



# ToscanaMedica

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



## **Appropriatezza clinica e correttezza informativa**

S. Bianchi, V. Boscherini, G.F. Gensini, L. Giorni,  
S.E. Giustini, A. Lagi, A. Messori

## **Il servizio di ecografia e diagnosi prenatale dell'Azienda Sanitaria di Firenze**

E. Periti

## **Utilizzo del supporto cardio-respiratorio extracorporeo nel processo di donazione di organi e tessuti**

M.L. Migliaccio, R. Cammelli, M. Bonizzoli, F. Nencini,  
F. Filippini, M. Bonacchi, C. Lazzeri, P. Bernardo,  
M.E. Mascitelli, C. Nozzoli, G.F. Gensini, A. Peris

## **Quale soddisfazione professionale per il medico di urgenza?**

A. Rosselli

# N° 5 MAGGIO 2011

R03AK06

# ALIFLUS<sup>TM</sup>

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini



**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

■ Martinelli, pittore ritrovato <i>F. Napoli</i>	<b>4</b>
<b>EDITORIALE</b>	
■ Programmare nell'incertezza: il caso della sanità <i>A. Panti</i>	<b>5</b>
<b>OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani</b>	
■ Appropriatazza clinica e correttezza informativa <i>S. Bianchi, V. Boscherini, G.F. Gensini, S.E. Giustini, L. Giorni, A. Lagi, A. Messori</i>	<b>6</b>
■ Scienza, coscienza, appropriatazza e sostenibilità <i>A. Panti</i>	<b>13</b>
<b>QUALITÀ E PROFESSIONE</b>	
■ La legge nazionale per la dislessia e la Toscana <i>C. Coscarella</i>	<b>14</b>
■ La chirurgia vertebrale nella pratica quotidiana <i>M. Dobran</i>	<b>15</b>
■ La formazione dei medici del 118 nell'Asl di Prato nella fase sperimentale dell'educazione continua in medicina <i>P.M. Olia e coll.</i>	<b>17</b>
■ Il servizio di ecografia e diagnosi prenatale dell'Azienda Sanitaria di Firenze <i>E. Periti</i>	<b>19</b>
■ Utilizzo del supporto cardio-respiratorio extracorporeo nel processo di donazione di organi e tessuti <i>M.L. Migliaccio e coll.</i>	<b>23</b>
■ Il medico tutor nell'ospedale per intensità di cura <i>J. Polimeni e coll.</i>	<b>25</b>
■ "Percorso Donna": non solo il medico <i>G. Corsi Conticelli e coll.</i>	<b>28</b>
■ Può esistere l'ospedale organizzato per intensità di cura senza il dipartimento? <i>C. Troise</i>	<b>37</b>
■ Quale soddisfazione professionale per il medico di urgenza? <i>A. Rosselli</i>	<b>38</b>

**REGIONE TOSCANA**

■ I Criteri di Beers	<b>29</b>
<b>RICERCA E CLINICA</b>	
■ Tendinopatia calcifica sintomatica della cuffia dei rotatori <i>E. Tarabelli e coll.</i>	<b>40</b>
■ La diagnosi precoce del carcinoma orale <i>G. Ficarra e coll.</i>	<b>42</b>
■ Le malattie autoimmunitarie di più frequente osservazione della mucosa del cavo orale - Parte II <i>D. Tesi e coll.</i>	<b>44</b>
<b>STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA</b>	
■ Piazza della Indipendenza a Firenze <i>M. Fanfani</i>	<b>46</b>
<b>SANITÀ NEL MONDO</b>	
■ Come sta la salute della popolazione mondiale? <i>G. Maciocco</i>	<b>50</b>
<b>FRAMMENTI DI STORIA</b>	
■ Mercurio e il caduceo nei tempi moderni <i>F. Praticchizzo</i>	<b>52</b>
<b>LETTERE AL DIRETTORE</b>	
■ Pool di brevetti per antiretrovirali e contesto commerciale <i>D. Dionisio</i>	<b>53</b>
■ Ipertensione. La sostituzione che taglia la spesa <i>S.E. Giustini</i>	<b>54</b>
■ Sempre più difficile! <i>A. Jenco</i>	<b>54</b>
■ Meglio aprire un ristorante! O forse no! <i>T. Rubino</i>	<b>55</b>
■ I vaccini salvano milioni di vite, dobbiamo tutelarli <i>P. Bonanni</i>	<b>56</b>
<b>LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI</b>	
<b>NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA</b>	
■ Il tumore del polmone nel Registro Tumori Toscano dal 1985 al 2005 <i>A. Caldarella e coll.</i>	<b>58</b>
<b>VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani</b>	
<b>NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi</b>	
<b>BACHECA</b>	

# ToscanaMedica

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



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

Anno XXIX n. 5 - Maggio 2011  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta  
*Giovanni Martinelli, "Convito di Baldassarre",  
olio su tela cm. 228 x 341,5 Galleria degli Uffizi, Firenze*

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

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

**COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA**

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

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



## Martinelli, pittore ritrovato

**G**iovanni Martinelli, chi era costui, si domanderà qualche lettore. Nato a Montevarchi tra il 1600 e 1604, trasferitosi ancor giovane a Firenze senza appoggi né protezioni, quindi con difficoltà iniziali di lavoro, poi presente nella bottega del veronese Jacopo Ligozzi, successivamente affermatosi ed iscritto anche all'Accademia delle Arti del Disegno, muore in città nel 1659.

Dimenticato o quasi, è riscoperto da Fiorella Sricchia negli Anni Cinquanta e valorizzato da contributi chiarificatori tra gli altri di Mina Gregori e Carlo Del Bravo: oggi finalmente assurge a protagonista in un progetto ampio e particolare, dal titolo "Seicento in Valdarno" curato dai Comuni della zona e promosso dalla Galleria degli Uffizi.

La mostra "Giovanni Martinelli. Pittore di Montevarchi.

Maestro del Seicento fiorentino" è ordinata presso l'Auditorium comunale della sua città natale fino a metà giugno (nel frattempo e nel medesimo ambito, Giovanni da San Giovanni è in esposizione presso la Basilica delle Grazie di San Giovanni Valdarno), per quanto la mostra stessa rimandi a numerose e diffuse presenze pittoriche nel territorio, secondo suggeriti itinerari.

Figlio del suo tempo (priorità di luce e disegno) e del gusto che lo pervade – il Barocco (ad esempio, il valore per la falsa disarmonia) e il clima controriformistico (i ripetuti temi religiosi) –, frequentatore di Compagnie e ordini monastici (le chiese di Santa Maria del Giglio a Montevarchi o San Lorenzo a Caposelvi) e di importanti famiglie aristocratiche (Corsini), Martinelli spesso si affida alle allegorie di tipo morale e filosofico che rimandano a quell'atteggiamento da un lato di fuga dalla realtà, dall'altro educativo sulla falsariga della Controriforma romana: a Terranova, nei locali attigui alla pieve di Santa Maria si trova l'opera la *Samaritana al pozzo* (ora in mostra) che rivela proprio tale atteggiamento.

Dunque, temi religiosi, secondo il clima del

tempo, ma anche filosofici e mitologici, capaci di produrre un'opera che deve interessare coinvolgere persuadere, stretta attorno a temi precisi chiari e definiti, con spunti allegorici – *ricorrenti sono i riferimenti alla vacuità dei beni terreni in*

*dialettica contrapposizione con le arti, con le virtù, con le muse, che offrono valori perenni* – e ricorso a schemi ripetuti: come anni fa (1983) notava ancora Chiara d'Afflito, attenta studiosa dell'artista, per *le figure femminili poste di quinta nelle composizioni*.

Personaggio forse caratterialmente difficile, mai troppo a lungo trattenutosi in un ambiente preciso (lavora, anche inseguendo le possibilità di committenza, a Pistoia, Pescia, Firenze, Roma, oltre a vari luoghi del Valdarno), anche inadempiente agli impegni contratti, rivela però sul piano artistico una spiccata capacità compositiva (si vedano i disegni esposti), correlando in modo sciolto e naturale le varie figure nelle sue più affollate composizioni, sempre attento agli aspetti narrativi, allineato a tanto luminismo formale post caravaggesco proprio del secolo XVII (però, verso la fine della sua vita, i colori si incupiscono).

Una certa eccentricità traspare comunque dalle sue opere dopo la presenza romana (seconda metà degli Anni Venti del Seicento) forse imputabile ad una inquietudine contratta nell'ambiente papalino.

Come giustamente è stato notato, la summa dell'arte di Martinelli è data, in mostra, proprio dalla grande tela (proveniente dai depositi degli Uffizi: ecco un altro pregio dell'iniziativa, valorizzare gli "invisibili") intitolata "Convito di Baldassarre" con un elemento aggiuntivo a quanto sopra (ma perfettamente calato nello spirito seicentesco): essere questa una grande messinscena, uno spettacolo teatrale diretto dal pittore stesso.

**Giovanni Martinelli.  
Pittore di Montevarchi. Maestro  
del Seicento fiorentino**  
Auditorium comunale, Montevarchi  
*Fino al 19 giugno 2011*



# Programmare nell'incertezza: il caso della sanità

ANTONIO PANTI

**L**e imprese efficienti programmano minuziosamente per impostare il bilancio di previsione. La Toscana ha sempre tenuto fede al processo di programmazione e questa scelta è una delle cause del successo del Servizio Sanitario Regionale. I piani sanitari toscani occupano centinaia di pagine con un'analisi previsionale minuziosa, utile come obiettivo di lungo termine e strumento operativo e attuativo.

Entro quest'anno deve essere predisposto il nuovo piano sociosanitario. Un'occasione importante ma, in concreto, ha senso reiterare questa tipologia di programmazione o è meglio porre meno vincoli all'azione di governo?

Programma significa tutto ciò "che deve essere svolto in un lasso di tempo secondo accordi o prescrizioni", come un programma teatrale o scolastico; oppure "proposta, intenzione" come avere in programma di andare al cinema. Un programma è sia un obiettivo che una prescrizione di atti. Due significati diversi. Tra programmare un convegno per l'anno prossimo o pubblicarne il programma c'è differenza. Oggi, nella sanità, cosa conviene fare?

Il piano sanitario toscano ha sempre dichiarato i valori che lo ispiravano, gli obiettivi che si intendeva raggiungere e i mezzi per perseguirli. Uno strumento corretto che evidenzia come l'appropriatezza clinica e gestionale renda sostenibile il servizio e conseguibili i valori, l'universalità del diritto e l'uguaglianza dell'accesso, attraverso mezzi politici e sociali, quali la solidarietà, la sussidiarietà, la deontologia degli operatori, oppure attraverso strumenti operativi, quali il governo clinico, la formazione, l'organizzazione, la definizione di ciò che può essere concesso per fronteggiare e prevenire le malattie e mantenere la salute.

L'Health Technology Assessment è strumento importante, parte di un insieme di metodiche che costituiscono il cosiddetto governo clinico. Tutto ciò vuol introdurre elementi di razionalità per bilanciare i diritti del singolo con quelli di tutti, la

limitatezza delle risorse con la miglior risposta ai bisogni individuali e collettivi.

Però... Viviamo in un'epoca di grande incertezza politica, in cui i valori di giustizia e libertà sono mal coniugati col profitto e con il diritto del più forte; un periodo di grandi trasformazioni sociali e di crisi economica per cui è veramente arduo prevedere quale quadro istituzionale e economico sarà di cornice alla sanità tra cinque anni, il tempo previsto per il piano sanitario regionale. Inoltre la medicina moderna non ci aiuta nel fare previsioni. Le provate evidenze possono supportare una non grande percentuale delle decisioni mediche; la medicina è scienza probabilistica e in così rapida evoluzione da rendere quasi impossibile prevedere di quali tecniche, conoscenze, strumenti, disporremo tra qualche anno. Ancora, la *malpractice* incombente fa sì che la medicina difensiva incida sulle richieste di prestazioni; e quante illusioni fomentano gli stessi medici?

E quanto conta la "comunicazione"? Il Ministro impone di chiudere i reparti ove si effettuano meno di 500 parti l'anno e la Giunta di Pontremoli si dimette perché si è chiuso il reparto ostetricia che ne svolgeva meno di 50. E di quante chirurgie specialistiche abbiamo bisogno in Toscana? Due per azienda universitaria o una per tutta la regione? Quante "irrazionalità" tolleriamo per giustapposizione tra diversi desideri dei cittadini e tra contrapposti interessi professionali o politici?

Un piano, cioè un programma di obiettivi e di scopi, deve indicare con fermezza i valori in campo e i risultati che si vuol conseguire in termini di salute o di migliore qualità di vita. La stella polare che guida il cammino deve essere visibile a tutti. Ma l'azione di governo non può che essere duttile e poco predeterminata. Quanti soldi saranno disponibili e quali strumenti saranno offerti da una tecnologia in travolgente evoluzione? E quali richieste porrà la società alla medicina? Credo che ci si debba attrezzare per governare il contingente con fantasia e senza paura di essere talora anche incoerenti. Purché si sappia dove andare.

TM



# Appropriatezza clinica e correttezza informativa

## Il problema delle statine

**TOSCANA MEDICA** – *Affrontiamo la questione “statine”, molecole ben conosciute ed ormai da tempo disponibili nell’armamentario terapeutico, alla luce di due concetti di fondamentale ed attualissima importanza quali l’appropriatezza clinica della loro prescrizione e la correttezza delle informazioni in merito fornite ai medici. In altre parole vorremmo unire valutazioni cliniche e valori etici alla luce dello sforzo comune che in Toscana, in questo ed in altri settori, stanno compiendo i professionisti della salute, le strutture amministrative regionali, le Società scientifiche, le Università e la Commissione Terapeutica Regionale (CTR).*

**GENSINI** – Si tratta di una questione molto stimolante, soprattutto in quest’epoca in cui la Medicina basata sulle evidenze ha ormai fornito robuste basi qualitative e quantitative sulle quali individuare la capacità di farmaci e procedure di ottenere determinati risultati in termini sia di efficacia clinica che di costi e di conseguente positività del rapporto costo/beneficio.

Questo approccio appare particolarmente utile se applicato all’argomento della nostra discussione, onestamente molto di più che in altri settori della Medicina moderna.

A tutto questo si lega indissolubilmente il concetto di sostenibilità degli interventi da attuare, questione assai complessa che deve prendere in considerazione non solo un singolo intervento ma anche la sua interrelazione con altri possibili nell’ambito delle limitate risorse disponibili.

La questione delle statine all’interno della sostenibilità del sistema appare di difficile inquadramento, vista la difficoltà oggettiva di valuta-

re risultati come gli anni di vita guadagnati o la qualità della vita dei pazienti a fronte di indicatori quali l’età alla quale queste terapie sono state iniziate o l’età media dei soggetti ai quali sono state prescritte.

Penso sinceramente che il nostro sistema sanitario regionale, seppure di fronte a tante difficoltà, abbia oggi gli strumenti per cercare risposte chiare ed esaurienti a queste importanti problematiche.

**LAGI** – Sono perfettamente d’accordo con il prof. Gensini e sottolineo che una buona sostenibilità del sistema non può prescindere da un corretto uso delle risorse disponibili e dall’eticità della prescrizione, rifles-

sione che credo debba diventare veramente patrimonio di ogni singolo professionista della salute.

Secondo me pertanto la gestione appropriata delle risorse rappresenta veramente una questione fondamentale per la sopravvivenza della nostra società, a maggiore ragione, in Medicina, in un campo così vasto ed articolato come quello dell’impiego delle statine.

**TOSCANA MEDICA** – *L’indipendenza prescrittiva del medico in alcuni casi si fonda su criteri per così dire “aneddotici” e non sulle istanze della EBM, che peraltro sappiamo non coprire ancora tutto il sapere medico di oggi. In un’epoca in cui si parla tanto di terapia personalizzata, il Codice deontologico della professione continua a raccomandare l’equo impiego delle risorse, prediligendo a parità di efficacia il presidio di costo minore. Le richieste di riduzione di spesa sempre più pressanti avanzate dalla politica riescono ancora a conciliarsi con i dettami deontologici dei medici?*

STEFANO BIANCHI<sup>1</sup>, VITTORIO BOSCHERINI<sup>2</sup>,  
GIAN FRANCO GENSINI<sup>3</sup>, LOREDANO GIORNI<sup>4</sup>,  
SAFFI ETTORE GIUSTINI<sup>5</sup>, ALFONSO LAGI<sup>6</sup>,  
ANDREA MESSORI<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Direttore della Divisione di Nefrologia di Arezzo

<sup>2</sup> Medico di medicina generale a Firenze, componente della Commissione Terapeutica Regionale

<sup>3</sup> Professore Ordinario di Medicina Interna all’Università degli Studi di Firenze

<sup>4</sup> Dirigente del Servizio Farmaceutico della Regione Toscana

<sup>5</sup> Medico di medicina generale a Pistoia, Responsabile del Settore Farmaci della Società Italiana di Medicina Generale; componente del Gruppo di Lavoro “Farmaci e Territorio” dell’AIFA

<sup>6</sup> Direttore dell’UO di Medicina d’Urgenza Ospedale S. Maria Nuova di Firenze

<sup>7</sup> Farmacista ospedaliero, ESTAV Centro Toscana, vicepresidente della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera



## PARTECIPANO



Stefano Bianchi



Vittorio Boscherini



Gian Franco Gensini



Saffi Ettore Giustini



Loredano Giorni



Alfonso Lagi



Andrea Messori

**BOSCHERINI** – Una premessa: in un momento di grave crisi molte scelte vengono fatte anche e soprattutto attraverso l'apporto delle conoscenze dei tecnici e questo è il giusto atteggiamento che si è scelto di seguire nella nostra Regione. Detto questo rispondo alla domanda in maniera certamente affermativa, partendo dalla considerazione che soprattutto la medicina generale deve essere messa in grado di potere garantire adeguata assistenza sanitaria a tutta la popolazione, sostanziando in pratica in questo modo la sua stessa ragione di esistere.

Nel mio settore di intervento, parlando di statine e patologia cardiovascolare, devo purtroppo riconoscere che questa assistenza non è proprio uguale per tutti i pazienti, dato che esisterebbero le condizioni per ampliare notevolmente la pre-

scrizione di queste molecole sia in prevenzione primaria che secondaria. Aumentare la prescrivibilità delle statine in ambito di prevenzione cardiovascolare, significa necessariamente utilizzare criteri adeguati di valutazione del rapporto costo/beneficio per evitare di arrivare ad odiose forme di razionamento o discriminazione tra paziente e paziente.

**MESSORI** – Purtroppo bisogna riconoscere che in Italia, sia a livello AIFA che a livello regionale, siamo ancora all'inizio del processo di reale e sistematica applicazione delle valutazioni di costo-efficacia.

In linea di massima i tecnici della Sanità sono abituati a circoscrivere queste valutazioni soltanto all'interno di una determinata area terapeutica per cui, ad esempio, è abbastanza frequente confrontare il rapporto costo-efficacia di due statine l'una contro l'altra (magari una più costosa con un'altra di minor prezzo), ma è assai poco frequente confrontare il rapporto costo-efficacia di una statina contro quello di un farmaco che appartiene a una classe tutta diversa quale ad esempio un farmaco oncologico o reumatologico o neurologico.

Invece, a livello sia centrale che regionale è sempre più necessario ragionare in termini "trasversali", attraversando quindi aree terapeutiche completamente diverse tra loro e quindi decidendo quali e quante risorse debbano essere destinate, ad esempio, alle statine, agli anticoagulanti orali di nuova generazione, alle incretine, ai nuovi farmaci oncologici e così via. Infatti le diverse aree terapeutiche competono tutte per il medesimo budget della farmaceutica cosicché i confronti trasversali (che mancano) risultano assai più importanti rispetto a quelli intra-classe (che invece già esistono).

Inoltre non si possono usare criteri del tutto identici per esaminare costi e risultati nelle grandi popolazioni di pazienti (es. ipertesi, cardiovascolari, diabetici) rispetto al caso in cui si esaminino costi e risultati nelle coorti di malati molto "piccole" spesso identificate grazie a specifici biomarker e che spesso necessitano di molecole raffinatissime (come i più recenti oncologici o in generale i cosiddetti farmaci biotech).

**BIANCHI** – Sono perfettamente d'accordo con il dottor Messori e penso che chi gestisce la politica sanitaria debba dire agli operatori del settore, ad ogni livello, quali sono le risorse a loro disposizione per affrontare le problematiche di specifica competenza. Ovviamente a livello di sostenibilità di qualsiasi intervento terapeutico, è necessario preferire quelle strategie dotate di maggiori evidenze scientifiche, altrettanto ovviamente senza limitare la libertà prescrittiva dei medici dato che a mio parere evidenza scientifica e libertà di prescrizione non sono certo due concetti contrapposti.

**TOSCANA MEDICA** – *Oggi sempre più spesso le esigenze di cura e quelle di budget devono essere messe in strettissima relazione in una visione farmacoeconomica della Medicina ancora in qualche caso non proprio compiutamente accettata dalla classe medica.*

*Le tante statine oggi disponibili, ormai da anni sul mercato, prodotte da molte aziende diverse rappresentano un buon esempio di questa realtà. In questa ottica facciamo una panoramica sull'impiego odierno di queste molecole.*

**GENSINI** – Sono passati ormai 17 anni da quando fu pubblicata la dimostrazione che una statina poteva ridurre in maniera significativa la mortalità in classi di pazienti ad alto rischio. Da allora molte altre evidenze si sono accumulate, sia in prevenzione primaria che secondaria con particolare attenzione a quei soggetti che, seppure con valori di colesterolo non particolarmente elevati, presentavano tuttavia alti livelli di rischio a causa multifattoriale.

In seguito nell'ottica della migliore appropriatezza nell'impiego di queste sostanze si sono andati a ricercare ulteriori elementi che potessero sostanziare le conclusioni alle quali siamo oggi arrivati. Adesso siamo arrivati al punto, incontrovertibilmente dimostrato, che il calcolo del rapporto costo-beneficio di questo tipo di terapie cozza contro le oggettive difficoltà che i medici hanno nel garantirne l'aderenza. Un articolo pubblicato recentemente sul BMJ ha infatti sottolineato la reale importanza del medico nel favorire la compliance verso la terapia da parte dei pazienti, essendo stato dimostrato che considerare le oscillazioni della colesterolemia quale indicatore dell'aderenza alla terapia prescritta non si è poi rilevato così efficace come si sarebbe potuto pensare.

Il medico in buona sostanza deve essere convinto dell'utilità dei farmaci che prescrive e deve assolutamente trasmettere questa sicurezza al proprio paziente. Tutti i calcoli ed i progetti che facciamo nella nostra attività lavorativa quotidiana ci devono fare ricordare che la nostra azione si svolge in un mondo reale e non nell'universo perfetto dei grandi trials della Letteratura e che opportuni "fattori di correzione" appaiono pertanto indispensabili.

**GIUSTINI** – Nel campo delle statine, che tra l'altro continuano a rappresentare una delle prime voci di spesa sanitaria a livello nazionale, la progressiva diminuzione dell'aderenza di molti pazienti alla terapia è stata recentemente dimostrata anche nella realtà della nostra Regione con una situazione contraddittoria caratterizzata da un inatteso sottoutilizzo delle statine in prevenzione secondaria e nei pazienti diabetici, da un ingiustificato sovrautilizzo in prevenzione primaria e dalla constatazione di una durata del trattamento molto spesso inferiore ai 5 anni raccomandati.

Il mondo delle statine continua pertanto a ri-

servare delle sorprese, con compliance non proprio ottimali accanto ad un vero e proprio sovrautilizzo in prevenzione primaria ed in classi di soggetti con discutibili evidenze di reale efficacia come le donne ultrasettantacinquenni. Come medico di famiglia posso affermare che nel paziente ad alto rischio CV le statine rappresentano uno strumento di prevenzione fondamentale; che il target consigliato varia a seconda del rischio globale assoluto, che gli studi sulla regressione della placca con bassi livelli di LDL, molto valorizzati nelle linee guida, sono di grande interesse ma non ancora conclusivi, che gli eventi cardiovascolari maggiori sono determinati da molti fattori tra cui, oltre al colesterolo LDL, è fondamentale quello infiammatorio connesso con l'obesità ad esempio, che è impensabile ottenere risultati validi sulla popolazione senza un approccio globale sullo stile di vita, al di là del target LDL.

**MESSORI** – L'esperienza alla quale si riferisce il dottor Giustini è stata condotta recentemente a Pistoia ed ha studiato l'intera popolazione della ASL non solo esaminando il consumo di questi farmaci, ma anche incrociando questi dati con quelli provenienti dalle ospedalizzazioni per cause cardiovascolari. Si è trattato di uno studio episodico, basato in gran parte sulla disponibilità e sullo spirito volontaristico dei medici partecipanti e che verosimilmente non potrà essere ripetuto. Tra l'altro la sua natura retrospettiva ha permesso soltanto di evidenziare grossi problemi di aderenza alla terapia di lunga durata con statine, senza però potere fornire al medico strumenti efficaci di intervento in tempo reale.

L'esperienza pistoiese è servita a dimostrare una volta di più che nel nostro Paese è più facile tracciare il percorso delle singole confezioni di un farmaco ai fini della rimborsabilità per le farmacie (senza tracciare il paziente), piuttosto che tracciare i pazienti in termini di storia clinica e prescrittiva anche al solo scopo, teoricamente semplicissimo, di conoscere quale sia l'aderenza dei pazienti alle terapie di lunga o lunghissima durata.

La tecnologia di cui oggi disponiamo potrebbe senza dubbio essere di grande utilità e non appare poi così fantascientifico progettare un sistema di controllo che invii al soggetto che smette di assumere un farmaco (basandosi sui dati dei suoi sempre più scarsi "ritiri" di farmaco in farmacia) un messaggio sul cellulare ricordandogli i suoi doveri di bravo paziente!

**BIANCHI** – Se dieci anni fa avessi partecipato ad una discussione come quella odierna, come nefrologo, medico che quindi si occupa di soggetti ad alto o altissimo rischio cardiovascolare, avrei senza dubbio avuto le idee molto più confuse di quanto non abbia oggi.

Fino a qualche anno fa esistevano molti dubbi sul fatto che le statine potessero realmente influenzare in maniera positiva la prognosi car-



diovascolare dei pazienti in dialisi, oppure se la loro assunzione nelle fasi iniziali dell'insufficienza renale portava ad un reale vantaggio in termini di protezione dell'apparato cardiovascolare. Oggi i nefrologi sanno che somministrare le statine ai dializzati rappresenta molto probabilmente uno spreco di denaro, mentre l'assunzione da parte di soggetti nefropatici offre buone garanzie protettive su cuore e vasi e, secondo almeno alcune evidenze, riesce anche a rallentare la progressione del danno renale.

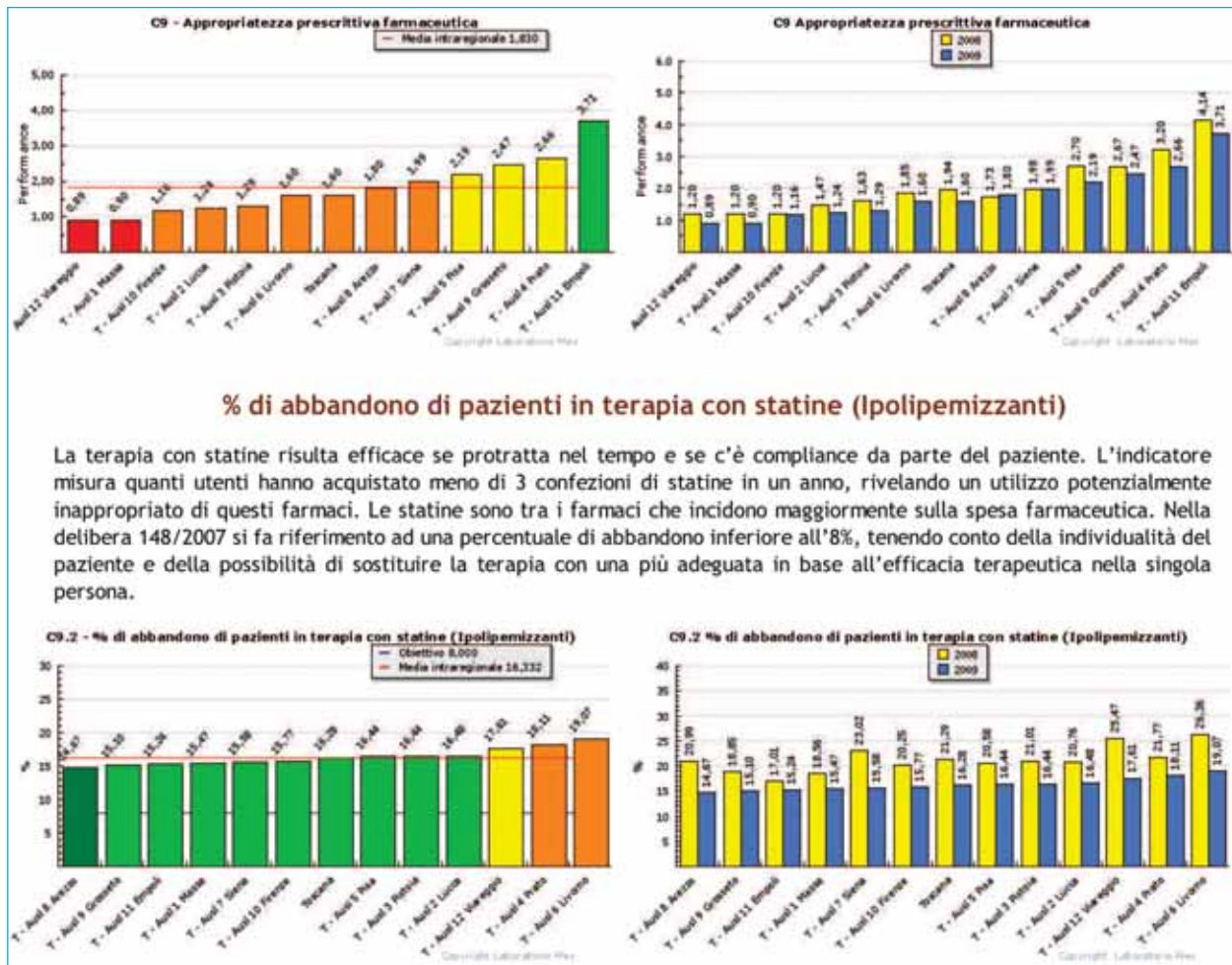
**BOSCHERINI** – Le statine vengono per lo più utilizzate in corso di patologie croniche che in Toscana si stanno cominciando sempre più spesso ad affrontare secondo le istanze della cosiddetta medicina di iniziativa. Anche senza pensare a strumenti di raffinata tecnologia, io credo che questo sia proprio l'ambito giusto all'interno del quale organizzare un buon livello di assistenza da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei loro pazienti cronici.

**LAGI** – È esperienza comune di ogni clinico che in gran parte l'aderenza dei pazienti alla terapia dipende dalla motivazione personale di ognuno di loro. La convinzione di stare assumendo un far-

maco realmente utile viene in primo luogo da un buon dialogo con il medico curante, dalla misurabilità dell'effetto terapeutico ottenuto e dalla scarsa rilevanza di eventuali effetti collaterali legati alla cura. Se un farmaco antiipertensivo funziona il soggetto iperteso riesce a vederlo anche da solo dopo qualche tempo, ma per vedere se il colesterolo si è abbassato con le statine è necessario rivolgersi al laboratorio!

Per quanto riguarda poi gli effetti collaterali legati all'assunzione di statine, molte classi di pazienti con media cultura generale sanno l'importanza dei dolori muscolari e della monitoraggio nel tempo dei valori del CPK.

**TOSCANA MEDICA** – Siamo pertanto arrivati alla conclusione che le statine ancora oggi vengono sottoutilizzate in alcuni settori ed invece forse eccessivamente impiegate in prevenzione primaria. Partendo da questa considerazione solo nella nostra Regione sono certamente diverse centinaia di migliaia le persone che per cause diverse ricevono terapie a base di statine. Sarebbe opportuno cercare di identificare sottoclassi di popolazione alle quali somministrare determinate classi di statine, secondo quando previsto dalla moderna "target therapy"?



