



ToscanaMedica

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



Terapia antiaggregante nella sindrome coronarica acuta

R. Abbate, G. Casolo, C. Manfredi,
A. Messori, A. Mugelli, G.M. Santoro

Assistere chi ha subito violenza

M. Baldari, V. Doretto, G. Coniglio, L. Lenzi,
C. Pagliara, S. Bovenga, D. Zuccherelli

La costruzione di strategie sinergiche nell'area dell'oncologia attraverso un metodo partecipativo

M.L. Fioretto, C. Iacono, V. Zagonel

Le politiche di prevenzione alcolologica in Europa

F. Voller, F. Cipriani, A. Allamani

N° 5 MAGGIO 2012

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ Ambrogio Lorenzetti e il Colorismo senese
F. Napoli **4**

EDITORIALE

■ Morto per troppi errori
A. Panti **5**

OPINIONI A CONFRONTO a cura di *Simone Pancani*

■ Terapia antiaggregante nella sindrome coronarica acuta
R. Abbate, G. Casolo, C. Manfredi
A. Messori, A. Mugelli, G.M. Santoro **6**

■ Ancora antiaggreganti!
A. Panti **13**

QUALITÀ E PROFESSIONE

■ Assistere chi ha subito violenza
M. Baldari e coll. **14**

■ Una ricetta per prescrivere... le ricette
S.E. Giustini **17**

■ La costruzione di strategie sinergiche nell'area dell'oncologia attraverso un metodo partecipativo
M.L. Fioretto e coll. **19**

■ L'avvento della videoendoscopia a colori
C. Foppa **21**

■ Sessi a confronto in "Opinioni a confronto"
M. Geddes Da Filicaia **24**

■ Il disagio dei Professionisti
M. Cecchi **26**

■ Il "Consenso Informato" dell'adolescente
F. Franchini **27**

■ Sono adolescente: qualcuno mi ascolti...
M. Francardi **28**

RICORDO DI LAMBERTO BOFFI

A. Mercatelli e coll. **28**

REGIONE TOSCANA

■ Le politiche di prevenzione alcolologica in Europa
F. Voller, F. Cipriani, A. Allamani **29**

■ Chiarimenti sulla nota 13 dell'AIFA
Commissione Terapeutica Regionale **31**

■ Esenzioni dal Ticket **35**

■ Sistema Dispatch e maxiemergenze **36**

RICERCA E CLINICA

■ Novità sulle protesi totali di anca
M. Innocenti e coll. **37**

■ Operations Management per allineare i processi di supporto ai percorsi di cura
A. Sergi e coll. **40**

■ Epigenetica: effetto modulatore dell'allattamento al seno
C. Calzolari **42**

■ Aspetti genetici e ambientali della patogenesi della malattia di Alzheimer
C. Ferrari e coll. **48**

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

■ La riforma sanitaria del Granducato di Toscana
M. Fanfani **44**

FRAMMENTI DI STORIA

■ La pediculosi in Toscana cento anni fa
F. Farnetani **50**

LETTERE AL DIRETTORE

■ Utilizzo dell'agopuntura in corso di appendicopatia
G. Antonucci **52**

■ Troppi tagli cesarei?
G. Ragazzini **53**

■ Una precisazione
N. Villari **53**

■ Slow Medicine
A. Dolara **54**

■ Le colpe dei medici
M. Barni **54**

■ Sovradiagnosi o sottodiagnosi?
F. Testa **55**

■ Lettera dal fronte
L. Prezioso **56**

■ Ancora sull'aderenza alla terapia in psichiatria
M. Ferrara e coll. **57**

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI **55/57**

LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI **58**

VITA DELL'ORDINE a cura di *Simone Pancani* **59**

NOTIZIARIO a cura di *Bruno Rimoldi* **62**

BACHECA **18**

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXX n. 5 - maggio 2012
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
"Piccola Maestà"
di *Ambrogio Lorenzetti*

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

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045

<http://www.ordine-medici-firenze.it>

e-mail: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it

Editore

Edizioni Tassinari

viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze

e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it

<http://www.edizionitassinari.it>

Pubblicità

Edizioni Tassinari

tel. 055 570323 fax 055 582789

e-mail: riccardo@edizionitassinari.it

<http://www.edizionitassinari.it>

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina

via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Ambrogio Lorenzetti e il Colorismo senese

Una piccola splendente pala, ancona da viaggio forse di qualche importante prelato della curia romana, fa bella mostra di sé nei locali di palazzo Chigi Piccolomini alla Postierla, in Siena, a due passi dal Duomo. La superficie lignea coperta di figure e di luce è opera di Ambrogio Lorenzetti, pittore senese trecentesco, ed è una *Piccola Maestà* affollata di figure poste a scandire lo spazio: Maria ed il Bambino in trono congiunti da un avvertibile segno di affetto, sono collocati fra due figure con alle spalle altrettante schiere angeliche, mentre in primo piano simmetrici si stringono quattro santi, inginocchiati.

La visione del trono centrale è accentuata nella prospettiva dal disegno del tappeto che ricopre gli scalini di accesso e dalle figure dei santi che in primo piano gli fanno corona; questi ultimi sono visti di tre quarti o di spalle, espressivi nei volti anche se schematici nelle loro differenze; i bordi dei mantelli ricadono sul pavimento con accidentalità.

Le due figure ritte in piedi ai lati del trono recano l'una fiori e l'altra la palma segno di martirio e vestono in rosso o azzurro riprendendo i colori della veste di Maria. Alle spalle di quest'ultima si distribuiscono le schiere angeliche non definite completamente nelle loro forme perché immerse nella grande luce che pervade il fondo e che sembra assorbirle.

L'opera, quindi, mostra di essere figlia dell'esperienza giottesca – viene realizzata intorno al 1340, circa tre anni dopo la morte del pittore di Vicchio – nella diversa disposizione spaziale e nel realismo che esprime: le espressioni dei volti, gli scorci dei visi degli angeli, il mantello che si modella sulle gambe di Maria oppure il sottolineato accenno ad una prospettiva non geometrica se pure volutamente ricercata.

Eppure, è un'opera pur sempre legata al gusto ed alla cultura tardo-gotica sia nella circolarità della composizione sia nel fondo a foglia d'oro: cosa questa che permette di esaltare la luce che pervade l'opera secondo un senso di sacralità. Inoltre, il disegno del tappeto che ricopre la base del trono come è stato ben notato rimanda a tessuti anatolici, indicando conoscenze o contatti fra il mondo senese e quello medio orientale, ma rimanda anche al gusto locale per la miniatura e la sua lezione grafica.

L'opera di Ambrogio Lorenzetti, fratello di Pietro, riunisce quindi influenze diverse e tra queste una sua diretta esperienza giottesca, essendo stato a Firenze per diversi anni, ove risulta iscritto all'Arte dei Medici e Speziali.

La *Piccola Maestà* dopo una esposizione a Catanzaro, ove ha riscosso particolare successo, è ora in mostra a Siena contenuta in una teca climatizzata ed è raffrontabile con altre opere dello stesso autore – inevitabile un rimando al suo ciclo del "Buono e cattivo governo" conservato all'interno del Palazzo Pubblico –, nonchè con *Maestà* di autori a lui contemporanei, con aspetti documentali atti ad inquadrare la stagione pittorica a Siena entro l'anno di morte dello stesso Lorenzetti, avvenuta a causa della peste nel 1348.

La Grande Piccola Maestà di Ambrogio Lorenzetti

Palazzo Chigi Piccolomini alla Postierla,
via del Capitano 1, Siena
Fino al 17 giugno 2012

Orario: martedì/sabato 8,15-19,15
domenica, lunedì e festivi 9,00-13,00



"Piccola Maestà" di Ambrogio Lorenzetti



CORRIERE FIORENTINO

Careggi

«Morto per troppi errori» A processo i due medici

Corriere della Sera 24/3/2012

Tre titoli tra i mille che ogni giorno i mass media dedicano alla medicina.

Più frequenti quelli miracolistici sulla sensibilità dei topolini a sostanze che mai diventeranno farmaci, ma che intanto promettono la certa guarigione del cancro. O quelli sulla calvizie precoce, dramma da estirpare con le moderne conquiste della tecnica. Imperante il mercato, tutto è possibile per vendere di più. Vale il detto di Zinoviev: "Non possiamo andar peggio, disse il pessimista. Perché? possiamo peggiorare ancora, disse l'ottimista".

"Morto per troppi errori". E chi lo ha detto? L'articolo riporta intere frasi della perizia di parte (e chi le ha date ai giornali?). Il pm ha semplicemente richiesto il rinvio a giudizio. Che potrebbe anche essere negato. Ma il giornalista ha già emesso il verdetto e il pubblico, che mai saprà dell'eventuale assoluzione, si è già creato un immaginario di iniqua e inutili diffidenza. Risponde ai canoni etici del giornalismo riportare affermazioni di condanna estrapolando frasi dalla querela di parte?

E non basta. Sulla rete, l'episodio è recente, la Guardia di Finanza diffonde il video dell'arresto di un medico con ampia selezione di perquisizioni domestiche. E la privacy? E la presunzione di innocenza su cui si basa il moderno diritto? Ma siamo ancora nel novero delle genti civili?

La parola d'ordine è "spettacolarizzare", "enfaticizzare", "creare falsi contrasti". Mai una discussione pacata che cerchi la verità attraverso l'esposizione dei fatti e delle opinioni. Il diritto di informazione è diritto alla corretta informazione, altrimenti è colpevole sviamento della verità. Ormai il processo

mediatico sostituisce quello vero che, spesso, per le devastanti condizioni della giustizia, non si celebrerà mai. Il medico è dato in pasto al pubblico e condannato prima del processo. Clamore, poi silenzio, la realtà come sequel di spot.

Giornalisti e avvocati (quelli che promettono di fare a metà dell'eventuale risarcimento) hanno interessi assai convergenti. Tutti vivono, in qualche modo, delle difficoltà e dei successi della medicina. Nella sanità tutto fa notizia, anche i seicento (sic!) pistoiesi minacciati, una vera catastrofe, di raffreddore. Nonché l'annunciata scoperta della "proteina che predice la calvizie" (i calvi sono malati?).

Purtroppo non mancano le colpe dei medici. Chi, se non un medico, informa i giornalisti degli ultimi ritrovati per far studiare i ragazzi svogliati o della presunta cura della demenza in base ai più recenti studi su topolini artificialmente invecchiati? Non sarebbe inutile riflettere sulla disapplicazione del nostro codice deontologico come causa di ulteriori danni all'immagine della medicina.

Oggi sta pericolosamente prevalendo un'idea distorta della medicina e una ingiusta diffidenza sul comportamento dei medici. Che fare? Sperare: "ha da passà 'a nuttata?". Nessuna professione si sta riformando come quella medica, sia pur tra comprensibili contrasti interni e fuorvianti recriminazioni del bel tempo che fu. I tempi sono ormai maturi per creare un movimento unitario della professione che rilanci la centralità del medico nella sanità.

Scivolare lentamente verso la figura del "tecnico demotivato" significherebbe la fine di una professione secolare tuttora indispensabili per l'umanità.

TM



Corriere della Sera 1/4/2012

Seicento pistoiesi col raffreddore

Gli sbalzi termici di questi giorni aumentano le affezioni respiratorie

Il Tirreno 29/3/2012



Terapia antiaggregante nella sindrome coronarica acuta

TOSCANA MEDICA – Inquadriamo in termini generali la patologia coronarica acuta: incidenza, prognosi, approccio terapeutico, costi.

SANTORO – Tra le malattie cardiovascolari, le sindromi coronariche acute rappresentano nei paesi occidentali la causa più importante di morbilità e mortalità. Le sindromi coronariche acute si distinguono essenzialmente in due gruppi, quelle a ST sopraslivellato e quelle a ST non sopraslivellato. La base fisiopatologica del primo gruppo è sostenuta per lo più dall'occlusione acuta di un'arteria coronarica con conseguente necrosi miocardica di estensione più o meno variabile. Le sindromi coronariche acute a ST non sopraslivellato sono invece generalmente causate da lesioni coronariche instabili, suscettibili di evoluzione, se non adeguatamente trattate, anche in questo caso verso l'infarto miocardico.

Già da questa prima classificazione appare evidente quanto sia essenziale la tempestività dell'intervento terapeutico perché nel primo caso la necrosi del miocardio rimanga il più possibile limitata e nel secondo non si abbia l'evoluzione verso l'infarto vero e proprio.

Per quanto riguarda l'epidemiologia si può dire che negli ultimi dieci anni si è osservata a livello mondiale una riduzione delle sindromi coronariche acute, soprattutto di quelle a ST sopraslivellato che sono diminuite addirittura del 30 - 50% a seconda delle casistiche. Lo stesso non può dirsi delle forme a ST non sopraslivellato la cui incidenza è rimasta per lo più invariata, se non in alcuni casi addirittura leggermente aumentata.

In termini prognostici, la mortalità ospedaliera delle sindromi a ST sopraslivellato è circa il doppio di quella a ST non sopraslivellato, ma già a 6 mesi i valori di mortalità si equivalgono e dopo un anno il rapporto si inverte. A 4 anni la mortalità delle forme a ST non sopraslivellato è addirittura doppia di quella delle sindromi con ST sopraslivellato.

Questi dati devono fare riflettere sul fatto che la mortalità di queste forme non è limitata alla sola fase del ricovero in ospedale ma si può protrarre anche nel tempo, con conseguente necessità di una attenta sorveglianza clinica protratta ben oltre la fase acuta di malattia.

CASOLO – I numeri oggi disponibili ci dicono che la riduzione della mortalità cardiovascolare complessiva è di circa il 27%, rimanendo tuttavia una causa importantissima di morte con un range che varia dal 38 al 41% secondo le differenti statistiche. Di pari passo si evidenzia una riduzione d'incidenza delle manifestazioni acute della cardiopatia ischemica e della mortalità per cardiopatia coronarica. La prevalenza della cardiopatia ischemica è invece in aumento a livello mondiale per effetto dell'allungamento della vita della popolazione generale.

Pertanto, a fronte di una minor incidenza di eventi si assiste ad un aumento di malati con conseguenti problemi assistenziali. In un recente Audit che abbiamo condotto in Versilia con la Medicina Generale la prevalenza della malattia coronarica si attesta su valori di 5.3-5.5 pazienti per 100.000 abitanti. In Italia l'infarto del miocardio colpisce circa 200.000 persone all'anno la cui

metà non riesce ad arrivare viva in ospedale. L'infarto ST sopraslivellato, che richiede una immediata reperfusionazione coronarica, è in costante progressiva diminuzione di circa il 10% per anno. Al contrario è in netta controtendenza l'incidenza dell'infarto NON ST sopraslivellato con un rapporto di 3:1 circa rispetto all'ST sopraslivellato. Ciò per effetto dell'invecchiamento della popolazione ove prevale l'infarto non ST sopraslivellato. La terapia delle due forme prima descritte dal dott. Santoro è completamente differente nel senso che in caso di infarto miocardico acuto ST sopraslivellato si tenta di "riaprire" il prima possibile la coronaria occlusa (in genere con angioplastica e apposizione di uno o più stents), mentre nel caso dell'infarto non ST sopraslivellato la scelta di eseguire una rivascolarizzazione non è sempre obbligata e comunque procrastinabile fino a 72 ore. In ambedue i casi occorre instaurare una terapia medica variegata e impegnativa.

Come anticipato la mortalità dell'infarto è nettamente superiore nei pazienti con STEMI rispetto al NSTEMI. Col passare del tempo questa tendenza si inverte. La mortalità ospedaliera dei pazienti con STEMI trattati al meglio nelle nostre UTIC oscilla oggi tra il 3 ed il 5.6% a livello nazionale, nettamente ridotta rispetto a 20 o 30 anni fa, anche se a 6 mesi sale fino al 12-13%.

ROSANNA ABBATE¹, GIANCARLO CASOLO²,
CARLO MANFREDI³, ANDREA MESSORI⁴,
ALESSANDRO MUGELLI⁵,
GIOVANNI MARIA SANTORO⁶

¹ Prof. Ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Firenze

² Direttore UOC di Cardiologia, ASL di Viareggio

³ Medico di medicina generale, Presidente dell'Ordine dei Medici di Massa Carrara

⁴ Direttore UO Health Technology Assessment, Area Vasta Centro

⁵ Prof. Ordinario di Farmacologia, Università degli Studi di Firenze

⁶ Direttore UOC di Cardiologia, Asl di Firenze

PARTECIPANO



Rosanna Abbate



Giancarlo Casolo



Carlo Manfredi



Andrea Messori



Alessandro Mugelli



Giovanni Maria Santoro

Questo significa che in linea di massima siamo piuttosto efficaci nel curare l'infarto in fase acuta ma non altrettanto può dirsi per quanto riguarda la breve e media distanza!

TOSCANA MEDICA – *Gli interventi dei cardiologi portano inevitabilmente l'attenzione su due questioni molto importanti: la prevenzione dei rischi ed i reingressi in ospedale legati in molti casi alla correttezza delle terapie instaurate nella fase acuta della malattia. Come si inquadrano queste questioni all'interno del sistema delle linee-guida internazionali?*

CASOLO – Per quanto riguarda la recidiva di malattia, sostanzialmente la prognosi a distanza degli eventi cardiovascolari successivi ad un episodio coronarico acuto, il quadro odierno è piuttosto sconolante. Tutti i dati disponibili sono infatti concordi nel sostenere che l'aderenza alle terapie proposte in questi casi rimane ad oggi molto bassa, con un 30-40% di pazienti che dopo 3 mesi dall'evento acuto non assume più nessun farmaco tra quelli proposti in prevenzione secondaria, mentre nella classe di popolazione maggiormente diligente il target terapeutico viene raggiunto solamente nel 50-60% dei casi. I dati relativi al decennio 2000-2010 riportano tuttavia un modesto miglioramento in questo senso. Ad uno scarso utilizzo di farmaci evidence-based si associa un outcome peggiore ed un numero elevato di recidive infartuati.

MANFREDI – È incredibile che l'aderenza a trattamenti di efficacia provata in un momento delicato dell'esistenza di un individuo possa essere disattesa così spesso. Il programma terapeutico è parte integrante della relazione medico paziente e deve essere semplificato al massimo. Le informazioni devono essere fornite tenendo conto del livello intellettuale e culturale del paziente e di chi si prende cura di lui così da renderle più facilmente comprensibili. Devono essere ben spiegati i vantaggi a breve e a lungo termine dei trattamenti in relazione alla natura e gravità della situazione clinica. Anche gli effetti indesiderati devono essere illustrati puntualmente come anche gli accorgimenti che verranno messi in atto per contenerli o ridurli al minimo. Farsi sempre spiegare dal paziente il programma di assunzione dei farmaci per verificare il livello di comprensione dello stesso. Il razionale, gli obiettivi e le modalità di assunzione e di monitoraggio dei trattamenti dovranno essere richiamati tutte le volte in cui viene rinnovata la prescrizione. La mancata aderenza alla terapia non può essere mai imputata totalmente al paziente. Il medico si deve interrogare sulla sua parte di responsabilità e deve cercare di abbattere le barriere e gli ostacoli che rendono difficile la sua realizzazione. Particolare cura deve essere riservata ai pazienti che manifestano un atteggiamento di sfiducia sull'efficacia dei trattamenti o che presentano un tono dell'umore depresso perché queste condizioni favoriscono la non aderenza.

MUGELLI – Credo che a questo punto sia opportuno fare un riferimento alla prevenzione primaria perché gli interventi messi in atto a questo livello appaiono in grado di ridurre in maniera realmente significativa il numero di eventi cardiovascolari, agendo sul cambiamento degli stili di vita e su condizioni predisponenti, per lo più paucisintomatiche, come l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia ed il diabete. Anche l'Italia, all'interno di un progetto dalla Comunità Europea, che ha l'obiettivo di aggiungere entro il 2020 due anni di vita sana ai soggetti di età avanzata, si propone di sviluppare modalità tese ad incrementare l'aderenza ai trattamenti farmacologici di queste patologie.

CASOLO – Sono d'accordo con l'intervento del prof. Mugelli e ricordo che ormai vi è accordo unanime sul fatto che la riduzione della mortalità cardiovascolare in termini assoluti osservata nel mondo occidentale è attribuita soltanto in minima parte alle terapie riperfusive in senso generale e per ben il 60-70% alle misure di prevenzione primaria. Nelle misure di prevenzione vanno considerati non solo i comportamenti "sani" ma, laddove necessari i farmaci di largo impiego comune di dimostrata efficacia in prevenzione. Tra questi sono da considerare i farmaci ACE inibitori, le statine, i beta bloccanti e gli antiaggreganti. Ciò non significa che interventi come l'angioplastica od il by-pass siano poco utili; tutt'altro. Però il beneficio nel numero totale degli eventi prevenibili è molto contenuto rispetto a interventi di popolazione dove invece hanno un ruolo fondamentale il rispetto dei target di prevenzione primaria.

ABBATE – Nel panorama degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e nella valutazione dell'offerta farmacologica, sia attuale che fu-

tura, dobbiamo a mio parere prendere in considerazione due punti fondamentali. Il primo. I soggetti che sono valutati nei trials clinici devono fare riferimento alla popolazione reale (sempre più anziana) per la quale è stato concepito il farmaco oggetto di studio, con la conseguente necessità di prendere in considerazione più sottogruppi di persone in età sempre più avanzata. Il secondo. Nei pazienti con cardiopatia ischemica, soprattutto nelle classi più anziane, le donne rappresentano una percentuale estremamente significativa e questo deve essere tenuto nella giusta considerazione, visto che le evidenze cliniche e farmacologiche continuano a dimostrare che l'effetto clinico di una determinata terapia appare diverso a seconda del sesso.

TOSCANA MEDICA – Per chiudere questa panoramica introduttiva, precisiamo ancora una volta le differenze sostanziali tra un atteggiamento di cura interventistica (ad esempio posizionamento di stent o bypass aortocoronarico) ed un altro al contrario farmacologico.

SANTORO – In linea di massima non è possibile considerare l'intervento di rivascularizzazione meccanica separato del tutto da quello farmacologico, sia prima che dopo la procedura interventistica.

Per quanto riguarda l'infarto a ST sopraslivellato, esiste oggi accordo unanime sul fatto che la terapia di scelta è rappresentata dalla riapertura il più precoce possibile del vaso occluso, risultato ottenibile nella stragrande maggioranza dei casi con l'angioplastica eseguita entro 6-12 ore dall'inizio dei sintomi e non più tardi di 2 ore dal primo contatto medico. In caso di ritardo rispetto a questi valori di riferimento appare indicato ricorrere al trattamento farmacologico con farmaci fibrinolitici.

Le sindromi coronariche acute a ST non sopraslivellato richiedono un discorso più articolato e complesso. I dati relativi alla terapia conservativa ed a quella invasiva oggi disponibili appaiono difficilmente confrontabili perché basati su protocolli, definizioni di sindromi coronariche acute e trattamenti farmacologici assai diversi tra di loro. Le conclusioni che si possono oggi trarre sono che per i pazienti a rischio elevato o intermedio esiste un sostanziale accordo nel considerare preferibile l'approccio invasivo, mentre nei soggetti a basso rischio i risultati del trattamento

farmacologico non sembrano essere inferiori a quelli dell'approccio invasivo.

CASOLO – Concordo con quello detto dal dott. Santoro ed aggiungo che l'approccio invasivo alle sindromi coronariche acute a ST non sopraslivellato presenta evidenti benefici solo per le classi di pazienti ad elevato rischio aterotrombotico, in quelli con segni persistenti di ST sottolivellato, con dolore prolungato e con movimento enzimatico da danno miocardico. Ciò significa che l'approccio al paziente con infarto non ST sopraslivellato è assai più complesso ed articolato e deve sempre tener presente il rischio non solo del mancato intervento ma anche quello che un intervento inappropriato può generare. Basti pensare al rischio emorragico ed al rischio di trombosi da stent nei pazienti avviati alla rivascularizzazione con angioplastica coronarica.

MESSORI – Stiamo parlando di un settore della Medicina nel quale le conoscenze in campo terapeutico sono oggi molto avanzate con conseguente aumento dei problemi per chi si occupa di decisioni economiche a livello di organismi istituzionali quali le Regioni o le Agenzie nazionali per i farmaci. In questo campo di attività un momento fondamentale di intervento è rappresentato dalla corretta interpretazione dei dati che esprimono in termini complessivi il beneficio di una determinata terapia. Solo dopo si può infatti affrontare la questione degli investimenti e della destinazione delle risorse disponibili.

Nel campo del quale stiamo parlando, i benefici incrementali (stimati confrontando il trattamento innovativo rispetto al predecessore) sono relativamente piccoli in termini percentuali; usando il parametro del "number needed to treat" ci troviamo di fronte a valori oscillanti da 50 a 150. Il valore dello stesso parametro applicato ad altri settori dell'innovazione terapeutica (ad es., alcuni trattamenti oncologici – es. per il melanoma – o oncoematologici – es. per la leucemia mielodica cronica – oppure i nuovi farmaci per l'epatite C) oscilla al contrario tra 3 e 5, cosicché tutto ciò impone un'attenta riflessione per quanto riguarda il rapporto tra costi incrementali e benefici aggiuntivi.

Ad oggi io credo che sia necessario lavorare per ridefinire i criteri che riconoscono l'innovazione ad una determinata terapia. A questo scopo sarà inevitabile

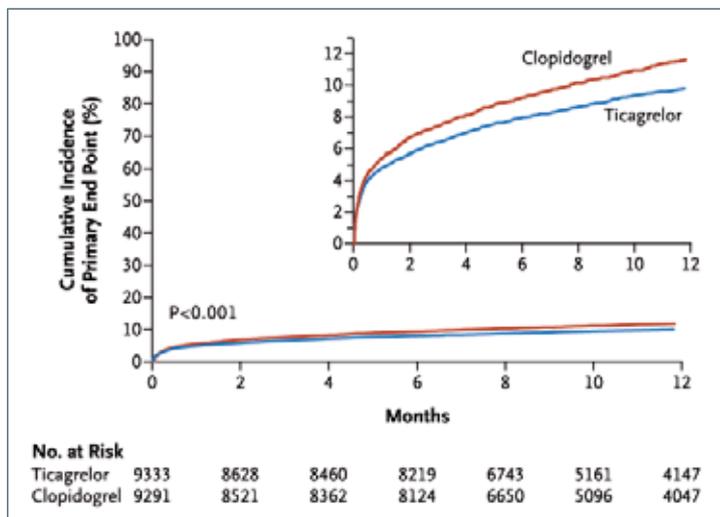


Figure 1 - Cumulative Kaplan-Meier Estimates of the Time to the First Adjudicated Occurrence of the Primary Efficacy End Point.

The primary end point – a composite of death from vascular causes, myocardial infarction, or stroke – occurred significantly less often in the ticagrelor group than in the clopidogrel group (9.8% vs. 11.7% at 12 months; hazard ratio, 0.84; 95% confidence interval, 0.77 to 0.92; $P < 0.001$).

Da N. Engl. J. Med. 361;11 nejm.org september 10, 2009, pp. 1053.

l'abbandono del vecchio algoritmo decisionale di AIFA (e l'agenzia già sta muovendosi in questa direzione) e sarà quindi necessario definire criteri nuovi che meglio incorporino il rapporto costo/efficacia e che siano adatti a tutte le situazioni sia di intervento acuto sia di terapia cronica.

TOSCANA MEDICA – *Banalizzando volontariamente la reale importanza dell'intervento del dott. Messori, a quale classe di popolazione sarebbe davvero necessario abbassare la colesterolemia e fino a quali valori?*

ABBATE – Partendo dalla valutazione del rapporto costo-beneficio e dalla scarsità delle risorse oggi disponibili, è facile pensare che il vantaggio maggiore della riduzione della colesterolemia sia da ricercare soprattutto in un soggetto con numerosi fattori di rischio nel quale magari ancora non si sono manifestati danni d'organo clinicamente rilevanti. È ovvio che in una simile classe di pazienti riuscire a tenere sotto controllo un'eventuale dislipidemia non può che migliorare la situazione.

MUGELLI – Anche se la questione sollevata prima da Messori è certamente molto importante, io vorrei portare nuovamente l'attenzione sulla patologia della quale stiamo parlando che, oggettivamente presenta una rilevanza epidemiologica ben diversa dalle situazioni cliniche ricordate in precedenza. Non per niente nel modo anglosassone qualcuno ha proposto un approccio per così dire "polipillola" da utilizzare in tutti i soggetti sopra i 65 anni di età, indipendentemente dal rischio personale di ciascuno, essendo proprio l'età il fattore di rischio di maggiore importanza! Ovviamente un simile ragionamento mi sembra assai difficile da accettare in un Paese come il nostro, però il concetto di trattare con farmaci non molto costosi tutta una serie di fattori (senza prendere in considerazione se i loro valori siano più o meno elevati) mi sembra interessante anche perché, rimanendo all'esempio del colesterolo, in realtà ancora non sappiamo con ragionevole certezza quale sia il valore giusto per prevenire realmente gli incidenti cardiovascolari.

MESSORI – A parte le discussioni sulla mono o "polipillola", io credo che una priorità importante vada oggi riconosciuta all'aderenza ai trattamenti che ven-

gono proposti ai pazienti. In Italia, in questo campo siamo ancora un po' indietro. Infatti non disponiamo né di studi recenti ed attendibili che quantifichino la dimensione del problema, né di strumenti operativi e/o informativi che consentano al prescrittore di intervenire efficacemente e in tempo reale. Si tratta di un settore nel quale le tecnologie moderne potrebbero offrire un aiuto importante, esaminando sistematicamente i flussi prescrittivi e le quantità di farmaco dispensate ai pazienti.

MANFREDI – La mia preoccupazione è che il senso di una "polipillola" che "copra" verso molti fattori di rischio potrebbe essere mal compreso. Modificare gli stili di vita è più difficile, ma è più efficace della plurifarmacologia e, se associato ad essa, moltiplica i benefici. La disponibilità della "polipillola" potrebbe disincentivare dagli sforzi per lo stile vita corretto e costituire un alibi per perseverare in comportamenti a rischio.

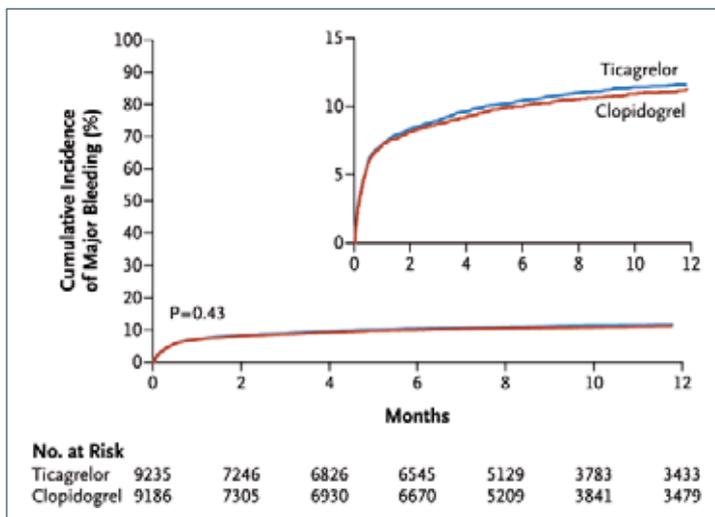
CASOLO – Sempre per rimanere sul tema "colesterolo" vorrei aggiungere che, come cardiologi, tendiamo a ragionare per lo più in termini di rischio cardiovascolare globale. Non a caso i target lipidici sono assai diversi a seconda del profilo complessivo del rischio cardiovascolare del paziente. Così, dopo sindrome coronarica acuta i target di LDL sono molto più ambiziosi rispetto alla prevenzione primaria. Ciò è ben comprensibile se consideriamo che molti fattori di rischio non sono modificabili (età, sesso, presenza di ipertensione, diabete) e quindi concentrarsi su un fattore di rischio modificabile è l'unico modo per ridurre il rischio globale. Consideriamo anche che spesso ci concentriamo su uno o più fattori di rischio ma alcuni comportamenti vengono ancora tollerati o considerati poco degni di attenzione; basti pensare al fumo di sigaretta. I dati a disposizione indicano percentuali di fumatori ancora assai elevate, se è vero che in Italia ancora oggi circa il 25% della popolazione continua tranquillamente a fumare!

ABBATE – Purtroppo anche dopo una sindrome coronarica acuta molte persone continuano non solo a fumare, ma anche a non cambiare stili ed abitudini di vita, come dimostrato dai dati provenienti dalla nostra Regione.

Figure 2 - Cumulative Kaplan-Meier Estimates of the Time to the First Major Bleeding End Point, According to the Study Criteria.

The time was estimated from the first dose of the study drug in the safety population. The hazard ratio for major bleeding, defined according to the study criteria, for the ticagrelor group as compared with the clopidogrel group was 1.04 (95% confidence interval, 0.95 to 1.13).

Da N. Engl. J. Med. 361:11 nejm.org september 10, 2009, pp. 1053.



TOSCANA MEDICA – *Ma se i pazienti dimostrano scarsa aderenza alla terapia anche dopo un evento importante come la sindrome coronarica acuta, di chi è la colpa, dei pazienti stessi, della stampa, dei medici?*

ABBATE – Io penso che molta parte della colpa debbano prendersela i medici, sia gli ospedalieri che quelli che lavorano sul territorio, veri e propri referenti per i pazienti di ogni tipo. Per cercare di migliorare la situazione sarebbe necessario a mio parere che i futuri colleghi fossero preparati ad affrontare queste tematiche fin dagli anni del corso di laurea.

MUGELLI – Le ragioni della scarsa aderenza alle terapie sono molteplici e non riguardano solo i medici. Frequentemente sono i pazienti anziani con polipatologia a dimostrare scarsa aderenza a terapie che possono essere anche molto complesse. Occorre non dimenticare che il motivo di una scarsa aderenza alle terapie, può essere rappresentato, ad esempio, dalla comparsa di effetti collaterali. Indubbiamente il ruolo del medico in questo campo rimane unico ed insostituibile, con la sua capacità di interagire con il paziente.

