituire, presso ogni sede provinciale INPS, uno sportello telematico per consentire ai cittadini di presentare la domanda di invalidità civile senza necessariamente dotarsi essi stessi del PIN o di rivolgersi necessariamente ad un patronato. L'INPS si è dichiarata favorevole ad accogliere tale proposta, da riservare a categorie di cittadini con particolari requisiti da valutare;

- **elenchi dei medici certificatori:** l'Ordine ha richiesto di intervenire presso i patronati per rimuovere gli elenchi dei medici certificatori, la cui presenza è causa di distorsione del rapporto fiduciario fra medico e paziente. L'INPS ha dichiarato che con il diffondersi della procedura telematica, tali elenchi non avranno più ragione di esistere;

- **invalidità civile ed handicap:** l'INPS ha ricordato che con la

stessa procedura telematica che è in funzione per la certificazione di invalidità civile, è anche possibile redigere la certificazione ai fini del riconoscimento dell'handicap;

- **indicazione dello specialista in commissione:** l'INPS ha proposto di inserire, come campo obbligatorio nella redazione del certificato telematico, l'inviduazione del tipo di specialista che sarà chiamato ad integrare la commissione medica, previa definizione concordata di un apposito elenco di branche specialistiche da cui attingere. L'Ordine ha accolto favorevolmente questa proposta;

- **incontri formativi:** l'INPS si è dichiarata disponibile a promuovere, in tutte le sedi, incontri formativi per i medici certificatori allo scopo di facilitare la fluidità del sistema.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

CONSULENZE MEDICHE ON-LINE

LINEE DI INDIRIZZO

(Allegato alla Deliberazione Consiliare n. 89 del 14/09/2009)

Contesto di riferimento

La rete internet, grazie alla sua natura che consente di veicolare velocemente e in maniera altamente fruibile contenuti di carattere variegato e poliedrico, viene sempre più utilizzata anche in ambito medico e sanitario, sia da parte dei cittadini-utenti per il reperimento di informazioni, sia da parte dei professionisti per interloquire con i pazienti e, più in generale, con il pubblico.

La rete internet, quindi, rappresenta anche un modo assolutamente innovativo di relazione fra professionisti e cittadini che, nella società dell'informazione, deve essere valorizzato per le sue caratteristiche di immediatezza ed efficacia.

Tuttavia ciò non deve prescindere dal doveroso rispetto, da parte dei professionisti, dei principi etici e deontologici fondamentali per la professione, che si riassumono nei doveri di veridicità, trasparenza e decorosità dell'informazione resa ai cittadini.

Proprio a questo scopo, il Codice di Deontologia Medica approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici nel 2006, per la prima volta nella sua storia dedica

uno specifico allegato alla pubblicità dell'informazione sanitaria, con precisi riferimenti all'utilizzo della rete internet nel rapporto medico-paziente.

A corollario di quanto sopra, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha adottato delle Linee di indirizzo in materia di pubblicità sanitaria ove sono fornite indicazioni operative ed attuative, anche relativamente all'uso degli strumenti informatici nel rapporto medico-paziente.

Il primo punto fermo da cui partire, è rappresentato, in ogni caso, dalla relazione medico-paziente e dal rapporto personale e di fiducia che si instaura fra curante ed assistito, premessa indispensabile di ogni efficace trattamento terapeutico.

In questo senso, è da distinguere il caso in cui gli strumenti di comunicazione on-line vengono utilizzati dal medico per relazionarsi con un paziente già visitato, già conosciuto e del quale è noto il quadro clinico, rispetto al caso in cui il medico fornisce una consulenza o un suggerimento ad un cittadino nei confronti del quale non esiste alcuna relazione di cura.

Nel primo caso (rapporto fidu-

ciario consolidato), valgono le regole di comportamento già previste dal Codice Deontologico e dalle Linee di indirizzo già adottate dall'Ordine dei Medici di Firenze. Nel secondo caso (assenza di relazione di cura) è necessario puntualizzare che l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dalla tecnologia informatica non potrà in nessun caso sostituirsi completamente al rapporto umano di relazione. Sulla base di questa premessa, è da ritenersi deontologicamente non consentita l'attività medica resa unicamente on-line, perché nessun trattamento terapeutico può dirsi appropriato se avulso dal rapporto personale col paziente e se non preceduto da una accurata visita medica condotta personalmente dal professionista.

Consulenze on-line

Fra le varie possibilità ed opportunità offerte dalla rete internet di relazione fra il professionista e il cittadino, si assiste alla cosiddetta "consulenza on-line", ossia al professionista che fornisce all'utente del sito informazioni, consigli, suggerimenti e indicazioni in campo medico-sanitario.