**GIUSTINI** – È ormai ampiamente provato che nel post-infarto e nella sindrome coronarica acuta le statine più “potenti” come la atorvastatina ad alto dosaggio sono quelle che hanno fornito le prove di maggiore efficacia complessiva.

La scelta della molecola tra l'altro risente della differenza tra i vari dosaggi che devono essere impiegati per raggiungere lo stesso effetto clinico e questo si correla direttamente con la questione degli effetti collaterali come ad esempio le mialgie, l'insonnia, la cefalea e gli incubi notturni legati all'assunzione di simvastatina a dosaggio elevato, spesso causa di sospensione della terapia.

A questo proposito non dimentichiamo che, rimanendo nel campo dell'ipertensione arteriosa, è stato dimostrato che solo il 50% dei pazienti segue regolarmente nel tempo la terapia e nel caso di assunzioni di lunga durata come nel caso delle statine siamo spesso di fronte a pazienti “fragili” con polipatologie associate e che devono assumere quotidianamente un gran numero di pillole e compresse.

**GENSINI** – L'efficacia delle statine nella patologia coronarica acuta è oggi fuori discussione, mentre molta meno attenzione viene riservata perfino da parte dei clinici al loro impiego negli eventi cerebrovascolari che invece rappresentano anche essi un ambito di sicuro interesse e con evidenze molto ben definite.

**LAGI** – Quando si parla di statine, molto spesso si discute di concetti forse un po' astratti come la riduzione nel tempo dei valori delle LDL, che sono, ricordiamolo, endpoint “surrogati” a fronte di ben altre aspettative quali la riduzione degli eventi cardiovascolari e cerebrali e della mortalità ad essi correlata.

**TOSCANA MEDICA** – *L'uso delle statine pone dei problemi nei rapporti tra medici di famiglia e specialisti?*

**BOSCHERINI** – Fatta salva la indiscutibile efficacia di queste molecole, devo riconoscere che qualche

problema tra medici di medicina generale e specialisti soprattutto in passato è emerso per quanto riguardava i criteri prescrittivi delle statine.

In linea di massima direi che, trattandosi di farmaci gravati da un certo numero di ben conosciuti effetti collaterali, i medici di famiglia che li prescrivono anche per lunghissimi periodi di tempo devono avere sempre ben presenti le ultime evidenze e le più recenti indicazioni della Letteratura. Per questo in mancanza molto spesso di una oggettiva possibilità di approfondimento in tempo reale credo che una soluzione potrebbe essere utilmente rappresentata dall'osservazione di quanto contenuto nella scheda tecnica del farmaco, anche se purtroppo in qualche caso queste indicazioni non concordano con quanto sostenuto dai colleghi specialisti.

Per questo molto spesso mi chiedo se una terapia cronica con statine debba essere gestita dal medico che si occupa della fase acuta della malattia (ad esempio il cardiologo che segue e dimette il paziente dopo un infarto del miocardio) oppure dal medico di famiglia che dopo il ricovero ospedaliero, lo assiste magari per anni a domicilio. Io penso che lo specialista dovrebbe dare l'indicazione all'assunzione di una terapia ipolipemizzante, lasciando poi al medico di famiglia la decisione di quale molecola prescrivere.

**BIANCHI** – Io penso che nel campo delle terapie di lunga o lunghissima durata quale quella con le statine non sia corretto delegare la scelta del trattamento al solo specialista che segue il paziente nella fase acuta, quando poi a casa è un altro medico che deve prescrivere la terapia e convincerlo a continuarla. A mio parere la collaborazione tra specialista e medico di famiglia è di fondamentale importanza e deve essere necessariamente basata su protocolli condivisi di intervento terapeutico.

**TOSCANA MEDICA** – *Il paradigma delle statine è stato fino ad ora affrontato dal punto di vista dei medici, sia specialisti che di base, e del gestore del servizio, cioè le strutture amministrative della cosa sanitaria. In questo scenario entra a pieno però an-*

### Indicatore C9: Appropriata prescrizione farmaceutica % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

<b>Definizione:</b>	Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di statine all'anno, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
<b>Numeratore:</b>	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x 100
<b>Denominatore:</b>	N. utenti che consumano statine
<b>Formula matematica:</b>	$\frac{\text{N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno} \times 100}{\text{N. utenti che consumano statine}}$
<b>Note per l'elaborazione:</b>	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. I dati sono per azienda di residenza.
<b>Fonte:</b>	Dati Flusso SPF - Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
<b>Parametro di riferimento:</b>	Obiettivo regionale: < = 8%

*che un altro protagonista, vale a dire l'industria produttrice di questi farmaci. È possibile unire in maniera virtuosa la gran mole di notizie che ai medici arrivano sia dalla evidenza scientifica che dalle strategie di marketing dei produttori di farmaci?*

**BIANCHI** – In un'epoca di risorse drammaticamente limitate io credo che l'industria debba rivestire un ruolo eticamente fondamentale, con la consapevolezza che l'appropriatezza terapeutica dell'agire medico alla fine non può che condurre ad un effetto positivo sulla missione dell'industria stessa che è quella di ricavare entrate da quello che ha studiato, realizzato e commercializzato.

**LAGI** – Secondo me è interesse anche dell'industria potere disporre di indicazioni precise ed attendibili circa l'impiego dei propri prodotti per evitare che i medici finiscano per non prescrivere più un determinato farmaco, oppure "preferirne" un altro di una ditta concorrente.

**GIUSTINI** – Il marketing, per quanto sia un importante valore aggiunto nel settore della commercializzazione dei farmaci, non deve tuttavia fare passare in secondo piano il concetto che il farmaco rappresenta un vero e proprio bene etico. In questo senso l'approccio costruito in ambito di "Health Technology Assessment" potrebbe davvero portare ad intese trasparenti e costruttive tra medici, amministratori della cosa pubblica ed industria, in un'ottica di governo clinico che possa garantire ai malati le soluzioni migliori ed a costo minore.

**MESSORI** – Il tentativo di trovare un terreno comune di approfondimento tra il versante delle evidenze clinico-scientifiche e quello della sostenibilità economica deve necessariamente passare attraverso un percorso di "Health Technology Assessment" (HTA). In questo ambito il punto di partenza, oramai universalmente riconosciuto, è che l'obiettivo principale è quello di ottimizzare

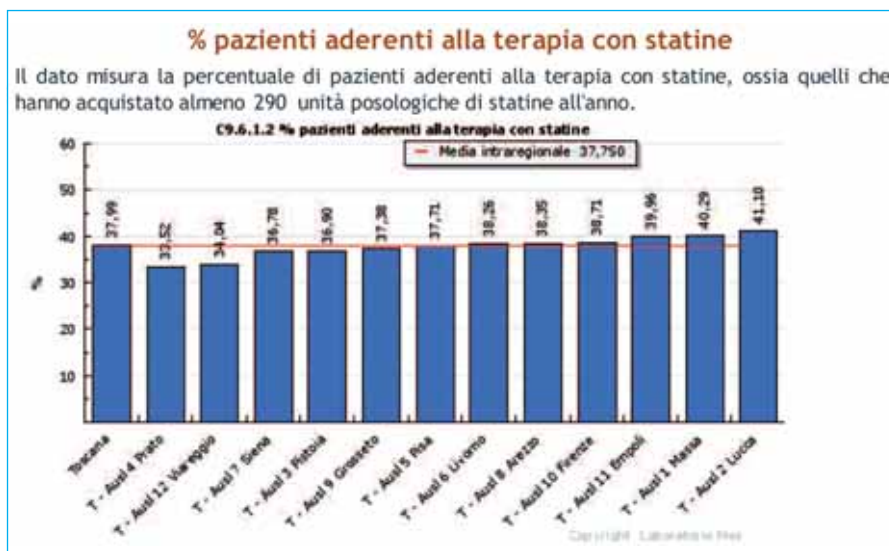
l'acquisto di salute da parte dei sistemi sanitari, identificando quindi la spesa come elemento finalizzato unicamente a produrre un beneficio documentato o documentabile. Questo obiettivo (pagare il beneficio) viene crescentemente riconosciuto da tutti gli attori del sistema compresa l'industria farmaceutica: si tratta quindi di documentare il beneficio attraverso le cosiddette evidenze e riconoscere poi un controvalore economico al beneficio prodotto.

Anche e soprattutto a livello di macroaree terapeutiche come le statine appare pertanto oggi indispensabile chiarire al meglio il rapporto esistente tra i soldi che si spendono e la salute che si "produce". E questo il modo migliore per trovare risposta ai quesiti ben noti. Ad esempio: è meglio continuare ad usare le "vecchie" statine oppure è preferibile prescrivere quelle di più moderna concezione? Ma ricordiamo pure i quesiti che attraversano aree terapeutiche diverse. Ad esempio: conviene investire nel settore cardiovascolare con schemi di terapia che costano poche centinaia o migliaia di euro all'anno per paziente trattato per un gran numero di persone, oppure spendere tantissimi soldi per paziente acquistandole molecole oncologiche biotech destinate a piccole coorti di pazienti?

Si tratta ovviamente di questioni di grande rilevanza etica, oltre che scientifica, che necessitano di approfondite indagini in cui tutti i cosiddetti stakeholder devono essere coinvolti (amministratori, medici, associazioni di pazienti, industria, ecc).

**TOSCANA MEDICA** – *Dottor Giorni la Regione è interessata in questo scenario a garantire ai medici una corretta informazione sui farmaci, secondo i concetti della migliore appropriatezza clinica possibile?*

**GIORNI** – La risposta è certamente positiva e la Regione ritiene che i migliori risultati in questo campo possano esser raggiunti solo facendo siste-





ma tra tutte le differenti figure professionali dei medici. Penso però che per vari motivi i tempi ancora non siano maturi per organizzare delle strategie di formazione/informazione con le aziende farmaceutiche, alla luce del fallimento delle iniziative attuate in questo senso negli anni scorsi che hanno poi finito per cozzare in maniera fragorosa con i concetti di appropriatezza ed economicità del sistema.

Tanto per restare nel campo delle statine, onestamente oggi abbastanza affollato, le cose potranno cambiare solo tra qualche decennio quando le aziende arriveranno a capire che per rimanere sul mercato non saranno più sufficienti solo i farmaci cosiddetti “me too” ma prodotti veramente innovativi e di moderna concezione. A quel punto sarà non solo possibile ma anche au-

spicabile ricercare accordo e collaborazione con le industrie del farmaco.

**BOSCHERINI** – Io penso che sia i medici che l'industria dovrebbero avere come obiettivo la tutela del Servizio Sanitario Nazionale perché ogni sua problematica di qualche rilevanza non può che ripercuotersi pesantemente a differenti livelli su ognuno di loro.

**BIANCHI** – Anche io penso che la collaborazione con l'industria, se correttamente impostata, sia eticamente sostenibile e sono convinto che nel campo delle statine dove molte molecole hanno ormai perso la copertura brevettuale le strategie di marketing siano oggi notevolmente meno aggressive che in passato.



*Linee di indirizzo*  
**sulla terapia farmacologica  
dell'ipercolesterolemia**

Volevo per un momento affrontare la questione dei farmaci biosimilari, prendendo spunto dalle ottime linee-guida regionali sull'ipertensione e l'ipercolesterolemia che, come nefrologo, ho molto apprezzato e condiviso. Mi meraviglia però che la Regione nel campo dei biosimilari non abbia fino ad oggi mantenuto un identico comportamento di chiarezza, tanto che anche in Toscana queste molecole sono oggetto in campo nefrologico di moltissime discussioni e contrasti.

**GIORNI** – L'approccio che in Toscana è stato dato ai biosimilari si è basato essenzialmente su due principi, la centralità del paziente e la continuità assistenziale ed ha riscosso numerosi consensi anche a livello nazionale, seppure accusato da più parti di essere troppo garantista nei confronti degli ammalati. Per quel che mi riguarda questa ultima accusa non ha potuto che farmi molto piacere!

## Scienza, coscienza, appropriatezza e sostenibilità

ANTONIO PANTI

**P**are impossibile, ma ancora qualche medico rivendica la propria esperienza quale misura indiscutibile per le sue prescrizioni, quasi che la "scienza", cioè la fondazione della medicina sui dati della ricerca clinica e biologica, fosse invece un fatto privato, aneddotico, e che l'indipendenza si manifestasse nell'anarchia dell'invenzione estemporanea. La medicina fondata sulle evidenze, che non contraddice il rispetto delle esigenze peculiari dell'individuo, definisce la concordanza tra le norme del Codice Deontologico, che impongono di prescrivere a parità di indicazioni il presidio meno costoso, con le esigenze di sostenibilità proprie dell'amministrazione della sanità. In tal modo si ottiene lo scopo primario per la medicina di evitare prescrizioni inutili e di incrementare l'uso di molti farmaci sottoutilizzati o per scarsa adesione alla terapia o perché si segue il *marketing* piuttosto che i dati dei *trials* randomizzati.

Il caso delle statine è paradigmatico di una discussione che, mentre alcuni medici rivendicano licenze immotivate, costringe a riflettere sulla politica del farmaco, quando si deve garantire assistenza a larghe fasce di popolazione che invecchiano nella cronicità multipatologica e, nello stesso tempo, curare pochi pazienti ad altissimo costo, oltre i 10.000 € l'anno, magari per una breve sopravvivenza. Come decidere?

Ebbene le statine almeno hanno dimostrato di migliorare gli indici di sopravvivenza indipendentemente dall'abbassamento del tasso di colesterolo. Forse ne usiamo in eccesso in prevenzione primaria e meno in quella secondaria, laddove

la *compliance* talora è scarsa sia per un dialogo inadeguato col medico, sia perché gli effetti positivi non sono immediatamente percepibili, sia perché le statine provocano frequenti e rilevanti effetti collaterali.

È importante, a parere dei nostri esperti, prescrivere statine quando è necessario e, nei casi in cui si deve raggiungere un basso livello di LDL o affrontare un'acuzie coronarica o cerebrale, utilizzare i dosaggi più elevati delle statine più efficaci. Si confermano così le indicazioni date di recente dalla commissione terapeutica regionale, di utilizzare le statine generiche escluso che in alcuni precisi *target*. Su questa indicazione sono d'accordo anche i produttori; infatti le aziende chimiche si rendono conto che la sostenibilità della spesa e il raggiungimento di *outcomes* primari (diminuzione della mortalità e del rischio circolatorio) sono finalità condivisibili da tutti i portatori di interessi in campo, per primi i pazienti.

La medicina di iniziativa e il modello di assistenza ai cronici sembrano utili per garantire le migliori scelte terapeutiche e l'adesione dei pazienti alla terapia. Ne deriva il ruolo fondamentale del medico generale. Lo specialista decide in condizioni di acuzie ma il medico di famiglia segue il paziente per tutta la vita, ecco perché non può sfuggirgli la decisione sui trattamenti protratti.

In conclusione, prescrivere statine a chiunque ne possa trarre vantaggio senza timore di usare quelle di maggior efficacia nei casi previsti dalla letteratura è possibile se medici e amministrazione faranno sistema come si tenta di fare in Toscana, nell'interesse primario dei cittadini. **TM**

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



Claudio Coscarella, laureato nell'aprile del 1981 con tesi di laurea in clinica neurologica. Specializzazione in neuropsichiatria infantile Firenze 1990. Specializzazione in Psicoterapia Familiare ad indirizzo relazionale e sistemico c/o ITF di Roma e c/o ITF di Firenze dr. De Bernart R.. Dal 1999 ad oggi Responsabile della Zona Sanitaria Isola Elba ASL n° 6 Livorno



# La legge nazionale per la dislessia e la Toscana

**L**a nuova legge sulla Dislessia e sui disturbi specifici di apprendimento (DSA- legge n. 170 del 8/10/2010) comporterà un radicale cambiamento per la scuola e in particolare per i servizi sanitari in quanto riconduce tutte le

prestazioni diagnostiche e riabilitative per i DSA (Disturbi specifici di apprendimento) nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Alcune regioni italiane avevano già provveduto con normative e legislazioni proprie (facendo emergere opportunità e criticità). La Basilicata (prima fra tutte nel 2007), il Veneto, la Liguria, la Val d'Aosta, la Lombardia, il Molise, la Puglia, il Piemonte e l'Emilia Romagna hanno leggi e indirizzi normativi sulla Dislessia. Attualmente le situazioni di eccellenza riguardano due regioni:

- Il Piemonte ha emanato una Circolare Regionale nel 2009, curata da un tavolo tecnico regionale fra l'assessorato della scuola e quello della sanità in stretta collaborazione con l'Associazione Italiana Dislessia (AID) ed ha da tempo introdotto la prassi operativa di un Piano Educativo Personalizzato (PEP), dove indicare tutte le strategie in essere e quelle da mettere in atto per rispondere alle esigenze specifiche dell'allievo con DSA.

- L'Emilia Romagna ha sintetizzato tutte le esperienze operative e di collaborazione storica con l'Associazione Italiana Dislessia, in "Un programma Regionale operativo per disturbi specifici di apprendimento (PRO-DSA) - 01/02/2010", che probabilmente potrebbe rappresentare un punto di riferimento di eccellenza per il futuro organizzativo scolastico e sanitario dei DSA in Italia.

Il 29 settembre del 2010 il Parlamento ha licenziato il testo nel quale vengono ribaditi tre ambiti operativi:

1. la **definizione delle modalità di collaborazione scuola-servizi** di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) volte a fornire agli

insegnanti gli strumenti di conoscenza e la capacità di rilevare possibili DSA sin dalla prima classe della scuola primaria;

2. il Consiglio di Classe deve adottare i provvedimenti didattici (dispensativi e compensativi) ed **attivare un Percorso Didattico Personalizzato (PDP)** già previsto dalla normativa scolastica vigente (DPR 275/99, circolare USR Emilia Romagna 13925 del 4/9/1997, circolari MIUR ed Ordinanza Ministeriale sugli esami di Stato);

3. viene sancito l'**obbligo della diagnosi da parte dei servizi** ovvero la possibilità, ove siano carenti quest'ulti-

mi, di accreditare professionisti e/o centri privati.

### CLAUDIO COSCARELLA

*Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Elba  
Asl 6 Livorno - Centro per le Dislessie  
e i Disturbi Specifici di Apprendimento  
Coordinamento Regionale Ass. Italiana Dislessia*

### DSA E SERVIZI SANITARI TOSCANI

Allo stato attuale le famiglie di alunni dislessici segnalano numerose e irrisolte criticità presenti a *macchia di leopardo* in quasi tutte le ASL e nelle scuole della Regione. Difatti se le UFSMIA (i servizi di salute mentale in Toscana) potrebbero essere una soluzione organizzativa appropriata, sia per la loro diffusione distrettuale nel territorio regionale che per la presenza di operatori interdisciplinari, allo stato attuale l'efficienza del percorso diagnostico dei DSA presenta tempi di attesa troppo spesso assai critici. In particolare quando il lavoro di una *équipe* si caratterizza come somma di prestazioni ed attivazione a cascata di consulenze interprofessionali fra "operatori dalle stanze accanto", che finiscono con replicare gli interventi ed allungare i tempi d'attesa. La creazione di una **Rete Specialistica Regionale** organizzata per specifico settore di malattie/a è un modello organizzativo in essere per i Disturbi del Comportamento Alimentare, i Disturbi Pervasivi di Sviluppo e le Iperattività (ADHD). In questa rete l'ambulatorio distrettuale si collega ad un centro provinciale e quest'ultimo risulta afferente ad un polo universitario di area vasta per più ASL limitrofe. Così anche per i DSA si potrebbe prospettare un futuro organizzativo così orientato:



1. un operatore/i specializzato/i per i DSA presente in ogni UFSMIA territoriale (e referente per i progetti degli istituti scolastici);
2. una rete di secondo livello inter-territoriale con un centro DSA per ogni ASL provinciale;
3. un coordinamento di Area Vasta con la formalizzazione di un polo DSA universitario con compiti di diagnosi, di formazione e di ricerca (Università di Pisa, Siena e di Firenze).

## CONCLUSIONI

L'Associazione Italiana Dislessia (AID) costituita nel 1997 ha ottenuto una legge nazionale che deve oggi rappresentare un traguardo e un punto di partenza dal quale riflettere sulle ricadute operative ed organizzative per i Servizi di

Salute Mentale in Età Evolutiva e per la scuola. In particolare, come la battaglia per l'integrazione dell'handicap negli anni 70, questa legge innovativa porterà la scuola verso un cambiamento radicale oltre la specificità della dislessia per comprendere tutto il contesto della scuola e quello della classe; verso lo sviluppo di una didattica inclusiva per la cooperazione e non l'individualismo, per l'educazione anziché il nozionismo, per il diritto al successo scolastico non solo per i dislessici ma per tutti gli alunni.

## Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [coscarellaclaudio@virgilio.it](mailto:coscarellaclaudio@virgilio.it)

TM

# La chirurgia vertebrale nella pratica quotidiana

## Siamo già nel futuro?

Come in tutte le specialità mediche, anche la chirurgia vertebrale ha avuto in anni recenti uno sviluppo enorme grazie alla scoperta di nuovi materiali che hanno permesso interventi chirurgici considerati "eroici" solo pochi anni fa.

La chirurgia vertebrale non è una branca chirurgica nuova se si considera che una raffigurazione datata 3500-1800 a.c. di uno strumento da "trazione vertebrale" viene attribuita a un indiano di nome Srimad Bhagwat Mahapuranam.

Il più antico testo di chirurgia è un papiro egizio che viene fatto risalire al 1700 circa a.c. Nel documento sono descritti e discussi 48 casi clinici tra i quali un caso di lesione del midollo spinale e del cranio. Nella cultura Greco-Romana deve essere ricordato Ippocrate (460-375 a.c.) che descrisse l'anatomia e la fisiologia della colonna vertebrale con notevole dovizia di particolari indicando metodiche per la riduzione dei corpi vertebrali dislocati mediante assi o scale di legno sconsigliando ogni approccio chirurgico su tali lesioni.

Celso (25 a.c.-50 d.c.) nei casi di trauma vertebrale sconsigliava l'intervento chirurgico optando per l'immobilizzazione e riteneva la ritenzione urinaria nel traumatizzato un segno prognostico sfavorevole.

Galeno (130-200 d.c.) fece una accurata descri-

zione del corpo umano e quindi della colonna vertebrale introducendo anche i termini scoliosi, cifosi, lordosi.

Avicenna (981-1037 d.c.), di origine araba, studiò la biomeccanica della spina ed utilizzò un sistema di trazione spinale simile a quello usato da Ippocrate.

Abulcasis (936-1013 d.c.)

descrisse alcune patologie spinali quali il *back-pain*, la sciatica, la scoliosi e i traumi spinali e inventò uno strumento per riallineare i corpi vertebrali dislocati.

In Italia Leonardo da Vinci (1452-1519) nel "De Figura Humana" descrisse l'anatomia spinale e il dettaglio delle articolazioni intervertebrali sviluppando alcuni concetti di biomeccanica. Sempre in Italia, Andrea Vesalio, definito il padre dell'anatomia umana, fece una descrizione accurata delle vertebre, dei dischi intervertebrali e dei forami intervertebrali.

Infine Giovanni Alfonso Borelli (1608-1679) approfondì lo studio dei dischi intervertebrali e della loro biomeccanica durante la stazione eretta.

Negli anni successivi e fino ai giorni nostri lo sviluppo delle metodiche di indagine anatomica e fisiologica hanno permesso di aggiungere nuove



Mauro Dobran, nato a La Spezia il 11.08.1960, laureato nel 1986 in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa, iscritto all'albo dei Medici Chirurghi della provincia di Massa Carrara, specialista in Neurochirurgia presso l'Università di Pavia nel 1991, dal 1993 dirigente medico di ruolo presso la Clinica Neurochirurgica di Ancona, Professore a contratto presso l'Università di Ancona per la Neurochirurgia Spinale.

MAURO DOBRAN

Specialista in Neurochirurgia, Clinica Neurochirurgica, Università degli Studi di Ancona

conoscenze di anatomia e fisiologia sviluppando il moderno concetto di biomeccanica della colonna vertebrale. Ma al di là degli indiscussi progressi delle conoscenze anatomo-fisiologiche sulla spina per molti anni la chirurgia vertebrale è rimasta ferma. Nel secolo scorso l'intervento chirurgico vertebrale di *routine* era la decompressione midollare mediante laminectomia che veniva utilizzata in caso di traumi, tumori e infezioni; del resto il concetto di stabilizzazione spinale per la cura o la prevenzione delle deformità è stato accolto solo verso la fine del secolo scorso lasciando per molti anni spazio a metodiche non invasive con mezzi di trazione, busti e corsetti.

L'idea di una stabilizzazione spinale si deve a Fred Albee e Russel Hibbs nel 1911 che indipendentemente l'uno dall'altro descrissero un metodo di fusione spinale con cresta iliaca autologa per interventi di deformità vertebrale nella malattia di Pott.

La tecnica ALIF fu descritta nel 1933 da Burns, la PLIF nel 1940 da Cloward che introdusse anche la nota tecnica di fusione cervicale anteriore nel 1958. L'uso dei primi mezzi di sintesi si deve a Paul Harrington agli inizi degli anni '60 che li utilizzò per il trattamento di deformità vertebrali in pazienti affetti da scoliosi.

Negli anni successivi Harrington notò che il fallimento di molti suoi impianti era dovuto al cedimento strutturale dei mezzi di sintesi probabilmente per la mancanza di una adeguata artrodesi. Questi principi ancora oggi sono alla base delle moderne tecniche chirurgiche di stabilizzazione vertebrale.

Oggi lo strumentario di Harrington appare vetusto e inadeguato perché la tecnologia ci offre sistemi di sintesi innovativi ed estremamente modulabili a seconda della patologia trattata.

La chirurgia vertebrale moderna si avvale di mezzi di sintesi non più in acciaio ma in titanio, viti peduncolari monoassiali e poliassiali, cage in carbonio, titanio, *peek* e riassorbibili.

Questi mezzi di sintesi possono essere posizionati con sistemi mini-invasivi limitando lo scollamento e i danni tessutali.

Le viti peduncolari possono essere posizionate con l'ausilio di apparecchi per scopia o strumenti elettronici che permettono di ottenere il perfetto inserimento della vite al centro del peduncolo, si possono sostituire corpi vertebrali (vertebroectomia) con materiali protesici in titanio, nella osteoporosi l'uso della vertebroplastica e cifoplastica permettono di ridurre drasticamente il dolore correlato alla deformità vertebrale e spesso ottenere un soddisfacente rimodellamento del corpo vertebrale.

Sistemi di sintesi elastica, nella patologia degenerativa lombare, permettono di effettuare una notevole demolizione della componente ossea con decompressione del sacco durale e delle radici spinali mantenendo la stabilità vertebrale e un certo

grado di mobilità angolare delle vertebre.

Protesi discali lombari e cervicali vengono utilizzate routinariamente nell'ottica del mantenimento di una biomeccanica della colonna simile a quella fisiologica.

Lo sviluppo di biomateriali osteogenici ed osteoinduttivi apre nuove strade nella ricrescita ossea che è il vero fine dell'atto chirurgico in traumatologia e nella patologia degenerativa spinale.

Mediante il videoscopio si effettuano interventi al rachide dorsale attraverso piccoli fori nella gabbia toracica, l'uso dell'endoscopio permette ad esempio di asportare il dente dell'epistrofeo patologico come nell'artrite reumatoide con un piccolo accesso dalle cavità nasali, le metastasi vertebrali sono trattate con radiazioni e radiofrequenza e successivamente con vertebroplastica percutanea per rinforzare il corpo vertebrale.

Tutte queste metodiche permettono di ridurre drasticamente le perdite ematiche e la durata degli interventi chirurgici operando quindi pazienti anche molto anziani che nella patologia degenerativa sono la maggioranza.

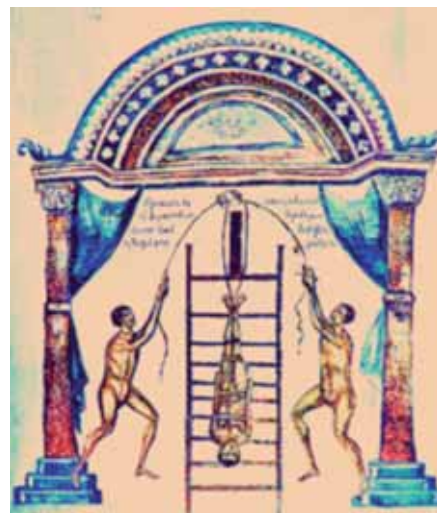
Una vera rivoluzione è poi la rigenerazione tessutale con cellule staminali; pensiamo all'utilizzo di cellule staminali per rigenerare un disco intervertebrale patologico o una vertebra o parte di essa danneggiata da un trauma.

Purtroppo le metodiche di rigenerazione cellulare sono al loro albori, l'applicazione sull'uomo ancora lontana ma, quando sarà il momento, la medicina e la chirurgia ne saranno rivoluzionate.

Di uso comune poi le tecniche di embolizzazione con microcateteri per il trattamento di malformazioni vascolari spinali altrimenti operate con esiti sicuramente più incerti.

Ecco quindi il futuro, quello che viviamo ogni giorno nella nostra pratica chirurgica, fatto di piccoli progressi quotidiani ottenuti grazie a uno sforzo continuo per migliorare ed avere risultati sempre più soddisfacenti per i nostri pazienti.

**TM**



*Scala di Ippocrate per il trattamento delle deformità vertebrali.*

# La formazione dei medici del 118 nell'ASL 4 di Prato nella fase sperimentale della Educazione Continua in Medicina



Paolo Michele Olia, lavora, come Medico Dirigente, presso l'U.F. 118 dell'Asl 4 di Prato, ed è Animatore di Formazione dei Medici 118 presso la stessa ASL. Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio, fa parte della Società Europea di Malattie Respiratorie e dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri. È autore, da solo o con colleghi, di pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali.

**G**li Autori hanno analizzato i dati relativi agli eventi formativi o d'aggiornamento, previsti nei piani annuali Aziendali di formazione dei medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale (medici EST) dell'ASL 4 di Prato, dall'anno 2002 al 2007, nel periodo corrispondente alla sperimentazione dell'Educazione Continua in Medicina (ECM).

I piani di formazione aziendali dei medici EST di Prato sono stati predisposti dall'Animatore di Formazione (AdF), in collaborazione con i Direttori del D.E.A. e della Centrale Operativa 118, e sentiti i medici del Servizio sui propri bisogni formativi. Il piano formativo era poi presentato all'Azienda, che lo approvava inserendolo nel proprio programma di formazione.

Ogni evento formativo era ripetuto più volte per permettere a tutti i medici del Servizio 118 di partecipare, con l'eccezione degli incontri "spot" con il Responsabile del Servizio, ripetuti una sola volta ed in cui venivano approfonditi argomenti specifici e di stretta attualità per il Servizio stesso.

Gli eventi formativi prevedevano, al termine, l'esecuzione di un test d'apprendimento e di gradimento. Successivamente i test, verificati, e le firme di frequenza, erano inviati all'Ufficio Formazione del Personale dell'ASL 4 per la successiva valutazione dei crediti.

Nel presente lavoro sono analizzati la distribuzione percentuale degli argomenti trattati, le ore totali di formazione e aggiornamento dispensate, i risultati del test di gradimento e la percentuale di partecipazione agli eventi.

Gli eventi formativi e d'aggiornamento sono stati raccolti nei seguenti raggruppamenti omogenei: medicina interna finalizzata all'urgenza, ostetricia e pediatria, Pronto Soccorso (PS) e Punti di Primo Soccorso (PPS), *software* di PS e Centrale Operativa

118, aspetti giuridici del Servizio 118, malattie infettive, maxiemergenza, incontri "spot" con il Responsabile (Figura 1).

Gli argomenti di medicina interna, il 34.4% degli eventi, erano suddivisi in cardiologici, pneumologici e neurologici.

Gli eventi cardiologici, il 10.7% del totale, riguardavano la lettura dell'ECG in modalità ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support), l'ischemia miocardica e gli slivellamenti del tratto ST, l'infarto del miocardio ed il relativo percorso assistenziale dal territorio all'UTIC. Un evento era dedicato alla trombolisi

sul territorio, ed uno agli accessi venosi centrali e periferici.