MANFREDI – Se consideriamo che nel post infarto si devono somministrare almeno cinque farmaci ai quali se ne devono aggiungere altri se il paziente è anche diabetico o iperteso, o se presenta problemi reumatologici, definire un programma terapeutico “sostenibile” in termini di aderenza e di tollerabilità diventa spesso arduo. Ma il momento più critico è rappresentato dalle patologie acute intercorrenti il cui trattamento, inserendosi in un contesto così affollato di molecole, mette a dura prova l’abilità del terapeuta.

TOSCANA MEDICA – *Torniamo alla terapia delle sindromi coronariche acute, affrontando la questione farmacologica, in particolare per quanto riguarda l’impiego dei farmaci antiaggreganti.*

SANTORO – Partiamo dalla considerazione che esiste un ampio spazio di miglioramento per quanto riguarda la riduzione degli eventi dopo la fase acuta delle sindromi coronariche acute la cui terapia antiplastrinica si basa oggi essenzialmente su due farmaci, l’acido acetilsalicilico ed il clopidogrel, disponibile ormai da circa dieci anni. In particolare l’associazione tra queste due molecole ha portato ad una riduzione molto significativa della morbilità legata agli eventi cardiovascolari.

Il clopidogrel rimane comunque una molecola con grosse limitazioni di impiego nei pazienti con sindrome coronarica acuta, legate soprattutto alla sua natura di profarmaco che necessita per essere attivato di una efficace metabolizzazione epatica. Questo significa, in prima battuta, che il clopidogrel per iniziare a manifestare la propria azione terapeutica ha bisogno di almeno 3-5 ore di tempo e questo in caso di sindrome coronarica acuta rappresenta uno svantaggio di non trascurabile importanza. Non dimentichiamo inoltre che il metabolismo epatico è differente da soggetto a soggetto per cui esiste una quota significativa di pazienti, oscillante dal 15 al 40%, che risulta resistente al clopidogrel, la cui inibizione dell’attività plastrinica peraltro è solo parziale, in percentuali variabili dal 40 al 70%.

Da ricordare inoltre il prolungato effetto farmacologico di questa molecola (circa 5-7 giorni) che può rappresentare un problema importante in caso sia necessario ricorrere ad una procedura chirurgica, magari in regime di urgenza o emergenza.

TOSCANA MEDICA – *Le nuove opzioni terapeutiche di recente introduzione, prasugrel e ticagrelor, rappresentano davvero delle novità dal punto di vista farmacologico e clinico?*

MUGELLI – Anche se parlare di vera innovazione appare davvero difficile, si può senza dubbio dire che le due nuove molecole rappresentano un miglioramento dell’offerta terapeutica di cui oggi disponiamo. Esistono tra prasugrel e ticagrelor alcune differenze

	Clopidogrel	Prasugrel	Ticagrelor
Class	Thienopyridine	Thienopyridine	Triazolopyrimidine
Reversibility	Irreversible	Irreversible	Reversible
Activation	Prodrug, limited by metabolization	Prodrug, not limited by metabolization	Active drug
Onset of effect*	2-4 h	30 min	30 min
Duration of effect	3-10 days	5-10 days	3-4 days
Withdrawal before major surgery	5 days	7 days	5 days

Tabella 1 - Caratteristiche farmacologiche P2Y₁₂

Hamm CW et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2011 Sep 21.

sostanziali che possiamo così sintetizzare: il primo appartiene alla classe delle tienopiridine (come il clopidogrel) e forma un legame irreversibile con il recettore P2Y₁₂ dell'adenosina difosfato che si trova sulla superficie delle piastrine, mentre il secondo appartiene ad una differente classe farmacologica ed il suo legame con il suddetto recettore piastrinico appare assolutamente reversibile. Inoltre, ticagrelor agisce direttamente sul recettore P2Y₁₂, cioè non attraverso dei metaboliti, come nel caso delle tienopiridine. Questi dati si traducono in un diverso tempo di inizio dell'effetto terapeutico (4-5 ore e circa 30 minuti) ed una diversa durata di azione (3-10, 5-10, 3-4 giorni), rispettivamente per clopidogrel, prasugrel e ticagrelor (vedi Tabella 1 e Figura 3).

ABBATE – Credo che a proposito dei nuovi antiaggreganti sia importante sottolineare la loro notevolissima potenza di inibizione piastrinica, soprattutto per quanto riguarda il ticagrelor. Ormai è stato infatti chiaramente dimostrato che la presenza in circolo di piastrine iperattive, come accade nelle sindromi coronariche acute, rappresenta un fattore di rischio importante e per questo particolarmente interessante appare potere disporre di molecole effettivamente in grado di modulare al meglio l'azione di queste piastrine iperfunzionanti.

CASOLO – Erano molti anni che nella sindrome coronarica acuta non si assisteva ad una riduzione significativa di mortalità in seguito all'impiego di un farmaco e questo era avvenuto nel 2005 testando nell'infarto miocardico acuto il clopidogrel (contro il solo acido acetilsalicilico) che era riuscito ad abbassare la percentuale di decessi del 22%.

Ad oggi i dati più rilevanti provengono dallo studio PLATO (A Study of Platelet Inhibition and Patient Outcomes) che mostra riduzioni della mortalità di circa il 30-40%. Questo è stato dimostrato in tutti i sottogruppi esaminati senza alcun beneficio specifico per una categoria rispetto ad altre.

MANFREDI – Il ticagrelor è un substrato del CYP3A4 per cui deve essere evitata la somministrazione concomitante con forti inibitori come ad es. ketoconazolo, itraconazolo, claritromicina, ritonavir e atazanavir o con induttori come rifampicina, fenitoina, carbamazepina, fenobarbital. Ticagrelor è inoltre un inibitore della glicoproteina P di trasporto e può quindi aumentare le concentrazioni sieriche di digossina o ciclosporina che devono essere monitorati con l'inizio o il cambiamento della terapia con l'antiaggregante. L'impiego di ticagrelor con insieme a farmaci FANS, antivitamina K e SSRI (per es. paroxetina, sertralina e citalopram) aumenta il rischio di sanguinamenti.

CASOLO – Vorrei sottolineare un aspetto che a mio avviso è assai importante in tema di innovazione farmacologia introdotta dal Ticagrelor: si tratta di un farmaco che ha consentito di dimostrare una riduzione di mortalità aggiuntiva rispetto alle terapie comunemente utilizzate. Erano molti anni che nella sindrome coronarica acuta non si assisteva ad una riduzione significativa di mortalità in seguito all'impiego di un farmaco. Occorre risalire al 2005 quando furono pubblicati i risultati dello studio COMMIT dove Clopidogrel permise di ottenere una riduzione di mortalità del 22% nei pazienti con infarto rispetto al gruppo di controllo. Ticagrelor nello studio PLATO (A Study of Platelet Inhibition and Patient Outcomes) ha permesso di ottenere una riduzione di mortalità di circa il 22%, la trombosi di stent del 33%, di reinfarto del 16% rispetto alla terapia convenzionale con Clopidogrel.

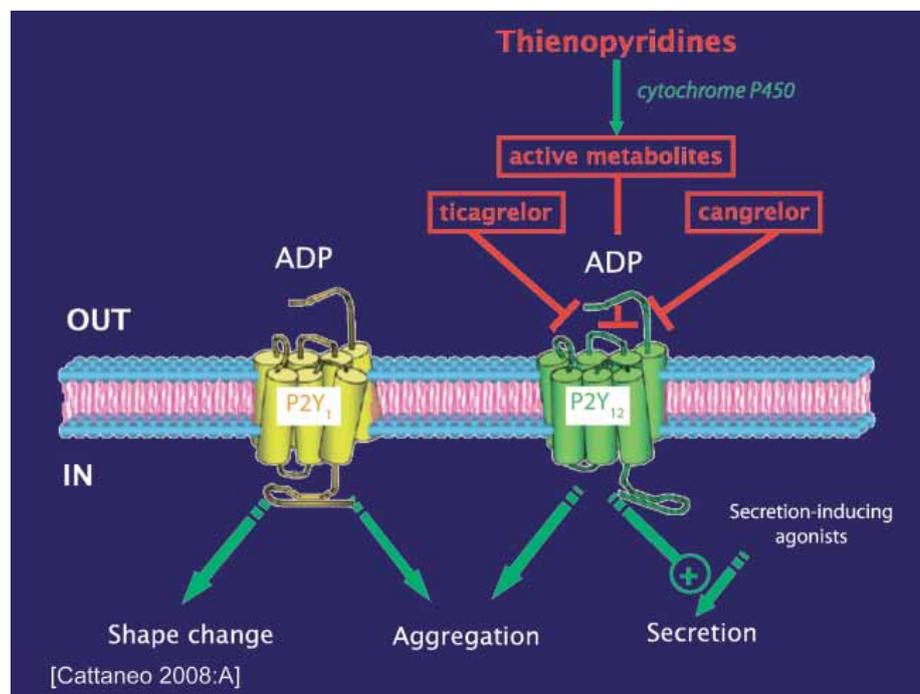
TOSCANA MEDICA – Parliamo del rapporto costo-benefici di queste nuove molecole.

MESSORI – Si tratta di una questione estremamente complessa perché numerosissimi sono i fattori che entrano in gioco.

Al momento abbiamo disponibili i dati di studi di confronto ticagrelor/clopidogrel e prasugrel/clopidogrel.

Figura 3 - Il recettore P2Y₁₂ è il bersaglio delle tienopiridine, cangrelor e ticagrelor

Cattaneo M. *Eur Heart J.* 2008; 10 (Supplement I); I33-I37.



grel, senza confronti, diretti, o – come si suol dire – testa a testa, tra le molecole di più recente introduzione. Da questi elementi si evince che prasugrel ma soprattutto ticagrelor verso clopidogrel dimostrano indubbi vantaggi su end point significativi, con benefici incrementali piccoli dal punto di vista del miglioramento del rischio assoluto, ma importanti per quanto riguarda quello relativo.

In linea di massima, con un po' di approssimazione si può dire che il gradiente di efficacia oggi riscontrato parte dal clopidogrel (in associazione all'acido acetilsalicilico) per arrivare alle due nuove molecole (prasugrel e ticagrelor), sostanzialmente appaiate, la cui efficacia definitiva non può essere ad oggi valutata compiutamente, non essendo disponibili, come dicevo prima, studi di confronto diretto. Anche il gradiente del costo per paziente sembra andare nella stessa direzione. Le conclusioni sull'efficacia si possono rias-

umere nel modo seguente: dal più "vecchio" ai più "nuovi" l'efficacia via via aumenta, sia pure di poco in termini assoluti ma maggiormente in quelli relativi.

A questo punto le difficoltà da affrontare sono sempre le stesse che si evidenziano quando si deve compiere una valutazione di farmaco-economia. È cioè necessario esaminare in termini quantitativi l'aumento dell'efficacia di una nuova molecola, condividere che all'aumento di efficacia può essere riconosciuto un aumento di costo, e infine applicare una sorta di regola, pragmatica o strettamente quantitativa, che governi questa proporzionalità tra aumento di costo e aumento di efficacia. Come è noto, questa regola, se resa quantitativa, si chiama soglia del rapporto costo/efficacia ovvero soglia di sostenibilità e "viaggia", nei paesi europei, attorno al valore di 5mila euro per mese di vita guadagnato.

Per quanto riguarda ticagrelor, le prime analisi

Tabella 2 - *N. Engl. J. Med.* 361;11 *nejm.org* september 10, 2009, pp. 1052.

End Point	Ticagrelor Group	Clopidogrel Group	Hazard Ratio for Ticagrelor Group (95% CI)	P Value†
Primary end point: death from vascular causes, MI, or stroke — no./total no. (%)	864/9333 (9.8)	1014/9291 (11.7)	0.84 (0.77–0.92)	<0.001‡
Secondary end points — no./total no. (%)				
Death from any cause, MI, or stroke	901/9333 (10.2)	1065/9291 (12.3)	0.84 (0.77–0.92)	<0.001‡
Death from vascular causes, MI, stroke, severe recurrent ischemia, recurrent ischemia, TIA, or other arterial thrombotic event	1290/9333 (14.6)	1456/9291 (16.7)	0.88 (0.81–0.95)	<0.001‡
MI	504/9333 (5.8)	593/9291 (6.9)	0.84 (0.75–0.95)	0.005‡
Death from vascular causes	353/9333 (4.0)	442/9291 (5.1)	0.79 (0.69–0.91)	0.001‡
Stroke	125/9333 (1.5)	106/9291 (1.3)	1.17 (0.91–1.52)	0.22
Ischemic	96/9333 (1.1)	91/9291 (1.1)		0.74
Hemorrhagic	23/9333 (0.2)	13/9291 (0.1)		0.10
Unknown	10/9333 (0.1)	2/9291 (0.02)		0.04
Other events — no./total no. (%)				
Death from any cause	399/9333 (4.5)	506/9291 (5.9)	0.78 (0.69–0.89)	<0.001
Death from causes other than vascular causes	46/9333 (0.5)	64/9291 (0.8)	0.71 (0.49–1.04)	0.08
Severe recurrent ischemia	302/9333 (3.5)	345/9291 (4.0)	0.87 (0.74–1.01)	0.08
Recurrent ischemia	500/9333 (5.8)	536/9291 (6.2)	0.93 (0.82–1.05)	0.22
TIA	18/9333 (0.2)	23/9291 (0.3)	0.78 (0.42–1.44)	0.42
Other arterial thrombotic event	19/9333 (0.2)	31/9291 (0.4)	0.61 (0.34–1.08)	0.09
Death from vascular causes, MI, stroke — no./total no. (%)				
Invasive treatment planned‡	569/6732 (8.9)	668/6676 (10.6)	0.84 (0.75–0.94)	0.003‡
Event rate, days 1–30	443/9333 (4.8)	502/9291 (5.4)	0.88 (0.77–1.00)	0.045
Event rate, days 31–360¶	413/8763 (5.3)	510/8688 (6.6)	0.80 (0.70–0.91)	<0.001
Stent thrombosis — no. of patients who received a stent/total no. (%)				
Definite	71/5640 (1.3)	106/5649 (1.9)	0.67 (0.50–0.91)	0.009
Probable or definite	118/5640 (2.2)	158/5649 (2.9)	0.75 (0.59–0.95)	0.02
Possible, probable, or definite	155/5640 (2.9)	202/5649 (3.8)	0.77 (0.62–0.95)	0.01

* The percentages are Kaplan–Meier estimates of the rate of the end point at 12 months. Patients could have had more than one type of end point. Death from vascular causes included fatal bleeding. Only traumatic fatal bleeding was excluded from the category of death from vascular causes. MI denotes myocardial infarction, and TIA transient ischemic attack.

† P values were calculated by means of Cox regression analysis.

‡ Statistical significance was confirmed in the hierarchical testing sequence applied to the secondary composite efficacy end points.

§ A plan for invasive or noninvasive (medical) management was declared before randomization.

¶ Patients with any primary event during the first 30 days were excluded.

di farmacoeconomia dimostrano che il suo rapporto costo/beneficio si attesta ai limiti della soglia di sostenibilità, anche se il suo costo annuo per paziente è cinque o sei volte più elevato rispetto a clopidogrel.

A parte comunque qualsiasi considerazione di farmacoeconomia specialistica e di raffinata distinzione tra benefici di una molecola e benefici di un'altra, il punto centrale è che i pazienti dovrebbero assumere i farmaci con piena aderenza, il che è una priorità che conta di più rispetto a quella di eseguire il trattamento con la prima molecola nella graduatoria di beneficio atteso piuttosto che con la seconda (soprattutto se quest'ultima si distanzia molto poco rispetto alla prima).

TOSCANA MEDICA – *Una domanda ai clinici. Il fatto che ticagrelor debba essere assunto due volte al giorno potrebbe rappresentare uno svantaggio rispetto ai competitori in termini di scarsa aderenza alla terapia?*

ABBATE – Effettivamente lo studio PLATO ha dimostrato una minore aderenza alla terapia con ticagrelor rispetto a quella con clopidogrel, anche se la doppia somministrazione giornaliera presenta l'indubbio vantaggio della più veloce possibilità di interruzione in caso di eventi emorragici.

CASOLO – Anche secondo me la duplice assunzione potrebbe rappresentare un problema, soprattutto in soggetti anziani. Questo problema però si pone per qualunque farmaco. Infatti gli anziani o i soggetti con polipatologia importante sono spesso costretti ad assumere ogni giorno un numero molto grande di farmaci diversi. Ciò comporta di fatto una ridotta compliance. Tuttavia, vorrei ricordare come l'inibizione piastrinica che il Ticagrelor garantisce è tale da rendere di fatto obsoleto il discorso della resistenza agli antiaggreganti. Una inibizione così potente può di gran lunga supplire per una mancata assunzione sporadica del farmaco.

TOSCANA MEDICA – *Un'ultima domanda. La terapia con antiaggreganti piastrinici, indipendentemente dal farmaco e dall'associazione di scelta, per quanto tempo deve essere protratta?*

SANTORO – L'evidenza suggerisce tutta la vita per l'acido acetilsalicilico e 12 mesi sia per clopidogrel che per prasugrel e ticagrelor, indipendentemente dal tipo di sindrome coronarica acuta e dal tipo di trattamento effettuato in fase acuta.

Ancora antiaggreganti!

ANTONIO PANTI

Le malattie cardiovascolari rappresentano la più importante causa di malattia e di morte in tutto il mondo occidentale. Tra queste, la sindrome coronarica acuta ha una rilevanza speciale sia nella variante con ST sopraelevato sia in quella con ST non sopraelevato. Entrambe sono causa di gravi incidenti anche mortali e entrambe possono essere affrontate sia con la vascolarizzazione sia con opportune terapie farmacologiche. La mortalità aumenta nel tempo e quindi ecco che gli interventi più interessanti sono modulati nel tempo: prevenzione primaria e secondaria in base alla valutazione individuale delle carte di rischio. La medicina moderna e l'organizzazione sanitaria (laddove funziona) consentono prognosi incomparabilmente migliori rispetto a pochi decenni fa. Tuttavia vi è ancora mortalità, in particolare in fase precoce di malattia e si assiste a molti reingressi in ospedale e a molte ricadute.

L'epidemiologia dimostra che la prevenzione funziona; agire sui fattori di rischio primari e secondari, eliminare il fumo e assumere regolarmente le terapie necessarie. Le grandi campagne moderne di educazione alla salute che tentano di influenzare la sanità pubblica, insieme alle terapie individuali, si fondano su due linee di azione: il cambiamento di stile di vita e l'adesione del paziente alle terapie. Altre siffatte problematiche riguardano principalmente la popolazione anziana e le donne. Problema grande della sanità moderna la medicina di genere, assai rilevante proprio quando si parla di fattori della coagulazione.

Insomma l'approccio a queste forme è polimorfo ma efficace, dalla prevenzione, al cambiamento degli stili di vita, alla rivascularizzazione, alla farmacoterapia. Tutto è importante se appropriato e se riceve l'adesione convinta del paziente. I nostri esperti si sono soffermati sull'importanza della valutazione globale del rischio cardiovascolare, assai più che la mera riduzione isolata del tasso di colesterolo. Che, tra l'altro pone il problema antico del numero di pazienti da trattare per ottenere un risultato positivo. E, ancora una volta, della compliance del paziente che, se è carente, può avere molteplici motivazioni ma una è la più ragionevole, che il medico non abbia saputo conquistarne realmente la fiducia, non sia stato sufficientemente coinvolgente.

La terapia è classicamente multipla. Oggi anche l'antiaggregazione è duplice, aspirina più un altro farmaco. Ecco che i farmaci in uso presentano molte criticità per cui la ricerca si è mossa per individuare diverse sostanze chimiche, meno svantaggiose. In effetti qualcosa è apparso di nuovo nel mercato dei farmaci, una sostanza che offre certamente un valore aggiunto rispetto alle terapie già in uso: migliore maneggevolezza e minore mortalità. E il costo? I farmaci economisti sostengono che la spesa è sostenibile per il sistema, avuto riguardo per i qualys guadagnati. Inoltre questo farmaco, il Ticagrelor, si assume due volte al giorno e per un massimo di un anno, non essendoci ad oggi dati positivi rispetto all'uso prolungato.

TM

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



Marco Baldari, specialista in Fisiatria e Malattie Infettive, ha operato per anni nel campo della Epidemiologia e della Clinica delle Malattie Infettive, sia in Italia (nel settore Sanità Pubblica ed in Ospedale) che all'estero (Nazioni Unite, European Centre for Disease Control), pubblicando diversi lavori su questi temi. Dal 2008 si occupa di Gestione del Rischio Clinico nella AUSL9 di Grosseto.



Assistere chi ha subito violenza

Il Percorso Rosa di Grosseto

Premessa

Le definizioni di Rischio Clinico e di gestione del medesimo rimarcano il concetto, pure intuitivo, che – quando si parli di salute e di prestazioni sanitarie atte a preservarla

o ristabilirla – qualità e sicurezza costituiscono un *continuum* e siano impossibili da perseguirsi separatamente. Se infatti la qualità tecnica delle cure fosse modesta, parlare di sicurezza avrebbe poco senso. Ma cure di eccellenza sotto il profilo tecnologico sarebbero parimenti prive di senso in un contesto che non perseguisse la sicurezza del paziente a tutto tondo.

È non meno evidente che un giudizio sulla qualità e sicurezza delle cure non possa limitarsi alla gestione clinica a breve termine, ma debba valutare altresì l'efficienza e la tempestività con le quali sono attivate strategie e protocolli rivolti alla **prevenzione secondaria**. Ovvero di quanto ci si preoccupi di evitare – per quanto possibile – che la *condizione patologica acuta* che ha portato il paziente all'osservazione degli Operatori Sanitari possa ripresentarsi.

Orbene, come ci accingiamo a descrivere meglio, nel caso delle vittime di violenza appartenenti alle *fasce deboli della popolazione* (vedi oltre) la prevenzione secondaria deve assolutamente essere attivata fin dal momento in cui viene prestata la prima assistenza e richiede **ab initio** una perfetta integrazione di competenze e di risposte tanto sanitarie in senso lato che extra-sanitarie. Ne consegue che monitorare ed incrementare la qualità e la sicurezza del percorso di salute offerto a questa tipologia di paziente impone di travalicare il contesto puramente sanitario, proprio della Gestione del Rischio Clinico (**GRC**). D'altro canto, come vedremo, il "metodo di lavoro" e gli strumenti tipici del

la GRC si prestano molto bene ad essere estesi ed adattati alla *risposta integrata multi-componente (in buona parte extra-sanitaria)* dalla quale dipende il guadagno in salute della vittima nel medio-lungo termine¹.

Il ruolo cruciale del sospetto clinico precoce

È ben noto, e lo confermano per l'Italia i dati ISTAT, che la violenza agita contro i soggetti più indifesi socialmente, ha un *sommerso* imponente; del resto una sorta di vergogna e/o non consapevolezza della gravità e pericolosità di quanto ha subito impedisce spesso

alla vittima di reagire denunciandolo. Ad esempio, i casi di abuso sessuale denunciati non superano il 7% di quelli che effettivamente si verificano (fonte: studio del Viminale).

Un primo e fondamentale indicatore della *qualità e sicurezza* del

percorso sanitario offerto a questo tipo di pazienti è dunque la **capacità e la sensibilità degli operatori nel rilevare segni e sintomi fisici e/o comportamentali** indicativi o suggestivi. Da questa capacità dipendono infatti non solo completezza e tempestività delle procedure diagnostico-terapeutiche messe in atto "in acuto", ma – in questo contesto – la possibilità stessa di assicurare una *prevenzione secondaria* (come sopra definita), ovvero il fallire completamente a riguardo.

Circa le conseguenze *in acuto* di un mancato/ritardato sospetto diagnostico basti pensare al pericolo che ulteriori lesioni/esposizioni a rischio subite dalla vittima – al di là di quelle più immediatamente evidenti – passino inosservate e/o siano sottovalutate. Tra queste, i danni psicologici sono particolarmente insidiosi, ed operatori sanitari non sensibili nel sospettare di trovarsi di fronte ad una vittima di violenza possono aggravarle, assumendo

MARCO BALDARI*, VITTORIA DORETTI^,
GIUSEPPE CONIGLIO°, LUANA LENZI^,
CLAUDIO PAGLIARA^, SERGIO BOVENGA*,
DANILO ZUCCHERELLI#

* UOC Gestione del Rischio Clinico, AUSL 9 - Grosseto (Dir. Dr. S. Bovenga)

^ Nucleo Operativo Task Force Inter-istituzionale AUSL 9 - Pr. Rep. di Grosseto (Resp. Dr. V. Doretti)

° Referente per la Procura della Task Force Inter-istituzionale

Direttore Sanitario, AUSL 9 - Grosseto

¹ Basti citare il fatto che – ad esempio – i maltrattamenti in ambito domestico sono reati noti per avere una percentuale di reiterazione di oltre il 70% in mancanza di interventi efficaci.

atteggiamenti e modalità di procedere equivocabili per indicativi di disinteresse.

Ma, come dicevamo, un mancato/ritardato sottopetto diagnostico inficia anche – e soprattutto – le possibilità di attuare una efficace *prevenzione secondaria*, comportando la dispersione irreversibile del quadro probatorio che è cruciale per la componente giudiziaria della stessa.

La risposta istituzionale agli episodi di violenza contro le fasce deboli² a Grosseto: il Percorso Rosa

Prima o poi tutte le vittime di violenza, anche quelle che non hanno la forza di denunciare o la capacità di comprendere la gravità di quanto hanno subito - da sole o accompagnate dai loro persecutori - arrivano davanti ad un medico di pronto soccorso, ad un farmacista o ad un medico di famiglia. Sensibilizzare e formare queste figure professionali a percepire e segnalare casi del genere è pertanto fondamentale³, come lo è mettere a loro disposizione una struttura a competenze plurime, in grado di intervenire prontamente e 24 ore su 24 per prendere in carico la vittima, proteggerla ed attivare la risposta a tutto campo indispensabile per ottenere risultati durevoli.

A Grosseto tale struttura è nata da una collaborazione inter-istituzionale recentemente oggetto di ratifica anche a livello Regionale ed è stata denominata "Task Force Interistituzionale AUSL 9 - Procura della Repubblica di Grosseto". Quest'ultima ha a sua volta provveduto a creare un sistema di *alert* denominato **Codice Rosa**, aprendo una *via virtuale* all'interno dei servizi di vari Enti ed Istituzioni, definita **Percorso Rosa**.

La denominazione peraltro non inganni: se è vero che più spesso la vittima di fascia debole è una donna⁴, il Percorso Rosa viene attivato per *tutti* gli episodi di violenza nei confronti di soggetti di questo tipo: minori, anziani, vittime di discriminazione, ecc.

Il *Percorso Rosa* prevede la tempestiva e coordinata attuazione di una serie di misure di competenza sanitaria e giudiziaria, ottenibile mediante sinergie e collaborazioni molto strette tra professionalità eterogenee⁵.

La attivazione della Task Force inter-istituzionale consente di mettere la vittima al centro di tutto: essa non sarà dunque chiamata a *ruotare* all'interno della risposta multi-professionale all'episodio di violenza, ma è tale risposta a *ruotare*

intorno alla vittima, che viene protetta evitandole tutti gli stress aggiuntivi dell'approccio *tradizionale* (esso comportava ripetuta esposizione del corpo e della vicenda dell'offeso in più contesti).

La *Stanza Rosa* realizzata nel Pronto Soccorso di Grosseto è il *guscio* entro il quale la vittima viene posta con solerzia e discrezione, ed essa vi rimane per tutto il tempo necessario per ricevere le prime cure, riprendersi, rasserenarsi con l'aiuto di operatori specializzati e consentire una solida e professionale acquisizione del quadro probatorio. Solo i sanitari che prestano le cure del caso ed il Nucleo Operativo della Task Force hanno accesso a questo guscio. E la vittima ne esce al riparo da sguardi indiscreti e solo quando è pronta (a meno, naturalmente, di quadri drammatici che richiedano un ricovero in Rianimazione).

Come detto, l'attivazione della Task Force inter-istituzionale consente – tra l'altro – di acquisire subito e validamente il quadro probatorio. Esso – anche laddove il reato non fosse perseguibile d'ufficio e la vittima preferisse riflettere in tema di denuncia – resterà comunque acquisito per un eventuale futuro utilizzo, anziché andare irrecuperabilmente perduto.

Si consideri da ultimo che il Nucleo Operativo della Task Force inter-istituzionale è in grado di portare la risposta integrata anche al domicilio della vittima, dietro richiesta della stessa o di chi la assiste.

La Gestione del Rischio Clinico (GRC) applicata al Percorso Rosa

Il *core* dell'approccio GRC consiste nel perseguire il continuo miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure attraverso il contributo di operatori sanitari sollecitati a segnalare – ai soli fini del miglioramento del *sistema salute* – le occasioni (*eventi*) che consentono di rilevarne *deficit* in termini di sicurezza per il paziente. In tal modo, un *sistema* maturo si auto-corregge prima che si possa verificare una serie di circostanze legate a *rischi prevenibili*, esitante in danno.

Tale approccio è apparso idoneo a ben servire – con qualche adattamento – tutta l'estensione della *risposta integrata* tipica del Percorso Rosa. Pertanto abbiamo operato come segue:

a) innanzitutto, il gruppo di operatori specializzati costituenti Nucleo Operativo della Task Force è stato organizzato per provvedere al periodico riesame dei casi più significativi tra quelli gestiti

² Si identificano con **fasce deboli della popolazione** quei soggetti che "... in particolare nell'ambito delle relazioni affettive e/o di fiducia, più facilmente possono essere vittime di violenza altrui trovandosi in situazioni psicologicamente subordinate (es. donne, minori, anziani ecc.), vittime di discriminazioni (razziali, religiose o omofobiche ecc.), sottoposte o a rischio di pratiche di mutilazioni genitali femminili...; queste vittime hanno così maggiori difficoltà a porre fine alle condotte violente o anche solo a denunciarle" [Protocollo d'Intesa tra AUSL9 e Procura della Repubblica, Grosseto 16/4/2010].

³ Del tema della formazione e sensibilizzazione degli Operatori Sanitari e di altre figure professionali (nel contesto sociale, scolastico, ecc.) a rilevare i casi di sospetta violenza non ci occupiamo in questa sede. In ogni caso, nella AUSL 9 di Grosseto questo compito viene svolto dalla Task Force.

⁴ L'OMS considera la violenza di genere come una priorità per la sanità pubblica e una violazione dei diritti umani: un problema troppo spesso ignorato o sottostimato, anche perché una delle forme più comuni di violenza è quella domestica.

⁵ I protocolli e le sinergie alla base del Percorso Rosa sono stati trattati in altra sede. Essi sono alla base della operatività di un team composto da medici, infermieri, ostetriche, magistrati e personale di Polizia Giudiziaria addestrati a lavorare fianco a fianco con spirito di squadra, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze professionali ma tutti preoccupati della stessa cosa: fare del proprio meglio per tutelare a lungo termine la salute ed il benessere del soggetto debole vittima di violenza.

e non coperti da segreto istruttorio. Caratteristica peculiare di tale tipo di confronto, è la partecipazione di appartenenti alla magistratura ed alle forze dell'ordine al fianco dei sanitari ed in qualità di colleghi. Ne consegue, per tutte le componenti della *task force*, la possibilità di avere una visione più ampia ed unitaria del problema "violenza", nonché lo stimolo – per ciascuno – a fare un salto qualitativo nel proprio operato: l'ottica sanitario-giudiziario-inquirente impone infatti a tutte le professionalità coinvolte di lavorare su standard di eccellenza ed a farlo facilitando il lavoro dei colleghi impegnati su aspetti diversi del medesimo *caso*, ugualmente importanti per il risultato finale: sicurezza e benessere a lungo termine della vittima di violenza⁶. Oltre ad assicurare interventi armonici ed altamente qualificati, la periodica revisione di gruppo dei casi presi in carico consente a tutte le componenti un maggiore coinvolgimento nel fornire il proprio contributo poiché assicura a ciascun operatore un *feed-back* sui risultati a lungo termine del proprio intervento e del proprio ruolo;

b) abbiamo in seguito provveduto a dotare anche le componenti extra-sanitarie della Task Force di figure di riferimento che hanno il compito di sensibilizzare tutti i colleghi sulla importanza di segnalare eventuali inefficienze organizzative notate nella gestione dei casi di violenza sui deboli ed a promuoverne l'analisi all'interno del Servizio ove sono state riscontrate. Se una soluzione a tale livello non è reperibile, il problema viene riferito ad una struttura creata ad hoc: il Tavolo Permanente di Coordinamento inter-istituzionale (TPC);

c) il TPC – costituito da membri permanenti di varia provenienza ed arricchito, a seconda delle circostanze – di ulteriori competenze è in grado di procedere a più approfondite analisi ed a consentire il riferimento di soluzioni inter-istituzionali.

Chi ha dimestichezza con il sistema e la terminologia adottati in Toscana dal Centro Regionale GRC vedrà in quanto sopra (punti a,b,c) l'equivalente de – rispettivamente – le Rassegne per la Sicurezza (M&M), i Facilitatori GRC e gli Audit GRC (alias Audit SEA, nella terminologia Ministeriale).

Risultati e discussione

In fase di implementazione del Percorso Rosa il fenomeno-violenza viene gradualmente sottratto al sommerso: si verifica così quello che una recente pubblicazione ha definito "il magico effetto domino". L'atteso incremento in sicurezza per la popolazione non si traduce pertanto – nel breve periodo – in una riduzione dei casi di violenza contro le fasce deboli che vengono riscontrati (i quali, al contrario, aumentano vistosamente di numero).

Per valutare l'efficacia delle azioni messe in campo dalla Task Force Interistituzionale ed i risultati dell'*approccio GRC* per il continuo miglioramento delle stesse si possono peraltro utilizzare

Applicazione del "metodo GRC" al Percorso Rosa

1) revisione periodica in équipe m.p. dei casi piu' significativi gestiti dalla T.F.



2) sistema di auto-controllo fondato sulle osservazioni degli operatori multi-professionali di prima linea



3) tavolo di coordinamento e Significant Event Audits



Figura 1 - L'applicazione dei metodi di lavoro tipici della Gestione del Rischio Clinico al Percorso Rosa.

indicatori di sensibilità, prontezza, completezza ed efficienza della risposta inter-istituzionale integrata. Ad ottimizzare proprio questi aspetti, del resto, miravano la maggioranza delle segnalazioni degli operatori raccolte e *processate* dal nostro sistema di auto-controllo.