Questa attività di consulenza



on-line può avvenire sia attraverso siti internet direttamente posseduti o coordinati dal professionista, sia partecipando ad attività di consulenza promosse o coordinate da terzi.

Qualunque sia il ruolo e le modalità di partecipazione del professionista all'attività di consulenza on-line, è necessario che si attenga ai seguenti principi deontologici.

Dovere di trasparenza: corretta identificazione

Il medico e l'odontoiatra deve sempre identificarsi in maniera chiara ed inequivocabile, fornendo agli utenti almeno i seguenti dati identificativi:

- Nome e cognome;
- Data e luogo di laurea;
- Ordine professionale di appartenenza e numero di iscrizione.

È altresì raccomandato che il professionista fornisca (qualora disponibili) anche le seguenti informazioni:

- Eventuali altri titoli di studio accademici, con indicazione del luogo e della data di conseguimento e semprechè si tratti di titoli riconosciuti dallo Stato italiano;
- Curriculum vitae con indicazione di tutte le altre informazioni che potrebbero essere d'interesse per l'utente (ad esempio: corsi di perfezionamento o esperienze lavorative e professionali).

Tutte queste informazioni devono essere esplicitamente riportate in una apposita sezione del sito, sia

che si tratti di un sito gestito direttamente dal professionista, sia che si tratti di un sito gestito da terzi. A questo proposito, il professionista deve astenersi dal partecipare ad attività di consulenza on-line su siti gestiti da terzi, nei quali l'identificazione del professionista non risponda ai requisiti di trasparenza indicati.

Dovere di veridicità: corretta informazione

Il medico e l'odontoiatra, anche nell'attività di consulenza on-line, deve sempre tenere presente i limiti impliciti di un parere fornito a distanza e non preceduto da una visita personale del paziente. In particolare il professionista deve:

- Pretendere che il sito che ospita le consulenze on-line riporti chiaramente l'avvertimento che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico e che i consigli forniti dalla consulenza on-line vanno intesi come meri suggerimenti di comportamento;

- A corollario di quanto sopra, astenersi dal fare diagnosi o prescrivere trattamenti on-line e, in caso di eccessive aspettative da parte dell'utente, sottolineare ancora una volta i limiti della consulenza on-line, rimandando esplicitamente al medico curante per la miglior definizione del caso;

- Fornire, ove possibile, le fonti ed i riferimenti scientifici delle proprie affermazioni. Qualora il

professionista esponga ipotesi personali o sostenga posizioni non generalmente condivise dalla comunità scientifica, dovrà dichiararlo esplicitamente all'utente.

Dovere di decorosità: correttezza deontologica

Il medico e l'odontoiatra, anche nell'attività di consulenza on-line, deve mantenere sempre un comportamento consono ed adeguato, ponendo particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- In caso di opinione discorde con colleghi, deve evitare di screditarli agli occhi degli utenti del sito con affermazioni negative o discriminanti;

- Evitare assolutamente di indirizzare esplicitamente gli utenti alla propria attività privata come soluzione privilegiata del loro problema clinico. È ammesso fornire riferimenti e contatti a strutture pubbliche o private cui l'utente potrà rivolgersi, ma senza indirizzare la scelta dell'utente in maniera esplicita. Fanno eccezione i centri di riferimento nazionali ed internazionali per le specifiche attività di competenza;

- Utilizzare un linguaggio semplice e comprensibile per l'utente, evitando l'eccesso di terminologia tecnica, ma senza scadere nell'utilizzo di espressioni troppo colloquiali, in modo da mantenere un linguaggio consono al decoro professionale, sia nei contenuti che nella forma.

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org
 FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

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

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



IMPORTANTE

PIANO TERAPEUTICO PER IL CLOPIDOGREL

A seguito dell'approvazione della Delibera n. 367 del 22 marzo scorso, la Regione Toscana ha predisposto la scheda per redigere il piano terapeutico per la prescrizione di farmaci a base di Clopidogrel

oltre i limiti di rimborsabilità previsti dall'AIFA. Infatti la delibera regionale prevede la possibilità di prescrivere il Clopidogrel per un periodo ulteriore di un anno, oltre i limiti AIFA. Il piano dovrà essere

redatto dai centri specialistici della Toscana in duplice copia, di cui una da consegnare all'assistito per la prescrizione a cura del medico di medicina generale.