Gli eventi sull'Apparato respiratorio, l'8.6% del totale, riguardavano l'insufficienza respiratoria acuta e la gestione delle vie aeree sul territorio, i principi di ventilazione meccanica per la gestione del ventilatore meccanico da trasporto nei trasferimenti a lunga percorrenza in ambulanza, di pazienti intubati. Sono poi state trattate la CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) e la ventilazione non invasiva, tecniche ventilatorie con utile applicazione sul territorio nelle gravi desaturazioni ossiemoglobiniche od edemi polmonari.

Gli eventi di neurologia, il 15.1% del totale, riguardavano l'esame obiettivo neurologico, le crisi epilettiche e loro trattamento sul territorio, la trombolisi dell'ictus ischemico e il relativo percorso dal territorio all'ospedale, le lesioni neurologiche centrali e periferiche.

Ostetricia e pediatria hanno impegnato il 12.9% degli argomenti trattati, con un corso di ostetricia in cui era possibile accedere alla sala parto, ed uno di P.B.L.S. (Pediatric Basic Life Support).

Il 16.5% degli eventi riguardava il *training* dei medici 118 al Pronto Soccorso per la gestione dei co-

PAOLO MICHELE OLIA\*, LUCIA LIVATINO\*\*,  
ALESSANDRO QUERCI\*\*\*

\* Medico Dirigente U.F. 118 dell'ASL 4 di Prato, Animatore di Formazione Medici 118

\*\* Direttore U.F. Formazione, Educazione e Promozione della Salute dell'ASL 4 di Prato

\*\*\* Direttore U.F. 118 dell'ASL 4 di Prato



dici a bassa priorità, *training* condotto dai medici dirigenti 'senior' del Pronto Soccorso.

Successivamente è stata condotta una riunione permanente di perfezionamento sulle suture, utile per l'attività di Pronto Soccorso e PPS.

Nel corso per l'utilizzo del *software* del Pronto Soccorso, i medici EST ne apprendevano l'uso dai medici dirigenti tutor del Pronto Soccorso. Tale apprendimento, si è rivelato utile per la successiva attivazione, da parte dell'ASL4, dei PPS periferici, collegati in rete al Pronto Soccorso con lo stesso software.

Per rendere più efficace la partecipazione dei medici EST all'attività della Centrale Operativa, è stato condotto un corso sul relativo software.

Gli aspetti giuridici del Servizio 118 sono stati oggetto di uno specifico corso. Altro argomento svolto è quello sulla S.A.R.S., organizzato dall'ASL 4.

La maxiemergenza impegnava il 18.7% degli argomenti trattati. Al riguardo sono stati condotti due corsi di "autoprotezione", di 1° e 2° livello, su base volontaria, del personale del 118.

Nel corso di 1° livello, sono stati trattati principi di base sulla combustione e di comportamento di sicurezza in caso di incendio, i principali tipi di estintori, l'avvicinamento in sicurezza ad automezzi incidentati, le caratteristiche tecniche di funi e verricelli. Si procedeva poi a prove pratiche nell'uso di estintori, e alla discesa assistita con corde e verricelli dal castello di esercitazione dei Vigili del fuoco.

Nel corso di 2° livello, sono state condotte lezioni sul soccorso in acqua, con indicazioni di comportamento in fiumi e laghi, ed esercitazioni pratiche in piscina.

Afferenti alla maxiemergenza sono stati gli incontri sul rischio N.B.C.R. (Nucleare Biologico Chimico Radiologico), e quelli tra operatori del 115 e 118. Infine è stato condotto un corso per formare il personale del Servizio 118 sul Piano Sanitario per l'Emergenza dell'ASL4, per la gestione della maxiemergenza esterna.

Globalmente sono state erogate 3240 ore, di cui 2318 riguardavano i discenti, 315 l'AdF e 607 i relatori. l'80,1% delle ore era di formazione, il 19,9% d'aggiornamento e relativo agli eventi dei codici a bassa priorità e software del Pronto Soccorso ed a quello N.B.C.R..

Riguardo ai test di gradimento, il 97.7±2.2% dei partecipanti ha trovato interessanti gli argomenti trattati, il 96.5±2.6% li ha trovati proficui dal punto di vista teorico ed il 96.6±2.7% dal punto di vista pratico.

La partecipazione media dei discenti agli eventi che prevedevano più riunioni è stata del

72.2±13.9%, mentre quella agli incontri "spot" con il Responsabile, svolti una sola volta a riunione, era del 51.6±14.3%.

Il medico EST, preparato all'emergenza, conduce nella realtà una intensa attività clinica, con la maggior parte degli interventi nell'area Pratese dovuta a patologie internistiche, per cui, nell'attività formativa condotta, gli argomenti di tipo internistico rappresentano il 34.4% del totale.

Un adeguato spazio è stato dato al tema della partecipazione del medico 118 all'attività del Pronto Soccorso e dei PPS.

L'ostetricia e la pediatria hanno trovato un'ampia collocazione, ed anche la maxiemergenza ha rappresentato un'altro importante capitolo.

Dal 2004, il Servizio 118 di Prato ha iniziato ad inviare i propri medici al corso di Certificazione Regionale in Emergenza, riuscendo ad inviarceli tutti. Tale corso comprendeva quello sull'A.T.L.S. (Advanced Trauma Life Support), che completava la formazione dei medici EST sulla gestione del trauma.

Dal 2007 ad oggi, sono stati condotti presso il Servizio 118 dell'ASL 4 di Prato nuovi eventi formativi, come le urgenze geriatriche, ed il ruolo del medico EST nell'ambito della donazione d'organi.

Tuttavia i successivi accordi Stato Regioni nell'ambito delle ECM, nuovi e diversi metodi di valutazione degli eventi formativi, l'avviato passaggio dei medici EST alla Dirigenza medica, ci inducono ad illustrare i risultati in successive trattazioni.

Riteniamo che in questi anni di formazione sperimentale, siano stati forniti ai medici EST del 118 di Prato un'ampia varietà d'argomenti di formazione ed aggiornamento in linea con le esigenze dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

**Si ringrazia il personale dell'U.F. Formazione per la cortese collaborazione.**

**TM**

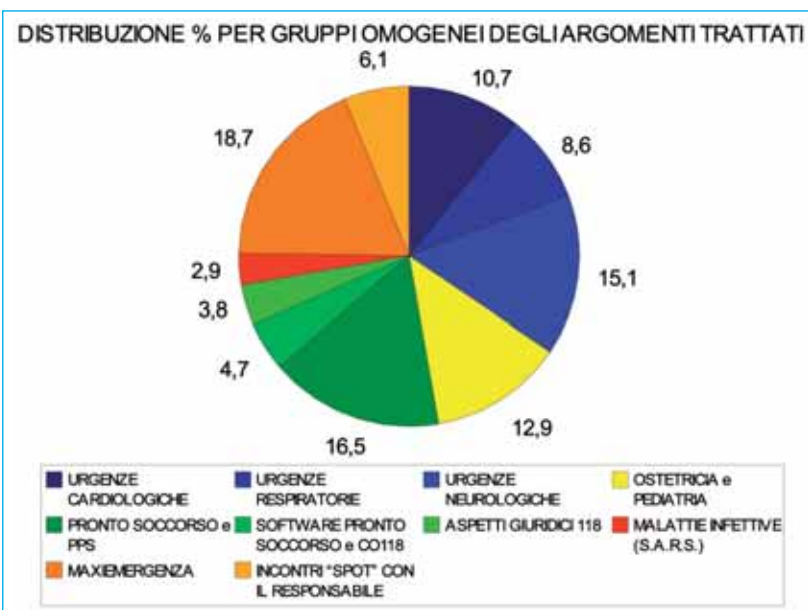


Figura 1

# Il servizio di ecografia e diagnosi prenatale dell'Azienda Sanitaria Firenze

## Il modello organizzativo Palagi



Enrico Periti, 1994-1996 internato c/o l'Ist. per l'infanzia Burlo Garofalo di Trieste, il Rotunda Hospital di Dublino, la Scuola di Med. della Univ. di Yale. Prof. a contratto c/o la Univ. di FI 1993-2006, Coord. del master in ecografia ostetrica a FI dal 2006, Resp. del serv. di diagnosi prenatale c/o la AOU Careggi dal 1999 al 2005 e c/o la ASL 4 di PO fino al 2009. Attualmente Direttore del Centro Unico di Diagnosi Prenatale della ASL FI, c/o l'Osp. Palagi a Firenze, Resp. del serv. territoriale di ecografia ostetrica della stessa Az e cons. del Diret. vo SIEOG.

### Premesse

Il protocollo regionale di assistenza alla gravidanza fisiologica prevede la effettuazione di tre ecografie ostetriche in tre epoche differenti, ognuna con particolari indicazioni, la cui esecuzione e refertazione è ben esplicitata dalle linee guida della società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica (SIEOG). L'insieme di questi esami ecografici rappresenta un vero e proprio sistema di *screening* e di monitoraggio della gravidanza, principalmente rivolto alla identificazione dei casi a rischio di difetti congeniti o di ritardo di crescita intrauterino (IUGR).

La rete assistenziale prevede che le situazioni sospette e ad alto rischio vengano indirizzate ad ulteriori accertamenti di tipo diagnostico, che hanno il compito di definire in modo preciso il tipo di patologia presente a livello fetale o materno. Questi esami effettuati su indicazione specifica vengono anche definiti di II livello, termine che non esiste nel nomenclatore regionale né ha alcun fondamento dal punto di vista scientifico, ma che è stato mutuato dalla terminologia utilizzata per distinguere i livelli assistenziali dei punti nascita. Seguendo questa distinzione si è arrivati anche ad ipotizzare la esistenza di esami di 2° livello avanzato o addirittura di 3° livello, senza che a queste definizioni venga legato un contenuto preciso, non considerando inoltre che non è la modalità di esecuzione della ecografia che si modifica, bensì la sola indicazione all'esame.

D'altronde l'effettuazione di un esame diagnostico di particolare difficoltà che ha il compito di raggiungere una diagnosi definitiva è operatore e strumentazione dipendente e non corrisponde certo necessariamente al livello della struttura territoriale o ospedaliera in cui viene eseguita.

Pertanto la dicitura di ecografia di II livello dovrebbe essere abbandonata e sostituita dal termine ecografia su indicazione, per distinguerla da quella standard o di *screening* (Tabelle 1 e 2).

Stabilito pertanto che nel percorso diagnostico vanno previsti esami standard di *screening* ed esa-

mi successivi su indicazione, appare fondamentale stabilire i criteri di accesso agli esami diagnostici, prima di andare ad analizzare le possibili problematiche organizzative, come indicato nelle Tabelle 1 e 2.

### Percorso assistenziale

Negli ultimi 30 anni si è assistito ad un decentramento dei servizi sanitari seguendo i principi della distribuzione sul territorio per avvicinarsi maggiormente all'utenza e facilitare l'accesso ai servizi da parte delle pazienti, ma questa politica ha comportato grosse difficoltà di ordine economico e la quasi impossibilità a mantenere alti i livelli qualitativi. La identificazione delle strutture dedicate alla diagnosi prenatale per molto tempo è coincisa con i punti nascita di II livello, quasi fosse una equazione automatica, mentre le postazioni ecografiche periferiche hanno svolto una enorme quantità di lavoro rimanendo scollegate dal resto del percorso e spesso del tutto isolate. Gli ambulatori ecografici distribuiti sul territorio si sono basati sull'impiego spesso di apparecchiature tecnicamente superate oppure nella migliore delle ipotesi sottoutilizzate, con operatori che pur essendo accreditati e dedicati a questo tipo di attività si trovano nella impossibilità di aggiornare il metodo di lavoro o di verificare la qualità offerta e i risultati ottenuti per mancanza di confronto a breve o a lungo termine. La mancanza di chiarezza sulle modalità di invio ai punti di II livello e sul percorso da adottare ha portato poi ad una situazione di difficoltà di controllo e di risposta adeguata alla domanda. I vari servizi di II livello a disposizione, ognuno con limitate disponibilità oraria e di personale e ognuno con protocolli e procedure diverse e modalità di prenotazione e di accesso differenti, non hanno contribuito a rendere più lineare il percorso assistenziale né per le donne né per gli operatori. La prenotazione degli esami non

ENRICO PERITI

Direttore Struttura Semplice Diagnosi Prenatale,  
Azienda Sanitaria Firenze

era centralizzata ed era necessario rivolgersi direttamente alla struttura erogante, assistendo ad un'odissea sanitaria, con la disperata ricerca da parte del paziente di una prenotazione passando da un centralino all'altro, con la crescente ansia per la salute del proprio figlio che portava e quasi obbligava a rivolgersi al privato.

Un tale meccanismo ha inoltre portato ad un sovraccarico dei servizi di secondo livello da parte di invii inappropriati per la totale mancanza di integrazione tra ospedale e territorio, con conseguente intasamento anche di centri di riferimento, che si sono trovati a dover distogliere le risorse dai casi di alta complessità per potersi occupare dei falsi patologici e dei sospetti non selezionati. Il livello di qualità percepito dal paziente non è stato così proporzionale all'impegno economico e professionale (Figura 1).

È pertanto risultato necessario procedere ad una modifica radicale di tutto il percorso assistenziale, dalla ecografia standard agli accertamenti diagnostici più raffinati.

### Nuovo assetto: il progetto Palagi

Il primo punto da affrontare è stato l'identificazione di una sede che potesse accentrare i vari servizi di diagnosi prenatale presenti in azienda e che allo stesso tempo fosse dislocata in una zona ben raggiungibile, fosse ben distinta dai presidi

ospedalieri e non coincidente con nessuna delle unità operative di ostetricia. Il presidio ospedaliero Piero Palagi riassume le caratteristiche ideali essendo geograficamente collocata al centro della città ma anche ben raggiungibile dalle uscite autostradali e dalle zone periferiche; essendo un presidio territoriale è nella condizione migliore per permettere l'integrazione reale e non solo di facciata tra territorio e ospedale. Il progetto prevede la rotazione degli operatori provenienti dai vari ospedali al fine di riuscire ad uniformare le modalità di lavoro, i protocolli, le procedure e facilitare l'aggiornamento e la verifica, affrontando i casi sospetti collegialmente grazie al confronto con operatori più esperti.

La chiusura dei servizi di diagnosi prenatale dei 3 ospedali aziendali e il loro accentramento in un centro unico aziendale di diagnostica prenatale ha permesso inoltre di reclutare le risorse necessarie e di migliorare il livello professionale grazie alla possibilità di affrontare i casi in modo collegiale.

I punti ecografici territoriali, molti dei quali caratterizzati dalla presenza di personale esclusivamente dedicato alla attività di ecografia ostetrica ma spesso con un orario ridotto di apertura che non permetteva il pieno sfruttamento delle apparecchiature a disposizione, sono stati dislocati presso il Palagi, creando una continuità anche fisica del percorso tra 1° e 2° livello.

**Tabella 1** - Protocollo di accesso all'ecografia su indicazione o di secondo livello e alla flussimetria doppler

#### ECOGRAFIA OSTETRICA DI SECONDO LIVELLO

1. Malformazione sospetta o ecorilevata in altra sede
2. Ventricolomegalia *borderline* ( $\geq 10$  mm)
3. Calicopelviectasia medio-grave ( $\geq 10$  mm)
4. Patologia del liquido amniotico accertata
  - Oligoidramnios (tasca massima  $< 20$  mm)
  - Polidramnios (tasca massima  $> 80$  mm)
5. Patologia della placenta
6. Patologia del cordone
7. Gravidanza multipla (gemellare, trigemina, quadrigemina)
8. Marcatori di anomalia cromosomica in paziente non sottoposta a diagnosi prenatale invasiva (omero o femore corto (rapporto fl/bpd  $< 0,90$ ), plica nucale  $\geq 6$ , intestino iperecogeno di III grado (ecogenicità pari o superiore all'osso), osso nasale assente)
9. Test di Coombs positivo (titolo  $> 1/16$ )
10. Zona di traslucenza nucale elevata ( $\geq 3,5$ )
11. Livelli elevati di alfa fetoproteine su siero materno (triplo test)  $> 2,5$  MoM o su liquido amniotico
12. Diabete di tipo I (non diabete gestazionale)
13. Farmaci in gravidanza, Rx in gravidanza, abuso di alcol o sostanze stupefacenti (solo previa consulenza tossicologica)
14. Malattie infettive in gravidanza (solo previa consulenza infettivologica)
15. IUGR diagnosticato ( $< 10^\circ$  centile o CA  $< 2SD$  o decremento di 40 centili)

#### FLUSSIMETRIA DOPPLER AA. UTERINE (24 settimane)

1. Ipertensione pregravidica
2. Precedente gestosi
3. Precedente gravidanza con IUGR ( $< 10^\circ$  centile)
4. Poliabortività
5. Precedente morte intrauterina fetale (MIF)
6. Trombofilia





**Figura 1** - Modello organizzativo classico.

Attualmente sono realizzati 7 ambulatori per un totale settimanale di 85 ore di ecografia ostetrica standard, 30 ore per *screening* ecografico delle anomalie cromosomiche, 70 ore di ecografia di II livello, 10 ore di diagnosi prenatale invasiva e 28 ore dedicate alla consulenza prenatale e genetica o per gravidanza a rischio.

La donna in gravidanza si trova così di fronte a un percorso univoco, avendo a disposizione una struttura che permette di completare l'iter diagnostico senza necessità di invii ad altre strutture.

I casi con sospetta anomalia identificati durante l'esame standard vengono immediatamente rivalutati collegialmente grazie alla costante presenza di personale esperto, riducendo al minimo i tempi di attesa e il livello di ansia ad essi collegato.

Al tempo stesso si ottiene un miglioramento del percorso nel suo insieme, con una verifica della appropriatezza degli invii, facilitando la crescita professionale sia dal punto di vista tecnico che relazionale, tramite l'acquisizione degli elementi ne-

**Tabella 2** - Protocollo di accesso alla ecocardiografia fetale

### 1. FATTORI DI RISCHIO FAMILIARI

- Malattie ereditarie non evidenziabili altrimenti o con notevole variabilità di espressione (es. CATCH)
- Familiarità per cardiopatie congenite (genitori o precedenti figli)

### 2. FATTORI DI RISCHIO MATERNI

- Infezioni materne (Toxoplasmosi, Rosolia, Cytomegalovirus, Coxsackie)
- Diabete insulinodipendente (specie se non compensato)
- Fenilchetonuria
- Malattie autoimmuni (lupus eritematoso e sdr LLAC)
- Anomalie cardiache congenite
- Farmaci teratogeni (carbonato di litio, alcool, fenitoina, ac. valproico, trimetadione, carbamazepina)

### 3. FATTORI DI RISCHIO FETALI

- Alterazioni cromosomiche
- *Screening* ecografico positivo (4 camere anomala o sospetto)
- Aritmia fetale persistente
- IUGR (entro 28 settimane)
- Malformazioni extracardiache
- Gemellarità monocoriale
- Idrope fetale non immunologica
- Traslucenza nucale (NT) > 3 mm

N.B.: non rappresentano indicazione il diabete gestazionale, i focus iperecogeni cardiaci, le aritmie transitorie.



Figura 2 - il modello organizzativo Palagi.

cessari alla gestione dei casi più complessi e alla comunicazione del rischio (Figura 2).

Un simile modello organizzativo porta rapidamente a evidenti vantaggi per la paziente, a un innalzamento del livello di qualità percepita e di soddisfazione, un migliore utilizzo delle apparecchiature esteso a 12 ore al giorno per tutta la settimana con una maggiore e facilitata disponibilità della struttura e chiarezza del percorso. Altro risultato rapidamente ottenuto è quello relativo alla drastica riduzione degli esami di II livello, ottenuto grazie ad una ottimale selezione dei dubbi e sospetti, dato che i falsi patologici vengono esclusi immediatamente.

Nella Tabella 3 sono riportati i dati della attività svolta dal centro a partire dalla sua apertura, circa 15 mesi fa. In particolare sono da segnalare il numero di test combinati effettuati (3792) che identificano la ottimale applicazione del percorso dello screening delle anomalie cromosomiche e quello degli esami invasivi come amniocentesi (519) e villo centesi (798) con una incidenza di casi

patologici identificati pari al 8%, cioè 1 caso ogni 12 esami effettuati, che delinea anche una ottimale selezione dei casi. Il numero poi di pazienti sottoposte a consulenza (5576) esprime poi meglio di ogni altro dato il carico di lavoro affrontato e il numero di gravidanze che hanno avuto accesso al servizio.

Un modello del genere permette poi di dedicare maggiori energie e risorse ai casi complessi e di poter meglio selezionare le situazioni di alta complessità da inviare ai centri di riferimento, che a loro volta non si troveranno intasati da attività che non sono di loro competenza. Si identifica poi chiaramente un centro unico di riferimento per il territorio che possa realmente concretizzare il collegamento e l'integrazione tra ospedale ed attività consultoriali. La presenza degli operatori territoriali unitamente a quelli di provenienza dagli ospedali infatti ha permesso un risvolto particolarmente importante: i dubbi, i casi da studiare, diventano un momento di confronto e di arricchimento continuo in grado di rispondere anche nella stessa mattina alle esigenze di chiarimento della coppia. Il Centro di Diagnosi Prenatale Palagi può così rappresentare un modello (modello Palagi) organizzativo e di riqualificazione delle attività nel campo della diagnostica ostetrica che si colloca ad integrazione e interazione tra territorio ed ospedale e che può facilmente essere riprodotto in ogni realtà regionale, al fine di ottimizzare le risorse garantendo al contempo un alto livello qualitativo.

Tabella 3 - Attività del centro di diagnosi prenatale Palagi nel 2010.

Ecografie per traslucenza nucale	3792
Amniocentesi	519
Villocentesi	765
Ecografie standard	6550
Dopplerflussimetria	577
Ecocardiografia fetale	201
Ecografie su indicazione	5928
Consulenze prenatali	5576

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [enrico.periti@asf.toscana.it](mailto:enrico.periti@asf.toscana.it)

TM

# Utilizzo del supporto cardio-respiratorio extracorporeo nel processo di donazione di organi e tessuti



Maria Luisa Migliaccio, medico, specializzata in Anestesia e Rianimazione presso l'Università di Firenze; dal 2002 in servizio presso la Rianimazione di Emergenza dell'AOU Careggi si occupa del processo di donazione di organi e tessuti; collabora col Coordinamento locale della donazione di Careggi e aderisce alla Società della Sicurezza e Qualità dei Trapianti (SISQT)

**I**l supporto cardio-respiratorio extracorporeo (ECLS/ECMO) è ad oggi riconosciuto come il trattamento, a seconda delle modalità applicative (veno-arteriosa o veno-venosa), dell'insufficienza cardiaca (shock cardiogeno refrattario) o respiratoria acuta grave (ARDS) non responsive ai trattamenti convenzionali.

L'applicazione sempre più estesa, sicura e precoce del supporto extracorporeo ha reso possibile l'espansione dell'utilizzo della tecnica verso altre gravi condizioni come nel supporto a ponte in attesa di trapianto di cuore,

in attesa di applicazione di VAD (Ventricular Assist Device), nel supporto di emergenza nei casi di arresto cardiaco intraospedaliero refrattario, nei gravi poltraumatismi, in attesa di trapianto di polmone e in altre situazioni tutte caratterizzate dalla persistenza di condizioni di funzioni di pompa cardiaca e/o di scambio alveolo-capillare non compatibili con la sopravvivenza.

La difficoltà nel reperimento di donatori d'organo e la persistenza delle liste di attesa di pazienti in attesa di trapianto, che hanno caratterizzato gli ultimi anni, è senz'altro uno dei motivi che ha portato a rivolgere particolari attenzioni verso le potenzialità concrete di incrementare il pool dei donatori finali e attivare programmi di prelievi di organo non solo da "donatori a cuore battente", dopo accertamento della morte con criteri neurologici, ma anche da "donatori a cuore non battente" (*non-heart-beating organ donors*). Infatti sono in corso studi ed ampi confronti sulla fattibilità di applicare il supporto extracorporeo in pazienti con morte cardiaca irreversibile in previsione di poter aumentare la possibilità e la potenzialità di successo della donazione d'organo.

Nei Centri dove viene routinariamente utilizzata la tecnica ECLS/ECMO, il supporto cardio-respiratorio esterno può essere applicato sia nei pazienti con lesione neurologica che vanno incontro ad arresto cardio-circolatorio refrattario al trattamento convenzionale sia nei pazienti con grave instabilità

cardio-respiratoria in corso di accertamento di morte encefalica.

La diagnosi di morte con criterio neurologico o morte encefalica è comunque condizione fondamentale per l'applicazione della legge 578/93 che disciplina l'accertamento di morte e conseguentemente la possibilità di definire il paziente in morte encefalica come potenziale donatore di organi e tessuti.

M.L. MIGLIACCIO, R. CAMELLI, M. BONIZZOLI, F. NENCINI, F. FILIPPONI\*\*, M. BONACCHI\*, C. LAZZERI\*, P. BERNARDO\*, M.E. MASCITELLI\*, C. NOZZOLI, G.F. GENSINI\*, A. PERIS

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Medicina e Chirurgia d'Urgenza - AOU Careggi - Firenze  
\* Dipartimento Cuore e Vasi - AOU Careggi - Firenze  
\*\* Dipartimento dei Trapianti Inter Area Vasta

**Esperienza clinica presso Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi**

Presso la Terapia Intensiva di Emergenza

negli ultimi due anni, sono stati sottoposti a trattamento ECLS-ECMO un totale di 45 pazienti. In







sette casi la procedura di accertamento di morte encefalica è stata condotta durante trattamento ECLS-ECMO (Tabella 1); 3 pazienti in modalità veno-venosa per vicariare la funzione polmonare compromessa (ARDS post-traumatica) e 4 pazienti in trattamento con supporto extracorporeo in modalità veno-arteriosa per arresto cardiaco e/o insufficienza miocardica non rispondente al trattamento.

Tre dei quattro pazienti trattati con ECLS veno-arterioso avevano subito un arresto cardiaco extra-ospedaliero post-traumatico. L'impiego del supporto extracorporeo in queste particolari condizioni ha consentito di condurre al prelievo d'organo tre dei sette pazienti presi in esame. In uno di questi pazienti l'instabilità emodinamica si è aggravata irreversibilmente dopo la prima riunione della Commissione di Accertamento Morte e quando già era noto il consenso alla donazione in vita del paziente; in questo caso l'applicazione immediata del supporto ECLS ha permesso di portare a termine la procedura di accertamento, la valutazione della idoneità del paziente e infine il prelievo.

Il prelievo e trapianto di organi ha avuto esito favorevole in 3 casi; 4 donatori non sono stati ritenuti idonei successivamente al prelievo d'organo, in un caso non c'è stato consenso da parte degli aventi diritto.

## Conclusioni

Creare il *setting* culturale, etico e operativo per espandere il pool dei potenziali donatori è uno degli obiettivi strategici delle organizzazioni impegnate nella donazione e nel trapianto. La letteratura internazionale e i Centri accreditati oramai lavorano, per quanto riguarda il versante "biologico" del potenziale donatore, su due aree ben individuate, attraverso la possibilità di accettare donatori di cuore e agendo per eliminare le morti cardiache evitabili in corso di morte encefalica.

Nella nostra casistica è stato possibile definire come "potenziali donatori" 7 pazienti in morte encefalica e questo non sarebbe stato possibile in assenza di un supporto extracorporeo che ha consentito di portare a termine l'accertamento di morte e in tre casi il successivo trapianto di fegato.

Le esperienze descritte in letteratura e anche l'esperienza del Centro di Riferimento Regionale ECMO dell'AOU Careggi aprono delle prospettive sulla opportunità di considerare con estrema attenzione sicuramente la necessità di prevenire, ma anche di evitare che l'arresto cardiaco vada a interrompere il processo di valutazione della morte encefalica. È evidente come tale attività debba essere supportata da una efficientissima collaborazione multidisciplinare e trovare le basi in un ambiente dove routinariamente viene applicata questa tecnica di supporto vitale. È anche evidente, e questo costituisce motivo di studio e di grande attenzione all'interno della nostra realtà, come sia necessario andare a definire non tanto nuovi standard di trattamento in corso di accertamento di morte encefalica, che ovviamente costituiscono competenza dello Stato, quanto protocolli di area vasta e protocolli regionali, tenendo in considerazione questa ulteriore possibilità. Inoltre, e questo dovrà costituire momento di approfondimento anche istituzionale, pensiamo che sia necessario strutturare un'informazione sull'argomento fruibile in ogni punto del nostro sistema.

## Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [migliacciomi@aou-careggi.toscana.it](mailto:migliacciomi@aou-careggi.toscana.it)

TM

**Tabella 1** - Terapia Intensiva di Emergenza, AOU Careggi. Periodo di studio: Aprile 2008-Novembre 2010. Popolazione di pazienti trattati con ECLS-ECMO in corso di CAM

N° totale dei pazienti trattati con ECLS-ECMO	7
Maschi-Femmine	3/4
Età media anni (min-max)	55 anni (19-84)
N° ECLS-ECMO veno-venosa	3 (47%)
N° ECLS-ECMO veno-arteriosa	4 (53%)
Eziologia	4 disfunzione cardiaca post-arresto, 3 ARDS (traumatica)
Durata media trattamento ECLS-ECMO (giorni)	3 gg
N° pazienti donatori effettivi	43% (3/7)

# Il medico tutor nell'ospedale per intensità di cura

## Risultati preliminari dell'esperienza dell'Ospedale di Prato



Joseph Polimeni è specialista in Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri. Dal 2007 è Direttore dell'Ospedale di Prato ed è stato dal 2002 al 2006 Direttore dei Presidi Ospedalieri della ASL 5 di Pisa. È Responsabile del Progetto Sanitario del nuovo ospedale e si occupa dal 2003 di organizzazione ospedaliera per intensità di cura; ha introdotto profondi cambiamenti gestionali nei dipartimenti ospedalieri, rimodulando i posti letto e i percorsi diagnostico-terapeutici.

### 1. Introduzione

In Toscana, l'assistenza ospedaliera sarà organizzata secondo il modello per intensità di cura, che prevede un superamento delle divisioni tra diversi reparti e un'assegnazione dei pazienti a diversi livelli di complessità assistenziale e instabilità clinica. In questo scenario, esiste il rischio concreto di offrire al paziente, assieme a tecnologie sempre più sofisticate, anche un'assistenza sempre più impersonale e priva di figure stabili di riferimento.

Occorre, pertanto, pensare alla creazione di figure professionali, come il medico tutor, che costituiscano per i pazienti, per le loro famiglie e gli altri operatori sanitari, punti di riferimento costanti, in grado di coniugare l'ottimizzazione della degenza con l'umanizzazione dell'assistenza.

### 2. Le caratteristiche del medico tutor

Rispetto alla gestione tradizionale della attività di reparto, la figura del medico tutor introduce un completo cambiamento di prospettiva: egli si assume il compito di assistere ogni paziente che gli è stato assegnato per tutta la durata della degenza facendosi responsabile dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

Ciò non significa che gli altri medici non partecipino al processo di cura e non condividano con lui le responsabilità assistenziali, ma sta ad indicare che il tutor, proprio perché coinvolto in modo continuo nell'assistenza e cura al paziente, è il medico responsabile non solo dei singoli episodi, ma dell'intera impostazione del ricovero, concordata sempre col Direttore di Unità Operativa.

Al fine di garantire un'adeguata continuità, assicura la sua presenza tutti i giorni (eccetto i festivi) per un periodo di tempo sufficientemente lungo (un mese può essere l'intervallo ottimale a cui tendere), in modo da riuscire a seguire dall'ammissione fino alla dimissione la maggior parte dei pazienti a lui assegnati.

In particolare, dalle indicazioni che emergono dalla letteratura, il medico tutor deve possedere significative capacità cliniche, organizzative e comunicative-relazionali.