Lo stesso *effetto domino*, nella sua entità e progressività, è probabilmente il migliore indicatore del successo delle strategie seguite per sensibilizzare gli operatori di prima linea (medici, infermieri, farmacisti, insegnanti, operatori sociali, ecc.). Esso è altresì buon indice generale di efficienza della *task force*: il più forte incentivo per gli operatori a segnalare è infatti rappresentato dalla prontezza ed efficienza della risposta evocata.

Nei primi 6 mesi del 2011 i *cas*i segnalati alla Task Force sono stati ben 241, con un incremento del 73% rispetto al primo semestre del 2010 (primo anno di attivazione del Percorso Rosa).

Un buon indicatore della efficacia della periodica revisione e discussione multi-professionale dei casi trattati da parte della task force è rappresentato dalle Procedure operative e dai Modelli via via scaturiti da tale approccio (tra questi, di particolare rilievo la *cartella integrata* di primo soccorso ad una vittima di violenza o maltrattamento, che integra gli aspetti sanitari con quelli di rilevanza giuridica favorendo la collaborazione inter-professionale). Essi sono stati infine riuniti, a costituire un organico manuale.

Da ultimo, un indicatore della efficacia dell'approccio multi-professionale integrato consentito dal metodo di lavoro della *task force* è rappresentato dal notevolissimo accorciamento dei tempi processuali riscontrato nei casi seguiti dalla stessa che approdano in tribunale. Attualmente non è raro che l'intero iter processuale si concluda entro 90 giorni.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: s.bovenga@usl9.toscana.it

TM

⁶ Si pensi – per esempio – alla necessità di armonizzare la cura del paziente con la acquisizione e la conservazione degli elementi di prova, facendo sì che queste attività non si ostacolino in modo reciproco.

Una ricetta per prescrivere ... le ricette



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

L'articolo di Schiff* e collaboratori (che citiamo in calce) è particolarmente interessante per due ordini di motivi.

Una prestigiosa rivista fornisce consigli praticabili per una corretta ed appropriata prescrizione senza che passi per la testa che la classe medica si possa "offendere per le banalità dei consigli".

Inoltre questo articolo attiene alla classe medica di un paese, gli USA, dove i controlli amministrativi burocratici, sulle "ricette" sono forse più stringenti che da noi.

Cautela rispetto ai nuovi farmaci: siate prudenti e prima di prescrivere un cosiddetto "innovativo" attendete informazioni affidabili sulla loro sicurezza. Inoltre i farmaci cosiddetti "vecchi" possono essere efficaci quanto i nuovi o "le nuove copie" e per un malato il farmaco funziona o non funziona ... non se è nuovo o vecchio. Farmaci con minime modificazioni della struttura chimica che

vengono proposti come innovativi, pur avendo pressoché le stesse caratteristiche del farmaco capostipite dal quale sono derivati.

Innovazione nell'accezione di reale novità terapeutica deve offrire al paziente benefici maggiori rispetto alle opzioni precedentemente disponibili! E attenzione ad aumentare arbitrariamente le indicazioni.

Cercare informazioni trasparenti; esercitare un'analisi critica nei confronti dei risultati degli studi clinici, che talvolta mettono in risalto solo i risultati favorevoli al farmaco studiato.

Ad esempio storicamente le donne sono state sottorappresentate nei trial clinici e i dati derivati da una popolazione prevalentemente maschile sono comunemente, ma non sempre correttamente, estrapolati per uso clinico nelle donne. Inoltre il mio paziente è simile a quelli del trial? È la stessa malattia del mio paziente? Cosa assume il braccio di intervento? Cosa assume il braccio di

SAFFI ETTORE GIUSTINI
Medico di medicina generale, Commissione Terapeutica
Regione Toscana

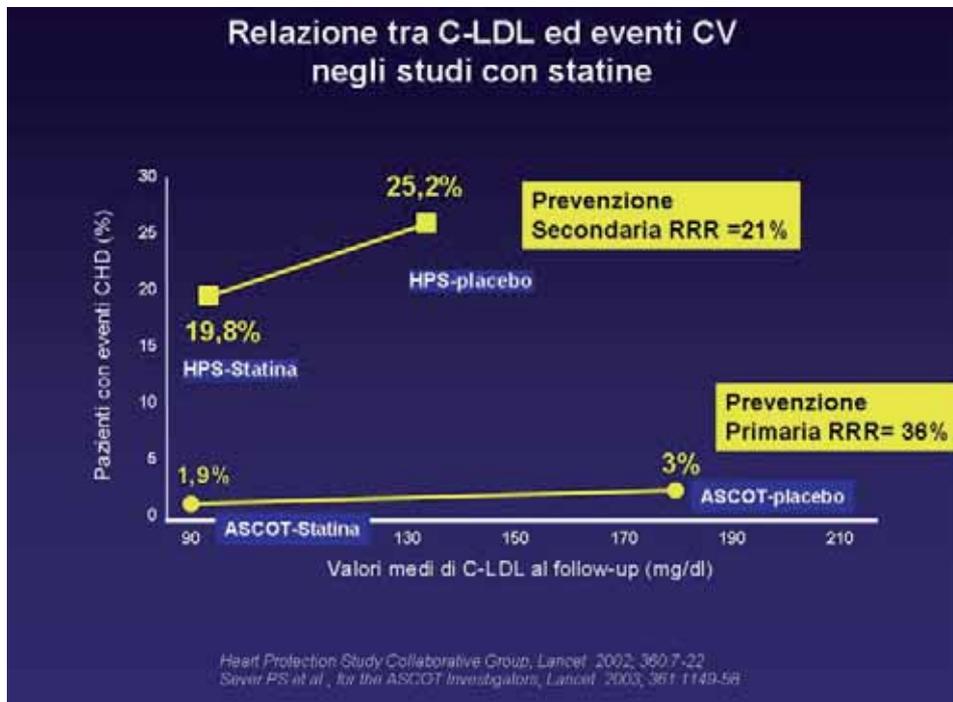


Figura 1 - Il rischio di base nel trial è lo stesso del mio paziente?

* Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. Arch Intern Med 2011; 171: 1433-40. doi:10.1001/archinternmed.2011.256.

controllo? Il follow-up è realistico? Ci possono aiutare i sottogruppi?

Come sono stati interpretati i risultati? È lo stesso setting?

Vale la pena adottare l'intervento? Le conclusioni del *trial* vengono comunicate in modo corretto? Essere scettici rispetto agli *outcomes* surrogati, dando la precedenza a quelli clinici che sono in ultima analisi quelli che interessano la salute di un paziente.

Ad esempio troppo spesso si insiste solo sulla "significatività statistica".

Massima **sorveglianza** degli effetti: sappiamo che l'immissione di un farmaco in commercio avviene dopo che esso è stato utilizzato per breve tempo in un contesto clinico assai differente da quello in cui verrà successivamente utilizzato.

Un farmaco immesso in commercio, quindi, non è un prodotto che ha terminato un percorso, bensì una sostanza che inizia una nuova vita. I *trial* clinici *premarketing* non garantiscono la sicurezza dei farmaci (*e qualche volta minimizzano i dati di safety*).

Come comportarsi dopo aver formulato una diagnosi? Non di solo "farmaci" è fatta la "cura di un malato" e quindi è sempre utile l'ascolto come passaggio terapeutico.

Applicare una strategia efficace: che sia

condivisa e quindi compresa dal malato e da un suo familiare; molti problemi di "non aderenza" (solo il 40% dei pazienti diabetici mantiene un trattamento adeguato e solo il 13% dei pazienti con post infarto a 5 anni continua una efficace terapia con statine) derivano da difetti di comunicazione.

Lavorare con il paziente per un'agenda condivisa: non acconsentire automaticamente alle richieste di farmaci dei pazienti; rivedere periodicamente il piano terapeutico complessivo e sospendere trattamenti con farmaci non utili o potenzialmente dannosi soprattutto nei pazienti anziani. Molti farmaci non aggiungono molto e spesso generano confusione, aumento dei costi e distorsione della prescrizione.

Prendere in considerazione più ampi effetti a lungo termine: valutare gli esiti a lungo termine e essere consapevoli che una più attenta impostazione generale della terapia può produrre risultati migliori di quelli che si possono ottenere introducendo nuovi affascinanti farmaci.

Infine, e non possiamo che concordare, l'articolo termina sottolineando che "l'alleanza terapeutica" fra malato e medico si realizza solo in un/una paziente informato che sa perché, quando e come assumere un farmaco e che è stato istruito sugli eventuali effetti avversi. **TM**

BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: **Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni tra medici, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri.** I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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

La costruzione di strategie sinergiche nell'area dell'oncologia attraverso un metodo partecipativo

Riflessioni sull'esperienza del Progetto Mai.S.O.N. (Main Stream Oncologico Nazionale)



Maria Luisa Fioretto, specialista in Oncologia Medica, Direttore del Dipartimento Oncologico Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Membro dell'Ufficio di Direzione Istituto Tumori Toscano e del Direttivo Nazionale del CIPOMO (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri); Componente del Comitato Etico Azienda Ospedaliera Careggi e della Commissione Regionale per la Formazione.

L'efficacia di cure ad alta complessità e ad elevato utilizzo di biotecnologie richiede modelli organizzativi a forte connessione e reti lavorative in continuo scambio e reciproco supporto, entro un'ottica di apprendimento di gruppi che si autoevolvono. L'organizzazione partecipativa si pone pertanto come elemento determinante e *conditio sine qua non* per ottimizzare efficacia e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, garantendo la centralità del malato, la condivisione del programma terapeutico-assistenziale, l'equità dell'assistenza e la disponibilità di accesso.

La realizzazione di modelli dipartimentali inseriti in un contesto "a rete", nonché dotati di una carica innovativa a tutto campo, rappresenta attualmente una sfida centrale per la professione sanitaria e per il suo futuro. Essa richiede capacità intuitive e progettuali nonché coraggio nell'esplorare nuovi percorsi che meglio possano rispondere da un lato ai bisogni del malato, e dall'altro alla ottimizzazione degli interventi sanitari.

Seppure con modalità diversificate, sono sempre più numerose nel panorama sanitario nazionale le Regioni che hanno realizzato un sistema a rete per l'oncologia; tra le prime ad adottare tale impostazione può essere annoverata la nostra Regione con l'Istituto Toscano Tumori (ITT), sotto la direzione operativa di Gianni Amunni e la direzione scientifica di Lucio Luzzatto.

Gli oncologi italiani "abitano" oggi all'interno di una complessa Comunità di conoscenza medica e relazionale, che si pone sicuramente tra le prime in Europa in termini di outcome clinico e di pubblicazioni scientifiche. A tale Comunità, inserita in una cornice di risorse sempre più vincolate, non

corrisponde al momento una sinergia di obiettivi e strategie tra i diversi protagonisti operanti nel panorama nazionale (Società Scientifiche, Collegi, IRCCS).

Nel corso del 2007, entro l'ampio contesto AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), è stato concepito e successivamente avviato il Progetto MaiSON. Esso mirava alla costruzione di una *main stream* sinergica tra Enti diversi del panorama oncologico nazionale, quali l'AIOM

stessa, il CIPOMO (Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri), il COMU (Collegio Oncologi Medici Universitari) e gli IRCCS (Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico).

Assistenza, ricerca e formazione rappresentano i cardini sui cui poggia il Sistema Sanitario in genere e l'oncologia in particolare. Queste tre dimensioni costituiscono la base solida di interesse comune alle diverse organizzazioni impegnate ad integrare gli sforzi per la creazione di una efficace rete assistenziale.

In tale prospettiva sono stati individuati cinque Temi Prioritari, intorno ai quali sviluppare un programma condiviso di azione a medio termine e sono stati istituiti cinque Gruppi di Lavoro il cui coordinamento è stato affidato all'Ente maggiormente coinvolto nella specifica area:

- 1) dalla ricerca all'outcome clinico (IRCCS);
 - 2) formazione universitaria e post-universitaria (COMU);
 - 3) definizione standard assistenziali ed organizzativi per le UU OO di Oncologia (CIPOMO);
 - 4) il percorso diagnostico-terapeutico: centralità del paziente e continuità assistenziale (AIOM);
 - 5) le reti oncologiche regionali e nazionali (ITT).
- La rappresentanza di ogni Ente è stata comun-

MARIA LUISA FIORETTO^o, CARMELO IACONO^{*},
VITTORINA ZAGONEL^{**}

^o Direttore Dipartimento Oncologico, Azienda Sanitaria di Firenze

^{*} Past President Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Direttore UOC Oncologia - AO, Ragusa

^{**} Direttore Oncologia medica I, Istituto Oncologico Veneto, Padova

que rigorosamente garantita nella composizione di ogni Gruppo di Lavoro.

Il kick-start del progetto è avvenuto nell'aprile del 2007, a Firenze, attraverso una Convention in forma di Laboratorio aperto: 50 professionisti e docenti, rappresentativi delle realtà assistenziali e accademiche nazionali coinvolte nei Gruppi di Lavoro, assistiti da coaches professionali, hanno operato confronti, identificato e discusso criticità ed esigenze e elaborato proposte, con l'obiettivo di convergere progressivamente entro il biennio successivo verso lo sviluppo di un documento di indirizzo unitario per ciascuna delle cinque aree strategiche selezionate.

I cinque documenti di indirizzo unitario, elaborati a cura di AIOM, CIPOMO, COMU, ITT e IRC-CS oncologici, sono stati esposti in una monografia inserita nella Collana "Quaderni Sanità" de Il Sole-24 Ore, pubblicata nel maggio 2010.

Nella ormai lunga storia dell'oncologia italiana sono state elaborate, e ampiamente diffuse, valide proposte di indirizzo per la costruzione di servizi oncologici integrati, sia a livello nazionale che regionale (Piani Oncologici, Azioni Programmate, etc). Tuttavia permangono, all'interno del sistema assistenziale, una cultura carente e scarse realizzazioni rispetto alle esigenze di organicità e di coordinamento che la cura del cancro richiede.

La frammentazione tutt'ora caratteristica del sistema richiede, per essere superata, uno sforzo formativo di tutte le dirigenze e di tutti gli operatori degli enti coinvolti, verso una cultura partecipativa, di integrazione dei servizi e di attenzione particolare ai fattori umani dei processi organizzativi.

In tal senso, conclusa una prima fase del Progetto con la pubblicazione dei documenti di indirizzo relativi alle aree strategiche individuate (ricerca, formazione, standard assistenziali e modelli organizzativi), è stata disegnata una seconda fase con i seguenti obiettivi: trasformazione degli indirizzi generali condivisi in progetti e/o percorsi operativi; programmazione di percorsi di formazione al project management; sviluppo di una cultura organizzativa di carattere sistemico attraverso la formazione autoriflessiva in parallelo alla formulazione dei progetti operativi; gestione congiunta dei progetti curando il mantenimento della reciproca conoscenza dei punti di vista e degli interessi delle organizzazioni coinvolte e negoziando le soluzioni.

In parallelo al percorso della seconda fase è apparso strategico avviare una terza fase che prevede il progressivo coinvolgimento di rappresentanti di altre organizzazioni professionali connesse alle cure oncologiche, come Radioterapisti (AIRO), Palliativisti (SICP), Chirurghi oncologi (SICO), etc.

Lo sviluppo del progetto MaiSON nel suo insieme e in ciascuna delle sue fasi si configura pertanto sia come processo top-down (le dirigenze prendono l'iniziativa di coordinarsi, formarsi ad una nuova cultura e disseminare nel sistema assistenziale nuove impostazioni), sia come processo bottom-up (gli operatori ai diversi livelli delle organizzazioni assumono crescenti ruoli di responsabilità progettuale e realizzativa per la costruzione di reti complesse di lavoro interattivo). Infatti il pro-

getto mira alla costruzione di un Mainstream capace di autopropagarsi, promuovendo l'installazione di una cultura di project management nelle organizzazioni coinvolte, in parallelo alla formazione di agenti di cambiamento e di mentori (sostenitori di agenti di cambiamento), entro reti ad alta competenza conoscitiva.

Al di là della ricerca e dello sviluppo di una sinergia di obiettivi e strategie nel panorama oncologico nazionale, l'esperienza MaiSON rappresenta l'avvio di un nuovo metodo di lavoro partecipativo e condiviso e il superamento dei particolarismi professionali, a favore di un efficace orientamento alla centralità del paziente e dei suoi bisogni.

Va rilevato che il progetto ha contribuito ad un interessante incremento di iniziative congiunte tra organizzazioni professionali, con particolare riferimento alla collaborazione AIOM - CIPOMO.

In parallelo all'incremento di connessione tra i diversi enti professionali si è avvertita l'esigenza di rompere, all'interno delle singole organizzazioni, il cortocircuito culturale di tipo individualistico e personalistico che in definitiva tende a produrre aggregazioni volte al solo ottenimento di risorse, tagliandosi fuori da processi di miglioramento culturale e da visioni più ampie dell'ecologia socio-professionale entro la quale l'assistenza oncologica può evolversi innovativamente.

L'aspetto più critico per il progredire dell'azione MaiSON si è manifestato nella inerzia delle organizzazioni rispetto alla formazione intensiva al project management.

Probabilmente una cultura di accelerazione congiunta e autoriflessiva di cambiamenti attraverso azioni ed esperienze che creano reti relazionali e conoscitive, rappresenta una sfida prematura per la cultura organizzativa esplicita e implicita degli operatori dell'oncologia italiana.

Emerge pertanto l'esigenza di riformulare obiettivi più concreti e percorribili, mantenendo lo schema di azione a tre punte, rappresentate da: cultura di project management; selezione e formazione approfondita e sostenuta nel tempo (coaching, etc.) di agenti di cambiamento motivati e responsabili; selezione e formazione al mentoring di figure apicali che assumano le funzioni di monitoraggio, propulsione e soprattutto sostegno delle iniziative promosse dagli agenti di cambiamento.

Con un approccio di questo tipo si può prevedere ragionevolmente di generare innovazioni che sappiano confrontarsi creativamente con le logiche imposte da condizionamenti esterni e sovraordinati al sistema sanitario (pressione politica, vincoli economico-finanziari, interessi di operatori economici esterni, etc.).

Si tratta, per l'oncologia italiana, di operare una scelta tra progetti esperti, autoconsapevoli e negoziati da una parte, e politiche di perseguimento di vantaggi e privilegi particolari e frammentari dall'altra, in modo da apprendere ad interfacciarsi con "giocatori" più organizzati e più capaci di indirizzo (politica, industria, finanza, etc.).

Sapranno gli operatori sanitari dell'oncologia raccogliere questa sfida con spirito di iniziativa e di innovazione?

TM

L'avvento della videoendoscopia a colori

Parte 3



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

Bisogna aspettare la fine degli anni '70 e l'inizio anni '80 per avere una videoendoscopia a colori: le immagini a colori ottenute portarono conseguentemente a un rapido sviluppo dell'endoscopia operativa.

La vera rivoluzione fu la realizzazione della telecamera CCD (Charge Coupled Device); questa era posizionata all'interno dell'endoscopio e convertiva le immagini in un segnale elettrico che veniva inviato a uno schermo a cui l'endoscopio era collegato (Figura 1). Altra novità è che videocamera ed endoscopio venivano sterilizzati insieme.

Da questo momento enormi cambiamenti si sono succeduti in modo rapido nel campo dell'endoscopia flessibile con strumenti che si fanno sempre più precisi, sofisticati e con un'immagine sempre migliore e sempre più magnifica.

Parallelamente ai progressi tecnologici riguardanti la visione, le case produttrici di endoscopi (**Fujinon**, **Pentax**, **Machida** e **Olympus** in particolare) immettevano sul mercato endoscopi sempre più perfezionati. Venne commercializzato il primo vero esofagogastroduodenoscopio a visione frontale, nel 1973 il primo gastroscopio pediatrico, nel 1974 il gastroscopio a visione obliqua, nel 1975 i primi gastroscopi a due canali, nel 1976 **Olympus** realizzò anche il primo fibroduodenoscopio a testina terminale isolata consentendo una maggiore sicurezza nelle sfinterotomie. Gli studi proseguivano con la convinzione che ormai l'endoscopia era non solo un utile mezzo di osservazione e diagnosi ma anche un mezzo per eseguire procedure che evitavano interventi chirurgici. I vantaggi erano valutati in termini di rapido recupero post operatorio, ridotto tempo di ospedalizzazione, ridotto costo sanitario.

Negli anni '80 per migliorare la ricerca di lesioni mucose iniziali fu introdotta in Giappone la cromoendoscopia, una tecnica di colorazione delle mucose con la quale queste vengono colorate con coloranti di contrasto (indaco di carminio) o vitali (cristal violetto o blu di metilene) al fine di evidenziare ancora meglio eventuali anomalie della mucosa.

Nell'ambito dell'endoscopia operativa la vera rivoluzione fu lo studio e il trattamento della patologia delle vie biliari. Questo interesse si sviluppò

negli anni '60-'70: nel 1968 **McCune** riportò la prima incannulazione della papilla del Vater, nel 1973 **Classen** e **L. Demling** in Germania e **Keiichi Kawai** in Giappone effettuarono le prime sfinterotomie dando il via a quella che diverrà l'endoscopia operativa delle vie biliari. La possibilità di poter sezionare la papilla stimolò la produzione di tutta una serie di accessori necessari per il trattamento della patologia neoplastica e non.

Sfruttando l'originale idea dell'urologo **Dor-**

mia che nel 1958 aveva realizzato degli appositi "cestelli" per la rimozione dei calcoli endoureterali, furono

commercializzati cestelli simili opportunamente modificati che permettevano l'estrazione dei calcoli coledocici. Nel 1979 **N. Soehendra** e **V. Reynders-Frederix** posizionarono la prima protesi trans-papillare aprendo così un altro fronte dell'endoscopia terapeutica delle vie biliari.

In Italia il gruppo di endoscopisti di Padova, nel 1983, scrisse sul Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva: "Non c'è dubbio che il futuro della terapia chirurgica delle vie biliari, soprattutto per quanto riguarda la patologia litiasica, sarà affidata alla papillotomia endoscopica, alla colangioscopia ed alle manovre relative che tale metodica potrà consentire. Noi riteniamo quindi che la colangioscopia perorale, con il miglioramento tecnico dei futuri colangioscopi, consentirà l'asportazione

CATERINA FOPPA

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



Figura 1 - Primo prototipo di sistema di videoendoscopia prodotto da Olympus.

dei calcoli e altre manovre che oggi non possono essere eseguite per le limitazioni delle attuali apparecchiature”.

Iniziarono le prime esperienze nell'uso dei laser e un altro campo di applicazione dell'endoscopia operativa fu l'emostasi che si rivelò particolarmente utile nel trattamento delle varici esofagee sanguinanti (sclerosi con polidocanolo e/o legatura elastica).

Gli endoscopisti inoltre affrontarono il problema delle stenosi esofagee che venivano trattate con endoprotesi e anche mediante dilatazione con palloncini pneumatici. Altro campo di applicazione è stato l'esecuzione della PEG.

Collateralmente all'endoscopia operativa negli ultimi 10 anni, l'ecoendoscopia si è rivelata di grande utilità come esame di seconda istanza per lo studio dell'area vateriana e delle pareti gastriche.

Questa alta tecnologia applicata agli endoscopi e la possibilità di eseguire procedure sempre più complesse ha reso sempre più crescente l'esigenza di una maggiore qualificazione degli infermieri di endoscopia digestiva i quali svolgono un ruolo fondamentale dato che conoscendo molto bene gli strumenti ed il loro funzionamento, rendono più agevole la realizzazione delle procedure.

L'endoscopia oggi: punto di arrivo o trampolino di lancio per un futuro ancora più glorioso?

Considerando i rapidi e continui progressi tecnologici fatti in questi ultimi anni l'endoscopia diagnostica e operativa non sembra avere limiti.

Nel 2002 **Olympus** propose il primo videoscopio che forniva immagini ad alta definizione (**HDTV System**), questo sistema migliorò notevolmente la qualità dell'immagine ed è alla base di tutti i moderni endoscopi.

Nel 2006 **Olympus** ha proposto un nuovo endoscopio con tecnica **NBI** integrata; questa metodica permette uno studio parcellare della mucosa fino a visualizzare la sua microvascolarizzazione. Molto utile per la diagnosi di natura delle lesioni. Tutto questo utilizzando le caratteristiche di assorbimento della luce a specifiche lunghezze d'onda (Figura 2).

Un ulteriore passo per uno studio quasi microscopico della mucosa è stata l'applicazione dell'**autofluorescenza** agli endoscopi, che assieme all'utilizzo dell'**NBI** migliora notevolmente il potere di risoluzione della visione endoscopica.

Il miglioramento tecnologico ha prodotto un altro sistema per lo studio del tubo digerente: la **videocapsula** (Figura 3). I vantaggi di questa sono lo studio oltre che dei tratti già visibili con l'endoscopia tradizionale anche dell'intestino tenue, è poco invasiva e ben accolta dal paziente. I limiti sono dovuti al fatto che non si possono eseguire biopsie né procedure interventistiche ed il suo impiego non può essere proposto in presenza di



Figura 2 - Esempio di moderna colonna endoscopica HDTV e NBI.

Figura 3 - Videocapsula.



stenosi intestinali. Di non secondaria importanza è la lunga durata dell'esame.

Attualmente è in fase sperimentale la possibilità di utilizzare per le indagini endoscopiche un vero e proprio "verme robotizzato" (**ENDOTICS**) dotato di telecamera, il cosiddetto "endoscopio biomimetico" (Figure 4). Tuttavia i prototipi proposti fin'ora risultano poco maneggevoli ed inoltre rimane il problema dell'impossibilità di eseguire prelievi biotici.



Figura 4 - ENDOTICS.

La nascita delle gastrocamere

I primi endoscopisti hanno sempre avuto l'esigenza di fotografare le lesioni osservate. Ma solo con l'avvento degli endoscopi a fibre ottiche ed il sempre loro maggiore impiego questa loro esigenza iniziò a concretizzarsi.

Il primo tentativo di costruire una gastrocamera da applicare agli endoscopi rigidi fu dei tedeschi **Lange** e **Meltzing** nel 1898, ma il loro dispositivo non era affatto pratico per l'utilizzo.

Nel 1949 l'**Olympus Optical Co.,Ltd.** accettò la difficile sfida propostagli da un dottore dell'ospedale universitario di Tokio: realizzare uno strumento che potesse esaminare e fotografare l'interno dello stomaco.

Le principali difficoltà che si presentarono ai ricercatori furono: produrre lenti estremamente piccole, cercare materiale per tubi estremamente flessibili, produrre pellicole il più appropriate possibile, sviluppare misure preventive per le perdite d'acqua.

Nel 1950 ecco il primo prototipo, lo strumento aveva una lente fotografica con flash localizzata all'estremità del tubo flessibile.

Le immagini venivano catturate da una pellicola monocroma, questa doveva essere fatta avanza-

re spingendo un filo metallico. Questo dispositivo era ancora troppo primitivo però per l'uso clinico.

L'obiettivo era creare una gastrocamera con le seguenti caratteristiche: minimo rischio di complicanze e minimo disagio per il paziente, che permettesse di fotografare qualsiasi parte dello stomaco in poco tempo e che desse nitide immagini per permettere più facili diagnosi.

Lo sviluppo ed il perfezionamento della gastrocamera progredirono rapidamente ed il dispositivo fu presto utilizzato nella pratica clinica grazie anche alla creazione dei primi endoscopi flessibili che erano molto confacenti all'applicazione delle gastrocamere (Figure 5-6).

Endoscopia operativa e laparoscopia

L'alta tecnologia acquisita nell'endoscopia diagnostica e operativa attualmente permette l'utilizzo di quest'ultima in associazione alla laparoscopia tanto che la chirurgia mininvasiva trova sempre maggiori applicazioni. L'endoscopia operativa dell'apparato digerente si sta rivelando sempre più necessaria e fondamentale ed ha delle sue precise indicazioni:

- la tecnica del *rendez-vous* nel trattamento della calcolosi colecisto-coledocica;
- il reperimento con o senza marcatura di piccole lesioni del colon-retto asportabili per via laparoscopica;

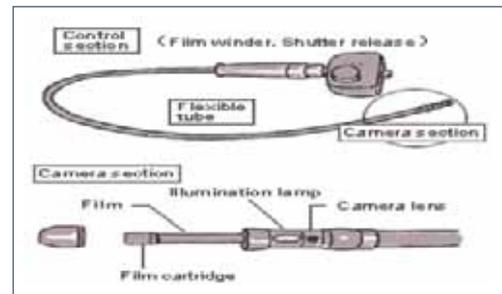


Figura 5 - Struttura della gastrocamera.



Figura 6 - Una delle prime gastrocamere.

- facilitazione di interventi laparoscopici per asportazioni di lesioni extramucose della parete gastrica.

TM

ERRATA CORRIGE

In riferimento all'articolo dal titolo "Perdere la dignità in carcere" di Francesco Ceraudo, pubblicato sul numero 3/2012 di Toscana Medica la Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana precisa che il Centro regionale per la salute in carcere della Regione Toscana non è più compreso tra gli organismi regionali, in base alla delibera 213 del 19 marzo 2012.



CAREGGI

VIA DELLE PANCHE

VENDESI

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

Info 055 582772

www.giudicicostruzioni.it

giudicicostruzioni
CONSTRUTTORI DI FIDUCIA.



Marco Geddes da Filicaia, ha svolto attività di ricerca in ambito oncologico, come epidemiologo, collaborando con L'AIRC. È stato direttore sanitario dell'Istituto Nazionale Tumori di Genova e vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità (1997-2003). Assessore alla Sanità e servizi sociali del Comune di Firenze (1996-2000), è stato presidente della Conferenza dei sindaci dell'area fiorentina.

Sessi a confronto in "Opinioni a confronto"

Considerazioni semiserie su un problema serio

Pubblichiamo volentieri questo dotto e approfondito studio per due motivi: il primo è il solipsismo della redazione di questa rivista, profondamente gratificata da una così autorevole attenzione, il secondo è che l'articolo tocca un problema reale, la stratificazione geronto-gerarchica maschilista della Medicina.

Razionale dello studio

A fine gennaio, nei giorni più freddi dell'anno (in Toscana si chiamano: "i giorni della merla", modo di

dire, per la cui origine rimando alla bibliografia¹), giunge puntuale Toscana Medica, il primo numero del 2012. Sfoglia la rivista dopocena, un pò distratto; arrivato all'ultima pagina, mi viene in mente che qualche cosa

aveva attratto la mia attenzione, ma non metto a fuoco di cosa esattamente si trattasse. Leggo pertanto l'indice, pensando che la mia curiosità potesse essere stata sollecitata da un argomento a cui stavo lavorando, o da un riferimento all'ospedale di Santa Maria Nuova, ovvero da un qualche titolo particolarmente curioso. Niente di tutto questo. Non mi resta che risfogliare, con attenzione, le 63 pagine della rivista che faccio all'indietro guardando in particolare illustrazioni e tabelle.

Devo tornare a pagina 7. Ecco cosa aveva sollecitato il mio subconscio: la fotografia che presentava i partecipanti al Forum periodico, dal titolo "Opinioni a confronto". Sette uomini di età, come dire con un eufemismo: "non più giovanile" (le successive indagini evidenzieranno per tali *discussants* una età media di 60.3 anni), che dissertano dell'aderenza alla terapia in psichiatria.

Mi è venuta così una associazione di idee; alcuni anni prima mi aveva sorpreso una fotografia analoga: si trattava, anche in tale occasione di 5 uomini, di età compresa fra i 50 e i 70 anni (l'età, desumibile approssimativamente dalle immagini, è stata poi verificata nel corso della ricerca). Considerato il sesso e l'età dei partecipanti all'incontro, la mia mente aveva associato istintivamente tale iconografia con l'ipertrofia prostatica, quale possibile oggetto del confronto. L'oggetto del confronto era invece il seguente: "La vaccinazione Hpv, attualità e prospettive", problematica che interessa la popolazione femminile giovanile, che coinvolge prevalentemente professioniste donne (le ginecologhe) ormai assai numerose (più degli uomini) in

tale branca della medicina.

Profittando del sito in cui la rivista è *on line*, ho pensato quindi di dare un'occhiata a qualche numero precedente.

Materiali e metodi

Sono stati presi in esame, oltre al numero corrente, gennaio 2012, le due annate precedenti, 2011 e 2010, per com-

pletivi 21 numeri. La rubrica *Opinioni a confronto* appare per 13 volte, con un totale di 84 partecipanti. Alcuni colleghi compaiono più volte (due colleghi per 3 volte, un collega per 4 volte), e quindi i dati che riportiamo sono riferiti alle partecipazioni.

Il numero di partecipanti per ciascun incontro varia da un minimo di 5 a un massimo di 7. Il sesso dei partecipanti è stato desunto dal nome e dalla foto, con risultati sempre concordanti. In assenza di adeguati finanziamenti non è stato possibile effettuare una più approfondita verifica (ci riferiamo, scanso equivoci, a eventuali incroci con l'anagrafe).

L'età è stata rilevata consultando alcuni repertori, prevalentemente il sito dell'Ordine dei medici

MARCO GEDDES DA FILICAIA

Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero Firenze Centro

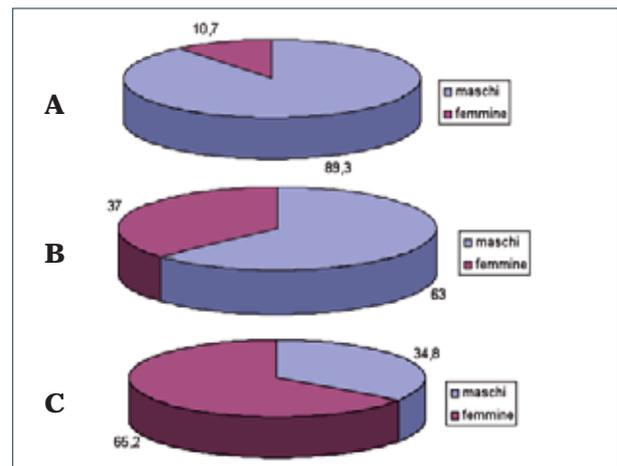


Figura 1 – Percentuale per sesso in Opinioni a confronto (A); iscritti all'ordine dei medici - dato nazionale (B); laureati in medicina nell'anno 2007 (C).

e il Ruolo Nominativo Regionale della Toscana. In un caso abbiamo provveduto ad un contatto diretto telefonico con l'interessato. Ulteriori indagini non sono state possibili avendo esaurito il finanziamento di ricerca. Su 84 partecipazioni, a 12 soggetti (14%) non è stata attribuita l'età; tuttavia sulla base dell'esame fisiognomico² effettuabile sull'iconografia pubblicata, non risultavano appartenere ad un gruppo di età differente dall'insieme dei partecipanti. Riteniamo pertanto che l'ampio campione non presenti rilevanti bias.