PIANO TERAPEUTICO REGIONE TOSCANA PER PRESCRIZIONE DI CLOPIDOGREL (Delibera n. 367 del 22/03/2010)

Centro prescrittore _____

Nome cognome del clinico prescrittore _____

recapito telefonico _____

Paziente (nome,cognome) _____ età _____

sexo M F codice fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

ASL di residenza _____

La prescrizione di clopidogrel è a carico della Regione Toscana per un periodo ulteriore di un anno oltre i limiti di rimborsabilità previsti dal piano terapeutico AIFA, o viene istituita per un anno nei seguenti casi:

- 1 – Bare-metal stents (BMS) e drug-eluting stents (DES);
- 2 – Stent multipli;
- 3 – Stent delle biforcazioni;
- 4 – Lunghezza complessiva degli stent > 30 mm;
- 5 – Stent del tronco comune;
- 6 – Evento cardiovascolare in corso di terapia antiaggregante piastrinica singola in prevenzione secondaria;
- 7 – Malattia coronarica cronica sintomatica;
- 8 – Soggetti che presentino malattia coronarica o aterosclerosi clinicamente manifesta a livello dei tronchi sovra-aortici o delle arterie degli arti inferiori e che siano affetti da diabete, da insufficienza renale o da insufficienza cardiaca con FE < 40%.

Dose e durata del trattamento

Dose/die: _____

Durata prevista del trattamento: _____
di 6 mesi rinnovabile per 1 volta.

Indicare se:

- Prosecuzione della cura dopo piano AIFA
- Prima prescrizione per i casi indicati al punto 6-7-8

Data ___/___/___ Timbro e firma del clinico prescrittore



Gestioni rifiuti sanitari

In merito al recente decreto che ha istituito il sistema di controllo sulla tracciabilità dei rifiuti, denominato SISTRI, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici

precisa che si tratta di una procedura che interessa i soggetti che, professionalmente, si occupano della raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti. Pertanto il de-

creto non riguarda i medici e gli odontoiatri che possono essere produttori di rifiuti speciali, ma non rientrano fra le categorie interessate dal decreto.

Certificato medico per badanti

Com'è noto, la Legge 102/2009 sulla regolarizzazione del lavoro irregolare delle badanti, prevede che il datore di lavoro debba allegare, alla richiesta di regolarizzazione, un certificato medico che attesti la necessità dell'assistenza familiare. La Prefettura di Firenze, organo competente a valutare le domande di regolarizzazione, ricorda che il medico, nella reda-

zione del certificato, deve astenersi dall'indicare la patologia di cui soffre l'assistito, per evidenti ragioni di privacy, e deve soltanto limitarsi a dichiarare che è affetto da una patologia o handicap che ne limita l'autosufficienza. Un esempio di corretta formulazione del certificato può essere il seguente: **“Si attesta che il Sig. XY è affetto da patologia o handicap che**

ne limita l'autosufficienza dal ... con conseguente necessità di assistenza, per la cui erogazione il richiedente dichiara che si avvarrà di personale extra-comunitario. Sulla base della documentazione clinica, emerge la necessità che l'assistenza di cui sopra sia erogata da uno oppure due lavoratori addetti all'assistenza”.

Sieropositività e privacy

Il Garante della Privacy ha chiesto all'Ordine di sensibilizzare i medici a proposito delle regole per la raccolta di informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti. Il Garante, infatti, ha riscontrato che in alcune situazioni vengono sottoposti ai pazienti, da parte di studi medici e odontoiatrici, dei questionari all'atto della prima accettazione, nei quali il cittadino è chiamato a segnalare se è affetto da sieropositività. Il Garante avverte che si tratta di una richiesta impropria, perché l'acquisizione di questo tipo di informazione da par-

te dei medici è legittima solo quando il tipo di intervento clinico o il piano terapeutico rendono necessario acquisire questa informazione. Ma non è certo corretto chiederla “a tappeto” e a chiunque. Anche l'esigenza di attivare specifiche misure di protezione per il personale sanitario di fronte a pazienti sieropositivi non giustifica, secondo il Garante, la richiesta di questa informazione all'atto dell'accettazione del paziente. Questo perché tutte le strutture pubbliche e private e anche gli studi medici e odontoiatrici privati, sono tenuti

ad adottare misure per la sicurezza e la protezione dal contagio, indipendentemente dal fatto che vengano curati pazienti sieropositivi o meno. In conclusione il Garante intima ai medici e agli odontoiatri di non raccogliere informazioni circa l'eventuale stato di sieropositività in fase di accettazione di ogni paziente, fermo restando che tale dato anamnestico può essere legittimamente acquisito, previo consenso del paziente, solo quando sia necessario per determinati e specifici interventi clinici o piani terapeutici.