J. POLIMENI<sup>°</sup>, L. TATTINI<sup>§</sup>, M. AMATO<sup>\*</sup>,  
S. MAGNOLFI<sup>\*\*</sup>, G. ANZALONE<sup>\*\*\*</sup>, A. D'URSO<sup>°°</sup>

<sup>°</sup> Direttore Presidio Ospedaliero Azienda ASL 4 - Prato  
<sup>§</sup> Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Azienda ASL 4 - Prato

<sup>\*</sup> Direttore Area Medica Azienda ASL 4 - Prato

<sup>\*\*</sup> Direttore U.O. Geriatria Azienda ASL 4 - Prato

<sup>\*\*\*</sup> Direttore U.O. Pneumologia Azienda ASL 4 - Prato

<sup>°°</sup> Direttore Sanitario Azienda ASL 4 - Prato

### 3. Problemi organizzativi: criticità e possibili soluzioni

Attualmente, nella stragrande maggioranza degli ospedali italiani la figura del tutor non viene prevista, e di solito l'orario mensile di un medico prevede varie attività (turno medico al mattino, guardie pomeridiane, notturne e festive, ambulatori, *day hospital*, consulenze, ecc.). Tale rotazione dei compiti garantisce una ripartizione omogenea dei carichi di lavoro, e consente a ogni medico di acquisire una buona professionalità nello svolgimento di vari settori di attività, ma può penalizzare la continuità dell'assistenza. D'altronde la creazione della figura del tutor può comportare il rischio di eccessive sperequazioni nella distribuzione dei carichi con una divisione troppo netta tra medici con incarichi di tutoraggio e medici che effettuano prevalentemente turni di guardia.

È, opportuno, pertanto, chiarire che la figura del medico tutor deve essere a rotazione con il coinvolgimento di tutti i medici eligibili. L'asse-

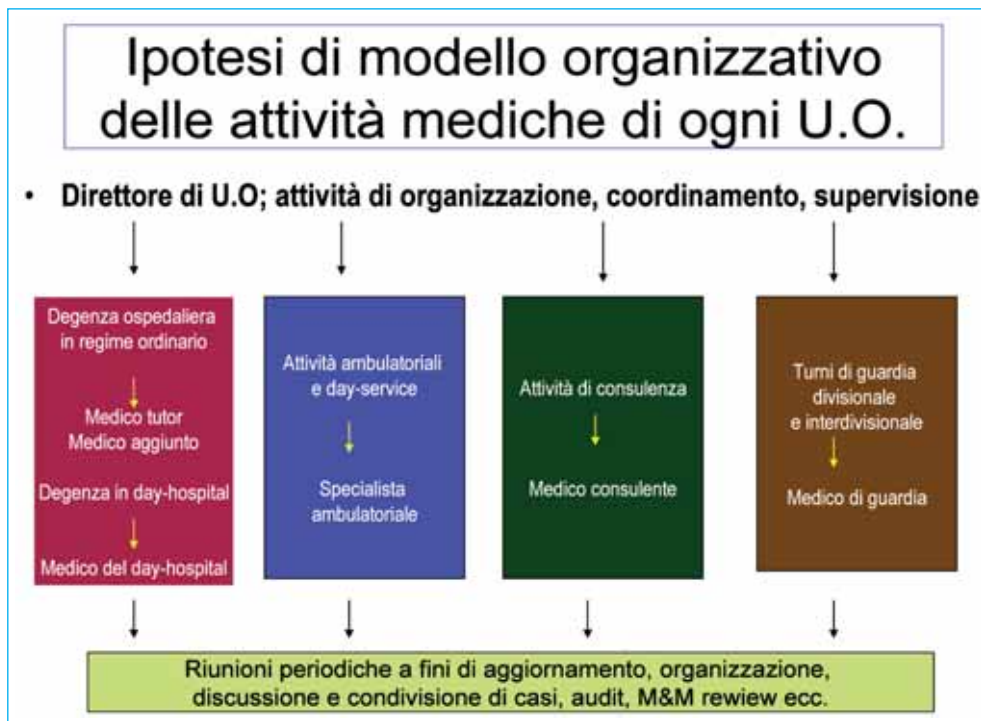


Figura 1

gnazione e la rotazione dei tutor deve essere effettuata dal Direttore della U.O., in modo da garantire la continuità e l'appropriatezza delle cure, salvaguardando nello stesso tempo le esigenze di crescita professionale dei singoli professionisti, i turni di riposo, i periodi di aggiornamento, le ferie, ecc.

Il numero di pazienti assegnati ad ogni tutor deve essere compreso entro un determinato *range*, allo scopo di garantire un'assistenza ottimale, sia per quanto riguarda l'impiego delle risorse umane che la qualità delle cure.

Il tutor non è l'unico medico ad assistere i pazienti del reparto durante il turno quotidiano, ma può essere affiancato da un altro medico aggiunto, soprattutto nell'accoglienza ai nuovi pazienti, nella gestione delle urgenze, nella ricerca degli esami, nel confronto su casi clinici particolarmente impegnativi. In linea di massima, si può ipotizzare che ogni giorno dovrebbe essere presente almeno un medico aggiunto ogni due tutor, (almeno uno ogni 40 pazienti).

#### 4. Le consulenze specialistiche e il rapporto con gli altri colleghi ospedalieri

Nei casi in cui si renda necessario il parere di altri specialisti, il tutor ne richiede la consulenza, e specifica anche il tipo di intervento richiesto, che in certe situazioni può essere limitato ad un singolo contatto con il caso.

Fanno eccezione a questa regola i casi in cui i problemi che hanno richiesto l'intervento del consulente diventano prioritari rispetto a quelli di

pertinenza del tutor. Soltanto in queste situazioni è giustificato il passaggio della titolarità del caso ad una nuova U.O. e ad un nuovo tutor.

Un altro aspetto qualificante del ruolo del tutor è la collaborazione con l'infermiere tutor nella definizione e nell'attuazione degli obiettivi assistenziali.

#### 5. La necessità di un periodo di sperimentazione e di formazione

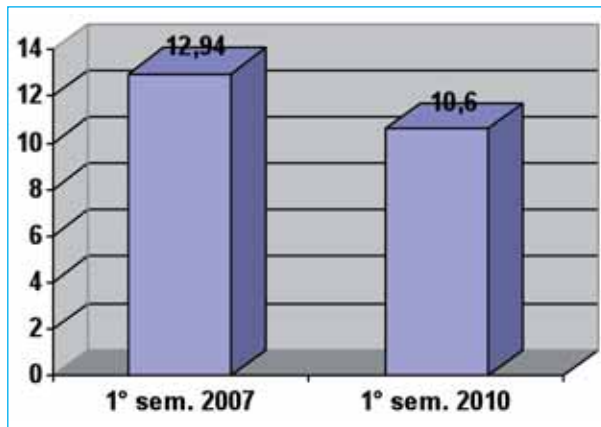
È assolutamente indispensabile prima di sperimentare il medico tutor, una formazione specifica ai medici e agli infermieri che deve essere centrata sull'ottimizzazione della degenza, sul miglioramento delle tecniche di comunicazione e sull'appropriatezza degli interventi assistenziali. È anche necessario un periodo adeguato di sperimentazione per individuare, nei vari contesti territoriali e specialistici, le migliori modalità di collaborazione tra il tutor e tutte le altre figure coinvolte nel processo assistenziale (Figura 1).

Al termine del periodo di tutoraggio, l'attività svolta deve essere monitorata e valutata sia dal Direttore della propria Unità Operativa che dalla Direzione di Area. Anche ai pazienti ricoverati e/o ai loro parenti, spetta una valutazione dell'assistenza ricevuta sia dal tutor che da tutta la Unità Operativa.

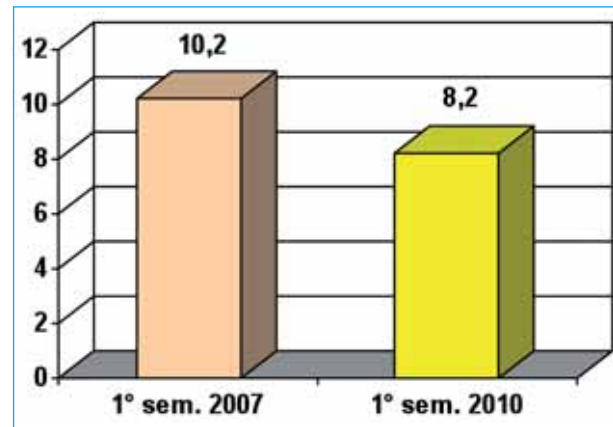
#### 6. La sperimentazione del Medico tutor nell'Area Medica dell'USL 4

Dal 2008 è in atto nell'Area Medica dell'USL 4, dopo un intervento formativo *ad hoc*, una pro-





**Figura 2** - U.O. di Pneumologia: Degenza Media - Confronto tra il primo semestre 2007 e il primo semestre 2010 (prima e dopo l'introduzione del Medico tutor).



**Figura 3** - U.O. di Geriatria: Degenza Media - Confronto tra il primo semestre 2007 e il primo semestre 2010 (prima e dopo l'introduzione del Medico tutor).

gressiva sperimentazione della figura del medico tutor che ha coinvolto alcune Unità Operative dell'Area Medica, con risultati positivi sia in termini di qualità percepita che di efficienza delle prestazioni. Riportiamo nelle Figure 2 e 3 i dati relativi all'U.O. di Pneumologia e Geriatria. In entrambi i casi l'introduzione del tutor ha comportato una significativa riduzione della durata della degenza media (e dei costi relativi al ricovero di circa il 20%). Anche i risultati preliminari che abbiamo raccolto sulla qualità percepita mostrano valutazioni incoraggianti; a breve la figura

sarà estesa a tutte le UU.OO. dell'Area Medica.

## 7. Conclusioni

Da quanto sopra detto possiamo concludere che l'introduzione del medico tutor rappresenta per tutta l'organizzazione ospedaliera un salto di qualità, sia per quanto riguarda l'efficacia che l'efficienza degli interventi diagnostico-terapeutici. Il modello del medico tutor si adatta particolarmente all'ospedale per intensità di cura, dove il tutor diventerà, sia per i pazienti che per i colleghi, un punto di riferimento essenziale. **TM**

## ORDINE DI FIRENZE

### E-mail:

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

### Orario di apertura al pubblico:

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

### Rilascio certificati di iscrizione:

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

### Tassa annuale di iscrizione:

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

### Cambio di indirizzo:

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

### Consulenze e informazioni:

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

AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - sito: [ammifirenze.altervista.org](http://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](http://www.ordine-medici-firenze.it)**



Guida Corsi Conticelli, Specialista in Psicologia Clinica dal 1992, è psicoterapeuta a indirizzo psicodinamico con formazione specifica sulla conduzione di Gruppi Clinici. Dal 2000 Dirigente Psicologo di 1° livello c/o la U.O.C. di Psicologia dell'ASL11 di Empoli, nel settore Salute Mentale Adulti. Dal 2002 si occupa anche di Psicologia Ospedaliera ed è referente per il Servizio di Psiconcologia e per il Progetto multiprofessionale con la chirurgia senologica.

# “Percorso Donna”: non solo il medico

## Sostegno psicologico alle donne operate per tumore al seno nell'ASL 11 di Empoli

**S**ecundo la letteratura il carcinoma mammario, oltre a essere il tumore maligno più comune nelle donne, è la quinta causa di morte più comune per cancro nel mondo. Il numero di casi di carcinoma mammario è aumentato in modo significativo a partire dagli

anni '70, con conseguente forte impatto sociale dato il ruolo centrale della donna nell'equilibrio familiare.

All'interno del Servizio di Psiconcologia dell'Ausl 11 di Empoli, è attivo dal 2003 il progetto “PERCORSO DONNA”, un percorso assistenziale che offre sostegno psicologico alle donne del territorio operate per tumore al seno o all'utero.

Accanto all'intervento chirurgico e alle cure salva-vita, va considerato l'impatto psicologico che la diagnosi di tumore al seno ha nella vita di una donna. L'intervento al seno crea infatti una ferita che non è soltanto fisica, in quanto coinvolge l'immagine corporea che la donna ha di sé e in senso generale la sua femminilità, la vita di coppia e di relazione.

Per questo è stato realizzato il “Percorso Donna”, che prevede che tutte le donne che afferiscono all'ambulatorio senologico multidisciplinare incontrino insieme chirurgo senologo, infermiere e psicologa fin dalla prima visita. Tale collaborazione diretta si è dimostrata fondamentale per creare una reale integrazione multiprofessionale: ciò rende da una parte immediatamente evidente alle pazienti l'unitarietà della presa in carico, dall'altra migliora anche la comunicazione tra i medici specialisti (senologo, oncologi) e le pazienti stesse.

Ogni donna viene quindi fin da subito informata anche della possibilità del sostegno, e può decidere di usufruire di colloqui psicologici durante una fase o per tutta la durata dell'iter sanitario, in base alla motivazione personale e al vissuto di

bisogno: in fase pre-operatoria (quadrantectomia, mastectomia, isterectomia), durante le eventuali terapie (chemio, radio) oppure ai successivi controlli.

“Percorso Donna” prevede all'inizio sempre almeno 3 colloqui psicologici individuali, per consentire l'*assessment*, ovvero la valutazione delle risorse, delle difese e del livello di consapevolezza della donna, come pure delle sue condizioni psichiche. I colloqui hanno l'obiettivo di sostenere

la donna nella riattivazione delle risorse psicologiche necessarie per fronteggiare questa nuova condizione esistenziale, favorendo il processo di adattamento emotivo e relazionale.

In seguito si può scegliere di proseguire il sostegno individuale, ma esiste anche la possibilità di essere inserite in un gruppo a conduzione psicologica, che dura circa 9 mesi e con cadenza settimanale.

Il “Gruppo Donna” (una delle poche esperienze del genere in Italia) si offre come luogo in cui poter rielaborare il trauma della diagnosi e delle terapie; nel gruppo le donne possono confrontarsi fra di loro ed essere aidate dalla psicologa ad avvicinarsi ai propri processi mentali ed emotivi profondi, esprimendo e condividendo le ansie connesse alla malattia e al rischio di recidiva, come pure i momenti di speranza e di una riprogettazione di sé che vada oltre l'esperienza di malattia.

Ogni anno, oltre 200 donne con carcinoma mammario vengono incontrate e informate nella prima visita senologica dell'esistenza di “Percorso Donna”; a seguito di ciò, in media circa 50 pazienti l'anno vengono prese in carico dalla Psicologia, e 10-12 pazienti scelgono di partecipare al “Gruppo Donna”.

GUIDA CORSI CONTICELLI\*,  
FRANCESCA SPATARO\*, LAURA CINZIA CASTRO\*,  
PATRIZIA DEL VIVO\*, CLAUDIO CAPONI\*\*,  
GIAMMARIA FIORENTINI°

\* UOC Psicologia Ausl 11 Empoli

\*\* Dip. Chirurgia Ausl 11 Empoli

° UOC Oncologia Ausl 11 Empoli

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:  
gui.corsi@usl11.tos.it

TM

# I Criteri di Beers

## Anziani e farmaci: cosa conoscere per un uso sicuro

*L'antica norma ippocratica "primum non nocere" ha particolare valore nella cura dell'adulto anziano e in particolare dell'adulto anziano fragile. Valuto positivamente e raccomando il contenuto di queste pagine come utile strumento per raggiungere questo obiettivo. Il Consiglio di Marc Howard Beers di "pensare tre volte" prima di formulare una prescrizione farmacologica per l'anziano non può che valorizzare la libera ma responsabile decisione di ogni medico.*

Daniela Scaramuccia - Assessore Diritto alla Salute della Regione Toscana

### I "CRITERI DI BEERS"

Fino al secondo conflitto mondiale i Medici disponevano di un numero limitato di farmaci efficaci<sup>1</sup>: Digitale (Withering, 1775), Morfina (Serturmer, 1806), Bromuri (Balard, 1826), Acido Acetilsalicilico (Gerhardt, 1853), Barbiturici (Fischer e von Mering, 1903), Arsenobenzoli (Erlich, 1907), Insulina (Banting e Macleod, 1921), Sulfamidici (Treffouel, 1935). Dall'inizio del conflitto mondiale in poi la farmacopea ha avuto uno straordinario e tumultuoso sviluppo: Antibiotici (Fleming, 1940), Cortisone (Hench, 1949), Antipertensivi (Schwartz, 1949), Antitubercolari (Doll e Bradford-Hill, 1950), Antipsicotici (Elkes, 1952), Benzodiazepine (Sternbach, 1955), L-Dopa (Cotzias, 1961) e poi, senza interruzione, moltissimi altri farmaci sono stati sviluppati e resi disponibili per la pratica medica.

Parallelamente al grande sviluppo della Farmacologia, e certo in larga parte in conseguenza di questo fenomeno, nella seconda parte del secolo scorso si è pienamente manifestata un'altra trasformazione epocale: la transizione demografica da una popolazione con alto tasso di natalità e basso tasso di mortalità, al suo opposto. Oggi che la generazione del "baby boom" sta raggiungendo l'età senile, la piramide dell'età si è rettangolarizzata per il prevalere degli adulti anziani e, sempre di più, dei grandi anziani.

È noto ed è anche ben evidente a chi opera nella Sanità, che l'invecchiamento altera la biologia umana almeno in due forme: il sopravvenire, e poi il sovrapporsi, di cronicità e la riduzione della riserva "tessutale ed energetica" per il mantenimento dell'omeostasi, che ha come conseguenza una "fragilità" individuale che si esprime anche in una diversa e spesso negativa tolleranza nei confronti dei singoli farmaci.

Con l'avanzare degli anni e il sommarsi delle malattie, l'anziano rischia di accumulare farmaci strato su strato, "come la barriera corallina accumula strato su strato il corallo"<sup>(1)</sup>. In passato si riteneva che la politerapia nell'anziano fosse un intervento scorretto. Oggi questo atteggiamento è stato modificato dal tentativo di applicare l'Evidence-Based Medicine a ogni singola patologia, ma con l'obiettivo di aderire alle Linee Guida Evidence-Based si rischia di semplifica-

re un quadro organico, psicologico e sociale complesso. Peraltro i vari schemi terapeutici, pur legittimati dall'EBM, rischiano di sommare in maniera esponenziale gli effetti avversi nella popolazione anziana e

non offrire i vantati effetti benefici che ogni evidenza promette a livello sempre probabilistico.

Per l'insorgenza concomitante di più cronicità

gli anziani hanno spesso bisogno di assumere un numero elevato di farmaci: più del 40% assume settimanalmente 5 o più farmaci differenti, inclusi quelli da banco, e il 12% ne assume almeno 10<sup>(2)</sup>. Essendo contestuale la fragilità, gli anziani possono maggiormente risentire degli effetti indesiderati e della tossicità della politerapia. Tant'è che un anziano che assume oltre 5 farmaci ha il 35% di probabilità di subire come conseguenza una qualche reazione avversa<sup>(3,4)</sup>. Ottenere un corretto equilibrio tra benefici e rischi è spesso molto complesso: i farmaci sono sperimentati su popolazioni "ideali", raramente in soggetti ultrasensibili e di sesso femminile, mentre la popolazione anziana che ne fa normalmente uso ha elevato grado di comorbilità e disabilità, associate spesso a deficit cognitivi e ulteriore fragilità sociale.

Gli eventi avversi da farmaci nell'anziano non sempre sono così prevedibili: la terapia farmacologica potrebbe risentire di patologie renali, epatiche, cardiache rendendo di conseguenza più difficile il management del paziente. A loro volta i farmaci potrebbero esacerbare condizioni cliniche preesistenti (si pensi ad esempio all'uso di diuretici nel paziente diabetico o di FANS nel paziente iperteso). Oltre a ciò reazioni avverse da farmaci nell'anziano si possono presentare in modo aspecifico: sintomi come confusione mentale, costipazione, ipotensione e cadute possono assumere i contorni di una patologia primitiva ma potrebbero anche essere una reazione a un farmaco di recente introduzione e non più tollerato. Ne deriva per questo che nell'inquadramento clinico di ogni anziano "fragile" debba essere dato particolare risalto all'anamnesi farmacologica.

Il rischio di reazioni avverse è conosciuto da oltre un ventennio ed è stato già scientificamente affrontato da Mark Howard Beers con la produzione di specifici criteri terapeutici per gli anziani.

DOCUMENTO PREDISPOSTO  
 SU MANDATO DELLA COMMISSIONE  
 TERAPEUTICA REGIONALE E APPROVATO  
 DAL CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE

<sup>1</sup> Tra parentesi Autore ed Anno della scoperta.



## I CRITERI DI BEERS

Mark Howard Beers<sup>(5)</sup>, geriatra americano, deceduto nel 2009 a soli 55 anni per le complicanze di una grave forma di diabete giovanile, tra cui anche l'amputazione di ambedue gli arti inferiori, è internazionalmente noto per avere segnalato i potenziali effetti avversi negli individui anziani di molti farmaci di largo uso.

Durante la specializzazione ad Harvard, Beers si era occupato di farmacovigilanza nelle residenze per anziani di Boston. Aveva avuto così modo di rilevare come l'uso di sostanze psicoattive per il controllo dei disturbi comportamentali degli anziani spesso inducesse in molti casi più effetti avversi che effetti favorevoli. Nel 1988 pubblicò i suoi dati su JAMA<sup>(6)</sup> e, due anni dopo, sul *Journal of the American Geriatric Society*<sup>(7)</sup>, mise in evidenza quanto fosse lacunosa la documentazione clinica relativa alla terapia dei pazienti anziani, tanto da determinare il rischio di gravi errori prescrittivi.

Nel 1991 Beers e collaboratori pubblicarono su *Archives of Internal Medicine*<sup>(8)</sup> la prima versione dei criteri farmacologici (poi definiti "Criteri di Beers") da applicarsi alla popolazione anziana. L'articolo elencava i possibili effetti avversi di farmaci sedativi, miorilassanti, antistaminici e antidepressivi. Il clamore suscitato dalla pubblicazione, ripresa anche dalla stampa generale, portò Beers ad approfondire ed estendere lo studio.

Nel 2003 *Archives of Internal Medicine*<sup>(9)</sup> pubblicò le conclusioni di un "consensus panel" coordinato dallo stesso Beers sugli effetti avversi da farmaci nei soggetti con oltre 65 anni. Il lavoro includeva nei Criteri di Beers numerose altre molecole, indicando oltre 40 farmaci o categorie di farmaci come potenzialmente rischiosi, inappropriati o inefficaci.

Nel 2006, per ragioni di salute, Mark Beers si ritirava dalla vita attiva. I suoi "Criteri" erano ormai diffusamente noti, quanto meno nel mondo sanitario anglosassone, ed universalmente applicati dagli specialisti Geriatri. Benché non più aggiornati con le nuove molecole e benché derivati dal parere degli Esperti anziché da una sistematica analisi della letteratura, questi criteri tutt'ora costituiscono il riferimento di base per la prescrizione farmaceutica in favore degli anziani.

Comunque, dopo i Criteri di Beers, sono state redatte, con procedure di consenso analoghe a quella utilizzata da Beers, altre Liste<sup>(10,11,12,13,14,15,16)</sup>, tutte con specifico riferimento a realtà sanitarie differenti da quella degli Stati Uniti, contenenti criteri farmacologici idonei al trattamento dei pazienti anziani.

## QUESTA PUBBLICAZIONE

In accordo con il Consiglio Sanitario, la Commissione Terapeutica Regionale ha ritenuto utile fornire ai Medici del Servizio Sanitario i "Criteri di Beers" nell'ultima versione pubblicata (2003) e tuttora largamente utilizzata per la sorveglianza della prescrizione farmaceutica nell'adulto anziano. È riportata anche una seconda lista, elaborata dalla Commissione Terapeutica Regionale, nella quale i Criteri di Beers sono integrati con altri Criteri realizzati in ambienti differenti da quello nordamericano.

Nella **Parte I** i Criteri di Beers sono presentati in due liste distinte, come è nella versione originale. La prima comprende i singoli farmaci o i gruppi di farmaci da prescriversi, in generale, con la massima cautela perché potenzialmente inappropriati, la seconda i farmaci la cui prescrizione è potenzialmente inappropriata in specifiche situazioni cliniche.

La possibilità di reazioni avverse prodotte da ciascuno dei farmaci citati nelle due tipologie di lista è indicata a margine come ALTA o BASSA. Ad esempio, benzodiazepine *long-acting* oppure ad alte dosi dovrebbero essere prescritte ai pazienti anziani solo in situazioni eccezionali, comportando un ALTO rischio di ipersedazione e anche possibilità di cadute. Nel prescrivere gli Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina nei pazienti geriatrici esiste, invece, un rischio di livello BASSO di esacerbare o causare una sindrome da secrezione inappropriata di Adiuretina.

La **Parte II** che, come si è detto, è un'elaborazione originale della Commissione Terapeutica Regionale, integra i Criteri di Beers con altre Liste, in particolare con i Criteri McLeod (cit. X), i Criteri Laroche (cit. XII), i Criteri STOPP (cit. XIII), i Criteri Winit-Watjana (cit. XIV) ed i Criteri NORGEP (cit. XV). Ferma restando l'attualità delle indicazioni provenienti dai Criteri di Beers per quanto concerne le singole molecole, l'aggiornamento riguarda le possibili controindicazioni nell'uso di farmaci per specifiche patologie.

È importante tenere presente che i Criteri di Beers e delle altre liste riguardano i farmaci la cui prescrizione ha aspetti problematici di uso nell'adulto anziano, non i farmaci che, benché indispensabili, già di per sé possono essere causa di gravi effetti avversi. A questo riguardo può essere utile citare un rapporto dell'organizzazione federale USA "Centres for Disease Control and Prevention" del 2007<sup>(17)</sup> nel quale si rileva che, negli adulti anziani, gli eventi avversi da farmaci che più frequentemente rendono necessario un soccorso urgente sono, oltre alla Digossina, citata nella lista di Beers, il Warfarin per episodi emorragici e l'Insulina per ipoglicemie acute che nei soggetti anziani possono causare una sintomatologia non facilmente diagnosticabile.

È inoltre parere della Commissione Terapeutica Regionale che particolare attenzione debba anche essere prestata nell'uso degli ipoglicemizzanti orali, in particolare Sulfoniluree, potenziali responsabili negli anziani di episodi ipoglicemici di non facile diagnosi. La Commissione, infine, ritiene che nella pratica medica sia necessario prestare attenzione agli effetti avversi dei fluorochinoloni, in particolare per la tossicità di questi sia sul Sistema Nervoso Centrale, che si manifesta con sintomi neuropsichici come insonnia, allucinazioni, agitazione e disorientamento, sia sui legamenti.

Si precisa infine che le Raccomandazioni contenute in questa pubblicazione devono essere intese come un pro-memoria ed un aiuto per il Medico per la scelta appropriata della terapia nel paziente anziano, ma non, in alcun modo, come un limite alla libertà prescrittiva del singolo Professionista.

## PARTE I

# Criteri di Beers

### A) FARMACI DI USO POTENZIALMENTE INAPPROPRIATO NELL'ANZIANO INDIPENDENTE-MENTE DALLA DIAGNOSI

FARMACO	MOTIVO DI INAPPROPRIATEZZA	RISCHIO
<b>Indometacina</b>	Fra tutti gli antinfiammatori non steroidei è il maggior responsabile delle reazioni avverse a carico del Sistema Nervoso Centrale	<b>ALTO</b>
<b>Pentazocina</b>	Analgesico, narcotico. Produce significativi effetti avversi a carico del Sistema Nervoso Centrale (ad es. confusione e allucinazioni)	<b>ALTO</b>
<b>Miorilassanti e Antispastici</b>	Farmaci mal tollerati dai pazienti anziani per effetti anticolinergici, sedazione e debolezza. Dose tossica e dose efficace sono molto prossime	<b>ALTO</b>
<b>Flurazepam</b>	Benzodiazepina ad emivita molto lunga (giorni nel paziente anziano) con prolungata sedazione. L'uso comporta un'aumentata incidenza di cadute e fratture	<b>ALTO</b>
<b>Amitriptilina</b> <b>Amitriptilina + Clordiazepossido</b> <b>Amitriptilina + Perfenazina</b>	Per i rilevanti effetti sedativi ed anticolinergici è inopportuno utilizzarli come antidepressivi di prima scelta	<b>ALTO</b>
<b>Meprobamato</b>	Ansiolitico con forti effetti sedativi. Dà dipendenza e in caso di sospensione deve essere ridotto gradualmente	<b>ALTO</b>
<b>Benzodiazepine a breve durata di azione.</b> Dosi massime: • <b>Lorazepam 3 mg</b> • <b>Oxazepam 60 mg</b> • <b>Alprazolam 2 mg</b> • <b>Temazepam 15 mg</b> • <b>Triazolam 0,25 mg</b>	In conseguenza della maggiore sensibilità alle benzodiazepine dei soggetti anziani, è opportuno usare dosi ridotte. La dose complessiva giornaliera non deve mai superare la dose massima	<b>ALTO</b>
<b>Benzodiazepine a lunga durata di azione:</b> • <b>Clordiazepossido</b> • <b>Clordiazepossido + Amitriptilina</b> • <b>Clordiazepossido + Clidinio Br.</b> • <b>Diazepam</b> • <b>Quazepam</b> <b>Clorazepato di Potassio</b>	Data la lunga emivita, nei soggetti anziani il loro effetto può durare anche più giorni. La forte sedazione può produrre il rischio di cadute. A questi farmaci sono comunque da preferire le benzodiazepine a breve e media durata di azione	<b>ALTO</b>
<b>Disopiramide</b>	Tra gli antiaritmici è quello con il maggior effetto inotropo negativo. Ha anche effetti anticolinergici. Da preferire antiaritmici differenti	<b>ALTO</b>
<b>Digossina</b> non deve eccedere 0,125 mg/die se non nel trattamento delle aritmie	La riduzione della clearance renale nell'anziano può condurre ad un incremento dei valori ematici	<b>BASSO</b>
<b>Dipiridamolo</b> short-acting. Non il Dipiridamolo long-acting tranne che nei pazienti portatori di valvole cardiache sintetiche	Può causare ipotensione ortostatica	<b>BASSO</b>
<b>Metildopa e Metildopa-Idroclorotiazide</b>	Può causare bradicardia. Può causare depressione	<b>ALTO</b>
<b>Reserpina</b> a dosi oltre 0,25mg	Può indurre depressione, sedazione, ipotensione ortostatica	<b>BASSO</b>
<b>Clorpropamide</b>	Nell'anziano ha una lunga emivita e può causare ipoglicemia prolungata. Può causare Sindrome da Eccesso di Secrezione di Adiuretina	<b>ALTO</b>
<b>Spasmolitici gastrointestinali:</b> • <b>Propantelina</b> • <b>Diciclomina</b> • <b>Clordiazepossido+Clidinio Br.</b> • <b>Alcaloidi della Belladonna</b>	Farmaci con potente effetto colinergico e di discussa efficacia. Possibilmente devono essere evitati	<b>ALTO</b>
<b>Anticolinergici e Antistaminici:</b> • <b>Clofeniramina</b> • <b>Difenidramina</b> • <b>Idrossizina</b> • <b>Ciproptadina</b> • <b>Prometazina</b> • <b>Desclorfeniramina</b>	Gli antistaminici possono avere un forte effetto anticolinergico. Nel trattamento di forme allergiche negli anziani è più opportuno usare antistaminici senza effetto anticolinergico	<b>ALTO</b>