Risultati

La partecipazione di donne è limitata a 6 incontri su 13. La loro presenza è con 2 donne in tre occasioni e 1 in altre tre, per un totale di 9 presenze (pari al 10.7% delle partecipazioni). Non vi è partecipazione di professioniste donne agli incontri in cui si trattano, ad esempio, temi quali: *L'utilizzo di farmaci innovativi, Il problema delle statine, La psoriasi tra conoscenze attuali e nuove prospettive, Aderenza alla terapia psichiatrica, Vaccinazione anti HPV.*

La Figura 1 riporta un confronto nella distribuzione fra sessi (%) relativa al forum-rubrica: *Opinioni a confronto*, agli iscritti all'Ordine dei medici – dato nazionale e ai laureati in medicina nell'anno 2007 (C).

La distribuzione per età dei partecipanti, in classi quinquennali è riportata nella Figura 2. La prima classe è 40-44 poiché non vi erano partecipanti appartenenti alle classi di età più giovani.

Conclusioni

Il tema trattato in questo studio è stato oggetto di più ampie riflessioni fin dalla metà del secolo scorso³. Risulta evidente dai dati sopra esposti che vi è una notevole selezione, per sesso e classe di età, dei partecipanti alla rubrica *Opinioni a confronto*. Le donne sono presenti in percentuale assai ridotta rispetto alla loro presenza nell'ambito scientifico⁴ e ciò non è in relazione ai temi trattati, poiché su problematiche "neutre" o anche prettamente femminili in termini di target e di operatori coinvolti la loro partecipazione è scarsa o assente.

Per quanto riguarda le classi di età, non sono

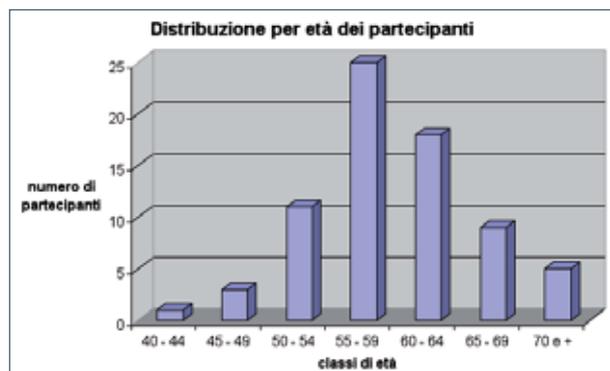


Figura 2 – Distribuzione dei partecipanti (numero assoluto) per classi di età quinquennali a Opinioni a confronto.

presenti le opinioni di medici al di sotto dei 40 anni e solo una volta ha partecipato un "collega giovane" (41 anni). Tale definizione, ha sollevato, fra le mie figlie, saccenti e ironiche osservazioni tipo: Mozart a quell'età era morto da 5 anni, Thomas Mann aveva pubblicato i Buddenbrook⁵ a 26 anni, Watson aveva pubblicato su *Nature*⁶ la struttura del DNA a 25 anni e ha ricevuto il premio Nobel a 32, Steve Jobs... Bill Gates, ecc... ecc... ecc...

Le spiegazioni della bassa frequenza di partecipazione femminile possono essere molteplici: la disponibilità degli uomini a uscire di casa di sera, specie d'inverno quando fa freddo, qualora i forum presso l'Ordine dei medici avvengano nell'ultima parte della giornata (una valutazione degli andamenti stagionali per sesso non è stata possibile dato lo scarso numero di partecipanti donne); il minor tempo disponibile da parte dei giovani e delle donne; una selezione per età, che si associa ad una selezione per sesso essendo le donne-medico più presenti nelle fasce di età giovani. Si può infine presumere la necessità di interpellare persone che occupino un livello di responsabilità in posizioni apicali in ambito professionale o sindacale. Tale ultima ipotesi tuttavia non può essere applicata ad alcuni degli argomenti discussi nel Forum; ha inoltre il vizio logico della *spiegazione circolare* (sono apicale perché sono presente nel dibattito pubblico e sono presente nel dibattito pubblico per la mia posizione preminente), argomento fallace classificato dai filosofi logici come *circulus in definiendo*⁷.

L'insieme delle cause e concause potrà tuttavia essere oggetto di adeguata indagine su un più ampio campione, qualora siano disponibili ulteriori finanziamenti per approfondire la ricerca.

Dichiarazione sul conflitto di interessi

L'autore dichiara di non avere conflitto di interessi, non avendo mai partecipato al Forum *Opinioni a confronto*, non appartenendo al genere femminile né alle classi di età poco rappresentate o assenti nello studio in oggetto. Si dichiara peraltro non associato alla categoria dei rottamatori per le classi di età "diversamente giovani", in particolare né etero né auto rottamatore.

Bibliografia

¹ Pauli S. *Modi di dire toscani ricercati nella loro origine*. p. 341 Venezia, appresso Simone Occhi MDCCXL.

² Lavater J.C. *Physiognomische Fragmente. Zur Beförderung der Menschenkenntniß und Menschenliebe*. 4 Bde. Leipzig - Winterthur 1775-1778.

³ de Beauvoir S. *Le Deuxième Sexe*, tomes I et II, éd. Gallimard, 1949

⁴ *Donne e Scienza. L'Italia nel contesto internazionale*. Edizione Observa – Science in society. Venezia, 2010.

⁵ Mann T. *Buddenbrooks - Verfall einer Familie*, Berlin: S. Fischer 1901

⁶ Watson J.D. and Crick F.H.C. *A Structure for Deoxyribose Nucleic Acid*. *Nature* 171, 737-738 (1953)

⁷ Wittgenstein L. *Logisch-Philosophische Abhandlung* in «*Annalen der Natur- und Kulturphilosophie*», 1921, 14: 185-262.



Mario Cecchi, responsabile Osservatorio Permanente sull'Ospedale per Intensità di Cura della Regione Toscana. È stato Direttore della S.C. di Chirurgia Vascolare e Direttore del Dipartimento Chirurgico dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Presidente del Collegio Nazionale dei Primari di Chirurgia Vascolare 2008-2010.

Il disagio dei Professionisti

Quasi dieci anni fa Antonio Panti scriveva: "Non c'è dubbio che i medici siano a disagio di fronte ai cambiamenti dei sistemi sanitari e alla trasformazione dei rapporti con i pazienti e con la società. I medici sentono quasi in pericolo la natura e i valori della loro professione" (Toscana Medi-

ca marzo 2002).

Oggi, a mio parere, questo disagio appare sempre più diffuso ed emerge con forza di fronte alle nuove criticità economiche che rischiano di mettere in discussione anche l'evoluzione dei modelli organizzativi che la Regione Toscana ha adottato nel suo Sistema Sanitario.

Le occasioni di incontro nell'ambito dell'osservatorio regionale sull'ospedale per intensità di cura, come pure quelle nei gruppi di lavoro del CSR e, ultimamente, anche quelle inerenti al nuovo PSSIR, pure se variamente articolate, convergono sulle segnalazioni di deterioramento del clima nell'ambiente di lavoro sia esso ospedaliero o territoriale.

Le motivazioni espresse sono varie. Per citarne solo alcune: la crisi economica generalizzata, la riduzione dei trasferimenti dello stato alle regioni, la riduzione delle risorse esemplificate nella riduzione del numero dei direttori di struttura complessa e degli organici in genere con conseguente aumento dei carichi di lavoro, ecc.

La mancanza di certezze o, meglio, delle certezze basate sulle abitudini consolidate, gioca un ruolo fondamentale e trasversale sul disagio espresso o latente.

In Toscana, tutto questo, sembra trovare una base comune di concentrazione delle criticità nell'applicazione del modello del cosiddetto ospedale per intensità di cura: quasi che individuare una causa unica a tutti i mali possa rappresentare un meccanismo di traslazione ("transfert") utile a scaricare le tensioni su un obiettivo visibile, palpabile, reale.

Il disagio c'è, è reale e diffuso! È trasversale alle discipline e alle professioni. Non ha prevalenze di genere. Forse, però, ha differenze interpretative per fasce di età.

A me sembra che nei più anziani si spera ad una possibile soluzione del disagio con il pensionamento, inteso come uscita da un sistema che non viene più vissuto come "proprio"; nei più giovani il malessere è più acuto, anche se non sempre espresso, perché è gravato dalla perdita di punti di riferimento certi (e tradizionalmente conosciuti) per lo sviluppo di carriera.

Il tutto in un clima generalizzato ("globale") di conflittualità diffusa e di esasperazione che sembra caratterizzare questa epoca.

L'evoluzione dei modelli assistenziali è ineluttabile e certamente non facile. Si dice, a volte come slogan, che nei momenti difficili (diminuzione delle risorse disponibili) si debba e si possa rilanciare facendo affidamento su idee innovative senza perdere in qualità. Ma il fallimento sarebbe annunciato se non fossero chiamati in causa direttamente i professionisti con la loro ricchezza culturale ed il loro senso di responsabilità e di appartenenza al sistema.

Facile da dire, meno facile da fare: perché la partecipazione deve essere attiva e collaborativa!

Allora, a mio parere, occorre anzitutto non minimizzare assolutamente il disagio e cercare di condividerne le ragioni profonde senza sottovalutarne le espressioni e le particolarità e sviluppare strategie di soluzione tali da offrire prospettive di

cambiamento condiviso.

A partire dalle soluzioni possibili (sostenibili) in ogni ambiente, settore, presidio, territorio, azienda, disciplina, ecc. Riducendo le distanze fra i "decisori" e i professionisti con il metodo della condivisione e facendo diventare strutturale il metodo della partecipazione.

Nel documento dal titolo "La riorganizzazione delle attività di ricovero negli ospedali toscani", sottoscritto da 32 Società Scientifiche, approvato dal Consiglio Sanitario Regionale (parere n. 58/2010) e dedicato alla evoluzione del modello dell'Ospedale per Intensità di Cura, sono tracciate alcune indicazioni che sono un segnale importante sul ruolo dei professionisti. Fra queste sono di particolare significato quelle che fanno riferimento alla presa in carico multidisciplinare, al ruolo del tutor medico, alla implementazione di percorsi clinico-assistenziali, alla necessità di avere flussi informativi in grado di documentare i carichi di lavoro delle UO collegati alla multidisciplinarietà dell'assistenza.

Viene ribadito quanto già affermato nella legge 40/2005 e nel PSR 2008-2010 relativamente al ruolo fondamentale delle discipline specialistiche seppure nell'ambito dell'evoluzione dell'assistenza ospedaliera, ma è anche un chiaro segnale di richiesta di attenzione al disagio dei professionisti che rischierebbe di divenire critico se fosse trascurato specialmente nella costruzione condivisa dei nuovi modelli organizzativi e della evoluzione dei ruoli professionali e gestionali. Questi ultimi in particolare possono rappresentare un obiettivo su cui far convergere le capacità e l'orgoglio che i professionisti del sistema sanitario toscano hanno dimostrato sul campo.

TM

MARIO CECCHI

Responsabile Osservatorio Regionale sull'Ospedale per Intensità di Cura

Il “Consenso Informato” dell’adolescente



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

Un medico che pratici un intervento diagnostico o terapeutico senza informare il paziente, e senza il suo consenso, si addossa una responsabilità rilevante e talora giuridicamente perseguibile. Ma ogni chiarezza si dissolve quando il paziente sia un adolescente. È un *minore*, e secondo la legge un minore cessa di essere tale al compimento del diciottesimo anno. Da questo momento egli ha la *capacità legale* di agire e pertanto è considerato adulto. Prima dei dodici anni, sempre per la legge, egli non ha alcuna capacità, e quindi è un *minore* in assoluto. Possiamo dedurre che l'adolescente sia la persona di età compresa fra i dodici e i diciotto anni? Ovviamente no, visto che la maturazione puberale può iniziare prima dei dodici anni, e la maturazione psicomentele può essere raggiunta molto tempo dopo i diciotto. In realtà i confini cronologici dell'adolescenza sono ciò che di più variabile si possa immaginare. Informare un adolescente non è forse la cosa più semplice. Innanzitutto a causa del linguaggio, che non può essere quello tecnico, specialistico, solitamente incomprensibile anche per molti adulti. Ma che non può neppure ridursi ad una eccessiva e disinvoltata banalizzazione.

Lo stabilire un rapporto con il paziente adolescente non significa identificarsi eccessivamente con lui. Alcuni pediatri ritengono erroneamente che, per legare con gli adolescenti, sia necessario comportarsi come loro usando ad esempio lo stesso linguaggio. Altri medici trovano difficile trattare con gli adolescenti perché, in ogni paziente, vedono i propri figli adolescenti; le aspirazioni e le speranze che si nutrono nei riguardi dei propri figli non devono essere proiettate sui pazienti adolescenti. Altri pediatri tendono a basare i propri consigli sulle proprie esperienze adolescenziali, con l'implicita presunzione che questi consigli siano buoni perché essi hanno avuto una buona riuscita nella loro vita. Questo atteggiamento non è corretto verso i giovani pazienti, ed è quindi necessario che il medico faccia ogni sforzo per mantenere un atteggiamento obiettivo, evitando di imporre al paziente il proprio sistema di valori. Occorre ricordare che gli adolescenti sono molto sensibili, vulnerabili, pronti a credersi sottovalutati o addirittura disprezzati dall'adulto. Sono

attentissimi alla scelta dei vocaboli, alla proprietà dell'espressione, al tono di voce, alla gestualità, a tutto ciò che sembra accoglierli in un rapporto di parità, o escluderli. Essere chiari e convincenti, questo è il punto. Mai ricattatori né drammatici.

Non dimentichiamo che l'informazione non è soltanto un preciso dovere del medico sul piano deontologico, ma è anche la via per giungere al consenso. Ne deriva che chi fornisce l'informazione deve apparire come

persona degna della massima fiducia, capace di aggiungervi amicizia, comprensione, rispetto e riservatezza. Fino a che

punto si può conservare il segreto circa le confidenze dei ragazzi? Dove termina la discrezione e comincia la complicità?

Evidentemente non è il caso di appellarsi a regole generali, ma c'è invece da credere che possano esistere delle circostanze in cui il medico debba rassegnarsi a vestire anche i panni del complice.

È legittimo ritenere comunque che per ottenere il consenso (informato e consapevole) di un adolescente si debba ricorrere a strategie eventualmente inconsuete e persino poco ortodosse. I ragazzi sono straripanti di un egocentrismo che li porta al mito della propria illimitata potenza e infallibilità. Convincere costoro ad accettare, anzi a condividere il punto di vista del terapeuta può rivelarsi un'impresa spaventosamente ardua. Che non sempre riesce.

Ritorniamo a quanto si diceva più sopra: non esistono e non possono esistere regole assolute. C'è da credere che l'unica soluzione sia quella proposta da G.R. Burgio 1997, sia pure in un altro contesto: la *strategia dell'attenzione*. Attenzione al problema in sé e per sé, attenzione alla personalità del ragazzo, alla sua storia e al suo ambiente, attenzione ai propri convincimenti e alle proprie esigenze, più o meno consci, attenzione alle proprie parole e ai propri gesti. Chiamiamola *senso clinico*, se volete (M. Bernardi).

FABIO FRANCHINI

Professore Associato di Pediatria e Terapia Pediatrica
Università di Firenze

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:
prof.f.franchini@virgilio.it

TM



Massimo Francardi, lavora presso la Comunità Terapeutica di Vinci (FI) "La Casa di Francesco e Chiara", struttura residenziale per la cura di minori affetti da gravi disturbi psichici. Ha maturato particolare esperienza come Consulente presso diverse Scuole di istruzione primaria e secondaria. Svolge attività psicoterapeutica in studio privato presso Firenze ed Empoli.

Sono adolescente: qualcuno mi ascolti...

Nel corso dell'adolescenza il bisogno di dipendenza continua ad essere sostanziale. Quel bambino ha imparato certamente

molte cose, ma ciò che cambia radicalmente è la necessità di modificare l'immagine di se stesso. Per riuscirci deve potersi assimilare ad un uomo ma la rappresentazione che egli ha inizialmente sarà rigida: è uomo colui che appare forte,

colui che non ha o che non manifesta alcun bisogno, almeno da un punto di vista affettivo. Il bisogno viene ora negato ma è molto importante tenere presente che si tratta appunto di una *negazione* o, al meglio, di una *minimizzazione*, di uno spettro di difese assolutamente caratteristiche di quella fase evolutiva.

Parto da questa considerazione perché riscontro molto frequentemente negli adolescenti uno stile di comunicazione che usa, più o meno consapevolmente, il *sintomo*, altrettanto *vero* o *presunto*, per esprimere il proprio stato di sofferenza. Che di fronte si trovi un medico o uno psicologo poco importa. L'adolescente tenderà ad eleggere a richiesta di aiuto quel sintomo che gli consenta di non ammettere in modo esplicito, di fronte ad altri ed a se stesso, la perdurante necessità di dipendenza affettiva. È facile verificare tale valutazione, orientando l'atten-

zione su quanto il ragazzo/a prenda l'iniziativa per comunicare ad un adulto un proprio disagio emotivo; spesso le uniche finestre di accesso al mondo interno trapelano da esternazioni su amori perduti: sono quelle socialmente più condivise, accettabili, comprensibili. Molto più raro è quell'adolescente che, dopo aver perso il proprio amore, correla la perdita al sintomo la disforia,

l'astenia, la scarsa capacità di concentrazione, la tendenza ad abbuffarsi, la condotta a rischio, le idee suicidarie, etc.

Quindi, ove una espressione di sé tenda a rimandare agli altri o a se stesso un disordine emotivo correlabile al proprio bisogno di dipendenza, risulta comprensibile, anche se a volte disfunzionale o rischioso, nascondere o negare il sintomo stesso per il significato che esso rappresenta.

Meglio parlare di problemi emotivamente freddi, quelli ad esempio di ordine medico. Un buon espediente nelle frequenti situazioni in cui l'adolescente si presenti con un genitore, consiste nel chiedere al genitore di aspettare fuori per qualche minuto, in modo da passare un messaggio di legittimazione, di intimità a quel ragazzo che desidera sentirsi adulto. Ciò è spesso sufficiente a cambiare notevolmente il livello di disponibilità a parlare del *vero* problema.

MASSIMO FRANCARDI

Psicologo-Psicoterapeuta

Bibliografia

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

TM

È scomparso un chirurgo, un maestro, un uomo

Il 29 marzo 2012 ci ha lasciato il prof. Lamberto Boffi.

Era nato a Montevarchi il 22 settembre 1929, si era laureato all'Università degli Studi di Firenze il 16 luglio del 1953, specializzato in Chirurgia Generale, in Oncologia ed in Urologia, e aveva conseguito la Libera Docenza in Patologia Chirurgica nel 1962.

Primario di Chirurgia Generale a Careggi, dal 1981 fino al suo pensionamento nel 1999, è stato Consigliere dell'Ordine dei Medici di Firenze per lunghissimi anni. Nei primi anni della sua carriera di chirurgo ospedaliero, il suo maestro è stato Tommaso Greco; è stato molto attivo in campo sindacale ricoprendo numerose cariche di responsabilità a livello regionale e nazionale nell'Associazione degli Aiuti e Assistenti Ospedalieri (ANAAO). È stato tra i fondatori dell'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), di cui fu Presidente dal 1990 al 1993. È stato membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia, essendo stato anche il promotore dell'elezione del primo Presidente Ospedaliero della Società.

Vogliamo ricordare il Chirurgo sempre all'avanguardia e pronto ad accettare le innovazioni nelle tecniche e nelle tecnologie. È stato il primo ad eseguire a Firenze la colecistectomia per via videolaparoscopica il 15 febbraio del 1991, intuendo l'enorme potenziale di sviluppo di quella tecnica. È stato anche, insieme con il prof. Rizzo, il primo ad eseguire un trapianto di rene a Firenze.

Vogliamo ricordare anche il Maestro, per la capacità di trasmettere serenamente gli aspetti tecnici della professione con l'entusiasmo che lo contraddistingueva, mai dissociato da una grande umanità nei rapporti con i pazienti e con i colleghi. Ci aveva resi tutti, nella U.O. che dirigeva, autosufficienti nelle decisioni cliniche e competenti tecnicamente, incoraggiando ognuno a sviluppare le proprie inclinazioni e a crescere nella professione.

L'Uomo, era umile nella sua grandezza di chirurgo. Aveva saputo fondere una grande umanità con la pienezza della vita che amava, negli aspetti professionali e privati, non rinunciando mai a molteplici interessi che lo hanno accompagnato anche dopo la conclusione della sua vicenda professionale.

Per noi, che siamo stati tra i suoi allievi, è stato anche un grande Maestro di vita.

Andrea Mercatelli, Marco Scatizzi, Luisa Siliani

La Redazione di Toscana Medica si associa al ricordo dell'illustre collega e collaboratore della rivista.

Le politiche di prevenzione alcolologica in Europa

Le bevande alcoliche, dal vino alla birra alle varie forme di liquori e superalcolici, hanno un'ampia diffusione, almeno nel mondo occidentale, per essere in grado di facilitare le relazioni sociali, e per la loro gradevolezza specialmente in relazione coi pasti. Ci sono evidenze di un loro effetto biologico positivo sul sistema cardiovascolare (per soggetti adulti).

Hanno anche un effetto psicotropo che, come sappiamo è alla base di condotte aggressive e violente contro gli altri e verso se stessi. Dal punto di vista della sanità pubblica si distinguono così i danni alcol-correlati cronici: tra essi cirrosi epatica, pancreatite cronica, polineuropatia, neoplasie mammarie e retтали, e molti altri – e acuti: incidenti stradali, incidenti domestici, violenze, abusi sessuali, omicidi e suicidi.

Specialmente nel nord Europa sono prevalenti i danni acuti, che hanno un evidente e preoccupante impatto sociale, e sono tipicamente legati a grandi quantità di alcol consumate in un breve periodo di tempo (quello che oggi si usa chiamare il binge drinking, traducibile in abbuffata del bere, che è convenzionalmente definito bere almeno cinque bicchieri di vino da 100 millilitri, o equivalenti di altre bevande, in un'unica occasione).

Per contrastare tali problemi, sono sorti nei paesi scandinavi monopoli di stato per controllare e limitare la distribuzione e la vendita di bevande alcoliche, nonché una serie di legislazioni indirizzate ad esempio ad accrescere le tasse sull'alcol, limitare l'accesso dei giovani ai punti di vendita delle bevande alcoliche, ridurre l'alcolemia considerata lecita per i guidatori di veicoli a motore. Tali politiche sono state valutate, e hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre i consumi di alcol e, quindi, i danni ad essi collegati.

In realtà il quadro è più complesso di quanto sembri, presumibilmente perché la bevanda alcolica non è solo un agente biologico, ma anche una variabile culturale e sociale. La storia e i valori d'uso che ha il vino in Italia, e il modo di berlo,

sono assai diversi da quelli della Gran Bretagna o della Finlandia, ma assai simili a quelli degli altri paesi europei mediterranei. Questo potrebbe spiegare perché in assenza di ogni politica indirizzata ai problemi alcol-correlati, in periodo variabile dagli anni 1950-1970 i consumi alcolici in Francia, Spagna ed Italia – essenzialmente vino, che peraltro è la bevanda principale – sono cominciati a scendere, fino a precipitare a meno del 50% negli anni 2000 (per l'Italia: da 19,89 litri di equivalenti di alcol puro pro capite consumato nel 1973, a 6,99 nel 2009).

Da notare che le prime politiche di prevenzione alcolologica sono comparse negli anni '80, quando già la curva dei consumi decresceva – quasi quest'ultima, forse legata ad incipienti preoccupazioni della popolazione sugli effetti del bere, fosse la causa di quelle. E parallelamente i danni alcol-correlati tipici di questa parte d'Europa – in particolare la mortalità per cirrosi epatica – hanno avuto un cospicuo decremento (in Italia, da 30,7 nel 1970 a 11,41 nel 2003).

Queste osservazioni minano l'equazione "più prevenzione alcolologica – minori consumi (e minori danni)" e fanno ritenere che altri fattori, non legati alla prevenzione, siano stati influenti sull'abbattimento dei consumi. Gli unici due studi finora esistenti, uno in Francia condotto negli anni '80 da Pekka Sulkunen, e uno in Italia condotto nel 2004.2006 dai gruppi di ricerca alcolologici di Firenze e di Torino, sono giunti ad attribuire una speciale rilevanza ai fattori della industrializzazione e urbanizzazione avvenuti in questi paesi, con forte tradizione contadina, a partire dagli anni '50-'60 dello scorso secolo.

La presenza di tali fattori, unitamente alla destrutturazione della vita familiare, all'emancipazione femminile, e più tardivamente alla diffusione delle idee salutiste, son stati in grado di abbassare i consumi. In altre parole, la società pare qui avere una sorta di autoregolazione, e una politica preventiva dovrebbe sostenere la prospettiva di un bere responsabile approfondendo i valori d'uso tradizionali.

FABIO VOLLER*, FRANCESCO CIPRIANI*,
ALLAMAN ALLAMANI°

* Agenzia Regionale di Sanità Toscana

° Consulente Agenzia Regionale di Sanità Toscana

Contemporaneamente anche il modello di politica restrittiva nordeuropea ha cominciato a mostrare crepe. Così, in Finlandia, mentre la riduzione dell'età minima per acquistare alcolici del 1968, e la liberalizzazione del 1969 delle vendite di birra a bassa gradazione ha coinciso con una prevedibile impennata dei consumi alcolici negli anni immediatamente successivi, il temuto allentamento del monopolio sulle bevande alcoliche del 1995 ha prodotto modesti incrementi.

In Svezia, l'ingresso nel mercato unico dell'Unione Europea nel 1995 non ha causato, almeno negli anni seguenti, l'attesa crescita di consumi, e lo stesso fenomeno è occorso nonostante la riduzione dei vincoli all'importazione di bevande alcoliche, promulgata in Svezia nel 2004.

Tutto ciò deve rendere prudenti sull'acquisizione tout court del modello preventivo nordeuropeo, che invece deve essere tradotto tenendo conto delle differenti culture locali, e dei periodi temporali diversi. Ad esempio, da almeno due decenni un nuovo modello del bere si sta diffondendo in Italia tra i giovani, che si colloca a metà strada tra il bere mediterraneo, centrato sul bere a tavola coi familiari, e quello nordico, orientato ad accrescere la socievolezza tra amici e conoscenti al di fuori dei pasti.

Quest'ultimo è più esposto ai rischi di danni acuti – incidenti stradali, violenze – e qui sembra più facilmente prevenibile attraverso strategie di controllo, quali la limitazione dell'accesso dei minori a bar e pub, i controlli stradali o presso locali notturni dell'alcolemia. Ma queste potrebbero essere inefficaci, o controproducenti, in altri contesti dove il focus dovrebbe essere sulla conoscenza dei limiti tra moderazione e rischio.

Una nuova ricerca

Per quanto accennato, sarebbe auspicabile che una nuova e approfondita ricerca studiasse l'impatto effettivo degli interventi di prevenzione in campo alcolico, non solo attraverso il monitoraggio delle politiche messe in atto, ma valutando i risultati ottenuti in termini di riduzione del danno alcol correlato o almeno dei consumi alcolici; e quando questi risultati non corrispondano alle aspettative, ricercasse quanta è la parte che i fattori che non sono la conseguenza di politiche pianificate – dunque i fattori culturali, demografici, economici sociali, politici, in una parola i fattori di contesto, e le loro variazioni temporali – ab-

biano nel determinare cambiamenti del bere, o nel ridurre o invertire i cambiamenti attesi.

In questo senso l'Unione Europea, attraverso la sua Commissione, ha co-finanziato uno studio che coinvolge 12 paesi europei che coprono l'intero spettro geografico continentale e che costituisce il "pacchetto 3" del progetto AMPHORA promosso dalla Clinica ospedaliera di Barcellona, denominato "Determinanti contestuali dei cambiamenti di consumo alcolico e politiche di prevenzione alcolica" (Allamani, Voller e coll., 2011).

Tale studio, che termina nel 2012, è coordinato dall'Agenzia Regionale di Sanità Toscana e vede partecipare oltre all'Italia, paesi dell'Europa del sud come la Francia e la Spagna, paesi dell'Europa centrale come la Germania, la Svizzera e l'Olanda, paesi dell'est come Ungheria e la Polonia ed infine Gran Bretagna, Norvegia, Svezia e Finlandia dell'Europa del nord.

La ricerca si pone l'obiettivo quindi di comprendere anche come i determinanti "non pianificati" – tradotti in indicatori ben esplicativi dei cambiamenti della struttura demografica, economica e sociale che hanno attraversato i 12 paesi in studio negli ultimi 40 anni (ad esempio il cambiamento del tessuto produttivo da agricolo, a industrializzato, cambiamento nella composizione della famiglia, del ruolo della donna, effetti della scolarizzazione di massa) – hanno avuto nel determinare il decremento o l'aumento dei consumi di alcol e le conseguenze di tale consumo sulla salute.

I risultati non sono ancora disponibili, ma tutto fa supporre che questi determinanti abbiano un'importanza significativa, di cui chi pianifica gli interventi preventivi deve tener conto.

Bibliografia

Allamani, Cipriani e Prina (a cura di) (2006), I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia: uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000. I Quaderni dell'Osservatorio Permanente Giovani e Alcol n. 17. Casa Editrice Litos Roma.

Allamani A., Voller F., Decarli A., Casotto V., Pantzer K., Anderson P., Gual A., Matrai S., Elekes Z., Eisenbach-Stang I., Schmied G., Knibbe R.A., Nordlund S., Skjælaaen Ø., Olsson B., Cisneros Örnberg J., Österberg E., Karlsson T., Plant M., Miller P., Coghil N., Swiatkiewicz G., Wiczorek Ł., Annaheim B. and Gmel G. (2011) Contextual Determinants of Alcohol Consumption Changes and Preventive Alcohol Policies: A 12-Country European Study in Progress. *Substance Use & Misuse*, 46, 10: 1288-1303 print / 1532-2491 online DOI: 10.3109/10826084.2011.572942.

Chiarimenti sulla nota 13 dell'AIFA

Pubblichiamo il testo elaborato dalla Commissione Terapeutica Regionale di intesa con i cardiologi delle tre Università Toscane a proposito della controversa nota 13 dell'AIFA. In tal modo si auspica di aver fornito ai colleghi un utile strumento operativo.

La nuova nota 13 [1] individua le seguenti categorie di pazienti con diritto alla prescrizione di farmaci ipolipidizzanti in fascia A:

- 1) Ipercolesterolemia poligenica;
- 2) Dislipidemie familiari;
- 3) Iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica;
- 4) Iperlipidemie indotte da farmaci.

La nuova nota 13 suddivide le statine, in base all'attività esercitata sul parametro della colesterolemia LDL (C-LDL), in:

- **statine di primo livello:** diminuiscono il C-LDL in percentuale variabile fra il 10 e il 35% del valore basale e sono rappresentate da: Simvastatina alla dose da 10 a 40 mg; Pravastatina; Fluvastatina; Lovastatina;
- **statine di secondo livello:** abbassano il C-LDL in percentuale compresa fra il 38 e il 55% del basale e comprendono Atorvastatina e Rosuvastatina (Simvastatina 80 mg/die non è mai impiegata nella pratica clinica corrente).

La metà della dose massima somministrabile di qualunque statina determina una diminuzione del C-LDL di circa l'80% dell'effetto prodotto dalla dose più elevata. Se si raddoppia la dose di qualsiasi statina si ottiene una riduzione incrementale del 6% del C-LDL rispetto al valore basale indipendentemente dal livello di partenza (regola del 6) [2, 3, 4, 5] (Tabella 1).

Le indicazioni previste per le statine di secondo livello sono rappresentate da [6, 7, 8]:

- ipercolesterolemia poligenica per lo più associata a "rischio alto" e a "rischio molto alto";

- quasi tutte le dislipidemie familiari;
- iperlipidemia da farmaci (alcuni casi);
- iperlipidemie di pazienti con IRC (limitatamente a atorvastatina).

La decisione di prescrivere un farmaco ipolipidizzante prevede:

- a) la definizione del livello di rischio del paziente;
- b) l'individuazione del target terapeutico (TT) di C-LDL da conseguire.

1) Definizione di Pazienti a Rischio moderato: assenza di pregressi eventi cardiovascolari (CV) e presenza di 2 o più dei seguenti fattori di rischio:

- età: > 50 anni nei maschi e 60 nelle femmine;
- abitudine al Fumo;
- PAS > 135 e PAD > 85 o trattamento antipertensivo in atto;
- bassi valori di C- HDL (< di 40 mg/dl nei maschi e < di 50 mg/dl nelle femmine);
- storia familiare di cardiopatia ischemica prematura in un familiare di 1° grado (prima di 55 anni nei maschi e prima di 65 anni nelle femmine).

TT: C-LDL <130 mg/dl

Iter terapeutico in 3 passaggi:

- almeno 3 mesi di dieta e cambiamento degli stili di vita;
- esclusione di una dislipidemia familiare o altra patologia sottostante;
- se, soddisfatti i due punti precedenti, il C-LDL non è a TT, si deve far ricorso ad un farmaco.

Tabella 1 - Classificazione delle statine in primo e secondo livello secondo la nuova nota 13 in base all'effetto sul C-LDL

Statine di primo livello				
Dose in mg	Simvastatina	Lovastatina	Pravastatina	Fluvastatina
10	26-30%	20-25%	20-25%	–
20	31-35%	26-30%	26-30%	20-25%
40	36-40%	31-35%	31-35%	26-30%
80	41-50%*	36-40%	–	31-35%**

* a 80 mg/die simvastatina è di 2° livello.