Certificati idoneità sportiva: no alla compiacenza

Stop ai certificati “facili” per l'attività sportiva perché il medico risponde in prima persona del danno eventualmente subito dal paziente. Lo afferma la Corte di Cassazione (sentenza n. 3353 depositata il 12/02/2010). Il caso ha riguardato un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica rilasciato ad un ragazzo affetto da cardiopatia ipertrofica non ostruttiva, soprattutto a seguito delle insistenze dei genitori che

volevano iscriverlo ad un torneo di calcetto. Ma durante una partita il ragazzo è stato colto da arresto circolatorio e ha riportato una grave cerebropatia con lesioni motorie. Secondo la Cassazione, il medico ha un dovere superiore di protezione e di sicurezza nei confronti del paziente, per cui nel caso concreto, visto che era a conoscenza della patologia sofferta dal ragazzo, doveva rifiutarsi di rilasciare il certificato, oppure indicare in maniera detta-

gliata le discipline sportive praticabili o, al contrario, assolutamente da escludere. Il fatto che i genitori, pur consapevoli della malattia di cui soffriva il figlio, per “povertà intellettuale” (così testualmente la Cassazione) abbiano insistito perché il medico redigesse il certificato, non è sufficiente ad escludere la responsabilità del medico che, nell'esercizio della sua professione, non deve essere compiacente.

Mostra medici pittori, fotografi, scultori e scrittori a Firenze

L'Istituto di Medicina dello Sport di Firenze festeggia quest'anno 60 anni di vita. La Direzione dell'Istituto intende celebrare questa ricorrenza con una serie di iniziative che coinvolgano il più possibile i colleghi medici. Fra queste iniziative l'Istituto di Medicina dello Sport vorrebbe organizzare una mostra di medici pittori, scultori, fotografi e scrittori, che sarà inaugurata nel mese di settembre p.v. Il tema della mostra è “Arte, medicina e sport”, per cui chi ne ha la possibilità può partecipare con un'opera su questo soggetto, oppure a tema libero. I colleghi interessati sono pregati di comunicare la propria disponibilità alla e-mail dell'Ordine: toscamedica@ordine-medici-firenze.it, specificando se sono pittori, scultori, fotografi o scrittori. Info: tel. 055.496255 int. 3.



Diminuisce la spesa farmaceutica

In base ai dati diffusi da Federfarma la spesa farmaceutica per i medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale è diminuita nel 2009 dell'1,2% rispetto all'anno precedente anche se si registra un aumento del 3,5% del numero delle ricette il cui valore medio, però, si

è ridotto del 4,5%. In pratica si prescrivono più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso. Per quanto riguarda il dettaglio dei consumi, i farmaci per le malattie cardiovascolari rappresentano il 36% della spesa, seguiti da quelli per l'apparato gastrointestinale con il 14%. I

farmaci per le malattie del sistema nervoso centrale rappresentano il 10,7% della spesa e sopravanzano ormai di 1,5 punti percentuali gli antimicrobici sistemici. I farmaci per il sistema respiratorio sono stabili all'8%.

Numeri verdi per la sanità toscana

La Direzione Generale per il Diritto alla Salute della Regione Toscana ricorda che sono attivi due numeri verdi a disposizione della cittadinanza: il numero **800.556060** che dal 1° febbraio 2010 ha anche il compito di ricercare le disponibilità presso le Aziende Sanitarie o

Ospedaliere della Toscana per gli interventi chirurgici che la delibera regionale n. 638/2009 prevede che siano eseguiti entro 90 giorni. Il numero verde è in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 15. Inoltre è in funzione dal novembre dello scorso anno il numero

800.810101 denominato "Centro di ascolto oncologico", che risponde ai pazienti e ai familiari che hanno necessità di informazioni o di sostegno psicologico nel percorso oncologico. Questo servizio è attivo tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 8 alle ore 20.

Campionato italiano tennis medici

L'Associazione Medici Tennisti italiani organizza il 39° campionato nazionale di tennis per medici e odontoiatri italiani, che si svolgerà dal 19 al 26 giugno 2010 al circolo "Rocco Polimeni" di Reggio Calabria. Per l'evento sono previsti nu-

merosi tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco, ma soprattutto è lo scambio amicale e culturale a rendere particolare questo appuntamento annuale. È inoltre un'occasione di relax e bellissimo mare con la famiglia. Le iscrizioni al campio-

nato dovranno pervenire alla segreteria del torneo, presso l'Ordine dei Medici di Reggio Calabria entro il 31 maggio. Per ogni informazione, comprese le possibilità di prenotazione alberghiera, consultare il sito: www.tennismedici.com.