<b>Difenidramina</b>	Può causare confusione mentale o sedazione. Non deve essere usato come ipnotico. In caso di reazione allergiche il suo uso deve essere limitato alla dose minima necessaria	<b>ALTO</b>
<b>Diidroergotamina Mesilato</b>	Non è dimostrata l'utilità	<b>BASSO</b>
<b>Ciclandelato</b>	Non è dimostrata l'utilità	<b>BASSO</b>
<b>Barbiturici (eccetto fenobarbital)</b>	Nell'anziano causano dipendenza e un'incidenza di effetti avversi superiore a quella degli altri sedativo - ipnotici	<b>ALTO</b>
<b>Solfato ferroso</b> in dosi superiori a 325 mg/die	Dosi superiori a quella indicata non aumentano la dose assorbita ma possono causare costipazione	<b>ALTO</b>
<b>Ticlopidina</b>	Meno efficace e con maggiore rischio di tossicità dell'Aspirina	<b>ALTO</b>
<b>Ketoralac</b>	Occorre tenere presente che è un FANS. Dovrebbe essere evitato nei pazienti anziani perché spesso hanno patologie gastrointestinali asintomatiche	<b>ALTO</b>
<b>Anfetaminici e Anoressizzanti</b>	Possono essere causa di significative complicanze: dipendenza, ipertensione, crisi anginose, infarto	<b>ALTO</b>
<b>FANS non COX-selettivi</b> (uso prolungato), in particolare: • Naprossene • Oxaprozina • Piroxicam	Possono produrre emorragie gastrointestinali, insufficienza renale, ipertensione e infarto miocardico	<b>ALTO</b>
<b>Fluoxetina</b> (prescrizione giornaliera)	Ha una lunga emivita e determina il rischio di stimolare eccessivamente il Sistema Nervoso Centrale, causando disturbi del sonno e agitazione. Esistono alternative più sicure	<b>ALTO</b>
Uso cronico di <b>Lassativi stimolanti</b> , in particolare: • Bisacodile • Cascara sagrada	Possono aumentare eventuali disturbi intestinali	<b>ALTO</b>
<b>Amiodarone</b>	Possibili alterazioni dell'intervallo QT e rischio di provocare torsioni di punta. Non ha effetto terapeutico negli adulti	<b>ALTO</b>
<b>Orfenadrina</b>	Causa maggiore sedazione e maggiori effetti collaterali di altri farmaci	<b>ALTO</b>
<b>Guanetidina solfato</b>	Causa ipotensione ortostatica	<b>ALTO</b>
<b>Ciclandelato</b>	Inefficace	<b>BASSO</b>
<b>Isossuprina</b>	Inefficace	<b>BASSO</b>
<b>Nitrofurantoina</b>	Poteniale danno renale. Esistono alternative più sicure	<b>ALTO</b>
<b>Doxazosina</b>	Possibile ipotensione ortostatica e incontinenza urinaria	<b>BASSO</b>
<b>Tioridazina</b>	Può causare acatisia e sintomi extrapiramidali	<b>ALTO</b>
<b>Nifedipina</b>	Causa ipotensione e costipazione	<b>ALTO</b>
<b>Clonidina</b>	Può causare ipotensione, sonnolenza, costipazione	<b>ALTO</b>
<b>Cimetidina</b>	Effetti avversi sul Sistema Nervoso	<b>BASSO</b>
<b>Acido Etacrinico</b>	Può causare Ipertensione e squilibrio idro-elettrolitico	<b>BASSO</b>
<b>Estratti tiroidei, in polvere</b>	Effetti cardiaci indesiderati	<b>ALTO</b>
<b>Anfetamine</b>	Stimolazione del Sistema Nervoso	<b>ALTO</b>
<b>Estrogeni (via orale)</b>	Potenzialmente carcinogenetici	<b>BASSO</b>

## B) FARMACI DI USO POTENZIALMENTE INAPPROPRIATO NELL'ANZIANO CONSIDERANDO LA DIAGNOSI

	FARMACO	MOTIVO DI INAPPROPRIATEZZA	RISCHIO
<b>Scompenso cardiaco</b>	Disopiramide e farmaci con un alto contenuto di sodio (Sali di sodio: arginati, bicarbonato, bifosfati, citrati, fosfati, salicilati, solfati)	Effetto isotropo negativo, potenziale promozione della ritenzione di fluidi e possibile aggravarsi dello scompenso cardiaco	<b>ALTO</b>
<b>Ipertensione</b>	Pseudoefedrina, pillole dietetiche, amfetamine	Per attività simpaticomimetica possono dare aumento della pressione	<b>ALTO</b>



<b>Ulcera gastrica o duodenale</b>	FANS, Ac. Acetilsalicilico (>325mg)	Possono aggravare ulcere preesistenti e produrne nuove	<b>ALTO</b>
<b>Epilessia</b>	Clozapina, Clorpromazina, Tioridazina	Possono abbassare la soglia epilettica	<b>ALTO</b>
<b>Disturbi della coagulazione o pazienti in terapia anticoagulante</b>	Ac. Acetilsalicilico, FANS, Dipiridamolo, Ticlopidina, Clopidogrel	Possono prolungare il sanguinamento e inibire l'aggregazione piastrinica	<b>ALTO</b>
<b>Ritenzione urinaria</b>	Anticolinergici, Antistaminici, Antispastici gastrointestinali, Miorilassanti, Oxibutina, Antidepressivi	Possono ridurre il flusso urinario e peggiorare la ritenzione	<b>ALTO</b>
<b>Incontinenza da stress</b>	$\alpha$ -Bloccanti, Anticolinergici, Antidepressivi triciclici, Amitriptilina, Benzodiazepine a lunga durata d'azione	Possono dar luogo a poliuria e peggioramento dell'incontinenza	<b>ALTO</b>
<b>Aritmie</b>	Antidepressivi triciclici	Effetti proaritmici e capacità di produrre cambiamenti nell'intervallo QT	<b>ALTO</b>
<b>Insomnia</b>	Decongestionanti, Teofillina, iMAO, Anfetamine	Effetti stimolanti sul SNC	<b>ALTO</b>
<b>Parkinson</b>	Metoclopramide, Antipsicotici tipici	Effetti antidopaminergici/colinergici	<b>ALTO</b>
<b>Disturbi cognitivi</b>	Barbiturici, Anticolinergici, Miorilassanti, Stimolanti del SNC	Alterazioni del SNC	<b>ALTO</b>
<b>Depressione</b>	Uso prolungato di Benzodiazepine, Metildopa, Reserpina	Può generare o aggravare la depressione	<b>ALTO</b>
<b>Anoressia e malnutrizione</b>	Stimolanti del Sistema Nervoso Centrale	Soppressione dell'appetito	<b>ALTO</b>
<b>Sincopi o lipotimie</b>	Benzodiazepine a breve o intermedia durata d'azione, antidepressivi triciclici	Possono produrre atassia, disturbi psicomotori, sincope, cadute	<b>ALTO</b>
<b>Siadh (sindrome da inappropriata secrezione di adh) / iponatremia</b>	SSRI	Possono causare o aggravare la SIADH	<b>BASSO</b>
<b>Obesità</b>	Olanzapina	Può stimolare l'appetito e aumentare il peso	<b>BASSO</b>
<b>Bpco</b>	Benzodiazepine a lunga durata d'azione, $\beta$ -bloccanti	Effetti collaterali a carico del SNC. Possono indurre depressione o aggravare la depressione respiratoria	<b>ALTO</b>
<b>Costipazione cronica</b>	Calcioantagonisti, Anticolinergici, Antidepressivi triciclici	Possono aggravare la costipazione	<b>BASSO</b>

## PARTE II

# Criteri integrati

### A) FARMACIDIUSOPOTENZIALMENTE INAPPROPRIATO NELL'ANZIANO IN CONSIDERAZIONE DELLA DIAGNOSI

	FARMACO	MOTIVO DI INAPPROPRIATEZZA	FONTE
<b>Scompenso cardiaco</b>	Disopiramide e farmaci ad alto contenuto di sodio arginato, bicarbonato, bifosfonato, citrato, fosfato, salicilato e solfato	Effetto inotropo negativo, possibile ritenzione idrica e peggioramento dello scompenso cardiaco	<b>B</b>
	Diltiazem o Verapamil in SC classe NYHA III e IV	Possibile aggravamento dello SC	<b>SS</b>
	NSAIDs	Possibile aggravamento dello SC	<b>SS / ML WW</b>
	Indometacina a lungo termine	Possibile ritenzione idrica	<b>ML</b>
	Testosterone	Può favorire la ritenzione idrica e il rialzo pressorio	<b>WW</b>

<b>Aritmie e disturbi di conduzione cardiaca</b>	Antidepressivi triciclici	Peggioramento conduzione cardiaca, effetti proaritmici	<b>B / SS ML</b>
	Teofillina	Rischio proaritmico	<b>NO</b>
	Sotalolo	Rischio proaritmico	<b>NO</b>
	Antipsicotici	Possibile prolungamento del tratto QT	<b>WW</b>
	-bloccanti in associazione con calcio-antagonisti	Aumentato rischio di BAV e cardiodepressione	<b>NO</b>
<b>Insufficienza renale</b>	Digossina a lungo termine ad alte dosi (>0,125 mg)	Aumentato rischio di tossicità	<b>SS</b>
	FANS	Rischio di peggioramento dell'insufficienza renale cronica e di ritenzione idrica, in particolare se associati ad ACE-inibitori	<b>SS / ML NO / WW</b>
	ACE-inibitori	Possibile peggioramento della funzione renale	<b>WW</b>
	Aminoglicosidi	Possibile peggioramento della funzione renale	<b>WW</b>
<b>Ipertensione e ipotensione</b>	FANS in ipertensione moderata/grave	Rischio di peggioramento dell'ipertensione	<b>SS / ML WW</b>
	Urapidil e Prazosina (antipertensivi)	Possibile ipotensione posturale	<b>LA</b>
	Antidepressivi triciclici per depressione	Per il loro potente effetto anticolinergico possono favorire l'ipotensione ortostatica	<b>WW</b>
	Clonidina	Agendo a livello centrale sui recettori $\alpha_2$ , può causare ipotensione ortostatica	<b>WW</b>
	L-Dopa nella Malattia di Parkinson	Agendo a livello centrale sui recettori $\alpha_2$ , può causare ipotensione ortostatica	<b>WW</b>
<b>Diabete mellito</b>	$\beta$ -bloccanti in diabete mellito con frequenti episodi di ipoglicemia (>1/mese)	Rischio di mascherare i sintomi di ipoglicemia	<b>SS</b>
	Corticosteroidi a lungo termine per trattare BPCO	Possibile peggioramento del compenso glucidico	<b>ML WW</b>
<b>Ulcere gastriche e duodenali</b>	Aspirina senza antagonisti recettoriali banti-H2 o inibitori di pompa protonica	Aumentato rischio di emorragie	<b>B SS</b>
	NSAIDs	Aumentato rischio di ricorrenza dell'ulcera peptica	<b>B / ML SS / WW</b>
	Indometacina a lungo termine	Possibile gastropatia	<b>ML</b>
<b>Epilessia</b>	Fenotiazine	Possibile abbassamento della soglia convulsivante	<b>SS</b>
	Clozapina, Clorpromazina, Tioridazina, Tiotixene	Possibile abbassamento della soglia convulsivante	<b>B</b>
<b>Difetti nella coagulazione del sangue e terapie anticoagulanti</b>	fANS, Aspirina, Dipyridamolo, Ticlopidina, Clopidogrel	Possibile aumento dell'INR, inibizione della aggregazione piastrinica	<b>B LA WW</b>
<b>Storia clinica di gotta</b>	Diuretici tiazidici	Possibile peggioramento della gotta	<b>SS WW</b>
<b>Bpco</b>	$\beta$ -bloccanti non cardioselettivi	Possibile aumentato broncospasmo	<b>B / SS ML / WW</b>
<b>Stipsi cronica</b>	Antidepressivi Triciclici con oppiacei e bloccanti del canale del calcio	Rischio di stipsi grave	<b>B SS</b>
	Antimuscarinici	Rischio di peggioramento della stipsi	<b>B / SS LA / WW</b>
	Antidepressivi triciclici	Possibile peggioramento della stipsi	<b>SS / WW</b>
	Ossibutinina	Rischio di peggioramento della stipsi	<b>WW</b>
	Narcotici	Rischio di peggioramento della stipsi	<b>WW</b>
	Sali di ferro	Probabile peggioramento della stipsi	<b>WW</b>

	Bloccanti del canale del Calcio	Possibile peggioramento della stipsi	<b>B / SS WW</b>
<b>Demenza e disturbi cognitivi</b>	Antidepressivi triciclici	Rischio di peggioramento dei deficit cognitivi	<b>B / SS NO / WW</b>
	Antistaminici (I° generazione)	Sedazione e possibile peggioramento dei deficit cognitivi	<b>NO WW</b>
	Antimuscarinici (Atropina, Metilbromuro, Scopolamina, Prifinio bromuro, Pirenzepina, Trimebutina) ad es. nel caso di iperattività vescicale o diarrea persistente	Rischio di peggioramento del deficit cognitivo, della confusione e dell'agitazione	<b>B SS ML LA WW</b>
	Opiacei (eccetto che nelle cure palliative o nel controllo del dolore moderato-grave)	Rischio di peggioramento dei sintomi cognitivi	<b>SS</b>
	Benzodiazepine	Rischio di peggioramento dei sintomi cognitivi, aumentato rischio di cadute	<b>ML / LA WW</b>
	Barbiturici	Alterazione del Sistema Nervoso Centrale	<b>B WW</b>
	Metoclopramide	Rischio di peggioramento dei sintomi cognitivi	<b>WW</b>
	Ciclobenzaprina per trattare gli spasmi muscolari	Sonnolenza, deficit cognitivo e disorientamento	-
	Prescrizione contemporanea di 3 o più farmaci con azione centrale (analgesici, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine ecc.)	Rischio di peggioramento dei sintomi cognitivi	<b>NO</b>
	Antipsicotici (Clorpromazina, Tioridazina)	Per il loro potente effetto anticolinergico possono favorire confusione mentale e deficit cognitivi	<b>WW</b>
	Stimolanti del Sistema Nervoso Centrale (Destroanfetamina, Metilfenidato, Metanfetamina, Pemolina)	Alterazione del Sistema Nervoso Centrale	<b>B</b>
<b>Malattia di Parkinson e parkinsonismi</b>	Proclorperazina o Metoclopramide	Rischio di peggioramento dei sintomi motori	<b>SS WW</b>
	Antipsicotici (soprattutto di I° generazione)	Effetti antidopaminergici e colinergici	<b>B / NO WW</b>
	Farmaci anticolinergici per prevenire gli effetti extrapiramidali da antipsicotici	Possono causare agitazione, delirio e deficit cognitivo	<b>ML</b>
<b>Insomnia</b>	Decongestionanti, Teofillina, Metilfenidato, I-MAO, Teofillina e Anfetamine	Effetti stimolanti sul Sistema Nervoso Centrale	<b>B WW</b>
	Risperidone	Può causare insomnia	<b>WW</b>
<b>Depressione</b>	Uso cronico di Benzodiazepine	Possibile peggioramento della depressione	<b>B</b>
	Agenti simpaticolitici (Metildopa, Reserpina, Guanetidina)	Possibile peggioramento della depressione	<b>B WW</b>
<b>Anoressia malnutrizione</b>	Stimolanti del Sistema Nervoso Centrale (Destroanfetamina, Metilfenidato, Metanfetamina, Pemolina, Fluoxetina)	Riduzione dell'appetito	<b>B</b>
<b>Glaucoma</b>	Farmaci Antimuscarinici	Rischio di peggioramento acuto del glaucoma	<b>SS LA</b>
	Ipratropio in soluzione da nebulizzare	Possibile peggioramento del glaucoma	<b>SS</b>
	Antidepressivi triciclici	Probabile peggioramento del glaucoma	<b>SS / ML WW</b>
<b>Ritenzione o incontinenza urinaria</b>	Antidepressivi triciclici	Rischio di ritenzione urinaria per peggioramento dell'ostruzione in caso di IPB	<b>B / SS ML</b>



	Antimuscarinici e Antistaminici	Rischio di peggioramento della ritenzione di urine	<b>B / SS LA / WW</b>
	Antispastici gastrointestinali, Ossibutidina, Flavossato, Decongestionanti, Tolerodina	Possibile diminuzione del flusso urinario e ritenzione urinaria	<b>B WW</b>
	Benzodiazepine	Possibile peggioramento dell'incontinenza	<b>B</b>
	Antistaminici	Con il loro effetto anticolinergico possono favorire la ritenzione urinaria	<b>WW</b>
	Urapidil e Prazosina (antipertensivi)	Aggravamento dell'incontinenza urinaria	<b>MA</b>
	Alfa-bloccanti e Benzodiazepine a lunga durata d'azione in maschi con frequente incontinenza urinaria	Aumento della frequenza urinaria e peggioramento dell'incontinenza	<b>B / SS LA / WW</b>
<b>Artrite reumatoide e osteoartrite</b>	Corticosteroidi a lungo termine (>3 mesi) in monoterapia	Rischio di maggiori effetti avversi per l'uso di corticosteroidi per via sistemica	<b>SS</b>

### LEGENDA

<b>B</b>	Criteri di Beers
<b>SS</b>	Criteri STOPP
<b>ML</b>	Criteri di McLeod
<b>LA</b>	Criteri di Laroche
<b>NO</b>	Criteri Norgep
<b>WW</b>	Criteri di Winit-Watjana
<b>FANS, NSAIDS</b>	Farmaci antiinfiammatori non steroidei
<b>BPCO</b>	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
<b>SC</b>	Scompenso cardiaco
<b>IPB</b>	Ipertrafia prostatica benigna

### Bibliografia

(1) GURWITZ J.H., *Polipharmacy: a new paradigm for quality drug therapy in the elderly*. Arch. Intern. Med., 164, 1957-1959, 2004.

(2) KAUFMAN D.W., KELLY J.P., ROSENBERG L. et al., *Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey*. JAMA, 287, 337-344, 2002.

(3) HANLON J.T., SCHMADER K.E., KORONKOWSKI M.J. et al., *Adverse drug events in high risk older outpatients*. J. Am Geriatr Soc., 45, 945-948, 1997.

(4) SLABAUGH S.L., MAIO V., TEMPIL M., ABOUZAIID S., *Prevalence and risk of polypharmacy among the elderly in an outpatient setting: a retrospective cohort study in the Emilia-Romagna region, Italy*. Drugs Aging, 27 (12), 1019-1028, 2010.

(5) RICHMOND C., *Obituaries*. Mark Howard Beers. BMJ, 339, 49, 2009.

(6) BEERS M.H., AVORN J. et al., *Psychoactive Medication Use in Intermediate-Care Facility Residents*. JAMA, 260 (20), 3016-3020 1988.

(7) BEERS M.H., MUNEKATA M., STORRIE M., *The accuracy of medication histories in the hospital medical records of elderly persons*. J. Am Geriatr Soc., 38 (11) 1183-1187, 1990.

(8) BEERS M.H., OUSLANDER J.G., ROLLINGER I., et al., *Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents*. Arch Intern Med, 151 (9), 1825-1832, 1991.

(9) FICK D.M., COOPER J.W., WADE W.E. et al., *Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Results of a US Consensus Panel of Experts*. Arch Intern Med, 163, 2716-2724, 2003.

(10) MCLEOD P.J., HUANG A.R., TAMBLYN R.M. et al., *Defining inappropriate practices in prescribing for older people: a national consensus panel*. CMAJ, 156 (3), 385-391, 1997.

(11) RANCOURT C., MOISAN J., BAILLARGEON L. et al., *Potentially inappropriate prescriptions for older patients in long-term care*. BMC Geriatrics 2004, 4:9. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/9>.

(12) LA ROCHE M.L., CHERMES J.P., MERLE L., *Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list*. Eur J. Clin Pharmacol, 63 (8), 725-731, 2007.

(13) GALLAGHER P., RYAN C., BYRNE S. et al., *STOPP (Screening Tool to alert doctors to right treatment). Consensus validation*. Int J Clin Pharmacol Ther, 46 (2), 72-83, 2008.

(14) WINIT-WATJANA W., SAKULRAT P., KESPICHAYAWAT-TANA J., *Criteria for high-risk medication use in Thai older patients*. Arch Gerontol Geriatr, 47 (1), 35-51, 2008.

(15) Rognstad S., BREKKE M., FETVEIT A. et al., *The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients: a modified Delhi study*. Scand J Prim Health Care, 27 (3), 152-159, 2009.

(16) AKAZAWA M., IMAI H., IGARASHI A., TSUTANI K., *Potentially inappropriate medication use in elderly Japanese patients*. Am J Ger Pharm, 8 (2), 146-157, 2010.

(17) BUDNITZ D.S., SHEHAB N. et al., *Medication use leading to Emergency Department visits for adverse drug events in older adults*. Ann Intern Med, 147 (11), 755-765, 2007.

# Può esistere l'ospedale organizzato per intensità di cura senza il dipartimento?



Costantino Troise, direttore dell'Unità Operativa di Allergologia e Direttore del Dipartimento di Medicina Generale e Malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova.

**N**egli ultimi tempi assistiamo, in troppe Regioni per essere un caso, a un fervore di iniziative in tema di innovazioni organizzative in sanità. Uno sforzo di ingegneria che nasce da importanti determinanti sociali e demografici, dalla transizione epidemiologica ad un soggetto di cura con aspettative diverse rispetto ai servizi offerti, e comincia a impattare fortemente il lavoro e il ruolo dei medici ospedalieri costituendo anche occasione e pretesto per una redistribuzione di competenze tra professionisti.

È bene premettere che noi non crediamo sia in atto un complotto ordito da un grande vecchio contro i medici perché riconosciamo gli ostinati processi, strutturali e sovrastrutturali, che spingono nella direzione del cambiamento. Compresi i segni di una sfiducia generalizzata dei cittadini verso il servizio sanitario ed i suoi attori registrata dal rapporto Eurispes 2011.

La verità è che, dopo trent'anni, il Servizio sanitario italiano comincia a scricchiolare ed è sempre più evidente lo scollamento tra aspettative dei cittadini ed offerta sanitaria.

Quest'ultima è considerata nel complesso di buona qualità, anche in rapporto a costi largamente al di sotto della media OCSE, ma da tempo incapace di migliorare, come se si fosse attestata in una mediocre stabilità. Per di più, le Regioni sono impegnate in larga parte del Paese in piani di rientro non certo neutrali rispetto alla quantità e qualità dei servizi sanitari ed il sistema è afflitto da una persistente inadeguatezza organizzativa ed iniquità di accesso, visto che nei fatti si raziona occultamente la domanda sanitaria smistando una quota importante di utenti verso un privato che oggi copre il 25% della spesa con un trend in crescita, anche come numero di produttori.

Ma è innegabile che una spinta forse decisiva, ancorché non sempre dichiarata, sia rappresentata dalla fatale, e illusoria attrazione, verso una sanità *low cost*, che nel modello di ospedale ad intensità di cure, o complessità assistenziale, oggi di moda, vede una delle diverse modalità di *tank shifting*, di

trasferimento cioè, di settori e segmenti di attività da fattori produttivi ad alto costo, a fattori a basso costo.

COSTANTINO TROISE

Segretario Nazionale Anaa Assomed

L'ospedale organizzato per intensità di cure realizza un cambio di paradigma organizzativo dei luoghi della salute che porta con sé, effetto collaterale ma non sgradito ai decisori, anche una redistribuzione delle competenze tra professionisti, in una situazione in cui già il cambiamento rende più incerti i confini tra le professioni.

I grandi cambiamenti producono inevitabilmente conflitti e tensioni. Proprio per questo, un modello che voglia ridisegnare una nuova logistica e nuovi meccanismi organizzativi, non si può sottrarre all'obbligo di reclutare le intelligenze professionali alla logica ed alla cultura del cambiamento, anche perché si vanno a riassemblare aspettative, comportamenti e legittimi interessi delle figure professionali coinvolte. Occorre passare dalla cruna di questo ago esplicitando anche il *trade off* dell'innovazione sull'efficacia e sulla sicurezza delle cure. Senza trascurare l'obbligo di definire in maniera chiara i profili di responsabilità, anche per l'aspetto medico-legale, e di assicurare la necessaria trasparenza nei confronti degli utenti.

In una epoca di identità confuse e appartenenze incerte occorre evitare, nell'attribuzione delle nuove competenze, sia di alimentare la paura dell'"altro", sia di precipitare in una sorta di manicomio babilonico dove linee professionali e gestionali, in nome della reciproca autonomia, funzionino a canna d'organo. I processi di cura, e anche quelli di gestione, hanno bisogno di conduzioni unitarie. Non appare eliminata insomma, la necessità di una nuova centralità che, per il ruolo e la responsabilità nella diagnosi e nella terapia, non può essere costruita che intorno al medico, mediatore unico tra malato e malattia, in grado di garantire l'efficacia senza la quale non c'è efficienza, titolare di un duplice ruolo di garanzia verso lo Stato e verso il paziente. I medici, comunque, non possono essere confinati nella cittadella delle competenze cliniche, espulsi dai ruoli organizzativi e gestionali, svuotandone la funzio-

ne dirigenziale dopo tanti sforzi e processi formativi che spingevano in senso contrario.

Forti di questa consapevolezza non intendiamo sfuggire alle sfide capaci di produrre miglioramenti di efficacia e sicurezza del sistema, anche per cercare un riposizionamento della professione nel *core* dei processi decisionali dai quali risulta, anche per effetto del declino della dominanza professionale e dello smarrimento della stessa identità, sempre più emarginata. Rilanciando il modello dipartimentale

come sede del governo clinico delle attività sanitarie, dalla formazione alla sicurezza, della loro organizzazione e responsabilità gestionale.

Governare il cambiamento per riallineare l'organizzazione ai bisogni diversi espressi dalla società e dagli operatori per non subirlo, è un compito cui non possiamo sottrarci, ma chi amministra sappia che nessun modello organizzativo potrà produrre risultati positivi senza i medici e contro i medici.

TM



Alessandro Rosselli è direttore del dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Specialista in Medicina interna, da molti anni si occupa della creazione e dello sviluppo della Medicina di emergenza. È responsabile del gruppo per il miglioramento del Pronto Soccorso della Regione Toscana.

# Quale soddisfazione professionale per il medico di urgenza?

## Un problema concreto dell'organizzazione sanitaria

**C**hi ha studiato medicina e poi si è affacciato alla professione si rende velocemente conto di quali siano i motivi che rendono il nostro lavoro affascinante e potenzialmente ricco di soddisfazioni.

Al centro della soddisfazione professionale sta la costruzione del rapporto con il malato, sia nel breve tempo del ricovero che in quello più lungo dei rapporti ambulatoriali o a domicilio. Si crea un legame che spesso, forse ora meno che negli anni passati, è foriero di gratitudine e riconoscenza, sentimenti che si manifestano, più o meno direttamente, nel messaggio che il tuo intervento medico è servito a dare o recuperare benessere. Ne segue una fiducia che resta nel tempo, se non vengono a incrinarla fatti imprevedibili e imprevedibili, e che spesso fa ricercare quel medico ogni volta che si ripresenti al paziente un problema di salute. Il medico si sente riaffermato nella sua funzione e ricava incoraggiamento in un lavoro che non poche volte, per le difficoltà intrinseche e il cumulo di sofferenze che lo circonda, pone seri problemi di tranquillità interiore.

La tradizionale catena della soddisfazione professionale (incontro, costruzione di un rapporto, atto medico, verifica dello stato di salute a distanza nel tempo, gratitudine/riconoscenza) non è del medico di emergenza-urgenza. Per lui esistono solo l'incontro sporadico e l'atto diagnostico-terapeutico e, non poche volte, non c'è neanche la verifica dell'impatto

del suo agire sulla salute del paziente. Spesso il medico d'urgenza è all'inizio di una catena assistenziale che comprende altri segmenti che, alla fine, fanno passare in secondo piano il suo pur efficace lavoro.

### Due storie fra le tante:

**1)** *Giunge al Pronto Soccorso, alle 23.27 di un giorno qualsiasi, una donna di 36 anni per insorgenza nel pomeriggio di improvviso dolore addominale e successiva grave ipotensione. La paziente, in giornata, era stata sottoposta a intervento ginecologico in isteroscopia presso altro ospedale.*

*È triagiata come codice rosso e visitata immediatamente. È posta diagnosi da parte del medico di Medicina d'Urgenza di **shock emorragico da emoperitoneo** in base ai dati clinici e ecografici (eco-fast).*

**Alle 24** *la paziente esce dal DEA per essere sottoposta a intervento chirurgico di isterectomia. Ha un decorso postoperatorio regolare ed esce in buone condizioni dall'ospedale dopo una settimana.*

*Trascorsi altri sette giorni arriva alla Direzione sanitaria di presidio una lettera di caloroso ringraziamento per l'assistenza ricevuta, così concepita:*

- *Un ringraziamento al mio eroe personale, il super dr. A.F. (chirurgo-ginecologo) per la sua professionalità di eccellenza e la passione che mette nel suo lavoro.*

- *Un grazie al dr C.C. (altro chirurgo-ginecologo) che mi ha accompagnato per tutto il percorso e mi ha fatto sentire un po' speciale...*

- *Un grazie al dr U.B. (anestesista) per il team che ha creato e affiatato, pieno di passione e soprat-*

ALESSANDRO ROSSELLI

Direttore Dipartimento di Emergenza-Urgenza,  
Azienda Sanitaria Firenze



tutto altamente professionale.

- Una parola di apprezzamento speciale per gli infermieri della Chirurgia d'urgenza (vengono nominati uno a uno).

- Un grazie agli operatori del Pronto Soccorso.

2) Alle tre di una notte arriva in Pronto Soccorso un paziente, con mezzo proprio, che riferisce la comparsa da diverse ore di una sintomatologia caratterizzata da nausea intensa. Mentre sta riferendo all'infermiere al Triage i suoi dati cade a terra in preda a crisi epilettica generalizzata. Il medico d'urgenza, non senza qualche difficoltà (il paziente era completamente vestito e corredato di cravatta) riesce a rilevare l'assenza di polso carotideo e con l'aiuto degli infermieri inizia immediatamente rianimazione cardiopolmonare. Viene posizionata una vena e applicato il monitor che mostra una **fibrillazione ventricolare**. In seguito a cardioversione elettrica prontamente eseguita si ripristina un ritmo sinusale e il paziente riprende coscienza. L'elettrocardiogramma mette in evidenza un **infarto miocardico acuto** (a ST sopralivellato) e il paziente viene inviato in sala di emodinamica in altro presidio ospedaliero dove è rilevata ostruzione completa a sede prossimale dell'arteria interventricolare anteriore e trattato con angioplastica e stenting. Dopo circa due ore rientra in Pronto Soccorso in condizioni cliniche stabili e asintomatico. Alle 5 del mattino si ricovera in UTIC.

Tre giorni dopo viene dimesso e, in tale circostanza, organizza un rinfresco per esprimere la propria gratitudine ai medici e agli infermieri della terapia intensiva cardiologica dell'ospedale nel quale ha trascorso i giorni di degenza.

Risulta evidente in entrambe le storie come il medico d'urgenza abbia operato con grande prontezza e abilità e che la vita dei nostri due pazienti sia dipesa fondamentalmente dal suo intervento, senza il quale non si sarebbe potuto procedere nel successivo corretto percorso assistenziale.

I due pazienti, però, nella loro gratitudine, trascurano l'anello principale della loro "rinascita". Una frettolosa menzione generica e generale nel primo caso, addirittura omissione e silenzio nel secondo caso.

Ma nessuno si meraviglia. È così da molti anni nel senso comune. Il medico di Pronto Soccorso è un medico che non ha un reparto, non ha letti, smista e chiama nei casi importanti il "vero" medico specialista. Forse un tempo la realtà si avvicinava a questa visione. Medici di tutti i tipi e specialità, scarsamente motivati e obbligati, si avvicendavano nelle guardie di Pronto Soccorso con lo scopo principale di passare il turno di guardia e lasciare "la palla" al collega successivo. Magari per andare a fare il lavoro vero nelle corsie o negli ambulatori.

Ma negli ultimi 15 anni la situazione è radicalmente cambiata. In Pronto Soccorso ci sono medici che hanno scelto nella maggior parte dei casi di fare questo lavoro e si sono adoperati per costruire una preparazione culturale e professionale specifica che l'assenza, fino a due anni fa, di una scuola di specializzazione non garantiva loro.

Il lavoro in Pronto Soccorso è cambiato: è divenuto più difficile e faticoso. Al medico si richiede: stabilizzazione dei pazienti critici, decisioni di ricovero in modo appropriato, gestione di una casistica minore numerosa e varia, capacità relazionali con la massa di umanità di tutti i tipi che giornalmente affluisce in Pronto Soccorso, portatrice delle più svariate richieste assistenziali. Non è questa la sede per esaminare i motivi che hanno contribuito ai profondi cambiamenti nel ruolo e nell'attività del Pronto Soccorso. Qui interessa una riflessione a partire da un preciso e insistente interrogativo: come può un medico svolgere per tutta la sua carriera un ruolo così impegnativo, privato com'è dalla tradizionale catena della soddisfazione professionale? Non voglio neanche considerare gli aspetti normativi che attualmente equiparano in tutto e per tutto il lavoro in Pronto Soccorso con gli altri lavori senza riconoscerne una specificità di alcun tipo. Voglio riflettere esclusivamente, in modo non retorico, su quale soddisfazione professionale può avere il medico di Pronto Soccorso, senza la quale non si può durare a fare questo lavoro.