** a 80 mg a rilascio prolungato.

Statine di secondo livello			
Dose in mg	Simvastatina	Atorvastatina	Rosuvastatina
5	–	–	36-40%
10	26-30%	31-35%	41-50%
20	31-35%	36-40%	51-55%
40	36-40%	41-50%	51-55%
80	41-50%	51-55%	–

Modificata da Bersot T Drug therapy for hypercholesterolemia and dyslipidemia. In Brunton LL, Chabner BA and Knollman BC Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics 12th ed 2011 McGraw-Hill. New York. Wecker L Brody's Human pharmacology: Molecular to clinical. 5th edition Mosby, Philadelphia 2010, pag. 285).

Di regola basta una statina di 1° livello, in particolare la Simvastatina 10-40 mg [11, 12] dotata di maggiori studi su esiti clinici, che deve essere titolata, se necessario, fino alla dose massima prevista o fino alla dose consentita dal grado di tollerabilità individuale.

In caso di insuccesso è possibile ricorrere ad una statina di 2° livello preferendo Atorvastatina che è quella che ha più studi su parametri clinici con esiti favorevoli. Nei pazienti intolleranti alla dose ottimale di statina per il conseguimento del TT, si può ricorrere a Rosuvastatina o trattamento aggiuntivo con ezetimibe.

2) Definizione di Pazienti ad Alto rischio:

- **portatori di Malattia Coronarica** (infarto miocardico acuto, angioplastica Coronarica [PTCA], ischemia miocardica);
- **portatori di rischio equivalente** (arteriopatia periferica, aneurisma aorta addominale, disturbo cerebrovascolare compresa l'aterosclerosi carotidea sintomatica, diabete mellito (Tabelle 2 e 3), i soggetti sottoposti a Bypass Aorto-Coronarico).

TT: C-LDL <100mg/dl

Dopo almeno 3 mesi di dieta e modificazione degli stili di vita se il C-LDL non è a TT, in caso di **rischio equivalente** a Simvastatina 20-40 mg, titolata, se necessario, fino alla dose massima prevista o fino alla dose consentita dal grado di tollerabilità individuale. Nei pazienti intolleranti alla dose ottimale di statina per il conseguimento del TT è rimborsato il trattamento aggiuntivo con ezetimibe. Se i valori basali di C-LDL implicano la necessità dell'impiego di statina di 2° livello in prima battuta, è preferibile Atorvastatina perché dotata di un maggior numero di studi su parametri clinici.

3) Definizione di Pazienti a Rischio Molto Alto

- Pazienti affetti da malattia coronarica più almeno una di queste condizioni: fattori di rischio multipli (Età: > 50 anni nei maschi e 60 nelle femmine; Fumo; PAS > 135 e PAD > 85 o trattamento antipertensivo in atto; C-

HDL < di 40 mg/dl nei maschi e < di 50 mg/dl nelle femmine; pazienti con storia familiare di cardiopatia ischemica prematura in un familiare di 1° grado prima di 55 anni nei maschi e prima di 65 anni nelle femmine); fattori di rischio scarsamente controllati, sindrome metabolica, diabete mellito, sindrome coronarica acuta.

Il TT prevede il raggiungimento di un valore di C-LDL <70mg/dl

Le statine di 2° livello (Tabella 1) sono di prima scelta ed è possibile associarle all'ezetimibe, se non viene raggiunto il goal lipidico o se si manifesta scarsa tollerabilità alle dosi elevate di statina.

Tuttavia, nella pratica clinica si raccomanda di utilizzare l'atorvastatina quale farmaco di prima scelta tra le statine di 2° livello perché:

- a) ha una potenza equivalente a quella della Rosuvastatina;
- b) ha una superiorità di evidenze in studi clinici controllati [14, 15, 16, 17, 18, 19];
- c) la Rosuvastatina ha un prezzo medio triplo rispetto al prezzo dell'Atorvastatina.

Qualora con Atorvastatina a pieno dosaggio non si raggiunga il target terapeutico, è possibile passare a Rosuvastatina o associare ezetimibe.

L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale così come il controllo degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, ecc.).

Altre indicazioni

Le altre indicazioni delle statine previste nella nota 13 sono rappresentate dalle dislipidemie familiari (Tabella 4), dalle iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica e dalle iperlipidemie indotte da farmaci. Le statine sono efficaci nella prevenzione di eventi vascolari, nella riduzione della proteinuria e nel rallentamento della progressione della malattia renale nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica, ad eccezione dello stadio 5 (GFR < 15 ml/min o soggetti in trattamento dialitico) nei quali mancano evidenze. (Tabella 5).

Un incremento del colesterolo totale, del C-LDL

Tabella 2 - Riduzione del rischio a 10 anni di eventi cardiovascolari maggiori (morte coronarica, IMA non fatale) in RCT su statine in soggetti diabetici.

Studio	Prevenzione	Trattamenti a confronto	RRR	Riduzione C-LDL
HPS-DM	secondaria	Simva 40 mg Placebo	17%	31%
CARE-DM	secondaria	Prava 40 mg placebo	13%	27%
TNT-DM	secondaria	Atorva 80 mg Atorva 10 mg	18%	22%
HPS-DM	primaria	Simva 40 mg placebo	34%	31%
CARDS	primaria	Atorva 10 mg placebo	35%	40%
ASCOT-DM	primaria	Atorva 10 mg placebo	8%	34%

DM = diabete mellito; RRR = riduzione relative del rischio.
Rielaborato da Standards of medical care in diabetes - 2008.
Diabetes Care 2008;31 suppl 1: S12-S54 ab 10 p S26.

e dei TG è stato riscontrato nei pazienti sottoposti a trapianto di cuore in terapia immunosoppressiva (steroidi, ciclosporina e azatioprina), nel 45% dei pazienti sottoposti a trapianto di fegato e in una percentuale variabile fino al 60% di pazienti sottoposti a trapianto di rene. L'impiego di farmaci ipolipemizzanti in questi casi è indispensabile qualora un regime dietetico a basso contenuto di colesterolo e la riduzione di eventuali ulteriori fattori di rischio CV modificabili non sia sufficiente

per mantenere i valori di colesterolemia entro i limiti consigliati e non sia proponibile un trattamento antirigetto alternativo.

Nei pazienti con infezione da HIV in terapia antiretrovirale di combinazione ad alta efficacia è frequente l'insorgenza di dislipidemia indotta dai farmaci antiretrovirali che può contribuire ad un aumento dell'incidenza di eventi CV anche in giovane età.

L'impiego di farmaci ipolipemizzanti nei pa-

Tabella 3 – Riduzione del C-LDL in diabetici arruolati in vari RCTs

Studio	% pazienti diabetici	Trattamenti a confronto	C-LDL medio (mg/dL)		Differenza C-LDL
			Basale	Finale	
CARDS	100	Atorva 10 mg	116	82	- 34
		Placebo	118	121	
ALLHAT_LL1	35	Prava 40 mg	146	104	- 42
		Placebo	146	121	
ASCOT-LLA	25	Atorva 10 mg	132	90	- 42
		Placebo	132	127	
ASPEN	100	Atorva 10 mg	113	83	- 30
		Placebo	114	113	
HPS	29	Simva 40 mg	132	85	- 47
		placebo	132	128	
A to Z	23	Simva 20 mg	111	81	- 30
		Simva 80 mg	112	66	- 46
IDEAL	12	Simva 20 mg	121	104	- 17
		Atorva 80 mg	121	81	- 40
PROVE-IT	17	Prava 40 mg	106	95	- 11
		Atorva 80 mg	106	62	- 44
TNT	15	Atorva 10 mg	152	101	- 51
		Atorva 80 mg	152	77	- 75

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

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

Tabella 4 – Dislipidemie familiari.

<ol style="list-style-type: none"> 1) Ipercolesterolemie autosomiche dominanti e autosomiche recessive: Statine 2° livello a dose massima associate a ezetimibe; 2) Disbetalipoproteinemia Statine 2° livello a dose massima associate a ezetimibe; 3) Iperlipidemia familiare combinata: Statine 2° livello associate a omega-3; 4) Iperchilomicronemie e Gravi ipertrigliceridemie. Omega-3 associati a fibrati.
<p>Omega-3 hanno in scheda tecnica l'indicazione per ipertrigliceridemia e prevenzione secondaria in progressivo IMA. Non è prevista l'ipercolesterolemia e la nota 13 si occupa del trattamento della ipercolesterolemia, pertanto, se esiste una indicazione rimborsata extra nota si deve prescrivere l'omega-3 a carico del SSN senza apporre il numero della nota sulla ricetta.</p>

Tabella 5 – Iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica (IRC).

<p>Target Terapeutico: C-LDL < 100 mg/dl oppure C-LDL < 70-80 mg/dl se diabete o progressi eventi CV.</p>
<p>Pazienti trattabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GFR < 60 ml/min non in trattamento sostitutivo della funzione renale (IRC in stadio 3-4) oppure • Pazienti con GFR > 60 ml/min ma con segni di malattia renale (proteinuria dosabile). • Se, nonostante la dieta: C-LDL ≥ 130 mg/dl → atorvastatina. • Se si raggiunge un C-LDL < 100 mg/dl ma i TG ≥ 200 mg/dl e colesterolo non HDL (CT meno HDL-C) ≥ 130 mg/dl → atorvastatina. • TG ≥ 500 mg/dl → omega-3 e/o fibrati.
<p>I fibrati non hanno questa indicazione, ma fa fede quanto scritto nel box della nota 13 che prevede il loro impiego. Se i livelli della TG sono ≥ 500 mg/dL, la posologia dei fibrati, che sono escreti con le urine, deve essere adeguata alla funzione renale residua.</p>

zienti con infezione da HIV in trattamento antiretrovirale è necessario se la riduzione dei fattori di rischio CV “modificabili” non è sufficiente a mantenere i valori di colesterolemia e trigliceridemia entro i limiti (tabella 6) e, per motivi clinici e/o

virologici, non sia sostituibile la terapia antiretrovirale in atto. In questi casi si possono utilizzare statine di 2° livello in eventuale associazione con gli omega 3 (Tabella 6).

Tabella 6 – Iperlipidemie indotte da farmaci: immunosoppressori, antiretrovirali, inibitori delle aromatasi

<p>Se lo stile di vita insufficiente e non è possibile sospendere o sostituire i farmaci implicati, utilizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • statine di 1° e 2° livello in rapporto alla tolleranza individuale e all'interferenza con altri farmaci (se C-LDL elevato); • eventuale associazione con gli omega-3 se ipertrigliceridemia. <p>L'indicazione omega-3 non è in scheda tecnica ma si deve seguire quanto previsto dal box nota 13! N.B.: non è indicato il TT di C-LDL ma si considera <100 mg/dl</p>

Bibliografia

1. Determinazione 6 giugno 2011 (GU 15 luglio 2011, n. 163): modifica alla nota AIFA 13 di cui alla determinazione 23 febbraio 2007, in vigore dal 16 luglio 2011.
2. Mandema JW, Hermann D et al Model-Based Development of Gemcabene, a New Lipid-Altering Agent. *AAPS Journal*. 2005; 7(3): E513-E522. DOI: 10.1208/aapsj070352.
3. Mikhailidis DP, Wierzbicki AS et al The use of ezetimibe in achieving low density lipoprotein lowering goals in clinical practice: position statement of a United Kingdom consensus panel. *Curr Med Res Opin* 2005; 21: 959-99.
4. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001, 285: 2486-97.
5. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, et al: Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2004, 44: 720-32.
6. 29-30 June 2007: ESC-EASD Guidelines on Diabetes, Pre-diabetes and Cardiovascular Diseases Implementation Meeting Identification of subjects at high risk for cardiovascular disease or diabetes <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/escguidelines/implementation/Pages/diabetes-esceasd-june07.aspx>.
7. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: Executive Summary. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 2010; 122: 2748-2764 (<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/122/25/2748>).
8. Ray KK, Seshasai SR, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65,229 participants. *Arch Intern Med* 2010; 170: 1024-31.
9. Greving JP, Visseren FL, et al. Statin treatment for primary prevention of vascular disease: whom to treat? Cost-effectiveness analysis. *BMJ* 2011; 342: d1672.
10. Taylor F, Ward K, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Databa-*

se Syst Rev 2011; 1: CD004816.

11. Collins R, Armitage J, Parish S, et al. Effects of cholesterol-lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20 536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. *Lancet* 2004; 363: 757-67.
12. Corvol JC, Bouzamondo A, Sirol M, et al. Differential effects of lipid lowering therapies on stroke prevention: a meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med* 2003; 163: 669-76.
13. Silleesen H, Callahan AS. Design of the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Study. The American Stroke Association 28th International Stroke Conference. February 13-15, 2003.
14. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 685-96.
15. Cannon C.P. et al for the Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy-Thrombolysis in Myocardial Infarction 22 Investigators Intensive versus Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2004; 350: 1495-504.
16. La Rosa J.C. et al for the Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive Lipid Lowering with Atorvastatin in Patients with Stable Coronary Disease. *N Engl J Med* 2005; 352.
17. Nissen, S E et al. Effect of intensive compared with moderate lipid-lowering therapy on progression of coronary atherosclerosis. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1071-1080.
18. Sever, P.S. et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2003; 361 (9364): 1149-1158.
19. Schwartz, G.G. et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes the MIRACL study a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2001; 285 (13): 1711-1718.

Esenzioni dal Ticket

Su parere del CSR la Giunta ha adottato la Delibera n. 268 del 10 aprile 2012

Omissis

La Giunta Regionale delibera

1. di stabilire che in favore dei soggetti affetti dalle seguenti patologie croniche, incluse nell'elenco di cui all'allegato 1 al DM 329/99 e ss.mm.ii., siano ulteriormente eseguite in regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria le sottoelencate prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ai fini del monitoraggio della malattia:

- codice esenzione OA02.V.45 “Malattie cardiache e del circolo polmonare”
- 89.48.1 Programmazione e controllo pace-maker;
- codici esenzione: 006 “Artrite reumatoide”, 045 “Psoriasi (artropatica, pustolosa grave, eritrodermica) e 054.720.0 “ Spondilite anchilosante”.

In caso di trattamento con terapia biologica (anti TNF-a, anti-CD20, CTLA4, anti IL-6 e IL-1).

Screening prima della somministrazione:

- 90.62.2 emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. Deriv., f.L.
- 90.82.5 VES
- 90.72.2 (PCR) proteina e reattiva (quantitativa)
- 90.16.3 creatinina [s/u/du/la]
- 90.09.2 aspartato-aminotransferasi (AST) (GOT) [s]
- 90.04.5 alanina-aminotransferasi (ALT) (GPT) [s/u]
- 90.25.5 gamma-glutamyl-transpeptidasi (GAMMA GT [s/u]
- 90.14.2 colesterolo totale
- 90.14.1 colesterolo HDL
- 90.14.2 colesterolo LDL
- 90.38.4 proteine (elettroforesi delle) [s]
- 90.44.3 urine esame chimico fisico e microscopico
- 90.52.3 ANA
- 90.47.3 anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ENA)
- 90.48.3 anticorpi anti DNA nativo 87.44.1 rx torace
- 90.78.1 Tine test (Reazione cutanea alla turbecolina)
- 91.22.1 virus immunodeficienza acquisita [HIV] analisi qualitativa di RNA
- 91.22.4 virus immunodeficienza acquisita [HIV 1-2] anticorpi
- 91.19.3 virus epatite e [HCV] analisi qualitativa di HCV RNA
- In caso di positività all'esame 91.19.3, sono eseguibili in aggiunta:*
- 91.19.4,91.10.5,91.20.1 91.17.3 virus epatite b [HBV] acidi nucleici ibridazione
- In caso di positività all'esame 91.17.3, sono eseguibili in aggiunta:*
- 91.17.4, 91.17.5, 91.18.1, 91.18.2, 91.18.3, 91.19.2 90.43.2 trigliceridi
- (Limitatamente all'uso del Tocilizumab)*
- 90.81.5 tipizzazione sottopopolazioni di cellule del sangue
- (Limitatamente all'uso del Rituximab)*

Follow up (controllo periodico):

- 90.62.2 emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. Deriv., f. L.
- 90.82.5 VES
- 90.72.3 (PCR) proteina e reattiva (quantitativa)
- 90.16.3 creatinina [s/u/du/la]
- 90.09.2 aspartato-aminotransferasi (AST) (GOT) [s]
- 90.04.5 alanina-aminotransferasi (ALT) (GPT) [s/u]
- 90.25.5 gamma-glutamyl-transpeptidasi (GAMMA GT [s/u]
- 90.14.2 colesterolo totale,
- 90.14.1 colesterolo HDL
- 90.14.2 colesterolo LDL
- 90.38.4 proteine (elettroforesi delle) [s]
- 90.44.3 urine esame chimico fisico e microscopico
- 90.52.4 ANA
- 90.47.3 anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ENA)
- 90.48.3 anticorpi anti DNA nativo
- 90.43.2 trigliceridi
- (Limitatamente all'uso del Tocilizumab)*
- 90.81.5 tipizzazione sottopopolazioni di cellule del sangue
- (Limitatamente all'uso del Rituximab)*

Per i pazienti in trattamento con farmaci di fondo (DMARDs):

- 90.62.2 emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. Deriv., f. L.
- 90.82.5 VES
- 90.72.3 (PCR) proteina e reattiva (quantitativa)
- 90.16.3 creatinina [s/u/du/la]
- 90.09.2 aspartato-aminotransferasi (AST) (GOT) [s]
- 90.04.5 alanina-aminotransferasi (ALT) (GPT) [s/u]
- 90.25.5 gamma-glutamyl-transpeptidasi (GAMMA GT [s/u]
- 90.14.2 colesterolo totale
- 90.14.1 colesterolo HDL
- 90.14.2 colesterolo LDL
- 90.38.4 proteine (elettroforesi delle) [s]
- 90.44.3 urine esame chimico fisico e microscopico
- codice esenzione 006 "Artrite reumatoide", per i pazienti in età pediatrica affetti da Artrite Idiopatica giovanile:
- 95.02 Esame complessivo dell'occhio
- Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo.

L'assemblea del CSR discute e approva i pareri sul "sistema Dispatch" e sulle maxiemergenze

Osservatorio permanente sul sistema emergenza-urgenza:

Vengono proposti due argomenti elaborati dal focus-group emergenza territoriale, relativi all'interpretazione autentica dell'art. 59 della l.r. 40/2005 e s.m.i. e specificamente:

"Sistema Dispatch" Regione Toscana: Ricezione e gestione delle richieste telefoniche di Soccorso Sanitario.

Parere 24/2012

Intervengono il Prof Giancarlo Berni, coordinatore dell'Osservatorio emergenza-urgenza e la Dott.ssa Lucia De Vito coordinatrice del sottogruppo: "Dispatch centrale operativa".

La Dott.ssa L. De Vito introduce un documento, elaborato e condiviso da tutte le Centrali Operative "118" della Regione Toscana, la cui stesura è frutto di un confronto e di esperienze durate alcuni anni.

Scopo del documento è quello di definire procedure e percorsi delle centrali operative "118" garantendo una risposta omogenea sia nella fase di ricezione della domanda che nella definizione dell'urgenza attraverso l'attribuzione del codice colore.

Obiettivo primario del servizio è quello di non rischiare la salute dei cittadini ed effettuare ogni accesso in condizioni di sicurezza, la Dott.ssa L. De Vito sottolinea che la riduzione degli accessi al Pronto Soccorso non è un obiettivo di questo servizio.

Il fondamentale punto iniziale è costituito dall'intervista telefonica la cui finalità non è quella della diagnosi clinica, ma quella di individuare un possibile imminente pericolo di vita (codice rosso), una situazione di pericolo di vita non imminente (codice giallo) o una situazione di rischio dilazionabile, anche se concreta (codice verde).

Stabilito il livello dell'urgenza, l'organizzazione della risposta richiede la conoscenza del tipo di evento, della presenza di persone eventualmente coinvolte, della situazione ambientale, incluse le caratteristiche del luogo dove l'evento è accaduto.

Le caratteristiche demografiche ed orografiche della Toscana rendono spesso particolarmente complessi interventi di soccorso ed una delle complessità

nel lavoro dei vari operatori è quella di comprendere quando far intervenire altri corpi di soccorso come ad esempio i Vigili del Fuoco.

I risultati sono generalmente correlati con la rapidità dell'intervento e con la capacità di raccogliere le informazioni.

Il Documento proposto, attraverso schede sintetiche, esamina ogni situazione di possibile emergenza, fornisce elementi per l'intervista telefonica, suggerisce i primi comportamenti per chiunque sia presente nel luogo dove l'emergenza si concretizza, individua il mezzo più indicato per il soccorso ed il Centro clinico più idoneo per la tipologia del bisogno che si è presentato.

Uno strumento analogo non è presente nella letteratura nazionale.

Il CSR esprime parere favorevole al documento "Sistema Dispatch" portando alcune modifiche al testo originale, relative alla tempestività degli interventi ed alle nuove competenze acquisite e riconosciute da parte del personale infermieristico e propone alla Dirigenza della Regione Toscana una sua rapida pubblicazione e diffusione.

Maxiemergenza: Protocollo di supporto fra le centrali operative del 118 della Regione Toscana.

Parere 25/2012.

Per quanto attiene alle possibili maxiemergenze, l'Osservatorio per l'emergenza-urgenza, propone un percorso strutturato a partire da una prima fase in cui una Centrale operativa allerta altra Centrale limitrofa, fino a coinvolgerla pienamente in una fase di allarme.

L'allarme ed il relativo percorso d'intervento viene strutturato su 4 livelli di gravità: da una situazione che si limita alla domanda di supporto, fino ad un livello in cui una Centrale operativa debba essere completamente vicariata.

Il protocollo proposto individua i flussi di informazione necessari ed estende progressivamente dal livello provinciale fino all'intera area vasta il coinvolgimento delle Centrali operative, dei servizi e dei livelli di responsabilità.

Il protocollo viene approvato con Parere 24/2012.



Massimo Innocenti, già Assistente Incaricato. Ricercatore e Prof. Associato Dip. di Ortopedia e Traumatol., Chirur. Plastica e Riabilitaz. dell'Univ. di FI; Prof. Ordinario per il settore MED/33 Malattie dell'Apparato Locomotore. Dir. della SOD Complessa Ortopedia Gen. I AOUC. Dir. della Scuola di Spec. in Ortopedia e Traumatol. e della Scuola di Spec. in Med. Fisica e Riabilitaz. dell'Univ. di FI. Co-ord. del Dottorato di Ricerca in Patol. e Clinica dei Tessuti Calcificati. Pres. del Corso di Laurea in Tecniche Ortopediche

Novità sulle protesi totali di anca

La sostituzione protesica di anca si è oggi ampiamente evoluta e diffusa in tutto il mondo raggiungendo ottimi risultati sia clinici che di sopravvivenza.

La richiesta di questi interventi è in continuo aumento; da una analisi del Nationwide Inpatient Sample (NIS) americano si stima un incremento di queste procedure del 138% dal 2005 al 2030. La crescente richiesta interessa prevalentemente la popolazione in giovane età e nel 2011 si prevede che oltre il 50% delle sostituzioni totali di anca avverrà in pazienti di età inferiore a 65 anni.

L'ampio e progressivo interesse verso questo tipo di chirurgia ha permesso una notevole evoluzione della procedura e per questo riteniamo utile presentare in questa serie le principali novità in ambito di:

- modalità di fissazione delle componenti protesiche;
- materiali delle superfici di scorrimento articolare;
- tecniche mini-invasive e di risparmio tessutale.

1. FISSAZIONE

La diffusione su larga scala della protesi dell'anca è stato permesso dall'impiego di un riempitivo sintetico in polimetilmetacrilato denominato ce-

mento da osso. (Figura 1a).

Attualmente però la fissazione dello stelo protesico e del cotile all'osso si può realizzare tramite un meccanismo a incastro detto press-fit (protesi non cementata) (Figura 1b).

Nei pazienti giovani non solo dal punto di vista cronologico ma anche e soprattutto da quello biologico, si preferisce sempre utilizzare una fissazione non cementata che sfrutta la capacità dell'osso ricevente di integrarsi con l'impianto.

Il meccanismo delle protesi non cementate prevede una crescita os-

sea all'interno della protesi, tale da creare una interdigitazione fra osso ed impianto. A tale scopo le componenti protesiche sono dotate di superfici di rivestimento

biocompatibili macro e micro strutturati oppure sono costituite da biomateriali la cui caratteristica è quella di mimare la struttura tridimensionale dell'osso trabecolare, in particolare il tantalio ed il titanio. Tali materiali chiamati anche metalli trabecolari proprio per la loro affinità morfologica con l'osso hanno trovato la loro perfetta applicazione soprattutto per quanto riguarda la compo-

M. INNOCENTI, C. CARULLI, R. CIVININI,
F. MATASSI, L. NISTRI, S. SODERI, M. VILLANO

*Clinica Ortopedica dell'Università di Firenze
Area Funzionale Chirurgia Ortopedica Elettiva
CTO - AOU Careggi*

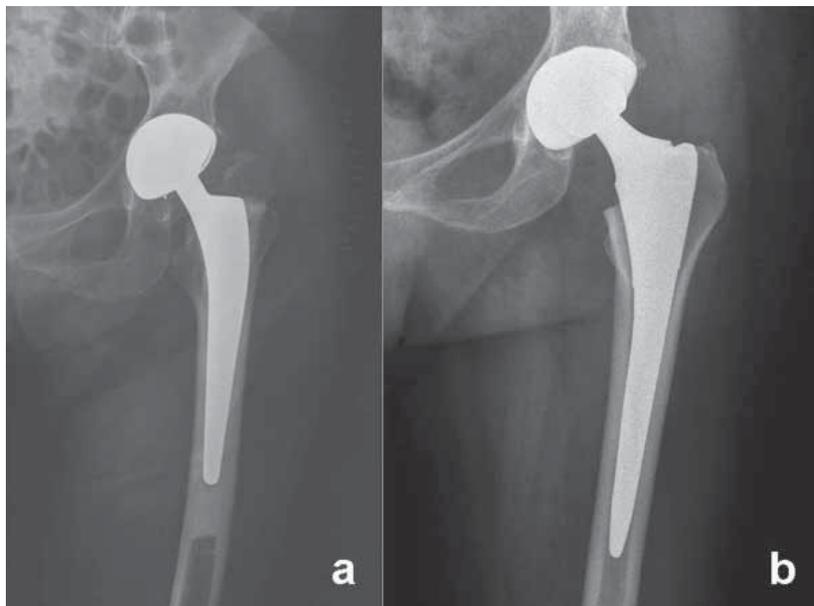


Figura 1 - (A) Protesi totale cementata. (B) Protesi totale non cementata.

nente cotiloidea (Figura 2a).

Per la componente femorale, facendo ricorso alle nanotecnologie sono stati sviluppati rivestimenti bioattivi in grado di esercitare un'attività osteoinduttiva (Figura 2b).

Solo nei pazienti di età più avanzata o con scarsa qualità ossea, si preferisce mantenere tuttora la fissazione con cemento osseo; questo, agendo come riempitivo, permette di realizzare un'elevata stabilità primaria dell'impianto specie in quei pazienti in cui la capacità di osteointegrazione sia particolarmente ridotta.

2. SCORRIMENTO ARTICOLARE

La tribologia è la scienza che studia lo scorrimento reciproco di due superfici articolari.

L'accoppiamento che ha permesso il primo successo clinico e quindi la diffusione della protesi dell'anca è quello nel quale una testa in metallo si accoppia con una componente acetabolare in polietilene; esso con opportune modifiche è considerato lo standard ed utilizzato tuttora in oltre il 50% degli impianti.

Il polietilene è tuttavia l'anello debole del sistema in quanto soggetto ad usura e quindi causa iniziale della formazione di detriti e dello scollamento della protesi (Whiteside, Harris).

Il polietilene è stato migliorato progressivamente con aumento della sua reticolatura e con l'aggiunta di elementi antiossidanti come la vitamina E.

Il minor numero di detriti che vengono liberati garantisce così una maggior sopravvivenza degli impianti e una minore incidenza di allentamento asettico come evidenziato nello studio di Maloney et al. in cui la prevalenza dell'osteolisi a 6,4 anni era del 2% nelle protesi con il polietilene reticolato contro il 24% in quelle con polietilene convenzionale.

La maggiore durata delle attuali protesi si è però ottenuta introducendo i così detti "accoppiamenti duri" cioè il Metallo-Metallo e la Ceramica-Ceramica. Il metallo e la ceramica, eliminando il polietilene, permettono oggi di ridurre l'usura, la formazione dei detriti e quindi il tasso di scollamento della protesi.

Uno studio recente condotto da Capello et al. evidenzia una sopravvivenza di questi accoppiamenti a 10 anni del 96% rispetto al 91% dell'accoppiamento metallo-polietilene.

Inoltre l'impiego dei nuovi materiali di scorrimento consente l'impiego di teste di più grande diametro.

Le protesi tradizionali avevano testine piccole per ridurre la frizione e l'usura; i materiali duri permettono invece di usare teste femorali più grandi. Il vantaggio delle teste di grande diametro è notevole e costituito da un aumento dell'arco di movimento che si riesce a dare all'anca protesizzata, con miglioramento della funzione articolare, e contemporaneamente dalla riduzione del rischio di lussazioni.

Grazie a queste modifiche tribologiche, oggi il paziente con protesi di anca ha una maggiore durata del proprio impianto, un maggiore movimento articolare e vede ridursi una delle più temibili complicanze costituite dalla lussazione della protesi.

Il metallo e la ceramica usati per lo scorrimento articolare della protesi hanno anche potenziali svantaggi, che però si realizzano solo in caso di tecnica chirurgica non corretta ovvero quando il cotile protesico viene impiantato con una angolazione anomala, e sono costituiti da liberazione di ioni nel primo caso e da rumori nel secondo (*squeaking*).

La potenziale liberazione di ioni metallici induce a non utilizzare questo accoppiamento nelle donne in età fertile e nei soggetti allergici.

Lo *squeaking*, cioè il rumore al movimento che può complicare l'uso della ceramica si può prevenire con un accurato allineamento geometrico dell'impianto, che corrisponde ad una accurata tecnica chirurgica.

3. TECNICHE MINI-INVASIVE E DI RISPARMIO TESSUTALE

Un concetto essenziale nell'evoluzione tecnica e tecnologica delle protesi di anca è stato quello del risparmio tissutale.

Esiste oggi la possibilità di eseguire l'intervento con tecnica MIS (Mini Invasive Surgery) e soprattutto di eseguire l'impianto con TSS (Tissue Sparing Surgery).

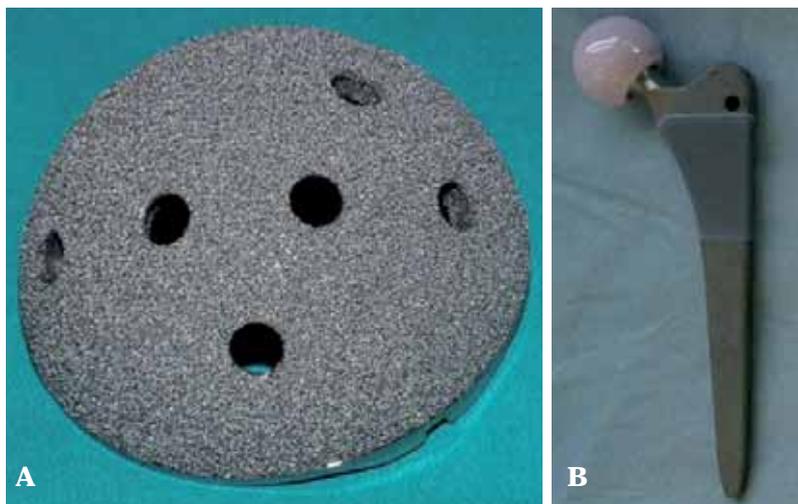


Figura 2 - (A) Cotile in titanio poroso con fori per l'eventuale applicazione di viti iliache. (B) Cristalli di idrossiapatite sono presenti nella porzione metafisaria dello stelo femorale per favorire l'integrazione dell'impianto.

Vie d'accesso MIS

Mini-invasivo non significa soltanto incisione cutanea più piccola e quindi un vantaggio estetico ma anche e soprattutto sfruttare quegli interstizi muscolari che consentono di raggiungere l'articolazione dell'anca in modo sicuro, rapido e con il minor danno possibile ai tessuti molli circostanti. Questo determina una notevole riduzione dei tempi di recupero per la ripresa funzionale consentendo al paziente già in seconda giornata post-operatoria la deambulazione assistita.

Mini protesi TSS

Se è importante un risparmio dei tessuti molli con una ridotta via di accesso è ancora più importante risparmiare il tessuto osseo nell'impianto di una protesi.

Questa filosofia ha trovato la sua maggiore applicazione nelle componenti femorali. Infatti mentre gli steli convenzionali avevano una dimensione medie in lunghezza oltre i 13 cm, con una fissazione che superava abbondantemente la metafisi per andare ad impegnare in pieno il canale femorale, da qualche anno sono state sviluppate geometrie degli steli femorali che pur mantenendo inalterate la stabilità dell'impianto sono estremamente ridotte di dimensioni; ciò permette una minore resezione ossea limitando l'impegno dello stelo femorale solo alla porzione metafisaria. (Figura 3).

I vantaggi di questo tipo di steli sono rappresentati oltre che dalla minore invasività dell'impianto e costi sovrapponibili agli impianti standard anche da una migliore distribuzione delle sollecitazioni meccaniche e da una maggiore facilità nella sostituzione in caso di revisione.

Il caso estremo delle protesi a risparmio osseo è costituito dalle protesi di superficie.

In questo ambito il concetto della fissazione non è più attribuito ad un ancoraggio nel canale femorale ma alla stabilità intrinseca del rivestimento della testa femorale che si realizza attraverso una precisa tecnica di posizionamento ed orientamento della componente stessa.

Tuttavia esistono numerosi fattori che limitano l'impiego di questo tipo di impianto e che giustificano un certo numero di fallimenti osservati in numerose casistiche, prevalentemente una deformità

artrosica limitata della testa femorale e soprattutto di una eccellente qualità ossea residua.