ERRATA CORRIGE

Pubblichiamo la qualifica esatta degli autori Fabio Voller e Cristina Orsini dell'articolo "Incidenti stradali, bevande alcoliche e droghe", uscito su Toscana Medica, Marzo 2010 (A. Allaman e coll., pag. 15): Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze. Inoltre ripro-

poniamo le figure dell'articolo in quanto nella legenda i colori indicativi delle colonne erano stati invertiti.

Ventisette persone (3,75%) sono risultate positive alle droghe (cocaina, tetraidrocannabinolo, oppiacei). La percentuale degli incidenti con positività per alcol e/o droghe avvenuti nel fine

settimana (tra le 24:00 di venerdì alle 8:00 di lunedì) è risultata il 17,6% - tre volte più alta che negli altri giorni (Figura 1).

Se ci riferiamo poi a tutti gli incidenti avvenuti di notte, tra le 20:00 e le 5:59, la loro positività ad alcol e/o droghe (22,1%), è quasi 4 volte di più di quelli avvenuti di giorno (Figura 2).

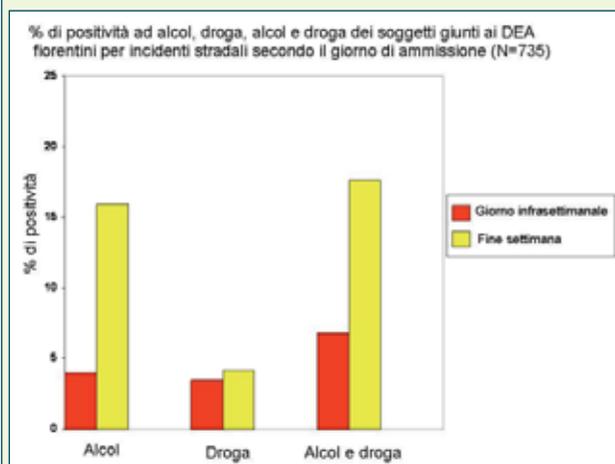


Figura 1

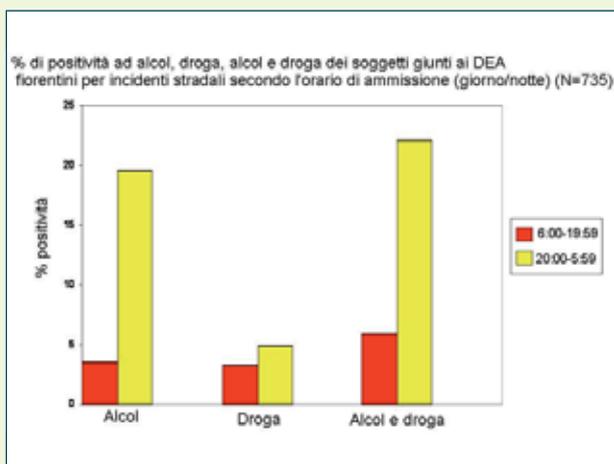


Figura 2

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

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

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

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



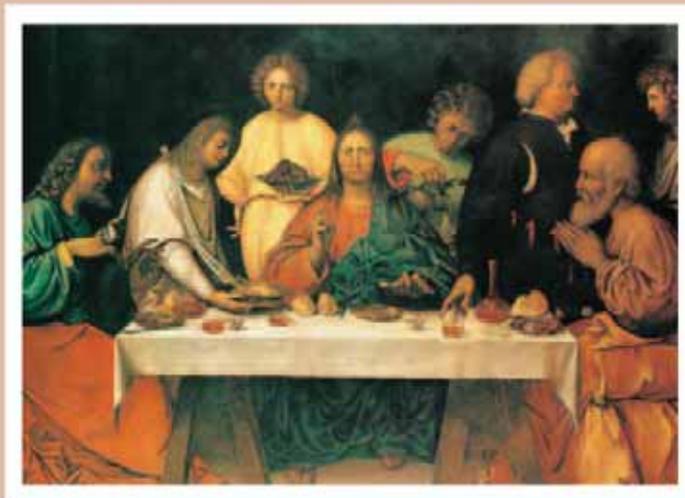
Certificato Nr
50 100 4785

VACO 05-05

Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE,
UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA
BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI

La civiltà delle immagini ha radici profonde e antiche.
Sono cambiati gli strumenti, non la filosofia e lo scopo.



Articolo all'interno della rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