Non ci sono facili risposte. Forse bisognerà aspettare i primi specialisti "ufficiali" in medicina d'emergenza-urgenza per capire meglio il problema. Attualmente credo che la soddisfazione più importante per chi lavora in Pronto Soccorso sia quella di vedere il proprio lavoro inserito in un contesto che lo rispetta e lo facilita. "Fare presto, bene e vedere il Pronto Soccorso senza mai affollamento da stagnazione dei pazienti" è la parola d'ordine sulla quale lavorare. Certo, il medico avrà anche la soddisfazione personale di vedere il paziente che grazie alla sua diagnosi e terapia viene fuori da una difficile situazione clinica, ma difficilmente sarà il paziente a esprimergli risultato e gratitudine. È come se il medico di Pronto Soccorso fosse una sorta di medico collettivo (è difficile immaginarlo per chi fa medicina clinica) che ricava la soddisfazione da una sensazione di buon andamento delle cose nel loro complesso, dove la salute del singolo paziente non è mai disgiunta da quella degli altri pazienti che contemporaneamente sono affidati alle sue cure. La capacità di mantenere efficiente l'organizzazione del lavoro, di distribuire equamente e diversamente le risorse assistenziali a seconda dei diversi bisogni sono requisiti professionali altrettanto importanti del conoscere la medicina. Un vero medico pubblico nell'accezione migliore del termine, che ha bisogno di essere considerato per l'alta qualificazione del suo lavoro. Perché la soddisfazione è fondamentale ma non sufficiente per proseguire 40 anni in un impegno tanto difficile e usurante.

*Post scriptum.* A sottolineare l'importanza del problema esaminato, è da notare come quasi il 20% dei medici di PS certificati in medicina d'emergenza-urgenza, nel periodo 2004-2009, con il Corso organizzato dalla Regione Toscana in collaborazione con le Università di Firenze e di Harvard, non lavorino oggi più nel settore dell'emergenza. **TM**



E. Tarabelli è specialista in Radiodiagnostica nell'U.O. Radiologia dell'Ospedale Versilia e dal 2004 fa parte dell'Équipe di Interventistica Osteoarticolare che esegue interventi sotto guida ecografica nelle tendinopatie calcifiche dolorose di spalla, nelle sindromi dolorose canalari (conflitto subacromiale e De Quervain nella mano) ed infiltrazioni intra-articolari di acido ialuronico.

# Tendinopatia calcifica sintomatica della cuffia dei rotatori

**L**a tendinopatia calcifica è una malattia con prevalenza nella III, IV e V decade di vita.

fase di formazione della calcificazione, generalmente asintomatica.

Successivamente, in un arco temporale variabile

e imprevedibile si ha una fase di riassorbimento, in cui la calcificazione diventa edematosa "molle", si frammenta con dispersione del suo contenuto all'interno del tendine e

E. TARABELLI, I. BURRELLI, R. GIULIANI,  
P. VAGLI\*, C. VIGNALI  
UOC Radiologia USL 12 Viareggio  
\* UO Radiologia Diagnostica e Interventistica-Università di Pisa

È presente, in modo asintomatico, in una percentuale variabile dal 3 al 30%.

È molto rara al di sotto dei 20 e oltre i 70 anni.

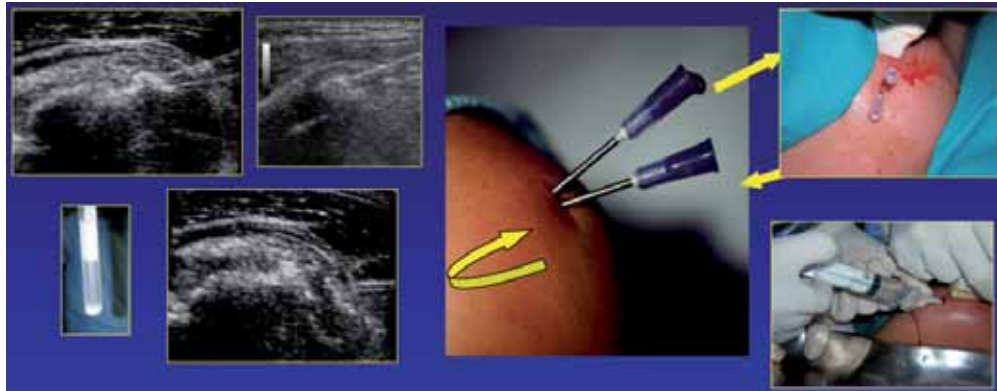
Il tendine della cuffia dei rotatori interessato con maggior frequenza è il sovraspinato (80%), il sottospinato (15%) e il sottoscapolare (5%).

L'eziopatogenesi della tendinopatia calcifica non è completamente nota.

Dalla letteratura si evince che la calcificazione passa attraverso varie fasi evolutive con una prima

dopo aver perforato la borsa subacromion-deltaoidea, nella borsa stessa.

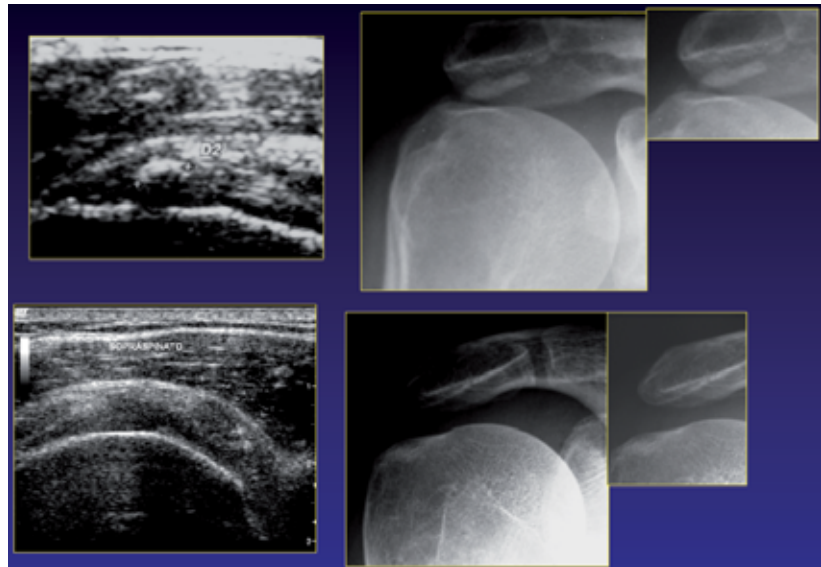
È questa la fase che ha rilevanza clinica e in cui compaiono i sintomi con algie, anche violente, con maggiore intensità notturna associate a riduzione della motilità articolare. Nell'arco della sua evoluzione fisiologica la tendinopatia calcifica presenta una risoluzione spontanea con tempo variabile da



Infissione intracalcifica a mano libera di 2 aghi da artrocentesi da 18 G in modo che le punte siano affrontate per permettere il lavaggio continuo con soluzione isotonica fino alla aspirazione subtotale della calcificazione.



12-24 mesi  
Per accertare la scomparsa o le modificazioni numeriche o morfologiche delle calcificazioni trattate.



Calcificazione a guscio di 10mm nel sopra-spinato. Controllo RX-US a 12 mesi calcificazione scomparsa.

alcuni mesi a dieci anni.

Le calcificazioni asintomatiche e che non determinano impotenza funzionale non devono essere trattate, mentre diventa necessario e urgente il trattamento nella fase di riassorbimento con la comparsa di crisi iperalgiche con grave impotenza funzionale.

La procedura viene eseguita sotto guida ecografica con l'utilizzo di una sonda lineare ad alta risoluzione da due operatori medici radiologi e in condizioni di perfetta sterilità (il campo di lavoro deve seguire rigorosamente le comuni regole del campo sterile).

La procedura inizia con la visualizzazione ecografica della calcificazione, viene eseguita anestesia sottocutanea, lungo il tragitto degli aghi, a livello della borsa e in sede pericalcifica, vengono poi introdotti due aghi 18G e localizzati all'interno della calcificazione. Una siringa da 20 ml piena di soluzione fisiologica salina viene collegata a uno degli aghi e introdotta nella sede della calcificazione e fuoriesce dall'altro ago, portandosi dietro il materiale calcifi-



Équipe Interventistica Osteoarticolare: Dr E. Tarabelli, I. Burrelli, R. Giuliani che opera nell'U.O. Radiologia dell'Ospedale Versilia dal 2004, eseguendo interventi sotto guida ecografica nelle tendinopatie calcifiche dolorose di spalla, nelle sindromi dolorose canalari (conflitto sottoacromiale nella spalla e De Quervain nella mano) ed infiltrazioni intraarticolari di acido ialuronico.

co; questa fase di lavaggio viene ripetuta più volte, controllando sotto guida ecografica il risultato.

Al termine del lavaggio uno degli aghi viene estratto mentre l'altro viene utilizzato per introdurre acido ialuronico a livello del guscio calcifico che viene successivamente riassorbito spontaneamente e nella borsa SAD dove viene introdotto anche un cortisonico a lento rilascio per avere un effetto antiinfiammatorio locale e anche per prevenire l'insorgenza di borsite adesive, in relazione al riassorbimento di residui calcifici nella borsa stessa.

L'introduzione di acido ialuronico nella sede della calcificazione ha anche il fine di prevenire nuova deposizione di sali di calcio.

Al termine della procedura viene applicato localmente del ghiaccio secco e il paziente viene tenuto sotto osservazione per circa 30 minuti e poi dimesso; un altro importante prescrizione è la somministrazione di antibiotico a largo spettro per almeno tre giorni; in genere la terapia antibiotica viene iniziata la sera precedente l'intervento.

Viene inoltre consigliata anche l'esecuzione di un ciclo di fisioterapia al fine di favorire una corretta ripresa dell'attività muscolare della cuffia dei rotatori.

La nostra esperienza ha inizio nel 2004 e vede il trattamento di circa 1000 pazienti con risultati clinici e funzionali soddisfacenti nel 90% dei casi.

In un 8% dei casi si hanno come sequele delle borsiti post procedurali, legate al riassorbimento di materiale calcifico all'interno della borsa e che vengono trattati con risultati clinici ottimali con infiltrazione eco-guidata nella borsa di acido ialuronico e cortisonico: In un 2% dei casi risulta necessario un ritrattamento per la presenza di significativi residui calcifici a livello dei tendini della cuffia.

I nostri risultati sono in linea con gli studi eseguiti da altri centri di riferimento, in particolare il gruppo del Prof. Serafini dell'Ospedale di Santa Corona di Pietra Ligure.

Sulla base della nostra esperienza, in accordo anche con i dati tratti dalla letteratura, il trattamento percutaneo ecoguidato viene ad assumere una posizione di *gold standard* nelle tendinopatie calcifiche sintomatiche della cuffia dei rotatori.

TM





Giuseppe Ficarra, laurea in Medicina 1977 - Padova. 1985-7 :Research Fellow Division of Oral Pathology -U. of California di San Francisco; 1990 -2: Visiting Professor U. of Texas, Houston e UCLA. Responsabile Centro di Riferimento Malattie Orali, AUOC, Careggi. Docente di Patologia Orale Scuola di Specializ Chirurgia Orale e ORL-U. di Firenze. Ha pubblicato 150 lavori e un "Manuale di Patologia e Medicina Orale"-Mac-Graw Hill-Milano (3a Edizione 2006).

# La diagnosi precoce del carcinoma orale

**L**a diagnosi precoce del carcinoma orale ha un'importanza fondamentale per la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti. La sopravvivenza globale (a 5 anni) dei pazienti rimane sul 50% ed è rimasta invariata negli ultimi 40 anni. Le ragioni sono riconducibili a ritardi o errori diagnostici da parte del medico o per noncuranza o sottovalutazione dei sintomi orali da parte dello stesso paziente. Lo sviluppo del carcinoma orale è preceduto

spesso da lesioni precancerose identificabili come placche bianche o aree rosse definite come leucoplachie ed eritroplachie. Al momento della prima diagnosi il 16-62% dei carcinomi orali è associato con queste lesioni.

## La Leucoplachia

La leucoplachia, secondo la definizione dell'OMS, è una placca bianca non classificabile né da un punto di vista clinico né da un punto di vista istopatologico; da ciò si evince che la diagnosi definitiva della leucoplachia si basa sulla esclusione di altre lesioni orali. Si osserva in circa il 3% di individui adulti con una preferenza per il sesso maschile oltre i 40 anni. Il

picco di prevalenza è intorno ai 60 anni; nell'1%-8% dei casi la leucoplachia si sviluppa, rispettivamente, sotto i 30 anni e intorno ai 70 anni.

Il fumo, la masticazione del tabacco e l'abuso di sostanze alcoliche sono le cause più frequenti della leucoplachia. In Asia la masticazione delle foglie di betel insieme a tabacco e noce di arca rappresentano altri fattori significativi. Il ruolo del trauma nella genesi della leucoplachia (e del carcinoma orale) non è mai stato dimostrato in maniera certa.

Le sedi più comuni sono: la mucosa vestibolare, il pavimento, la zona retro-commissurale, i bordi laterali e il ventre linguale e la gengiva. Le lesioni sui margini linguali, sul pavimento orale e sul bordo vermiglio del labbro inferiore sono a maggior rischio di trasformazione. La leucoplachia

presenta una predominanza di colore bianco, perché l'incremento dello strato di cheratina maschera il colorito rosso dei vasi presenti nella sottomucosa. Quando

la lesione assume un colore misto (bianco e rosso) prende il nome di **leuco-eritroplachia o eritro-leucoplachia** (Figura 1). Si distinguono almeno 3 forme cliniche di leucoplachia: la piana omogenea, la verrucosa e la disomogenea (dove fissurazioni si alternano ad aree verrucose o ulcerate). Elementi importanti nella valutazione clinica sono l'aspetto

GIUSEPPE FICARRA, DOMENICO TESI,  
FRANCESCO BENINATI

Centro di Riferimento per lo Studio delle Malattie Orali,  
SOD Odontostomatologia (Dir: Prof. G. Pini Prato),  
AUOC Careggi, Firenze



**Figura 1** - Leuco-eritroplachia della gengiva e fornice superiore destra. Notare la componente rossa e la punteggiatura bianca della gengiva. La biopsia ha messo in evidenza un carcinoma microinvasivo.

verrucoso, lo spessore e il colore rosso che indicano la presenza quasi certa di displasia o di un carcinoma invasivo.

La leucoplachia presenta uno spettro istopatologico molto variabile. La displasia o il carcinoma sono presenti nel 15%-40% circa dei casi. Le lesioni del pavimento orale sono a maggior rischio (43% dei casi) di alterazioni displastiche o maligne. Per le lesioni linguali e labiali il rischio è del 25%. La displasia può essere presente in tutti i tipi di leucoplachia e tende a progredire dalla forma lieve a grave, specie se non vengono rimosse le cause predisponenti.

La **biopsia** della leucoplachia è **sempre obbligatoria** in quanto anche le lesioni di aspetto clinico innocente possono nascondere una displasia grave o un carcinoma. Nel caso di lesioni di ampie dimensioni è prudente fare delle biopsie multiple, cercando di non tralasciare le zone di aspetto verrucoso o quelle in cui predomina il color rosso. Il rischio di trasformazione neoplastica della leucoplachia varia dal 4 al 17% a seconda delle casistiche. La variabilità dipende da numerosi fattori tra cui le popolazioni studiate, i fattori di rischio e le metodologie di studio.

### L'Eritroplachia

Consiste in un'area rossa della mucosa orale, che riflette la presenza di una displasia o di un carcinoma in situ o invasivo. Il termine eritroplachia ricalca quello usato per la "eritroplasia di Queyrat" che descrive una lesione rossa sul pene di soggetti anziani. Secondo l'OMS l'eritroplachia è "un'area rossa non inquadrabile in una condizione clinica conosciuta né da un punto di vista clinico, né da un punto di vista istopatologico". L'eritroplachia è molto rara e si osserva in pazienti anziani forti fumatori o bevitori. Appare come un'area rossa dai contorni indistinti e dalla superficie vellutata (Figura 2). Le sedi più frequenti sono il pavimento

orale, la lingua, il palato molle, l'area retromolare e la mucosa vestibolare. Nell'80-90% dei casi la biopsia rivela una displasia grave o un carcinoma. Il colorito rosso della lesione si spiega con l'assottigliamento degli strati epiteliali e la scomparsa della cheratina fatto, questo, che rende più visibili i vasi della sottomucosa.

### CONCLUSIONI

Il carcinoma della mucosa orale è il tumore maligno più frequente di questo distretto anatomico e rappresenta il 90% di tutti i casi di neoplasie maligne. Il fumo di sigaretta, pipa o sigaro e l'abuso di alcol sono i fattori eziologici principali. Di recente è stato segnalato un ruolo eziologico dell'HPV 16/18 nella genesi dei carcinomi oro-faringei e tonsillari; mentre nei carcinomi di altre sedi il ruolo di questi virus rimane controverso. Di grande rilievo è l'osservazione che l'incidenza di questa neoplasia è in aumento in soggetti giovani, specie di sesso maschile e di età inferiore ai 40 anni. La causa di questo fenomeno è da riferire sia all'abuso di alcol e tabacco, che a fattori di predisposizione genetica o a infezione da HPV 16/18.

Il riconoscimento dei precursori epiteliali e la diagnosi precoce del carcinoma orale rimangono a tutt'oggi presidi fondamentali per garantire il successo terapeutico e il miglioramento delle aspettative e della qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti.

**Per Appuntamenti telefonare al Centro di Riferimento per lo Studio delle Malattie Orali, Clinica Odontoiatrica - AUOC Careggi. Tel. 055-7947401.**

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [g.ficarra@odonto.unifi.it](mailto:g.ficarra@odonto.unifi.it)

TM



**Figura 2** - Eritroplachia del palato molle.



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

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

## Parte II

### ERITEMA MULTIFORME (EM)

Nell'Eritema Multiforme (EM) si ha la comparsa di erosioni e ulcerazioni su cute e mucosa orale, dovute a una reazione autoimmune scatenata da farmaci (sulfamidici, FANS, antibiotici, barbiturici) o episodi recidivanti di herpes orale o genitale. Lo spettro di presentazione clinica è molto vario, partendo da forme lievi, fino ad arrivare a forme anche molto gravi; predilige pazienti giovani (18-40 anni) e il sesso maschile. In molti casi di EM è possibile identificare, nei tessuti lesionali, materiale genetico derivante dall'herpes simplex 1 o 2. Da un punto di vista clinico si distinguono l'EM minore, l'EM maggiore (o sindrome di Stevens-Johnson) e l'epidermolisi tossica.

Nell'EM minore, in genere, le ulcere orali coinvolgono una sola sede mucosa e si accompagnano a faringite, febbre, cefalea e malessere. Questi ultimi sintomi possono insorgere anche 7-10 giorni prima delle ulcere orali. Le ulcere orali, molto dolorose, si sviluppano specie sul palato molle, bordo vermiglio delle labbra (tipicamente crostose), mucosa vestibolare e dorso lingua (**Figura 1**). Le ulcere risparmiano la gengiva fissa e il palato duro e ciò ne permette la diagnosi differenziale dalla gengivostomatite erpetica, anch'essa tipica di soggetti giovani. Sulla cute talvolta si osservano delle caratteristiche lesioni "a coccarda o a bersaglio". Nell'EM maggiore si osservano lesioni oculari con fotofobia e lacrimazione e lesioni genitali. Nell'epidermolisi tossica (Malattia di Lyell) le lesioni mucose e cutanee sono molto estese e danno origine a gravi complicazioni sistemiche, anche letali. La diagnosi di EM si fa con l'anamnesi e la clinica delle lesioni. L'esame istopatologico e la IFD (depositi vascolari di IgM, C3 e fibrina) non sono patognomoniche, ma servono per escludere altre malattie vescicolo-bollose. La terapia delle forme minori lievi può essere affrontata con corticosteroidi topici, ma è l'impiego

del prednisone che determina una remissione rapida delle ulcerazioni orali. Le forme maggiori richiedono farmaci immunosoppressori. Nel caso di EM scatenato dall'herpes simplex ricorrente si utilizza come terapia preventiva l'aciclovir o il valaciclovir.

### PEMFIGOIDE DELLE MEMBRANE MUCOSE (PMM)

Il PMM è una malattia bollosa che colpisce la mucosa orale e congiuntivale e, in casi più rari, quella genitale, nasofaringea, laringea, anale e esofagea. Predilige il sesso femminile, in età

compresa tra 50 e 70 anni. La malattia è causata dalla produzione di autoanticorpi (IgG e IgA) diretti contro proteine strutturali degli emidesmosomi (PBAG2, integrina b4, integrina a6, laminina 5) che, in condizioni normali, mantengono l'integrità degli epiteli. Il danno delle strutture di adesione provoca un distacco dell'epitelio dalla lamina propria con formazione di una bolla sottoepiteliale.

La malattia è caratterizzata da bolle e lesioni ulcerative, specie sulla gengiva, che si presenta eritematosa e sanguinante. È facile confondere il

DOMENICO TESI, RICCARDO PRUNETI,  
FRANCESCO BENINATI, GIUSEPPE FICARRA

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



**Figura 1** - Bolle, erosioni e ulcere in iniziale fase crostosa.





**Figura 2** - Segno di Nikolsky.

PMM con la malattia parodontale, il che può causare ritardo nella diagnosi. La manipolazione meccanica della mucosa ne determina lo scollamento (segno di Nikolsky) (**Figura 2**). Molto importante, per questa malattia, è la consulenza oculistica, vista l'alta frequenza del coinvolgimento oculare, con rischio di simblefaron e opacizzazione della cornea.

La diagnosi di PMM si fa clinicamente (sesso, età, tipo, sede delle lesioni e segno di Nikolsky), istologicamente (bolla sottoepiteliale) e mediante l'IFD (deposito lineare di IgG e di C3 lungo la membrana basale). Il PMM si tratta con corticosteroidi in soluzione viscosa, in gel o in veicoli adesivi. Nei casi più gravi, con estensione oculare, si usa il prednisone o altri immunosoppressori. Nei casi resistenti al prednisone si impiega il dapsone.

### PEMFIGO VOLTARE (PV)

Il PV è una grave malattia bollosa le cui lesioni, nel 50-70% dei casi, fanno il loro esordio nel cavo orale, anche 12 mesi prima del coinvolgimento cutaneo. Il PV colpisce l'età matura, senza predilezione di sesso; la patogenesi è relativa ad autoanticorpi (IgG4) diretti contro le desmogleine, che sono proteine strutturali dei desmosomi. Tale evento determina il distacco delle cellule spinose (acantolisi), con formazione di bolle intraepiteliali, inizialmente mucose e poi cutanee. Nel cavo orale si osservano gravi ulcere a "colpo d'unghia" (**Figura 3**), localizzate per lo più nelle regioni posteriori. Le bolle cutanee prediligono le zone di intertrigine (ascelle, inguine, ombelico, regione anogenitale, dita dei piedi) ed il cuoio capelluto.

La diagnosi di PV si basa sulla clinica, la biopsia (bolla intraepiteliale), l'IFD e la IF indiretta. La IFD evidenzia un deposito di IgG e C3 tra gli spazi intercellulari. Il test ELISA si utilizza sia per rilevare gli anticorpi circolanti anti DSG, che per monitorare nel tempo l'evoluzione della malattia. I pazienti colpiti dal PV vengono trattati con terapia steroidea a lungo termine, che può essere causa di notevoli complicanze. Inizialmente, per ottenere la remissione delle lesioni, si effettua una terapia d'attacco con corticosteroidi, plasmaferesi e immunoglobuline. Per la terapia di mantenimento si utilizzano corticosteroidi in basse dosi, associati a vari farmaci immunosoppressori. Nei casi resistenti alla terapia convenzionale si impiega il rituximab. Le lesioni orali si possono controllare con la terapia steroidea topica. **TM**



**Figura 3** - Ulcere a colpo d'unghia.

**CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI** (vedi anche il sito [www.ordine-medici-firenze.it](http://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](mailto:info@bda.it) - [www.bda.it](http://www.bda.it) - [www.computeria.net](http://www.computeria.net)





Edizione del  
centocinquantesimo  
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

# PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

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

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



COMUNE DI FIRENZE

Eugenio Fiumi

cosimo  
esenti



Fondazione Spadolini  
Nuova Antologia

# 150° Anniversario dell'Unità d'Italia

*Il Presidente Giorgio Napolitano  
consegna al Sindaco Matteo Renzi copia del primo tricolore italiano.  
(Firenze è stata capitale d'Italia dal 1865 al 1870)*

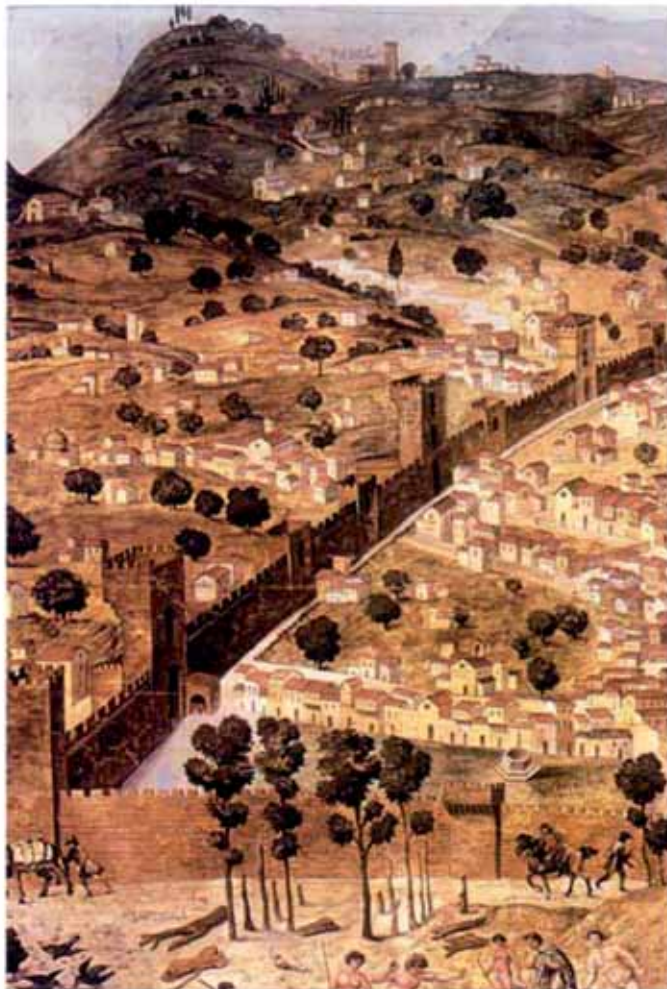




# Piazza della Indipendenza.

## Le origini, gli aneddoti, le storie di vita.

DI MANFREDO FANFANI



Carta della Catena del 1400.  
Fra la Porta a Faenza e la Porta S. Gallo  
è evidente il Monastero di S. Caterina

e la zona agricola che sarà destinata,  
alcuni secoli dopo, al nuovo insediamento  
di Piazza della Indipendenza.

Porta a Faenza

Porta S. Gallo



erano presenti nel podere 100 olivi, 160 pioppi, un arancio; si coltivavano insalata, carciofi, sedani, asparagi, pomodori, cetrioli, cipolle, fagioli, gobbì e cavoli. La casa colonica, che si trovava sul sito dell'attuale chiesa di S. Caterina, ospitava 5 mucche, un vitello e un cavallo.

L'architetto *Francesco Leoni* presentò fra il 1838 ed il 1842 i progetti per la costruzione di 53 casamenti, per ospitare 318 famiglie di poveri, su una nuova strada da aprirsi sulla linea *Piazza S. Marco*, *Via degli Arazzieri* ed il bastione S. Paolo della *Fortezza da Basso*. Il progetto prevedeva un intero quartiere con al centro una Piazza rettangolare, l'attuale Piazza della Indipendenza.

Il Governo Granducale approvò nel 1844 il progetto della Piazza affidandone la realizzazione all'ingegnere *Flaminio Chiesi*. Regnavano *Leopoldo II di Lorena*, detto Canapone per la sua folta e bionda capigliatura, e la bella consorte *Maria Antonia di Borbone*, figlia di *Francesco I*, Re di Napoli. La Piazza fu aperta nel 1845 e presentava alle origini la strada trasversale che la tagliava in due. Il profilo concavo causava un costante impaludamento al quale nel 1852 si tentò di porre rimedio con una fognatura e con la pavimentazione in acciottolato della strada; solo nel 1855 la Piazza assume il suo aspetto definitivo con la realizzazione di un ampio marciapiedi, colonnini, numerose panchine in pietra disposte lungo il perimetro e candelabri a gas. Solo più tardi, il 4 settembre 1858, si aggiunsero le catene fra i paracarri. Con questi lavori scomparve la strada trasversale che sarà riaperta solo nel 1929.

Si trattò della prima Piazza ottocentesca di Firenze che superava in ampiezza ogni altra piazza della Toscana: regolare, spaziosa e vuota, ricoperta di ghiaia e circondata da un anello di sedili di pietra con elegante disegno, intervallati da lampioni a gas, comparsi nelle vie fiorentine nel 1846. Gli abitanti della zona lamentavano tuttavia che questi primi lampioni si riconoscevano più dal puzzo che emanavano che dal guizzo di luce che offrivano...

### Le origini di Piazza della Indipendenza

**F**ino alla prima metà dell'Ottocento l'area occupata dall'attuale *Piazza della Indipendenza* era una zona agricola situata all'interno dell'ultima cerchia di mura, in prossimità della *Fortezza da Basso*, detta *Orto* o *Podere di Barbano*, dal nome di un contadino del luogo. Padre Enrico Lombardi, Vice Parroco della chiesa di S. Caterina, nella sua ricerca dedicata a "S. Caterina di Cafaggio... di Barbano", riferisce che quel contadino era il Marchese Barbolani di Montauto, per cui "Barbano" deriverebbe da "Barbolani". La denominazione "Podere di Barbano" appare nei libri del Capitolo di Santa Reparata dal 1700 in poi. Si trattava di una zona triangolare, compresa fra *Via Evangelista* (ora *Via Guelfa*), *Via San Zanobi* e le antiche mura. Secondo l'inventario dell'epoca





Nel 1843, prima della realizzazione del progetto del nuovo insediamento di Piazza della Indipendenza, la città, come mostra la carta di Federigo Fantozzi, appare ancora racchiusa all'interno della terza cerchia di mura. L'area detta Podere o Orto di Barbano appare circoscritta, da un lato dall'ultimo tratto

di Via Faenza (ora Via Dionisi) e da Via Evangelista e Via del Palagetto (ora Via Guelfa); dall'altro lato da Via S. Zanobi, un tratto di Via delle Ruote e Piazza S. Caterina. Il terzo lato è rappresentato dalle mura con la Fortezza da Basso. In giallo le vie che delimitavano l'Orto di Barbano.

Il piano regolatore prevedeva la costruzione di case e villini che dovevano uniformarsi al generale decoro e sottostare a particolari limitazioni; dovevano essere rigidamente allineati, senza spazi laterali o giardini antistanti. Eccezione al rigore del piano è rappresentata dall'edificio dei *Barbolani* (poi *Gondi* e poi *Ruspoli*), situato sul lato sud della Piazza, che è circondato da un ampio giardino.

Altri due stranieri che dimorarono nella zona i francesi *Luigi* e *Antonio Boulard*, ai quali si deve l'impianto della prima sega a vapore nella vicina *Via delle Officine*, la via fu ideata per insediamenti artigianali, fra cui quelle arti incommode e insalubri come la fabbricazione delle corde di canapa e la cerchiatura delle ruote che si volevano togliere dai luoghi centrali.



Attuale assetto della Piazza della Indipendenza e delle vie limitrofe; di colore giallo le vie che in passato delimitavano l'Orto di Barbano.

Le foto dell'epoca la presentano con l'aspetto metafisico dei luoghi in attesa della vita, a metà strada fra un quadro di Rosai e uno di De Chirico. Le case del nuovo quartiere, che dovevano essere destinate ai poveri, furono poi ammesse al libero mercato e acquistate da commercianti, professionisti e artisti; fra questi lo scultore americano *Horatio Greenough*, che acquistò l'immobile d'angolo fra *Via di S. Caterina D'Alessandria* e *Via S. Francesco Poverino* (attuale *Via Ferdinando Bartolommei*).