Questo impianto, accuratamente eseguito e in presenza della giusta indicazione può essere molto utile in pazienti giovani e attivi, specie di sesso maschile.

Una meta-analisi condotta da Springer et Al. tuttavia evidenzia come non vi siano alcune evidenze sulla superiorità in termini di risultati clinici e di sopravvivenza nell'impiego delle protesi di superficie rispetto alle sostituzioni articolari totali di anca nei pazienti giovani. L'incidenza di fallimento per le protesi totale di anca riportata in questo lavoro era del 1,3 % a 8,4 anni legata prevalentemente all'usura delle componenti e all'allentamento rispetto al 2,6% di fallimento delle protesi di superficie a 3,9 anni dovute prevalentemente a fratture del collo femorale e ad allentamento della componente femorale.

CONCLUSIONI

Negli ultimi anni la chirurgia protesica dell'anca si è evoluta sotto molti punti di vista. Le attuali tecniche chirurgiche permettono di eseguire piccole incisioni con notevole risparmio dei tessuti molli garantendo un più rapido recupero e ripresa delle attività al paziente che si sottopone all'intervento. I modelli protesici realizzati con processi produttivi evoluti hanno proprietà meccaniche indubbiamente superiori rispetto agli impianti di vecchia generazione. La disponibilità nel mercato dei numerosi impianti brevemente illustrati ha allargato gli orizzonti del chirurgo mettendolo in condizioni di realizzare una nuova articolazione "personalizzata" secondo le caratteristiche anatomiche e cliniche del paziente che deve essere trattato.

Trattandosi di una chirurgia di elezione, risultano importanti i processi organizzativi come quelli attualmente introdotti al CTO di Firenze: reparti e sale operatorie dedicate alla chirurgia protesica, preparazione scrupolosa del paziente prima del ricovero, moderne tecniche riabilitative.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.innocenti@med.unifi.it

TM

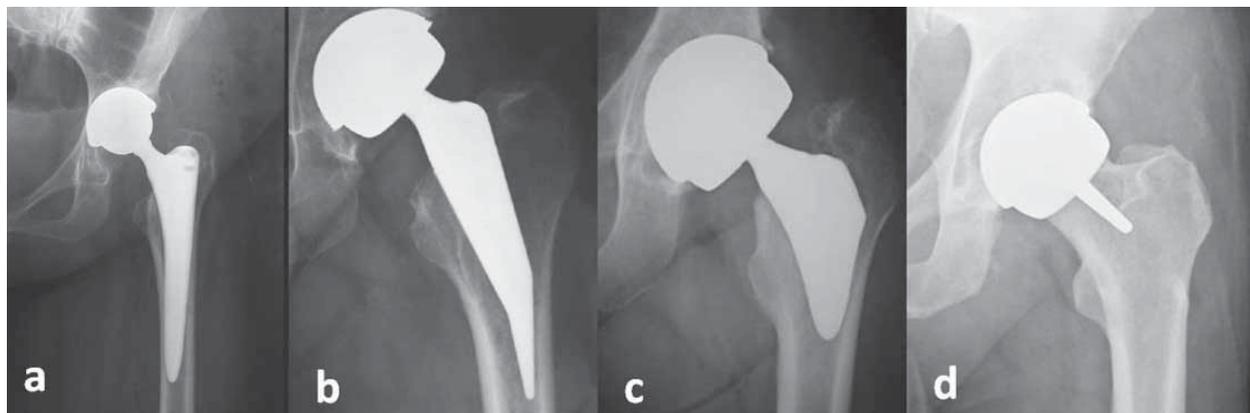


Figura 3 - (A) Stelo a presa metafisaria. (B) Stelo a conservazione del collo. (C) Stelo a risparmio osseo metafisario. (D) Protesi di anca di superficie.



Alessandro Sergi, responsabile dello Staff Direzione Sanitaria AUSL 4, nasce come clinico, interessandosi agli aspetti organizzativo-gestionali dei percorsi di cura. Specializzato in Endocrinologia e Statistica Sanitaria, ha lavorato come assistente Medico Ricercatore dell'Unità di Epidemiologia e Statistica del IRCCS S. Raffaele di Milano, da anni segue progetti lean six sigma collegati ai PDTA.

Operations Management per allineare i processi di supporto ai percorsi di cura

L'esperienza della AUSL 4 di Prato

L'articolo di Sergi e Ricci mostra come l'assistenza necessiti oggi non solo di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali ben definiti e collaudati, ma anche di checklist obbligatorie nonché di audit espliciti, nel quadro di un health technology assessment ben costruito. Abbiamo l'impressione che nella sanità toscana la "tensione" intorno a queste procedure sia diminuita. L'amministrazione non sembra riflettere sul fatto che il governo clinico è la misura più efficace per fronteggiare tempi difficili e offrire migliori prestazioni ai pazienti. Insomma i politici debbono capire che il ruolo dei medici deve essere più incisivo.

Premessa

La necessità di standardizzare le prestazioni sanitarie, per monitorarle e garantire standard qualitativi elevati, ha imposto l'elaborazione di linee guida per la realizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Tale modello da solo non è tuttavia sufficiente per realizzare il percorso clinico per ogni singolo paziente. Occorre che le prestazioni trasversali (radiodiagnostica, visite specialistiche, ...) all'azienda, definite dai PDTA, siano oggetto di un revisione organizzativa perché siano integrate tra loro in un ottica di processo e allineate al ritmo della domanda, cioè rispetto al bisogno di prestazioni dei pazienti.

Obiettivo del progetto

Per effettuare l'allineamento tra percorsi clinici e servizi di supporto occorre l'identificazione del

flusso che i pazienti attraversano nei vari stadi del proprio percorso di cura, sino alla destinazione finale. Questo richiede l'uso di strumenti che consentano:

- l'identificazione del percorso del paziente, comprese le attività non cliniche e i momenti di attesa tra una fase e l'altra;

- l'identificazione dei servizi *offline*, ovvero le attività a supporto del percorso (diagnostica, visite specialistiche);

- il monitoraggio degli elementi operativi a supporto dell'azione clinica;
- l'attenzione ad allineare il percorso in linea con i servizi *offline*, al ritmo della domanda in ingresso.

Gli strumenti in grado di garantire tali output attengono a ciò che si definisce Operations Management, ovvero la gestione delle attività operative, a supporto di quelle *core* di un'organizzazione.

ALESSANDRO SERGI*, DARIO RICCI**

* Responsabile U.F. Organizzazione Servizi Sanitari, Staff Direzione Sanitaria, AUSL 4 Prato

** Ingegnere gestionale, U.F. Organizzazione Servizi Sanitari, Staff Direzione Sanitaria, AUSL 4 Prato

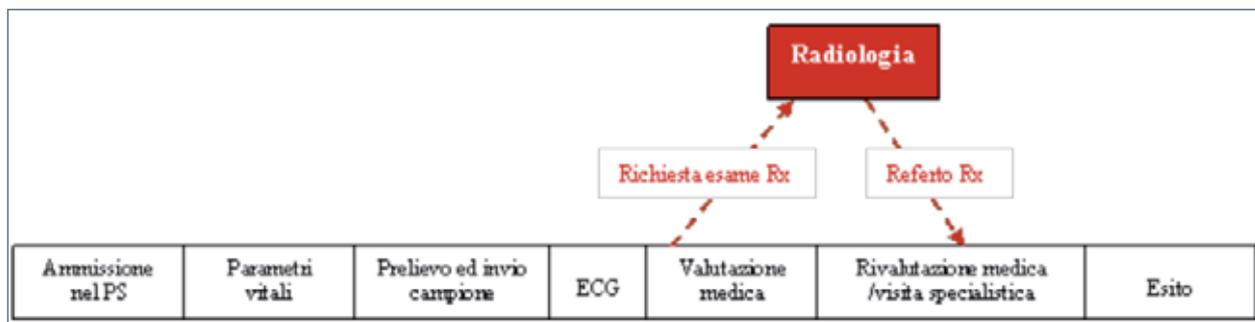


Figura 1 - Macro fasi del processo in PS: il servizio di Radiologia deve essere sincronizzato con la domanda dal PS.

La revisione dell'organizzazione

Il progetto è stato calibrato sulla ottimizzazione del flusso di pazienti tra il DEA e il servizio di Diagnostica per Immagini. L'erogazione di prestazioni radiologiche si colloca, in una schematizzazione di flusso del percorso clinico-assistenziale nei reparti di degenza e in Pronto Soccorso, in un contesto di servizio "fuori linea", ovvero di elemento richiamato, in base alla frequenza ed intensità della domanda in ingresso, dal processo di linea. Diventa quindi cruciale che tale servizio sia in grado di rispondere alla domanda nel momento in cui essa è prodotta e in tempi tali da evitare code e condizionare negativamente l'efficienza del processo richiedente.

In base a tali premesse metodologiche, sono state avviate le seguenti fasi:

1. Formazione al personale tecnico sui temi della ottimizzazione dei processi.

2. Mappatura del Flusso del Valore, per identificare il percorso tipo del paziente che dal DEA effettua un esame Rx e il tempo effettivamente dedicato in tale percorso all'attività diagnostica. La Mappa del Flusso del Valore (di seguito VSM) è uno strumento molto potente di chiara e univoca identificazione del processo e degli elementi che con esso interagiscono che si costruisce sui seguenti passaggi:

- conoscenza diretta del processo (e non mediante documenti, procedure o analisi di dati a posteriori). Questo comporta l'individuazione della sequenza di attività **fisicamente vissute dal paziente** e soprattutto

to pone l'accento non solo sulle attività che comportano una rilevanza clinico - assistenziale (il cosiddetto tempo a valore aggiunto) ma anche sui tempi di attesa tra una attività e l'altra, vissuti dal paziente come fonte di stress e spreco;

- identificazione per ogni attività di parametri legati al dimensionamento delle attività di processo.

In tale fase si procede anche alla identificazione ritmo con cui i pazienti richiedono le prestazioni al processo in esame (TAKT TIME: ore disponibili/ n° esami richiesti). Nella VSM si schematizza infine la modalità di gestione del flusso documentale e di gestione delle richieste di prestazioni.

3. Identificazione delle attività fonte di ritardi e duplicazioni (attività operative non cliniche).

4. Adozione di interventi migliorativi per la riduzione del tempo complessivo di attraversamento in radiologia.

Risultati

Riduzione del tempo di attraversamento in Radiologia del 46%;

- riduzione della variabilità di attraversamento, espressa dalla deviazione standard, rispetto al 2010;
- aumento del 27% (dal I quad 2010 al I quad 2011) del numero di prestazioni eseguite entro i primi 30 minuti dall'accettazione di una nuova richiesta;
- passaggio culturale e organizzativo da una

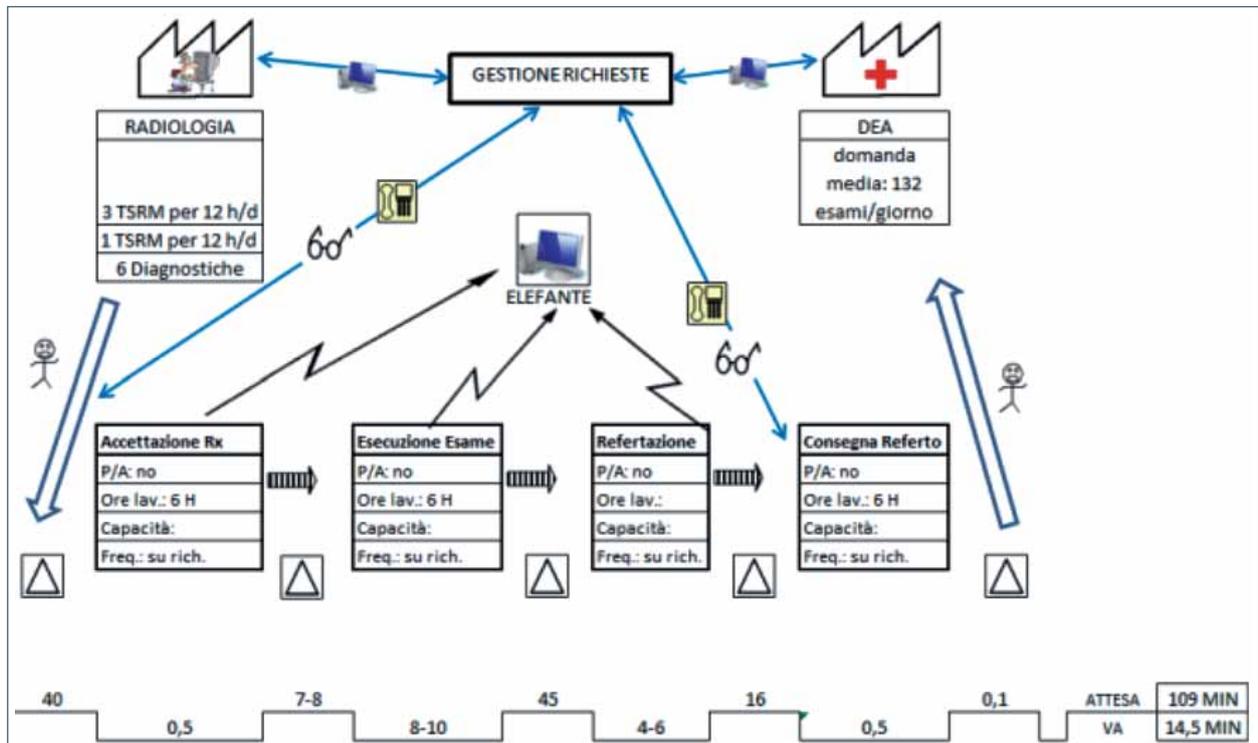


Figura 2 - Mapa del Flusso del Valore del percorso in Radiologia.

gestione del lavoro per sale diagnostiche ad una ripartizione dei compiti rispetto alla necessità di esami;

- riorganizzazione delle postazioni identificando un posto univoco per i materiali di alto consumo.

Conseguentemente alle azioni realizzate, la capacità produttiva della Radiologia è stata in grado di far fronte ad un aumento di domanda di Rx tradizionali provenienti dal DEA dell'8.1% rispetto al 2010, pari ad oltre 4300 prestazioni in più e senza l'aggiunta di ulteriore personale o di ulteriori macchine diagnostiche.

Considerazioni conclusive

Standardizzare i comportamenti organizzativi attraverso una chiara identificazione della domanda e dei percorsi che si intende governare è il primo passo verso la stabilità di processo. I

passi ulteriori sono: gestione dei meccanismi di allineamento tra servizi offline e processi di linea; sincronizzazione dei servizi al TAKT TIME.

Nella AUSL 4 di Prato è in corso la sperimentazione di uno strumento operativo progettato per questa esigenza, il Piano per Ogni Paziente. Lo strumento, attraverso una gestione visiva a parete dei carichi di lavoro, consente agli operatori il monitoraggio costante dei bisogni dell'utente e dei suoi familiari (appropriatezza) e al contempo di ridurre i fattori di stress e sovraccarico, legati alla elevata variabilità (equità di accesso, efficienza di processo, condizioni di lavoro migliori).

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: dricci@usl4.toscana.it

TM



Carlo Calzolari si è laureato a FI nel 1952. Spec. in Pediatria c/o in Clin. Pediatrica all'Univ. di FI. Ha svolto la sua attività c/o la Clinica Pediatrica di FI come assistente volontario e poi come Assistente di ruolo nel 1969 con qualifica di Aiuto dal 1979. Libera docenza in Clin. Pediat. nel 1963. Nel 1980 è stato nominato Prof. Associato e confermato idoneo nel 1986.

Epigenetica: effetto modulatore dell'allattamento al seno

L'Epigenetica nutrizionale è lo studio dei fattori e segnali ambientali in grado di modificare l'espressione genica e quindi il fenotipo, non alterando le sequenze del DNA. Il fenotipo è l'espressione visibile del genotipo.

La **Nutrigenetica** (genetica nutrizionale) studia i rapporti fra genetica ed ambiente. Permette di

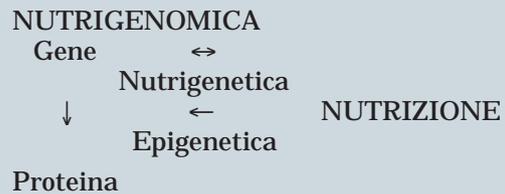
sviluppare una dieta personalizzata alla costituzione genetica dell'individuo.

La **Nutrigenetica** descrive i cambiamenti nell'espressione genetica in funzione della dieta, la conoscenza dei meccanismi che legano il metabolismo ai nostri geni.

La Nutrigenetica e l'Epigenetica sono una branca fondamentale della Nutrigenomica.

EPIGENETICA (dal greco) → EPI = SOPRA + GENETICA = GENI → SOPRA IL DNA

Fattori in grado di modificare l'espressione genica e quindi il fenotipo.



CARLO CALZOLARI
Professore Associato Clinica Pediatrica Università di Firenze

Epigenetica nutrizionale

I nutrienti modificano l'espressione del potenziale genetico, della predisposizione genetica, modulando l'attività e il funzionamento dei geni e le risposte cellulari. Anche i geni influenzano la nostra dieta influenzando l'assorbimento, l'utilizzazione e la tolleranza di diversi alimenti.

Il cibo dialoga con il nostro organismo, invia messaggi ed informazioni al corpo.

La nostra salute dipende dalle scelte alimentari.

L'attività dei geni è regolata da fattori epigenetici che variano da individuo ad individuo, agiscono in modo diverso e possono intervenire in qualsiasi momento e non dipendono da meccanismi genetici ereditari.

Il funzionamento genetico stimolato opportunamente da fattori epigenetici alimentari, qualitativi più che quantitativi, influisce sui fabbisogni ed abitudini alimentari ed interviene e previene nel metabolismo e su eventuali patologie. L'invecchiamento è rallentato e la stabilità del DNA aumentata.

La vita si allunga se il gene è condizionato da una dieta opportuna, ipocalorica ed equilibrata, mangiare per vivere non vivere per mangiare.

L'epigenetica potrebbe far chiarezza sul perché nei gemelli omozigoti lo stesso patrimonio genetico porta allo sviluppo di caratteristiche diverse (gemelli uguali ma diversi).

In relazione alla mappatura del genoma umano si è riusciti ad identificare, mediante tests genetici, le varianti genetiche che compongono il DNA e quindi poter prevenire, se stimolate da fattori epigenetici, determinate patologie.

I determinanti epigenetici possono intervenire in qualsiasi momento della vita dell'individuo. Numerosi studi hanno dimostrato come l'ambiente e in particolare la nutrizione in epoca precoce e in periodi critici dello sviluppo possano influenzare l'espressione del patrimonio genetico con conseguenze a breve, medio e lungo termine sull'organismo.

Dati ottenuti su modelli animali rivelano che la malnutrizione materna durante la gestazione, non solo esita in un ritardo di crescita ma può modificare anche l'espressione di meccanismi biochimici correlati al controllo endocrino-metabolico.

Un intervento di tipo nutrizionale può dunque programmare (programming) lo sviluppo futuro dell'individuo e il suo stato di salute.

L'epigenetica potrebbe spiegare il meccanismo tramite cui si esplica il "programming" fetale: non si verificano alterazioni nella sequenza genomica, ma modificazioni nell'espressione dei geni.

Allattamento al seno ed epigenetica

Il latte materno, con la ricchezza dei suoi componenti non solo nutrizionali, ma anche funzionali costituisce un vero e proprio *sistema biologico* che, secondo le attuali conoscenze, si associa non solo a migliori parametri di crescita, ma anche ad un miglior sviluppo neuro-comportamentale e alla prevenzione di varie patologie acute e croniche. Ad esempio è noto l'effetto protettivo dell'allattamento al seno nei confronti dell'obesità e del diabete tipo 2 del 11-55% rispetto all'alimentazione con formula, in maniera indipendente dalle variabili confondenti biologiche e sociodemografiche.

La relazione tra nutrizione nelle prime epoche di vita e genoma può permettere di comprendere meglio i meccanismi alla base di patologie come l'obesità che, a medio e lungo termine, hanno alto impatto sulla salute dell'individuo. Il rischio di sviluppare obesità dipende dall'interazione tra genotipo individuale e stili di vita, ma anche ambiente e nutrizione, durante la vita fetale e nelle prime epoche di vita, rivestono un ruolo fondamentale. La regolazione epigenetica di specifici geni può divenire cruciale nella determinazione del rischio individuale.

Il concetto di epigenetica può essere esteso anche a fattori ambientali che possono modificare il contenuto di determinate sostanze nel latte materno. Ad esempio, il fumo di sigaretta sembra rivestire un ruolo di fattore epigenetico, per quanto riguarda la sintesi dei precursori di DHA e di acido arachidonico, contenuti nel latte materno ed associati ad una migliore prognosi neuro-comportamentale.

Il latte delle madri fumatrici risulta mostrare un contenuto inferiore di LCPUFA (acidi grassi polinsaturi a lunga catena), in particolare DHA (acido docosaenoico), rispetto a quello delle non fumatrici. In conformità a studi in vitro, sembrerebbe questa differenza essere dovuta ad un meccanismo d'inibizione da parte del fumo sull'attività di un enzima.

Il latte materno, agendo in un periodo critico dello sviluppo e modificando positivamente lo stato di salute di un individuo, può essere considerato, in alcuni casi, un fattore epigenetico in grado di influenzare l'espressione genica e quindi il fenotipo individuale.

Le prospettive di modificare e personalizzare la pratica nutrizionale, su cui investe la nutrigenomica, non esulano dal proporre stili di vita sani a tutti.

TM



Manfredo Fanfani
La riforma
sanitaria del Granducato
di Toscana

Terza parte (Seconda parte nel numero precedente)

MASSIME E ISTRUZIONI

DA OSSERVARSI GENERALMENTE IN TUTTI LI SPEDALI

DEGLI

INFERMI

DEL

GRAN-DUCATO DI TOSCANA

APPROVATE

Sen Dispaccio di S. M. I. e R.

De' 17 febbrajo 1818.

17.° Il requisito della *solvibilità*, o sia potenza a pagare, vien posto in essere dall'anticipazione, o deposito della retribuzione d'indennità di un mese, e dalla dazione d'un idoneo mallevadore, o dal certificato del Gonfaloniere rispettivo, che l'afferma sotto la sua personal garanzia, e ciò tanto per i paganti, che per i semi-paganti.

18.° Per ottenere il certificato di povertà per il posto semi-pagante, dovranno non solamente l'infermo, quanto i suoi congiunti obbligati dalla Legge alla prestazione degli alimenti, esser privi di ogni sorta di beni, e non aver lucri personali sufficienti a supplire alla totalità del rimborso delle spese di spedalità. Queste circostanze speciali dovranno essere espresse nel certificato, della verità del quale sarà sempre responsabile, e garante quello che lo rilascia, non meno che quelli i quali lo confermano con l'apposizione del „*Visto* „

19.° Per ottenere il certificato di miserabilità è d'uopo, che tanto il malato, quanto i congiunti obbligati verso di quello alla prestazione degli alimenti siano costituiti in stato tale di miseria da non potere in modo alcuno supplir neppure al parziale rimborso delle spese di spedalità. Queste circostanze debbono essere espressamente enunciate nel certificato, e chi lo rilascia ne sarà sempre responsabile e garante unitamente a quelli, che lo approvano apponendovi il „*Visto* „

20.° All'effetto di evitare, per quanto è possibile, il caso che le Comunità, mediante le tasse di rimborso delle spese di spedalità che eccedono gli ordinarj mezzi degli Spedali, vengano sottoposte ad una spesa, che aumenti gli aggravj dei Proprietarj-Contribuenti, dovranno tanto i Gonfalonieri, quanto i Parrochi, allorchè viene il caso di dirigere, o di avere un malato della loro Comunità, o Parrocchia allo Spedale viciniore che abbia già occupati tutti i letti occupabili in spedalità gratuita, darsi ogni premura per ottenere da una, o più Persone caritatevoli, e pie una dichiarazione, o biglietto d'indennità a favore dello Spedale medesimo per quel tempo che il malato sarà nel numero dei paganti. Di queste premure dovranno più specialmente incaricarsi i



Parenti, Congiunti, ed Amici del malato, ed il Padrone verso i suoi Coloni, Domestici, e Sottoposti, che d'altronde fossero nella Categoria dei Miserabili.

21.° Dovrà tenersi separato il ruolo dei malati paganti, e semi-paganti, ed alla fine di ciascun mese ne sarà spogliata la nota dagli Infermieri, e passata al Commissario, e da esso verificata, e rimessa alla Computisteria, o per esser passata nei ruoli delle somme da riscuotersi, o per esser collazionata, e combinata con le somme pagate per anticipazione. Se i malati saranno a carico delle Comunità, il rimborso delle spese dovrà domandarsi per acconto ogni tre mesi, ma il saldo non dovrà reclamarsi che dopo l'anno, e dopo aver conosciuto se veramente siano stati esauriti tutti i fondi assegnati per la spedalità gratuita, poichè i risparmi, che avessero luogo per la non occupazione totale dei Letti in qualche mese dell'anno, dovranno andare a vantaggio delle Comunità in proporzione del loro debito.

22.° I Commissarij, e Rettori sotto la loro personale responsabilità a favore degli Spedali, sono in dovere di far sorvegliare non solamente le ammissioni, quanto le permanenze dei malati in questi stabilimenti.

23.° Per esercitare questa sorveglianza tanto nelle ammissioni, che nelle permanenze, ove non sono Medici revisori, avranno la facoltà i Commissarij, e Rettori, in quelle circostanze che lor sembrerà opportuno, di servirsi di un altro Professore qualunque a loro piacere, e daranno parte al R. Governo direttamente delle prevaricazioni che con questo metodo perverranno a scuoprire.

24.° Viene espressamente proibita ogni somministrazione di medicinali gratuiti a tutti gli Impiegati di Spedali, Ministri, o altre persone, che fino qui ne avessero abusivamente goduto senza avere i requisiti enunciati all' Art. 19.°

25.° Tutti gli Spedali del Gran-Ducato per la fornitura delle Biancherie, Coperte, e Vestiarij di nuovo, dovranno dirigere i campioni rispettivi con il relativo prezzo all' Ufficio di Direzione centrale, affinchè da questa sia riconosciuto, se ad eguali, o a migliori condizioni ottener si potessero gli oggetti richiesti con



vantaggio degli Spedali dalla Pia Casa di Lavoro stabilita in Firenze. Queste forniture dovranno sempre farsi dentro i limiti dei fondi risultanti dai loro Bilancj per le rispettive spese.

26.° Per tutte le forniture di Commestibili, e di altri oggetti di consumazione interessanti, saranno fatti in ciascheduno Spedale dei Contratti d'impresa con la maggiore economia e dettaglio per prevenire le frodi, e per sorvegliare il servizio, e provocando con affissi la concorrenza; le Copie saranno trasmesse all'Uffizio di Direzione centrale, affinchè mediante una comparazione di simili contratti si venga a riconoscere, ove s'impiega maggiore zelo per l'economia degli Spedali. Se circostanze locali, o altre speciali considerazioni esigessero, che per qualche articolo si prescindesse dal metodo di fornitura, i Commissarj, o Rettori dovranno renderne conto, e domandarne una particolare autorizzazione.

27. In luogo della provvisione di cui godono attualmente i Cassieri sarà stabilita ai medesimi una retensione proporzionale sulla totalità delle rendite dello Spedale, in modo, che ne resulti per i medesimi un'emolumento eguale all'attual provvisione. Si faranno dei Ruoli trimestrali dei Debitori con le rispettive loro scadenze; Alla fine del trimestre i Ruoli dovranno essere esibiti al Commissario, o Rettore per dimostrare, che i Debitori abbiano pagato, o che siano stati molestati giudizialmente, altrimenti i Cassieri saranno tenuti del proprio a pagare la corrispondente somma allo Spedale, e saranno sottoposti a quelle ulteriori misure, che dal R. Governo si adotteranno per reprimere una negligenza, che tanto danno ha cagionato a questi Pii Stabilimenti.

28.° Non sarà fatta buona al Cassiere la sua retensione proporzionale fintanto che non abbia spurgato il Ruolo trimestrale, o mediante l'effettivo incasso totale delle somme esigibili, e portate nel Ruolo, o mediante la giustificazione di aver consumati inutilmente contro i Debitori tutti gli atti esecutivi dalla Legge permessi.

29.° Ogn'anno dentro il mese di Luglio saranno fatti i Bilanci di previsione di tutti gli Spedali del Gran-Ducato, e saranno rimessi



a quell'Uffizio, che ne ha la immediata soprintendenza dentro gli ultimi dieci giorni del mese uedesimo.

30.º Questi dopo aver ricevuta la Suprema approvazione del R. Governo saranno respinti ai Commissari rispettivi, i quali saranno obbligati a conformarvisi esattamente nella loro Amministrazione.

31.º Ogn'anno dentro il mese di Marzo i Commissarij, e Rettori dovranno render conto della loro Amministrazione coerentemente al Bilancio di previsione, e rimetteranno le carte all'Uffizio destinato alla soprintendenza, e direzione della loro Amministrazione. Il conto economico dovrà esser sempre accompagnato da un conto morale, in cui si dovrà fare un rapporto sopra il personale degli Impiegati: sopra ciò che concerne l'oggetto del Pio Stabilimento: sopra i miglioramenti de quali in ogni sua parte economica, sanitaria, e di polizia potesse essere suscettibile: sopra gli abusi che converrebbe di eliminare: e sopra tutto quello che concerne la perfeibilità della Pia Istituzione.

32.º Ogn'anno sarà reso conto a S. A. I. e R. con un rapporto, cui sarà data tutta la solennità, dell'Amministrazione speciale, e generale degli Spedali del Gran-Ducato, degli inconvenienti, ed abusi, che vi si lasciassero sussistere, e viceversa dello zelo, e buon metodo, che in ogni parte del servizio si troverà essere stato spiegato da chi ne sorveglia l'Amministrazione. Il Giudizio dell'I. e R. Governo formerà il premio, o la punizione di chi, dell'una, o dell'altro si renderà meritevole.

Dall'Uffizio della I. e R. Deputazione Centrale sopra gli Spedali, e Luoghi Pii laicali del Gran-Ducato.

FIRENZE li 28 febbrajo 1818.

Visto INCONTRI ff. di Presid.

MOGGI ff. di Segret.



Camilla Ferrari, dal 2007 lavora come medico specializzando c/o il Dip. di Neurologia dell'AOU Careggi FI, occupandosi di demenze c/o l'amb. "Deterioramento Cognitivo" di Careggi, Resp. Prof. S. Sorbi. Partecipa a trial clinici sperimentali per la terapia dell'Alzheimer. Nel 2010 ha lavorato per 6 mesi c/o il Karolinska Institute di Stoccolma con cui prosegue una collaborazione nell'ambito della ricerca epidemiologica sull'invecchiamento.

Aspetti genetici e ambientali della patogenesi della malattia di Alzheimer

L'invecchiamento della popolazione determina un incremento delle malattie croniche, tra queste il deterioramento cognitivo è uno dei più invalidanti e costosi per la società, si calcola infatti che circa 25 milioni di persone al mondo siano affette da

dagli oligomeri insolubili di A β 42 prima di aggregarsi nelle placche.

Questa scoperta è stata di fondamentale importanza nel guidare la ricerca sia farmacologica sia diagnostica. È emersa infatti l'urgenza di riuscire ad identificare la malattia negli stadi più precoci, ovvero prima che il danno tossico degli oligomeri sia irreversibile, per agire con una reale terapia *disease modifying*. Questo ha posto una grossa sfida al mondo medico in quanto gli stadi patogenetici

Demenza.

Il termine Demenza sta ad indicare una sindrome clinicamente determinata caratterizzata da una compromissione progressiva delle funzioni cognitive che riconosce molteplici cause e comprende numerosi e diversi profili clinici.

Le demenze possono essere grossolanamente suddivise in forme primitive e forme secondarie. Queste ultime includono una miscellanea di forme per lo più reversibili dovute a disordini endocrini, metabolici, nutrizionali, infettivi.

Tra le demenze primitive, e le demenze in generale, la più frequente è la malattia di Alzheimer (AD) che spiega oltre il 50% dei casi. È una demenza su base neurodegenerativa caratterizzata da tipici reperti neuropatologici: placche amiloidee interneuronali e depositi neuro fibrillari (costituiti da proteina tau iperfosforilata) intracellulari.

Da quando la malattia di Alzheimer è stata descritta per la prima volta nel 1906, sono stati fatti numerosi passi avanti nella comprensione della patogenesi.

Gli eventi determinanti la malattia sono riconducibili alla cosiddetta "ipotesi della cascata amiloidea": alterazioni nell'equilibrio dei meccanismi catabolici della proteina precursore dell'amiloide (APP) determinano un eccesso di formazione di un prodotto di scarto insolubile (A β 42) che si aggrega formando le famose "placche amiloidee". Le placche si depositano a livello interneuronale rendendo difficoltosa la trasmissione nervosa. La riduzione di impulsi nervosi causa sofferenza della cellula neuronale, ma esiste anche un'azione tossica diretta su quest'ultima data, non tanto dalle placche, ma, come è stato recentemente scoperto,

CAMILLA FERRARI, SANDRO SORBI

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche,
Università di Firenze

non vanno di pari passo con quelli clinici: le fasi iniziali, ovvero le fasi "oligomeriche", sono infatti pauci sintomatiche.

Fortunatamente nuove metodiche diagnostiche stanno fornendo gli strumenti per una diagnosi precoce.

Anche nel campo eziologico la ricerca è grandemente progredita. Risale agli anni '90 la descrizione di una forma autosomica dominante di malattia dovuta a specifiche mutazioni genetiche sui geni dell'APP e su quelli di proteine costituenti la gamma-secretasi (PSEN1 e PSEN2), enzima responsabile del catabolismo dell'APP con la formazione della particella insolubile A β 42.

Queste forme autosomiche dominanti sono caratterizzate da una età di esordio di malattia "giovanile", con un range compreso tra i 35 e i 65 anni di età (early-onset AD, EOAD) ma sono responsabili solo di una piccola percentuale dei casi di AD (5%).