La Piazza nel 1860-61, poco dopo la realizzazione, con l'aspetto metafisico dei luoghi in attesa di vita, a metà strada fra un quadro di Rosai ed uno di De Chirico. Si tratta della prima piazza ottocentesca di Firenze, la più grande della Toscana; regolare, spaziosa e vuota, coperta di ghiaia e circondata da una serie di sedili in pietra

intercalati dai primi lampioni a gas che fecero la comparsa in città nel 1846. In basso è visibile l'inizio della via trasversa che alle origini divideva in due la piazza; detta via fu in seguito chiusa per ricomparire nel 1929, come appare dall'immagine del profilo concavo che causava ristagno dell'acqua. In alto a sinistra si vede Via del Podere

(attuale Via Salvagnoli) e in fondo il teatro Politeama Fiorentino con le mura annerite dopo l'incendio. Alla Piazza fu attribuito il nome della Granduchessa Maria Antonia in riconoscenza per l'importante opera granducale. I Fiorentini mai sopportarono tuttavia chiamare la Piazza con un nome borbonico e

continuarono a chiamarla Piazza di Barbano dal nome dell'orto sul quale era sorta. Dopo i moti rivoluzionari del 27 Aprile 1859, che ebbero inizio nella Piazza, fu attribuito il nome di Piazza della Indipendenza. Al centro del lato nord il palazzo dove abitava Guido Nobili, dalla cui casa sventolò la prima bandiera tricolore dell'Italia unita.





Gavino Maciocco, medico di sanità pubblica. Ha fatto: il volontario civile in Africa, il medico di famiglia, l'esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, il dirigente di ASL. Attualmente insegna all'Università di Firenze dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per Toscana Medica la rubrica "Sanità nel mondo".

## Come sta la salute della popolazione mondiale?

**C**ome sta la salute della popolazione mondiale? Una risposta molto generale la troviamo nella **Figura 1**, dove – dai

dati (e dalle previsioni) dell'agenzia demografica delle Nazioni Unite –

risulta un progressivo miglioramento della speranza di vita alla nascita della popolazione con una tendenza alla convergenza verso una maggiore longevità e, in conclusione, a una riduzione delle differenze tra diverse aree del pianeta. Una convergenza molto più spiccata si osserva nel tasso di fertilità (n. di figli per donna in età fertile) – **Figura 2** –, al

punto che nel 2045 si prevede che il tasso medio mondiale supererà di poco i 2 figli per donna (rispetto ai 5 figli per donna degli anni 50). Ciò porterà a un progressivo rallentamento della crescita della popolazione mondiale: + 0,89% di crescita annua dal 2000 al 2045 (quando saremo 9 miliardi, oggi siamo poco meno di 7), rispetto al +1,79% di crescita annua dal 1950 al 2000.

Il dato della “convergenza” verso una maggio-

re longevità e una minore fertilità è una buona notizia ed è la conseguenza di una generale “medio” miglioramento delle condizioni di vita della popolazione mondiale. La **Figura 3**, al riguardo mostra come in alcune aree del mondo, in particolare in Asia, negli ultimi trent'anni centinaia di milioni di persone siano uscite dalla condizione di povertà assoluta, ovvero vivere con meno di un dollaro pro-capite al giorno.

Questo è certamente un dato positivo della globalizzazione dei mercati.

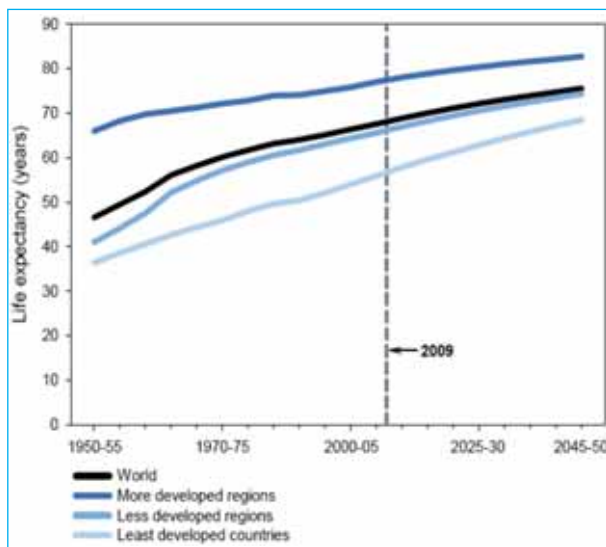
Ma la globalizzazione ha prodotto oltre alle “convergenze” (attraverso i “vasi comunicanti” dell'economia), anche profonde “divergenze”, allargando le disegua-

glianze tra i più ricchi e i più poveri, sia nelle condizioni economiche che nelle condizioni di salute, sia tra differenti nazioni (**Figura 4**) sia tra gruppi di popolazione all'interno delle singole nazioni.

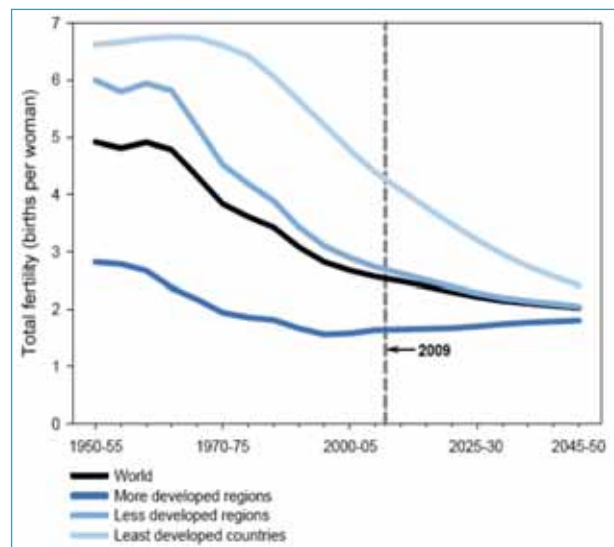
La **Figura 5** mostra un diagramma in cui nell'asse verticale è collocato lo stato di salute di un paese, espresso in anni di speranza di vita alla nascita della popolazione, e nell'asse orizzontale la ricchezza di un paese, espressa in prodotto in-

GAVINO MACIOCCO

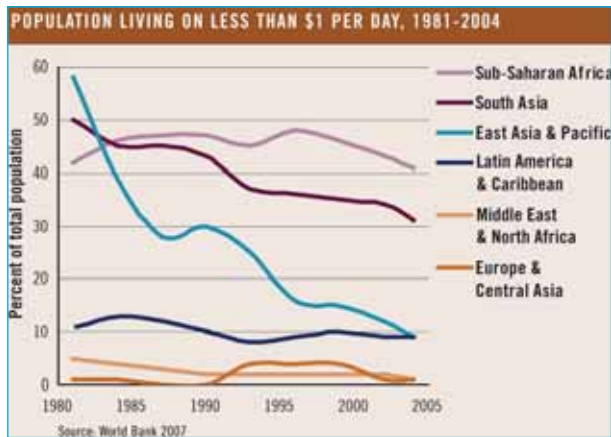
Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze



**Figura 1** - Speranza di vita alla nascita. Mondo e regioni in relazione allo sviluppo. Fonte: U.N. World Ageing Population, 2009.



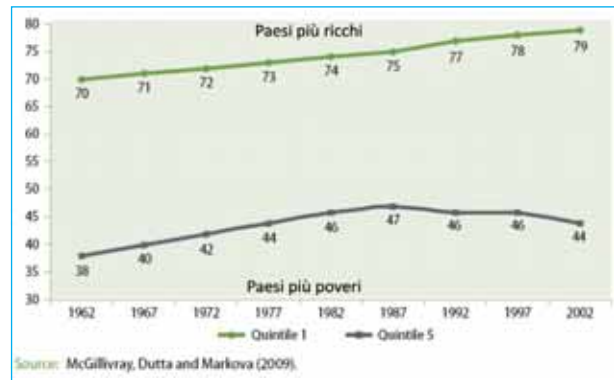
**Figura 2** - Tasso di fertilità (n. figli per donna). Mondo e regioni in relazione allo sviluppo. Fonte: U.N. World Ageing Population, 2009.



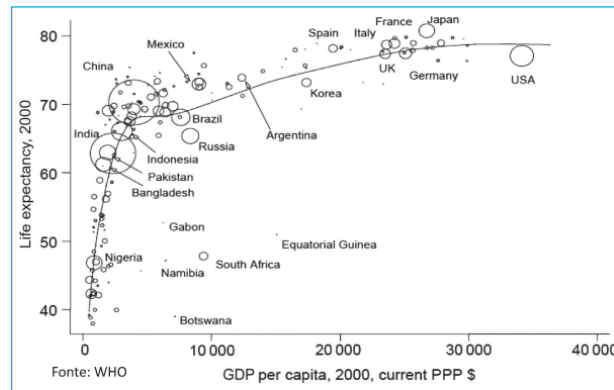
**Figura 3** - Popolazione mondiale che vive con meno di 1 \$ pro capite al giorno. 1981-2004.

terno lordo pro capite (dollari Usa). Nell'area del tracciato è collocata una serie di cerchi di varia grandezza, corrispondenti ad altrettante nazioni, che si distribuiscono in relazione ai due parametri sopradescritti. Il grafico evidenzia i seguenti fenomeni:

- tra i paesi più ricchi (collocati a destra) e i paesi più poveri (collocati a sinistra) vi sono abissali differenze nella speranza di vita alla nascita: i primi (i paesi industrializzati dell'Occidente) intorno agli 80 anni, i secondi (i paesi dell'Africa subsahariana maggiormente colpiti dall'epidemia di aids) al di sotto dei 50 anni;
- per i redditi bassi, piccole variazioni del reddito producono un grande aumento della speranza di vita;
- al contrario, oltre a un certo livello di ricchezza – intorno ai 15.000 dollari di pil pro capite – la speranza di vita alla nascita delle popolazioni non aumenta al crescere del reddito;
- tra i paesi a reddito più basso vi sono sostanziali differenze nello stato di salute della popola-



**Figura 4** - Diseguaglianze nella speranza di vita tra paesi più ricchi e più poveri, 1962-2002.



**Figura 5** - Diseguaglianze nella salute tra nazioni.

zione tra paesi a reddito simile. Ciò significa che nel determinare lo stato di salute di una nazione entrano in gioco, oltre il reddito, altri fattori quali: a) il livello di istruzione, e in particolare di quello della popolazione femminile, e l'accesso ai servizi sanitari di base; b) l'equità nella distribuzione del reddito e il livello di coesione sociale.

TM



**CAREGGI**  
 VIA DELLE PANCHE  
**VENDESI**  
 UFFICI PERFETTI PER STUDI MEDICI,  
 PROFESSIONALI, SHOW-ROOM  
 A PARTIRE DA 200 MQ.  
 AMPIA DISPONIBILITÀ DI POSTI AUTO.  
**Info 055 582772**  
 www.giudicicostruzioni.it  
**giudicicostruzioni**  
 COSTRUTTORI DI FIDUCIA.



Fernando Prattichizzo, medico ospedaliero di Medicina Interna con interessi di ricerca scientifica nel campo della Cardiologia, svolge anche attività di pubblicista storico-letterario e di artista pittore.

# Mercurio e il caduceo nei tempi moderni

**N**ella mitologia greco-romana il dio Hermes, chiamato Mercurio dai Romani in riferimento al termine *mercator*, nacque da Zeus e della ninfa Maia in una grotta del monte Cillene, la più alta cima del Peloponneso. Ancora neonato, si tolse le fasce e uscì dalla grotta. Incontrata una tartaruga, le tolse il guscio e sulla parte cava tese sette corde, creando così una cetra. Poi si recò in Tessaglia per rubare al fratello maggiore Apollo cinquanta buoi, che nascose in una spelonca dell'Elide. Quindi, si rimise le fasce e tornò a dormire nella grotta natia.

Quando il furto fu scoperto da Apollo, gli suonò la cetra e la musica dolcissima lo conquistò a tal punto che il fratello, pur di avere lo strumento, gli lasciò la mandria e gli regalò anche il caduceo, una verga magica, intorno alla quale in seguito vennero intrecciati due serpenti d'oro, in quanto tale bastone appacificò due serpenti mentre si battevano sul monte Citerone.

Per la sua rapidità negli spostamenti Mercurio divenne messaggero degli dei e fu rappresentato



con le ali ai sandali (talari) e al cappello (pètaso), oltre che col caduceo in mano. Inoltre, suoi tipici simboli furono la borsa, il gallo e la tartaruga. Mercurio incarnava lo spirito del passaggio e dell'attraversamento, ritenendo che il dio si manifestasse in ogni tipo di scambio, trasferimento,

violazione, superamento, mutamento, transito. Questo spiega il suo essere messo in relazione con i cambiamenti della sorte dell'uomo, con lo scambio di beni, con i colloqui e lo scambio di informazioni tipici del commercio, nonché con il passaggio dalla vita alla morte.

FERNANDO PRATTICCHIZZO

Dirigente Medico U.O.C. Medicina Interna di Empoli

Mercurio era dio dell'eloquenza, del commercio, dei ladri, degli ambasciatori. Il caduceo, uno dei simboli più antichi nella storia della civiltà umana, essendo stato già adoperato nel mondo antico della Mesopotamia e dell'Egitto, è divenuto simbolo della Medicina. Il fatto che Mercurio proteggesse allo stesso tempo i ladri, i commercianti e i medici indica ironicamente la loro considerazione nel mondo antico. Il caduceo è attualmente utilizzato in Italia come emblema dell'Ordine dei Farmacisti. Nel 1974, 1976 e 1979 la Banca d'Italia emise la banconota da 500 lire con la testa alata del dio Mercurio.

Fu l'ultima emissione repubblicana in carta moneta delle 500 lire, che fu sostituita nel 1982 da una moneta bimetallica. Artisti, grafici e artigiani hanno rappresentato Mercurio e il caduceo in tutte le epoche, con particolare frequenza ai tempi dello stile Liberty del primo Novecento. L'autoritratto di Giorgio De Chirico con busto di Mercurio, realizzato nel 1923, da una parte voleva alludere ai misteri e agli enigmi che caratterizzano l'arte, dall'altra voleva mostrare Mercurio come messaggero spirituale dell'artista. **TM**







# Pool di brevetti per antiretrovirali e contesto commerciale

## Un rapporto da armonizzare

**S**olo 5 milioni di persone HIV infette (su 15 milioni in urgenza di terapia) hanno ricevuto specifici farmaci antiretrovirali (ARVs) nei Paesi a basso e medio reddito nel 2009, mentre i tre quarti di queste cifre interessano l'Africa sub-sahariana e la resistenza del virus agli ARVs di prima linea coinvolge il 20% dei pazienti entro 3 anni dall'inizio dei trattamenti.

La protezione brevettuale, eliminando la competizione dei generici e consentendo prezzi di monopolio per i nuovi ARVs di marca, esclude i più poveri dall'equo accesso alle cure. Criteri di necessità sanitaria, più che di mercato, dovrebbero essere praticati per introdurre equità nel sistema brevettuale ed allargare l'accesso dei Paesi in via di Sviluppo (PVS) ad ARVs appropriati in termini di innovazione, affidabilità, sicurezza, e basso prezzo.

Le risoluzioni della 61<sup>ma</sup> e 63<sup>ma</sup> assemblea mondiale OMS hanno incluso il pool di brevetti (patent pool) nella "Global Strategy on Public Health, Innovation and Intellectual Property" tesa ad accrescere l'accesso alle medicine, stimolare ricerca e sviluppo (R&D) farmaceutico per malattie di impatto nei PVS, e separare i costi di R&D dal prezzo finale delle medicine.

Un *patent pool* si realizza quando un certo numero di brevetti da differenti proprietari sono raggruppati e resi disponibili, con criteri di non-esclusività e previo pagamento di *royalties*, a parti terze quali, ad esempio, i produttori di farmaci generici. Relativamente ad HIV, i pools esiterebbero nella produzione, da parte di compagnie farmaceutiche specialmente indiane, di combinazioni fisse (FDCs) generiche di più nuovi (seconde e terze linee) ARVs a prezzi accessibili per la concorrenza innescata, e certo molto più bassi di quelli consentiti dal vigente regime di monopolio per gli originali "brand".

Maggior impegno verso la realizzazione del *patent pool* per ARVs è riconosciuto oggi ad UNITAID quale organismo internazionale dedito alla erogazione

di fondi per l'accesso allargato a medicine e diagnostici per HIV, malaria e tubercolosi. Dal 1<sup>mo</sup> novembre 2010 la branca "Medicines Patent Pool" si è resa legalmente autonoma da UNITAID pur beneficiandone di supporto economico.

Il piano ARVs del "Medicines Patent Pool" ha generato preoccupazione tra le multinazionali del farmaco proprietarie di brevetti per ARVs di ultima generazione. Molte di esse mostrano riluttanza ad abbracciare il piano per timore che la connessa cessione dei brevetti risulti in crollo dei profitti dell'industria "brand" soprattutto nei Paesi a medio reddito dove una parte significativa di popolazione gode di redditi elevati (circa 300 milioni di persone in India, almeno 800 milioni in Cina) tali da consentire spese di tasca propria per acquisto di farmaci in regime di monopolio.

La conflittualità accennata potrebbe minare il successo del piano *patent pool* e ben supporta l'urgenza per un nuovo contesto commerciale atto a facilitare la piena partecipazione delle multinazionali. Queste problematiche sono analizzate in uno studio appena pubblicato online (Dionisio D. A Balanced Trade Context for HIV Patent Pool. *Translational Biomedicine Journal* 2011 Vol. 1 No. 4:3 <http://transbiomed.blogspot.com/2011/02/balanced-trade-context-for-hiv-patent.html>).

Lo studio auspica partenariati tra le multinazionali detentrici di brevetti, primariamente per la "immediata" produzione di innovativi FDC ARVs e, secondariamente, per consentire subito dopo la negoziazione di accordi di *patent pool* con le controparti generiche. Questo contesto esclude clausole limitanti la partecipazione dei Paesi a medio reddito nel sistema patent pool.

*Daniele Dionisio*

Gruppo di Lavoro Parlamento Europeo "Innovation, Access to Medicines and Poverty-Related Diseases"  
Referente SIMIT "Accesso farmaci nei Paesi in via di Sviluppo". Membro, Osservatorio Italiano Salute Globale. Già Direttore Unità Operativa di Malattie Infettive, Ospedale di Pistoia



# Ipertensione. La sostituzione che taglia la spesa

**I**l governo canadese risparmia quasi 100 milioni di dollari in un anno sostituendo, laddove possibile, gli Ace inibitori ai sartani. Senza conseguenze per la salute dei pazienti.

77 milioni di dollari in un anno: ecco quanto il sistema sanitario canadese avrebbe potuto risparmiare se tutte le regioni avessero adottato un'iniziativa fatta propria nel 2006 dalla British Columbia: dare una stretta alle prescrizioni dei sartani. Il risparmio è minimo rispetto all'ammontare totale della spesa farmaceutica, ma non insignificante.

I calcoli sono contenuti in uno studio realizzato da un team di ricercatori afferenti a diversi istituti canadesi e pubblicato nei giorni scorsi sul *Canadian Medical Associati Journal*. L'assunto dei ricercatori è semplice.

"I costi per i farmaci per il sistema cardiovascolare, in Canada, sono cresciuti del 200 per cento tra il 1996 e il 2006. L'uso degli antagonisti del recettore per l'angiotensina è cresciuto a un tasso particolarmente alto, crescendo di oltre il 4000 per cento nel periodo. E questo aumento nell'uso di questi agenti terapeutici non è fortemente supportato dalle evidenze scientifiche", hanno scritto i ricercatori nel loro lavoro.

Per questo la British Columbia, unica regione in Canada "ha ristretto l'accesso agli antagonisti del recettore per l'angiotensina. Dal momento che questa classe terapeutica può essere sostituita dagli

Ace-inibitori e consente di ottenere *outcomes* clinici analoghi, ci si aspettava che restringerne l'accesso portasse a un risparmio dei costi senza avere alcun effetto negativo sulla salute dei pazienti", hanno aggiunto.

A quanto pare, le previsioni si sono rivelate azzeccate.

Anche se, come gli stessi ricercatori ammettono, nel corso dello studio non è stata svolta alcuna comparazione sull'efficacia clinica delle due classi di farmaci, "è probabile che non ci sia stato alcun effetto avverso sulla salute" dei pazienti dal cambio di medicinale.

Ciò però ha consentito risparmi notevoli: 77,1 milioni di dollari.

Un dato, questo, che dovrebbe far riflettere. "Visto il futuro che ci attende, fatto di incertezza economica accompagnata da uno scivolamento demografico verso una popolazione più anziana con una riduzione della base imponibile, sono necessarie misure che rispondano alla crescita dei costi sanitari", hanno spiegato i ricercatori.

Certo, hanno aggiunto, "il benessere dei pazienti dovrà venire sempre al primo posto", ma "se esiste una scelta, favorire il farmaco meno costoso tra quelli con un'efficacia comparabile è un modo per affrontare le future sfide economiche senza creare disegualanze sociali".

*Saffi Ettore Giustini*

Medico di Medicina Generale, Pistoia

## Sempre più difficile!

Caro Direttore,

scrivo alla tua attenzione, come si fa quando si parla a un amico, per sfogarsi di qualche malesere che (come oggi sempre più spesso accade) attanaglia e disturba la quotidianità di chi vorrebbe vivere serenamente il proprio lavoro e quindi la propria vita.

Quindi, alcune mie riflessioni un po' malinconiche di sfogo rivolte all'amico che sa ascoltare...

Grazie a Dio, la Medicina non è una perfetta corrispondenza matematica e nemmeno mero tecnicismo... No, la Medicina è ancora un'arte! E per questo può essere compresa solo da chi la vive con genuino spirito di servizio e con onesta curiosità scientifica, quindi praticandola con scienza e coscienza!

Non è di certo davvero compenetrata e partecipata da chi ci si avvicini occasionalmente (e non parlo dei malati!), magari credendo di aver capito tutto, per aver semplicemente letto qualcosa su Internet (una volta sulle "enciclopedie mediche") o per essere stato "istruito" o "consigliato" dall'amico e compagno di merende o da presupposti "padreterni", che spesso inconsciamente o per calcolo sobillano alcuni, informandoli sul modo migliore per piegarla, asservirla, sfruttarla... per servirsene!

E così, spesso e malvolentieri, il medico si trova stretto, costretto e perseguitato se non si allinea al volere di quanti si rivolgono a lui o alle strutture sanitarie, quasi come a un cortese e per forza servizievole "commesso" di un qualunque "supermercato", dove recarsi per chiedere e ottenere "un etto di questo... un chilo di quell'altro...", pena pesanti

minacce di reclamo e poi infinite sequele di reclami veri e scritti al Direttore.

“Dottore voglio fare una lastra! Anzi meglio una TAC! E voglio pure una Risonanza! Poi... mi deve dare quella medicina... E voglio che mi prescriva il plantare... il busto... le stampelle...!”.

Qualcuno forse sarebbe tentato di piegarsi... in fin dei conti si lavora per un'Azienda, che non vuole problemi col pubblico! In fin dei conti è solo una favola che il medico lavori per alleviare e magari risolvere i problemi di salute del paziente... No! Mica si lavora per il paziente, al suo servizio e per il suo bene...! E allora succederebbe che: “Ma certo, caro signore... le prescrivo subito l'esame... sa, a volte con una Risonanza si può guarire!”.

E non proviamo nemmeno a cercare di spiegare quale esame sia più indicato e magari meno o per niente dannoso oppure meno costoso... no! L'amico sa già come costruire ad arte una lettera di reclamo

ben articolata e corredata di particolari, appuntati via via, con precisione e in previsione di eventuali dinieghi da parte del medico onesto, dell'impiegato preciso e diligente, del dipendente avveduto e corretto e coerente con i principi di alta qualità del servizio, di abbattimento dei costi e contemporaneamente (non da poco!) dell'esercizio scientifico e coscienzioso della professione!

“Autonomia”, “indipendenza”, “onestà scientifica”, “primo non nuocere”, “scienza e coscienza”, “servizio e missione”... di chi e per chi o al servizio di chi o cosa?

Con amarezza...

*Achille Jenco*

Dirigente Medico in servizio presso l'U.O. Di Ortopedia e Traumatologia di Lagonegro (PZ), ASP Potenza.

## Meglio aprire un ristorante! O forse no! Lo sfogo di un “vecchio” medico deluso

**D**a piccino il babbo faceva come con la monaca di Monza, mi comprava i libriccini di medicina per bambini perché da grande diventassi quello che a lui piaceva; e poi, come vecchio medico di campagna, mi portava in giro per le case a vedere le varie malattie e anche le eruzioni cutanee provocate dal tifo (allora in Puglia era endemico...) e mi metteva pure cento lire sotto il tavolo, fissate con il nastro adesivo, perché picchiettando con due dita, come fanno i dottori veri, scopriessi dove erano.

Forse, come potrebbero dire certi pedagoghi, sbagliava, ma mi stava insegnando un mestiere... e me lo stava insegnando con la speranza che il dottore, forse, avrei potuto farlo davvero.

In fondo per qualche anno, subito dopo la laurea, quando ero anche più giovane e avevo anche voglia di dimostrare qualcosa al mondo, il dottore l'ho fatto, anche con estro, intuito, improvvisazione e anche errori che vengono corretti *provando e riprovando*. Insomma con una certa arte, non certo ridotta a codifica, statistica, appropriatezza prescrittiva e codici ICD9 del ministero; un'arte per cui un farmaco veniva usato magari in modo improprio, ad esempio per sfruttarne gli effetti collaterali come a volte in certe malattie psichiatriche, ma che dava ancora spazio all'iniziativa.

La medicina, secondo me, con i sindacati complici del potere politico e con la gente sempre più *pubblicitariamente medicalizzata*, ha perso quello

sprint che le permetteva qualche anno fa di essere vera. Il dottore sta diventando quasi un impiegato o un dirottatore del paziente verso l'uno o l'altro specialista, e questo accade non per sua inedia o mancanza di cultura, quanto perché ha le mani legate da tante pastoie medico-legali e di organizzazione economico-sanitaria. Se ragiono, perdo tempo e, se perdo tempo, non riesco a fare tutti i fogli, permessi, certificati e attestati che devono essere fatti sempre e comunque...

E io *non ne ho più voglia*, per questo vi dico, *se volete, cambiate dottore*, magari prendetene uno giovane che non si sia ancora disinnamorato e che, almeno per il tempo che questo disinnamoramento non accadrà anche per lui, possa esservi ancora utile... Spero comunque che si alzi prima delle 5,30 al mattino come faccio io, per riuscire a far tutto. D'altra parte la stessa cosa fece Hahnemann, il padre dell'omeopatia, due secoli fa: una bella mattina aprì le porte dell'ambulatorio dicendo alla gente che, con le armi che aveva non poteva più curare nessuno, e la moglie, che perdeva così un bel po' di introito, si arrabbiò!

Mi piacerebbe, visto che dicono che so cucinare, aprire un ristorante, ma chi ce l'ha, il ristorante, mi dice che con tutte le leggi e leggine, tasse e tasette è quasi peggio...

*Tommaso Rubino*

Medico di medicina generale, specialista in dermatologia, Lamporecchio Pistoia

# I vaccini salvano milioni di vite, dobbiamo tutelarli

**A**ccusare i vaccini di essere “alla base delle neoplasie sviluppate da molti militari” (come riportato qualche giorno fa dal Tirreno e dalla Nazione) sulla base di dati non dimostrati scientificamente, ma frutto di un pregiudizio non sostanziato da evidenze, è comportamento irresponsabile, che mina la fiducia dei cittadini nella vaccinazione, definita sul Bollettino dell'Organizzazione Mondiale della Sanità “il più efficace tra gli interventi medici mai inventati dall'uomo”.

I vaccini salvano ogni anno milioni di vite umane: circa 2 milioni di morti per morbillo, 600.000 tra morti e disabilità per poliomielite, almeno mezzo milione di morti per pertosse sono evitati ogni anno grazie ai programmi di vaccinazione, senza contare le sofferenze e le disabilità prevenute.

Chi fa affermazioni così gravi ha la responsabilità di dimostrare le proprie tesi con dati credibili, o si rende colpevole di un allarme che potrebbe condurre ad effetti devastanti per la salute della nostra popolazione.

Basti ricordare quanto accaduto in anni recenti per colpa di Andrew Wakefield, medico inglese che ha pubblicato dati (poi risultati falsi) sul rapporto tra vaccino anti-morbillo e comparsa dell'autismo, fatto che ha provocato la caduta dell'accettazione del vaccino, la ricomparsa del morbillo e diversi casi di encefalite e di morte.

“È ormai chiaro che diversi punti del lavoro del 1998 di Wakefield ... sono scorretti”, dice in un comunicato stampa il giornale scientifico noto in tutto il mondo. Una commissione disciplinare del Comitato medico generale britannico ha smentito che Wakefield presentò la sua ricerca in modo “irresponsabile e disonesto”, ha “ignorato insensibilmente” la sofferenza dei bambini oggetto dello studio, ed ha “rovinato la reputazione” della professione medica.

*Paolo Bonanni*

Ordinario di Igiene  
Dipartimento di Sanità Pubblica,  
Università degli Studi di Firenze

## CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI

### INCONTRI PER LA GRAVIDANZA GEMELLARE

Presso il centro di diagnosi prenatale della azienda sanitaria Firenze, presso l'Ospedale Palagi, in viale Michelangiolo 41 - Firenze, è attivo un ambulatorio dedicato alle gravidanze gemellari che si occupa di prendere in carico la paziente dalle prime fasi della gravidanza fino al parto e al periodo successivo. In questo ambito si inserisce il corso di preparazione alla nascita per gravidanze gemellari, articolato in una serie di incontri con tematiche diverse, allo scopo di favorire l'inserimento dei futuri genitori di gemelli nei percorsi assistenziali ad essi rivolti. Per Info e prenotazioni telefonare al n. 055.6577503 dalle 11 alle 14 dal lunedì al venerdì.

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

Il corso si terrà presso l'Aula Muntoni, Ospedale San Giovanni di Dio, via di Torregalli 3 - Firenze nei giorni **9 giugno 2011** (ore 13.30-19) e **10 giugno 2011** (ore 8.30-18.30) - Direttore del corso: Valeria Dubini e Giacomo Serboli, Dip. Materno Infantile, ASL di Firenze. Il corso è diretto a: ginecologi, chirurghi generali. Strumentisti. Segr. Scientifica: Giacomo Serboli- giacomo.serboli@asf.toscana.it, Filippo Francalanci- filippo.francalanci@asf.toscana.it, Marco Giusti - marco1.giusti@asf.toscana.it, Francesco Pulli - francesco.pulli@libero.it, Ennio Tiso - ennio.tiso@asf.toscana.it. Segreteria Org.va: Per dipendenti Asl di Firenze: Laura Ammannati, S.S. Formazione Tel.0552758423-laura.ammannati@asf.toscana.it. Per gli esterni: Elena Gufoni, S.S. Formazione Tel.0552758418 - elena.gufoni@asf.toscana.it. Inviare una mail per richiedere la scheda di iscrizione, oppure accedere al sito [www.asf.toscana.it](http://www.asf.toscana.it) - Centro di Formazione Il Fuligno, Corsi di formazione per esterni. L'iniziativa è inserita nel percorso regionale per l'attivazione dei crediti ECM, quindi per il rilascio dell'attestato e l'attribuzione dei crediti suddetti è necessaria la frequenza del 90% delle ore totali del corso ed il superamento delle prove previste.

### ECOGRAFIA VASCOLARE IN EMERGENZA

L'8° corso di perfezionamento in diagnostica vascolare con ultrasuoni si terrà nei giorni **7-10 Giugno 2011** presso l'Aula Magna (303) del Centro Didattico Morgagni, V.le Morgagni 40, 50134 Firenze - Unità Funzionale di Angiologia Clinica e Sperimentale dell'Università di Firenze - Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Firenze. Direttore del Corso: Prof. Sergio Castellani. Info.: 055.7947413; e-mail: [scaste.sergio@gmail.com](mailto:scaste.sergio@gmail.com) 055.4598772 - 4598031 - 4598779 (NIC). Il corso è rivolto agli addetti alla diagnostica ecocolor Doppler, operatori e specialisti di diverse discipline. ECM richiesti. Programma e modulo di iscrizione: Link dell'Università di Firenze (decreto rettorale, programma e modulo d'iscrizione): <http://www.med.unifi.it/CMpro-v-p-485.html>.



## Sul limite

**Carmelo Guarino**

*Armando editore*

**C**armelo Guarino pubblica per l'editore Armando un testo di sociologia della medicina, dedicato allo scottante problema delle decisioni di fine vita. I confini tra etica, filosofia, ideologia, religione e pratica medica sono assai labili in un'epoca come questa in cui la tecnica rende la medicina sempre più padrona dei confini della vita, una dominanza apparente perché il paziente, ormai divenuto cittadino, vuol essere adeguatamente informato e decidere sulla propria vita e sulla propria morte. Il testo offre una panoramica assai completa delle differenti ragioni in campo,

optando tuttavia per il sostanziale valore sociale della razionalità decisionale espressa dal testamento di vita. Il tutto in uno stile succinto, quasi didascalico. Tuttavia, in conclusione, la lettura di molti libri di filosofia, di morale, di sociologia, persino di politica, dedicati al tema della fine della vita, mi rendono sempre più convinto che il documento di Terni, che ogni tanto andrebbe riletto dai medici, rappresenta un punto fermo per tutti nella riflessione su un tema che è lacerante solo in un paese a forte carica ideologica come il nostro.

*Bruno Rimoldi*

## Informazione per cambiare

**AA.VV.**

*Edizioni ETS*

**L**e Edizioni ETS pubblicano anche quest'anno il rapporto sulla salute globale, il quarto della serie, dedicato in particolare a un tema di grande attualità, l'informazione sulle condizioni di salute della popolazione mondiale, sui determinanti di salute e su come le disuguaglianze di istruzione e di ricchezza influenzano la morbilità anche nei paesi ricchi. Ma il tema più importante riguarda quanto tutti i cittadini, anche i più apparentemente informati, sanno sulle forze in gioco nel determinare le politiche sanitarie globali

e quali immani interessi condizionino in realtà quelle che sembrano scelte dettate soltanto da valutazioni politiche collettive. Il volume inoltre contiene una parte dedicata ad aggiornare dati e conoscenze sui principali problemi della sanità mondiale, compresi i due macroesempi che stanno condizionando il mondo, la Cina e gli USA e un'altra parte dove si fa un (triste) bilancio degli scarsi aiuti forniti alla cooperazione internazionale.

*Simone Pancani*

## Il bene ostinato

**Paolo Rumiz**

*Edizioni Feltrinelli*

**U**n titolo azzeccato. Paolo Rumiz, giornalista conoscitissimo, autore di ottimi reportages in cui riesce a sintetizzare il racconto della realtà con la rivisitazione fantastica della storia, ha scritto un libro di cronaca e di riflessione sui medici del CUAMM, l'onlus forse più importante in Italia tra quelle che si dedicano alla cooperazione internazionale. Una storia che è una somma di episodi, una galleria di figure di volontari, generosi e caparbi nella loro abnegazione, che hanno risposto alla chiamata morale di aiutare, come medici e infermieri, le popolazioni più svantaggiate della terra. Una storia che rende conto, con il racconto di un viaggio nelle attuali sedi CUAMM, delle condizioni di vita e di lavoro che i medici volontari debbono affrontare. Un'ostinazione nel fare il bene, ecco perché il titolo coglie nel segno dell'afflato etico che sostiene questi colleghi (e tutti gli altri che per altre vie svolgono lo stesso compito umanitario e rispondono a un'esigenza etica profonda di dare aiuto a chi soffre nella e per la

povertà, superando difficoltà e ostacoli). E tutto questo sacrificio, come ogni azione che risponde solo a istanze morali, resta ignoto ai più, non è accompagnato da quella visibilità che oggi condiziona tutta la nostra vita. Il dramma è che tra l'agire di questi medici missionari (non solo quelli del CUAMM) e il resto della società e del mondo professionale vi è una sorta di incomunicabilità, come se nel tempo si fosse scavato un abisso profondo. Una società sempre più individualistica, egoista e edonista come può apprezzare questi sacrifici? Una società sempre più chiusa e xenofoba, gretta nel rifiuto preconcetto dell'altro, come può convivere con questi slanci di solidarietà? È consolante che molti medici si dedichino a aiutare chi ha bisogno, non solo nei paesi del terzo mondo ma anche in Italia. Qualcosa del giuramento di Ippocrate è ancora in vita. Qualcosa da coltivare perché tiene alti i valori ultimi della professione in tempi calamitosi.

*Antonio Panti*





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

## Il tumore del polmone nel Registro Tumori Toscano dal 1985 al 2005

### Cambia il rapporto fra i principali istotipi?

**N**ella Regione Toscana il tumore maligno del polmone ha rappresentato, nel 2004, il 16% di tutti i tumori diagnosticati fra gli uomini ed il 5% fra le donne, risultando il secondo, in termini di frequenza, nel sesso maschile e il terzo in quello femminile. ([www.ispo.toscana.it](http://www.ispo.toscana.it)).

Il grafico riportato mostra i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (RTRT) relativi ai tumori invasivi del polmone incidenti nel periodo 1985-2005 nell'area di Firenze e Prato, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (x 100.000) ed analizzati per istotipo. Per quanto riguarda il carcinoma a cellule squamose l'andamento medio nel periodo risulta in diminuzione, in modo statisticamente significativo, con un cambiamento percentuale annuo -APC- del tasso: -2.2 (CI 95%:-3.1, -1.2), mentre l'adenocarcinoma è in crescita (+1.6, CI 0.2,3), fino a giungere, nel 2005, a tassi di incidenza simili per i due istotipi (adenocarcinoma 8.9, squamoso 9.4).

Per quanto riguarda gli altri istotipi, rappre-

sentati in gran parte dal carcinoma a piccole cellule, l'andamento risulta complessivamente stabile, con modificazioni non statisticamente significative (APC -0.2, CI -1.3,1), mentre il tasso di incidenza dei tumori non specificati appare in declino (APC -1.0, CI -1.8,-0.3).

La diminuzione dell'incidenza del tumore del polmone negli anni più recenti, evidente in particolare nella popolazione maschile, suggerisce la possibilità di una correlazione con l'abitudine al fumo; il cambiamento nel rapporto fra istotipi, recentemente documentato anche in casistiche europee, può risultare, oltre che da una maggiore capacità attuale di identificare casi nel passato istologicamente non definiti, dalla modifica di fattori coinvolti nell'eziologia del carcinoma polmonare.

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

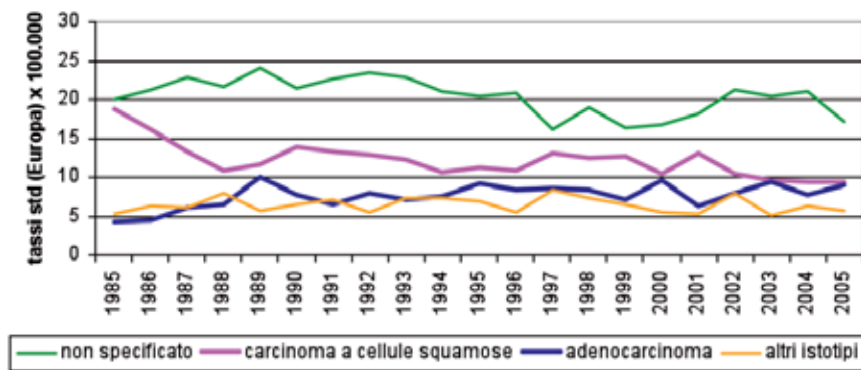
UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [a.caldarella@ispo.toscana.it](mailto:a.caldarella@ispo.toscana.it)

TM

#### RTRT, 1985-2005: Tumore del polmone, incidenza per istotipo



**Metodi:** Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana ([www.ispo.toscana.it](http://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.



## Contenzioso paziente-medico: ci vuole un argine

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

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

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

## Il difficile rapporto medico-paziente

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Firenze ha dovuto affrontare numerosi casi di colleghi nei cui confronti erano pervenute segnalazioni ed esposti da parte di cittadini che lamentavano comportamenti a vario titolo ritenuti non corretti. Il Consiglio, come sempre in questi casi, ha esaminato approfonditamente le segnalazioni e le dichiarazioni a difesa dei colleghi chiamati in causa e, nella maggior parte dei casi, ha ritenuto che non si fosse di fronte a vere e proprie

mananze disciplinari, ma piuttosto ad episodi che nascono da un rapporto medico-paziente poco consolidato, dove magari è mancato o non è stato sufficientemente efficace l'approccio relazionale, facendo così sorgere incomprensioni e motivi di contrasto. Si tratta di episodi, purtroppo non infrequenti, che se anche non costituiscono illeciti disciplinari per il medico, testimoniano una certa difficoltà di relazione fra il professionista e l'assistito che, invece, dovrebbe

essere superata proprio grazie alla capacità colloquiale ed empatica del medico. L'Ordine, quindi, coglie l'occasione di questi episodi per ricordare e raccomandare a tutti i colleghi la massima attenzione e disponibilità nei confronti dei pazienti, tenendo sempre a mente il ruolo di tutela e di garanzia che ha il medico nei confronti del malato. Ruolo che gli attribuisce la legge e, prima ancora, la deontologia professionale.



## Scienze motorie e fisioterapia non più equipollenti

L'aula del Senato ha approvato all'unanimità (257 sì, 2 astenuti) e in via definitiva il disegno di legge che abroga "l'equipollenza del diploma di laurea in scienze motorie al diploma di laurea in fisioterapia". Il provvedimento, inoltre, stabilisce anche che con "decreto del Ministro dell'Istruzione, da emanare entro 9

mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della Salute e con il previo parere del Consiglio universitario nazionale, ai fini del conseguimento della laurea in fisioterapia per i laureati e gli studenti iscritti ai corsi di laurea in scienze motorie, sono definiti: a) la disciplina del ri-

conoscimento dei crediti formativi; b) l'accesso al corso universitario in fisioterapia, nei limiti dei posti complessivamente programmati in relazione al fabbisogno previsto, previo superamento della prova di selezione; c) la disciplina dello svolgimento del periodo di formazione e tirocinio sul paziente".

## Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze

L'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze (ISPO) dal **1° aprile 2011** ha riorganizzato le proprie sedi concentrando i servizi in tre presidi.

Le attività diagnostico-cliniche svolte in V.le Volta sono state trasferite presso il presidio di Villa delle Rose; le attività epidemiologiche e di sorveglianza svolte a San Salvi sono state trasferite presso il presidio di Ponte Nuovo; rimangono invariate le attività sanitarie svolte presso il presidio di V.le Amendola.

### Di seguito gli indirizzi e i numeri telefonici:

Presidio ISPO - Villa delle Rose (Direzione - Screening - Laboratorio - Ambulatori - Riabilitazione): Firenze, via Cosimo il Vecchio n. 2 (telefono 055-3269771);

Presidio ISPO - Ponte Nuovo Padiglione Mario Fiori (Epidemiologia - Sorveglianza - Registri - Osservatorio Nazionale Screening): Firenze, via delle Oblate n. 2 (telefono 055-7972511);

Presidio ISPO - Viale Amendola (Senologia): Firenze, V. le Amendola n. 28 (telefono 055-2345962).



## Giudice, medico, farmacista... A chi si rivolgerà il cittadino per una dieta?

Come riportato anche dai mass media, il Tribunale di Roma, con sentenza n. 3527 del 18 febbraio u.s. ha respinto la querela per diffamazione promossa dall'Ordine dei Biologi nei confronti di un noto medico che aveva affermato che la prescrizione di diete fosse di competenza solo dei medici.

Nella sentenza si afferma che "il biologo può solo suggerire o consigliare profili nutrizionali finalizzati al miglioramento dello stato di salute e mai, in nessun caso, può prescrivere una dieta come atto curativo, che rimane sempre un'attribuzione esclusiva del medico".

Con grande correttezza e senso di responsabilità l'Ordine di Roma aveva affiancato il suo iscritto nella vicenda di cui trattasi.

### Ruoli definiti

La Direzione Generale, cui sono state rivolte richieste di chiarimenti da parte di soggetti e di associazioni, nella sua relazione ha evidenziato in particolare i seguenti aspetti:

Nel settore della nutrizione, risultano attribuite competenze a diverse figure professionali in quanto

- il **medico** specializzato in dietologia o in scienza dell'alimentazione si occupa di nutrizione umana ed è abilitato a prescrivere diete e a valutare in termini clinici le cause e gli effetti del sovrappeso e dell'obesità prescrivendo, ove occorra, anche farmaci ed esami diagnostici;

- il **biologo** ha competenza nella "valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici dell'uomo, degli animali e delle piante", che si attua, come specificato nel tariffario delle prestazioni, tramite la "determinazione della dieta ottimale umana individuale, in relazione ad accertate condizioni fisiopatologiche; determinazione delle diete ottimali per mense aziendali, collettività, gruppi sportivi ecc., in relazione alla loro composizione e alle caratteristiche dei soggetti; determinazione di diete speciali per particolari accertate condizioni patologiche in ospedali, nosocomi, ecc., per ciascun tipo di dieta";

- il **farmacista**, sebbene non possa prescrivere diete, è comunque titolato, per quanto riguarda il campo nutrizionistico, a fornire consulenze e a dare informazioni riguardanti medicinali, integratori alimentari e, comunque, altri prodotti venduti in farmacia;

- il **dietista**, quale professionista sanitario ai sensi del citato DM 744/1994, elabora, formula e attua le diete prescritte dal medico e ne

controlla l'accettabilità da parte del paziente.

Sono dunque ben definiti gli ambiti di competenza attribuiti alle suddette figure professionali poiché:

- il **medico** è il solo professionista che ha titolo per l'effettuazione di diagnosi e la prescrizione di farmaci e di indagini di laboratorio finalizzate all'elaborazione di diete;

- il **biologo**, al quale sia la legislazione primaria sopra citata sia la giurisprudenza assegnano con chiarezza competenze afferenti alla nutrizione, è una delle professioni del ruolo sanitario inserita nell'ambito del SSN, in quanto svolge attività attinenti alla salute;

- il **farmacista** svolge un ruolo abbastanza definito in quanto non può elaborare e prescrivere diete;

- il **dietista**, figura tecnico-sanitaria, ha ambiti limitati di autonomia, dovendo agire in collaborazione e su indicazione del medico;

### Alimentazione e nutrizione

- la **Scienza dell'Alimentazione** ha come obiettivo il corretto utilizzo degli alimenti per il benessere psicofisico e per il mantenimento dello stato di salute;

- l'**alimentazione** è il consumo di alimenti, che una volta ingerito e digerito fornisce i nutrienti assorbiti e veicolati al fegato e alle singole cellule per il funzionamento dell'intero organismo;

- la **nutrizione** è, quindi, una conseguenza dell'atto alimentare e può essere definita come quel fenomeno mediante il quale i nutrienti (energetici: glucosio, aminoacidi e acidi grassi; e non energetici: vitamine, sali minerali e acqua) vengono trasformati e ossidati per rendere possibile la vita delle cellule, cioè il mantenimento e l'accrescimento delle strutture e l'espletamento delle varie funzioni.

Il **nutrizionista** è:

- lo specialista dell'alimentazione umana di diversa estrazione professionale medica e/o non medica (biologo, agronomo, farmacista, veterinario, ecc.), competente nella sicurezza alimentare del singolo e della collettività, esperto nel corretto utilizzo degli alimenti per il benessere psicofisico e per il mantenimento dello stato di salute, ai fini della prevenzione di quelle patologie (metaboliche, cardiovascolari, neoplastiche) che trovano nelle cattive abitudini alimentari un potente fattore eziologico;

- conosce la composizione e le

proprietà strutturali e funzionali degli alimenti, il ruolo e le funzioni dei singoli nutrienti, le principali tecnologie di trasformazione degli alimenti e le modifiche indotte nel contenuto in nutrienti;

- orienta o corregge, sulla base della valutazione dello stato di nutrizione di un individuo, le abitudini alimentari e lo stile di vita, prescrivendo interventi nutrizionali specifici fino a ricorrere alla nutrizione artificiale;

- cura l'organizzazione dei servizi di sorveglianza nutrizionale e di ristorazione collettiva, valuta la composizione degli alimenti e delle acque, nonché il loro effetto sullo stato di nutrizione sia del singolo individuo che della popolazione.

### Perché distinguere i ruoli

L'intervento del giudice non intendeva penalizzare una categoria professionale rispetto a un'altra: semplicemente ha voluto chiarire i ruoli dei vari, possibili operatori, spiegandone le mansioni e gli orientamenti ideologici e pratici.

- la qualificazione di dietologo clinico riguarda il laureato in Medicina e Chirurgia in quanto può dare consigli dietetici quale primo approccio terapeutico di molte patologie (dislipidemie, diabete mellito, ipertensione arteriosa) mediante la correzione delle abitudini alimentari;

- solo il **nutrizionista medico**, abilitato a prescrivere diete, farmaci e accertamenti diagnostici, è anche impegnato nella valutazione clinica e nel trattamento della malnutrizione per eccesso (obesità, diabete mellito, dislipidemie, ...) o per difetto (stati carenziali di energia e/o nutrienti);

- il **biologo** svolge attività di laboratorio che, nel settore alimentare, consistono in analisi finalizzate alla valutazione della composizione e dello stato di conservazione e commestibilità degli alimenti;

- il **biologo nutrizionista** può elaborare profili alimentari-nutrizionali al fine di proporre alla persona che ne fa richiesta un miglioramento del proprio "benessere".

### Il punto chiave

In conclusione, alla base del problema sta un assunto di importanza straordinaria: la determinazione della dieta individuale e di diete speciali deve essere sempre messa in relazione con un accertamento delle condizioni fisiopatologiche effettuate dal medico-chirurgo anche presso ospedali o nosocomi, ecc., eviden-





ziando una necessaria e imprescindibile analisi a monte della condizione del soggetto che si sottopone alla prestazione di cui trattasi”.

Dunque:

a) la prescrizione di diete individuali da parte di biologi nutrizionisti su soggetti affetti da patologie più o meno gravi non può avvenire “prescindendo dalla preventiva analisi dello stato di salute del paziente effettuato dal medico. Per questa ragione, mentre il medico-chirurgo

può, ovviamente, prescrivere diete a soggetti sani e a soggetti malati, è corretto ritenere che il biologo possa elaborare e determinare diete nei confronti sia di soggetti sani, sia di soggetti cui è stata diagnosticata una patologia, solo previo accertamento delle condizioni fisiopatologiche effettuate dal medico chirurgo;

b) il biologo può autonomamente elaborare profili nutrizionali al fine di proporre alla persona che ne fa richiesta un miglioramento del proprio “benessere”, quale orientamento

nutrizionale finalizzato al miglioramento dello stato di salute. In tale ambito può suggerire o consigliare integratori alimentari, stabilendone o indicandone anche le modalità di assunzione;

c) il dietista, profilo professionale dell'area tecnico-sanitaria individuato dal D. M. 14 settembre 1994, n. 744, ex art. 6, c. 3 D. Lgs. 502/92, opera nelle strutture del S.S.N. in collaborazione con il medico ai fini della formulazione delle diete su prescrizione medica.

## Ipotesi di pensione ENPAM on-line

Nel gennaio scorso, l'ENPAM ha attivato sul proprio sito internet un nuovo servizio per i medici e gli odontoiatri. Si tratta del progetto “Busta Arancione”, con il quale è possibile, per ogni professionista, simulare il proprio trattamento pensionistico al 65° anno di età, tenendo conto di alcune variabili

che dipendono dall'età, dal reddito e dal tipo di attività professionale svolta. Il servizio è utile per avere una cognizione, anche se in misura indicativa e non vincolante, dell'importo della pensione che spetterà al compimento dei 65 anni, in modo da essere maggiormente in grado di valutare le proprie decisioni in

merito. Il servizio è usufruibile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) ed è accessibile anche senza registrazione al portale. Invece, per una visualizzazione dettagliata della propria posizione contributiva, la registrazione al portale è necessaria e dà accesso a tutta una serie di funzioni ulteriori.

## Conciliazione: l'offerta formativa dell'Università di Firenze

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

re, ossia un professionista appositamente formato, in possesso degli strumenti conoscitivi e relazionali per comporre la vertenza ed evitare l'iter giudiziario. Anche i medici e gli odontoiatri possono svolgere la funzione di Conciliatore, per cui l'Ordine di Firenze suggerisce ai propri iscritti interessati alla materia, di prediligere l'offerta formativa proposta dall'Ateneo fiorentino,

perchè oltre ad essere di alto valore scientifico, propone esempi concreti di tecniche di mediazione, in modo da fornire ai discenti tutti gli strumenti necessari per perfezionarsi in materia. Maggiori informazioni sono disponibili sul sito internet della Facoltà: [www.giuris.unifi.it/CMpro-v-p-509.html](http://www.giuris.unifi.it/CMpro-v-p-509.html).

## “Registro Italiano Medici”: attenzione a non farsi truffare!

In questi giorni stanno pervenendo ai medici, via email o per posta, dei moduli provenienti da un fantomatico “Registro Italiano Medici” che chiede ai professionisti di restituire tale modulo compilato con i propri dati. Attenzione! Può sembrare una richiesta innocua, ma in realtà nasconde un abbonamento per l'inserimento in non si sa bene

quale database, che costa 1057 euro l'anno. L'Ordine, quindi, raccomanda ai propri iscritti di non compilare e di non sottoscrivere questi moduli, perchè altrimenti si vedranno recapitare richieste di pagamento indesiderate e fastidiose. L'Ordine, infatti, ricorda che per legge l'unico Albo a cui il medico e l'odontoiatra è tenuto ad essere iscritto è l'Albo

professionale gestito dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri. Ogni altro “registro”, “elenco” o quant'altro, da chiunque proposto, non è ad adesione obbligatoria e, anzi, a volte (come in questo caso) sembra sia addirittura un pretesto per far quattrini. Massima attenzione, quindi!

## PUBBLICITÀ SANITARIA SU INTERNET

Prendendo atto della segnalata presenza di annunci pubblicitari di medici e di odontoiatri su siti internet, nei quali si propongono prestazioni sanitarie a prezzi scontati, l'Ordine ricorda che, ferma restando la “liberalizzazione” in materia pubblicitaria per i professionisti operata dalla Legge 133/2008, ogni medico e odontoiatra è tenuto al rispetto di quanto previsto dal Codice Deontologico e dalle linee-guida ad esso allegate, con particolare riferimento alla veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario.

## MEDICI, NON FUMATE!

È accaduto che i Carabinieri del NAS abbiano sorpreso medici a fumare nei reparti ospedalieri o negli studi medici, con ciò incorrendo nella sanzione amministrativa prevista dalla legge. Il fatto è particolarmente disdicevole in quanto commesso da professionisti che, prima di ogni altra cosa, dovrebbero avere a cuore la salute propria e dei pazienti, per cui l'Ordine invita pressantemente i colleghi ad evitare nel modo più assoluto il verificarsi di questi episodi, che oltre ad essere dannosi per chi li compie e chi li subisce, causano discredito alla categoria.



## BACHECA

Pubblichiamo solo alcuni dei numerosi annunci consultabili sul sito dell'ordine: [www.ordine-medici-fiorenze.it](http://www.ordine-medici-fiorenze.it) pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri.

### OFFERTE LAVORO

- Studio sito in Calcinai (PI) cerca giovane odontoiatra per collaborazione in pedodonzia, conservativa e igiene. Tel. 0587.489009, e-mail: studiocultrone@interfree.it.
- La Casa di Cura M.D. Barbantini di Viareggio, accreditata e convenzionata con il SSN, cerca medici per affidare stabilmente turni di guardia pomeridiani, notturni e festivi. La casa di cura effettua ricoveri programmati in medicina generale, cardiologia e riabilitazione cod. 56. Il candidato ideale dovrebbe avere esperienza di guardia medica o di servizio sulle ambulanze e specializzazione in ambito internistico e/o cardiologico. La possibilità di svolgere attività in sede è subordinata al rispetto delle situazioni di compatibilità; il rapporto di lavoro è libero professionale. Rif. direttore sanitario@barbantini.vg.it - personale@barbantini.vg.it.
- Studio odontoiatrico in Firenze Piazza Indipendenza, cerca assistente alla poltrona per contratto di apprendistato full time. Tel 055.499877.
- Studio medico fisioterapico, zona viale Volta Firenze, ricerca per collaborazione medici reumatologi, ecografisti e urgentemente un logopedista. E-mail: studiococchi57@gmail.com.
- Studio odontoiatrico SORRIDI CON NOI zona piazza Beccaria a Firenze cerca Igienista Dentale. Tel. 055.2476581.

### ATTIVITÀ CEDESI

- Studio odontoiatrico ottima posizione, a Scandicci; vendesi 1 unità operativa con possibilità di ampliamento tel 055.7301732-499646-481829.
- Cedesi Studio Odontoiatrico, con 1 unità operativa e predisposizione per altre 2, in centro storico a Firenze. Impianti a norma, attrezzature in garanzia. Possibilità di subentrare al leasing. giuseperomeo@hotmail.it.

### SOSTITUZIONI

- Rocio Monserrat Martinez iscritta all'Ordine di Firenze è disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, servizi sportivi, guardia medica, servizi in strutture assistenziali e turistiche a FI e in prov. E-mail: r.monserratmartinez@gmail.com.
- Susanna Arcabasso, laureata e abilitata a Firenze, è disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, servizi sportivi, guardia medica, servizi in strutture assistenziali e turistiche a Firenze e in provincia. Tel. 333.8661536.
- Michele Mercuri, abilitato alla professione di Medico Chirurgo, Master universitario in medicina estetica presso l'Università di Roma "Tor Vergata" è disponibile per sostituzioni di mmg, guardie mediche in strutture private, servizi sportivi, prelievi in Firenze e prov. Tel. 347.2117469.
- Soumaya Douar, abilitata a Firenze, è disponibile per sostituzioni dei mmg, guardia medica, servizi sportivi, servizi in Strutture Assistenziali e Turistiche a PO, FI, PT e prov. Cell. 388.6549631.
- Chiara Masotti, abilitata a Firenze, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi sul territorio di FI e PO. Cell. 339.3631140.
- Silvia Kurpanik abilitata alla professione alla Medical School Hannover (Germania), iscritta all'Ordine di Firenze, con esperienza lavorativa con bambini (Chirurgia Generale incl. Chirurgia Pediatrica, Traumatica e Cardiotoracica incl. Chirurgia Cardiaca Pediatrica, Pneumologia), anche pronto soccorso, comunica la propria disponibilità per sostituzioni ai medici pediatri. Cell. 331.8257330. E-mail: silvia.kurpanik@libero.it.

### AFFITTI PROFESSIONALI

- Affittasi 2 apt uso ufficio/studio in palazzo signorile in via Lorenzo il Magnifico a Firenze: 1) piano terra 5 vani + 2 bagni + giardino + cantina 2) piano primo 7 vani + 2 bagni + cantina. Per contatti: Cell. 348.3544690.
- Logopedista di Prato cerca professionista sanitario con cui condividere uno studio in zona centrale. Medico (meglio se specialista foniatra, ORL, neurologia, NPI, fisiatra ecc.) o non (psicologia, neuropsicologia cognitiva, neuropsicomotricità, fisioterapia...). Paola Rovai - cell. 340.5750848, rovai.paola@gmail.com.
- Affittasi studio in villino degli anni '20, restaurato, in via delle Campora a Firenze (sopra porta Romana), nessun problema di parcheggio, possibilità di bus navetta a chiamata. Lo studio viene affittato a: medici psichiatri, fisioterapisti, naturopati, omeopati, nutrizionisti. L'appartamento è composto da due stanze più una sala d'attesa e 1 bagno (per un totale di 60mq). Info: Dott. ssa Ilaria Boccacci, cell. 331.2376100. Disponibilità immediata.
- Affittasi/vendesi studio di 53 mq (due vani più bagno) (cat. catastale A10) in via dell'Anguillara (tra p.za S.Croce e p.za S.Firenze) in una prestigiosa palazzina al piano rialzato. Cell. 347.9131588.
- Affittasi o vendesi appartamento di 86 mq adibito a studio professionale in Via Mannelli di fronte alla Stazione ferroviaria Campo di Marte di Firenze. Tel. 055.244011.

### COLLABORAZIONI TRA MEDICI

- Cerco collega con esperienza che voglia affittare studio odontoiatrico con due poltrone, completo, a norma per sua clientela in giornate da concordare, e per eventuale collaborazione su miei pazienti in endodonzia e piccola chirurgia. Zona centrale, Sesto Fiorentino, moderno. E-mail: spxf@libero.it
- Studio sito in Calcinai (PI) cerca giovane odontoiatra per collaborazione in pedodonzia, igiene e conservativa. E-mail: studiocultrone@interfree.it, Tel. 058.7489009.
- Fisiatra, spec. anche in Medicina Termale, Chir. della Mano, Medicina Aeronautica e Spaziale, esperienza ultraventennale come Direttore sanitario valuta proposte di Direzione Sanitaria - Responsabilità di Branca specialistica (Fisiatria - Medicina Termale). E-mail: info@carusofisioterapia.it Cell. 335.6830959.
- SERVIZIO DI MEDICINA AERONAUTICA - Visite mediche di rinnovo e valutazione persistenza idoneità psico-fisica per il mantenimento e l'esercizio di licenze e attestati aeronautici di 2° cl. - Volo da diporto sportivo. Dr. Giuseppe Caruso, specialista Medicina Aeronautica e Spaziale - Pisa info@carusofisioterapia.it - cell. 335.6830959.
- Struttura chirurgica ambulatoriale situata a Firenze (zona via pistolese) ricerca chirurghi estetici e dermatologi per collaborazioni. Tel. 055.318521. E-mail: l.divitofrancesco@virgilio.it.
- Cercasi medico neoabilitato all'Ordine per ruolo di assistente. Prego inviare mail al seguente indirizzo: dr.lupano@gmail.com.
- Studio dentistico a Prato cerca collaboratore in ortodonzia. Inviare C.V. specificando le giornate disponibili. Email:odontoiatra79@gmail.com.
- La dott.ssa Silvia Kurpanik con esperienza lavorativa all'estero all'ospedale universitario offre corsi di tedesco e inglese per medici. E-mail: silvia.kurpanik@libero.it, cell: 331.8257330.
- Odontoiatra spec. in ortognatodonzia mobile, fissa, adulti, bambini, (attuo scrupolosamente il protocollo diagnostico), si rende disponibile per consulenze e collaborazioni serie e durature in questa specialità e nella branca pedodontica, in Toscana e regioni limitrofe. Cell. 392.8079292, e-mail: cris77@virgilio.it.
- Dott.ssa in Odontoiatria e Protesi Dentaria con esperienza triennale in igiene, conservativa, endodonzia, pedodonzia, chirurgia offre la propria collaborazione in studi di FI e PO. Tel 320.8713920.
- Odontoiatra offre la propria collaborazione in conservativa, endodonzia, protesi dentaria presso studi dentistici nelle province di FI e PO. Cell. 338.6617368.

### STRUMENTI OFFRESI

- Ecografo Sonosite - Titan portatile, vendesi a prezzo molto vantaggioso, completo di due sonde (Convex - Lineare) e software per Power e Color Doppler, collegamenti a stampante, memoria rimovibile, batteria inclusa. Utile per i principianti e per i Colleghi che necessitano di uno strumento compatto e molto funzionale. Contatti: conforti.francesco@alice.it.
- Laser Nd:Yag Deka smarty-10 come nuovo vendesi a euro 5000. Dott. Saverio Mauro Tel. 055.7879524, e-mail: saveriomauro@inwind.it
- Vendo lettino con testata rialzabile e portarotolo, Maria Luisa Cevolani: cell. 339.6314776.

**COMBISARTAN<sup>®</sup>** 160 mg / 25 mg

C09DA03

*valsartan + idroclorotiazide*

**COMBISARTAN<sup>®</sup>** 160 mg / 12,5 mg

C09DA03

*valsartan + idroclorotiazide*

**VALPRESSION<sup>®</sup>** 160 mg

C09CA03

*valsartan*



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr.  
50 100 4785





Edizione del  
centocinquantenario  
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

# PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

*Dolci, Salvagnoli, Poggi, Bartolommei, Ridolfi, idealmente stretti intorno alle statue di Bettino Ricasoli e di Ubaldino Peruzzi.  
Firenze, l'Italia, l'Europa: una lezione di libertà e di civiltà.*



Egoi Firenze

così... e così...