La forma più frequente di malattia di Alzheimer ha esordio in età senile (> 65 anni, late-onset AD, LOAD) ed ha una eziologia di tipo multifattoriale dove fattori genetici e ambientali agiscono sinergicamente determinando una alterazione dell'equilibrio della concentrazione cellulare di amiloide tramite 3 diversi possibili meccanismi: incremento della produzione di APP, incremento dell'attività della gamma secretasi, riduzione dell'efficienza dei meccanismi di rimozione del frammento insolubile A β 42.

Questi fattori si distinguono in modificabili e imm modificabili.

Fattori imm modificabili:**L'età e il patrimonio genetico** (Tabella 1)

La prevalenza di malattia incrementa in maniera proporzionale con l'avanzare dell'età. In Europa infatti se la prevalenza annuale è dello 0,5% nella fascia di età 60-65 anni, nella fascia degli ultra 85enni raggiunge invece circa il 24%. Altro fattore di rischio molto importante è la familiarità per malattia.

Come abbiamo descritto precedentemente esistono infatti specifiche mutazioni genetiche determinanti l'Alzheimer in una modalità autosomica dominante.

Tuttavia nel 90-95% dei casi, nonostante spesso esista un'elevata incidenza di malattia nell'albero genealogico non sono presenti le suddette mutazioni né è identificabile una modalità di trasmissione genetica di tipo mendeliano. Lo studio di questa forma, inizialmente definita come non-genetica, ha portato invece alla scoperta di numerosissimi polimorfismi, ovvero forme alleliche di un gene, associati ad un aumento di rischio di malattia.

Tra questi il principale è la forma allelica epsilon 4 dell'Apolipoproteina E (APOE ε4). L'APOE è il principale trasportatore di colesterolo cerebrale, elemento fondamentale per lo sviluppo, mantenimento e riparazione neuronale. Ne esistono 3 isoforme, ε2, ε3 ed ε4, ed è chiaramente emerso che l'isoforma ε4 è meno efficiente nei suoi ruoli e determina anche una riduzione della rimozione della Aβ 42. Maggiori sono i danni ambientali (stress, traumi cranici, alterazioni della circolazione sui neuroni e maggiore è il rischio determinato da questo polimorfismo.

Il RR dato dall'APOE ε4 è compreso tra 2 e 4. Gli altri numerosi polimorfismi identificati riguardano geni coinvolti nel metabolismo e trasporto del colesterolo, proteine coinvolte nei meccanismi sinaptici e geni codificanti per elementi del sistema infiammatorio/immunitario. Quest'ultima ca-

tegoria ha posto l'attenzione sulla responsabilità dei meccanismi infiammatori/immunitari nella genesi e progressione di malattia, tuttora in corso di studio.

Nonostante la scoperta che la genetica sia responsabile del 70% di rischio di AD è da sottolineare che nessuno di questi polimorfismi sia in grado da solo di determinare la malattia, ma lo è una loro combinazione associata a fattori esterni.

Fattori modificabili:**Lo stile di vita** (Tabella 2)

Il fumo, l'alcool, l'obesità specie quella presente all'età 40-50 anni aumentano il rischio di malattia, mentre l'esercizio fisico effettuato soprattutto durante l'età adolescenziale-adulta è un fattore protettivo.

Il grado di scolarizzazione è correlato con la malattia di Alzheimer in maniera inversamente proporzionale: bassa scolarità-alto rischio di malattia, elevata scolarità-basso rischio di malattia. Tale rapporto è in linea con l'ipotesi che l'educazione scolastica fornisca una "riserva cognitiva" che permetta di posticipare anche di diversi anni l'esordio dei sintomi.

Con lo stesso meccanismo agisce sul rischio di demenza anche il tipo di occupazione lavorativa: attività più complesse ed a più alto impegno cognitivo-organizzativo ritardano l'inizio di malattia. Tra i fattori protettivi è da menzionare la pratica di hobbies e la presenza di un buon contesto sociale (coniugi, figli, amici).

Molteplici **condizioni mediche trattabili** sono associate ad un incremento di rischio, tra queste: l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia durante la vita adulta (40-60 anni), il diabete, l'ischemia cerebrale.

Il diabete è correlato con la malattia di Alzheimer attraverso almeno due meccanismi: uno mediato dalla microangiopatia diabetica, che determina sofferenza ischemica cronica cerebrale,

Tabella 1 - Fattori imm modificabili di rischio per la malattia di Alzheimer.

FATTORI IMM MODIFICABILI	CONTRIBUTO DI RISCHIO
ETA'	0.5 % prevalenza annuale 60-65 anni 24% prevalenza annuale > 85 anni
PATRIMONIO GENETICO	70% Rischio attribuibile
APP (protein precursore dell'amiloide, chr: 21) PSEN1 (componente della gamma-secretasi, chr: 14) PSEN2 (componente della gamma-secretasi, chr: 1)	5% dei casi AD Trasmissione Autosomica dominante Le mutazioni più frequenti si trovano sul gene della PSEN1
APOE ε 4	RR 2-4
ALTRI POLIMORFISMI Geni coinvolti nel metabolismo colesterolo (CLU, LDL-R, ABCA7) Nel sistema immunitario/infiammatorio (CLU, CR1, CD33...) Nella trasmissione sinaptica (PICALM, BIN1...)	RR 0,8-1,0 RR 1,1-1,4

Tabella 2 - Fattori modificabili di rischio per la malattia di Alzheimer:

FATTORI MODIFICABILI	CONTRIBUTO DI RISCHIO
OBESITA' MIDLIFE	RR 1,4-1,8
FUMO	RR 1,3-2,1
IPERTENSIONE ARTERIOSA MIDLIFE	RR 1,3-2,8
IPERCOLESTEROLEMIA MIDLIFE	RR 1,4-3,1
ICTUS CEREBRALE	RR 1,2-2,1
DIABETE MELLITO	RR 1,5
RISERVA COGNITIVA (scolarizzazione e tipo di occupazione lavorativa)	RR 0,5-0,6
ATTIVITA' FISICA MIDLIFE	RR 0,55
HOBBIES (attività mentali e sociali)	RR 0,5-0,6
NETWORK SOCIALE POVERO (coniuge, figli, amici)	RR 1,6

l'altro mediato dall'insulina. L'enzima che degrada l'insulina (Insuline Degrading Enzyme, IDE) a livello cerebrale riconosce come substrato anche la A β 42.

Nelle fasi pre-cliniche del Diabete Mellito di tipo II quando è presente un relativo iperinsulinismo avviene che l'enzima sia impegnato quasi completamente nel catabolismo dell'insulina in eccesso lasciando l'A β 42 libera di depositarsi in placche. Non c'è univocità sulla percentuale di rischio dovuta a questi fattori modificabili ma la letteratura concorda sul fatto che tali fattori in-

fluenzino il rischio di malattia agendo durante la vita pre-senile.

Tutti i dati raccolti dunque sottolineano l'importanza della prevenzione nel combattere la demenza attraverso un corretto stile di vita sin dalla giovane età.

Bibliografia

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

TM

Frammenti di storia

Toscana Medica 5/12



Francesca Farnetani, si occupa di dermatologia. Collabora con l'Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani. Ha scoperto che l'eponimo «cellule di Martinotti» era erroneamente attribuito da tutte le enciclopedie e i trattati del mondo a uno scienziato sbagliato. Per il centenario dell'Ordine dei medici ha scritto il libro: *Storia della medicina aretina*. Ha vinto nel 2005 il premio «Sciaudone».

La pediculosi in Toscana cento anni fa

La prevenzione fu, anche all'inizio del secolo scorso, uno dei principali strumenti di lotta alla pediculosi in Toscana.

Nell'agosto del 1916 il Ministero dell'interno e quello della pubblica istruzione decisero di attuare per

«igienica» nelle scuole e nei ricreatori frequentati soprattutto dai figli dei richiamati.

In Toscana furono scelte scuole appartenenti a undici città: Firenze, Pistoia, Arezzo, Siena, Pisa, Livorno, Lucca, Viareggio, Massa, Carrara, Grosseto.

La campagna di educazione sanitaria fu diretta da Achille Sclavo (1861-1930), ordinario d'igiene presso le Università di Firenze e di Siena.

Nonostante l'impor-

l'anno scolastico 1916-1917, in alcune città della Toscana, un esperimento di «propaganda

FRANCESCA FARNETANI

Medico chirurgo in formazione, Arezzo

tanza dell'attività sanitaria nelle scuole, il medico scolastico era presente in Toscana solo a Firenze e a Livorno (Sclavo A., Pavone A. *Esperimento di propaganda igienica nelle scuole della Toscana*. Roma: Tipografia Innocenzo Artero; 1918).

La scelta del programma d'insegnamento proposto nelle singole città dai medici incaricati indica la situazione epidemiologica locale.

LA PEDICULOSI NELLE SCUOLE

Il problema più importante per i bambini di tutte le città della Toscana, a eccezione di Firenze, era quello della pulizia personale, soprattutto la necessità di insegnare a far lavare le mani e il viso, mentre a Firenze era la pediculosi. Per questo Azeglio Castellini, capo-sezione dell'Ufficio comunale d'igiene - sezione II Igiene delle collettività, che dirigeva l'Ufficio scolastico del capoluogo toscano, mise al primo posto delle sue lezioni il tema della «pediculosi» e i suoi danni, però al secondo e al terzo posto la pulizia delle mani e del corpo.

Solo nella propaganda fatta a Siena, Filippo Neri, allora aiuto dell'Istituto d'Igiene della locale Università, inserì nel primo argomento trattato: «I pericoli del sudiciume e i vantaggi della pulizia»; parlando della pulizia della testa fece un accenno ai pidocchi.

È interessante notare due diverse modalità e strategie nell'affrontare il tema della pediculosi in due aree vicine e con caratteristiche socio ambientali simili.

Torquato Valeri, ufficiale sanitario del comune di Lucca, puntava più sulla prevenzione cercando di informare alunni e insegnanti, come prevenire la trasmissione dei parassiti, infatti nelle sue conversazioni a scuola, parlando della pediculosi, ancora prima dell'eventuale trattamento, si soffermava a spiegare: «come si riproducono i pidocchi, come passano da un individuo all'altro».

A Viareggio invece Mario Pini, ufficiale sanitario del comune, puntava più sull'efficacia della cura, infatti, trattava il modo di distruggere pidocchi e lendini, ma poi riuscì a ottenere una diminuzione della pediculosi insegnando alle madri a riconoscere le lendini.

L'EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza delle malattie dermatologiche presenti nelle scuole è descritta nella relazione dello Sclavo in cui si rileva che la più diffusa fra gli alunni era la pediculosi e al secondo posto l'eczema al volto e al cuoio capelluto, presente nel 9% dei casi. Le due malattie spesso erano associate fra loro.

Se nel 1907 a Firenze la pediculosi aveva una prevalenza del 22% nei maschi, sia quella del

capo che del corpo e nelle femmine era superiore, in alcune scuole, dopo le informazioni di «propaganda igienica» era pressoché scomparsa.

La prevalenza della pediculosi era minore a Siena perché lo Sclavo, personaggio molto autorevole nella città era riuscito a far portare i capelli corti agli alunni. Giuseppe Ficai (1881-1960), direttore del Laboratorio provinciale d'igiene di Arezzo, ottenne di far tagliare i capelli ai bambini e ottenne una diminuzione della prevalenza della pediculosi.

I dati precedenti confermano che la concentrazione della popolazione, come a Firenze, che allora aveva 250 mila abitanti, favoriva il contagio; infatti l'isolamento era il principale metodo di combattere le malattie infettive. La prevalenza della pediculosi era però superiore anche fra i bambini che abitavano in campagna rispetto a quelli della città. prospettando l'emarginazione ambientale come fattore di rischio associato anche al minor accesso alle strutture sanitarie da parte delle persone che abitavano lontano dai centri abitati.

LA TERAPIA

Cento anni fa il trattamento più efficace per la cura della pediculosi era: «si tagliano i capelli o corti o anche a zazzera (nelle bambine grandicelle)» (Flamini 1914).

La cura prevedeva l'applicazione per un'intera notte di un impacco al petrolio greggio (F.u. *Petroleum crudum*) allora usato in medicina esclusivamente sulla pelle come antiparassitario. Al mattino veniva lavata la testa con acqua calda e sapone. Tale impacco andava ripetuto per tre sere successive.

L'allontanamento delle lendini avveniva usando un pettine fitto.

Il controllo della terapia veniva effettuato anche dagli stessi maestri che verificavano se la testa del bambino odorasse di petrolio.

Veniva raccomandato anche il 1° taglio dei capelli. Considerando che l'Italia era uno dei paesi più poveri d'Europa, era importante che tale pratica venisse effettuata gratuitamente. Per questo a Padova il Comune assunse due «spidocchiatrici», che giravano per le scuole tagliando i capelli agli alunni e togliendo lendini e parassiti, mentre in Toscana fu proposta la creazione presso gli ospedali e le altre istituzioni pubbliche di ambulatori per effettuare il taglio gratuito dei capelli e quello che allora veniva definito «spidocchiamiento».

È interessante notare che però già cento anni fa si puntava sull'informazione alla popolazione come strumento di prevenzione che in seguito sarà chiamata educazione alla salute.

TM



Utilizzo dell'agopuntura in corso di appendicopatia

Caro Direttore, è noto in medicina tradizionale cinese (mtc) il significato terapeutico della stimolazione degli agopunti, utilizzati a scopo prevalentemente antalgico mediante l'infissione più o meno profonda dell'ago e l'evocazione del caratteristico *de qi* (letteralmente sensazione di arrivo del Qi sul punto). Accanto a questa possibilità vi è anche quella, meno conosciuta ma di non secondaria importanza, *diagnostica* e cioè, per alcune patologie, vi sarebbero dei punti sentinella che se stimolati normalmente non provocano sensazioni particolari mentre in corso di malattia evocano un intenso fastidio sotto pressione. Addirittura in alcuni casi l'area del punto cambierebbe colore (discromie cutanee, arrossamento, pigmentazione) cercando quasi di rendere manifesta una situazione di squilibrio energetico interno all'organismo.

In particolare esiste un punto che sarebbe la *spia* di un processo appendicolare acuto e sub-acuto in corso, situato lungo il meridiano di stomaco nell'area inferiore a *zusanli*, 36ST, subito sotto il ginocchio sulla faccia laterale della gamba, uno dei punti più utilizzati in agopuntura. La nostra attenzione si è focalizzata quindi su questo punto in considerazione del fatto che trovandoci a gestire i pazienti nel peri-operatorio eravamo nelle condizioni migliori per poter effettuare una piccola indagine mirata.

* * *

Abbiamo utilizzato in pre-sala durante la preparazione dei pazienti alla procedura chirurgica e prima della pre-anestesia con oppiacei, al fine di non interferire con i risultati dell'indagine, un cercapunti andando a ricercare una risposta nell'area in questione. La stimolazione veniva considerata positiva quando evocava dolore, considerando dubbie quindi le sensazioni di tensione o le parestesie eventualmente evocate. I pazienti esaminati sono stati 52 (36 femmine e 16 maschi) di età dai 19 ai 52 anni (età media 25 anni), tutti candidati all'intervento di appendicectomia laddove la clinica, gli esami di laboratorio e eventuali esami strumentali lasciavano supporre un processo appendicolare in atto.

* * *

Dei 52 pazienti esaminati, 33 hanno risposto alla stimolazione positivamente (risposta algica franca). In 10 casi ci è stata descritta una sensa-

zione di tensione mentre in 4 casi ci è stata descritta una sensazione di parestesia. Nel rimanente campione di pazienti non vi è stata alcuna risposta focale.

* * *

La diagnosi tramite l'analisi dei meridiani e dei punti si basa su delle reazioni oggettive o soggettive che appaiono in determinati punti; punti *shu dorso*, punti *mu*, punti *speciali*. I punti *shu* del dorso sono il luogo in cui il Qi e il Sangue di un particolare organo si *infondono*; sono direttamente correlati al loro rispettivo organo e molto spesso in essi si manifestano determinate reazioni quando l'organo è malato. Come regola generale qualsiasi dolore acuto spontaneo o provocato dalla pressione su questi punti indica una condizione di *pieno* dell'organo attinente, mentre un dolore sordo denota una condizione di *vuoto*. I punti *mu* del petto e dell'addome sono particolarmente reattivi ai cambiamenti patologici degli organi interni e sono utili per scopi diagnostici.

Nel nostro lavoro abbiamo preso in considerazione un punto speciale tra *zusanli* ST36 e *shangjuxu* ST37 che riflette lo stato dell'appendice. La sua localizzazione è variabile ed è situata nell'area tra questi due punti in cui si avverte il dolore. Se questo punto speciale chiamato *lanweixue* è dolente alla pressione, significa che l'appendice è infiammata. Al contrario, secondo la mtc, se non si verifica alcun tipo di risposta l'appendice è normale.

Dei 33 pazienti che hanno risposto positivamente alla stimolazione locale dell'area del punto *lanweixue* ben 29 avevano un processo appendicolare in corso riscontrato intraoperatoriamente. In 4 casi in cui la sensazione riferita era stata di tensione vi era un processo appendicolare in corso mentre nei rimanenti casi non vi era un chiaro coinvolgimento appendicolare.

* * *

È auspicabile, ove possibile, integrare le conoscenze della medicina *occidentale* con quelle della medicina *orientale* a fini diagnostici e terapeutici nell'ambito di una sempre più completa collaborazione interdisciplinare.

Giuseppe Antonucci

UO Anestesia e Rianimazione
Ambulatorio di Agopuntura - Ospedale di Prato

Troppi tagli cesarei?

Gentile Direttore
la recente presa di posizione del Ministro della Sanità contro l'eccessivo numero di tagli cesarei, che verrebbero espletati in Italia e la sua conseguente intenzione di inviare degli ispettori nelle sedi maggiormente interessate al fenomeno, mi spinge a prendere posizione contro il sentire *politically correct*, che vede nel lievitare continuo di tale metodica una minaccia per la salute pubblica. Personalmente non mi sono mai pentito di aver eseguito un taglio cesareo. Preciso che sono un medico ostetrico ginecologo sessantacinquenne che ha trascorso quarant'anni negli ospedali di Pisa, Arezzo, Casentino, Cecina, Lomellina, Valdichiana e Valdarno, facendo la sua onesta carriera e assistendo tremila nascite, tutte concluse con puerpera e neonati in salute, ritiratosi in pensione senza aver mai subito una condanna penale, civile o disciplinare.

Quando iniziai a bazzicare la sala parto la percentuale dei tagli cesarei si aggirava sul 15%. I vecchi medici facevano spesso ricorso al forcipe, strumento dal quale mi sono sempre tenuto lontano, mentre cominciava a diffondersi fra noi giovani la ventosa. L'episiotomia e la manovra di Kristeller erano la prassi. Comune, nelle distocie di spalla, era la volontaria rottura della clavicola del nascituro per facilitarne l'estrazione.

Non erano rari i parti podalici, mentre anche quelli gemellari venivano spesso e volentieri espletati per le vie naturali.

Alla base di questo stato di cose c'era un sentire comune nella popolazione che vedeva comunque nel partorire un rischio che veniva per accet-

tato in quanto si presumeva che il medico agisse sempre per il meglio, secondo scienza e coscienza. Poi man mano le cose cambiarono. Al verificarsi di complicazioni, anche imprevedibili, iniziarono e si fecero sempre più frequenti le denunce contro i medici di sala parto, che trovarono facile sponda in famelici periti, o presunti tali. L'accusa che nella quasi totalità dei casi veniva fatta al medico incriminato era di non avere eseguito tempestivamente il taglio cesareo.

Si ebbe così un progressivo aumento nel ricorrere a tale metodica fino all'attuale 40%. Nel contempo si osservò una diminuzione sensibile della mortalità e della morbilità intrapartum che ci avvicinò ai migliori standard europei. Infatti il ricorso al taglio cesareo evita al feto il trauma del travaglio di parto, fonte spesso di pericolose ipossie, ed alla gestante uno stress a livello del pavimento pelvico con sequele più o meno invalidanti.

Ora, sotto la spinta delle ostetriche e delle direzioni aziendali, si vorrebbe tornare indietro costringendo i medici ad attenersi a burocratiche linee guida limitando così la loro libertà decisionale.

Riflettendo sulla mia lunga esperienza in sala parto, sono invece giunto alla conclusione che l'atteggiamento verso l'evento nascita vada invertito rispetto a quello tradizionale, e ciò sia comunque da preferire il taglio cesareo limitando il parto solo a quelli spontanei che non richiedano ausili farmacologici o strumentali.

Giuseppe Ragazzini
Specialista in Ostetricia e Ginecologia
Già Aiuto Ospedaliero

Una precisazione

Caro Direttore,
quale vecchio cultore della materia e quindi persona informata sui fatti ho letto con molto interesse l'articolo pubblicato sul numero di gennaio di Toscana Medica del collega E.G. Romeo dal titolo "Guglielmo Röntgen annunzia la scoperta dei Raggi X".

Ho appreso, con mia grande meraviglia, che G. Röntgen annunziò la scoperta dei Raggi X alla Società Fisico-Medica di Würzburg il 23 gennaio 1895 (data riportata nel titolo e nel testo!) ...

Cioè a dire ben 11 mesi prima di averli realmente scoperti.

Per quanto mi risulta infatti la scoperta avvenne l'8 novembre del 1895, presentata alla Società Fisico-Medica e quindi pubblicata nel famoso estratto "Eine Neue Art von Strahlen" (Un nuovo

tipo di raggi) il 28 dicembre successivo.

Risulta altresì dalle fonti storiche che il "23 gennaio 1896 Röntgen ritorna all'Accademia Fisico-Medica di Würzburg per una nuova adunanza, quando ormai la scoperta è conosciuta" (Immagini e segni dell'uomo - Storia della Radiologia Italiana - Idelson Gnocchi 1995 pag. 112).

Vero è che Von Kolliker si prestò per l'esperimento estemporaneo della radiografia della sua mano, ma la prima documentazione delle ossa umane è antecedente, in quanto sia Röntgen sia sua moglie Berta sottoposero le proprie mani ai fasci radianti. Il fisico non diffuse mai la foto della sua mano, mentre è universalmente nota la mano di Frau Berta.

Natale Villari
n.villari@dfc.unifi.it

Slow Medicine

Il tempo della comunicazione è tempo di cura

Caro Direttore, organizzato dal Centro Formazione Azienda Sanitaria di Firenze il 15 dicembre u.s. presso il "Il Fuli-gno" si è svolto il convegno "Slow Medicine - Il tempo di comunicazione è tempo di cura". Obiettivo del Convegno riprendere i temi della Slow Medicine, già illustrati in precedenti articoli di Toscana Medica, per una medicina sobria, rispettosa e giusta.

Al mattino sono state ricordate da chi scrive e da Andrea Gardini, Direttore Sanitario AO di Ferrara, della nascita dell'Associazione Slow Medicine: il Manifesto di Grado nel 2010, la fondazione dell'Associazione nel giugno 2011 ed il I° congresso nazionale di Torino nel novembre successivo. Antonio Panti, con la relazione "Il tempo medico fra tecnologia e produttività," ha sottolineato la complessità e le difficoltà dell'attività medica attuale e quali siano i vantaggi di una medicina la *Slow* che rifletta attentamente sulle scelte da operare, privilegiando appropriatezza, sostenibilità ed equità. L'"Elogio della in-decisione" argomento come sempre affascinante sulle scelte, spesso

drammatiche, che devono essere prese congiuntamente medico-paziente, è stato svolto da Sandro Spinsanti, direttore dell'Istituto Giano di Roma e l'importanza della comunicazione medico-paziente da Stefano Beccastrini. Nel pomeriggio, sempre sul filo conduttore di una medicina appropriata e di buona qualità, vi sono state numerose relazioni sulle esperienze nell'Azienda Sanitaria di Firenze nei settori della comunicazione-formazione, emergenza-urgenza, oncologia, cardiologia, terapia intensiva, salute mentale, medicina narrativa, risk management, progetto "un solo paziente" e medicine complementari.

I meriti organizzativi vanno alla segreteria scientifica (Dr.ssa Giuliana Torretta, Dr. Pierluigi Tosi e Dr. Alfredo Zuppiroli) ed a quella organizzativa Sig.ra Paola Ceccarelli.

Si auspica che il messaggio della Slow Medicine possa essere rivolto in futuro anche ad altre categorie come i medici di medicina generale e gli studenti in medicina.

Alberto Dolara

Le colpe dei medici

Carissimo Direttore, nel primo numero del nuovo anno di *Toscana Medica*, pp. 51-52, è opportunamente comparso un breve e incisivo articolo di Luigi Papi su: *La colpa grave per intervento eseguito in difetto di consenso informato*, nella rubrica di medicina legale sempre più attenta ai temi della responsabilità professionale. Si tratta di un ottimo commento alla decisione della *Corte dei Conti* la quale stabilisce, senza mezzi termini, il principio della ascrivibilità a *colpa grave* dell'omissione da parte del medico di adeguate informazioni al paziente (nella specie non edotto sulla tipologia dell'intervento), aggiungendo che per la sussistenza della particolare violazione non si richiede, come invece per gli errori diagnostico-terapeutici, una condotta gravemente abnorme e improvvida, ma è sufficiente la inottemperanza ad una regola deontologica da onorare quanto meno secondo uno *standard minimo* di diligente rispetto della libertà e della dignità della persona assistita. Ed è merito dell'Autore, l'aver colto l'implicito monito rivolto alla *categoria medica*, che non sembra ancora del tutto persuasa dell'inderogabilità di una armonia consensuale, di un accordo effettivo da ricercare senza *se* e senza *ma* e, poi, da documentare con la massima chiarezza. E così continuano ad affiorare riserve e furbizie che non giovano al prestigio professionale, in quanto espressive di una accezione dell'arte medica, intesa nella mera dimensione tecnica e non estesa alla *essenza relazionale*.

Del resto, mentre in sede penale si è aperta

una equilibrata riconsiderazione della vicenda informativo-consensuale, che emerge in tutta la sua valenza assoluta nel caso dell'inequivoco dissenso tanto più se culminato nell'esito infausto, sul fronte civilistico e amministrativo la mancata informazione e il difetto soprattutto documentativo del consenso, sono di per se stessi indicativi di *colpa grave*, della condizione cioè, necessaria e sufficiente (anche ex art. 47 della legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978), a coinvolgere il medico nella ripara-zione economica del danno biologico e morale, ivi compresa la eventuale perdita di *chances*.

In definitiva, la componente comportamentale è vieppiù determinante, al punto di estendere il problema della responsabilità medica dalla trattazione medico-legale a quella professionale al cui governo (ordinistico) è ormai confidata la costante ricerca di una nuova o ritrovata condivisione nei rapporti di cura, esageratamente definita *alleanza terapeutica*, da propiziare e garantire con appropriati strumenti di prevenzione, di formazione, di aggiornamento, di ritualità giurisdizionale, di buon governo disciplinare e sanzionatorio. D'altronde, il tema del c.d. *consenso informato*, liberato dal convenzionalismo retorico e burocratico, diviene essenziale in questo periodo di *lavori in corso* per una buona e giusta ridefinizione delle professioni sanitarie.

Mi è pertanto gradito darti atto ancora una volta del prezioso impegno in tal senso di "Toscana Medica".

Mauro Barni

Sovradiagnosi o sottodiagnosi?

Caro Direttore, attendevo con curiosità il documento elaborato a cura dell'Istituto Tumori Toscano (Toscana Medica n. 10 del 2011 pag. 23) per informare il paziente sulle cautele con cui va gestito il test del PSA nel generare sovradiagnosi, pur non "in grado di stabilire, oggi, quali tumori saranno pericolosi, e quali non daranno alcun disturbo".

È sufficiente tale premessa per capire quanto l'avvertenza difetti di concretezza:

- il maschio, in genere, è reticente ad aprirsi anche al minimo sospetto che la sua virilità possa essere messa in dubbio facendo confusione, per motivi culturali, tra virilità e sessualità;
- non tiene conto che il coinvolgimento personale alla decisione di fare un controllo col test del PSA non può riguardare la maggior parte dei pazienti che vuole il consiglio del medico di base o dello specialista;
- ipotizza che un soggetto maschio tanto reticente possa decidere della sua sorte in un contesto tanto problematico, quando un chirurgo di provata esperienza difficilmente interviene su un congiunto.

Il 4 aprile del 2002 fui sottoposto a prostatectomia per cancro, scoperto per caso dal gastroenterologo che mi seguiva per una rettocolite ulcerosa esplosa, probabilmente, per la fine molto sofferta di mia moglie. Ero in età a rischio, ma il medico di base non mi aveva prescritto, almeno per due anni di seguito, il controllo del PSA, né io lamentavo alcun disturbo correlato, peraltro non previsto.

Il mio tumore, sebbene di dimensioni contenute, era esterno ed aggressivo, condizionando l'intervento sia ai fini della eradicazione della neoplasia che della conservazione della funzione erettile. Inoltre, data la mia natura ansiosa, il contenimento dell'urina, senza il minimo problema a letto o seduto anche in situazioni estreme, era diventato critico in piedi per la paura di perdite, evitate con un controllo mentale continuo ed impegnativo da comportare una fastidiosa irritazione permanente

dell'uretra, questa responsabile di qualche perdita, ma soprattutto di ostacolare la ripresa della vita sessuale.

In conclusione, da una parte, abbiamo il fantasma della **sovradiagnosi** che "impallina" il PSA la cui sola colpa è di non essere specifico, mentre resta l'unico mezzo per fare prevenzione, ovviamente a condizione che la complessa filiera del tumore maschile sia dipanata al meglio delle nostre esperienze, dall'altra, situazioni concrete come la mia, in cui eccetto la validità tecnica dell'intervento, non c'è stato nessuno altro momento positivo compreso l'obbligo di fare la terapia antiandrogena da circa dieci anni, nell'ottica deformata di una visione incompleta, innaturale ed inaccettabile.

Cosa è possibile attendersi da una sanità la cui unica risorsa è l'eccezione, mentre il sistema naviga nel buio della superficialità?

Se io dovessi chiamare in causa un responsabile, questo è la **sottodiagnosi**, espressione di un atteggiamento mentale assolutamente inadeguato.

Delegato di Europa, Uomo per Firenze e Provincia mi sono esposto con interventi scritti e verbali per evitare agli altri quello che è accaduto a me, individuando le difficoltà a fare prevenzione ed i modi di aggirare l'ostacolo, tra cui il necessario coinvolgimento della compagna o del compagno in base al fatto che ogni patologia riguardante l'identità di genere è categoricamente problema della coppia e l'istituzionalizzazione del supporto psicologico, in quanto intervenire solo sull'aspetto fisico del problema è non risolverlo.

Sono a disposizione degli interessati al seguente e-mail: francescomariatesta@gmail.com.

Francesco Testa

Già Dirigente Tecnico del Monopolio di Stato
Esperto in problemi di qualità

Delegato di Europa Uomo (www.europauomo.it)

CORSI E SEMINARI

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA

XXV Corso Interattivo di Ecografia Internistica

Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) - **30 maggio - 3 giugno 2012**. Direttori: Marcello Carmani e Fabrizio Magnolfi. Serv. di Ecografia - Osp. di Arezzo (Tel. 0575/255208). Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento, caratterizzato dalla didattica interattiva, che comprende lezioni, discussione di casi clinici, sessioni videoquiz ed esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con l'ausilio di tutori. I principali argomenti: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone, eco-color-Doppler, ecografia con contrasto (CEUS), tecnica dell'esame, semeiotica e terminologia per la refertazione. Un ampio spazio viene dedicato all'ecografia in emergenza-urgenza, sia per quanto riguarda il paziente con dolore addominale acuto e con patologia toracica acuta, sia per quanto riguarda il paziente politraumatizzato. All'edizione 2011 sono stati attribuiti 22 crediti ECM. Info: Tel 0575. 380513/348. 7000999. E-mail: info@ultrasoundcongress.com - www.ultrasoundcongress.com.

Lettera dal fronte

Ho letto con profondo senso di condivisione l'editoriale del dottor Panti sul numero di gennaio di Toscana Medica e ho voluto dare il mio modesto apporto all'argomento ed inquadralo nella più ampia problematica della progressiva perdita di professionalità e partecipazione dei medici al governo della Sanità. Non voglio che questa lettera si risolva nella compassionevole lamentela di una categoria esclusa dal potere decisionale, voglio piuttosto evidenziare le conseguenze di questo progressivo processo di marginalizzazione (o *boarding*) dei medici in campo sanitario. La mancata partecipazione alle scelte di chi la sanità la vive e la fa quotidianamente, racchiude una grave conseguenza: la perdita di quella essenziale funzione di confronto e di verifica della realtà che dovrebbe essere alla base delle decisioni di governo, invece ormai affidate a opportunità politica o nella migliore delle ipotesi a manager gestionali, che dall'analisi di soli dati statistici ritengono di poter interpretare in modo esaustivo una realtà ben più complessa e variegata, nella quale la qualità e l'umanità soccombono sempre più alle esigenze economiche. La frustrazione di noi medici nel subire scelte che spesso ci appaiono inappropriate e che non condividiamo, è tanto profonda che abbiamo perso anche la volontà di contrastarle ed abbiamo smesso di comunicare incongruenze, criticità e disagi sia pur palesi. Succede così che si verifichi un sempre maggiore scollamento tra chi prende decisioni (dietro ad un tavolo) e chi le deve materialmente attuare (negli ambulatori e nelle corsie degli ospedali), perché manca confronto e comunicazione.

“Lettera dal fronte”, perché come già successo più volte in passato, in situazioni ben più drammatiche, se davvero si vuole conoscere la realtà, come sarebbe corretto e necessario prima di prendere decisioni, non si può prescindere dallo “scendere in campo” per ascoltare la voce di quelli che ogni giorno quella realtà la vivono. Per fortuna (nostra e dei pazienti) quelle direttive siamo ancora in grado di “interpretarle”, riuscendo con impegno e prodigazione a stemperare quelle incongruenze e colmare le lacune di un'organizzazione troppo spesso studiata solo al computer e slegata dalla sua realtà applicativa. Però anche questa nostra capacità interpretativa che permette alla sanità di andare avanti e con quel buon livello di cui può vantarsi, ha un prezzo che inevitabilmente paghiamo noi, medici di “prima linea”, dimenticati dai nostri capi ed interpretati come dati statistici in ore lavorative e prodotto economico finale, il “prezzo” è la penalizzazione per non aver raggiunto gli obiettivi che qualcuno, dalla sua scrivania ci ha attribuito, come ad esempio non aver dimesso nei tempi previsti

un paziente operato (mancata attinenza ai tempi di degenza medi per patologia) e poco importa al sistema di rilevazione dei dati se quel paziente non avesse avuto nessuno che lo accogliesse a casa o se il servizio di accoglienza sul territorio è saturo. La colpa è del medico: scheda personale con valutazione insufficiente e penalizzazione sul risultato! Ma andiamo avanti così, preferiamo essere penalizzati piuttosto che fare qualcosa che riteniamo deontologicamente e umanamente sbagliata, ma fa rabbia e non poca! Perché questa disposizione? C'era forse il dubbio che ci fosse lentezza nelle dimissioni per pigrizia dei medici? Se qualcuno ci ascoltasse sarebbe evidente che per accorciare la permanenza dei pazienti negli ospedali, non serve punire i medici, ma bisogna migliorare il sistema di accoglienza ed assistenza del territorio.

Questo discorso potrebbe portarci lontano e invece voglio tornare all'argomento affrontato dal dottor Panti, la “centralità del paziente nel sistema sanitario”. È una affermazione di sicuro effetto mediatico e politico, mettere il paziente su un piedistallo e far sì che tutti gli corrano intorno e sarebbe bello se fosse realizzabile, magari un malato per stanza e un'intera équipe a sua disposizione. Vediamo invece cosa succede in realtà, un medico che rincorre in un ospedale per intensità di cure 25 pazienti sparsi in 10 stanze su 4 piani diversi. E in queste condizioni potrete raccontare anche al paziente che è al centro del mondo, ma a lui risulta che ha visto il medico arrivare trafelato, che ha avuto pochi minuti per parlargli mentre gli squilava il telefono per correre da un'altra parte, da un altro paziente. Al di là delle affermazioni demagogiche il malato chiede di essere curato bene e chi lo cura sono i medici e se lo vogliamo curare bene dobbiamo mettere i medici in condizione di poterlo fare e per ottenere ciò bisogna rilevare le criticità del sistema, chiedendo la partecipazione degli operatori e renderli veramente partecipi.

Per fortuna qualcosa sta cambiando, abbiamo cominciato nell'Ospedale San Giovanni di Dio (più conosciuto come Torre Galli), abbiamo fatto il 17 ottobre un'assemblea generale dei medici, abbiamo raccolto problemi e proposte con l'intenzione di riaprire un dialogo, comunicare le problematiche, proporre soluzioni. Abbiamo redatto un documento che è stato sottoposto all'attenzione della Direzione aziendale ed abbiamo instaurato un promettente colloquio con il Direttore Sanitario. Speriamo che sia l'inizio di un cambiamento efficace e che anche ad altri livelli si possa ritenere cosa opportuna la collaborazione dei medici alle scelte in sanità.

Lorenzo Prezioso

Dirigente Medico Ortopedia - Ospedale San Giovanni di Dio - ASL Firenze

Ancora sull'aderenza alla terapia in psichiatria

Caro Direttore

in relazione all'articolo dal titolo "L'aderenza alla terapia in psichiatria. Un problema sempre importante" (Toscana Medica 1/2012 pag.6), vorremmo portare alla Vostra attenzione alcune considerazioni.

Il problema di strutturare una valida alleanza terapeutica con chi soffre di un disturbo psichiatrico non riguarda solo la cura della patologia psichica, riguarda anche, e molto, il mantenimento e la promozione della salute fisica dei medesimi pazienti.

Gli esiti di una alleanza terapeutica precaria o assente possono essere molto negativi per la malattia psichica (recidive, regressione, qualità della vita inaccettabile, abbandono, isolamento), ma altrettanto drammatici per la salute fisica dell'ammalato.

In letteratura i dati riguardanti un inaccettabile eccesso di mortalità dei pazienti psichiatrici rispetto alla popolazione generale sono molto numerosi, affidabili, riferiti a tutti i settings possibili di cura.

Evidenziano un problema che etica, deontologia e semplice buon senso impongono di non ignorare; un editoriale comparso sul British Journal of Psychiatry alla fine del 2011 a firma di Graham Thornicroft dal titolo "Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality" stima il gap di mortalità di 20 anni per gli uomini e di 15 per le donne nel confronto con la popolazione generale.

Il problema riguarda tutti i sistemi di Welfare avanzati.

Anche in Toscana, come rivelano una ricerca condotta negli anni 1987-02 ed un'altra in corso di pubblicazione (2000-06) i dati, riferiti alle patologie organiche intercorse e alla mortalità, confermano la rilevanza clinica di tale fenomeno.

Una parte significativa di questo eccesso di mortalità rientra nella *mortalità evitabile* attraverso una prevenzione che riduca i fattori di rischio e at-

traverso una cura che si configuri come una vera e propria *presa in carico* anche della salute fisica.

Riteniamo, quindi, che sia imprescindibile ampliare la discussione sull'aderenza al trattamento includendo il problema dell'eccesso di mortalità e della salvaguardia della salute fisica.

Ma un altro motivo rende utile riflettere su questo aspetto. Introdurre nel percorso di cura l'attenzione per il corpo costituisce un ulteriore canale comunicativo con il paziente potenzialmente vantaggioso per la stessa terapia del disagio psichico, e la promozione di una attenzione verso se stessi potrebbe rappresentare un embrione del prendersi cura di sé pure sul piano psichico.

D'altronde il miglioramento della patologia psichiatrica non si esaurisce solo con l'apporto farmacologico, essendo parte fondamentale del percorso in questione la creazione di un contesto ottimale di assistenza, relazionale e sociale.

In questa ottica il ruolo del medico di medicina generale potrebbe assumere una valenza di tipo strategico in vari modi nello stabilire l'alleanza terapeutica, in primo luogo perché rappresenta una figura conosciuta dal paziente e dal sistema famiglia capace di mantenere la continuità dell'attenzione al corpo e alle sue patologie e in secondo luogo perché rappresenta un modello consolidato di *dipendenza positiva*, assai più tollerato dai pazienti stessi.

Con questa nota vogliamo auspicare che lo spazio e la sensibilità manifestata sul tema dalla rivista possa rappresentare anche per il futuro uno stimolo per il dibattito nell'auspicio di rendersi promotrice di una sempre più fattiva collaborazione fra gli operatori dei Servizi ed il medico di medicina generale.

A nome del gruppo di ricerca

Prof. M. Ferrara

Dr. P. Rossi Prodi

e-mail: paolo.rossi_prodi@asf.toscana.it

CONVEGNI E CONGRESSI

II FLORENCE INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ADVANCES IN CARDIOMYOPATHIES

Il Congresso, organizzato dalla Università degli Studi di Firenze, dalla Fondazione A.R. Card. onlus e dalla Società Europea di Cardiologia, si terrà a Firenze nei giorni **26/28 settembre 2012** al Palazzo degli Affari, Piazza Adua 1, Firenze. La prima giornata sarà caratterizzata da 2 minicorsi, sulle proprietà meccaniche ed elettrofisiologiche e l'effetto delle mutazioni genetiche nei Cardiomiociti, oltre all'interpretazione dei diversi esami strumentali utili nella pratica clinica. Nel Simposio verranno approfonditi diagnosi, classificazione, analisi genetica, stratificazione del rischio e moderno trattamento delle differenti forme di cardiomiopatie ereditarie e non, oltre a miocarditi e pericarditi. Comitato Organizzatore: Franco Cecchi, Magdi Yacoub, Iacopo Olivotto, Robert Bonow. Segr. Org.va MCRconference: tel. 055.4364475, e-mail: info@cardiomyopathies2012.com. Il programma si trova su: www.cardiomyopathies2012.com.

Accabadora e la sacralità del femminile

Antonella Arras

Ananke Editore

Maria Antonella Arras, medico a Torino, coordinatrice della Commissione di bioetica di quell'Ordine, ha pubblicato per i tipi "Ananke" questo interessante studio su un fenomeno culturale sardo. Un fenomeno ancora parzialmente avvolto nel mistero, ma che, a uno sguardo antropologico, si rivela chiaramente come l'intreccio tra la cultura della miseria e della fatalità, antichissimo retaggio mitopoietico, e il tentativo di interrompere un decorso di fine vita troppo oppresso dal dolore e dalla sofferenza. Le Accabbadoras non commettono un geronticidio sacrale allo scopo di alleviare il carico delle bocche da sfamare (quante analogie con la splendida "leggenda di Narayama", una sintonia tra culture lontanissime, unite dalla miseria e dall'ingiustizia!), bensì intervengono a sollievo della sofferenza. Vi si leg-

ge in filigrana una lezione per la nostra sofisticatissima tecnologia medica che ancora, a differenza di Dedalo che inventò il malefico labirinto e il filo di Arianna per uscirne, non ha trovato la misura dei propri limiti. Nei reparti di cure palliative, nelle intensivologie, a domicilio, nessuno oggi compierebbe queste azioni dal significato primordiale, ma di fatto la scienza sembra incapace di capire quando è ora di ritrarsi per solo lenire o accompagnare. In questa archeologia del sapere sardo, che Arras sapientemente ci mostra con dovizia di erudizione e un gradevole apparato iconografico, balza agli occhi l'intreccio di tradizioni e credenze nate quando magia, religione e scienza ispiravano un'unica concezione popolare del mondo.

Antonio Panti

Le vite dei più eccellenti pittori

Giancarlo Del Pozzo

Passigli Editore

Giancarlo Del Pozzo, conosciuto come neuroradiologo e autore di importanti testi in questa disciplina, ha avuto un'idea particolarmente apprezzabile. In effetti ben pochi leggono le vite del Vasari, opera fondamentale per conoscere la pittura dei grandi secoli del massimo fiorire dell'arte in Toscana e in Italia e, insieme, per avere una conoscenza dal vivo dei costumi e della società di quei tempi.

Il Vasari scrive in una lingua toscana cinquecentesca, bellissima ma faticosa a leggere. Dal Pozzo ha deciso di trasportarla nella lingua dei tempi nostri e lo ha fatto con grande vivacità e accuratezza. Inoltre, altra ottima idea, ha corredato il testo con le immagini, assai ben riprodotte, delle opere che Vasari cita e descrive nel testo con grandissima vivacità e accuratezza. Così il libro diventa

una sorta di "visita guidata" da parte di uno dei massimi scrittori di arte di tutti i tempi a una galleria incredibile di capolavori inestimabili. L'editore Passigli ha curato assai bene la stampa e reso leggibile la ricchissima iconografia. L'opera si inserisce a pieno titolo nelle celebrazioni vasariane nel cinquecentesimo anno dalla nascita avvenuta in Arezzo nel 1511, in un modo forse inconsueto ma certamente assai significativo. Infatti si fa opera di divulgazione di un testo di grande interesse e attualità, che altrimenti resterebbe relegato a una ristretta cerchia di cultori della materia e invece così viene restituito alla leggibilità e alla fruizione di qualsiasi amante della pittura. Insomma un'opera degna di entrare nella libreria di ogni persona colta.

Antonio Panti

La narrazione psicoterapeutica

Gianfranco Manfreda

Franco Angeli Editore

Franco Angeli editore pubblica l'ultima fatica di Gianfranco Manfreda, dedicata a una complessa e articolata riflessione sulla psicoterapia, sulle sue possibilità terapeutiche, sull'uso del linguaggio e sul valore della personalità del terapeuta per il raggiungimento di risultati. Un testo che non vuol essere soltanto uno strumento didattico o di lavoro ma di stimolo perché ciascun lettore possa raggiungere una

maggior consapevolezza del lavoro di psicoterapeuta. A questo scopo Manfreda ricorre ad artifici narrativi e retorici che aggiungono fascino e interesse al libro. Ogni professionista deve essere capace interprete di se stesso e dell'altro, creatore di relazioni positive. Un testo interessante anche per i non specialisti.

Bruno Rimoldi

Condannati a dieta. Divertirsi, godersi la vita e mangiar bene

Sara Ciastellardi

Ed. Accademia Vis Vitalis

Il senso di questo agile e piacevolissimo libretto sta tutto nel sottotitolo: si può pensare alla salute anche mangiando bene ed in modo corretto, senza necessariamente pensare ad una condanna. Parola di

nutrizionista che ci offre più di uno spunto per imparare qualcosa di nuovo e salutare al momento di sederci a tavola. Davvero piacevole.

Simone Pancani

C'è chi dice no

Chiara Lalli

Edizioni Il Saggiatore

Il Saggiatore pubblica quest'ultimo, importante testo di Chiara Lalli, che affronta, in forma di narrazione di eventi concreti, uno dei temi più controversi nell'attuale dibattito sul diritto di coscienza inteso come rivendicazione di autonomia di fronte all'imposizione di leggi in contrasto con i propri ideali religiosi o filosofici. Un tema grande di libertà che, tuttavia, nella confusione ideologica del nostro costume, mostra i suoi lati peggiori di prevaricazione verso gli altri (che hanno gli stessi diritti ma spesso sono più deboli per difenderli) e di malinteso prevalere di una coscienza apparentemente adamantina che, in concreto, nasconde una sorta di

volontà di disimpegno rispetto ai compiti sociali cui la professione liberamente scelta dovrebbe pacificamente obbligarci. Ora non dico di ricreare i fasti dei primi cristiani che pagavano la loro disubbidienza civile coll'esporsi alle fiere nel Circo, tuttavia è bello obiettare al calduccio ribaltando sugli altri l'onere della testimonianza. Vedremo mai un mondo più giusto? L'autrice non sembra molto ottimista ma, nel tempo, qualcosa cambia e, forse, un giorno i pesanti condizionamenti ideologici che gravano sulla professione medica saranno mitigati. Libri come questo ci costringono a riflettere.

Simone Pancani

Nevrosi cardiaca - infarto - atopia. Mastociti, emicrania, ischemie. Una rivoluzione frenata

Giovanni Femino

Stamperia editoriale Parenti

Due titoli che sembrano la presentazione di due dizionari. E per certi versi la ripartizione dei capitoli segue un po' la nomenclatura di un'opera di questo genere.

In realtà l'autore entra in profondità nei soggetti, basandosi sui risultati di studi attendibili e internazionali. Per esempio, a proposito delle cellule dell'immunità egli sostiene: "Si va sviluppando un crescente interesse per vie alternative che riconoscono alla base di alcune cardiopatie meccanismi di tipo strettamente immunologico. Appare lecito considerare con attenzione la rilevanza di questi fattori nella patogenesi del danno cardiaco in patologia umana, anche ai fini di possibili implicazioni terapeutiche".

Ancora: "Fra le cause dell'infiammazione, [Femino

indica] soprattutto i cibi che posseggono capacità antigenica e/o istamino-liberatrice in grado di agire su un terreno predisposto. Ma altre possono essere le cause, o le concause, della cardiopatia ischemica: tutti le conosciamo. Si tratta dello sforzo, del freddo, degli stati emotivi, del fumo. E si dà il caso che tutte siano in grado di dar luogo alla degranolazione del mastocita".

Parallelismi, coinvolgimenti del lettore, scientificità: questa triade possiamo dire è la chiave di lettura di queste due opere dello stesso autore che, pur non essendo recentissime, per le caratteristiche sopra citate possono essere lette come piacevolissimi testi di autorevole divulgazione medica.

Bruno Rimoldi



Riforma delle pensioni ENPAM

L'ENPAM ha approvato la riforma delle pensioni che garantisce una sostenibilità a oltre 50 anni del suo sistema previdenziale. La cassa dei medici e degli odontoiatri è il primo ente previdenziale privatizzato a mettersi in regola con i nuovi requisiti introdotti dal decreto "Salva Italia". La riforma verrà consegnata ai Ministeri vigilanti che dovranno esprimere il loro nulla osta. "La riforma garantisce adeguatezza delle prestazioni e l'equità nei confronti delle generazioni che verranno - ha detto il Vice Presidente Vicario dell'ENPAM, Alberto Olivetti -. Ci proponiamo adesso ai Mi-

nisteri, convinti che sapranno riconoscere la bontà del lavoro fatto". Questi i criteri seguiti negli interventi di riordino approvati. Rispetto del pro rata: la parte di pensione maturata fino al 31/12/2012 verrà calcolata con i vecchi criteri; non verrà toccato quanto assegnato prima del 2013 (contributi ordinari, aliquota modulare, riscatti della laurea, allineamento, etc); la valutazione della tenuta del sistema su un unico bilancio tecnico della Fondazione. Si è tenuto conto del saldo corrente (che include anche i proventi del patrimonio). Per i fondi maggiori il metodo di calcolo della pensione resta

il contributivo indiretto, un sistema che considera un periodo di riferimento per il computo del reddito pensionabile pari all'intera vita lavorativa, sempre nella previsione di aliquote di rendimento che garantiscano l'equità attuariale e la sostenibilità finanziaria del sistema. Un secondo vantaggio è che la rivalutazione è agganciata all'inflazione (che notoriamente è sempre in crescita) invece che al PIL, che può avere anche un andamento prossimo allo zero (come accaduto nel 2011) o addirittura negativo (come previsto per il 2012). Maggiori dettagli su www.enpam.it.



Documento dell'Ordine di Firenze sugli aspetti deontologici della certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze ha preso in esame, nella seduta del 26/03/2012, il quesito proposto dalla D.ssa Carla Bondi, coordinatore delle attività consultoriali della ASL 10 di Firenze.

Il quesito è il seguente:

“Chiedo alla S.V. se il medico obiettore, presente nei consultori, possa esimersi dal rilasciare, ai sensi della normativa vigente, i documenti previsti dalla suddetta Legge (n. 194/78)”.

Il quesito verte sulla corretta applicazione del diritto all'obiezione di coscienza alla interruzione volontaria della gravidanza, come riconosciuto e tutelato dall'art. 9 della Legge 22/05/1978 n. 194.

L'art. 9 così recita:

“Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette all'interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecede-

dente e conseguente all'intervento.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervenuto è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente”.

L'art. 5 della stessa legge così recita:

“Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza

della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza.

Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciato ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate”.

È da chiarire se il medico che ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'art. 9, possa legittimamente rifiutarsi di fornire alle donne che accedono al consultorio le attività di informazione, consulenza e assistenza previste dall'art. 5 e di rilasciare il documento previsto dal comma 4 dello stesso articolo.

I commentatori hanno un orientamento non univoco e risolutivo sulla questione. Da un lato si riconosce che la legge 194/78 prevede l'uso autorizzativo di un documento di per sé ricognitivo sullo stato di gestazione della donna e sulla sua volontà di interromperla e quindi derivando da questo l'atto interruttivo, dall'altro ci si sofferma sul terzo comma dell'articolo 9 che prevede per il medico obiettore *“l'esonero per le procedure e atti-*

vità specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza" non potendosi logicamente ricomprendere tra queste il documento in oggetto.

Dal canto suo la giurisprudenza ad oggi nota appare orientata nel ritenere non rifiutabili, da parte del medico obiettore, le attività sopra descritte. In tal senso si esprime il TAR Puglia con sentenza n. 3477/2010 nella quale si afferma "che anche il medico obiettore legittimamente inserito nella struttura del consultorio è comunque tenuto all'espletamento di quelle attività istruttorie e consultive, come ad esempio il rilascio del documento attestante lo stato di gravidanza di cui all'art. 5".

Non potendo né volendo entrare nel merito dell'interpretazione giuridica delle norme e delle eventuali sanzioni di natura penale, civile o amministrativa in cui potrebbe incor-

rere il medico che rifiuti l'esecuzione di una prestazione, tuttavia, dal punto di vista deontologico, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze afferma quanto segue:

- ogni medico ha il dovere deontologico ed etico di farsi carico delle necessità assistenziali dei cittadini e non può rifiutare il suo intervento laddove richiesto. Pertanto il medico non può esimersi dal fornire alle donne che accedono al consultorio le attività di informazione, consulenza e assistenza previste dall'art. 5 comma 1 della Legge n. 194/1978;

- l'obiezione di coscienza prevista dall'art. 9 della Legge n. 194/1978 è un diritto legalmente riconosciuto dal cui esercizio non può conseguire alcun atto discriminatorio;

- nel bilanciamento dei diritti del medico all'obiezione di coscienza e della donna all'interruzione della gravidanza, l'affermazione di uno non

può comportare il sacrificio dell'altro. Pertanto il medico, nella sua posizione di garanzia nei confronti dei pazienti, deve evitare che l'esercizio del suo diritto si traduca nella negazione del pari diritto delle donne ad accedere a quanto disposto dalla Legge 194/78 nei servizi pubblici sanitari. A tale scopo il medico, sia specialista consultoriale sia medico di fiducia, non può che accettare i provvedimenti adottati dalla ASL, finalizzati ad assicurare alle donne la fruizione del loro diritto e, comunque, dare idonea informazione alle donne ai sensi dell'art. 6 comma 2 e dell'art. 22 del vigente Codice Deontologico;

- l'Ordine considera ogni eventuale comportamento opportunistico in siffatta delicatissima materia, nella quale la donna è il soggetto meritevole della tutela prevista dall'articolo 3 della Costituzione, quale grave infrazione disciplinare.

Ieri, oggi e domani della professione

Nei giorni scorsi, all'Ordine dei Medici di Firenze, si sono svolte due importanti e sentite cerimonie: domenica scorsa la consegna dell'onorificenza ai colleghi che hanno compiuto il 50° anniversario della laurea; il giorno successivo il giuramento professionale dei nuovi iscritti agli Albi. Fra l'una e l'altra celebrazione è intercorso solo un giorno, ma idealmente è stato un

giorno che ha collegato in sé la grande esperienza professionale e di vita dei medici con una lunga, vasta e apprezzata "anzianità" di servizio, con la prospettiva di futuro umano e professionale dei giovani laureati, che si affacciano adesso alla professione. Quasi, quindi, un "passaggio del testimone" che da una generazione all'altra riafferma e riconferma la fedeltà dei medici ai propri

grandi valori etici e deontologici, che da sempre ispirano e continueranno a ispirare l'esercizio della medicina. L'Ordine, quindi, ringrazia tutti i colleghi, quelli "di lungo corso" e i "novizi" per la loro nutrita e appassionata partecipazione alle due cerimonie e augura a tutti le migliori prospettive per il loro futuro, delle loro famiglie e dell'intera categoria medica.



Hanno ritirato la medaglia:

Baccini Clementina; Baldacci Luciano; Baquis Giulio; Barresi Mario; Bartoletti Luigi; Berni Giancarlo; Biddau Adolfo; Bieber Giorgio; Borghi Maria Chiara; Calabri Giuseppe; Chiavacci Giancarlo; Colonna Maria Teresa; Contini Paolo; Corradi Franco; Cortesini Camillo; Cotrozzi Giorgio; Curiel Piero; De Magistris Luciano; De Rubertis Roberto; Di Maria Michele Maria; Feci Alberto; Ferrari Paolo; Gabbrielli Gianfranco; Gatteschi Guido; Giacomelli Giorgio; Giovannucci Maria Luisa; Kull Gianni Maria; Ledda Fabrizio; Leoni Vittorio Bruno; Lo Russo Domenico; Lodi Paola Maria; Luconi Renato; Maltoni Giancarlo; Manneschi Piero Antonio; Mariani Luigi; Marrazza Orazio; Masciadri Ornella; Masotti Giulio; Menestrina Fabrizio; Michelagnoli Gilberto; Montagnani Gigliola; Monti Giuseppe; Olivetto Massimo; Panti Antonio; Paradisi Franco; Parenti Gianfranco; Parrini Felice; Pelagotti Lido; Pellegrini Luciano; Petroni Alessandro; Piccini Piero; Princi Paolo; Randelli Piero; Simondi Paolo; Spinelli Paolo; Tomarchio Carmelo; Urbano Pasquale; Zaccarello Luciano; Zammarchi Enrico.



Elezioni FNOMCeO

Grande successo della squadra di Amedeo Bianco alle elezioni che hanno segnato il rinnovamento del Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, della Commissione Albo Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti per il triennio 2012-2014. Oltre a Bian-

co, gli altri componenti del Comitato Centrale - che entro otto giorni si riunirà per definire le cariche - saranno: Maurizio Benato, Giuseppe Augello, Hussein Awad, Sergio Bovega, Luigi Conte, Nicolino D'Autilia, Raimondo Ibba, Antonino Maglia, Guido Marinoni, Gianluigi Spata, Roberto Stella, Bruno Zuccarelli. Per la

Commissione Albo Odontoiatri sono risultati invece eletti Giuseppe Renzo, Alessandro Zovi, Raffaele Iandolo, Sandro Sanvenero, che entreranno a far parte del Comitato Centrale, e Giacinto Valerio Brucoli. Revisori dei Conti saranno Ezio Casale, Salvatore Onorati e Francesco Alberti, supplente Antonino Avolio.

Vietati i certificati di malattia "a posteriori"

Un Ordine dei Medici ha sanzionato un medico con un mese di sospensione per aver rilasciato un certificato di malattia attestante le patologie sofferte in giorni precedenti, come riferite dal paziente, senza alcun accertamento clinico. L'Ordine ha ritenuto violato l'art. 24 del Codice Deontologico perché il medico ha agito con superficialità, rilasciando una certificazione diversa da quella autorizzata dalla normativa, nonostante fosse ragionevolmente chiaro il fine del paziente di giustificare le assenze dal lavoro di giorni precedenti. Il me-

dico sanzionato ha fatto ricorso prima alla Commissione Centrale presso il Ministero della Salute e poi anche alla Corte di Cassazione. Ma ha sempre avuto torto. La Suprema Corte ha ricordato che il Codice Deontologico richiede scrupolo e diligenza nella redazione di certificati medici, per cui sono logicamente vietati gli attestati che, come nella specie, hanno la parvenza di certificati - anche se non certificano nulla - e che, proprio perché provengono da un medico, si prestano ad ingenerare il dubbio che l'assenza sia giustificata da una malattia ac-

certata. Inoltre, ha concluso la Corte, non è nemmeno ipotizzabile un cosiddetto certificato "anamnestico", perché questo tipo di certificato ha senso per la ricognizione di precedenti stati patologici riferiti dal paziente al fine di pervenire ad una diagnosi attuale delle patologie in atto. Ma non c'entra nulla con il voler giustificare l'assenza dal lavoro. In definitiva il paziente non può pretendere dal medico certificati di malattia "a posteriori" e il medico non deve prestarsi alle richieste di certificati compiacenti.

Un approfondimento sul documento "Il medico di medicina generale e il farmaco: interazione fra medico, paziente e autorità regolatoria"

Farmaci. L'Aifa dedica una sezione del sito alla medicina generale

Il recente documento AIFA e Medicina Generale sul farmaco e la prescrizione cerca di trovare un punto di incontro fra le necessità e i bisogni dei pazienti con specifico riferimento al ruolo del medico di medicina generale in una prospettiva non settoriale e di comparto ma di sistema.

Vuole / vorrebbe porsi come strumento di confronto a livello sia centrale che regionale e di ASL sulle dinamiche prescrittive nel difficile processo di "prendersi cura" di una persona malata, con particolare attenzione alle comorbidità, agli anziani, alle donne.

Fra i temi sviluppati da segnalare quello dell'aderenza alla terapia, un obiettivo centrale per molte patologie di pazienti (quelli con cd cronici) da perseguire in ogni modo con la collaborazione di altro personale soprattutto infermieristico e con supporti e avvisi informatici da mettere a disposizione dei medici di medicina generale.

È stato anche tentato di mantenere un equilibrio non facile, date le ampie zone grigie che si presentano ai medici di medicina generale, sia sulle opportunità di gestione "economica del bene farmaco" sia sulla prescrizione basate sulle evidenze scientifiche, enfatizzando sempre il rapporto con il malato.

Il Documento non può senz'altro essere esaustivo dei problemi pratici che insistono "nel fare una ricetta nel

contesto di un progetto di cura" ma certamente rappresenta una buona "base" per discutere con gli altri "portatori di interesse", a livello centrale e periferico, in modo uniforme, con una piattaforma comune e comunque autorevole.

Abbiamo capitoli di estremo interesse anche per i medici di medicina generale del prossimo futuro.

Ad esempio il tema delle comorbidità e delle fragilità associato alle interazioni farmacologiche; il tema della ricerca, degli studi di fase IV e della osservazione costante dell'impatto su pazienti "reali" del rapporto beneficio / danno e della farmacovigilanza.

Argomenti che ancora oggi sono probabilmente residuali nel corso degli studi ma che grande rilevanza hanno nella pratica professionale e nel rispetto del malato.

Il Documento è un punto di partenza - almeno così tutti auspichiamo - fra l'Agenzia e i medici di medicina generale, non tanto per argomentare su norme e leggi quanto per aprire un "spazio clinico reale" di discussione non solo sul "numero di scatolette e i relativi costi" quanto sulla volontà di confrontarsi sugli esiti di salute prodotti.

La medicina generale di oggi e anche quella dei prossimi anni, ha grandi potenzialità nel produrre ricerca sul campo, nel verificare / studiare / analizzare / progettare i profili assi-

stenziali delle popolazioni valutati nelle tre dimensioni (farmaceutica, ricoveri, specialistica).

La medicina generale può, se supportata in una visione di integrazione, produrre conoscenza reale sul problema della trasferibilità delle conoscenze dalle sperimentazioni alla pratica clinica che rappresenta, a mio modo di vedere, il settore chiave in cui la medicina generale può e deve esercitare un ruolo chiave di ricerca e di autonomia culturale.

Per tutto questo mi sento di ringraziare tutti coloro che hanno contribuito a questa "fatica".

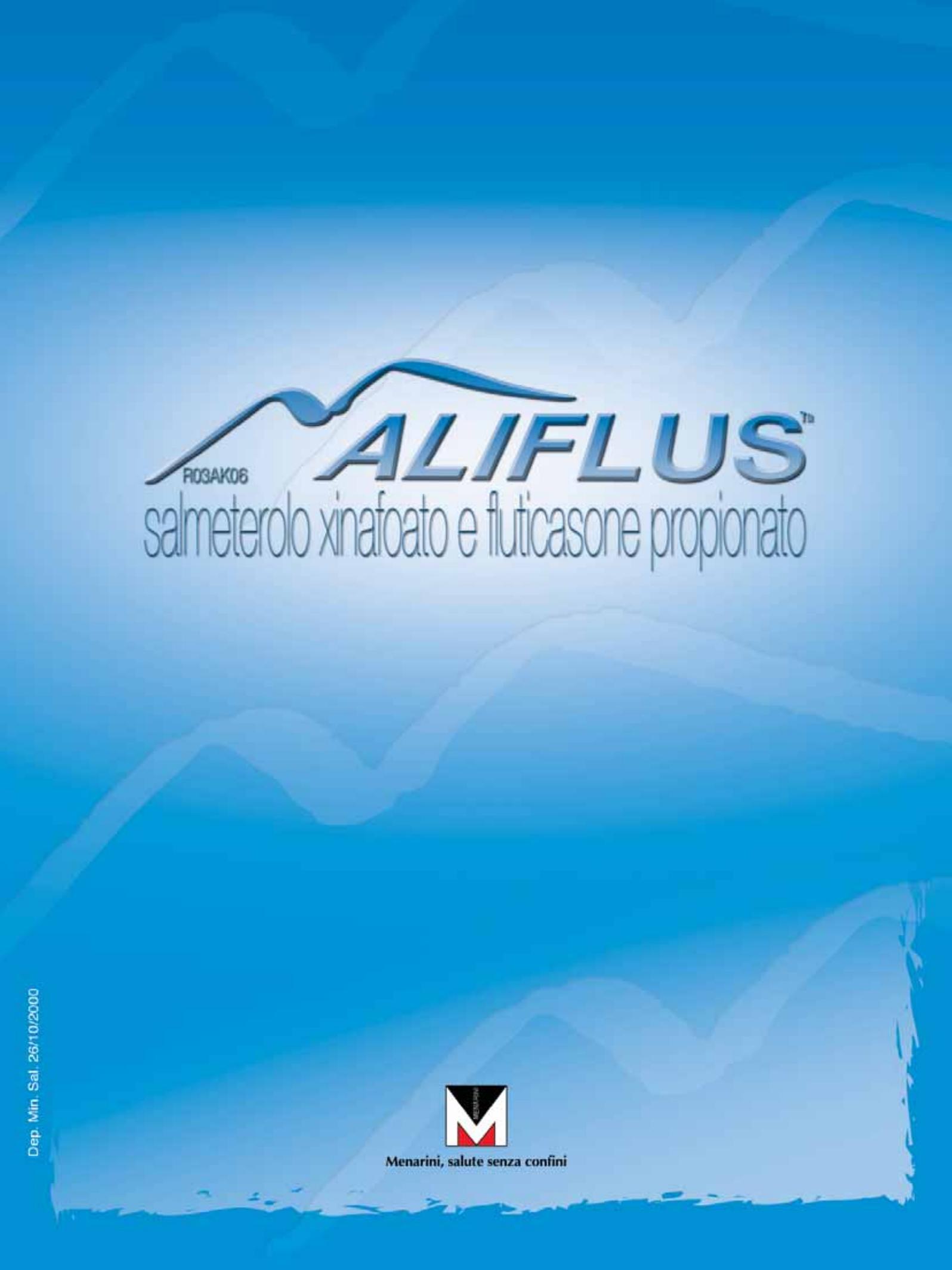
Saffi Giustini

Medico di medicina generale - SIMG area farmaco - Consulente regione Toscana e AIFA

Estensori del documento

Componenti "Gruppo di Lavoro Valutazione dell'uso dei farmaci nelle cure primarie": Prof. Luca Pani (*Direttore Generale AIFA*); Prof. Guido Rasi (*Direttore Esecutivo EMA*); Dott. Paolo Daniele Siviero (*Presidente GdL*); Dott. Walter Marrocco (*Coordinatore GdL*); Prof. Mario Eandi; Dott. Pietro Folino Gallo; Dott. Carlo Tomino; Dott.ssa Annalisa Sammarco (*Segreteria Scientifica GdL*).

Con la collaborazione di alcuni rappresentanti della Medicina Generale: Dott. Marco Cambielli; Dott. Saffi Ettore Giustini; Dott. Roberto Venesia.



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

Manfredo Fanfani

La riforma sanitaria del Granducato di Toscana



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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista