



ToscanaMedica

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



Le maculopatie
Percorsi integrati nell'ambito
dei modelli assistenziali della cronicità

T. Corona, M. Dal Maso, U. Menchini,
A. Romani, P. Salvadori, M. Ucci, G. Virgili

Il problema
dell'aderenza terapeutica

G. Collecchia

Autismo: quali risposte?

A. Monti

Violenza domestica
e medici di medicina generale

V. Carluccio, C. Bono, L. Caldini

N° 5 MAGGIO 2014



Priligy[®]
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013





Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
Jackson Pollock, *The Water Bull*, 1946
olio su tela
Stedelijk Museum, Amsterdam
© Jackson Pollock, by SIAE 2014

Anno XXXII n. 5 - Maggio 2014

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

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

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2014 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Lo sguardo di Pollock a Michelangelo
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 Chirurgia intima femminile
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Le maculopatie
T. Corona, M. Dal Maso, U. Menchini,
A. Romani, P. Salvadori, M. Ucci, G. Virgili
- 11 La maculopatia retinica, una cronicità in aumento
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 12 Violenza domestica e medici di medicina generale
V. Carluccio, C. Bono, L. Caldini
- 15 La mortalità nei bambini e adolescenti toscani
E. Chellini, A. Martini
- 17 Monna Tessa a Careggi
A. Ringressi
- 19 Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)
M. Varese, E. Cerrai, F. Balestracci, R. Musetti, M. Paternò
- 20 Autismo: quali risposte?
A. Monti
- 24 Il banco salta!
A. Panti
- 25 Il problema dell'aderenza terapeutica
G. Collecchia
- 27 Giornata della tiroide
G. Basili, R. Andreini, D. Pietrasanta, F. Mariotti,
F. Filidei, M. Costagli, G. Biondi
- 37 La Rete delle Cure Palliative nella Regione Toscana
E. Sinisgalli, A. Ajello, D. Matarrese

REGIONE TOSCANA

- 29 La Rete regionale dei Centri di Senologia
- 32 Protocollo Operativo IVG Farmacologica
Consiglio Sanitario Regionale

RICERCA E CLINICA

- 38 L'artroscopia d'anca
C. Carulli, M. Innocenti

L'INFORMATICA BIOMEDICA

- 40 L'Informatica Biomedica
M.R. Guelfi, M. Masoni, A. Panti, G. Gensini

FRAMMENTI DI STORIA

- 42 Quando i "Consulti Medici" non venivano scambiati per e-mail...
A. Fabbrizzi
- 44 "Storia di un cappottino" - "Gli incerti del mestiere"
A. Fusi

ALIMENTAZIONE E TUMORI

- 45 I tumori della mammella
G. Masala, D. Palli

SANITÀ NEL MONDO

- 46 Quando Coca Cola sale in cattedra
G. Maciocco

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 48 La forchetta di Caterina De' Medici
M. Fanfani

LETTERE AL DIRETTORE

- 52 Il medico necroscopo e la verifica della morte apparente ai tempi dell'Evidence Based Medicine
D. Talini, A. Baldasseroni
- 53 Riflessioni sul codice deontologico
S. Lassi, D. Mugnaini
- 54 La via Toscana al Rischio Clinico
R. Tartaglia

56 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

58 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

28 PRONTO DOTTORE?

47 BACHECA

55 LETTI PER VOI

61 CONVENZIONI



FEDERICO NAPOLI

Lo sguardo di Pollock a Michelangelo

In una Firenze attualmente pervasa da mostre che testimoniano la stagione artistica della prima metà del Cinquecento – Pontormo e Rosso a Palazzo Strozzi, “Il carro della Zecca” di Pontormo a Palazzo Vecchio, Baccio Bandinelli al Bargello, oltre alla mostra “Ri-conoscere Michelangelo” all’Accademia – ecco arrivare *Jackson Pollock la figura della furia*, che nell’intenzione degli organizzatori dovrebbe essere ricca di spunti michelangioli.

Jackson Pollock è un’artista statunitense nato nel 1912, cresciuto nella difficile crisi agricola degli Anni ‘20, interessato alla letteratura indiana e alla simbologia dell’arte messicana, affascinato dalle grandi dimensioni del continente americano, morto infine nel 1956: già celebre in vita, oggi è fra gli artisti maggiormente quotati nelle aste internazionali.

I curatori della mostra – Francesca Campana Comparini

Jackson Pollock, Senza titolo, 1937-1939, matite colorate e grafite su carta
The Metropolitan Museum of Art, New York
© Jackson Pollock, by SIAE 2014

e Sergio Risaliti – rapidamente documentano l’arco di tempo dal 1936 ai primi Anni ‘50 partendo da alcuni disegni dell’artista, frutto di meditazioni (in effetti, di copiatura) su taluni corpi dipinti di Michelangelo (Cappella Sistina: soffitto e Giudizio Universale) e realizzati lavorando certamente su fotografie, come avviene in qualunque corso di disegno: nel 1937, Pollock ha appena finito di frequentare lo studio di Thomas Benton.

Sono spunti formali preferiti ad altri per le accentuate dinamiche dei corpi; a questi, con il passaggio di un paio di incisioni a punta secca del 1944 e di altrettante serigrafie del 1951, si giunge ad alcuni olii su masonite ove è ancora distinguibile lo spunto oggettivo iniziale e, infine, ad altrettante composizioni ormai decisamente entrate nel campo dell’astrazione.

Qui, per quanto apparentemente le forme paiono sfaldarsi nelle tante pennellate (forte l’influenza picassiana), in realtà viene recuperato dall’autore il senso dell’unità generale, raccordandole tutte all’intera superficie del quadro che, in tal modo, costituisce una ricostruita, dilatata forma compiuta, ove pittura e spazio, ma anche lo stesso autore, divengono un’unica entità.

La mostra è ospitata nella Sala della Cancelleria e in quella dei Gigli di Palazzo Vecchio (Quartieri monumentali); il Palazzo, per altro, ospita “Il Genio della Vittoria” scultura di Michelangelo del 1532-34 collocato nel Salone dei Cinquecento: difficile rintracciare nei disegni di Pollock e nelle successive tele dipinte la volitività qui espressa da Michelangelo, il suo significato politico, l’allusività, la certezza della forma in quanto tale, vista come fulcro del mondo.

Né in Michelangelo è riscontrabile il senso del provvisorio proprio di Pollock o l’atteggiamento mentale di quest’ultimo basato sul contingente e l’effimero; diversa fra i due è l’incisività dell’arte sul tessuto sociale. Nell’artista statunitense manca, inoltre, il viscerale senso di religiosità del Buonarroti.

Restano, invece, l’aggressività, la comune forte personalità, il segno creativo deciso, il ribollire delle passioni, il senso di vivere un tempo di crisi, la radicalità del gesto creativo, l’insofferenza per l’*establishment* sociale.

Nell’Oratorio musicale di Sant’Apollinare nel complesso di San Firenze, l’esposizione trova il suo più spettacolare epilogo grazie a proiezioni e filmati che danno l’idea di un Pollock contemporaneo, più vero rispetto alla figura dell’artista accostata a Michelangelo sul piano estetico.

Per coloro che non avessero mai avuto l’occasione di vedere opere dell’artista statunitense, la mostra fiorentina è una contenuta opportunità; è, inoltre, possibile effettuare una riflessione sulla personalità e fama di Michelangelo capace di valicare l’Oceano.

Questo, forse, anche per la sua intraprendenza e capacità di essere creatore della propria fortuna, aspetto vicino al carattere e alla cultura statunitense.

Jackson Pollock la figura della furia
Palazzo Vecchio e Complesso di San Firenze
fino al 27 luglio 2014

ANTONIO PANTI

Chirurgia intima femminile

Tale è il tema di un corso, accreditato ECM, il cui sottotitolo recita: *"Salute e ringiovanimento, funzione ed estetica"*. Tra i vari relatori uno si occuperà di "designer vagina". Una volta represso l'inevitabile sorriso adolescenziale, l'annuncio fa riflettere e scaturiscono alcune considerazioni.

Giorgio Cosmacini ha ben sintetizzato le diverse definizioni di medicina: "la medicina è una prassi (un'arte) che si avvale di scienze e opera in un mondo di valori", cioè una pragmatica che adatta ai singoli casi le conoscenze ottenute con il metodo della scienza all'interno dei valori del rispetto dell'autodeterminazione del cittadino e dell'equità distributiva. Ma quale ne è l'oggetto? Indicare lo scopo di un'azione è indispensabile per orientarsi eticamente. Che sia volta all'individuo o alla collettività, la medicina ha per fine l'aiuto agli uomini per affrontare la sofferenza e si fonda sulla relazione col paziente nel tentativo di interrompere con mezzi artificiali il decorso naturale della malattia. Il medico persegue la salute non come bene assoluto ma come la massima autonomia e benessere conseguibili in quelle circostanze.

Tutto ciò fa parte della categoria concettuale dei bisogni, quali ne siano i determinanti individuali e sociali e i rischi personali o ambientali. Fin dai tempi più antichi però gli uomini (più spesso le donne) si sono rivolte al medico, e non solo al mago o alla fattucchiera, per realizzare i propri desideri di maggior prestazione fisica o potenza sessuale o semplicemente di un corpo più avvenente o per aver sensi più acuti e miglior intelligenza delle cose. Oggi la tecnologia offre soluzioni sempre più sofisticate e concrete per potenziare e superare i limiti psicofisici della biologia umana. Oggi si parla di trans-umanesimo e la medicina non considera più marginale la risposta ai desideri; diventa costitutivo dell'agire medico superare il limite della terapia dei mali per diventare "nemica dell'invecchiamento e della morte" come scriveva l'Hastings Report nel 1997. Ma le richieste eccessive, talora irrealistiche, poste alla medicina moderna, non rischiano di distogliere dai veri obbiettivi di salute?

È chiaro che la chirurgia intima femminile può riguardare situazioni francamente patologiche fino alla dismorfofobia. Ma come non chiedere al designer vaginale di modificare, secondo i propri gusti o desideri, un aspetto del tutto normale, ma insoddisfacente per il soggetto sul piano estetico o per come intende utilizzare il proprio corpo? La legge esenta gli interventi medici dall'IVA purché abbiano scopo terapeutico altrimenti l'Iva è dovuta al 22%. Riuscirà il designer vaginale a decidere come fatturare la prestazione?

Emerge in tutta la sua evidenza uno dei grandi problemi della medicina moderna, quello di definirne i limiti. Per quanto la deontologia sia tutta volta alla relazione umana e alla risposta scientifica, ai bisogni dell'uomo nella malattia, ormai ai medici si richiedono prestazioni che superano questi confini. La contraccezione farmacologica o quella meccanica (interventi abituali ma quasi sempre non terapeutici) sono appannaggio del medico e chi inserisse un IUD senza essere medico commetterebbe esercizio abusivo della professione. Altresì considereremmo poco decoroso, oltre che illecito per il medico, vendere profilattici, pur essendo anche questo un metodo contraccettivo.

Il limite della medicina è la mera competenza del medico oppure i suoi atti debbono essere leciti sul piano deontologico, socialmente accettabili e scientificamente corretti? L'atto medico può esser definito come ogni prestazione agita nell'ambito della deontologia e nei limiti della scienza? Altresì i limiti della Medicina sono socialmente determinati e rientrano in una misura antropologica. I valori di riferimento sono sempre quelli ippocratici dell'efficacia e della sicurezza del paziente oltre a quelli più moderni dell'autonomia del cittadino e della giustizia.

Un valore è anche la coscienza del medico e la possibilità di rifiutare prestazioni che contrastino con il proprio convincimento morale. Tuttavia pensare che siano i medici a decidere i limiti della Medicina è una forma di autoreferenzialità che si scontra con la realtà delle cose.

TM

TIBERIO CORONA¹, MAURIZIO DAL MASO², UGO MENCHINI³,
ANDREA ROMANI⁴, PIERO SALVADORI⁵, MARIO UCCI⁶, GIANNI VIRGILI⁷

Le maculopatie

Percorsi integrati nell'ambito dei modelli assistenziali della cronicità

TOSCANA MEDICA – *La maculopatia retinica può oggi essere utilmente considerata all'interno dei modelli assistenziali della cronicità a beneficio principalmente del paziente e poi della sostenibilità dell'intero sistema sanitario. Iniziamo spiegando cosa è la maculopatia retinica e come la si diagnostica.*

MENCHINI – Si tratta di una malattia, ereditaria o acquisita, della macula cioè di quella parte della retina deputata alla visione distinta (lettura, visione da lontano), responsabile di un abbassamento della vista che può essere anche molto importante.

In primo luogo è molto importante distinguere tra maculopatia e degenerazione maculare: nel primo caso si tratta di alterazioni retiniche evidenziabili con adeguati esami strumentali che però garantiscono una visione più che soddisfacente, nel secondo caso la funzione visiva invece inizia gradualmente a peggiorare.

La situazione più diffusa, per la quale sono oggi disponibili delle nuove opzioni terapeutiche, è rappresentata dalla degenerazione maculare legata all'età, la cosiddetta ARMD dall'acronimo in lingua inglese "Age Related Macular Degeneration". La ARMD comprende due forme, quella atrofica e quella essudativa o neovascolare. Per il primo caso, nel quale la retina progressivamente si atrofizza perdendo quindi la propria funzionalità, esistono al momento poche o nulle possibilità di cura, al contrario di quanto avviene nella forma essudativa per la quale sono disponibili trattamenti specifici oltre ad un certo grado di attività preventiva soprattutto nelle classi di età più avanzate.

TOSCANA MEDICA – *Allora parlando di prevenzione, come si può sospettare la malattia, questione che interessa soprattutto i medici di medicina generale, generalmente primi riferimenti per gli assistiti?*

VIRGILI – La diagnosi delle forme cosiddette non ancora umide, molto comuni e non legate ad alterazioni della vista, è per lo più occasionale durante controlli di routine. Il riscontro di queste alterazioni retiniche costituisce però un marker di rischio per il potenziale, successivo sviluppo di forme più gravi. Il paziente deve pertanto essere istruito a riconoscere i

segni ed i sintomi causati da questo peggioramento clinico, quali ad esempio la comparsa di una macchia al centro della visione oppure la deformazione delle immagini, riportandoli con cura al proprio medico. Tra l'altro è importante sottolineare che in molti casi di riduzione del visus solo in un occhio la diagnosi può essere tardiva, visto che il paziente non si accorge della situazione fino a quando anche l'altro occhio viene interessato dalla malattia.

TOSCANA MEDICA – *Quale è il decorso clinico di queste malattie?*

VIRGILI – Anche se si tratta di condizioni ad andamento cronico, i primi mesi sono di fondamentale importanza nel senso che per lo più la maggiore riduzione del visus si osserva proprio in questo periodo nel quale maggiori sono le possibilità di cura.

TOSCANA MEDICA – *Quale è l'epidemiologia di queste condizioni?*

VIRGILI – Per quanto riguarda la forma avanzata (essudativa) in Toscana si stimano circa 1400 nuovi casi all'anno con un'età media all'esordio di 75 anni. Ad oggi nella nostra Regione i malati sono circa 15.000 che ai gradi maggiori di compromissione del visus incontrano grosse difficoltà nella lettura, nel riconoscimento dei volti, in molte attività della vita quotidiana come digitare un numero di telefono o infilare una chiave nella serratura. Queste persone anche in caso di riduzione marcata del visus riescono generalmente a rimanere autosufficienti quando si trovano all'interno delle proprie abitazioni, incontrando ovviamente enormi problemi quando escono all'esterno se la maculopatia non è curata.

I costi della malattia sono legati sia allo stato di invalidità dei pazienti che all'impegno demandato a coloro che li devono assistere: essendo il numero degli anziani sempre più alto si capisce bene come si tratti di cifre assai significative.

DAL MASO – Seppur con tutte le variabili prima ricordate, alcune cifre legate alla gestione dell'ipovisione credo possano rappresentare un buon indicatore del funzionamento dei diversi sistemi sanitari ed un altrettanto valido spunto di riflessio-



Tiberio Corona



Maurizio Dal Maso



Ugo Menchini

¹ Coordinatore della Commissione Farmacologica dell'Area Vasta Pisana

² Direttore Sanitario della Asl 1 di Massa Carrara

³ Ordinario di Clinica Oculistica, Università degli Studi di Firenze



Andrea Romani

ne: un ipovedente in un anno "costa" 7.186 dollari in Australia, 11.000 in Europa, 13.000 in Canada, 14.000 in Giappone e ben 25.000 negli USA. Ovviamente assai più difficilmente quantificabili sono i costi legati indirettamente alla malattia, per quanto riguarda il paziente e le persone che lo assistono.

Le nuove opzioni terapeutiche di cui oggi disponiamo possono essere utilmente impiegate all'interno di un processo di cura complessivo e di ottimizzazione delle risorse disponibili.

UCCI – Oggi appare di grande attualità il vecchio aforisma secondo il quale "la salute non ha prezzo ma ha un costo"! Le scelte terapeutiche in ogni caso dovrebbero essere quanto più possibile appropriate cercando, pur con tutte le ristrettezze oggi ben conosciute, di offrire ai malati lo standard di cura migliore possibile.

Questo aspetto diviene molto importante soprattutto nella gestione della cronicità nella quale il territorio si fa economicamente carico delle prescrizioni consigliate *una tantum* dagli specialisti. Onestamente questo non è poi così vero nel caso delle maculopatie che per lo più rimangono appannaggio quasi esclusivamente specialistico.

TOSCANA MEDICA – *Sempre rimanendo all'interno del modello assistenziale del Chronic Care Model quali possono essere gli interventi preventivi da attuare soprattutto a livello di medicina generale?*

MENCHINI – La prevenzione passa essenzialmente attraverso il controllo periodico della retina, anche se in questo modo non sempre si riescono a raccogliere sufficienti elementi per valutare l'eventuale, futura insorgenza della degenerazione maculare. L'uso dei farmaci antiossidanti e vitamine ha una efficacia limitata ad alcune categorie a maggior rischio, riducendo le probabilità di insorgenza della malattia di circa il 25%. Sono attualmente allo studio nuovi farmaci per migliorare l'efficacia della prevenzione. Studi non più recentissimi hanno dimostrato che la comparsa della malattia nel secondo occhio si realizza nel 30% dei casi dopo 5 anni dall'affezione nel primo, con un incremento significativo legato all'età.

Esistono dei test genetici che possono quantificare la probabilità di un individuo di andare incontro alla malattia ma in fondo servono a ben poco, visto che comunque una terapia veramente efficace ancora oggi non esiste.

Credo pertanto sia estremamente utile sottolineare l'importanza del sintomo principale che può fare sospettare un problema maculare, cioè la comparsa della visione distorta che spesso viene riconosciuta in ritardo visto che l'occhio sano riesce anche per lunghi periodi di tempo a compensare il problema di quello malato. Ovviamente le cose cambiano quando si ammala anche il secondo occhio perché il paziente è già ben sensibilizzato e

consapevole dei potenziali segni di allarme. Non dimentichiamo inoltre che le terapie oggi disponibili appaiono tanto più efficaci quanto prima vengono iniziate.

TOSCANA MEDICA – *È quindi necessario sensibilizzare soprattutto i medici di famiglia oppure possono essere ipotizzati anche interventi a livello di popolazione?*

MENCHINI – Credo che la sensibilizzazione di quante più persone possibile sia di fondamentale importanza, visto che indagini condotte qualche anno fa hanno dimostrato una scarsissima conoscenza della degenerazione maculare a livello di popolazione. È poi ovvio che anche i medici di base e gli specialisti si debbano occupare di prevenzione, inviando i pazienti ai Centri di riferimento al più presto possibile per evitare che la malattia progredisca lasciando al livello retinico cicatrici inevitabilmente più invalidanti. A livello territoriale appare molto importante l'attività di follow-up dei malati, soprattutto per la prevenzione delle frequenti recidive legate al progredire dell'età.

TOSCANA MEDICA – *Alla luce di tutte le considerazioni fino ad ora espresse, è possibile creare anche per la patologia maculare un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale al pari dei modelli della cronicità applicati ad esempio al diabete o allo scompenso di cuore?*

ROMANI – Stiamo parlando di una patologia ad andamento cronico, multifattoriale e a gestione multispecialistica che necessariamente richiede la creazione di un'efficiente rete di intervento territoriale. Nella realtà dove lavoro abbiamo istituito un modello di intervento coordinato, gestito dall'ospedale provinciale, che coordina l'attività delle altre strutture ospedaliere e distrettuali presenti sul territorio della nostra Asl. La prevenzione si svolge sia a livello di popolazione che di medici di base e di specialisti ambulatoriali, ai quali è demandato anche il follow-up dei pazienti inviati e trattati presso l'ospedale provinciale.

In questa maniera siamo riusciti a non sovraccaricare il Centro di riferimento che può quindi dedicarsi in tempi brevi alla gestione dell'acuzie, diagnosi precoce e rapido inizio della terapia con tutti i benefici prima ricordati.

SALVADORI – In Toscana la situazione è certamente migliore di molte altre realtà, visto che già da tempo è attivo il Chronic Care Model (CCM) per la gestione della cronicità e che l'organizzazione territoriale può oggi disporre di strutture quali le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) o le Case della Salute.

Per quanto riguarda l'attuazione di attività di screening specifici per la maculopatia retinica, non



Piero Salvadori



Mario Ucci



Gianni Virgili

⁴ Direttore UO di Oculistica, Asl di Arezzo;

⁵ Direttore UOC Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali, AUSL di Empoli

⁶ Medico di medicina generale a Firenze

⁷ Direttore SODC Oftalmologia per la Continuità Ospedale Territorio, AOU Careggi di Firenze.

esistono al momento evidenze scientificamente conclusive, visto anche il numero relativamente limitato di pazienti. Certo qualcosa si può fare, come ad esempio usare la telemedicina per collegare i retinografi attivi sul territorio ai Centri di riferimento, oppure agire all'interno dell'attività del CCM per quanto riguarda il diabete che notoriamente provoca gravi problematiche proprio a livello retinico.

UCCI – Anche se il modello di assistenza ai malati cronici rappresenta senza dubbio un grosso vantaggio della Toscana, bisogna però riconoscere che l'attuale coinvolgimento dei medici in questa attività (fermo ad uno sconcertante 40%) non sembra per il momento avere centrato in pieno l'obiettivo. L'organizzazione prima descritta attuata nella Asl di Arezzo rappresenta senza dubbio un ottimo esempio considerato anche che i costi della cronicità potrebbero in un futuro nemmeno tanto lontano fare letteralmente saltare la sostenibilità di molti sistemi sanitari. Credo pertanto sia necessario attuare tutti quegli interventi che utilmente possano aumentare l'interesse e la sensibilità dei medici verso queste problematiche.

TOSCANA MEDICA – *Prima dell'avvento delle nuove opzioni terapeutiche, come si curava la maculopatia retinica?*

MENCHINI – Quando ho cominciato la mia carriera, semplicemente non si curava, si cercava di confortare il paziente e si prescrivevano terapie empiriche di scarsa o nessuna efficacia. Poi con l'avvento dei laser le cose sono cambiate ed il fenomeno della neoangiogenesi a livello retinico iniziò a venire trattato con questa metodica. Dopo un po' di tempo ci si accorse però che la terapia laser poteva essere impiegata solo nel 20% dei casi e risultava

davvero efficace solo nella metà di questi pazienti, con percentuali di successo limitate quindi al 10%.

In seguito grandi speranze di cura furono affidate alla terapia fotodinamica che agiva sui vasi neoformati con meccanismi specifici, anche se la novità veramente importante fu rappresentata dall'avvento dei farmaci inibenti il Vascular Endothelial Growing Factor (VEGF) che, iniettati per via intravitreale, rappresentano ad oggi il miglior standard di cure disponibile.

Bisogna però riconoscere che neppure quest'ultima opzione provoca la scomparsa definitiva della malattia, anche se i dati della Letteratura parlano di oltre il 90% dei soggetti trattati che dopo qualche anno dal trattamento mantengono invariato il visus iniziale.

TOSCANA MEDICA – *Illustriamo i farmaci oggi disponibili e le loro caratteristiche.*

VIRGILI – Iniziamo dai farmaci antiangiogenici, cioè gli inibitori della crescita vascolare al di sotto della retina responsabile delle forme essudative. In questo gruppo rientrano alcune molecole: pegabtanib (la prima registrata), ranibizumab ed aflibercept, mentre bevacizumab è stato utilizzato come farmaco off-label in questa ed altre patologie. I farmaci registrati hanno costo elevato ed il loro utilizzo è inserito in un percorso in cui attività di ricerca e di pratica clinica vengono condizionati anche da fattori diversi dalla sola efficacia terapeutica.

La ricerca recente è stata volta ad approfondire la relativa efficacia di questi farmaci, mentre la valutazione della sicurezza è stata inevitabilmente sorretta da minori evidenze. Di conseguenza, i costi ridotti con i farmaci off-label continuano a causare un acceso dibattito sulla opportunità del loro alter-



Fotografia a colori del fondo con lesione fibrotica per AMD neovascolare evoluta.

nativo utilizzo in rapporto alle prove scientifiche ed alla normativa disponibile.

MENCHINI – Anche in questo caso i trials della Letteratura non sempre trovano corrispondenza nella pratica clinica quotidiana. La mia esperienza si basa ad esempio su un approccio di cura basato su tre iniezioni intravitreali ad un mese di distanza una dall'altra seguite da uno specifico controllo clinico-strumentale. Se il risultato non è quello sperato, si ripete nuovamente il trattamento. Ovviamente, visto il numero relativamente elevato di pazienti da trattare, appare piuttosto complesso organizzare sia le procedure che i successivi controlli alle scadenze necessarie e secondo gli schemi preordinati. Ancora una volta si dimostra pertanto molto importante la presenza di una rete territoriale che si occupi della diagnostica e dei controlli e che sia di reale supporto all'attività dei Centri di riferimento.

Se infatti trattiamo un soggetto e poi non riusciamo a garantirgli il successivo follow-up manchiamo sia nei suoi confronti che economicamente verso il sistema.

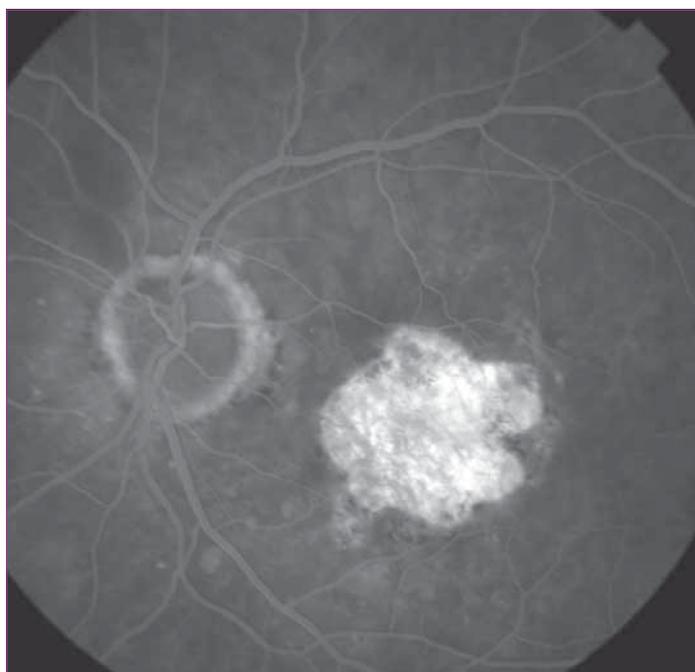
Ad oggi sappiamo che lo schema terapeutico che ho descritto ottiene risultati diversi nei pazienti. Alcuni, circa il 40%, rispondono bene alla prima fase ed hanno scarsa tendenza alle recidive. Altri rispondono meno al trattamento e vanno costantemente seguiti. Altri ancora, i cosiddetti "non responders", fortunatamente pochi, non hanno benefici dalla cura. Il problema maggiore è che non siamo ancora in grado di identificarli a priori. Sono stati pertanto proposti anche altri schemi di terapia allo scopo di permettere un buon controllo evolutivo della situazione prima di decidere se e quando ripetere il trattamento. Per questo voglio ancora una volta sottolineare l'importanza della rete di assistenza territoriale.

TOSCANA MEDICA – *Questi processi di cura appaiono ad oggi sostenibili all'interno dei nostri sistemi sanitari?*

DAL MASO – Non credo si possa rispondere in maniera veramente esauriente a questa domanda. Siamo infatti di fronte ad una malattia ad andamento cronico, presente in un numero non particolarmente elevato di soggetti, caratterizzata da una risposta terapeutica estremamente variabile e da schemi di cura ancora non esattamente codificati e condivisi. In questo campo credo pertanto si debba ricorrere ad una certa flessibilità sia di tipo tecnico-professionale sia organizzativa, fatta salva l'importanza della collaborazione, già più volte ricordata, tra ospedale e territorio.

ROMANI – È assolutamente indispensabile che il paziente venga accompagnato con competenza e sensibilità attraverso il percorso di diagnosi, cura e riabilitazione, preparandolo anche a confrontarsi con un possibile fallimento della terapia. La maculopatia causa problemi alla visione ma non rende ciechi ed oggi sono molte le innovazioni tecnologiche che possono permettere a questi malati una vita socialmente attiva, come per esempio le potenzialità offerte dall'informatica o i televisori di ultima generazione.

SALVADORI – L'integrazione tra ospedale e territorio finisce inevitabilmente per ripercuotersi anche sulla questione dei costi degli interventi intrapresi. Nella mia azienda per esempio è aumentato del 16% il consumo complessivo dei farmaci biologici, gli stessi che hanno rappresentato ben il 90% della spesa complessiva imputata alla nostra UO di Oculistica.



Fluoroangiografia con quadro di atrofia geografica maculare.

UCCI – Un errore dei medici negli ultimi decenni è stato quello di parcellizzare le malattie creando, anche in uno stesso paziente, tanti cartellini nosologici ognuno bisognoso di una peculiare terapia. Anche all'interno del Chronic Care Model questo rischio non è stato eliminato del tutto per cui parlare del "percorso diabete" o del "percorso ipertensione arteriosa" appare certamente riduttivo.

Questo aspetto si lega inscindibilmente alla questione della responsabilità civile dei medici ed agli enormi costi ad essa legati. Non dimentichiamo infatti che, anche se "protetti" dentro un modello quale il CCM, molte volte le scelte sia diagnostiche che terapeutiche dei medici sono purtroppo per lo più di tipo cautelativo.

TOSCANA MEDICA – Dottor Corona, quali sono i rapporti costo-beneficio e costo-efficacia dei nuovi farmaci impiegati contro la maculopatia retinica e quindi, in ultima analisi, quale è la loro sostenibilità complessiva?

CORONA – In primo luogo bisogna ricordare che anche per quanto riguarda la maculopatia retinica appare ovviamente abbastanza facile quantificare il costo di una determinata terapia, senza però potere valutare con esattezza il suo impatto complessivo a livello delle popolazioni dei pazienti. Ovviamente queste nuove molecole hanno fatto impennare i costi imputati alle UO di Oculistica, storicamente da sempre piuttosto morigerate per quanto riguarda la spesa farmaceutica.

Come concetto di base ricordo, a garanzia di medici, pazienti ed aziende sanitarie, che si devono

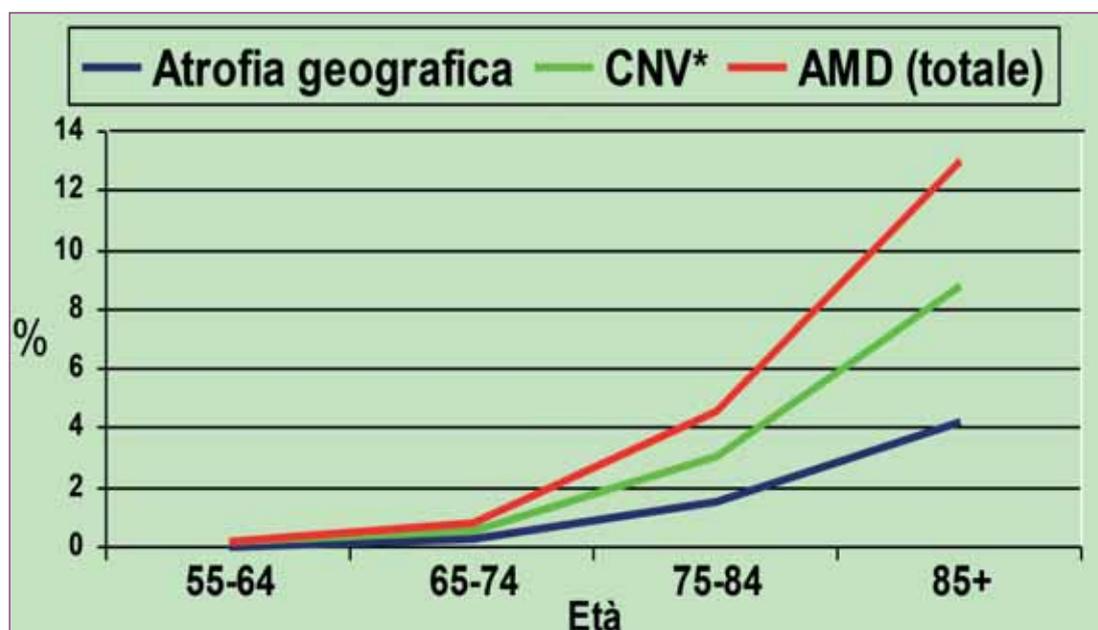
sempre impiegare farmaci regolarmente registrati e non molecole off label modificate per essere impiegate in campi per i quali non erano state concepite.

Dopo Bevacizumab sono comparsi sul mercato altri due prodotti, Pegabtanib e Ranibizumab, l'unico impiegato nella nostra Area Vasta. Ranibizumab, costoso farmaco di fascia H a rimborsabilità condizionata, grazie alla negoziazione dell'AIFA nel giro di poco tempo ha visto ridurre di circa il 40% il proprio prezzo. Il suo impiego è soggetto a monitoraggio tramite il Registro AIFA al fine di ridurre al minimo il rischio di inappropriata prescrizione.

Tra l'altro dopo un certo periodo di utilizzo, se non sono stati raggiunti i risultati clinici attesi, lo specialista interrompe la terapia e la Asl può chiedere il rimborso delle cifre impiegate per l'acquisto del farmaco con appositi meccanismi di compensazione.

Nel campo del quale stiamo parlando si è poi aggiunta un'altra molecola, Aflibercept, per la quale al momento in Italia è stata autorizzata l'immissione in commercio ma non trattata la rimborsabilità, rimanendo pertanto il suo prezzo stabilito solo ed esclusivamente dal produttore¹. Comunque per adesso alla Commissione Terapeutica di Area Vasta Pisana non è ancora arrivata nessuna richiesta di impiego di quest'ultimo prodotto.

TOSCANA MEDICA – Dopo le recenti vicende che hanno visto coinvolti i produttori di due di queste molecole, appare lecito chiedersi se le indagini di postmarketing di un qualsiasi farmaco debbano essere affidate al servizio pubblico oppure ai trials condotti esclusivamente dalle aziende produttrici.



Prevalenza della AMD tardiva del tipo atrofia geografica, neovascolare (*CNV) o totale in fasce d'età crescenti.

¹ NdR: nel tempo intercorso tra la realizzazione del Forum e la redazione di questo testo il farmaco aflibercept ha ricevuto la rimborsabilità in Italia.

CORONA – Onestamente non ho una risposta per questa domanda. Mi limito a descrivere quello che succede nella nostra realtà. Ad oggi non disponiamo delle risorse (e forse anche della giusta mentalità!) per seguire un farmaco nel tempo. Per lo più ci fermiamo quindi ai trials di registrazione, monitorando magari anche correttamente in seguito la spesa, senza però calcolare nel tempo i cosiddetti indicatori di esito, quelli cioè che realmente fotografano la reale efficacia di una molecola.

ROMANI – Fatta salva la ovvia considerazione che qualsiasi tipo di verifica ha un costo ed in questo caso parliamo di cifre veramente imponenti, credo però che il servizio pubblico dovrebbe proprio farsi carico di questa attività, verificando con attenzione percorsi, modalità di erogazione del prodotto e risultati a distanza delle terapie; è fondamentale il controllo dell'appropriatezza diagnostica e prescrittiva.

ANTONIO PANTI

La maculopatia retinica, una cronicità in aumento

Affrontiamo in questo numero della rivista un tema meno consueto, la degenerazione maculare, una malattia che, nella sua forma acquisita essudativa, mostra un continuo incremento perché legata all'età anziana e oggi il numero degli over 70 è sempre più elevato. In realtà esistono due forme di malattia, quella atrofica e quella essudativa, ma solo quest'ultima può essere trattata con successo. L'incidenza nella nostra Regione è di circa 1500 casi per anno, il che porta a una prevalenza di circa 25.000 casi. Un numero ragguardevole, che incide sui costi della sanità a causa sia del prezzo elevato dei farmaci sia dell'impegno dei familiari di fronte a situazioni che possono portare a una quasi totale cecità.

Gli anziani che possono avere una piccola macchia retinica si presume siano circa 100.000 nella sola Toscana. Un numero notevole che impone una particolare attenzione al medico curante e allo specialista di fronte al più lieve disturbo visivo perché, se si inizia la terapia entro le prime settimane di malattia, si possono ottenere risultati durevoli nel mantenimento della vista, che altrimenti non è più suscettibile di cura. Si tratta insomma di una forma cronica che, come tale, può essere opportunamente inserita nel modello assistenziale della nostra regione.

Altresì questa attenzione dei medici, in mancanza di uno *screening* accettabile, è importante perché quando la vista si deteriora fino alla quasi cecità, il paziente non è più autonomo e necessita di aiuti di ogni tipo compreso spesso il supporto psicologico. Non vi è dubbio che le nuove terapie, per quanto costose, diminuiscono l'impegno sociale, oltre che svolgere una funzione importante sul piano umano; è particolarmente penoso perdere la capacità visiva nell'epoca dell'immagine

trionfante. In conclusione, una malattia poco prevedibile, legata all'età, e curabile solo se conosciuta per tempo. Anche le nuove terapie agiscono solo nei primissimi tempi della malattia. Per cui è importante sensibilizzare la popolazione e i medici di famiglia a ricorrere allo specialista alla comparsa dei primi disturbi visivi.

Come sempre accade nelle forme croniche, è essenziale che la rete territoriale sia ben connessa con i centri specialistici di primo livello e questi con i centri di riferimento di area vasta, anche per garantire ai pazienti un percorso rapido, l'unico che consenta speranze di successo. Speranze abbastanza recenti, nate dopo l'introduzione nella pratica clinica dei farmaci biologici che agiscono frenando l'angiogenesi retinica. Le molecole di cui si dispone sono almeno quattro, ma di queste solo una possiede oggi le opportune dimostrazioni di efficacia. Il vero problema è che la mutevolezza della casistica fa sì che non esista un protocollo unico che consenta una valutazione e una previsione esatta degli oneri per la sanità. Inoltre il target possibile è limitato e non è facile spiegare a chi sta perdendo la vista che non c'è nulla da fare.

Comunque i risultati ci sono e il possibile pagamento "by result" e la tenuta del registro AIFA consentono in qualche modo un monitoraggio dei costi. Certamente il servizio pubblico, magari insieme alle aziende produttrici, dovrebbe farsi carico di studi di outcome la cui mancanza è il vero tallone di Achille della valutazione del rapporto tra costi e efficacia. La tecnologia moderna dei lettori informatici consente di aumentare la grandezza dei caratteri e quindi di aumentare la possibilità di lettura o di visione delle immagini. Ma se un farmaco evita di perdere la vista, il prezzo deve essere commisurato sui vantaggi umani. **TM**

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

VALERIA CARLUCCIO, CHIARA BONO¹, LUCIA CALDINI²

Violenza domestica e medici di medicina generale



Valeria Carluccio, laureata a Firenze nel 2009. Ha frequentato il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale dal 2010 al 2013. Attualmente svolge attività di Continuità Assistenziale presso la Asl 10 di Firenze.

Quando si parla di *violenza domestica*, ci si riferisce a una complessa realtà che attraversa il mondo delle relazioni uomo-donna nella famiglia, in una società frutto di secoli di disuguaglianze e di gerarchizzazione dei ruoli familiari e dei rapporti tra i due sessi, basata su possesso, dominio e controllo. Nell'ambito di tale complessità la violenza domestica rappresenta un "problema sanitario di portata globale, che ha gravi conseguenze fisiche e psichiche sulla vita di donne di ogni cultura, razza, Paese e stato sociale" (OMS), e spesso il medico, nell'esercizio delle sue funzioni, si trova a farvi fronte.

Allo scopo di valutare l'entità di questo fenomeno tra le donne residenti nell'area urbana fiorentina, e l'opinione dei medici sul ruolo della medicina generale e sulla presenza o meno di strumenti adeguati per gestire la violenza domestica nel proprio ambulatorio, abbiamo deciso di sviluppare due questionari anonimi somministrati da luglio a ottobre 2013 a 216 donne afferenti agli ambulatori di Firenze centro, Firenze Sud e Sesto Fiorentino, e a 80 medici di medicina generale degli stessi ambulatori e medici tutor del Corso di Formazione Specifica in medicina generale.

Il questionario consegnato alle pazienti è costituito da 14 domande che riguardano l'aver subito o meno violenza domestica nel corso della vita, da parte di chi, e le conseguenze relative al proprio stato di salute, valutando anche l'assunzione di psicofarmaci in relazione alla violenza subita. Abbiamo voluto, inoltre, valutare il rapporto medico-paziente chiedendo alle donne vittime di violenza domestica e a quelle che non hanno subito violenza se ne hanno parlato o ne parlerebbero col proprio medico di fiducia. Questo aspetto, infatti, è poco indagato nei vari studi effettuati sulla violenza domestica.

I risultati mostrano che la prevalenza della violenza domestica nel corso della vita è del 15% e l'autore della violenza è nel 39% dei casi il marito/convivente o un familiare. Per il 79% delle donne, la violenza subita ha peggiorato in modo significativo il proprio stato di salute con la perdita di autostima e fiducia nel prossimo (22%), seguita dalla comparsa di ansia (19%), disturbi del sonno (18%), depressione (12%), difficoltà di concentrazione (9%), idee di suicidio o autolesioniste (8%), dolori ricorrenti (6%), difficoltà a gestire i figli (6%). Nella maggior parte dei casi le donne riferiscono la comparsa di più stati patologici presenti contemporaneamente per i quali hanno dovuto ricorrere all'utilizzo di farmaci per ansia e/o insonnia (45%); questa percentuale è dimezzata (27%) tra le donne che non hanno mai subito violenza. Infine il 61% delle donne che ha subito violenza domestica non ne ha parlato col proprio medico perché il medico di medicina generale non ha mai posto domande dirette e specifiche. Quelle che hanno deciso di confidarsi hanno nella grande maggioranza dei casi ricevuto informazioni utili su come gestire la situazione, su centri anti-violenza, ma anche aiuto e comprensione.

Dalle risposte ai questionari somministrati ai medici di medicina generale emerge invece la scarsa consapevolezza di quanto sia diffusa la violenza domestica, e l'erronea convinzione che i dati statistici pubblicati dall'Istat nel 2006 (circa 15% delle donne italiane sono state vittime di violenza domestica) non rispecchino la realtà della popolazione femminile afferente ai propri ambulatori. Nonostante questo, il 78% dei medici ritiene che sia compito anche del medico di medicina generale affrontare il problema. A questo proposito va sottolineato che i medici di sesso femminile si sono



Figura 1

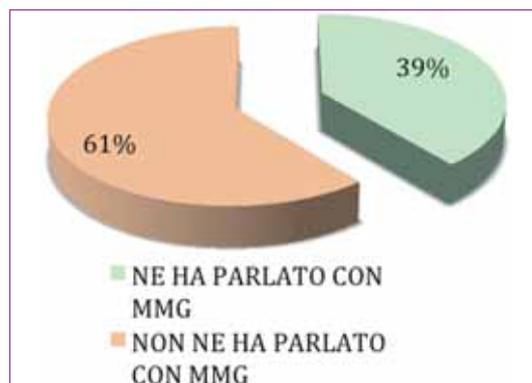


Figura 2

¹ Medico di Continuità Assistenziale, Asl 10 Firenze.

² Medico di medicina generale, Firenze, Animatore di Formazione, Regione Toscana

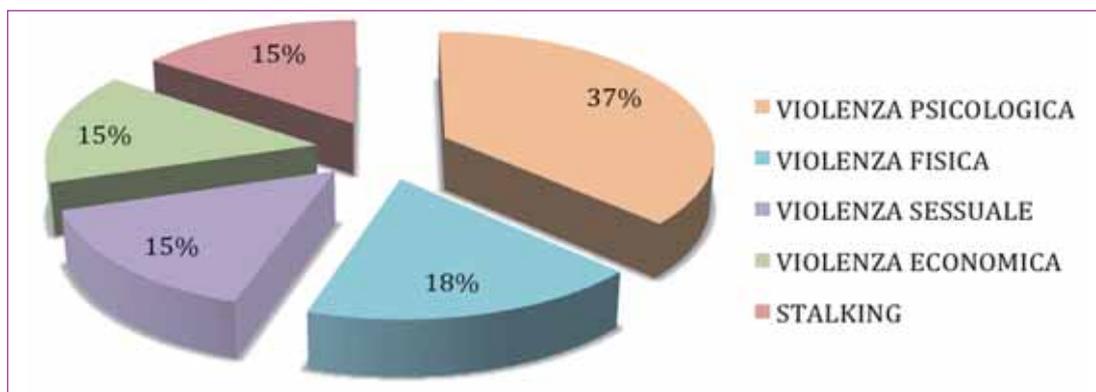


Figura 3

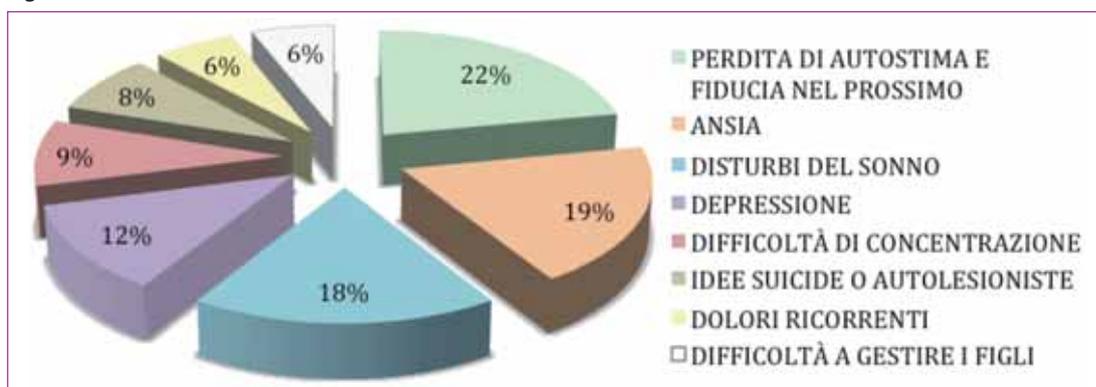


Figura 4

mostrati più sensibili all'argomento.

Il 75% degli intervistati ha avuto esperienza diretta di pazienti vittime di violenza, ma i casi registrati in cartella clinica risultano essere meno della metà. Infine secondo il parere dei medici di medicina generale le principali difficoltà nell'affrontare e far emergere la violenza domestica sono date nell'ordine: dall'atteggiamento non collaborante della paziente (35%), dalla presenza di una terza persona durante il colloquio (25%), dal tempo insufficiente (24%), e dalla mancanza di un luogo tranquillo (13%). Abbiamo infine chiesto ai medici se pensavano di essere stati d'aiuto nei casi di violenza di cui avevano avuto esperienza: il 38% ha trovato difficoltà nel gestire le pazienti e fornire loro informazioni utili sui comportamenti da adottare; lo strumento principale che ritengono necessario per migliorare le proprie conoscenze e competenze è la formazione tramite corsi d'ag-

giornamento specifici.

L'analisi condotta tra i medici di medicina generale ha permesso di concludere che nonostante per molto tempo il tema della violenza domestica sia stato oscurato e non trattato, il medico spesso si trova a doverlo affrontare e per farlo è necessario che abbia la formazione e gli strumenti adeguati che gli permettano di assistere al meglio le pazienti vittime di violenza e di adempiere consapevolmente agli obblighi di legge cui è soggetto. **TM**

Info: valeriacarluccio@gmail.com

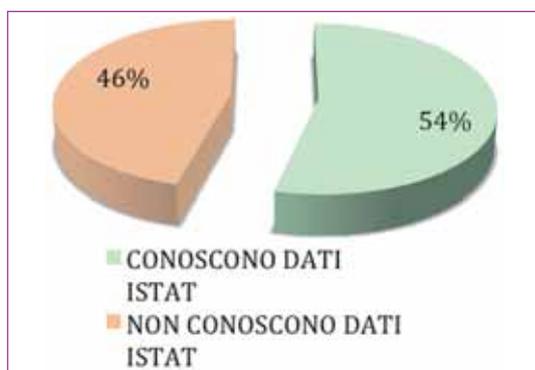


Figura 5

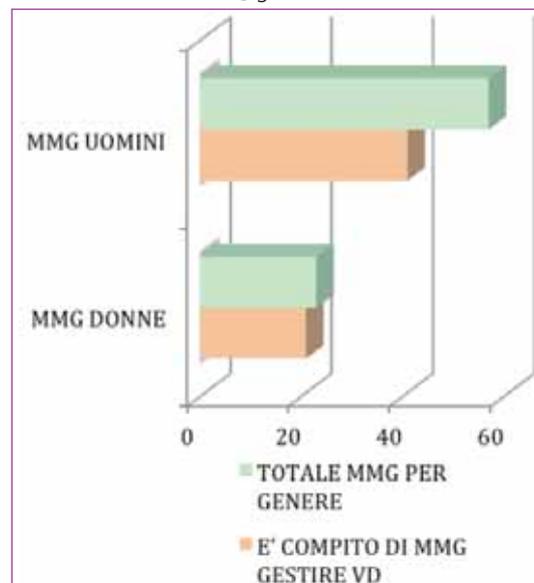


Figura 6

Lavorare con la violenza domestica quando entrambi i coniugi sono vostri pazienti

I bisogni della vittima e di chi agisce violenza dovrebbero essere trattati separatamente.

Se la donna racconta una violenza, bisogna parlare con lei senza la presenza del partner.

Rassicurate la donna che la sua salute e sicurezza sono molto importanti e che la sua riservatezza sarà protetta.

Datele il riferimento di un Centro antiviolenza e discutete con lei di un piano di sicurezza che includa:

- Dove andare se si sente in pericolo
- Preparare documenti e soldi
- Avere alcune persone informate sulla sua situazione
- Ricordarle che può sempre chiamare il 115

Se una donna chiede al medico di contattare il partner può essere utile parlare con lui per motivarlo a farsi aiutare, tenendo conto che potrebbe esserci una reazione negativa e che quindi è la donna sia preparata.

È fondamentale avere la documentazione di quanto emerge e la descrizione di eventuali lesioni insieme a protocolli di lavoro che garantiscano la riservatezza e la privacy dei/le pazienti.

Cosa fare dopo la rilevazione?

Per l'uomo:

Prendete atto che le sue rivelazioni sono un importante passo per la scoperta e la soluzione all'abuso familiare;

Supportate ogni manifestazione di responsabilità: il suo comportamento è una scelta e lui può scegliere di smettere;

Siate rispettosi ed empatici, ma non complici! La violenza domestica è inaccettabile e spesso contro la legge.

Per la donna:

Ascoltatele: l'ascolto può essere una esperienza di grande importanza per chi subisce violenza.

Credetele: "deve essere stato molto difficile per lei, ha avuto paura?"

Datele fiducia rispetto alla scelta di parlare: "Deve essere stato difficile decidere di parlarvi di questo."

Chiarite la vostra posizione: "La violenza è inaccettabile. Non meritate di essere trattata così!"

Non insinuate l'idea che la donna sia corresponsabile della situazione evitando frasi come:

Perché non lo lascia? Cosa ci fate con una persona come questa? Se l'ha picchiata ci sarà un motivo...

Riferimenti

CRRV Centro di Riferimento Regionale Violenza e Abuso Sessuale Clinica Ostetrica. Policlinico di Careggi
Via Morgagni, 85 Firenze
Tel. 055/7947493
Codice Rosa: <http://www.regione.toscana.it>
Associazione Artemisia
Via del Mezzetta 1/bis
50135 Firenze
Tel. 055 602311/601375

Per ulteriori riferimenti toscani, vedi "Come ci trovi" www.casadonnae.it
Linea nazionale aiuto per donne vittime di violenza 1522
Centro di Ascolto Uomini Maltrattati
Via E. 8 Navigatore, 17
Tel. 3398926550
www.centrouominimaltrattati.org



Il medico di medicina generale e la violenza domestica



Perché la violenza domestica mi riguarda?

"Il medico di medicina generale è il primo punto di contatto con il sistema sanitario, fornisce un accesso aperto e senza limitazioni ai suoi utilizzatori, tratta tutti i problemi di salute senza tener conto di età, sesso..."

(Wonca Europe 2002)

I medici di medicina generale potrebbero quindi svolgere un ruolo centrale nella rilevazione e nell'invio sul territorio di situazioni di violenza domestica.

Molto spesso le donne che subiscono violenza chiedono aiuto indirettamente. Sono frequentatrici assidue del vostro ambulatorio, presentano sintomi vari: ansie, insonnia, cefalee, sindromi dolorose croniche di varia localizzazione, richieste di prescrizione di farmaci (in particolare analgesici e psicofarmaci). Sono spesso le pazienti più difficili e lamentose.

Cogliere la causa del loro malessere può essere di aiuto per loro e può ridurre visite, consulenze e interventi inutili e frustranti per voi.

Oltre alla violenza che lascia evidenti segni, esistono anche comportamenti abusivi senza violenza fisica con effetti devastanti per la partner e i bambini.

Possono avere comportamenti violenti pazienti che seguite con simpatia da anni e possono essere vittime affermate libere professioniste, perché la violenza domestica è trasversale a tutte le categorie di età, religione, etnia, livello socio-economico e culturale.

La maggior parte delle violenze domestiche è commessa da uomini verso donne, ma può anche avvenire tra partners dello stesso sesso, tra genitori e figli, sugli anziani, sui disabili o anche essere agita da donne su uomini.

Come rilevare la violenza domestica?

Siate sempre aperti alla possibilità che un/a paziente viva in una condizione di violenza domestica.

La maggior parte delle vittime è disponibile a parlare e raccontare se percepisce una vostra disponibilità all'ascolto o capisce dalle vostre parole che considerate la violenza domestica come un problema che vi riguarda.

Le donne possono riferire di avere problemi coniugali o un periodo di forte stress. Il 30% delle violenze domestiche inizia durante la gravidanza ed è più frequente del diabete gestazionale e della pre-eclampsia.

La maggior parte degli uomini autori di violenze domestiche che chiedono aiuto al suo medico/a di famiglia dice di aver problemi di stress, rabbia, depressione, alcol, di difficoltà con i figli oppure lamenta non meglio specificati problemi di salute propri o della compagna. Raramente un maltrattante ammette di commettere abusi senza un approccio garbato, ma diretto al problema.

Potrebbe rivolgersi a voi in un momento di cambiamento critico della sua vita, quando una relazione sta finendo, la compagna è in gravidanza, a seguito di un episodio grave o del coinvolgimento della polizia.

Come porre domande sulla violenza domestica

Semplici domande del tipo: "Come va a casa? Come sta andando la relazione? Come sta facendo fronte alla tensione o a momenti difficili?" potrebbero facilitare l'apertura sul tema, rendendo possibili altre domande di approfondimento.

Per quanto riguarda le donne:

- Il modo in cui la tratta il suo partner la fa sentire infelice o depressa?
- Quando vedo lesioni di questo genere mi domando se qualcuno può averle fatto del male?
- Ha mai avuto paura del suo partner? È preoccupata per la sua sicurezza e per quella dei bambini?

Per quanto riguarda gli uomini:

- Come si sente quando avete delle discussioni?
- La sua partner come descriverebbe i suoi atteggiamenti?
- È mai capitato di avere spinto, stratonato, dato botte o schiaffi o usato altri tipi di violenza?
- Ha mai gettato e/o sfasciato oggetti, gridato forte, offeso e svaloriato la sua partner?
- Ci sono delle cose che fa di cui si vergogna?

Ricordatevi che sia gli uomini sia le donne tendono a minimizzare la violenza, perché si vergognano.

ELISABETTA CHELLINI, ANDREA MARTINI

La mortalità nei bambini e adolescenti toscani



Elisabetta Chellini Spec. in Igiene e Med. Preventiva presso l'Università di Firenze, è un epidemiologo dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze, ove è Resp. del Registro di Mortalità Regionale e del COR tumori professionali. Abilitata a Prof. Associato in Igiene, insegna da molti anni all'Università di FI.



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

Sia la mortalità infantile (quella nel primo anno di vita) sia la mortalità entro i primi 5 anni di vita sono importanti indicatori dello stato di salute di una popolazione, tanto che i valori più elevati si osservano nelle popolazioni ad alta mortalità generale. In Toscana, come nel resto dell'Italia, si continua ad osservare ormai da decenni una progressiva diminuzione della mortalità generale e di quella infantile, ed un concomitante aumento della speranza di vita alla nascita che nel 2010 ha superato gli 80 anni (80,4 per l'esattezza) nei maschi e raggiunto gli 85 anni nelle donne, valori questi di poco superiori a quelli calcolati per l'intera popolazione italiana.

Qui di seguito si presentano alcuni dati sulla mortalità nei residenti in Toscana di età inferiore ai 19 anni. Si tratta di elaborazioni dei dati registrati dal Registro di Mortalità Regionale (RMR) toscano, relativi agli anni 1987-2010.

La mortalità nel primo anno di vita o **mortalità infantile** è calcolabile in Toscana solo a partire dal 1995, da quando cioè sono disponibili i dati relativi ai nati vivi in Toscana. Nei 16

anni di osservazione, il tasso di mortalità infantile si è più che dimezzato passando da 6,1 per 1000 nati vivi nel 1995 a 2,8 per 1000 nati vivi nel 2010 e tale riduzione è a carico prevalentemente della mortalità neonatale (cioè quella che si osserva nel primo mese di vita), che rappresenta circa il 69,6% di tutta la mortalità infantile e che è prevalentemente riconducibile a condizioni morbose di origine perinatale, malformazioni congenite e prematurità (Figura 1).

Anche la **mortalità da 1 a 4 anni** si è dimezzata: -40,7% femmine e -59,8% nei maschi nell'ultimo quinquennio 2006-2010 rispetto al primo 1987-1991. Nei maschi, l'andamento in riduzione si è fermato alla fine anni '90, quando invece si è cominciato ad osservare nelle femmine. Le cause di decesso più frequenti sono i tumori (22,7%, prevalentemente del sistema nervoso centrale e leucemie), malformazioni congenite (21,2%) e traumatismi ed avvelenamenti (19,7%, la metà dei quali sono incidenti stradali).

Anche la **mortalità nei 5-9 anni** di età mostra una riduzione progressiva nel periodo di osservazione, analoga a quella registrata

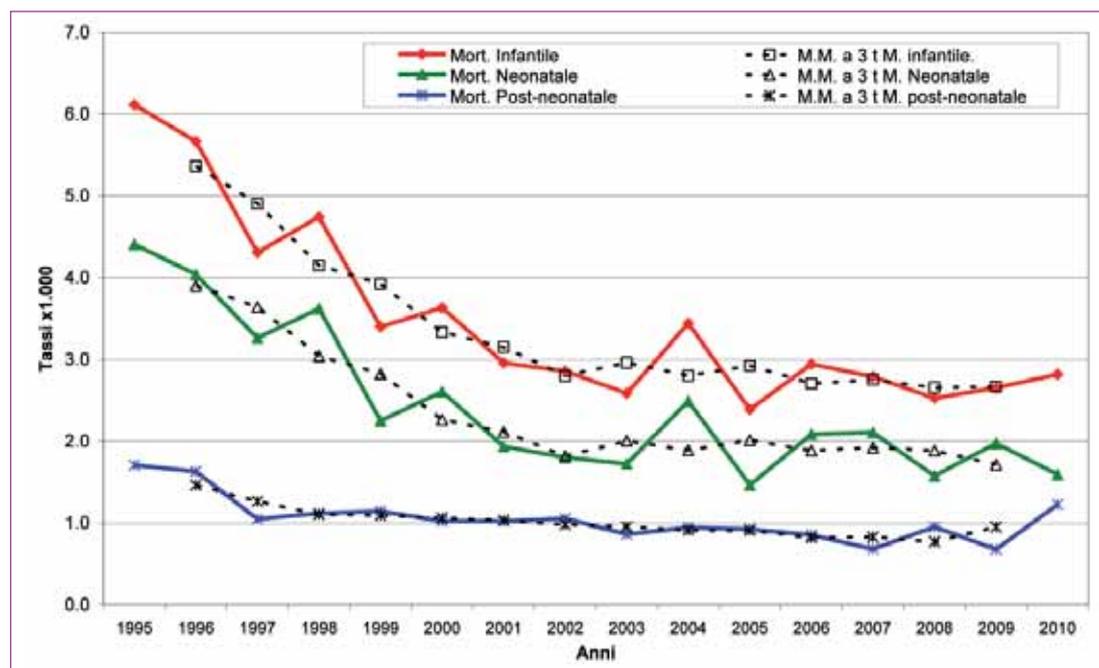


Figura 1 - Andamento dei tassi annuali e delle medie mobili triennali di mortalità infantile, neonatale e post-neonatale nella popolazione toscana dal 1995 al 2010.

per la classe 1-4 anni (-46% nelle femmine e -59,8% nei maschi), attestandosi però a valori pressoché simili nei due sessi nell'ultimo quinquennio: 7,3 per 100.000 nelle femmine e 7,9 per 100.000 nei maschi. Le cause di decesso più frequenti sono ancora una volta i tumori (30,5%) ed i traumatismi ed avvelenamenti (27,9%).

Per le altre due classi di età (**10-14 anni e 15-19 anni**) le riduzioni sono state di minore entità ed i traumatismi ed avvelenamenti (prevalentemente incidenti stradali) rappresentano la prima causa di decesso seguita dai tumori.

Esistono **differenze di genere** nella mortalità in età inferiore o uguale ai 19 anni: i maschi presentano una mortalità sempre superiore a quella osservata nel sesso femminile.

I valori puntuali di rischio nei maschi rispetto alle femmine sono superiori all'unità in tutte le classi di età e significativi nella prima e nelle due ultime classi (Figura 2), con una tendenza nel tempo alla riduzione in tutte le classi di età. Riguardo alle cause di morte non sono solo gli eventi accidentali dovuti a comportamenti maschili a rischio ad essere più elevati significativamente nei maschi, ma anche altre cause, quali i tumori, le malattie dell'apparato circolatorio, i disturbi psichici, le malattie del sistema nervoso e le cause di origine perinatale.

Come per la mortalità in età più avanzata, anche la mortalità infantile presenta delle **differenze geografiche**: la riduzione stessa osservata nel periodo 1987-2010 presenta differenze anche considerevoli tra le varie Asl, con

la minore differenza % osservata nella Asl 10 Firenze che comunque presentava il tasso con il valore più basso nel primo triennio considerato. Rilevanti sono le differenze di mortalità per prematurità nei primi 7 giorni dalla nascita per Asl di decesso da ricondurre ai decessi dei neonati con disturbi correlati alla durata della gestazione e all'accrescimento fetale che avvengono in strutture sanitarie di eccellenza: avvengono per il 45,3% a Firenze, il 15,8% a Pisa e l'11,6% a Siena, mentre la distribuzione di tali decessi nei residenti delle stesse Asl rispetto al totale dei morti per prematurità sono pari rispettivamente a 22,1%, 5,3% e 9,5%.

Relativamente alla mortalità 1-19 anni non si evidenziano invece differenze geografiche significative tra le varie Asl rispetto al dato medio regionale, ad eccezione del deficit significativo osservato nelle femmine residenti nella Asl 6 Livorno.

Concludendo, nella nostra regione il Registro di Mortalità Regionale consente di monitorare la mortalità nei residenti e sotto osservazione vi è anche la mortalità che avviene sotto i 5 anni di età che un buon indicatore dello stato di salute della popolazione. Nel nostro Paese, come in tutti quelli a economia avanzata, le cause di morte prevenibili o curabili che nel mondo sono più frequenti sotto i 5 anni di età sono però ormai eccezionali. Una maggiore attenzione deve essere posta alla prevenzione degli incidenti stradali che rappresentano la prima causa di morte in età adolescenziale. **TM**

Info: e.chellini@ispo.toscana.it

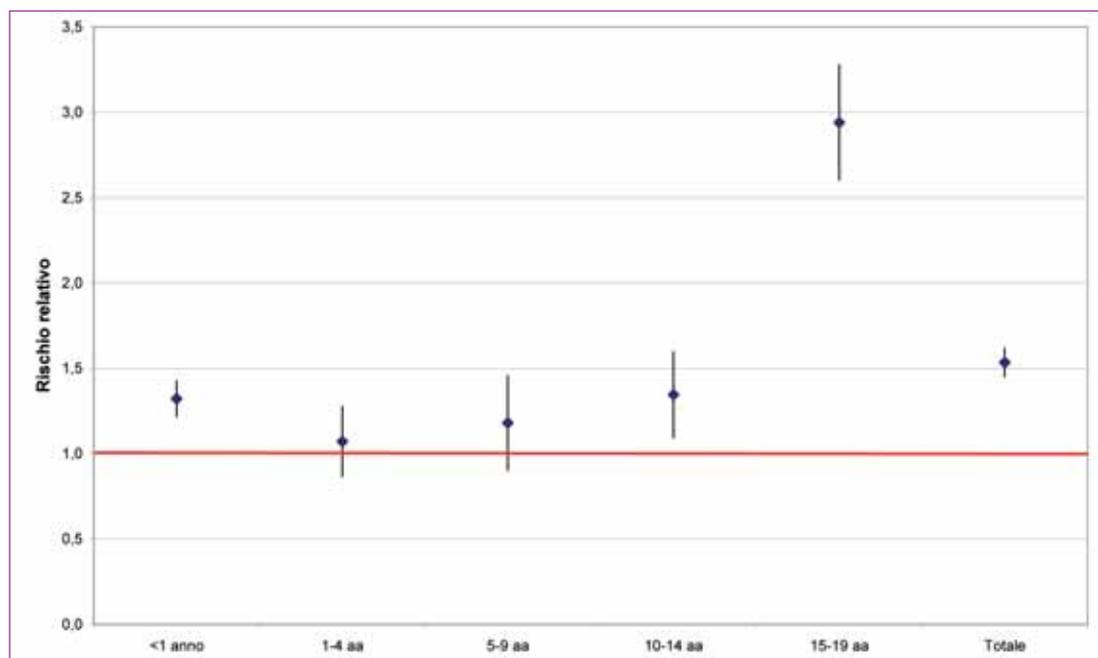


Figura 2 - Rischio relativo di decesso 1987-2010 nei maschi rispetto alle femmine, per classe di età, e relativi intervalli di confidenza al 95%.



Alvaro Ringressi, spec. in Ematologia ed in Medicina trasfusionale. Ha sempre lavorato nei Serv. Trasfusionali dell'Area Vasta fiorentina. Attualmente è Resp. del Settore Immunoematologia Eritrocitaria a Careggi. In quest'ambito si occupa delle problematiche associate alle differenze antigeniche tra gruppi etnici e, in collaborazione con le Ostetriche del percorso diagnostico terapeutico della MEN.

ALVARO RINGRESSI

Monna Tessa a Careggi

Un appello che condividiamo, invitando i colleghi ad aderire

Cari amici e colleghi, l'ordine francescano secolare, un tempo noto come terz'ordine francescano, un ordine religioso laicale fondato da San Francesco ed a cui immeritadamente appartengo, ha lanciato una raccolta di firme per intitolare a Monna Tessa il piazzale antistante l'ospedale di Careggi. Per giustificare questa nostra richiesta ed invitarvi a firmare, un po' di storia è giusta e doverosa. Monna Tessa è per noi medici fiorentini un padiglione dell'ospedale di Careggi. Alcuni sapranno che questo nome corrisponde alla nutrice di Beatrice Portinari, quella Beatrice di Dante, nonché figlia di quel Folco Portinari che nel lontano 1287 fondò nella città di Firenze l'ospedale di Santa Maria Nuova. Ma cosa ha a che fare questa donna con la sanità fiorentina?

Monna Tessa, di umili origini, nasce, all'incirca nel 1250. Sposa Ture, un sellaio. Rimasta vedova e probabilmente senza figli entra a servizio della famiglia Portinari, il cui capo, Folco è un ricco banchiere ghibellino. La sua operosità, la forza del suo carattere e il suo stile di vita, la portarono ad essere tanto stimata tra i Portinari da farla considerare, più che una della casa, una consigliera apprezzata e ascoltata. Le fu conferita la dignità propria d'un pedagogo, al quale affidare l'educazione delle figlie.

È lei che educa Beatrice, la donna scesa "dal cielo in terra a miracol mostrare", la "donna d'umiltà vestuta", l'ispiratrice della "Vita Nova" e della "Divina Commedia". Ora la Divina Commedia, anche laicamente parlando, non è fatto da poco: son diventati "italiani" quelle genti che "ammirandone la profondità e la bellezza, hanno scelto di esprimersi nella lingua di questo poema". Non è uomo da poco il suo autore e, se afferma che fu l'incontro con la speciale

personalità e virtù di Beatrice ad innescare in lui la spinta interiore per poetare generare tanta poesia, c'è da credergli. L'"umiltà" di Beatrice che trasforma Dante è una caratteristica costituzionale anche della nostra Monna Tessa.

Dovevo parlare della sanità ed ho deviato verso l'italianità: ritorniamo al tema. Nella lapide sotto il bassorilievo che la raffigura e che era posto sulla sua tomba sta scritto: "Madonna Tessa, effigiata in quest'antico bassorilievo, di pari caritativa che fedel serva di Folco Portinari, per essersi finché visse, in alcune case comprese dal padrone, impiegata con mente e con plauso nella cura degli infermi, coll'esempio della sua gran carità e col prò grande altresì dei medesimi infermi, indusse la pia e liberale generosità di Folco a fondare questo ora sì magnifico Spedale e la fondazione seguì ai 23 di giugno del 1288".

Monna Tessa cominciò forse portando un piatto di minestra calda a un vicino di casa malato: un'abitudine, almeno una volta, naturale e diffusa tra la gente "del popolo", abituata da sempre a darsi una mano ed a condividere; poi... a poco a poco i poveri vecchi ammalati e soli si moltiplicarono. In quest'opera di assistenza e di aiuto trascinarono amiche e vicine e le padrone di casa. Per facilitarli il compito i bisognosi furono radunati in "alcune case di Padron Folco". Ecco che infine Folco Portinari, anche lui coinvolto, decise di fondare l'Ospedale di Santa Maria Nuova. Monna Tessa, insieme alle sue amiche, fondò le suore oblate.

Poca favilla gran fiamma seconda dice Dante, ed è questo il caso. Una povera serva vedova si fa vincere dalla compassione per chi è nel bisogno e con umiltà comincia a fare un piccolo passo verso l'altro, quell'altro che i cristiani san-



no essere il Cristo: ecco la capacità di essere fermento di un pane in cui si sceglie di scomparire. Ella segue la regola del terz'ordine Franciscano e, umile fino in fondo, non sarà mai la superiora delle oblate che al suo esempio si ispireranno. Povera anche istituzionalmente non fonderà un ordine religioso ma sarà la guida spirituale di una schiera di volontarie che dal 1288 ad oggi, dedicano la vita ai malati.

C'era qualcosa di speciale che fece risaltare quest'ospedale fra tutti quelli che punteggiavano la città. C'era carità, professionalità e modernità. L'amore portava dedizione completa, pulizia, presenza dei medici: si serviva Cristo.

L'ospedale crebbe e divenne il più importante ed il modello per molti altri. Alla sua organizzazione fecero riferimento l'Ospedale di Pavia, il maggiore di Milano, l'Ospedale di Londra e di Vienna.

Martin Lutero, di ritorno da Roma scrisse: "Buono n'è il cibo e la bevanda, diligenti gli addetti, dotti i medici, letti e biancheria del tutto puliti e le stanze finemente dipinte. Non appena è portato il malato, gli vengono tolti i panni e notaio ne stende un accurato inventario e poi vengono conservati con cura fino a quando è guarito. Viene poi rivestito con una bianca vestaglia ed allettato in un letto bello, ben sprimacciato e con candide lenzuola. Subito vengono chiamati due medici e si fanno avanti attendenti con cibo e bevanda, recati in piatti pulitissimi ed in bicchieri che essi neppure toccano con le punte delle loro dita. Donne di buona nascita, sia pure pronte e velate con tale cura da non poter essere riconosciute e queste, a turno, spendono parec-

chi giorni nella cura dei malati e poi tornano a casa... io vidi a Firenze tanto bene, ivi son tenuti gli ospedali". Le oblate son chiamate "Angeli con la lampada accesa in mano".

Dietro Santa Maria Nuova, pezzo importante di ciò che Firenze ha dato al mondo sta, è vero, un fondatore generoso, poi tutta una città, che non ha mancato di provvedere ai bisogni, ci stanno buoni infermieri, buoni medici e buoni amministratori, ma la "cellula staminale" è stata Monna Tessa e le cellule commissionate "le Oblate".

Noi francescani secolari ci siamo mossi non tanto perché è una nostra consorella e perché secondo noi dovrebbe essere annoverata tra i beati della chiesa cattolica, ma perché in lei è evidente quanto frutti lo spicciolo messo dalla povera vedova nel tesoro del tempo. Noi desideriamo che i fiorentini imparino a conoscere e ad amare questa loro figlia illustre, illustre nonostante sia piccola, povera, non istruita, donna, serva, vedova, dimenticata. Noi desideriamo che i fiorentini ricordino, e che il mondo sappia, da chi è nata l'assistenza ospedaliera a Firenze e non solo. Noi ci auguriamo che in spirito, Monna Tessa, ogni giorno entri in tutti gli ospedali del mondo, ad operare ed ad aiutare ad operare in favore degli ammalati.

Chi è d'accordo, può leggere, firmare e diffondere la petizione che, a questo scopo, abbiamo preparato per il sindaco di Firenze: <http://www.ofsmctsanfrancesco.it/StoriaMonnatessa.html> - http://www.petizioni24.com/piazza_per_monna_tessa.

Vi invitiamo anche a visitare il sito delle Suore Oblate Francescane: www.oblatedimonnatessa.org/italia/tesi_laurea.htm, dove è illustrata la realtà odierna di quest'ordine erede della vocazione di questa nostra concittadina nonché più dettagliate notizie storiche. **TM**

Info: a.ringressi@virgilio.it





Maurizio Varese. Disciplina farmacologia clinica. Master Post Laurea di II Livello Dipendenze Patologiche: diagnosi-trattamento-prevenzione; Univ. di Pi. Corso per Dirigenti di Struttura Complessa Laboratorio MeS, Pl. Direttore Dip. della Salute Mentale e delle Dipendenze. Direttore U.O. Medicina delle farmacodipendenze Asl 1. Responsabile U.F. Ser.T Z.A. Asl 1 Massa-Carrara.

¹ Dirigente Medico I livello specialista in Psichiatria Ser.T Z.A. Asl 1 Massa-Carrara

² Psicologa, specialista in Psicoterapia progetto C.E.A.R.T.- Regione Toscana, Comunità Monte Brugiana, Massa-Carrara

³ Psicologa, specialista in Psicoterapia Ser.T Z.A. Asl 1 Massa-Carrara

⁴ Educatore Professionale Ser.T Z.A. ed Animatore della Formazione Asl 1 Massa-Carrara

MAURIZIO VARESE, ELISA CERRAI¹, FRANCESCA BALESTRACCI², ROBERTA MUSETTI³, MARINA PATERNÒ⁴

Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

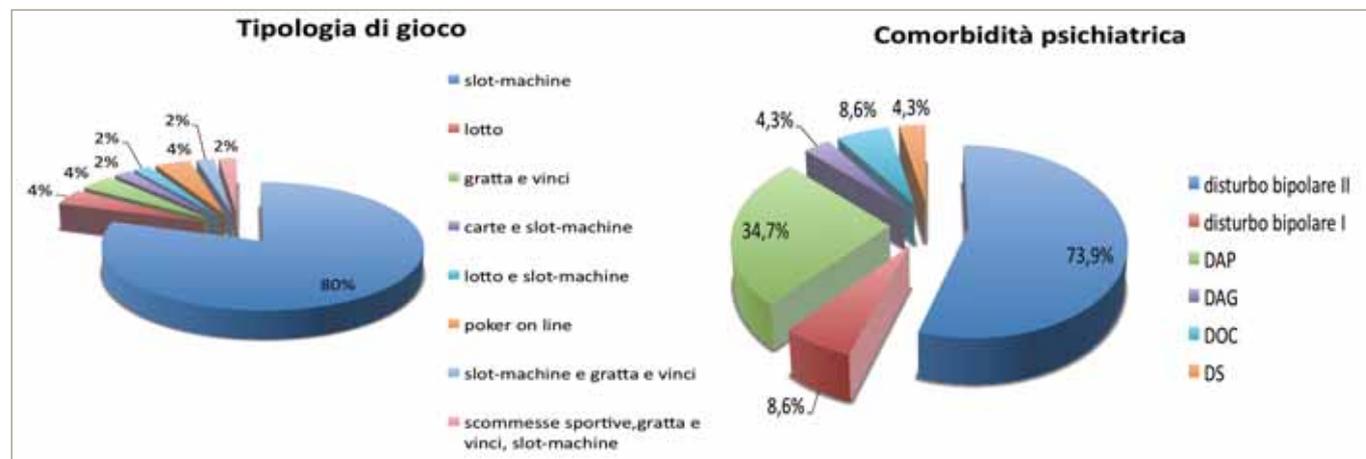
L'esperienza del Ser.T Zona Apuane Asl 1 Massa-Carrara

Il Dipartimento dell'Asl di Massa-Carrara ha accolto il primo utente con problematiche GAP nel 2008.

In particolare i percorsi di formazione su questa dipendenza si sono resi necessari, pur manifestando la ludopatia elementi comuni con la dipendenza da sostanze psicotrope, per consentire l'apprendimento di nuove metodiche di diagnosi e di intervento da parte degli operatori. Nel maggio 2012 si è costituita una mini équipe formata da una psichiatra, un'educatrice professionale, una psicologa del Ser.T e una psicologa-psicoterapeuta a orientamento cognitivo-comportamentale. Nel luglio 2012 si è attivata la psicoterapia di gruppo a orientamento cognitivo-comportamentale. Il maggior afflusso di utenti si è verificato negli ultimi due anni: 1 nel 2008 utenti, 2 nel 2009, 6 nel 2010, 12 nel 2011, 18 nel 2012 e 11 fino ad agosto 2013. Sono stati trattati n° 50 utenti, di cui 36 maschi (età media 46 anni) e 14 femmine (età media 57 anni). Di questi il 62% (22 m e 9 f) erano sposati, il 30% (12 m e 3 f) erano non coniugati, il 6% (2 m e 1 f) erano separati e il 2% (1 f) era vedova. Per quanto riguarda la situazione occupazionale il 58% (23 m e 6 f) riferiva un lavoro stabile, il 6% (3 f) riferiva un lavoro saltuario, il 20% (6 m e 4 f) era disoccupato, il 12% (5 m e 1 f) era pensionato e il 4% (2 m) era studente. In

40 (80%) di questi (31 m e 9 f) il gap era legato alle slot-machine, 2 (4%) (1 m e 1 f) al lotto, 2 (4%) (f) gratta e vinci, 1 (2%) (f) alle carte e alle slot, 1 (2%) (f) al lotto e alle slot, 1 (2%) (maschio) alle scommesse sportive, al gratta e vinci e alle slot, 1 (2%) (m) alle slot e al gratta e vinci, 2 (4%) (m) al poker online. 26 (52%) di questi hanno ricevuto un trattamento di tipo individuale (18 m e 8 f) e 22 (44%), un trattamento di gruppo (6 f e 16 m); 2 (4%) utenti hanno ricevuto un trattamento individuale e residenziale breve (progetto Orthos).

7 utenti (il 14%) presentavano in comorbidità dipendenza da sostanze psicotrope (1 f e 6 m), 6 di questi da alcol (12%) e 1 da cocaina (2%). Per quanto riguarda la presenza di diagnosi psichiatriche aggiuntive, emerge una compresenza nel 46% (23 pz) del campione in esame, di questi in particolare Disturbo bipolare II nel 73,9% (17 pz), Disturbo bipolare I nel 8,6% (2pz), Disturbo di Panico nel 34,7% (8 pz), Disturbo di ansia generalizzato 4,3% (1pz) e Disturbo ossessivo-compulsivo nel 8,6% (2pz). Risulta inoltre il 4,3% (1pz) affetto da Disturbo schizoaffective. Alcuni pazienti presentavano una diagnosi psichiatrica multipla. La terapia psicofarmacologica è volta, oltre al trattamento delle patologie psichiatriche concomitanti, al trattamento di elezione del disturbo avvalendo-



si di farmaci stabilizzatori del tono dell'umore (Valproato di sodio, carbamazepina), antidepressivi serotoninergici (sertralina, paroxetina, fluoxetina) ed antipsicotici atipici (quetiapina, olanzapina, aripiprazolo) in accordo con l'inquadramento diagnostico del gioco d'azzardo nei Disturbi del Controllo degli Impulsi.

Un utente maschio presentava in comorbidità Malattia di Parkinson (riferiva lo sviluppo della problematica gioco a seguito della terapia con farmaci dopamino agonisti). Per quanto riguarda l'aderenza al trattamento 16 utenti hanno interrotto il trattamento ambulatoriale individuale (61,5%), mentre solo 3 utenti hanno interrotto il trattamento di gruppo (13,6%). Da questi dati emerge chiaramente come la

psicoterapia di gruppo a orientamento cognitivo-comportamentale comporti una migliore aderenza al trattamento e migliori esiti. Infatti 19 utenti su 22 hanno aderito con continuità al trattamento, che è consistito per 11 (57,8%) di loro solo nella terapia di gruppo e per 8 (42%) nella terapia di gruppo associata a una terapia psicofarmacologica.

Un dato che ci appare altamente significativo emerge dal follow-up della terapia di gruppo, che evidenzia come 14 (73,6%) utenti sui 19 che hanno aderito alla terapia non riferiscono episodi di gioco a 4-6-12 mesi.

TM

Info: m.varese@usl1.toscana.it

ANNALISA MONTI

Autismo: quali risposte?

L'autismo è una sindrome a esordio infantile, causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato che si traduce in un funzionamento mentale atipico. Le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri. È forse il più grave disturbo della nosografia psichiatrica infantile in quanto colpisce al cuore il funzionamento psicologico, la capacità di impegnarsi in relazioni sociali reciproche, di comunicare sentimenti e pensieri e partecipare alla vita familiare e si configura pertanto come una disabilità "permanente" che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale.

Il termine autismo è stato preso in prestito dalla psichiatria dell'adulto: Bleuler (1857-1939), psichiatra svizzero che elaborò il concetto di schizofrenia, introdusse nel 1911 il termine autismo (dal greco 'autos', sé stesso) per descrivere il pensiero autocentrato che conduceva il soggetto schizofrenico al ritiro in un mondo fantasmatico e soggettivo. A lungo l'autismo è stato considerato come la forma infantile della schizofrenia e studiato all'interno del vasto arcipelago delle psicosi infantili. Le prime descrizioni dell'autismo infantile risalgono al 1943, quando Leo Kanner, psichiatra austriaco naturalizzato statunitense, descrisse 11 bambini che presentavano un disturbo del contatto affettivo caratterizzato da assenza relazionale, deficit nella comunicazione e nel linguaggio, desiderio ossessivo di ripetitività e immodificabilità, insieme

alla permanenza di isole di capacità funzionali residue. Kanner suggerì che l'autismo infantile precoce fosse un disturbo costituzionale congenito e ipotizzò che i soggetti affetti da autismo nascessero privi di quei presupposti biologici che consentono la metabolizzazione psicologica del mondo sociale. L'aggettivo "infantile", che di fatto indica semplicemente l'esordio, ha contribuito ad una forte ambiguità rispetto alla evoluzione e alla prognosi, ambiguità che ha comportato spesso la modificazione della diagnosi nel momento del passaggio all'età adulta: in Italia oltre 400 mila famiglie hanno a che fare con una persona autistica, che diventata adulta spesso scompare e si trasforma in un fantasma per la nostra società. L'autismo in realtà è una condizione tipicamente *longlife* e la disabilità che ne consegue accompagna il soggetto per tutto il suo ciclo vitale, anche se le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo. Inoltre, circa l'80% delle persone con autismo presenta anche una condizione di ritardo mentale ed almeno il 50% non sviluppa un linguaggio verbale strutturato.

Nell'attuale classificazione del DSM IV, l'Autismo viene collocato tra i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), insieme alla Sindrome di Asperger, alla Sindrome di Rett, al Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (DPS-NAS) e al Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia. Il DSM IV riflette in parte il punto di vista attuale sull'autismo considerato uno spettro di condizioni morbose distribuite secondo un continuum di gravità: ad un estremo troviamo l'au-



Annalisa Monti, Direttore di UOC di Neuropsichiatria Infantile Asl 11, referente autismo Area Vasta Centro, referente sezione scientifica nazionale "epidemiologia e organizzazione dei servizi" della SINPIA. Resp. di un progetto finanziato dalla Regione Toscana che ha portato alla apertura nel 2009 del Centro Diurno di Ventignano, comunità terapeutico-abilitativa per bambini e giovani adulti autistici.

tismo conclamato, all'altro estremo la Sindrome di Asperger. I pazienti i cui sintomi, pur situandosi in qualche modo tra i due estremi, sono meno ben definiti, fanno parte della categoria diagnostica del PDDNOS, ovvero del Disturbo Pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato.

La diagnosi si basa sulla presenza di una triade sintomatologica che coinvolge l'ambito sociale (compromissione, ritardo o atipicità dello sviluppo delle competenze sociali), comunicativo (compromissione e atipicità del linguaggio e della comunicazione, verbale e non-verbale) e comportamentale (presenza di comportamenti ritualistici/ripetitivi).

La prognosi, in termini di sviluppo di autonomie personali/sociali e di qualità della vita, è fortemente condizionata dal grado di compromissione cognitiva e dalla presenza del linguaggio e risente significativamente dell'eventuale associazione di disturbi in comorbilità e della presenza di condotte disadattative. La prognosi risulta inoltre significativamente condizionata dall'adeguatezza dell'intervento abilitativo/riabilitativo, che deve essere intensivo e diversificato in relazione all'età e alla eterogeneità dei bisogni presentati dalle persone con autismo e dalle loro famiglie. Non ultima, la precocità della presa in carico resta un elemento determinante in relazione alla prognosi di sviluppo. I DPS cominciano infatti a manifestarsi nel corso dei primi due anni di vita e numerosi studi evidenziano l'importanza dell'individuazione dei bambini a rischio di autismo in questo precocissimo periodo dello sviluppo, così come ricerche recenti sottolineano il valore preventivo degli interventi precoci e mirati.

Anche se a tutt'oggi non esiste un particolare modello terapeutico per il quale vi sia una evidenza conclusiva, l'orientamento internazionale sostiene un intervento abilitativo polifunzionale che sia in grado di modulare gli approcci psicoeducativi conosciuti adeguandoli alle esigenze individuali, così come sottolineato dalle Linee Guida su "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti" a cura del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS, 2011 presentate ufficialmente il 26/01/2012).

Le cause dell'autismo sono ancora sconosciute, anche se significativa sembra essere la componente ereditaria. Diversi dati di Letteratura sostengono che l'autismo sia una condizione multifattoriale, determinata dal coinvolgimento di diversi fattori genetici e dalla loro possibile interazione con altri fattori di rischio non genetici, ancora da definire.

Dal punto di vista fisiopatologico, sempre più numerosi sono i contributi della ricerca nell'ambito delle neuroscienze orientati a comprendere la relazione esistente tra disturbi dello sviluppo

e anomalie del funzionamento cerebrale e a individuare i meccanismi in gioco nella cascata di avvenimenti neurobiologici, neurofisiologici e neuropsicologici che concorrono all'emergere del disturbo autistico.

La specificità, la complessità e la prognosi mediamente severa dei Disturbi Pervasivi dello sviluppo (DPS) comporta la necessità di prevedere risposte articolate e modelli di intervento dinamici, che si devono adattare a bisogni che si modificano nel tempo e che devono tenere conto della dimensione evolutiva. L'Organizzazione di risposte articolate a problematiche così complesse è in Italia un processo ancora *in fieri*, che determina un'offerta disomogenea sul territorio nazionale, per il ritardo rispetto ad altri Paesi di politiche specifiche e per il ritardo culturale che ha caratterizzato i servizi rispetto all'introduzione nella pratica clinica di strategie diagnostiche e di intervento di "buona prassi". È anche vero che, a tutt'oggi, una certa ambiguità rispetto alla definizione diagnostica dell'autismo presente nel DSM-IV, e una eccessiva variabilità delle stime di prevalenza riportate in letteratura, hanno rappresentato e rappresentano una importante criticità, in quanto rendono estremamente difficile l'individuazione di standard di servizi tarati su attese e bisogni reali (problematica peraltro trasversale a tutta l'organizzazione dei servizi di salute mentale infanzia e adolescenza).

Da quando lo psichiatra Leo Kanner ha descritto i primi casi di autismo sono passati ormai 70 anni e da una sindrome rara si è progressivamente passati a considerare l'autismo come uno dei principali disturbi dello sviluppo infantile, oggetto di attenzione dell'opinione pubblica e dei media che spesso parlano di esplosione e di vera e propria epidemia. Effettivamente il trend attuale mostra un forte aumento a partire dagli anni '80 del secolo scorso, periodo in cui la prevalenza era attestata intorno a 2-5 casi su 10.000: tale fenomeno sembra in parte dovuto alla inclusione delle forme più lievi, alla diffusione di procedure diagnostiche standardizzate, alla maggiore sensibilizzazione degli operatori e della popolazione generale e all'aumento dei Servizi preposti alla rilevazione. Le stime riportate in letteratura, tuttavia, non sono omogenee e presentano importanti oscillazioni: si passa dai 10-13 casi ogni 10.000 bambini, se si considerano solo i casi più compromessi, fino ai 110 casi ogni 10.000 secondo alcune recenti pubblicazioni scientifiche. Anche il panorama europeo è eterogeneo. A tutt'oggi non esistono stime di prevalenza comparabili per criteri diagnostici e gruppi nosografici tra i vari stati dell'Unione Europea in quanto le oscillazioni arrivano a valori percentuali anche del 50%: Danimarca e Svezia riportano una stima di 1:160, la Gran Bretagna di 1:86.

L'Italia non ha stime a livello nazionale, ma

solo alcuni dati parziali e non confrontabili, basati su sistemi informativi regionali: l'Emilia Romagna 1:400, la Regione Piemonte 1:270 (ambedue basate su una popolazione compresa tra 6 e 10 anni).

Stabilire con esattezza il numero dei bambini con una sindrome autistica è quindi estremamente complesso e molteplici sono le ragioni che possono spiegare tale fenomeno: l'eterogeneità dei quadri clinici, l'ambiguità nella definizione, la non specificità di alcuni criteri diagnostici presenti all'interno della triade sintomatologica del DSM-IV, la non omogeneità nelle modalità di rilevazione epidemiologica. L'orientamento generale verso la diagnosi precoce, peraltro estremamente importante da un punto di vista della prognosi evolutiva, ha reso inoltre ancora più complessa la rilevazione con il rischio di una iperinclusione di situazioni cliniche diverse dall'autismo: le problematiche nell'ambito della reciprocità sociale possono infatti essere presenti ad esempio in bambini con disturbo della regolazione, grave disturbo del linguaggio, ritardo mentale, e la diagnosi differenziale si chiarisce in relazione alla diversa traiettoria evolutiva.

I nuovi criteri introdotti nel DSMV, pubblicato in America nel maggio 2013, potrebbero, secondo alcuni autori, modificare il trend di prevalenza in quanto una discreta percentuale di persone classificate sotto lo spettro autistico secondo il DSM-IV potrebbero non raggiungere i criteri per la stessa diagnosi nel nuovo manuale diagnostico. Il dibattito è molto acceso soprattutto nei paesi anglosassoni dove l'accesso alle cure è legato alla categoria nosografica, ma in realtà le novità introdotte dal DSMV, rappresentano un importante tentativo di superare l'ambiguità legata alla definizione e rendere più specifica e sensibile la diagnosi.

Il lavoro del panel di esperti è stato orientato a ridefinire il concetto di spettro autistico (considerato non più come il contenitore di disturbi diversi collocati all'interno del continuum di gravità in relazione alla inclusione in una categoria rispetto ad un'altra, ma come uno spettro di condizioni morbose che sono distribuite lungo un continuum di gravità in relazione alla severità del disturbo) e di aumentare la specificità della diagnosi, attraverso una focalizzazione specifica sui sintomi *core* dell'autismo.

È stato dato un nuovo nome alla categoria, Disturbi dello Spettro Autistico, che include il Disturbo Autistico (autismo), la Sindrome di Asperger, il Disturbo disintegrativo dell'infanzia, e i Disturbi Pervasivi Dello Sviluppo Non Altrimenti Specificati in quanto la distinzione tra i diversi disturbi è stata trovata inconsistente nel tempo.

In relazione al problema della specificità dei criteri diagnostici estremamente importante è

l'eliminazione del criterio del linguaggio verbale (funzione compromessa in molte altre patologie) e la fusione delle categorie relative alla comunicazione e alla socializzazione nella categoria della comunicazione sociale, categoria molto più specifica dell'autismo. Il DSM-5 infatti restringe la triade dei domini sintomatologici descritti nel DSM-IV (deficit nel comportamento sociale, ritardo del linguaggio, comportamenti ripetitivi e interessi ristretti) in due sole grandi classi: difficoltà di comunicazione sociale e comportamenti ripetitivi o restrittivi.

Viene inoltre sottolineato come i problemi socio-comunicativi e/o le stereotipie non debbano essere attribuibili a ritardi generali nello sviluppo che rientrano in altre categorie nosografiche e questo ha rappresentato il rationale per l'eliminazione della Sindrome di RETT dallo spettro autistico. In generale non è considerato come sintomo dell'autismo una caratteristica comportamentale imputabile ad un deficit generale dello sviluppo.

I nuovi criteri sono sicuramente più restrittivi e viene stimato che possa rimanere escluso dalla diagnosi circa un 9% delle persone diagnosticate autistiche secondo i criteri del DSMIV.

È presumibile (e auspicabile) che la maggiore specificità della diagnosi possa portare a stime di prevalenza meno variabili e ad attese epidemiologiche che si avvicinino maggiormente alla realtà del fenomeno, per poter iniziare a ragionare seriamente in termini di ipotesi di modelli organizzativi e di investimento di risorse, orientando in maniera più precisa gli atti di programmazione nazionale e regionale.

Una ulteriore problematicità è rappresentata dal fatto che i molteplici interrogativi che l'autismo ancora suscita in relazione ai modelli interpretativi della clinica, e alla scarsità di evidenze conclusive rispetto all'efficacia dei modelli di intervento rendono difficile l'individuazione di una offerta standard che andrebbe costruita tenendo conto anche della tipologia di interventi ritenuta mediamente appropriata per affrontare il percorso terapeutico-abilitativo, diversificato in base all'età, e le necessità di supporto.

Va comunque riconosciuto che negli ultimi anni, grazie anche al grosso impegno delle associazioni, gli atti di indirizzo nazionali e regionali hanno identificato percorsi, modalità di presa in carico e azioni complessive di programmazione che hanno modificato sostanzialmente l'offerta dei servizi.

La Regione Toscana è stata una delle prime Regioni che si è attivata per governare in maniera omogenea il processo di presa in carico creando una rete integrata di servizi che potesse garantire equità nell'accesso, chiarezza e coordinamento dei percorsi terapeutico-abilitativi, multidisciplinarietà della presa in carico attuata

attraverso l'apporto integrato di competenze specificatamente qualificate, continuità della cura nel passaggio all'età adulta, integrazione con le agenzie educative e il tessuto sociale del territorio. Le Linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multiprofessionale dei disturbi dello spettro autistico (Bollettino Ufficiale Della Regione Toscana - N. 54 137 del 24.12.2008) hanno identificato un modello organizzativo regionale articolato su più livelli (aziendale-di area vasta-regionale) secondo una logica che ha previsto: l'istituzione di un Gruppo Interdisciplinare infanzia-adolescenza e adulti (livello Aziendale), deputato alla diagnosi nosografica, funzionale e alla presa in carico; l'individuazione di strutture per il ricovero specializzato in regime ordinario o di DH (livello di area vasta o regionale) necessario nelle situazioni di scompenso grave o per una definizione diagnostica più approfondita soprattutto relativamente agli aspetti etiologici; l'individuazione dei Centri di riferimento ad alta specializzazione (livello di area vasta) che supportano i gruppi interdisciplinari aziendali.

È stata inoltre organizzata una rete territoriale per l'individuazione precoce del disturbo che ha coinvolto i pediatri di libera scelta in un progetto di screening precoce, e l'attivazione di un osservatorio regionale, che dovrebbe arrivare a fornire le stime di incidenza sui nuovi nati e di prevalenza generale calcolate in rapporto alla popolazione 0-18.

L'impianto organizzativo previsto e attuato ha rappresentato una importante svolta e sicuramente migliorato l'offerta dei Servizi della Regione Toscana, anche se i processi di organizzazione-riorganizzazione sono ancora *in fieri* e le criticità descritte, rispetto alle attese e alla conseguente programmazione commisurata ai bisogni, lungi dall'essere risolte.

All'interno di un panorama ancora controverso rispetto all'individuazione di una offerta proporzionata alle complesse necessità di questa particolare tipologia di utenti, gli ele-

menti trasversali contenuti nelle linee di indirizzo sia nazionali che regionali, inerenti la necessità di attivare una rete di interventi precoci e mirati, che integrino più strumenti educativi e di cura, e che aderiscano a una prospettiva *life span*, rappresentano sicuramente una importante conquista. In particolare l'introduzione dell'ottica *lifespan* significa che è finalmente cultura condivisa la consapevolezza che sia la crescita psicologica, sia lo sviluppo di autonomie e competenze in questi soggetti possono continuare a lungo se adeguatamente supportati all'interno di un contesto "adattato" e che anche nei casi più gravi l'autismo mostra possibilità e risorse talora imprevedibili e aspetti straordinari di umanità.

Certamente il percorso evolutivo verso l'adulthood resta difficile, delicatissimo e spesso esposto al rischio di un arresto o di una regressione e la conseguenza drammatica è una vita individuale e soprattutto familiare costellata di difficoltà, disagio, esclusione sociale.

"Curare" l'autismo significa in ultima analisi, offrire risposte articolate a bisogni complessi, prevedere percorsi che seguano tutto l'arco evolutivo (ma proiettati nel futuro), lavorare sulla qualità della vita: una sfida complessa e difficile, che comporta un importante investimento di risorse, poiché, come sottolineato dalle Linee Guida non bisogna dimenticare che il grado di civiltà di una società si misura anche dalla sua capacità di investire e di mobilitarsi a favore dei più deboli e dei più svantaggiati tra i suoi componenti, come fin dalla fine del 1500 i versi poetici di John Donne avevano elegantemente evidenziato: *"Nessun uomo è un'isola, completo in se stesso; ogni uomo è un pezzo del continente, una parte del tutto. La morte di qualsiasi uomo mi sminuisce, perché io sono parte dell'umanità. E dunque non chiedere mai per chi suona la campana: essa suona per te"*. **TM**

Info: a.monti@usl11.toscana.it



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

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

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

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

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789

www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it

ANTONIO PANTI

Il banco salta!

Il servizio sanitario nazionale ha retto alla crisi della *spending review*, per quanto siano apparsi tutti i limiti di un malinteso federalismo, costringendo a ripensare al titolo quinto della Costituzione al fine di riportare al Ministero le decisioni più importanti; infatti molte Regioni (non la Toscana) hanno clamorosamente fallito. Come spesso accade, anche chi si comporta bene subisce i danni provocati dagli altri. Resta il fatto incontrovertibile che con il 10% del PIL, in Italia si raggiungono risultati di salute confrontabili, se non migliori, rispetto a paesi che spendono molto di più.

Tuttavia la sanità come servizio universale è a rischio. Nonostante l'idea diffusa il pericolo non risiede nell'invecchiamento della popolazione, per quanto la crisi della famiglia tradizionale possa influire sui costi sociali. Il problema vero è l'incremento esponenziale degli oneri derivanti da tecnologie, farmaci e dispositivi, costose e spesso poco risolutive. L'economia generale attraversa una lunga recessione. La domanda di beni diminuisce e l'offerta tende ad abbassare i prezzi, verso un quadro di impoverimento diffuso e di benefici per pochi.

Al contrario, la sanità rappresenta un caso unico nel panorama globale: nella sanità la domanda aumenta perché la gente invecchia e gli anziani hanno sempre bisogno di cure; inoltre si chiede alla medicina di superare gli antichi limiti dell'uomo, di contrastarne l'invecchiamento, di mantenersi giovani, di oltrepassare perfino i confini biologici della natura umana. Nello stesso tempo le tecniche si rinnovano e mutano con un trend logaritmico. Aumenta quindi anche l'offerta che, a differenza di ogni altro settore economico, innalza i costi e si rivolge a target più piccoli con oneri sempre maggiori. Infine ben poche tecnologie guariscono; per lo più cronicizzano, il che provoca ulteriori aggravii per la società.

Nell'economia reale saldi, sconti, svendite, attenuano la tristezza degli "affittasi". Ci sono meno soldi e meno gente acquista anche beni durevoli. Nella sanità il numero dei malati (la domanda) aumenta, l'offerta (le tecnologie) aumenta ugualmente con costi sempre mag-

giori ma i soldi disponibili sono gli stessi. Ormai conosciamo l'onere per assistere centinaia di migliaia di ipertesi e possiamo costruire un bilancio di previsione attendibile. Ma quasi ignoriamo quanto spenderemo per i farmaci anti-epatite C o per quelli oncologici o per quelli per la sclerosi multipla. Piccoli target costeranno più che le grandi patologie, con il rischio di mettere in crisi l'assistenza a queste. Se si vuole evitare che il banco salti e, nello stesso tempo, garantire la fruibilità dell'innovazione, vi sono alcune strade obbligate che richiedono grande impegno comune.

La prima consiste nell'affrontare il mercato farmaceutico. Occorre ridurre il prezzo dei nuovi farmaci (si possono ad esempio impedire le spese di marketing con buona pace dei benefit dei medici), contrattare la durata dei brevetti, valutare criticamente il valore dei nuovi farmaci, insomma dare un prezzo all'innovazione. È accettabile un alto costo di terapie, come quelle per l'AIDS, che hanno trasformato una malattia mortale in una cronicità, ma non lo è quello di una cura che al massimo prolunga la sopravvivenza per pochi mesi, scarsamente migliorando la qualità della vita. A Firenze esiste ancora un'Officina Farmaceutica Militare di grande pregio, ma di fatto abbandonata. Perché?

Nello stesso tempo, il banco terrà se i medici sapranno resistere alle sirene del conflitto di interesse. L'appropriatezza non è soltanto un fatto culturale ma una precisa esigenza deontologica. La selezione dei soggetti da sottoporre a terapie innovative non può essere lasciata all'improvvisazione ma deve essere controllata secondo criteri condivisi dalla comunità scientifica. Nessuno può ostacolare la libertà della scienza ma questa non può svolgersi altro che nei limiti della metodologia che la scienza stessa si è data. In conclusione il rischio che il servizio sanitario, così come è stato realizzato nell'interesse di tutti, anche dopo un'attentissima cura contro gli sprechi e il malcostume, possa comunque entrare in crisi è altissimo e le cause sono intrinseche allo sviluppo tecnico e sociale della medicina. Non solo la politica, ma anche i medici dovrebbero giocare un ruolo importante per allontanare questo rischio.



Antonio Panti, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Naz.le degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. Dal 1998 è Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

TM



Giampaolo Collecchia, medico di medicina generale, Asl 1 Massa e Carrara, spec. in Med. Interna, dirigente CSeRMEG, coordinatore delle attività teorico-pratiche per il Corso di Formazione Specifica in Med. Gen. della Regione Toscana, Membro del Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica dei Medicinali dell'Azienda USL 1 di Massa e Carrara, Editorial Reviewer per il British Medical Journal.

GIAMPAOLO COLLECCHIA

Il problema dell'aderenza terapeutica

"Drugs don't work in patients who don't take them".

C. Everett Koop, M.D.

Il rispetto delle indicazioni del medico è in genere definito con il termine *compliance*, inteso come grado di coincidenza tra il comportamento di una persona (assunzione di farmaci, osservanza di diete, cambiamenti nello stile di vita) ed i consigli del curante. Tale concettualizzazione sottende peraltro un atteggiamento paternalistico nei confronti del paziente, i cui desideri ed esigenze vengono scarsamente presi in considerazione. È pertanto preferibile il termine *adherence*, inteso come coinvolgimento attivo e collaborativo dell'assistito, a cui si chiede di partecipare alla pianificazione ed all'attuazione del trattamento mediante un consenso basato sull'accordo e la condivisione di responsabilità. Concetto complementare è infatti quello di *concordance*, che rafforza la necessità di raggiungere un'alleanza terapeutica tra medico e paziente in un processo di negoziazione che prevede il rispetto delle esigenze di entrambi. Il costrutto è completato dal termine *persistence*, cioè il periodo di tempo in cui il paziente aderisce alle raccomandazioni concordate.

I dati epidemiologici mostrano una mancata aderenza alla terapia in circa il 50% dei pazienti in prevenzione primaria e nel 30% in prevenzione secondaria. Nel 20-30% dei casi l'assunzione è assente fin dall'inizio. Manca un valore-soglia valido in assoluto, ma si considera accettabile un'aderenza maggiore dell'80% (95% nel caso della terapia antiretrovirale). Un paziente si considera non aderente se assume meno del 20% della terapia. Non si tratta di un fenomeno tutto o nulla ma di un continuum da 0 ad oltre 100% (chi assume più farmaci dei prescritti!). Viene definito "aderenza da camice bianco" il fenomeno per cui questa aumenta nei 5 giorni antecedenti o successivi ad una visita medica di controllo. È descritta una sovrastima del 20-30% della reale assunzione.

La mancata aderenza viene considerata un *marker* di rischio, nel senso della predisposizione a comportamenti e stili di vita non salutari. Nel trial CHARM una buona aderenza,

alla terapia (candesartan) o al placebo, era associata ad una più bassa mortalità (- 35%) e gli esiti erano in generale migliori nei soggetti del gruppo placebo aderenti rispetto ai soggetti del gruppo trattamento poco aderenti. Vari studi hanno dimostrato la correlazione tra bassa aderenza e rischio di ospedalizzazione. Negli USA tale problematica determinerebbe circa 125.000 morti, almeno 10% delle ospedalizzazioni ed un aumento in generale di morbilità e mortalità, oltre ad un costo annuo tra i 100 e i 289 miliardi di dollari.

I metodi di misurazione dell'aderenza possono essere diretti e indiretti, senza peraltro uno standard di riferimento perché ognuno presenta vantaggi e svantaggi. I metodi diretti, ad esempio l'osservazione dell'assunzione o la misura dei livelli ematici del farmaco, sono poco praticabili o costosi. I metodi indiretti, ad esempio le risposte a questionari o la frequenza di rinnovo delle prescrizioni, sono di facile applicazione ma raramente veritieri in quanto strettamente dipendenti dall'affidabilità del paziente.

Le cause di non aderenza sono attribuibili al medico, al paziente, al sistema sanitario e alle relative interazioni. In generale, è importante la condivisione delle scelte con il paziente, soprattutto in ambito preventivo, per evitare lo scontro di prospettive tipico ad esempio delle modifiche dello stile di vita: per il medico prevenzione significa infatti mantenere il paziente nelle migliori condizioni di salute, per il paziente divieti, rinunce, sacrifici sicuri OGGI in cambio di vantaggi INCERTI e comunque FUTURI. I pazienti tendono infatti a non valutare in prospettiva, probabilmente per retaggio della evoluzione che ha premiato la capacità di prendere decisioni in tempi brevi. Sicuramente è innaturale chiedere alle persone di posporre piacere e soddisfazione per decine di anni e forse i medici dovrebbero porsi la domanda: **ma perché pazienti asintomatici dovrebbero assumere farmaci?**

Lo stile di vita riflette inoltre la risposta adattativa al bisogno di integrazione tra la cultura del singolo e quella della comunità di appartenenza, è pertanto più una caratteristica della popolazione e della società che degli individui,

inevitabilmente elementi di svariati contesti (famiglia, ambiente di lavoro, amici...). Le persone sono per di più esposte ad una enorme offerta informativa, che tende spesso a sovrastare quella dei curanti ma che, pur essendo spesso criticabile, è ugualmente pertinente dal loro punto di vista. I cittadini non sono infatti formati ad un sapere scientifico "critico", in grado di renderli più consapevoli nel compiere scelte autonome. Insistere eccessivamente sul rispetto delle indicazioni può provocare la cosiddetta **reattanza psicologica**, stato motivazionale suscitato dalla eliminazione (anche solo minacciata) di alcune delle libertà di cui ogni individuo dispone, potendole controllare ed esercitare in ogni momento. La reattanza psicologica tende a ripristinare o a difendere la libertà minacciata o eliminata, che spesso diventa prioritaria, insostituibile, anche quando risulterebbe inutile e svantaggiosa, con il risultato di un *effetto boomerang*.

Sicuramente non esiste un'unica soluzione alla non aderenza, fenomeno multidimensionale il cui approccio deve essere multifattoriale, mediante strategie agenti su più fronti e con strumenti diversi: dedicare tempo agli assistiti; effettuare "educazione" (al paziente, ai familiari, al *care-giver*) nei confronti del "valore della cura"; prestare particolare attenzione ai pazienti "a rischio di non aderenza"; essere disponibili alla collaborazione con gli specialisti, per evitare la frammentazione assistenziale; avere un orientamento al paziente, rispettare il suo punto di vista, i suoi diversi modelli di interpretazione della realtà, di determinazione del proprio futuro.

Schema operativo di Daltroy

Inizio del trattamento

- Il medico fornisce informazioni sulla malattia e sul trattamento, facendole riassumere al paziente.
- Il paziente è incoraggiato a esprimere le sue preoccupazioni.
- Le sue preoccupazioni vengono discusse.
- Il medico e il paziente definiscono le finalità, le priorità e le modalità del trattamento.
- Medico e paziente formulano strategie per prevenire le difficoltà.

Follow-up

- Il paziente è incoraggiato ad esprimere il suo parere sulla terapia seguita.
- Vengono discusse eventuali ragioni di insoddisfazione o di preoccupazione e l'eventuale quota di non aderenza che può esserne derivata.
- Medico e paziente definiscono le finalità raggiunte e quelle rimanenti e le priorità nella prosecuzione del trattamento.
- Medico e paziente formulano progetti per ridurre le difficoltà.

In alcune realtà sono stati adottati modelli incentivanti economicamente: a Philadelphia i pazienti a cui viene prescritto il warfarin possono vincere premi da 10 a 100 dollari se assumono il farmaco (un portapillole computerizzato registra se la prendono e li avvisa se quel giorno hanno vinto). I partecipanti al piano di incentivi guadagnano in media 90 dollari al mese per aver rispettato le prescrizioni. In un reality show della NBC sono stati offerti 250.000 dollari al concorrente che ottiene la maggiore perdita di peso nel corso della stagione televisiva! **TM**

Info: g.collec@vmail.it

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

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



Giancarlo Basili, spec. in Chirurgia Generale c/o l'Univ. di FI, Resp. Endocrinochirurgia c/o l'U.O. di Chir. Generale, Az. USL 5 Pisa, P.O. di Pontedera. Membro del C.D. del Club delle "Unità di Endocrinochirurgia Italiane", chirurgo di riferimento per l'Istituto di BioRobotica, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

GIANCARLO BASILI, ROBERTO ANDREINI¹, DARIO PIETRASANTA², FEDERICA MARIOTTI³, FEDERICO FILIDEI⁴, MORENO COSTAGLI⁵, GRAZIANO BIONDI⁶

Giornata della tiroide

La patologia nodulare della tiroide costituisce un problema clinico comune. Studi epidemiologici hanno riportato come la prevalenza di noduli clinicamente evidenti sia pari a circa il 5% della popolazione, percentuale che subisce un importante incremento in corso di studi ecografici, raggiungendo dei valori fino al 50% dei soggetti esaminati. Il gozzo, se genericamente considerato come un ingrandimento del parenchima tiroideo, indipendentemente dalla patologia sottostante, rappresenta una entità clinica estremamente diffusa in tutte le aree geografiche del nostro pianeta. Stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno evidenziato come circa un miliardo di persone al mondo sia affetta da una forma di disfunzione tiroidea.

L'importanza clinica dei noduli tiroidei è correlata alla necessità di scoprire precocemente i carcinomi tiroidei, patologia che ha avuto un notevole incremento negli ultimi 10 anni, registrando una percentuale di incidenza maggiore rispetto a tutte le altre forme neoplastiche.

Il nodulo tiroideo viene scoperto generalmente in modo casuale ed il paziente si presenta con la convinzione che esso sia di recente insorgenza e ne paventa la natura tumorale. La scoperta accidentale di noduli tiroidei non palpabili nella popolazione generale sta aumentando progressivamente. Tale fenomeno è conseguenza dell'uso sempre più diffuso dell'ecografia della regione cervicale o del doppler dei vasi del collo. Nonostante tale frequenza, i tumori della tiroide presentano una lunga sopravvivenza a distanza, pari a circa il 90% a 20 anni, in

particolare nelle forme differenziate, dal diametro inferiore al centimetro.

Proprio in rapporto a questi fattori, lo scorso ottobre il dr. Giancarlo Basili, responsabile della chirurgia endocrina dell'Azienda USL 5 Pisa, in collaborazione con il dr. Roberto Andreini, endocrinologo, nonché responsabile della Medicina I del nosocomio di Pontedera, spinti anche da un importante interesse del Comune di Pontedera e della Direzione Aziendale hanno organizzato una giornata di screening completamente gratuito, al fine di poter offrire alla popolazione un valido ausilio nella diagnosi precoce della patologia nodulare tiroidea. Hanno partecipato alla giornata di studio anche la dr.ssa Federica Mariotti ed il dr. Moreno Costagli, endocrinologi, insieme al dr. Dario Pietrasanta, ed al dr. Federico Filidei, chirurghi, particolarmente dedicati alla diagnostica ed al trattamento delle affezioni tiroidee. Tutti i pazienti presentati allo studio sono stati sottoposti ad una visita medica mediante raccolta dei dati anamnestici, all'esame obiettivo ed all'ecografia del collo.

Globalmente sono stati studiati 439 utenti. 322 risultavano di sesso femminile (73.3%) e 117 di sesso maschile (26.7%), con un rapporto M:F pari a 1:2.7. Il 90% degli utenti studiati proveniva dalla Asl di Pisa, mentre il 10% da altre Asl limitrofe come da anche altre regioni. Dei 439 utenti esaminati, 48 (10.9% del totale, 23.2% degli utenti affetti da una tireopatia) erano già affetti da una patologia della tiroide e si sono presentati per una visita di controllo gratuita.

¹ Dirigente Medico II livello, Responsabile Medicina I, Azienda USL 5 Pisa, P.O. Pontedera

² Dirigente Medico I livello, U.O. Chirurgia Generale, Azienda USL 5 Pisa, P.O. Pontedera

³ Dirigente Medico I livello, U.O. Medicina I, Azienda USL 5 Pisa, P.O. Pontedera

⁴ Dirigente Medico I livello, U.O. Chirurgia Generale, Azienda USL 5 Pisa, P.O. Pontedera

⁵ Dirigente Medico I livello, U.O. Medicina I, Azienda USL 5 Pisa, P.O. Pontedera

⁶ Dirigente Medico I livello, Responsabile f.f. U.O. Chirurgia Generale, Azienda USL 5 Pisa, P.O. Pontedera

Evidenza di patologia della tiroide nei soggetti esaminati

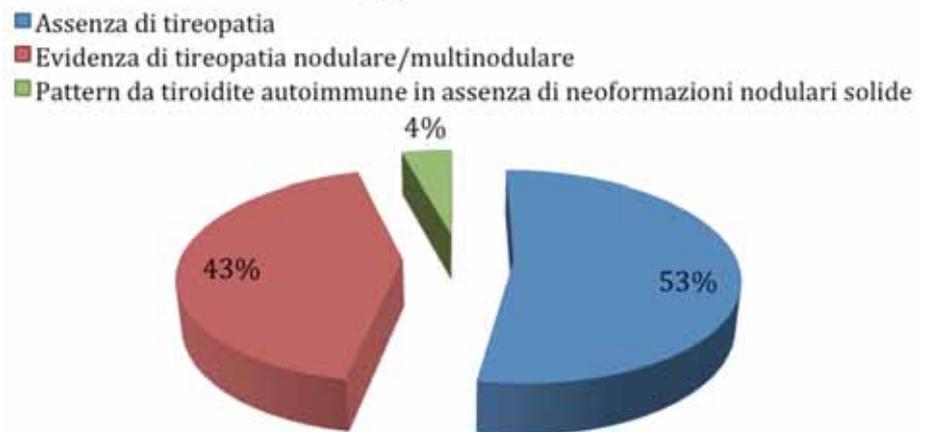


Figura 1

Lo studio ha confermato i dati epidemiologici descritti in precedenza evidenziando una prevalenza della patologia tiroidea nei soggetti esaminati pari a 47.1%, con maggior frequenza di tireopatia nodulare/multi nodulare, piuttosto che ad una sospetta tiroidite autoimmune (Figura 1). La stratificazione di questo gruppo di pazienti ha dimostrato una più netta frequenza nel sesso femminile, registrando un rapporto M:F pari a 1:3.2 con un'età media pari a 42 anni. Il 52% degli stessi presentava, inoltre, una familiarità per una qualche forma di tireopatia.

In 27 casi (14.3%) è stata evidenziata una neoformazione nodulare con caratteristiche "sospette" ed è stato programmato un esame citologico su agoaspirato al fine di una più precisa definizione diagnostica.

I dati rilevati nel corso della giornata hanno confermato come le tireopatie siano estremamente frequenti e, nella maggioranza dei casi misconosciute in quanto asintomatiche. L'iniziativa ha mirato, infatti, ad aumentare nella popolazione la consapevolezza per queste patologie, la cui diagnosi precoce è fondamentale ai fini di una corretta strategia terapeutica.

La grande affluenza registrata sottolinea il crescente fabbisogno della cittadinanza di informazione e di accedere a programmi di screening e di prevenzione, coinvolgendo in particolare i medici di medicina generale, primi attori nell'approccio a questa frequente entità clinica.

TM

Info: drbasilgiancarlo@gmail.com

PRONTO DOTTORE? ...

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

Donna: *(è una bambina cinese, con chiare inflessioni toscane)* Pronto? Mi chiamo Suh-Su, e sono una bambina cinese di sette anni e tre mesi...

Operatore: Come?

Donna: Cinese! Stammi a sentire! Sono una bambina cinese. Tutta la mia famiglia l'è palecchio pleoccupata. Ma molto, molto, molto... pleoccupata.

Operatore: Ma preoccupata da cosa? Suh... su, passami il babbo.

Donna: Mi stai a sentire? Mio babbo non lo pallamica, italiano!

Operatore: Allora passami qualcuno, la mamma, un fratello più grande...

Donna: Suh-Su è la più glande. Sette anni e tre mesi. Nessuno in casa palla italiano. Io l'ho impalato a scuola!

Operatore: Va bene, ho capito! Allora dimmi, che problema hai? Perché sono preoccupati, lì da te?

Donna: Tutti miei palenti molto pleoccupati pe' la mi'... mamma!

Operatore: Perché, che ha?

Donna: Ieli sela il babbo c'ha messi tutti in macchina, tutti e nove, e

c'ha poltati a cena in listolante!

Operatore: Cinese?

Donna: Che cinese, noi mangiale cinese tutte le sele!... No, lui poltati in listolante napoletano! Tutto buono, tutto sapolito... Pelò la mamma stata unica che ha pleso imepata di cozze, ed essele stata tutta la notte palecchio palecchio male.

Operatore: Ah! Ma ora come sta?

Donna: Lei non andata a lavolale! Quindi vuol dile che stale molto, molto, molto, molto male... Lei dolole alla pancia e molto pallida. Molto, molto, molto pallida.

Operatore: Ho capito, molto male, molto pallida! Ma la pancia e basta o anche lo stomaco?

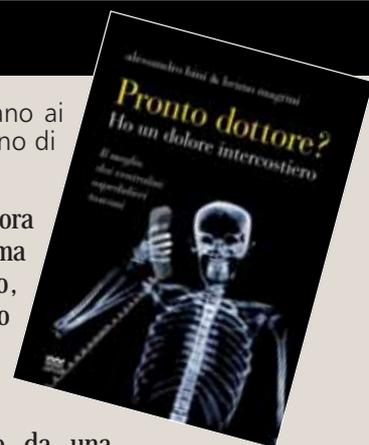
Donna: Ola vado a chiederle... *(si sente una concitata conversazione in cinese)* Tlema, tlema da testa a piedi! Senti... se te la devo dile tutta, secondo me quel listolante non ela mica tanto pulito! Mandi ambulanza?

Uomo: Pronto? Sono agli arresti domiciliari. Per cui, devo disdire l'appuntamento di domani mattina, ci siamo? A meno che non mi mandate un dottore

qui. Però allora sorge il problema dell'indirizzo, perché io sto chiamando da una roulotte. Ci siamo? E sto chiamando da una roulotte, perché ci abito, in una roulotte... E c'ho un ginocchio che mi hanno fracassato in galera.

Uomo: Pronto? Siccome la prossima settimana devo essere ricoverato da voi per un'operazione al gomito, volevo sapere com'era il rancio.

Uomo: Pronto? Devo compilare un foglio che mi ha dato la Usl e dice: stato civile. E questa cosa un po' mi ha preoccupato, perché io sono una persona onesta. Insomma, non ho fatto del male a nessuno. Non ho mai avuto guai con la legge. Perché mi chiedete lo stato civile? Stato civile, ma che significa stato civile? Non ho capito che volete sapere da me.





A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Pubblichiamo l'allegato A alla Delibera di Giunta Regionale DGR 272/2014 "Riordino della Rete chirurgica oncologica toscana: primi indirizzi alle Aziende Sanitarie per la costituzione della Rete dei Centri di Senologia e requisiti organizzativo-assistenziali degli stessi".

Allegato A

La Rete regionale dei Centri di Senologia

Premessa

Il rinnovamento e le trasformazioni organizzative dei sistemi sanitari sono posti da tutti i paesi industrializzati come elementi fondamentali per raggiungere obiettivi complessi ed apparentemente contraddittori: efficacia, qualità, efficienza, contenimento dei costi, equità e libertà di scelta. I risultati del Rapporto SDO 2012 evidenziano gli ottimi risultati per ciò che concerne gli esiti delle cure della rete ospedaliera toscana, che si caratterizza per l'elevata appropriatezza, l'ottima efficienza e l'ampia garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, dimostrandosi una rete efficiente e poco dispersa. Le strutture ospedaliere, organizzate secondo un modello orizzontale e con una logica non gerarchica, devono trovare all'interno della rete stessa una propria specificità e ragione d'essere in una logica cooperativa, avendo cura a che tutti gli snodi tendano al raggiungimento dell'obiettivo prioritario di presa in carico delle persone assistite. I **concetti guida** che orientano il riordino della rete ospedaliera sono:

1. prevedere l'esistenza di reti cliniche dove ci siano evidenze che ne dimostrino il valore per migliorare le cure (ad esempio la rete ictus, traumi, ortopedia, etc);
2. perseguire lo sviluppo delle professioni prevedendo un sistema di valutazione in grado di far emergere il merito e le competenze;
3. sostenere la proiezione di alcuni ospedali e singole strutture nello scenario europeo;
4. superare le barriere di accesso alle cure per i cittadini, soprattutto per i tempi di attesa, per le patologie e le condizioni cliniche per le quali l'efficacia dell'intervento tempo correlata è essenziale, come ad esempio per l'oncologia;
5. porre al centro delle decisioni organizzative la valutazione degli esiti;
6. garantire la necessaria concentrazione degli interventi la cui qualità dipende dal numero degli stessi.

Il sistema di rete

Il sistema di rete organizzato con modello orizzontale non gerarchico, seguendo le logiche sopra descritte, viene utilizzato per la costituzione della Rete dei Centri di Senologia. I primi obiettivi della rete sono:

- garantire l'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici e degli interventi fondati sulle migliori evidenze scientifiche
- promuovere e partecipare ad iniziative di

informazione e comunicazione rivolte ai pazienti

- produrre e adottare procedure operative condivise
- sviluppare la ricerca
- supportare le attività di formazione rivolte ai professionisti coinvolti.

I requisiti quali-quantitativi dei centri di senologia

Il Centro di Senologia rappresenta un modello organizzativo per l'assistenza alle persone affette da carcinoma mammario, per il tramite di un gruppo multidisciplinare di professionisti dedicati e con esperienza specifica maturata in ambito senologico. Il Centro di Senologia (CS) riunisce funzionalmente tutte le unità operative, semplici, complesse o dipartimentali o servizi che sono coinvolti nella diagnosi e cura della patologia tumorale mammaria e che concorrono a garantire, in un'ottica di genere la multidisciplinarietà della diagnosi, cura e riabilitazione delle pazienti con carcinoma mammario. E' fortemente raccomandato, per garantire la multidisciplinarietà, raccordare gli specifici professionisti dei seguenti servizi: radiodiagnostica, chirurgia senologica, chirurgia ricostruttiva, anatomia patologica, oncologia medica, radioterapia, medicina nucleare, genetica medica oncologica, fisioterapia, psico-oncologia, presenti nella medesima Azienda ovvero funzionalmente collegati a livello interaziendale nella stessa Area vasta, garantendo la raccolta e la condivisione dei dati clinici comuni e la partecipazione ad incontri multidisciplinari ed audit organizzati dal Centro di Senologia. Il Centro deve promuovere attività formative e partecipare a progetti di ricerca finalizzati al miglioramento degli standard di cura. Si deve garantire inoltre adeguata accoglienza della persona, comunicazione efficace e completa informazione. Si deve garantire che un numero adeguato di professionisti dedichino una rilevante parte della loro attività alle attività del Centro. In particolare va garantita la presenza di:

- radiologo;
- chirurgo oncologo/oncoplastico;
- anatomo patologo • oncologo medico;
- radioterapista;
- infermiere con specifiche competenze;
- tecnico di radiologia;
- unità per l'analisi dei dati;
- altri specialisti previsti quali chirurgo plastico, psico-oncologo, oncogenetista, fisiatra,

fisioterapista e medico nucleare vengono coinvolti in base alle valutazioni cliniche dei casi.

È opportuno il coinvolgimento del volontariato di settore. Le figure professionali coinvolte devono possedere e mantenere un'adeguata casistica e partecipare a specifiche attività formative. Il Centro deve implementare specifici protocolli operativi in relazione alle modalità di accesso allo stesso.

I requisiti specifici sono:

1) Coordinatore clinico

Il CS deve avere un coordinatore clinico scelto fra uno dei medici membri del core team.

2) Volume dei casi trattati

Nel CS devono essere trattati ogni anno almeno 150 nuovi casi di carcinoma mammario, a qualunque stadio. Tutti i trattamenti condotti nel CS devono essere decisi nel corso dell'incontro multidisciplinare al quale devono partecipare tutti gli specialisti coinvolti.

È resa obbligatoria la compilazione della scheda di valutazione redatta a cura del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) per la mammella, che diventa parte integrante e sostanziale della documentazione sanitaria. Il Centro deve rispettare la normativa vigente sulle attività dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari.

3) Protocolli

Il CS deve fare riferimento alle raccomandazioni cliniche di ITT o a linee guida internazionali riconosciute e condivise fra gli specialisti del Centro. Tali protocolli dovrebbero essere rivisti ogni anno e le modifiche devono essere discusse e verbalizzate nel corso dei periodici audit clinici.

4) Raccolta Dati

Il CS deve avere un database per l'opportuno monitoraggio degli indicatori di qualità, per le sessioni periodiche di audit e per la ricerca.

Il CS deve registrare anche tutti gli interventi effettuati per patologia benigna. Se il programma di screening regionale afferisce al CS devono essere registrati quali sono i casi provenienti dallo screening (prima diagnosi o tumori di intervallo). Il CS deve organizzare gli audit previsti dall'accreditamento istituzionale prevedendo la partecipazione di tutto il personale coinvolto.

5) Comunicazione ai pazienti della diagnosi e del piano terapeutico

Il CS deve nel minor tempo possibile informare la paziente riguardo alla diagnosi e al piano di trattamento. Le informazioni alla paziente dovrebbero essere date direttamente e non per lettera o per telefono, in un ambiente confortevole e riservato. La paziente dovrà iniziare il trattamento entro 30 giorni dalla diagnosi definitiva.

6) Formazione

Il CS deve offrire opportunità di formazione dedicata e organizzare corsi di aggiornamento continuo.

7) Ricerca

Il CS deve attivarsi per partecipare a studi clinici controllati, profit e no profit.

Servizi e specialisti che compongono il Centro di Senologia

Radiologia

Il servizio di radiologia deve avere almeno 2 radiologi che dedicano almeno il 50% della propria attività alla patologia della mammella. Ogni radiologo deve refertare di norma 1.000 mammografie, deve eseguire di norma 250 ecografie mammarie, eseguire di norma 100 procedure tra agoaspirati e agobiopsie e almeno 25 procedure microbioptiche con tecnica vuoto assistita (VABB) in un anno. Ogni radiologo che esegue risonanza magnetica mammaria (RM) ne deve refertare almeno 50 per anno. Gli altri radiologi del servizio di radiologia che non riuscissero a raggiungere il numero di procedure richieste devono essere supervisionati da un medico radiologo che soddisfi tali requisiti. Gli esami di diagnostica per immagini eseguiti dalle pazienti al di fuori del servizio di radiologia devono essere rivisti dai radiologi del servizio stesso. Il radiologo deve partecipare al GOM per la discussione dei casi preoperatori e alle riunioni di audit. Il servizio di radiologia deve possedere, anche funzionalmente, tutte le apparecchiature necessarie per la diagnostica senologica:

- mammografi preferibilmente digitali;
- sistemi mammografici dedicati per la stereotassi;
- dispositivi per prelievi citologici e microistologici;
- ecografi dedicati con sonde lineari ad alta frequenza.

Il Centro deve disporre di apparecchiatura per risonanza magnetica mammaria con caratteristiche adeguate secondo le più recenti linee guida europee. Se la risonanza magnetica non è disponibile all'interno del presidio, come pure i dispositivi per prelievi bioptici eco guidati o stereotassici, il centro deve avere un accordo formale con un centro diagnostico di secondo livello fornito di tali apparecchiature.

Chirurgia

La chirurgia senologica comprende tutti gli atti chirurgici eseguiti a scopo profilattico, diagnostico, oncologico e ricostruttivo nel trattamento della patologia mammaria. La chirurgia senologica deve avere almeno 2 chirurghi che dedicano almeno il 50% della propria attività. Ogni chirurgo che esegua gli interventi in oggetto deve effettuare come primo operatore almeno 50 nuovi casi per anno.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Se il servizio ha chirurghi in formazione, i chirurghi responsabili della formazione possono eseguire meno di 50 interventi all'anno come primo operatore, documentando il loro ruolo di secondo operatore del chirurgo in formazione. Devono essere garantiti interventi ricostruttivi, non solo con impianti (espansori o protesi), ma anche con altre tecniche opportune e interventi oncoplastici. Nel caso che i chirurghi senologi non siano in grado di eseguire interventi ricostruttivi o oncoplastici, deve essere prevista la collaborazione con chirurghi plastici che fanno parte del team del Centro di Senologia o che abbiano comunque un rapporto di consulenza. La chirurgia senologica deve collaborare con un servizio di medicina nucleare per la localizzazione preoperatoria delle lesioni non palpabili (radio guided occult lesion localisation), per la biopsia del linfonodo sentinella. Se la dimensione della casistica lo giustifica, si deve prevedere una sala operatoria dedicata alla patologia della mammella. Quando ciò non è possibile, per il limitato numero di casi, è conveniente dedicare dei giorni specifici. Un mammografo ed un ecografo, o altre apparecchiature radiologiche specifiche per il controllo del pezzo operatorio, devono essere in stretta vicinanza del reparto operatorio. La sala operatoria deve essere dotata di apparecchiatura idonea per l'identificazione del linfonodo sentinella.

Anatomia Patologica

Il Servizio di Anatomia Patologica deve avere almeno 2 anatomo-patologi con esperienza specifica. Ogni anatomo patologo deve refertare di norma 50 resezioni primarie per carcinoma e di norma 100 esami citologici da FNAC e 100 esami istologici da biopsia percutanea per anno. L'anatomo patologo deve partecipare al GOM per la discussione dei casi preoperatori e postoperatori e alle riunioni di audit.

Il servizio di anatomia patologica deve essere in grado, anche funzionalmente, di eseguire tutte le prestazioni necessarie al corretto percorso diagnostico:

- diagnosi su campioni citologici eseguiti con tecnica FNAC (Fine needle aspiration cytology);
- diagnosi istologiche su biopsia percutanea o su VABB ;
- diagnosi istologiche su pezzo operatorio con o senza escissione linfonodale;
- diagnosi su linfonodo sentinella anche in corso di intervento chirurgico;
- esami immunocitochimici di tipo diagnostico e relativa diagnosi;
- esami immunocitochimici per la definizione dello stato dei recettori ormonali e di HER2, dell'indice di proliferazione e indicatori che dovessero essere formalmente riconosciuti di valore prognostico e/o predittivo;
- esami di biologia molecolare con metodiche opportune (es. FISH, PCR) dell'amplificazione genica di HER2, o valutazione di altri indicato-

ri che dovessero rivelarsi utili per la prescrivibilità dei farmaci.

Oncologia medica

Il Servizio di Oncologia Medica deve avere almeno 2 oncologi medici con esperienza specifica. Le informazioni cliniche delle pazienti trattate con terapia sistemica in strutture diverse dal Centro di Senologia dovrebbero essere registrate nel database del CS.

Radioterapia

Il Servizio di Radioterapia deve avere almeno 2 radioterapisti con esperienza specifica. Le risorse strumentali del servizio di radioterapia devono includere, anche funzionalmente, almeno:

- 2 unità di trattamento di megavoltaggio;
- TC e simulatore (preferibilmente un TC simulatore);
- un sistema di pianificazione per trattamenti conformazionali 3D;
- sistemi di immobilizzazione a garanzia di un posizionamento corretto e riproducibile;
- un sistema di recording e reporting dei trattamenti radianti effettuati;
- un sistema di verifica del posizionamento mediante acquisizione di immagini in corso di trattamento. Tutte le apparecchiature devono essere sottoposte a periodici controlli di qualità secondo i protocolli nazionali. E' raccomandata un'esperienza nei trattamenti radianti mediante IMRT, partial breast irradiation, brachiterapia, tecniche di gating respiratorio. I radioterapisti del centro convenzionato devono partecipare ai GOM preoperatori e postoperatori e alle riunioni di audit. Le informazioni cliniche delle pazienti trattate in strutture di radioterapia diverse dal centro di senologia dovrebbero essere registrate nel database del CS.

Medicina Nucleare

Il CS deve avere accesso ad un servizio di medicina nucleare dove gli specialisti si prendano cura di tutte le procedure e gli esami necessari alla diagnosi e al trattamento del carcinoma mammario.

Psico-oncologia

Il CS deve avere uno psicooncologo di riferimento.

Genetica

Il CS deve avere un medico genetista di riferimento, anche funzionalmente collegato, con esperienza nel settore dei tumori eredo-familiari della mammella/ovaio, che garantisca una consulenza in tempi adeguati.

Professioni sanitarie

Il centro avrà professionisti sanitari adeguatamente formati sulla patologia tumorale mammaria, in particolare infermiere e fisioterapista.

Protocollo Operativo IVG Farmacologica

*Pubblichiamo l'Allegato A del Parere n° 7 del 4 febbraio 2014
in merito alla IVG Farmacologica, che aggiorna il Protocollo Operativo
dell'IVG Farmacologica, di cui al Parere CSR 47/2010*



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

RIFERIMENTI NORMATIVI E CLINICO-SCIENTIFICI

Legge 194, maggio 78 con particolare riferimento agli art. 4,5 e 8, nonché applicazione dell'articolo 15, con riferimento all'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose.

AIFA. RU 486: CdA delibera autorizzazione alla commercializzazione. Comunicato 120, 30/7/2009

Parere Consulta deontologica nazionale FNOMCEO 12 marzo 2010

Parere Consiglio Superiore di Sanità XLVII del 18 marzo 2010

Parere Consiglio Sanitario Regione Toscana n. 47 del 06 luglio 2010

GENERALITÀ

Nella legge 194 è prevista la possibilità di utilizzare metodi abortivi in alternativa all'IVG chirurgica, laddove l'art. 15 cita la possibilità di "aggiornamenti sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza". In effetti da alcuni anni anche nel nostro Paese è possibile interrompere la gravidanza con metodi farmacologici.

Il mifepristone (RU 486) è il farmaco attualmente utilizzato in quasi tutti i Paesi del mondo, ove l'aborto è legale. In Europa sono oltre 650.000 le donne che hanno abortito volontariamente con questo metodo. In Francia è scelto dal 65% delle donne che sono nelle condizioni di poterlo fare. L'aborto medico è considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità un metodo sicuro ed efficace.

FINALITÀ

Assicurare a tutte le donne che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) un servizio uniforme, rispettoso dei diritti della donna e di alta qualità che, tenendo conto delle caratteristiche logistico/territoriali, si integri con quello dell'azienda sanitaria di riferimento, in piena attuazione della legge 194 e con specifico riferimento all'art. 8.

SCHEMA DEL TRATTAMENTO

Il metodo farmacologico per l'interruzione della gravidanza prevede l'uso di una dose di mifepristone (anti-progesterone) seguita da una o più dosi di prostaglandine, per via orale o va-

ginale. L'associazione mifepristone/misoprostolo rappresenta la modalità più diffusa.

Lo schema proposto dai produttori del mifepristone e approvato da FDA (Food and Drug Administration) e AIFA è il seguente:

- 600 mg di mifepristone orale seguita, dopo circa 48 ore, da 400 mg di misoprostolo orale

CRITERI DI AMMISSIBILITÀ AL TRATTAMENTO

- Gravidanza in utero con datazione ecografica fino a 49 giorni.

- Documento/certificato di richiesta IVG, secondo le modalità previste dalla legge 194.

- Consenso informato, debitamente compilato e firmato che prevede anche la disponibilità da parte della donna ad effettuare la visita di controllo successiva, dopo 14 giorni.

- Possibilità, da parte della donna, di rivolgersi tempestivamente ad una struttura ospedaliera in caso di bisogno.

- Allergie a farmaci anestetici

- Difficoltà anatomiche di accesso alla cavità uterina

CRITERI DI ESCLUSIONE AL TRATTAMENTO

Clinici

- Sospetto di gravidanza extrauterina o di masse annessiali non precedentemente diagnosticate

- IUD

- Terapia corticosteroidica in atto da lungo tempo

- Insufficienza surrenalica cronica

- Anemia grave

- Porfiria

- Disturbi della coagulazione e trattamenti in corso con anticoagulanti

- Intolleranza o allergia al mifepristone o al misoprostolo

- Malattia epatica, renale o respiratoria severa

- Ipertensione non controllata

- Malattia cardiovascolare (angina, valvulopatie, aritmie, scompenso cardiaco)

- Convulsioni non controllate

- Iperpiressia da causa non determinata

Non Clinici

- Persone che non comprendono le istruzioni per problemi linguistici (nonostante l'attivazione



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

di mediatori culturali) o altre barriere

- Persone labili psicologicamente con evidenti inadeguatezza a gestire l'evento
- Persone che non possono ritornare ai controlli previsti

INFORMAZIONI DA FORNIRE AL PAZIENTE

Le informazioni sotto riportate devono essere consegnate alla paziente al momento del primo incontro e sono integrative e non sostitutive del colloquio con il medico che esegue il trattamento.

1. L'interruzione di gravidanza avverrà come previsto dalla legge n. 194 del 22 maggio 1978.
2. L'anonimato e la privacy verranno tutelati esattamente come per l'aborto chirurgico.
3. Tutti gli operatori sanitari, con cui la donna viene in contatto, sono tenute al segreto professionale e d'ufficio.
4. Verrà provocato un aborto simile all'aborto spontaneo.
5. Informazioni sui farmaci utilizzati, il meccanismo di azione, la posologia, e le modalità di assunzione.
6. Specifiche relative agli esiti: in circa il 95-98% dei casi non sarà necessario alcun trattamento chirurgico.
7. Nel 2-5% dei casi sarà necessaria revisione di cavità chirurgica, in caso di aborto incompleto.
8. Nel caso estremamente raro che la gravidanza dovesse continuare dopo l'assunzione di mifepristone e misoprostolo, esiste la possibilità di malformazioni congenite.

STRUTTURE AUTORIZZATE

L'interruzione della gravidanza è praticata da (art. 8 legge 194/78):

- Un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132, il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie.
 - Gli ospedali pubblici specializzati.
 - Gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132.
 - Le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, numero 817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta.
 - Presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici. Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo: 1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi

operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura; 2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione. Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura. Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati.

- Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costruzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione.

PROTOCOLLO OPERATIVO Certificazione

Il documento di cui all'art. 4 della legge 194/1978 può essere rilasciato dai presidi consultoriali (che devono predisporre di spazi opportuni al fine di adempiere agli obblighi previsti dalla legge 194 in tempo reale per quanto riguarda il rilascio di idonea certificazione/attestazione), dal medico di famiglia, dal medico ginecologo di fiducia o da un medico di fiducia.

Durante questa fase viene effettuata la datazione ecografica della gravidanza valutazione ecografica anche al fine di escludere una gravidanza extra-uterina (GEU). Secondo le linee guida della SIEOG (Società Italiana Ecografia Ostetrico Ginecologica) una discrepanza < 7 gg rispetto all'epoca di amenorrea, non richiede che la gravidanza venga ritardata. Se la gravidanza è datata entro 49 giorni è offerta la possibilità di effettuare un aborto medico e fornite tutte le informazioni del caso, specificandone vantaggi e possibili rischi.

Dopo i necessari accertamenti clinici il medico del consultorio, o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui l'articolo 4 della legge 194/78, rilascia, dopo verifica del documento di identità, 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 l'interruzione di gravidanza sulla base del documento rilasciatole presso le sedi autorizzate sopra citate.

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 (art. 5 della legge 194/78).

Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero (art. 8 della legge 194/78).

Nella fase precedente all'effettuazione dell'IVG occorre garantire la possibilità di attivazione del servizio sociale e di consulenza psicologica.

I consultori socio-sanitari, definiti principali ai sensi delle DGR 259/2006, rappresentano il presidio territoriale di riferimento per la presa in carico della donna nella fase pre-IVG e nei relativi controlli post-IVG sia che si tratti dell'IVG farmacologica che chirurgica, anche in relazione agli articoli 2 e 5 della legge 194/78.

Accettazione

Durante la fase di accettazione viene svolta la valutazione preoperatoria, dove in particolare viene esplicitato il consenso informato, stabilita la tipologia di IVG e avviata la procedura prenotando il momento in cui verrà effettuata l'IVG.

La fase di accettazione è svolta dal medico.

L'accettazione della donna è svolta preferibilmente da sola o con il partner se la donna lo consente.

Le strutture sanitarie dove può essere offerto l'accettazione sono tutte le strutture autorizzate ai sensi dell'art.8 della legge 194/1978 ivi compresi i poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione in possesso dei requisiti specifici previsti dalla normativa (LR 51/09 e regolamento 61/R) nonché i consultori definiti principali (ai sensi del DGR 259/2006), in collegamento funzionale con l'ospedale di riferimento.

– La valutazione preoperatoria, eseguita secondo le modalità organizzative di ogni singolo presidio, prevede le seguenti fasi:

- Anamnesi accurata.
- Visita ginecologica.

Compilazione della cartella clinica in modo dettagliato e completo.

– Verifica della corretta documentazione.

– Colloquio, informativo sulla procedura e complicanze. Nel caso di donne straniere è necessario offrire materiale informativo redatto nelle principali lingue straniere. A questo scopo deve essere possibile attivare la mediazione multimediale secondo le modalità previste dalle procedure aziendali.

– Acquisizione del consenso. Il medico deve fornire tutte le informazioni necessarie ad una corretta raccolta del consenso; devono essere adeguatamente discusse le informazioni relati-

ve all'intervento proposto valutandone anche le possibili alternative e i possibili rischi; le spiegazioni devono essere chiare e accurate, espresse in un linguaggio semplice e comprensibile. Per le donne straniere il consenso viene acquisito con la firma in un documento redatto anche nelle principali lingue straniere e possibilmente sottoscritto alla presenza di un testimone.

– Esame emocromocitometrico e determinazione dell'emogruppo. La donna dovrà effettuare il prelievo del gruppo sanguigno, salvo presentazione di idonea documentazione (referto centro sangue aziendale).

- Prenotazione dell'intervento

PRIMO INTERVENTO (giorno 1)

– Assunzione di mifepristone. Il medico procede alla somministrazione di mifepristone (600 mg in un'unica somministrazione).

– Pretrattamento con Immunoglobuline anti D nelle donne Rh negative.

– La paziente rimane all'interno del presidio 2 ore circa dopo la somministrazione del farmaco e viene rivalutata dal medico prima di essere inviata a domicilio.

– Alla donna viene fornito il numero di telefono del consultorio ed il telefono del medico di guardia del presidio ospedaliero.

– Viene programmata la visita successiva (secondo accesso)

– In alcuni casi le perdite ematiche ed il dolore insorgono già dopo l'assunzione del mifepristone e l'aborto può già avvenire in circa il 2-3% dei casi.

– Le caratteristiche con cui avviene l'espulsione del materiale abortivo non sono dissimili da un forte flusso mestruale, per cui la paziente non ha bisogno di assistenza e può affrontare da sola le situazioni che dovessero verificarsi. È comunque importante che la donna sia consapevole di poter contattare la struttura ospedaliera di riferimento 24 ore su 24 per ogni necessità. Nell'1% circa dei casi può essere necessario un raschiamento d'urgenza. Nel 5% circa dei casi può essere necessario un raschiamento al controllo dopo due settimane. A questo scopo verrà fornito un numero di telefono a cui rivolgersi per comunicazioni ed eventuali consigli. **È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obietto (circa il 60% lo sono), questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.**

– Le perdite ematiche (emorragia) sono analoghe a quelle che si verificano in un aborto spontaneo e sono paragonabili a quelle dei giorni in cui il flusso mestruale è maggiore ("mestruazioni abbondanti"). Per valutare oggettivamente l'emorragia occorre confrontarla con la propria emorragia mestruale. Il flusso sarà abbondante con dolori e perdite di "coaguli"



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

per alcune ore, dopo aver avuto delle perdite di sangue più scarse di prima. Le perdite di sangue più ridotte (minori di un flusso mestruale) continueranno per alcuni giorni (in media 9 giorni). La paziente dovrà preoccuparsi se, in qualsiasi momento, in due ore consecutive, avrà cambiato quattro assorbenti "maxi" o "large" (del tipo "flussi abbondanti" o "per la notte") o se riterrà che le perdite siano eccessivamente abbondanti. In questo caso potranno esserle prescritti dei farmaci e nell'1-3% dei casi sarà necessario un raschiamento.

- I sintomi che potrebbero insorgere sono:
 - Dolori crampiformi addominali di tipo mestruale
 - Un mal di testa si può verificare dal 2 al 30% dei casi
 - Nausea (40-60%) e vomito (20%) possono essere presenti
 - La diarrea (10-20%) è transitoria
 - Un rialzo febbrile inferiore a 38 gradi è normale

Il dolore e gli altri sintomi si riducono dopo l'avvenuto aborto.

Le strutture sanitarie dove può essere offerto il primo intervento sono tutte le strutture autorizzate ai sensi dell'art.8 della legge 194/1978 ivi compresi i poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione in possesso dei requisiti specifici previsti dalla normativa (LR 51/09 e regolamento 61/R).

SECONDO INTERVENTO (giorno 3: dopo circa 48 ore dal primo intervento)

- Valutazione dell'evoluzione del caso.
- Somministrazione di misoprostolo. Il trattamento deve essere eseguito nelle stesse strutture di cui sopra.
- Periodo di osservazione di circa 2-3 ore (aborto atteso nel 50-60% dei casi).
- Viene programmata visita di controllo (terzo accesso) dopo circa 10-15 giorni dalla assunzione del misoprostolo. Per quella data è probabile che per l'1-3% delle donne sia stato necessario un raschiamento per un aborto incompleto o per un'emorragia eccessiva, mentre per un altro 1-2 % si renderà necessario proprio a seguito del controllo.
- Le caratteristiche con cui avviene l'espulsione del materiale abortivo non sono dissimili da un forte flusso mestruale, per cui la paziente non ha bisogno di assistenza e può affrontare da sola le situazioni che dovessero verificarsi. È comunque importante che la donna sia consapevole di poter contattare la struttura ospedaliera di riferimento 24 ore su 24 per ogni necessità. Nell'1% circa dei casi può essere necessario un raschiamento d'urgenza. Nel 5% circa dei casi può essere necessario un raschiamento al controllo dopo due settimane. A questo scopo verrà fornito un

numero di telefono a cui rivolgersi per comunicazioni ed eventuali consigli. È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% lo sono), questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

- Le perdite ematiche (emorragia) sono analoghe a quelle che si verificano in un aborto spontaneo e sono paragonabili a quelle dei giorni in cui il flusso mestruale è maggiore ("mestruazioni abbondanti"). Per valutare oggettivamente l'emorragia occorre confrontarla con la propria emorragia mestruale. Il flusso sarà abbondante con dolori e perdite di "coaguli" per alcune ore, dopo aver avuto delle perdite di sangue più scarse di prima. Le perdite di sangue più ridotte (minori di un flusso mestruale) continueranno per alcuni giorni (in media 9 giorni). La paziente dovrà preoccuparsi se, in qualsiasi momento, in due ore consecutive, avrà cambiato quattro assorbenti "maxi" o "large" (del tipo "flussi abbondanti" o "per la notte") o se riterrà che le perdite siano eccessivamente abbondanti. In questo caso potranno esserle prescritti dei farmaci e nell'1-3% dei casi sarà necessario un raschiamento.

- I sintomi che potrebbero insorgere:
 - Dolori crampiformi addominali di tipo mestruale, un po' più forti, durante il periodo in cui avverrà l'espulsione del prodotto abortivo e dei coaguli. Il 20-30% delle donne non avverte alcun dolore, il 50-60% accusa dolori sopportabili, mentre il 20-30% delle donne ha bisogno di antidolorifici.
 - Un mal di testa si può verificare dal 2 al 30% dei casi.
 - Nausea (40-60%) e vomito (20%) possono essere presenti.
 - La diarrea (10-20%) è transitoria.
 - Un rialzo febbrile inferiore a 38 gradi è normale.
 - Il dolore e gli altri sintomi si riducono dopo l'avvenuto aborto.

- Il medico fornisce indicazione ad eseguire il test di Coombs a distanza di 12 mesi nelle donne con RH negativo sottoposte a profilassi

- Il medico può valutare l'eventuale uso di una seconda somministrazione del farmaco per le donne che non hanno ancora abortito. Nel 20-25% dei casi l'aborto avverrà entro 24 ore e nel 10% dei casi successivamente.

- Dopo un ulteriore periodo di osservazione se l'espulsione non è avvenuta viene proposto un intervento di RC, in alternativa ad un periodo di attesa fino a 14 giorni (aborto atteso nel 95-98% dei casi).

- Qualora il medico ravveda situazioni di emergenza si farà riferimento alla procedura di emergenza/urgenza aziendale.

- Non è raccomandata la profilassi antibiotica ai fini/nei casi di...

Le strutture sanitarie dove può essere offerto il secondo intervento sono tutte le strutture autorizzate ai sensi dell'art.8 della legge 194/1978 ivi compresi i poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione in possesso dei requisiti specifici previsti dalla normativa (LR 51/09 e regolamento 61/R).

CONTROLLO (dopo circa 14 giorni dal secondo intervento)

- Visita ed ecografia transvaginale.
- Esame emocromocitometrico, se ritenuto opportuno.
- In caso di aborto avvenuto viene prenotato un successivo controllo ambulatoriale post-IVG dopo circa 1 mese in consultorio.
- Chiusura della cartella.
- Alla paziente vengono espone con particolare cura le modalità di contraccezione post-IVG al fine di, secondo quanto esplicitamente raccomandato nella legge 194, prevenire nuove interruzioni di gravidanza. Tutte le possibili metodiche devono essere illustrate in maniera chiara mettendo in evidenza le indicazioni e le controindicazioni, le differenze, i vantaggi e i possibili effetti collaterali delle specifiche metodiche, ma comunque evidenziando i rischi, fisici e psicologici, destinati dal ricorso a IVG ripetute. In particolare si dovrà esporre accuratamente e con chiarezza il ventaglio di possibilità offerto in Azienda.
- In caso di mancato aborto e/o aborto incompleto verrà attivata la procedura chirurgica presso il presidio ospedaliero di riferimento.

Le strutture sanitarie dove può essere offerto il controllo sono tutte le strutture autorizzate ai sensi dell'art.8 della legge 194/1978 ivi compresi i poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione in possesso dei requisiti specifici previsti dalla normativa (LR 51/09 e regolamento 61/R) nonché i consultori definiti principali (ai sensi del DGR 259/2006), in collegamento funzionale con l'ospedale di riferimento.

Flussi informativi

Si raccomanda la corretta compilazione delle cartelle cliniche, ai fini di ottemperare al debito informativo nei confronti della Regione Toscana, con l'invio completo dei dati relativi ai flussi interessati alla rilevazione del fenomeni del flusso IVG, del flusso SDO, del flusso SPA e del flusso SPC.

Rischio clinico

Si raccomanda che le procedure poste in essere siano condivise con i risk manager aziendali.

Informazioni cliniche e organizzative per il consenso informato

Nel modulo di consenso informato dovrà essere specificato che la donna:

1. Ha letto le informazioni consegnate sull'interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) e che ha avuto le risposte alle sue domande sulle implicazioni di questo trattamento, alternativo a quello chirurgico.
2. Ha capito che è nelle condizioni di potere scegliere l'aborto con "metodo medico", poiché dai dati clinici risulta che la sua gravidanza è dentro l'utero e di epoca gestazionale appropriata. (inferiore a 49 gg).
3. Ha compreso quali farmaci le verranno somministrati, come e quando.
4. Ha capito che c'è una piccola probabilità che l'aborto possa verificarsi già dopo l'assunzione del mifepristone, prima dell'assunzione del misoprostol.
5. Ha capito che può essere necessario un ricovero presso una struttura ospedaliera.
6. Ha capito che in una piccola percentuale di casi l'aborto non avviene completamente e che potrà quindi essere necessario prendere altri provvedimenti medici o chirurgici.
7. Ha capito che le perdite ematiche vaginali saranno più abbondanti di un normale flusso mestruale e che in una piccola percentuale di casi, se eccessive, potranno condurre anche alla necessità di un raschiamento chirurgico.
8. È stata informata che, come per l'aborto chirurgico, non si può escludere la rara possibilità di una trasfusione come conseguenza dell'insorgere in una forte emorragia e/o di una grave anemia. In tale eventualità le verrà chiesto di sottoscrivere un ulteriore documento di autorizzazione.
9. Sa che potrà abbandonare il trattamento in qualunque momento ma sa anche che in questo caso è probabile comunque che l'aborto avvenga nei giorni successivi.
10. È stata informata che, se la gravidanza dovesse proseguire dopo il trattamento (< 1%) o per la sua decisione di interromperlo, vi sarebbe una probabilità aggiuntiva di malformazioni alla nascita e, nel caso confermasse da scelta di abortire, le verrebbe proposto l'aborto chirurgico.
11. È stata informata su quali sono i prevedibili sintomi che accompagneranno l'aborto e i trattamenti sintomatici consigliati.
12. È stata informata sul numero telefonico a cui rivolgersi per consigli e sa che potrà recarsi a qualsiasi ora presso l'accettazione dell'Ospedale.
13. Sa che dovrà venire tra circa 14 giorni per accertare che l'aborto sia avvenuto senza complicazioni.
14. Decide quindi di chiedere il trattamento farmacologico e di seguire le istruzioni che le verranno date su come comportarsi, sia per le evenienze prevedibili e sia per quelle imprevedibili.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Ersilia Sinisgalli, laureata in Medicina e Chirurgia nel 2011 a FI, attualmente al secondo anno della Scuola di Specializzazione in Igiene e Med. Prev., Univ. di FI. Ha svolto il suo ultimo tirocinio presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Toscana, settore Organizzazione e Programmazione delle cure.

ERSILIA SINISGALLI, ANNA AJELLO¹, DANIELA MATARRESE²

La Rete delle Cure Palliative nella Regione Toscana

La legge nazionale n.38 del 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e le successive intese tra Stato e Regioni, istituiscono e definiscono a livello nazionale la Rete delle Cure Palliative, con la finalità di garantire ad ogni paziente i trattamenti e il supporto necessari quando una malattia cronicodegenerativa non risponda più alle cure specifiche. L'ottica di presa in carico è globale e omnicomprensiva, sia dal punto di vista sanitario che sociale. Inoltre si sottolinea come le cure palliative interessino non solo le patologie oncologiche, ma tutte quelle situazioni cronicodegenerative che a un certo punto della storia naturale non rispondono più ai trattamenti e pregiudicano la stabilità clinica del paziente (es. scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, demenze...).

Le Cure Palliative (CP) necessitano per la loro erogazione di personale specializzato e multiprofessionale (medico, infermiere, fisioterapista, psicologo, ...), così come previsto dalla legge. La legge istituisce inoltre la figura dello specialista in cure palliative, con specifica formazione universitaria. Sono altresì individuati i *setting* di erogazione delle Cure Palliative: ospedale, ambulatorio, domicilio e hospice, ognuno con proprie funzioni erogative e standard sia strutturali che di servizio.

Data la peculiarità e la complessità di questi interventi, non è possibile ricomprendere il servizio di Cure Palliative domiciliari all'interno delle normali assistenze domiciliari, ma è necessario predisporre dei servizi appositi.

La Regione Toscana ha recentemente approvato una delibera (DGRT n.199 del 17/03/2014) per l'istituzione dei coordinamenti regionali e aziendali della rete delle Cure Palliative, così come previsti dalla normativa, volti a monitorare e supportare le iniziative delle Asl per l'erogazione delle stesse in tutti i *setting*, con una particolare rilevanza di quello domiciliare, nell'ottica di favorire il paziente consentendogli la permanenza nell'ambiente a lui più familiare ma con la necessaria assistenza. Le commissioni aziendali costituite, di cui faranno parte rappresentanti dei vari professionisti coinvolti, nonché le organizzazioni del terzo settore da sempre impegnate su questo fronte, saranno momento di incontro e confronto per risolvere le eventuali problematiche che insorgeranno, e garantiranno la stessa qualità dell'assistenza nei diversi *setting*. In particolare si seguirà l'ottica nazionale di rafforzare il territorio e il domicilio invece dell'hospice, sia per motivi di tipo etico che di efficienza economica.

La stessa delibera individua anche il Centro regionale per le Cure Palliative in età pediatrica, così come previsto dalla legge 38/2010, vista la peculiarità delle esigenze di cura e supporto sociale richieste dai piccoli pazienti e dalle loro famiglie.

Questa delibera è il primo di una serie di atti, che andranno a rendere operativa la rete, rafforzando le strutture già presenti e creandole laddove manchino o non rispettino gli standard previsti dalla legge. Un intento primario della Regione, attraverso lo stimolo del monitoraggio regionale, è quello di accreditare le strutture e i percorsi presenti, anche in ottica degli adempimenti LEA, e di evitare che si creino Cure Palliative di primo livello in hospice, e di livello più basso a domicilio. Un altro degli obiettivi che si vuole raggiungere è lo sviluppo di percorsi strutturati che garantiscano una rapida presa in carico dei pazienti e un *follow-up* continuo: ad oggi l'80% delle richieste di ricovero in hospice avviene entro 3 giorni, indice di una sufficiente presenza delle strutture, ma la mortalità entro 7 giorni dall'ingresso è la più alta d'Italia, il che dimostra come la presa in carico da parte di queste strutture sia troppo tardiva. Inoltre con percorsi strutturati si evitano anche accessi impropri al pronto soccorso o ricoveri in terapia intensiva, poiché ancora oggi il 18% dei pazienti con malattia inguaribile muore in questi reparti, mentre la risposta adeguata deve poter essere garantita fuori dall'ospedale, in un ambiente più confortevole e personalizzato, sia per i pazienti che per le famiglie.

Fondamentale alla riuscita di questi intenti è il coinvolgimento dei medici di medicina generale, che conoscono bene i loro pazienti e possono sensibilizzare le famiglie verso i *setting* più adeguati di cura; è per questo che in un recente incontro con AGENAS, la Regione ha invitato le aziende ad aderire al progetto nazionale "Teseo-Arianna" che prevede il coinvolgimento diretto del medico di medicina generale nella presa in carico dei pazienti all'interno della rete delle Cure Palliative.

Le difficoltà sono molte, soprattutto per il reperimento di personale dedicato e formato, ma i dati in nostro possesso e gli adempimenti normativi nazionali non permettono di rimandare ulteriormente la riorganizzazione di questo servizio, che restituisce dignità ai pazienti affetti da malattie inguaribili e alle loro famiglie nel momento più difficile. **TM**

Info: email: ersiliasinisgalli@libero.it

¹ Funzionario settore Programmazione e Organizzazione delle cure, Regione Toscana.

² Responsabile settore Organizzazione e Programmazione delle cure, Regione Toscana.

CHRISTIAN CARULLI, MASSIMO INNOCENTI

L'artroscopia d'anca

Un intervento chirurgico di interesse multidisciplinare

L'anca è un'articolazione molto congruente dotata di grande articularità che permette un'ampia gamma di movimenti all'arto inferiore. Per questo motivo, una sua alterazione può determinare una limitazione significativa della funzione articolare e della dinamicità di una persona.

La patologia dell'anca classicamente intesa presenta due picchi di incidenza corrispondenti a due età evolutive differenti: nel soggetto pediatrico-infantile, quando si realizzano più frequentemente malattie quali la displasia congenita, l'epifisiolisi, l'osteochondrosi; nel soggetto anziano, quando le patologie più rappresentate sono quella degenerativa-artrosica e quella traumatica. A queste due tipologie di pazienti, corrispondono possibilità terapeutiche differenti ma di successo consolidato, che vanno dalla terapia medica e/o fisiatrica a quella chirurgica, a seconda dell'entità e della gravità delle lesioni.

Oggi tuttavia sappiamo che esiste in alcuni soggetti giovani e adulti una "zona d'ombra" diagnostica e terapeutica, in cui la patologia dell'anca si presenta in modo clinicamente subdolo ma difficilmente inquadrato e per questo non adeguatamente trattato: si tratta della cosiddetta "sindrome da impingement femoroacetabolare", di ardua diagnosi se affrontata con un esame obiettivo standard e i classici esami diagnostici. Può essere determinata da svariate cause di pertinenza di diverse specialità, come l'Ortopedia, la Trauma-

tologia, la Reumatologia, la Medicina dello Sport e la Pediatria. Le cause più comuni sono forme congenite di anomalo sviluppo normalmente non rilevabili in età pediatrica, ma più evidenti dopo la pubertà (displasia dell'anca di grado lieve - Figura 1), forme artritiche giovanili con sinovite cronica (sinovite villo-nodulare), esiti di fratture della testa del femore, corpi mobili intraarticolari (condromatosi - Figura 2), lesioni traumatiche di soggetti sportivi normalmente di alto livello (lesioni del labbro acetabolare, lesioni cartilaginee - Figura 3). Spesso viene confusa con una lombocruralgia o con una pubalgia: in entrambi i casi, terapie mediche, fisiche o addirittura infiltrative falliscono nella soluzione del problema e purtroppo vengono perpetrate invano per mesi. In alcuni casi, esami diagnostici poco indicati (radiografie tradizionali, ecografie, risonanza magnetica diretta) portano ad anni di terapie inadeguate e conducono ad una vera e propria degenerazione artrosica che data la giovane età dei soggetti spesso impone "terapia di attesa" con modifica o limitazione permanente di attività sportiva e lavorativa, vissute con grande sacrificio dai pazienti. Oggigiorno sappiamo che con un mirato esame obiettivo e un approccio radiologico dedicato è possibile una diagnosi precisa di queste alterazioni patologiche che possono giovare dell'artroscopia d'anca, in grado di unire mini-invasività ed efficacia. Il dolore è un sintomo fondamentale, ma va correlato ad alterazione dei



Christian Carulli, ricercatore c/o la Clin. Ortopedica dell'Univ. di Fi c/o il CTO, diretta dal Prof. Massimo Innocenti. Spec. in Chir. della Mano (2003) e in Ortopedia e Traumatol. (2008), si è perfezionato nella chirurgia artroscopica d'anca c/o l'Hospital for Special Surgery di New York, sotto la guida del Prof. Robert Buly, uno dei massimi esperti mondiali di questa tecnica. Dal 2012, esegue personalmente questi interventi c/o il CTO di FI per il trattamento di svariate affezioni dell'anca di interesse multidisciplinare.



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. 1 AOUC. Dir. della Scuola di Spec. in Ortopedia e Traumatol. e della Scuola di Spec. in Med. Fisica e Riabilitaz. dell'Univ. di Fi. Coord. del Dottorato di Ricerca in Patol. e Clinica dei Tessuti Calcificati. Pres. del Corso di Laurea in Tecniche Ortopediche

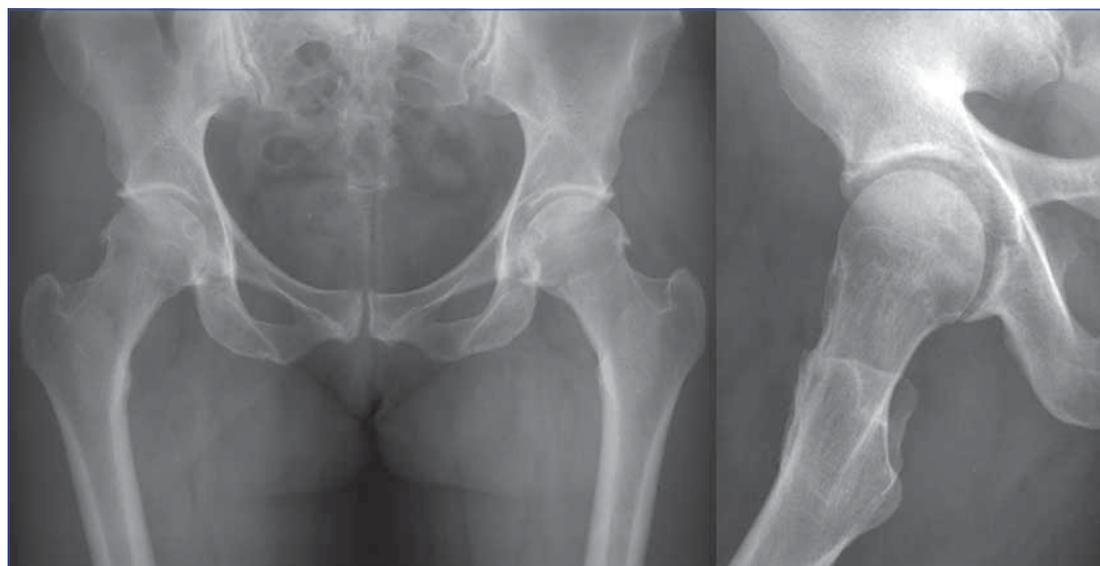


Figura 1



Figura 2



Figura 3

movimenti (in particolare, ad asimmetrie di rotazione perlopiù interna delle anche) e ad una articularità ridotta con sensazione udibile di "scatti", spesso da anni percepiti ma non dolenti: soprattutto questi due ultimi aspetti sono cruciali e comuni a tutti i pazienti e a tutte le cause di coxalgia sopramenzionata. In tali casi, la diagnosi deve essere effettuata con esame clinico dedicato e mediante radiografie con proiezioni speciali e, prima dell'intervento, con un'arto-risonanza magnetica con mezzo di contrasto intraarticolare (di routine in realtà come il Centro Traumatologico Ortopedico), utile per pianificare le procedure artroscopiche da eseguire.

L'artroscopia d'anca è stata eseguita per la prima volta svariati decenni fa in modo pionieristico e con sfavorevole rapporto rischio/beneficio. Dalla fine degli anni '80, tuttavia il miglioramento delle conoscenze cliniche e dello strumentario dedicato ha comportato l'esecuzione della tecnica in maniera sempre più sicura ed efficace: oggi giorno è tuttavia considerato ancora un intervento "innovativo" data l'esiguità dei Centri che sono in grado di offrire questo servizio e la non grande diffusione della esperienza diagnostica del fenomeno.

L'artroscopia d'anca è una procedura che consiste nella creazione di 2 o 3 portali di piccole dimensioni (incisioni di circa 1 cm) attraverso le quali una telecamera ad alta definizione e strumenti particolari entrano nell'articolazione mantenuta con un sistema di trazione dedicato e permettono

una diagnosi diretta delle lesioni intra-articolari e il loro immediato trattamento (Figura 4). Si possono levigare le sporgenze femorali e acetabolari tipiche dell'*impingement* femoroacetabolare da displasia (per restituire un'articularità da sempre limitata), trattare le cartilagini degenerate, asportare corpi mobili, riparare legamenti o strutture di supporto come il labbro acetabolare, eseguire sinoviectomie in quadri artrici specifici. Inoltre, è oggi possibile ridurre fratture complesse della testa femorale o eseguire lavaggi articolari per il trattamento di alcuni stati settici tipici dell'età pediatrica e infantile, situazioni fino a pochi anni fa destinate esclusivamente a procedure invasive "a cielo aperto", ovvero aprendo l'articolazione e procurando un'ulteriore violazione articolare oltre alla patologia di base. Infine, questa chirurgia è eseguibile nelle situazioni di coxartrosi precoce, tipiche del soggetto in 4^a-5^a decade, il cui trattamento protesico non è pensabile per la giovane età del paziente e per le condizioni ancora non eccessivamente compromesse dell'articolazione: l'artroscopia pur non potendo eliminare la necessità di una protesi in futuro, ha d'altra parte sorprendenti risultati a breve e medio termine, permettendo di ritardare la sostituzione articolare e concedendo nel frattempo una migliore qualità di vita ai soggetti affetti.

Tale procedura al momento è praticata ad alta intensità solamente in 6-7 Centri nazionali, perlopiù privati, ed è considerabile "altamente qualificante", soprattutto per il carattere multidisciplinare e l'utilità in varie discipline medico-chirurgiche: soprattutto in ambito sportivo (agonisti professionisti) e pediatrico (in particolare in età postpuberale), stiamo ottenendo le soddisfazioni maggiori.

In conclusione, l'artroscopia d'anca si configura non solo come trattamento per la risoluzione in acuto e a breve termine di problematiche di varia natura caratterizzate da dolore e impotenza funzionale, ma anche di possibile prevenzione a lungo termine di una degenerazione articolare i cui costi sanitari, e le condizioni individuali, familiari e sociali sono, come noto, decisamente più elevati e penalizzanti.

TM

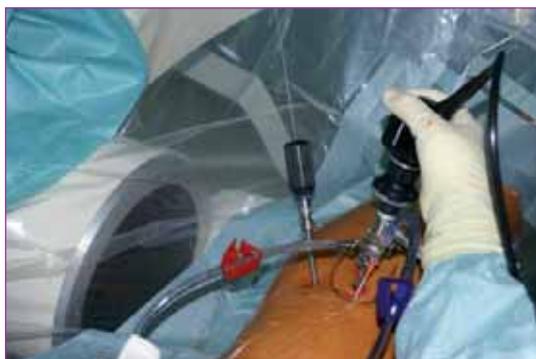


Figura 4

Info: christian.carulli@unifi.it



Maria Renza Guelfi, laureata in Sc. dell'Informazione, lavora c/o il Dip. di Med. Sperimentale e Clin. dell'Univ. di FI, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica disponibile in Internet* edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità* edito da Springer (2011). È inoltre Autore di articoli pubblicati sul BMJ. È reviewer per JMIR.



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



Antonio Panti, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Naz.le degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. Dal 1998 è Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.



Gianfranco Gensini, Prof. ordinario di Med. Interna c/o il Dip. di Med. Sperimentale e Clinica della Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Univ. di FI. Presidente del Comitato Consultivo della Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Univ. di Firenze. Dir. del Dip. del Cuore e dei Vasi dell'AOU di Firenze. Vicepres. della Prima Sezione del Consiglio Superiore di Sanità.

MARIA RENZA GUELFY, MARCO MASONI, ANTONIO PANTI, GIANFRANCO GENSINI

L'Informatica Biomedica

Con questo contributo Marco Masoni e Maria Renza Guelfi iniziano una collaborazione con la rivista *Toscana Medica* curando una rubrica dedicata alla pubblicazione di monografie e/o news relative alla *Informatica Biomedica*. Marco Masoni e Maria Renza Guelfi desiderano ringraziare il professor Antonio Panti, direttore di *Toscana Medica*, per avere favorevolmente accolto la proposta di aprire questa rubrica.

Per limitare incomprensioni e fraintendimenti tra Autore e lettore, crediamo sia importante che qualsiasi riflessione relativa ad una disciplina, in questo caso l'Informatica Biomedica, inizi con la sua collocazione scientifica rispetto ad altre affini e alla tassonomizzazione delle sue sottodiscipline. Questa tematica è oggi ampiamente dibattuta in letteratura con la proposizione di definizioni che si focalizzano o sugli aspetti concettuali o sugli aspetti di processo o ancora su quelli tecnologici e applicativi. Di fronte a questo scenario, ed essendo l'informatica una scienza giovane e in profonda trasformazione, la terminologia utilizzata potrà anche non trovare completamente d'accordo esperti del settore.

Il termine *informatica* deriva dal francese *informatique*, vocabolo utilizzato per la prima volta nel 1962 dal francese Philippe Dreyfus come contrazione delle parole *information* (informazione) e *automatique* (automatica).

Il termine inglese *informatics* fu invece coniato negli Anni Settanta da personale dell'area sanitaria che aveva necessità di un termine che comprendesse la scienza emergente dell'informazione e del *Knowledge Management* e le applicazioni della tecnologia dei computer a supporto della clinica.

Per molti anni questo settore fu chiamato *Medical Informatics*, poiché la maggior parte dei primi lavori trattavano dati e informazioni associati alla cura dei pazienti. [1]

In anni recenti, il termine *informatica* è stato generalizzato e utilizzato per indicare la scienza che studia la rappresentazione, l'acquisizione, il trattamento, l'elaborazione e la comunicazione dell'informazione sia in sistemi naturali che artificiali. Tale scienza si applica a una varietà di discipline quali la Medicina, le Scienze Naturali e Sociali, le Arti, ecc.

È importante sottolineare che *l'informatica* è un settore accademico che non dipende esplicitamente dalle tecnologie mentre ciò non è vero per *l'Information Technology (IT)*. Con l'espressione *Information Technology* si fa proprio riferimento a quella disciplina che si occupa dello studio, progettazione, sviluppo, realizzazione e gestione dell'informazione attraverso l'utilizzo del computer e delle tecnologie a esso connesse.

Inizialmente i computer erano situati in grandi centri di ricerca ed erano utilizzati esclusivamente per il calcolo scientifico (il termine *computer* deriva infatti dal verbo *to compute* - contare, calcolare). Con il trascorrere del tempo, in modo progressivamente crescente, gli individui e le organizzazioni hanno elaborato l'informazione in modo digitale e oggi i computer vengono principalmente utilizzati per gestire dati e informazioni. L'espressione *Information Technology* è stata coniata proprio per definire questo specifico ambito di applicazioni del computer.

Con il termine *Information and Communications Technology (ICT)* si definisce invece la disciplina che si occupa dei metodi e delle tecnologie connesse

all'accesso e allo scambio di informazione attraverso le tecnologie della comunicazione. Esse includono Internet, reti wireless, telefoni cellulari, comunicazioni satellitari e altre forme di mezzi di comunicazione.

Agli inizi degli anni ottanta il termine *Medical Informatics* era ampiamente diffuso. Nel decennio successivo, il Progetto Genoma e la crescente applicazione dei concetti dell'informatica alla biologia molecolare, resero evidente che la disciplina aveva implicazioni che comprendevano un ampio spettro di argomenti biomedici, dall'individuo alla popolazione, dalle cellule alle molecole. Questo portò ad ampliare il nome del settore da *Medical Informatics* a *Biomedical Informatics*. [2]

Il termine *Medical Informatics* venne così ad acquisire un significato più ristretto riferendosi a quella componente della ricerca e pratica della *Biomedical Informatics* che si focalizza sulla malattia e che coinvolge prevalentemente il ruolo del medico. Il termine *Biomedical Informatics*, è invece quello di più ampio respiro e consente a tutte le discipline sanitarie di essere parte di questo importante settore.

L'American Medical Informatics Association (AMIA) e la American Health Information Management Association (AHIMA) definiscono la *Biomedical Informatics* (BMI) come il settore interdisciplinare che studia e analizza l'uso efficace di dati biomedici, informazioni e conoscenza per indagini scientifiche, *problem solving* e *decision making*, guidati dall'impegno di migliorare la salute umana. [1]

La BMI è legata alle seguenti principali aree di applicazione e sperimentazione (Figura 1):

1. processi molecolari e cellulari, *Bioinformatics*;
2. tessuti e apparati, *Imaging Informatics*;
3. individui e pazienti, la *Clinical Informatics*;
4. popolazione e società, la *Public Health Informatics*.

Il termine *Bioinformatics* indica l'applicazione dell'informatica alla biologia molecolare e cellulare, con un focus particolare sulla genomica, mentre l'*Imaging Informatics* si riferisce al trattamento delle immagini in modo digitale.

La *Clinical Informatics*, che ha come sinonimo *Medical Informatics*, si riferisce all'informatica applicata alla diagnosi e cura dell'individuo, mentre la *Public Health Informatics* è l'applicazione dell'informatica alla popolazione, e quindi ad attività di sorveglianza, di prevenzione e di promozione della salute pubblica.

Le ultime due aree (*Clinical Informatics* e *Public Health Informatics*) sono spesso riferite insieme come *Health Informatics*.

Altre aree della *Informatics* sono generalmente incluse in una delle quattro aree di applicazione mostrate in Figura 1: per esempio la *Nursing Informatics* e la *Dental Informatics* sono sottoaree della *Clinical Informatics* in quanto indicano l'uso dell'informatica in specifiche discipline della Medicina; altre aree si trovano all'intersezione tra due o più aree: per esempio il *Biomolecular Imaging* si trova all'intersezione tra *Bioinformatics* e *Imaging informatics* mentre la *Consumer Health Informatics* interseca la *Clinical Informatics* con la *Public Health Informatics*.

Presteremo particolare attenzione alla *Consumer Health Informatics* (CHI) poiché rappresenta una disciplina che sta acquisendo sempre maggiore importanza grazie alla diffusione di Internet. La CHI studia i bisogni informativi dei consumatori, progetta e realizza sistemi di erogazione delle informazioni per i cittadini per sostenerli nel reperire ciò di cui necessitano attraverso l'uso della rete. I contributi della rubrica che cureremo su Toscana Medica riguarderanno principalmente la CHI.

La CHI si trova al crocevia tra vari campi di ricerca come l'Informatica, la Sanità Pubblica e l'istruzione sanitaria. Le istituzioni e le organizzazioni deputate al governo dei sistemi sanitari hanno ben chiaro che le Tecnologie dell'Informazione, se appropriatamente utilizzate, possono migliorare la qualità e la sicurezza nell'erogazione dell'assistenza riducendone nel contempo i costi. Tuttavia ciò sarà realizzabile se i professionisti sanitari saranno in grado di analizzare i bisogni dei consumatori per fornire loro informazioni accurate per aiutarli a prendere decisioni appropriate in tema di salute. Buona informazione è *condicio sine qua non* di buona Sanità.

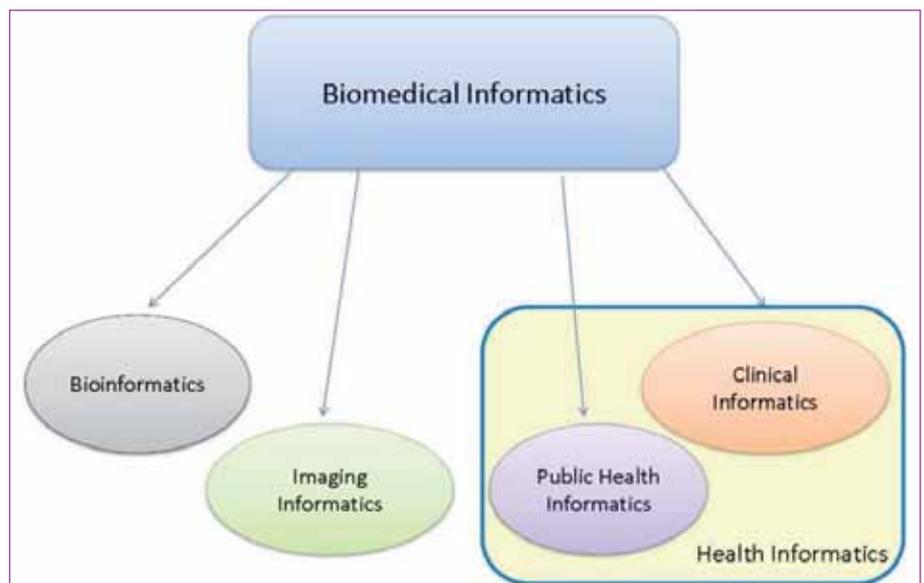


Figura 1

Nel prossimo numero di Toscana Medica descriveremo più dettagliatamente la disciplina della CHI e quali sono le macroaree oggetto di studio.

TM

Bibliografia

[1] Joint AMIA/AHIMA Summary of their Relationship and Links to the Informatics Field, URL: <http://www.amia.org/joint-amia-ahima-summary> (acceduto il 24/03/2014)

[2] Kulikowski CA, Shortliffe EH, Currie LM, Elkin PL, Hunter LE, Johnson TR, Kalet J, Lenert LA, Musen MA, Ozbolt JG, Smith JW, Tarczy-Hornoch PZ, Williamson JJ. AMIA Board white paper: definition of biomedical informatics and specification of core competencies for graduate education in the discipline. *J Am Med Inform Assoc.* 2012 Nov-Dec;19(6):931-8.

Info: r.guelfi@med.unifi.it

FRAMMENTI DI STORIA

ALESSIO FABBRIZZI

Quando i "Consulti Medici" non venivano scambiati per e-mail...

AL CORTESE LETTORE

"Siccome chi dopo lunga ricerca, trovato che abbia un tesoro, giubbla e, per soverchia allegrezza, a tutti il fa palese, così io avendo avuta la sorte di raccogliere i presenti Consulti Medici, parto del Signor Dottore Giuseppe Del Papa, primario lettore di Medicina nella Pisana Università e primo Medico della Corte di Toscana, ne ho provato tanto contento, che tosto gli ho voluti dare alla pubblica luce." ...

Così nel 1733 l'editore G.M. Salvioni presentava ai suoi lettori di ieri e di oggi una magistrale raccolta di Consulti Medici di uno dei personaggi più illustri e famosi in ambito medico dell'epoca dei Lumi, il dottor Giuseppe Di Marco Del Papa.

Devo confessare di non aver trovato parole più brillanti della mirabile introduzione appena citata per diffondere le righe che seguiranno circa la storia di un medico oggi non troppo conosciuto ma che, come ogni medico di ogni epoca che lavora in scienza e coscienza al servizio dei pazienti, ha contribuito non poco al progresso della Medicina.

Giuseppe Del Papa nacque ad Empoli il 1° marzo 1648 dal padre Marco "onorato e agiato galantuomo", che morì proprio lo stesso anno e da Elisabetta Canneri.

Si iscrisse all'Università e dopo aver seguito in un primo momento il corso di Giurisprudenza, iniziò il corso di laurea in Medicina, sua vera passione.

Laureatosi nel 1670 iniziò subito una carriera di lettore nell'Università Pisana ed al contempo cominciò ad esercitare la professione medica. Grande amico del famoso medico, naturalista e letterato F. Redi, si appassionò anche agli studi umanistici. Ebbe rapporti con personaggi illustri

fiorentini e, molto caro all'intera famiglia Medici, fu nominato Archiatra della Corte di Toscana.

Divenne inoltre membro del Collegio Medico Fiorentino, assunse il ruolo di vertice del mondo medico toscano e fu chiamato per consulti an-



Figura 1 - Busto marmoreo di Giuseppe Del Papa, Ospedale di Empoli.



Alessio Fabbrizzi, laureato in Medicina e Chirurgia c/o l'Univ. di FI nel marzo 2013. Collezionista di libri antichi ed appassionato di storia della medicina, attualmente svolge attività di borsista presso il Centro per le manifestazioni sistemiche da virus epatitici (MASVE), UO di Medicina Interna ed Epatologia, AOU Careggi, Firenze.

che all'estero acquisendo notorietà, fama e lauti guadagni. Fu membro fra l'altro delle Accademie della Crusca e dell'Arcadia a Firenze e degli Intro-nati a Siena.

Ma qual è la peculiarità dell'*ars medica* di Del Papa?

Egli aderì alle tesi corpuscolari di lucreziana memoria del professor Marchetti così come al meccanicismo biologico del maestro Bellini.

Ma la sua unicità fu nella fusione del rigore e del metodo scientifico galileiano con un atteggiamento squisitamente "pratico", semplice e sobrio consapevole che la vita dell'Uomo (a detta del grande Ippocrate) è breve per conseguire una perfetta conoscenza teorica e pratica della Teoria Medica.

Ecco che allora nei suoi Consulto troviamo trattate le più svariate patologie, dalla "Gravissima passione isterica", all'"Afflizione nell'urinare con sospetto di pietra nella vescica", oppure al "Mal caduco in un piccolo fanciullo".

Per ogni paziente di ogni età e sesso viene introdotta una breve descrizione della storia clinica, con un'anamnesi patologica che profuma di antico e dopo la tesi diagnostica viene trattata approfonditamente la terapia medica o chirurgica del caso.

Ed allora, ad esempio, per il "discioglimento di ventre" causato da una "veemente diarrea" opta per una cautela nell'alimentazione con pasti leggeri e frequenti prediligendo "brodi semplici coll'uova e le pappe e i pangrattati" nonché "brodi di pollastra ben purgati dal grasso".

Vengono trattate anche patologie che ahimè costituiscono tutt'oggi un grave problema di Sanità Pubblica come è evidente dal titolo del IX Consulto del 1° Tomo: "Quattro tubercoli in una mammella di una femmina di anni 50 con dolori e punture".

Ecco che il lettore moderno può appassionarsi nel fare diagnosi "a distanza" di patologie trattate con estrema precisione di dettagli ma non ancora chiare all'epoca di Del Papa, dalla tubercolosi in una paziente con "Tosse contumace con isputi cruenti in femmina debole e emaciata" a patologie epatiche quale forse un'epatite virale acuta in "Gonfiezza e durezza nel fegato e itterizia contumace con molti altri mali in una signora stata già isterica".

Notiamo quindi l'affinata acutezza d'ingegno di un internista che affronta anche patologie neurologiche, ortopediche, dermatologiche, gastroenterologiche e chi più ne ha più ne metta.

Come se non bastasse un'intera vita volta alla ricerca del progresso, quando il 13 marzo 1735 Giuseppe morì, venne alla luce un suo testamento nel quale, nella sua casa fiorentina di via delle Caldaie, aveva dettato le sue ultime volontà "ancor sanissimo di mente, sensi e di favella, benché di corpo alquanto alterato".

Lasciò tutta la sua eredità ai concittadini di Empoli meno fortunati. Volle erogare borse di studio, un salario di maestro di scuola e doti a fanciulle di "buon nome e di onesto costume, ben nate e povere" di Empoli e dei vicini vicariati di San Miniato e Certaldo.

A otto anni dalla morte di Del Papa, il 28 febbraio 1743 il Gonfaloniere, i consoli ed altri rappresentanti la "terra" di Empoli, ottennero che "gli assegnamenti lasciati da Dottor Del Papa", servissero a "l'erezione e mantenimento di uno Spedale per gli infermi", perché "in tutto il tratto del paese fra Pisa e Firenze e in Empoli ancora, non vi è alcuno Spedale per i poveri infermi, i quali per lo più muoiono nelle proprie case senza assistenza".

L'ospedale venne dedicato a San Giuseppe in onore del santo e del medico empoiese e proprio il giorno di San Giuseppe del 1767 fu definitivamente inaugurato.

Ancora oggi all'entrata del nosocomio, a perpetuo ricordo di chi ne ha reso possibile la costruzione, si può ammirare un bel busto marmoreo di Giuseppe di Marco Del Papa.

Questo articolo è frutto dell'appassionata lettura dell'opera *Consulti Medici* (ed. 1733 stampata a Roma) di Giuseppe Del Papa che ho ricevuto in regalo in occasione della Laurea in Medicina e della consultazione presso l'Archivio Storico di Empoli di documenti vari e del Testamento dello stesso Del Papa. **TM**

Info: ale86med@hotmail.it

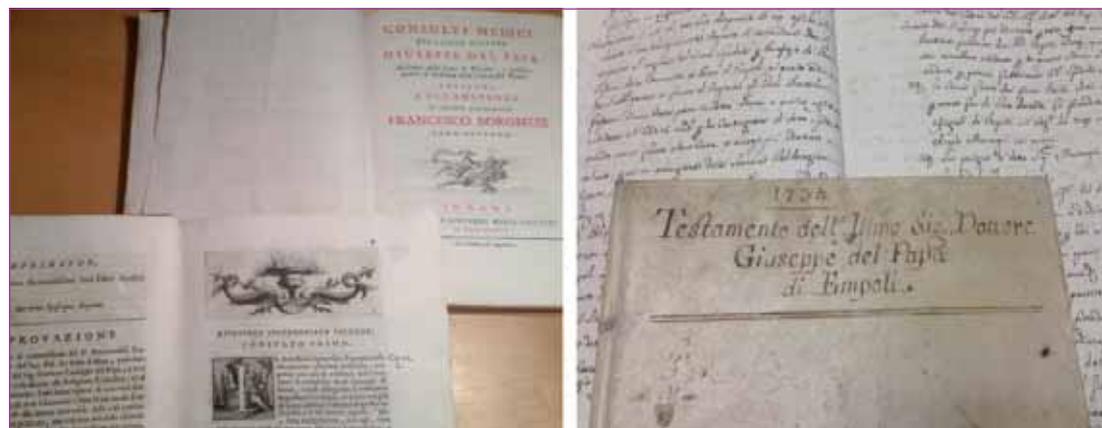


Figura 2 - a) I 2 volumi dei Consulti Medici; b) Testamento.

ALDO FUSI

Storia di un cappottino

Quando ero in servizio ai bambini, venivano fatte le vaccinazioni antidifterica, antitetanica, antivaioiosa e antipolio e ogni primavera c'era l'ondata di pertosse.

La pertosse è una malattia impegnativa e lunga e questa tosse non lascia respiro nemmeno la notte. Nel 1975 io avevo 85 bambini con la pertosse; alcuni di questi che avevano delle possibilità buone li avevo mandati dal Prof. G. Bartolozzi, grande pediatra del vecchio Meyer e lui aveva aggiunto all'antibiotico che gli avevo dato una compressa di cortisone da prendere per soli cinque giorni. Diavolo di un Bartolozzi: effettivamente quei bambini guarivano prima!

Mi chiamarono un giorno a vedere un bambino di otto anni che aveva la pertosse e io feci la ricetta copiando quella del Prof. Bartolozzi e il bambino guarì presto. Era una famiglia molto povera, il babbo faceva il manovale, ma non sempre, e c'erano la mamma e il bambino. Lo vidi due volte e in poco tempo guarì. Una mattina alle dieci vengono nell'ambulatorio. Il bambino, che si chiama Andrea, è pallido, convallescente e indossa un cappottino grigio che chissà quanti anni aveva e sulla manica sinistra c'è un rattoppo con una stoffa di colore diver-

so dal cappottino.

«Dottore – dice la mamma – siamo venuti perché lei veda Andrea che è guarito e noi per ringraziarla abbiamo deciso di farle un regalo. Le abbiamo portato dieci lire».

Per una famiglia povera offrire a me dieci lire significava rinunciare senz'altro a qualcosa.

«Signora, io la ringrazio per questo regalo che non merito e che non posso accettare; a queste dieci lire io ne aggiungo cinquanta delle mie e lei quando esce di qui va nel negozio di vestiti di Mengoni e compra un cappottino nuovo ad Andrea e poi viene a farmelo vedere».

La mamma rimane un po' sbigottita e poi se ne va. Fino a mezzogiorno non vedo nessuno e penso: hai voluto strafare! Dieci lire potevano essere un regalo, cinquanta lire possono sembrare un'elemosina potrebbero essersi offesi. Quando a mezzogiorno sto per chiudere l'ambulatorio eccoli: Andrea ha un cappottino nuovo, marrone a doppio petto e sorride per due motivi: primo perché ha il cappottino nuovo; secondo perché col cappottino nuovo sente meno freddo, che con il cappottino vecchio. E poi dicono che non esistono le piccole o le grandi soddisfazioni della professione medica!

TM

Gli incerti del mestiere

Il 10 novembre 1975 alle quattro della notte suona il telefono. «Dottore mi dispiace disturbarla a quest'ora ma la nonna Cesira non respira. Sono Capitani dell'Apparita. Bisogna che venga quassù».

L'Apparita è l'ultima casa del Comune di Barberino a 2 km dal Passo della Futa e a 10 km da casa mia. Mi vesto, prendo la macchina e vado. La strada è libera, chi può girare alle quattro di notte? Io soltanto! Arrivato in località Monte di Fo a tre quarti del percorso, improvvisamente c'è la nebbia, non vedo più nulla.

C'è solo la scritta bianca sulla strada nel mezzo e piano piano seguo quella, sperando che nessuno scenda dall'altra parte perché non sono sulla mia destra ma nel mezzo della strada. Arrivo all'Apparita. Semiseduta sul letto con viso congestionato, respiro affannoso, c'è nonna Cesira.

«Coraggio – le dico – ora faremo delle cose». Nella mia valigetta ho una farmacia ambulante.

Metto il laccio, faccio un'endovenosa di Aminomal e un'intramuscolare di Aminomal e con un po' d'acqua le faccio prendere una compressa di Bentelan R e aspetto.

Dopo pochissimo, il respiro torna normale, il viso non è più congestionato e la nonna dice: «Sto meglio!».

Do disposizioni per il giorno dopo e dico: «A mezzogiorno telefonatemi e fatemi sapere come va».

Il Capitani dice: «Dottore mi dica?».

Dico: «Arrivederci, io non devo avere nulla». «Ma l'ora, la nebbia...?».

«Questi – dico io – sono gli incerti del mestiere».

«Il dottore le prende volentieri quattro uova?».

«Sì!».

Ci sono situazioni, parole, atti, che non hanno prezzo. A casa abbiamo fatto una bella fritata!

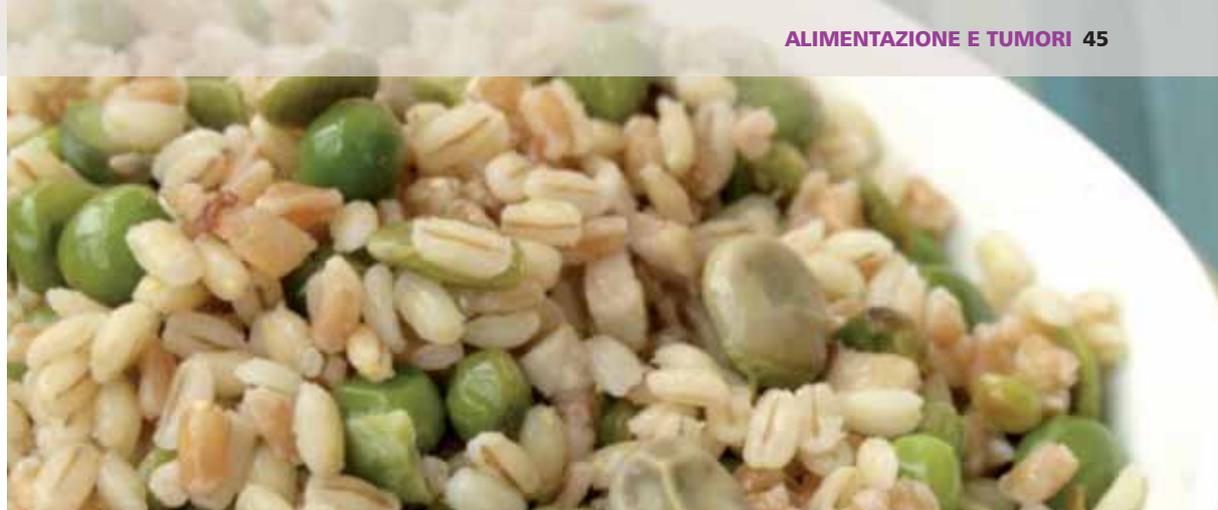
TM



Giovanna Masala, epidemiologo, dirigente medico nella SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - ISPO, si occupa del rapporto tra stili di vita, con particolare riguardo all'alimentazione e attività fisica e rischio di patologia tumorale. Ricercatore nell'ambito dello studio europeo EPIC, è resp. di progetti di intervento volti alla modifica dello stile di vita per la prevenzione primaria dei tumori.



Domenico Palli, epidemiologo, Direttore della SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - ISPO, è *Principal Investigator* della sezione fiorentina del progetto EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) e responsabile di numerosi progetti rivolti allo studio della relazione tra stile di vita e rischio di tumore.



GIOVANNA MASALA, DOMENICO PALLI

I tumori della mammella

La prevenzione primaria del tumore della mammella, il primo tumore per frequenza nel sesso femminile, è stata considerata per molto tempo una strategia poco rilevante poiché la maggior parte dei fattori in grado di modularne l'incidenza quali età, familiarità e aspetti legati alla storia riproduttiva sono sostanzialmente non modificabili. Tuttavia negli anni più recenti sono stati identificati una serie di aspetti legati allo stile di vita che possono modulare il rischio, tra questi l'esercizio fisico, anche moderato, condotto con regolarità e il controllo del peso, essendo il sovrappeso/obesità nelle donne in menopausa un fattore di rischio certo, come indicato da numerosi studi e revisioni autorevoli (tra le cui quella pubblicata dal Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro nel 2010). Anche un eccessivo consumo di alcol, indipendentemente dal tipo di bevanda, è un fattore di rischio certo sia in pre- che in post-menopausa. Prendendo in considerazione questi fattori, tramite l'applicazione di una versione italiana del modello di Gail per la predizione del rischio individuale di tumore mammario, è stato stimato che una serie di cambiamenti di questi aspetti dello stile di vita in senso preventivo potrebbe ridurre del 20-24% la probabilità di sviluppare un tumore mammario nei 20 anni successivi per le donne a partire dai 45 anni. Per quanto riguarda gli alimenti gli studi recenti, di tipo prospettico, suggeriscono un effetto nocivo, anche se modesto, dei grassi di origine animale. Nella componente italiana dello studio EPIC è stato condotto uno studio su oltre 30.000 donne, di cui 10.000 toscane, basato su 1.000 casi identificati in 11 anni di follow-up nel quale si è visto che consumare molte verdure, in particolare quelle a foglia (insalate, spinaci, bietole ecc.) riduce il rischio di sviluppare questo tumore. Questo dato è coerente con una analisi condotta in EPIC a livello europeo, basata su oltre 11.000 casi identificati in circa 335.000 donne, nella quale è emerso un effetto protettivo di una dieta

ricca di fibre in particolare derivanti da verdure. È emerso inoltre un rischio aumentato per elevati consumi di cibi ricchi di zuccheri semplici o comunque prontamente disponibili e in genere di alimenti raffinati. Anche se i rischi associati ai singoli alimenti sono modesti, mettendo insieme tutti questi risultati si delinea un modello alimentare, molto vicino a quello definito mediterraneo, ricco di cibi di origine vegetale, cioè verdura, farine e cereali integrali, legumi e frutta e con ridotti consumi di prodotti di origine animale e di cibi raffinati e ricchi di zuccheri semplici, che potrebbe contribuire a ridurre il rischio. Alcuni studi suggeriscono l'utilità di un modello alimentare simile anche nelle pazienti già operate per tumore mammario. **TM**

Bibliografia

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

INSALATA D'ORZO CON BACCELLI, LUPINI E CARCIOFI IN PADELLA*

Ingredienti per 6 persone:

- ½ kg di orzo;
- 800 g di fave fresche sbucciate;
- 400 g di lupini sbuccati;
- 2 carciofi;
- 1 cipollina di Tropea;
- prezzemolo, basilico, origano q.b.,
- olio extra vergine di oliva q.b.,
- 2 spicchi di aglio.

• Cuocete l'orzo al dente in acqua salata. Sbucciate i baccelli. Sbucciate i lupini (già cotti e in salamoia).

• Pulite, affettate e saltate in padella i carciofi con aglio, prezzemolo e pepe nero.

• Condite l'orzo con gli ingredienti preparati, aggiungete il basilico e l'olio extra vergine di oliva.

• Si tratta di un piatto unico per la presenza di legumi (fave, lupini), cereali in chicco (orzo) e verdure; un'alternativa totalmente vegetale e più salutare rispetto alla classica insalata di riso.

* ricetta tratta dal volume "La salute in cucina. Le ricette dello studio DAMA"

GAVINO MACIOCCO

Quando Coca Cola sale in cattedra

“Le diseguaglianze nella salute, tra paesi e all’interno dei paesi, non sono mai state così grandi nella storia recente. Noi viviamo in un mondo di paesi ricchi pieni di gente povera e malata. La crescita delle malattie croniche minaccia di allargare ancora di più questo gap. Gli sforzi per prevenire queste malattie vanno contro l’interesse commerciale di operatori economici molto potenti e questa è una delle sfide più grandi da affrontare nella promozione della salute”. (...)

Negli anni 80, quando parlavamo di collaborazione multisettoriale per la salute ciò significava lavorare insieme a settori amici, come istruzione, casa, nutrizione, acqua e igiene. Quando la sanità collaborava con il settore educativo e con quello che si occupava di acquedotti e fognature, i conflitti d’interesse erano una rarità.

Oggi a convincere le persone a condurre stili di vita sani e adottare comportamenti salubri ci si scontra con forze che non sono così amiche. Anzi non lo sono per niente.

Gli sforzi per prevenire le malattie croniche vanno contro gli interessi commerciali di potenti operatori economici. Secondo me, questo è la più grande sfida che si trova di fronte la promozione della salute.

E non si tratta più solo dell’industria del tabacco (**Big Tobacco**). La sanità pubblica deve fare i conti con l’industria del cibo (**Big Food**),

delle bevande gassate (**Big Soda**) e alcoliche (**Big Alcohol**). Tutte queste industrie hanno paura delle regole, e si proteggono usando le stesse, ben note tattiche. Queste includono gruppi d’opinione, lobbies, promesse di auto-regolamentazione, cause legali, ricerche finanziate dall’industria che hanno lo scopo di confondere le prove e tenere il pubblico nel dubbio.

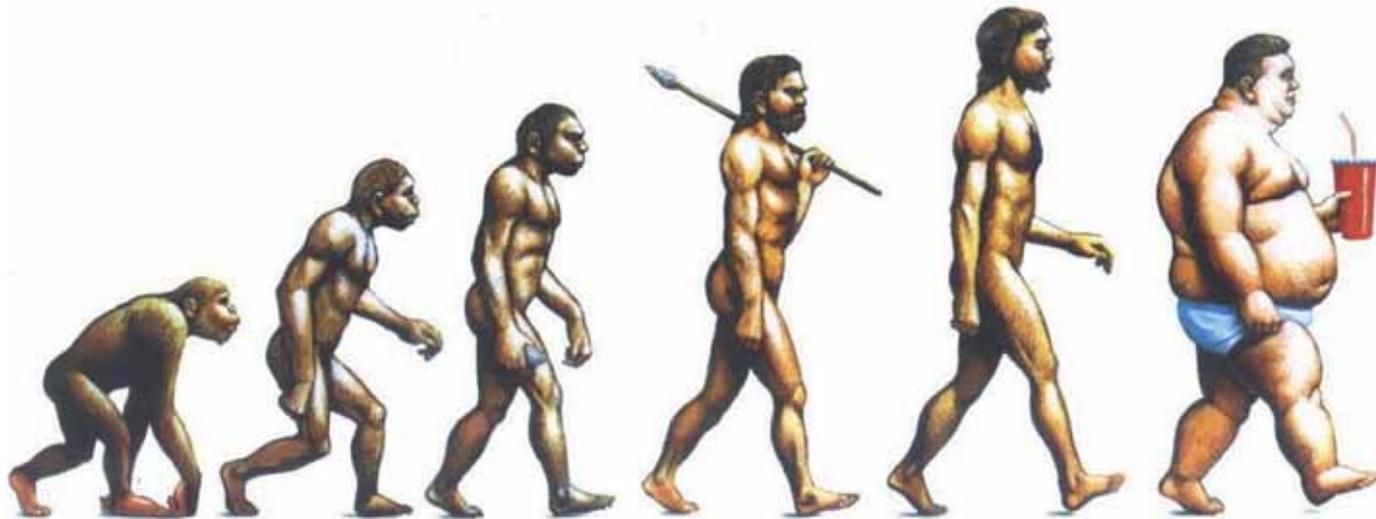
Le tattiche comprendono anche regali, donazioni e contributi a cause giuste per apparire rispettabili agli occhi dei politici e del pubblico. Usano argomenti che attribuiscono agli individui la responsabilità per i danni alla salute e descrivono gli interventi dei governi come un’interferenza nei confronti della libertà personale e della libera scelta. Questa è una formidabile opposizione alla sanità pubblica.

Il potere del mercato diventa poi potere politico. Pochi governi danno la priorità alla salute rispetto ai grandi affari. E come abbiamo imparato dall’esperienza del tabacco, una compagnia potente può vendere al pubblico proprio ogni cosa. Lasciatemi ricordare una cosa. Non un solo paese è riuscito a invertire l’epidemia di obesità in tutte le classi di età. Questo non è il fallimento della volontà individuale. È il fallimento della volontà politica di prevalere sul grande business.

Io sono preoccupata per due recenti tendenze.



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



La prima riguarda gli accordi commerciali. I governi che introducono misure per proteggere la salute dei cittadini vengono portati davanti al giudice e sfidati nel processo. Questo è pericoloso.

La seconda riguarda gli sforzi dell'industria di influenzare le politiche di sanità pubblica che colpiscono i loro prodotti. Quando l'industria è coinvolta nelle scelte politiche è certo che efficaci misure di controllo vengono minimizzate o completamente annullate. Tutto ciò è documentato e anche questo è pericoloso."

Queste affermazioni sono contenute nel discorso inaugurale dell'8° Conferenza Globale sulla Promozione della Salute tenuta a Helsinki nel giugno 2013. Discorso tenuto da Margaret Chan, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, su cui si è poco discusso e riflettuto.

Una prova lampante di come i potenti operatori economici contribuiscono "a cause giuste per apparire rispettabili agli occhi dei politici e del pubblico" - un esempio classico di whitewashing - lo si può scoprire digitando su internet due parole: Cola Cola e Epode.

Epode è una campagna di prevenzione dell'obesità infantile promossa e finanziata da Coca Cola, implementata in più di 500 città di otto paesi di tre continenti, con lo scopo di favorire "stili di vita sani attraverso il coinvolgimento della comunità e delle famiglie".

Uno di questi paesi è l'Italia, una di queste città è Perugia, dove la locale Università degli Studi - con il supporto della Regione Umbria - ha messo in cantiere il progetto EUROBIS (*Epode Umbria Region Obesity Intervention Study*).

Giustamente **l'Associazione Culturale Pediatri** ha contestato questa iniziativa con una nota del 4 febbraio scorso in cui si legge, tra l'altro:

"La Coca Cola fa questo tipo di operazioni perché, assieme agli altri produttori di bevande zuccherate e, più in generale, di alimenti non salutari, è considerata corresponsabile dell'attuale pandemia di obesità, che inizia appunto

in età infantile e giovanile. Numerose sono le ricerche scientifiche che provano al di là di ogni dubbio l'associazione tra assunzione di bevande zuccherate, direttamente proporzionale alla quantità e alla qualità del marketing delle stesse, e aumento dei tassi di sovrappeso e obesità nei bambini".

Significativo è il fatto che quando la ricerca su questo tema è finanziata dall'industria, non viene reso pubblico il dato dell'associazione tra consumo di bevande zuccherate e obesità. L'Associazione Culturale Pediatri vuole mettere in guardia contro i pericoli di questa collaborazione ed auspica che non avvenga.

Innanzitutto perché la mission di un partner privato (non solo Coca Cola, anche quella di eventuali altri partner simili) è diversa e contrastante rispetto a quella del partner pubblico; è quindi impossibile che non vi sia un conflitto d'interessi. Vi è poi il problema della perdita di fiducia nelle istituzioni da parte dei cittadini, derivante in questo caso non dalla messa in atto di pratiche illegali o immorali, ma dall'alleanza con un partner identificato come un rischio per la salute. L'istituzione potrebbe perdere la sua capacità di sviluppare e mettere in atto politiche, di stabilire regole e di verificarne il rispetto; potrebbe perdere anche la capacità di alzare la voce in difesa dei suoi valori e arrivare al punto di autocensurarsi.

Infine perché si permette al partner privato di farsi bello per il suo presunto contributo alla salute pubblica e di spalmare una patina di rispettabilità sul suo marchio e relativi prodotti, per il fatto di aver associato il suo nome a quello di un progetto "buono".

Affermazioni da sottoscrivere per intero e che chiamano in causa le istituzioni, l'Università di Perugia e la Regione Umbria ai suoi massimi livelli, e più in generale la politica, i partiti politici (se hanno qualcosa da dire) e il Ministero della salute (che qualcosa da dire certamente l'avrebbe, avendo messo in cantiere un ambizioso programma nazionale di prevenzione che ha posto al centro la lotta contro le malattie croniche, ivi compresa l'obesità).

TM

Info: gavino.maciocco@alice.it

BACHECA

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

Manfredo Fanfani

La forchetta di Caterina De' Medici

Il cucchiaino e il coltello: troppo ingombrante il primo, un'immagine scomoda il secondo.

Il cucchiaino, insieme al coltello, è stata la prima posata a comparire sulla tavola. Alle origini si usava in comune, tanto che le norme di buon costume raccomandavano di pulirlo con la tovaglia o col tovagliolo prima di passarlo agli altri commensali o prima di prendere il cibo dai piatti comuni. I primi cucchiaini erano di legno, di forma rotondeggiante e assai ingombranti per la bocca.

I cibi liquidi, presi col cucchiaino, venivano pertanto aspirati, con conseguenti riprovevoli rumori. Nel tempo le dimensioni del cucchiaino si sono ridotte e la forma è diventata ovale e molto più funzionale.

Per secoli, sulla tavola, ha dominato una sola posata, da usare in comune, il coltello. E... le mani facevano il resto!

L'uso del coltello, col quale si tagliavano i bocconi per portarli alla bocca con le mani o con la punta acuminata, ha preceduto di secoli quello della forchetta.

Fin dalle sue origini, ha risentito di molte raccomandazioni e tabù che sono il frutto di sentimenti di timore e apprensione per quell'oggetto appuntito e tagliente, istituzionalizzati successivamente come rituali. Le regole sull'uso del

La forchetta, che nasce per lasciare al coltello la sola funzione di tagliare, è accolta con diffidenza e disapprovazione. Considerata un attentato alle tradizioni, sarà ritenuta un oggetto peccaminoso ed inquisita come "instrumentum diaboli"



Giovanantonio Bazzi detto il Sodoma (1477-1549), s. Benedetto a tavola con i suoi monaci, Abbazia di Monte Oliveto Maggiore.

Nella regola di s. Benedetto il nutrimento materiale era perfezionato con quello spirituale, ascoltando, in assoluto silenzio, la parola evangelica letta da un confratello dal pulpito sopraelevato, in armonia col motto "ora et labora". Sulla tavola, piccoli taglieri di legno, con sopra due pesci, svolgono le funzioni del piatto individuale.

L'apparecchiatura è completata da bicchieri singoli, tre saliere a base larga, da strisciare sul tavolo, piccole vaschette metalliche per le salse, tre bottiglie, un solo coltello di uso collettivo.

In primo piano un piatto con verdure, con a lato un prototipo di forchetta a tre punte.

Si tratta di una delle prime immagini in cui compare la forchetta, che non nasceva come posata individuale, ma per prelevare il cibo dal piatto comune; diremmo oggi, come posata di portata. In basso, in primo piano, la consueta presenza di cani e gatti, che partecipano al convivio con l'utile compito di pulire il pavimento dai cibi avanzati e gettati in terra come prescrivevano le regole della buona creanza dell'epoca... L'Artista, al di là della bellezza stilistica, ama raccontare e dare valori descrittivi alle sue opere, per cui ogni particolare assume un



significato. Le severe regole monastiche escludevano l'uso della carne; compaiono infatti sulla tavola solo pesci e verdure. Prima di iniziare il pasto all'abate Benedetto, che siede a capotavola, veniva presentato il vino per la benedizione e il primo sorso. La consuetudine poteva rappresentare un serio pericolo già corso: essere avvelenato da qualche malintenzionato che non sopportava la severa disciplina comunitaria. Nell'immagine

si fa esplicito riferimento a questa ritualità, ma Benedetto, famoso per la sua prudenza, guarda un monaco alla sua sinistra al quale sembra aver delegato il compito della benedizione e dell'assaggio!... Benedetto non ha di fronte a sé la pagnotta come altri monaci, ma dei bastoncini di pane, a lui riservati. Si tratta, verosimilmente, di un richiamo ad un altro episodio di tentato avvelenamento, questa volta con una pagnotta



donata da un prete invidioso. Benedetto, insospettito, fa allontanare quel pane da un ubbidiente corvo che ogni giorno si introduceva nel refettorio per beccare il cibo dalle sue mani. Benedetto tiene un pezzetto di pane fra le dita, si tratta della razione preparata per il corvo che, come racconta la storia, tomò svolazzante e, come sempre, "prese il suo cibo dalla mano dell'uomo di Dio". E ancora un riferimento al miracolo della farina: il monaco, seduto a tavola in primo piano, tiene nella mano sinistra la sua porzione di pane, mentre con la destra afferra la pagnotta del frate vicino, che rimane con la mano sospesa e lo sguardo attonito ma, rispettando la regola del silenzio, non reclama e subisce. Il monaco alla sinistra di Benedetto ha la mano alzata in cerca della pagnotta che non c'è; anche il monaco seduto al centro non ha il pane alla

sua sinistra e medita ricordando s. Benedetto: "perché rattristarsi per un misero pane e non riporre maggiore fiducia nel Signore?", "fede scarsa, pane scarso, ma consolatevi domani ne avrete in abbondanza". La mattina seguente, fuori della porta, furono trovati molti sacchi di farina. In fine la rondine sul passante di ferro sotto il soffitto (particolare) è un esplicito richiamo alla festa di san Benedetto che, prima della riforma del calendario liturgico di Paolo VI, ricorreva il 21 marzo, inizio della primavera, che coincideva con l'arrivo delle prime rondini come ricorda il proverbio: "per san Benedetto la rondine è sotto il tetto".

coltello nascono motivate dal desiderio di non suscitare timori o stati di angoscia nei commensali con gesti all'apparenza minacciosi.

Da ciò ne derivano raccomandazioni e tabù rigorosi, che ancor oggi ricorrono nell'educazione familiare: "non puntare mai il coltello verso il viso degli altri commensali", "non agitarlo e non tenerlo mai troppo a lungo in mano, impugnalo solo al bisogno e posalo subito", "non impugnare il coltello con tutta la mano come si trattasse di un'arma", "non portare il coltello alla bocca". Nessuno si è mai ferito portando il coltello in bocca, ma evidentemente si vuole evitare il senso di disagio che questo simbolico gesto di pericolo provoca negli altri commensali.

Nel tempo si è cercato sempre più di "addolcire" gli aspetti offensivi del coltello fino ai coltelli dei nostri giorni, con punte arrotondate e lame sempre meno affilate.

È per questa evoluzione storica che ci lamentiamo se i nostri coltelli tagliano sempre meno! La tavola si apparecchia con la parte tagliente del coltello rivolta verso il piatto, non tanto per l'improbabile rischio di tagliarsi, ma



Sandro Botticelli (1445-1510): Banchetto nuziale di Nastagio degli Onesti, Collezione Privata.

La forchetta è già presente sulla tavola nella Firenze della seconda metà del quattrocento. Botticelli si richiama alla disposizione della tavola secondo i costumi di quel periodo. Le signore sedevano da un lato, gli uomini di fronte. La tovaglia (mantile) è ornata con fiori, stelle di zucchero e "pinocchiati" (confetture di pasta e pinoli), con funzione di intermezzo, che gli ospiti spilluzzicano aspettando la portata.

Le due giovani donne in primo piano tengono in mano una piccola forchetta a due punte, altre sono sul tavolo. Gli inservienti entrano con i vassoi offerti alla ammirazione di tutti prima di essere serviti. Anche oggi il ristorante o la sala da pranzo non sono solo il locale dove si mangia ma, anche, il luogo di spettacolo, dove ci si diverte, si critica o si applaude, proprio come al cinema o al teatro. Il cibo si prendeva dai piatti comuni con le mani, lavate e

profumate. Sul margine esterno della tavola sono distribuiti vari "piattelletti" per servire bevande e panna zuccherata, prima di iniziare. Mancano ancora i tovaglioli. Secondo i galatei dell'epoca le dita si pulivano alla lunga tovaglia. In primo piano la credenza che serviva per l'esibizione del prezioso vasellame. Il banchetto, e il suo apparato, rappresentavano una teatralizzazione del potere economico e della gerarchia sociale. In evidenza la rastrelliera con la presentazione dei preziosi piatti da "parata" che venivano mostrati in occasione di grandi pranzi. In primo piano una vasca



su piedistallo dove gli ospiti erano invitati a ostentare la rituale "purificazione" delle mani prima del convivio; abitudine osservata molto più di oggi! Anche durante il pranzo, e a fine pranzo, i valletti porgevano vaschette con acqua profumata per lavare le dita. La presentazione di vaschette lavadita (finger bowl) a fine pranzo è, talora, ancora oggi in uso; questa evenienza può, tuttavia, creare serio imbarazzo a quegli ospiti che abbiano perso la memoria storica degli usi e costumi che ci hanno preceduto: cosa farne di quella vaschetta con acqua e fiori posta sul tavolo dal solerte cameriere?...



Miniatura dal codice "De universo" di Rabano Mauro (sec. XI), Montecassino, Archivio dell'Abbazia.

Nell'undicesimo secolo nasce un rudimentale prototipo della forchetta: su questa mensa signorile i due commensali hanno in comune soltanto una coppa per bere, un solo coltello, una sola primitiva forchetta.

I cibi son serviti in contenitori comuni dai quali attingono il cibo con le mani o, a turno, con la forchetta. Si tratta verosimilmente di una delle prime immagini iconografiche in cui compare un oggetto, di forgia particolare, che ha le funzioni della forchetta.

per evitare emozioni negative, anche se inconse, che può suscitare al vicino commensale la vista della lama.

Lo stesso significato riveste l'usanza francese di apparecchiare la tavola con le punte della forchetta rivolte verso il basso, cioè appoggiate sul tavolo; quelle punte che "guardano" potrebbero infatti richiamare immagini offensive agli occhi dei commensali.

L'uso del coltello, ove non strettamente necessario, è stato addirittura abolito, o è stato introdotto l'uso di coltelli ad hoc, come i coltelli da pesce, da dessert e da burro, che assomigliano di più a una spatola che non a veri coltelli; sempre con lo scopo di attenuarne gli aspetti offensivi alla vista e sensibilità dei commensali.

Le prime posate a comparire sulla tavola sono state il cucchiaio e il coltello: troppo ingombrante il primo, un'immagine scomoda, per l'aspetto di arma offensiva, il secondo. Il loro uso era, alle origini, in comune fra i vari commensali



Annibale Carracci (1560-1609), *"Il mangia fagioli"*, Roma, Galleria Colonna.

I primi cucchiai nacquero in legno e con una ingombrante forma rotondeggiante. L'atteggiamento della bocca del "mangia fagioli" sembra voler mostrare che il cibo liquido veniva aspirato, con i conseguenti deprecabili

rumori. Evidentemente quel cucchiaio non entrava in bocca! I cucchiai hanno in seguito assunto una forma ovale, più funzionale per il loro uso. Il cucchiaio non nacque per la tavola dei ricchi, ma era indispensabile ai popolani per il quotidiano consumo delle zuppe. I coltelli, come appare nell'immagine, erano bene affilati e con una punta acuminata che serviva

anche per prendere il cibo già tagliato, quando non era ancora in uso la forchetta. Col tempo le funzioni della punta del coltello saranno delegate alla forchetta; la punta assumerà forme sempre più arrotondate, e la lama sarà sempre meno affilata per evitare l'impressione negativa di un'arma offensiva agli occhi dei commensali.

Pierantonio Mezzastri, (1430-1506), *Il Miracolo del Pellegrino*, Assisi, Oratorio dei pellegrini.

Anche nella pittura umbra della fine del quattrocento compare in tavola la forchetta. I commensali non hanno ancora di fronte un piatto individuale, sono presenti un acuminato coltello e una forchetta a due punte che serviranno per il lauto pranzo costituito da due galletti posti nel piatto comune. L'Artista, cronista del suo tempo, racconta la storia di un pellegrino diretto al Santuario di s. Giacomo in Galizia. Il figlio, accusato da un oste per un furto non commesso, è condannato alla forca. L'intervento miracoloso di s. Giacomo, che ne sorregge per alcuni giorni il corpo sospeso, consente al malcapitato di restare in vita. Il racconto, oltre alla promozione agiografica dell'immagine del Santo, è anche un avvertimento per i pellegrini di stare attenti agli osti senza scrupoli! Quando il pellegrino, chiedendo la



grazia per il figlio, racconta il fatto al Governatore, seduto a tavola, questi fa presente che avrebbe creduto alla storia del miracolo se i due galletti arrostiti si fossero messi

a cantare. E così i galli si riassessano le piume e impettiti si mettono a cantare sul piatto. Il figlio del pellegrino viene graziato, e va molto bene anche ai due galletti che scansano le punte di quelle

diaboliche forchette! Una curiosità legata ai nascosti trascinati culturali è legata al detto: "le gambe mi fanno Giacomo, Giacomo...". Si tratta di un riferimento ai

pellegrinaggi verso il lontano santuario di s. Giacomo in Galizia, così faticosi, che le gambe facevano, appunto, "Giacomo, Giacomo..."



Sassetta Stefano
(attivo nel 1423),
L'istituzione
dell'Eucarestia,
Siena, Pinacoteca
Nazionale.

Nelle rappresentazioni dell'ultima cena la tavola è in genere allestita, sia pure in modo essenziale, con cibi e stoviglie. Il fulcro gravita su Cristo che preannuncia il tradimento e sulle reazioni degli apostoli che si interrogano. Il Sassetti

repraesenta, viceversa, l'istituzione dell'Eucarestia e le reazioni degli apostoli di fronte ad una verità spirituale. La tavola, conformemente al tema, è disadorna, priva di stoviglie e di cibi, solo un calice sacerdotale per il vino e due ostie.

Cristo indica il pane a forma di ostia che stringe nella mano. Dalle espressioni riverenti e di preghiera di Pietro e di Giovanni, ai suoi lati, si deduce che ha appena annunciato

le parole "questo è il mio corpo" che saranno ripetute nella messa al momento della consecrazione.



Duccio di Buoninsegna
(1255-1318),
L'arresto di Cristo,
Siena, Museo dell'Opera
della Cattedrale
(particolare).

Fu Simon Pietro a tagliare l'orecchio destro al servitore di nome Malco durante la cattura di Cristo sul Getsemani (Giovanni, XVIII, 10-11). Pietro ha in mano un'arma simile a un grosso

coltello, quel coltello che, nell'immaginario iconografico, molti artisti gli mettono ostentatamente in pugno nelle rappresentazioni dell'Ultima Cena,

anticipando il suo ruolo di difensore fiero ed impulsivo, per questo redarguito da Gesù (Matteo, XXVI, 52). Gesù riattaccò quell'orecchio al servitore Malco, si tratta della notizia

del primo rimpianto. L'iconografia artistica sottolinea in più occasioni questa doppia anima del coltello: un utile utensile ma, anche, arma di offesa.

DONATELLA TALINI, ALBERTO BALDASSERONI¹

Il medico necroscopo e la verifica della morte apparente ai tempi dell'Evidence Based Medicine



Donatella Talini, Medico Chirurgo, Spec. in Medicina del Lavoro e Malattie dell'Apparato Respiratorio. Referente CeRIMP (Centro di riferimento Regionale per gli Infortuni e le Malattie Professionali della Regione Toscana) per l'Area Vasta Nord Ovest (Pisa).

A qualunque medico sia capitato di svolgere l'attività di necroscopo è venuto da chiedersi, mentre magari si trovava davanti ad un feretro calzato e vestito, già composto nella cassa, attorniato da parenti in lacrime, perché fosse lì e che senso avesse il suo certificato, che senso avesse pensare ancora a un'ottocentesca morte "apparente", soprattutto a fronte di una scheda ISTAT di solito già compilata, con i dettagli sulle cause di morte. L'unica risposta "scientifica" che si può dare è che questo è richiesto dalla norma, anche se in Italia, a livello regionale, vi è poi un'eterogeneità di norme sugli adempimenti successivi al decesso e sui compiti attribuiti al medico necroscopo.

Del necroscopo si parla per la prima volta in un Regio Decreto del 1880 per l'identificazione dei casi di morte apparente; con il tempo a questo si è aggiunto il ruolo di stabilire le cause di morte indicate nella scheda ISTAT, laddove il curante del defunto non sia disponibile o il decesso sia avvenuto senza assistenza medica. Allo stato attuale, nei casi in cui il modello ISTAT sia già compilato, il necroscopo oltre alla visita, dovrebbe per prassi fare una verifica di congruenza fra le cause da lui riscontrate e quelle riportate sulla scheda. Se consideriamo però che il necroscopo svolge di fatto una semplice ispezione esterna del cadavere, in un preciso momento, senza alcun monitoraggio nel tempo, e che, dato il contesto (cappelle mortuarie, abitazioni private in penombra, con certi ardenti, ecc.) sia difficile (se non imbarazzante dal punto di vista professionale) acquisire informazioni sulle condizioni di malattia pregresse del defunto, è innegabile esprimere alcune perplessità circa le reali funzioni a lui affidate. Peraltro sembra che

in questa prassi sia ampiamente sottovalutato il fatto che il necroscopo possa essere anche un garante di quanto osservato dal curante (che di solito compila la scheda ISTAT), a salvaguardia della salute pubblica. In Inghilterra per esempio è stata infatti di recente introdotta la figura del Medical Examiner (ME), un funzionario pubblico con il compito di supervisionare i certificati di morte, ciò dopo la recente vicenda del medico di famiglia serial killer che ha ucciso con un'iniezione letale un centinaio dei suoi assistiti, falsificando poi i certificati di morte e dichiarando il decesso per cause naturali.

Facendo un'analisi logica del processo e identificando le diverse tappe, le figure che intervengono in ciascuna fase, la finalità di ogni tappa e l'outcome da noi considerato: la rilevazione dei casi di morte apparente, appaiono evidenti criticità e la sua efficacia non è dimostrabile. Diverso è invece ciò che emerge se consideriamo la funzione del necroscopo nella verifica/individuazione delle cause di morte, anche a garanzia a tutela della collettività. Appare quindi necessaria una urgente rivalutazione e una valorizzazione della figura del medico necroscopo attraverso lo sviluppo di un profilo di competenze specifiche e una riorganizzazione del processo *finis vitae* che non può prescindere dalla revisione della normativa vigente e da un'omogeneizzazione delle pratiche a livello nazionale.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: donatella.talini@gmail.com

¹ Medico del lavoro, dirigente di 1 livello, Responsabile Operativo del Centro di riferimento per gli infortuni e le malattie professionali (CeRIMP) della Regione Toscana, AV Centro (Firenze).

TM



Stefano Lassi, medico chirurgo, spec. in Psichiatria e Psicoterapia, Resp. aziendale della formazione e aggiornamento risorse umane e specialista della Fondazione ODA Firenze Onlus, Vicepresidente della European Association MHID, Vicepresidente dell'Ass. Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici della Toscana, membro del comitato etico della Fondation FAL Luxembourg, specialista della Fondazione PAS.



Daniele Mugnaini, Psicologo. Presidente dell'Associazione Psicologi e Psichiatri Cattolici della Toscana. Perfezionato in psicologia scolastica, in Qualità di Vita nella persona adulta con Disabilità Intellettiva, e in Therapeutic Assessment. Coordinatore delle attività riabilitative per il Centro di abilitazione per disturbi di spettro autistico PAMAPI - Firenze

STEFANO LASSI, DANIELE MUGNAINI

Riflessioni sul codice deontologico

Gentile Direttore,

dopo sei anni di opera di sensibilizzazione culturale da parte dell'Associazione Psicologi e Psichiatri Cattolici della Toscana nel territorio fiorentino e a un anno dall'inizio di un dialogo intrapreso con l'Ordine, siamo a esprimere apprezzamento per la tavola rotonda organizzata il 5 marzo scorso presso l'Ordine di Firenze, "La spiritualità del paziente nell'era della tecnologia", e per chiedere che sia dato seguito alle istanze emerse, con azioni di invito agli Enti preposti perché la formazione, le procedure relative a persone/tempi e spazi di ascolto del singolo paziente, e l'agire del medico siano sempre più e sempre meglio connotate dalla valorizzazione, che è anche promozione, delle dimensioni umane, relazionali, etiche, biografiche, esistenziali, culturali e, per molti, spirituali e religiose del paziente. E del medico stesso.

Infatti 1) L'Università ad oggi si limita a formare alla "non discriminazione" e a fare appello alla messa in gioco delle doti umane e relazionali del medico per aumentare la compliance; 2) la cultura e le procedure mediche si fanno sempre più freddamente tecnicistiche e meno appassionate alla deontologia, e 3) è in corso una revisione del Codice deontologico alla quale potremmo dare il nostro contributo.

Durante l'incontro all'Ordine si è riscontrata una larghissima condivisione dell'urgenza di un recupero di una nuova integrazione intra-personale, inter-specialità mediche e interpersonale in ambito medico. Con forza è stato detto che va recuperata la dimensione di supporto medico-paziente al buon-morire e al buon-soffrire: il paziente non va lasciato solo, va aiutato a crescere, ed è possibile farlo con grande soddisfazione. E crescere e maturare vuol dire entrare nella verità delle cose, nella consistenza delle "cose umane che non muoiono" e nel fare memoria insieme di ciò che per l'altro "conta e ha contato" nella vita.

Durante l'incontro si è potuto inoltre ricordare l'ingente letteratura scientifica oggi presente (più di tremila studi pubblicati su riviste scientifiche) che dimostra l'influenza generalmente positiva di una vita religiosa o spirituale, quale fattore di protezione per varie patologie, quale elemento di forza psicologica e di supporto nella malattia e nelle difficoltà della vita. Si

è accennato ai documenti pubblicati dal Royal College of Psychiatrists, l'American Psychiatrist Association, l'American Psychological Association e la World Psychiatrist Association che raccomandano una valorizzazione della dimensione religiosa e spirituale dei pazienti. Anche in Italia i primi risultati vanno nella medesima direzione.

In particolare potrebbe risultare utile porre l'argomento all'attenzione nazionale, conservando il richiamo al "dovere" e al rispetto della "libertà di coscienza". L'ascolto attento, benevolo e reciproco al mondo interiore dell'altro, costituisce un elemento che valorizza la dignità e arricchisce la qualità di vita del paziente e del medico.

Va proseguito il dialogo con le istituzioni e le associazioni, professionali e non, perché sia urgentemente data a questi temi l'attenzione che merita. Ma soprattutto va proseguito il dialogo con le Agenzie formative, prima fra tutte l'Università, perché possa implementare il curricolo di studi con una riflessione e una formazione seria su questi temi. Le evidenze scientifiche spesso misconosciute, i bisogni di una nuova medicina centrata sulla persona, e il bisogno dei professionisti di confrontarsi e formarsi alla relazione terapeutica che tenga conto della dimensione multiculturale dei pazienti, ci richiamano adesso a risposte concrete.

Nella speranza che all'incontro prezioso che si è svolto presso l'Ordine seguano ulteriori azioni a favore di una presa di coscienza di queste tematiche nella direzione di una sempre maggiore appropriatezza delle cure, porgiamo i nostri più cordiali saluti.

Stefano Lassi e Daniele Mugnaini

La Commissione Deontologica, incaricata di rivedere il Codice Deontologico, ha incontrato le Associazioni medico-scientifiche e bioetiche in un clima costruttivo, che ha confermato le istanze emerse nell'incontro fiorentino. Il codice deontologico afferma con forza l'obbligo relazionale del medico anche per accompagnare le istanze spirituali di ogni persona, fondamentale sostegno per la riuscita della cura, ponendo altresì attenzione a che il medico eviti ogni tentativo di "normalizzazione spirituale" di qualsiasi sorta.

Antonio Panti

RICCARDO TARTAGLIA

La via Toscana al Rischio Clinico

Caro Direttore,

ti invio per la pubblicazione il testo della lettera inviata al Presidente E. Rossi, all'Assessore L. Marroni, al Presidente IV Commissione M. Remaschi.

La lettera al Corriere Fiorentino (24 Aprile u.s.) del Vicepresidente della IV Commissione mi ha sollecitato dei chiarimenti su alcune importanti questioni relative alla Sicurezza delle Cure nella nostra Regione.

Tra le tante buone cose realizzate dalla Regione Toscana, l'istituzione del Centro Gestione Rischio Clinico si può considerare una delle più importanti. Rappresentiamo oggi un punto di riferimento non solo a livello nazionale ma anche a livello europeo.

La decisione inoltre di collegare il Rischio Clinico a quello Economico è stata estremamente innovativa ed è stata possibile grazie alla realizzazione, ormai anni fa, del Sistema Informativo regionale sul Rischio Clinico che ci ha consentito dei dati propri rispetto a quelli delle compagnie assicurative e di non trattare separatamente costi umani, economici e professionali.

Crede inoltre che abbiamo conquistato in questi anni il consenso e il sostegno di tantissimi operatori sanitari e cittadini che partecipano sempre numerosi ai nostri eventi e ci hanno sostenuto in alcuni passaggi difficili del sistema.

In questi dieci anni abbiamo mantenuto sostanzialmente stabile, seppure con un trend in riduzione, il numero di richieste di risarcimento e una nostra recente indagine, realizzata in tutte le aziende sanitarie toscane con il metodo della revisione delle cartelle cliniche (il più affidabile per studiare gli errori), ha determinato tassi di eventi avversi sovrapponibili a quelli dei paesi con i servizi sanitari più avanzati. Si tratta forse del dato più oggettivo e affidabile oggi disponibile per valutare la qualità e sicurezza della sanità toscana.

Nonostante tutto, continuano ad avvenire, ed avverranno ancora, incidenti, ma la valutazione del Rischio Clinico non si può basare sugli articoli di giornale. James Reason ce lo disse quando venne nel 2003 a Firenze per lanciare la nascita del Centro Gestione Rischio Clinico: "Dobbiamo abituarci a convivere con gli errori. Il rapporto medico-paziente o medico-malattia dal punto di vista del fattore umano presenta numerose insi-

die e criticità non sempre controllabili".

All'indomani dell'incidente trasfusionale di Grosseto chiesi, durante un incontro del Comitato Tecnico delle Regioni e Province autonome sulla sicurezza del paziente, quanti incidenti simili fossero stati segnalati durante l'estate. Ne erano avvenuti altri, ma nessuno aveva avuto evidenza sui media.

Si tratta in questo caso di incidenti che, vista la bassa letalità (8%), sono comunicati ai media solo nel caso del decesso del paziente o di denuncia dei familiari.

Lo stesso riguarda gli errori di lato in chirurgia; sono incidenti gravi, rari ma che possono verificarsi anche in servizi sanitari evoluti proprio per il fatto che in medicina non si è stati ancora in grado di azzerare l'errore umano in tutte le pratiche cliniche.

Sulla materia Sicurezza delle Cure dobbiamo pertanto mantenere sempre un tono basso e tener conto del *power gap* tra professionisti e cittadini. Come mai nel sud Italia il numero di richieste di risarcimento e reclami è più basso che al nord? Come mai laddove la pratica del *reporting and learning* non è diffusa non emergono gli incidenti? Ragioni sociali e culturali, diversissime sul territorio nazionale, sappiamo che possono enfatizzare o ridurre l'entità del fenomeno.

Ritengo però che una particolare attenzione debba essere posta sulle tensioni che si sono generate, anche a causa della crisi economica, in tutti i servizi sanitari regionali, conseguenti anche ai crescenti carichi di lavoro dovuti alla non *evidence-based bureaucracy*, che appesantisce in modo spropositato ormai ogni atto medico, ma soprattutto ai cambiamenti organizzativi avvenuti. Per studiare questo problema abbiamo ottenuto da INAIL un finanziamento per un progetto di ricerca.

Oggi la medicina è più complessa che in passato (oltre 4.000 procedure mediche e chirurgiche), esistono migliaia di farmaci e centinaia esami di laboratorio, il *turnover* del personale e dei pazienti è altissimo. Se vogliamo contenere il rischio dobbiamo introdurre strumenti di supporto cognitivo alla pratica clinica (surgical checklist, MEWS, handover, sepsi score ecc.). Ciò è particolarmente importante negli ospedali organizzati per Intensità di Cure in cui la Cartella Clinica Integrata e Informatizzata dovrebbe essere alla base del lavoro.



Riccardo Tartaglia, Direttore del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente. Coordinatore nazionale del Comitato Tecnico delle Regioni e delle Province autonome per la Sicurezza delle Cure.

Negli anni '70 seguivano un paziente un paio di medici al giorno, oggi un paziente può essere seguito da più di 10 specialisti. Il *must* di oggi è il *teamworking*, le abilità non tecniche diventano essenziali nei sistemi complessi e non saper lavorare con gli altri può rappresentare un grave problema. È questa, ad esempio, la criticità più importante che abbiamo riscontrato con il nostro *audit* nella cardiocirurgia di Pisa.

In una lettera aperta che ho scritto al Ministro della Salute sollevavo alcune questioni, invitandola a promuovere come in altri Paesi una campagna nazionale sulla sicurezza delle cure. Il numero ancora altissimo di complicanze prevenibili (oltre il 50%), l'appropriatezza degli esami (il 30% delle prestazioni radiologiche risulta inappropriato), i bassi volumi di attività in chirurgia correlati ad una maggiore mortalità, il tasso elevato di sepsi (prima causa di morte nei nostri ospedali) hanno bisogno di interventi mirati che mettano al primo posto il valore della qualità e sicurezza delle cure nei nostri modelli organizzativi ancora poco basati sulla Cooperazione, Condivisione, Comunicazione e Conoscenza (le 4 C che il GRC ritiene fondamentali per sciogliere i 4 nodi del sistema).

In conclusione, volevo anche evidenziare che tutte le volte che il Centro Gestione Rischio Clinico è intervenuto per eventi sentinella, indivi-

duando gli *auditor* più adatti e gestendo la comunicazione con i media, abbiamo sempre evitato polemiche di stampa; ormai ci siamo fatti una certa esperienza su come affrontare queste tristi situazioni. Continuo inoltre a ritenere che nell'immediatezza di un evento dobbiamo occuparci del paziente e dei suoi familiari e della seconda vittima, l'operatore sanitario. Vorrei invece una maggior severità, non nell'assumere dei provvedimenti nei confronti degli operatori a seguito di un evento avverso (per questo c'è già la Magistratura) ma nell'attività di controllo delle direzioni generali e sanitarie sulla routine del lavoro. È preferibile adottare dei provvedimenti in questa fase piuttosto che nel momento acuto dell'evento. Talvolta si conosce bene il rischio presente in alcune strutture ma si adottano i provvedimenti solo dopo l'incidente.

È inoltre fondamentale e necessario essere severi su quelle direzioni generali che non applicano o non facilitano l'applicazione delle pratiche per controllare il rischio o non danno seguito alle campagne per la sicurezza.

Circa sei anni fa il braccialetto identificativo fu introdotto in alcune aziende sanitarie, purtroppo in un paio di casi, dopo un esito positivo della sperimentazione, fu abbandonato.

TM

LETTI PER VOI

Il medico oggi, tra complessità e tecnologia

Dalla biologia alla biografia delle persone

a cura di ALDO PAGNI

Edizioni Medico Scientifiche s.r.l., Torino 2014

Lo spirito di questa novità libraria si evince già dalla dedica a due colleghe scomparse e tragicamente salite agli "onori" della cronaca: Eleonora Cantamessa (investita mentre prestava soccorso a un traumatizzato della strada) e Paola Labriola (uccisa da un paziente instabile in una divisione di psichiatria).

L'esame della *deontologia medica* moderna passa certamente – come sostiene Aldo Pagni, il curatore dell'opera – dall'esame dei problemi etici e giuridici della pratica medica, visti secondo l'ottica di alcuni specialisti, ma è soprattutto una pietra di paragone dei valori e delle culture degli uomini, nei quali due figure come le colleghe uccise possono a buon diritto identificarsi e divenirne l'emblema.

Biologia e biografia: i due termini del sottotitolo esaltano la *vita*, espressa nella loro radice, che rappresenta il prima, il durante e il dopo dell'essere medico, oggi più di ieri, visto che l'ambiente, le sperimentazioni, la cibernetica, l'ingegneria genetica, le dissertazioni bioetiche su inizio e fine vita (e altro ancora) potrebbero agire contro di essa, quando invece il loro mandato sarebbe di potenziarla ed esaltarla. In questo senso diventa di importanza decisiva anche l'esame della "futilità in medicina", una realtà quanto mai attuale e che deve essere considerata per evitare perdite di tempo e di preziose risorse nella gestione della salute.

Un compendio di pareri a nostro giudizio fondamentale in un'epoca come quella di oggi in cui, accanto a una biologia molecolare che scende sempre di più nelle profondità cellulari per farci intuire le vere origini dei danni biologici, fioriscono ancora miscugli, sieri e sedicenti metodi di cura paludati come miracolosi che danno, più che false speranze, colpi violenti alla credibilità della medicina e ai budget a disposizione per dare e ridare vita all'essere umano.

Bruno Rimoldi

Certificati medici in ambito scolastico

Finalmente arriva in porto l'intesa fra la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze e l'Ufficio Scolastico Regionale sull'annosa questione dei **certificati medici per uso scolastico**. Una materia che negli anni ha fatto emergere tante incertezze e difformità di comportamento sia nei medici che nelle scuole, che nelle famiglie.

Proprio per superare questa situazione, gli Ordini toscani e l'ex Provveditorato hanno da tempo avviato un confronto e alla fine hanno condiviso un documento nel quale si affrontano molte delle situazioni a maggior rischio di "inappropriatezza" certificativa, fornendo indicazioni per risolverle. Adesso l'Ufficio Scolastico Regionale diffonderà queste indicazioni a tutte le scuole della Toscana e altrettanto faranno gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nei confronti dei propri iscritti.

Si spera che il risultato sia quello atteso: maggiore omogeneità di comportamento, semplificazione, abolizione di certificati inutili.

Un ringraziamento particolare al dr. Valdo Flori e al dr. Pier Luigi Tucci che hanno assiduamente seguito l'iter di questa intesa contribuendo in modo determinante alla sua riuscita.

Intesa tra Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici sulle certificazioni mediche in ambiente scolastico.

In considerazione delle frequenti richieste di chiarimenti in materia di certificazioni mediche che giungono all'Ordine dei Medici, sia da parte dei Medici che delle Direzioni Scolastiche, l'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e la Federazione Toscana degli Ordini dei Medici hanno ritenuto opportuno concordare una linea condivisa in materia di certificazioni mediche che possono essere richieste dagli Organi Scolastici.

Al fine di evitare inutili contenziosi sulla necessità e congruità delle richieste di certificazione, si concorda primariamente di definire l'elenco di certificazioni che non hanno necessità di essere richieste, in quanto in tali situazioni è sufficiente la giustificazione o richiesta dei genitori.

Non è necessaria alcuna certificazione medica per:

1. frequenza a lezioni di Educazione Fisica, in quanto da considerare materia curriculare;
2. entrata/uscita da scuola anticipata o posticipata sia per motivi familiari o per

partecipare a visite mediche o indagini clinico/strumentali;

3. fruizione di diete particolari per motivi religiosi;

4. attività ginnico-motorie, anche extracurricolari, nella scuola d'infanzia e primaria in quanto hanno carattere ludico-motorio;

5. riammissione dopo assenze non dovute a malattia, indipendentemente dalla loro durata.

Necessita una certificazione medica, in caso di:

1. Riammissione dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni (DPR Presidente della Repubblica 1518/1967, art 42).

2. Partecipazione alle fasi provinciali e regionali dei Giochi Sportivi Studenteschi e ad attività parascolastiche.

In tali occasioni deve essere richiesto un certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica.

Per la partecipazione alle fasi nazionali dei Giochi Sportivi Studenteschi necessita un certificato alla pratica sportiva agonistica.

Riammissione dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni

In base a quanto previsto dal DPR Presidente della Repubblica 1518/1967, art 42 ed ulteriormente chiarito nell'Accordo tra Pediatri di Famiglia e Regione Toscana (Comitato Regionale per la Pediatria del 24/01/2013), il Certificato di riammissione a scuola è necessario dopo un'assenza per malattia di oltre cinque giorni (**il rientro a scuola il 6° giorno non richiede certificato!**).

I giorni festivi sono conteggiati solo se sono a cavallo del periodo di malattia (esempi: 1. inizio assenza venerdì, il rientro a scuola fino al mercoledì successivo non richiede il certificato, dal giovedì successivo in poi sì; 2. inizio assenza lunedì, il rientro a scuola il lunedì successivo non richiede il certificato, dal martedì successivo sì).

Nel calcolo dei giorni di assenza non vanno considerati i giorni delle vacanze (esempio: se l'alunno è assente il primo giorno dopo qualsiasi tipologia di vacanza, anche se era stato assente l'ultimo giorno di scuola precedente alla vacanza, non necessita il certificato).

Riammissione in caso di trattamento con suture/medicazioni/apparecchi gessati

Di norma la presenza di medicazioni/suture/apparecchi gessati non controindi-

ca da un punto di vista medico la frequenza in una comunità scolastica e pertanto non richiede specifica certificazione; al massimo può essere prevista una dichiarazione di responsabilità dei genitori, per quanto attiene ad aspetti di natura non medica.

Nel caso in cui la Scuola sia in possesso di un referto medico con indicazione di una prognosi, in seguito ad eventi esterni o interni alla scuola come ad esempio un infortunio, per la riammissione anticipata rispetto al periodo di prognosi di guarigione indicata è necessario un certificato dove sia specificato che da un punto di vista medico non ci sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni; il certificato non è richiesto se tale indicazione è contenuta nel referto medico relativo all'incidente.

La suddetta certificazione è necessaria per superare le norme anti-infortunistiche che, in presenza di una specifica prognosi, di fatto impedirebbero la frequenza scolastica per lunghi periodi; il Dirigente Scolastico adotterà poi le eventuali misure organizzative ritenute opportune per la permanenza negli ambienti scolastici dell'allievo con suture o apparecchi gessati.

Richiesta di Certificati di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

La certificazione di idoneità per la pratica di attività sportive non agonistiche, come previsto dall'art.1 del D.M. 28/02/83 ed ulteriormente chiarito dall'allegato H del D.P.R. 272/2000, nonché dalla L.98/2013 e successivamente dalla L.125/2013, è richiesta nei seguenti casi:

a) per le attività fisico-sportive svolte in orario extra-curricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti;

b) per la partecipazione alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quella nazionale dei campionati studenteschi;

c) per la partecipazione a manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati, nell'ambito di quanto programmato nel P.O.F. (Piano Offerta Formativa).

Le richieste di certificazione deve essere effettuata su apposito modulo **firmato in originale dal Dirigente Scolastico** e dove sia esplicitata l'attività che l'alunno frequenterà.

I certificati per la pratica di attività sportive non agonistiche sono rilasciati dal Pediatra di Famiglia o dal Medico di Medicina Generale.

La certificazione per la pratica di attività sportiva agonistica, prevista per la partecipazione alle fasi nazionali dei Campionati Studenteschi, è rilasciata dalle Asl locali o da strutture ambulatoriali private accreditate per la medicina dello sport (art. 4, punto 4, L.R. n° 35/03).

Si ribadisce che:

- la certificazione non deve essere richiesta all'atto dell'iscrizione scolastica, ma al momento della partecipazione alle attività sportive extracurricolari;

- il certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica ha validità di 1 anno e pertanto se l'alunno è già in possesso di tale certificazione precedentemente rilasciata per la frequenza ad attività sportive extrascolastiche, deve ritenersi valida se rientra nel periodo di validità;

- se l'alunno è in possesso di un certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica, è da ritenere valido per tutte le attività che prevedano una certificazione di idoneità non agonistica;

- non è necessaria alcuna certificazione per le attività ginnico-motorie, anche extracurricolari, nella scuola d'Infanzia e Primaria in quanto hanno carattere ludico-motorio e tale certificazione non è prevista dall'attuale normativa (L. 98/2013);

- per il rilascio del certificato di Idoneità alla pratica sportiva non agonistica, il medico si atterrà alle disposizioni normative vigenti.

Le suddette certificazioni dovranno essere prodotte in originale o in copia conforme autenticata dal dirigente scolastico.

Per facilitare un'uniformità di applicazione, si concordano i modelli di richiesta che gli Organi Scolastici dovranno conse-

gnare agli alunni interessati, da compilare e firmare in originale dal Dirigente Scolastico o suo delegato.

Somministrazione di farmaci a scuola

La somministrazione dei farmaci a scuola deve essere resa possibile in presenza di un alunno affetto da una patologia certificata, che ne prescriba l'assoluta necessità di erogazione in orario scolastico.

Attualmente, la normativa di riferimento è rappresentata dalla delibera della Regione Toscana n. 112 del 20 febbraio 2012, che recepisce l'Accordo di collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale siglato a seguito dell'Atto di Raccomandazioni del 25.11.2005, a firma dei Ministri dell'Istruzione e della Salute pro tempore.

La somministrazione di un farmaco a scuola per un determinato alunno deve scaturire dalla definizione di uno specifico <Piano Terapeutico>, predisposto dalla scuola in collaborazione con i Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dei Pediatri di Libera Scelta e/o dei Medici di Medicina Generale, con l'indicazione di criteri e modalità di erogazione.

La somministrazione di un farmaco può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario nei casi in cui essa si configuri come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione, in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Qualora, invece, la somministrazione del farmaco preveda il possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia neces-

sario esercitare discrezionalità tecnica, la competenza al riguardo spetta all'AUSL, che individuerà il personale e le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

Per attivare la somministrazione del farmaco in orario scolastico è necessaria:

1. Richiesta della famiglia;

2. Certificazione medica rilasciata dal Pediatra di Famiglia o del Medico di Medicina Generale o di un Medico dei Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, che indichi lo stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, indicando se si tratta di farmaco salvavita o indispensabile.

Ai fini della tutela della privacy non è necessaria l'esplicitazione della diagnosi.

La Direzione Scolastica si atterrà con la Asl di riferimento, nell'ambito della definizione del Piano terapeutico, per concordare l'attivazione, da parte dell'istituzione sanitaria, di corsi di formazione specifici per il personale dichiaratosi disponibile alla somministrazione del farmaco.

Per facilitare un'uniformità di applicazione, si concordano dei modelli per la richiesta e per la certificazione, considerando che tutte le certificazioni possono essere prodotte anche in modelli diversi purché conformi nel contenuto.

Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici Il Presidente

Dott. Antonio Panti

Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana Il Direttore Generale

Dott.ssa Giovanna Boda

Prescrizione esami: medico di medicina generale o specialista ospedaliero?

A seguito di una segnalazione ricevuta da un cittadino, l'Ordine ha interessato la Direzione Sanitaria della Asl di Firenze a proposito di una problematica che talvolta continua a presentarsi: chi deve prescrivere un esame di controllo dopo che il paziente è stato trattato in ospedale? La domanda trova risposta nella Delibera della Regione Toscana n. 1038 del 2005, secondo la quale il medico specialista del

SSN è tenuto a fare la prescrizione sul ricettario regionale per tutte le indagini clinico-diagnostiche che ritenga necessarie per la soluzione del caso. Nel caso specifico, il paziente aveva subito un intervento chirurgico urologico e per l'esecuzione dell'esame ecografico di controllo, da effettuarsi a distanza di sei mesi, il paziente era stato rinviato al medico di famiglia. La Direzione Sanitaria della Asl ha ricordato

che, anche se l'esame doveva essere effettuato a distanza di sei mesi, era compito del medico specialista ospedaliero redigere la richiesta. Allo stesso tempo, la Asl ha colto l'occasione per richiamare l'attenzione sulle disposizioni regionali e sulla continuità del percorso assistenziale, in modo che non si ripetano in futuro, fatti simili.

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

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

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

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

Indirizzi utili: la salute mentale

UNITÀ FUNZIONALE

SALUTE MENTALE ADULTI FIRENZE

Responsabile: dr. Sandro Domenichetti

Sede: Ospedale P. Palagi, Villa Margherita, V.le Michelangelo 41

Tel: 055 6937655 - Fax: 055 6937657

E-mail: sandro.domenichetti@asf.toscana.it

STRUTTURA OPERATIVA SEMPLICE Q. 1-4

Responsabile: dr.ssa Gemma Brandi

Sede: Centro di Salute Mentale

lungarno Santa Rosa 13 (3° piano)

Tel. 055 6935505 - Fax: 055 6935588

E-mail: gemma.brandi@asf.toscana.it

Coord. Infermieri: Margherita Musso

ORARIO APERTURA CENTRO SALUTE MENTALE

Dal lunedì al venerdì 7.00-19.00 - Sabato 7.00-13.00

CENTRO DIURNO

Centro Diurno "Dino Campana", via XXVII Aprile 18

Aperto 5 giorni/settimana dalle 8.00 alle 16.00

Centro Diurno "Busillis", via Pisana 747

Aperto 5 giorni/settimana dalle 8.30 alle 16.30

RESIDENZE ASSISTITE

Comunità Terapeutica Psichiatrica, via Villari 12

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

Gruppo Appartamento "Scarabeo", via degli Alfani 55

Aperto 12 mesi/anno per 5 giorni/settimana

Struttura Residenziale "Alice", via delle Casine 16

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

Struttura Residenziale Psichiatrica "Bon Sai Via di Soffiano 73/B

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

Struttura Residenziale Psichiatrica "Le Querce" Via di Ugnano 11

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

REPARTO OSPEDALIERO

SPDC c/o Ospedale S. Maria Nuova

Piazza S. Maria Nuova 1

Tel. 055 6938898/695 - Fax 055 6938209

Coord. Infermieri: Annalisa Piccini

Si ricoverano i pazienti residenti nei quartieri 1,2,3

REPARTO OSPEDALIERO

SPDC c/o Ospedale S. Giovanni di Dio-Torregalli

Via di Scandicci 3, Tel. 055 6932420, Fax 055 6932421

Coord. Infermieri: Luciana Del Guasta

Si ricoverano i pazienti residenti nel quartiere 4

STRUTTURA OPERATIVA SEMPLICE Q. 2

Responsabile: dr. Giuseppe Saraò

Sede: Centro di Salute Mentale,

Villino Borghi via L. il Magnifico 100

Tel. 055 6934409 - Fax: 055 481435

E-mail: giuseppe.sarao@asf.toscana.it

Coord. Infermieri: Annalisa Piccini

ORARIO APERTURA CENTRO SALUTE MENTALE

Dal lunedì al venerdì 7.30 - 19.30 - Sabato 7.30 - 13.00

CENTRO DIURNO

Centro Diurno "Centostelle", via Pastrengo 17

Aperto 5 giorni/settimana dalle 9.30 alle 18.00

Centro Diurno "La Tinaia", via San Salvi 12

Aperto 5 giorni/settimana

RESIDENZE ASSISTITE

Residenza "Iris" - "Garbasso", via Garbasso 3

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

Residenza "Emma", via Giambologna 22

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

STRUTTURA OPERATIVA SEMPLICE Q. 3

Responsabile: dr. Maurizio Miceli

Sede: Centro di Salute Mentale Viale Michelangelo 41

Tel. 055 6937460 - Fax: 055 6937279

E-mail: maurizio.miceli@asf.toscana.it

Coord. Infermieri: Patrizia Carulli

ORARIO APERTURA CENTRO SALUTE MENTALE

Dal lunedì al venerdì 7.30 - 19.30 - Sabato 7.30 - 13.00

CENTRO DIURNO

Centro Diurno "Franca Chellini", v.le Michelangelo 41

Aperto 5 giorni/settimana dalle 8.00 alle 17.00

RESIDENZE ASSISTITE

Casa Famiglia "Villino Schwaner", via Senese 76

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

Centro Terapia Intensiva "La Terrazza" - "Social Housing",

via Senese 208

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

STRUTTURA OPERATIVA SEMPLICE Q. 5

Responsabile: dr. Andrea Tanini

Sede: Centro di Salute Mentale via P. Fanfani 15

Tel. 055 6939358 - FAX: 055 6939373

E-mail: andrea.tanini@asf.toscana.it

Coord. Infermieri: Stefania Bianchini

ORARIO APERTURA CENTRO SALUTE MENTALE

Dal lunedì al venerdì 7.30 - 19.30 - Sabato 7.30 - 13.00

CENTRO DIURNO

Centro Diurno "Fili e Colori", via E. il Navigatore 17

Aperto 5 giorni/settimana dalle 8.00 alle 18.00

RESIDENZE ASSISTITE

Comunità Terapeutica "Il Villino", via Ponte di Mezzo 18

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

Comunità Terapeutica "Villino Torrigiani", via Toselli 168

Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/settimana

REPARTO OSPEDALIERO

SPDC c/o Presidio "Le Oblate" - Careggi

Piazza di Careggi 1, Tel. 055 6939813/37 - Fax 055 6939814

Coord. Infermieri: Stefania Bianchini

Si ricoverano i pazienti residenti nel quartiere

ERRATA CORRIGE

Sul numero di marzo 2014 a pag. 43 è stato pubblicato l'articolo dal titolo "L'epidurale antalgica con steroidi. Dove sono le evidenze?" di Marco La Grua. Pubblichiamo di seguito il curriculum corretto. Marco La Grua, Specialista in Anestesia e Rianimazione. Master Universitario in Terapia del Dolore. Attualmente Libero Professionista, svolge la sua attività presso il Centro Oncologico Fiorentino - Villanova e collabora con Medicina del Dolore (Rimini) ed Advanced Algology Research.



Casa Aurora per le famiglie dei ricoverati

L'Istituto Avventista di Cultura Biblica "Villa Aurora" ha il piacere di annunciare che il 16 settembre 2014 si terrà l'inaugurazione della casa per ferie "Casa Aurora".

"Casa Aurora" è una struttura di accoglienza extra-alberghiera e senza scopo di lucro realizzata grazie ai fondi dell'otto per mille destinati alla Chiesa Avventista e pensata specificamente per offrire alloggio a tutte quelle persone che devono allontanarsi da casa per seguire un proprio caro, ricoverato nel polo ospedaliero fiorentino.

Lo scopo di "Casa Aurora" è: *sollievare*, anche economicamente, queste famiglie con la propria ospitalità, offerta a prezzi ribassati rispetto alle normali strutture alberghiere; *avvicinare* le persone al proprio familiare ospedalizzato; *trasmettere* loro la pace che deriva da un ambiente sereno, gradevole, accogliente e cristiano.

Desideriamo avervi come nostri ospiti in occasione della cerimonia di inaugurazione che si terrà **Martedì 16 Settembre 2014** presso la sala conferenze annessa a "Casa Aurora" in viuzzo del Per-

golino 8, Firenze subito accanto al C.T.O.

La cerimonia inizierà alle **ore 12,00** con una breve presentazione della struttura e terminerà alle 13,00 con un brunch offerto dall'Istituto Avventista di Cultura Biblica.

Chi desiderasse avere maggiori informazioni sulla casa per ferie "Casa Aurora", sul progetto di accoglienza di cui fa parte o sul programma dell'inaugurazione, può visitare il sito www.casaperferieaurora.it o scrivere a centro@casaperferieaurora.it o chiamare il numero 328/3474405.

Assicurazione professionale: la proposta del Ministero della Salute

In dirittura di arrivo l'atteso regolamento ministeriale sull'assicurazione per i rischi da responsabilità medica. A meno di tre mesi dall'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo (che dovrebbe scattare dal prossimo agosto), il tavolo tecnico istituito dal Ministero della Salute ha reso nota una proposta di regolamento che adesso verrà sottoposta all'esame dei Sindacati medici prima di diventare operativa. Questi i punti salienti della proposta ministeriale. Viene costituito un "Fondo rischi sanitari" amministrato dalla CONSAP (Società

del Ministero dell'Economia per le Assicurazioni) al quale il medico potrà ricorrere quando non trova compagnie assicurative disposte ad assicurarlo o quando i prezzi delle polizze che gli vengono proposti siano eccessivamente alti. Tale Fondo sarà alimentato principalmente dalle compagnie assicurative, con un contributo a carico del medico che vi ricorre. Inoltre i contratti di assicurazione dovranno avere durata minima di 3 anni e, alla scadenza, dovranno essere previste variazioni del premio in aumento o in diminuzione, analoga-

mente a quanto accade con la formula bonus/malus nell'assicurazione degli autoveicoli. Le compagnie assicurative, quindi, non potranno far "schizzare" in alto i premi senza precise motivazioni. Viene anche previsto che il massimale di copertura assicurativa sia di 1 milione di euro per sinistro e per anno. Infine, per quanto riguarda il diritto di recesso, le compagnie assicurative non potranno più disdettare i contratti a loro piacimento, ma solo di fronte a reiterate condotte colpose del medico accertate con sentenza definitiva.

Borse di studio Eleonora Cantamessa

Il Fondo sanitario integrativo Galeno bandisce due borse di studio di 3.500 euro ciascuna intitolate a Eleonora Cantamessa (scadenza presentazione domande **30 giugno 2014**), la ginecologa investita e uccisa da un'auto mentre prestava soccorso ad un ferito incarnando fino alle sue estreme conseguenze la

sua scelta di essere medico al servizio degli altri e la sua adesione ai valori del codice deontologico. Il premio è riservato ai medici che non hanno compiuto i 40 anni di età ed è finalizzato a sostenere il giovane medico che frequenta corsi di perfezionamento e specializzazione, svolge il tirocinio, un dottorato di ricer-

ca, attività di ricerca post-dottorato, frequenta corsi di perfezionamento all'estero, vuole partecipare a progetti di volontariato. Il bando completo con le modalità di partecipazione è pubblicato sul sito www.cassagaleno.it. Per informazioni: 800 999 383 e-mail: borsedi-studio@cassagaleno.it.

Condizioni di lavoro in Guardia Medica

Il Tribunale di Campobasso ha pronunciato una interessante sentenza su una causa intentata da alcuni medici addetti alla Guardia Medica contro la Regione Molise e la Asl. I medici hanno chiesto il risarcimento dei danni non patrimoniali derivanti dal fatto di operare in una struttura che versava in fatiscenti condizioni igienico-sanitarie, lamentando inoltre le difficoltà quotidiane incontrate nell'esercizio dei propri compiti in relazione alla difficoltà di gestire un numero di pazienti eccessivo rispetto al numero di medici presenti in servizio, anche in considerazione del-

la circostanza che spesso il medico è costretto-tenuto ad eseguire interventi a domicilio, non risultando quindi presente nell'ambulatorio. I medici, inoltre, erano anche stati spesso oggetto di aggressioni, minacce ed atti intimidatori, anche in connessione ed a causa di disfunzioni proprie del servizio quali assenza di disponibilità di farmaci e lunghe attese da parte degli utenti. Il Tribunale ha riconosciuto che queste condizioni di lavoro non sono consone alla dignità dei medici e sono lesive del loro stato di salute psico-fisico. Pertanto, sussiste indubbiamente

la lesione del loro diritto ad operare e lavorare in condizioni dignitose ed efficienti (anche in considerazione della delicatezza delle funzioni svolte) e le responsabilità delle parti convenute in giudizio, Regione e Asl (come dimostrano le numerose denunce, richieste ed istanze) che non si sono attivate in alcun modo per migliorare le condizioni di operatività del servizio. Pertanto i medici hanno ottenuto il riconoscimento di un risarcimento economico (Trib. Campobasso Giud. Lavoro sent. n. 31 del 21/01/2014).

Non si può "aggirare" il numero chiuso

Il Consiglio di Stato con sentenza n. 1722/2014 ha stabilito la legittimità del diniego opposto da una università italiana ad una domanda di trasferimento di uno studente iscritto al terzo anno presso la facoltà di medicina di una università rumena per il corso di laurea specialistica in odontoiatria e protesi dentaria, affermando che per le facoltà a numero chiuso non è possibile l'ingresso nelle università italiane per trasferimento da università straniere

senza lo svolgimento dei test d'iscrizione. Secondo la sentenza, l'onere di superare il test d'ingresso per l'accesso alle facoltà a numero chiuso opera, non solo per le ipotesi in cui l'accesso avvenga al primo anno di corso, dovendosi invece ritenere, stante l'inequivoco disposto normativo, che il medesimo obbligo sussiste anche nel caso di domanda di accesso dall'esterno direttamente ad anni di corso successivi al primo. Nella sentenza è chiaramente

stabilito che, se si consentisse l'iscrizione di studenti provenienti da università straniere, chiunque non abbia superato l'esame di ammissione potrebbe immatricolarsi presso una università straniera e chiedere, l'anno successivo, il trasferimento presso una università italiana. Gli effetti elusivi del sistema sarebbero evidenti mettendo a rischio la stessa effettività della funzione selettiva e di programmazione prevista dalla normativa italiana.

Approvato il nuovo Codice Deontologico

Domenica 18 maggio 2014 ore 12,45: votazione finale del Consiglio Nazionale FNOMCeO sul **nuovo Codice di Deontologia Medica**. Risultato: approvato con 87 voti favorevoli, 10 contrari e 2 astenuti. Alla votazione finale si è giunti dopo l'intera mattinata di domenica e dopo una seduta fiume di 11 ore da sabato pomeriggio a notte inoltrata. La riunione si è tenuta a Villa Raby, la nuova sede dell'Ordine di Torino.

Il nuovo Codice di Deontologia Medica, che aggiorna e sostituisce quello

del 2006, è composto da 79 articoli, più un articolo che contiene le disposizioni finali. In particolare, approvata un'integrazione all'articolo 3 che ribadisce le competenze del medico su **diagnosi e prescrizione**, e inseriti quattro nuovi articoli riguardanti la **medicina potenziativa**, la **medicina militare**, le **nuove tecnologie** e i rapporti con l'**organizzazione sanitaria**.

La maratona dei lavori del Consiglio Nazionale – iniziata nella mattinata di venerdì 16 maggio – si è conclusa nella generale soddisfazione dei presenti

e del Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco, che ha ricordato come questo nuovo Codice sia frutto di un amplissimo confronto, non solo all'interno degli Ordini dei Medici, ma anche con soggetti esterni quali Gruppi di Bioetica, Giuristi, Società Scientifiche, Organizzazioni Sindacali, Associazionismo Sociale.

Nella prossima riunione del Consiglio Nazionale, che si terrà il 13 giugno a Bari, verranno definiti gli allegati al nuovo Codice.

POS obbligatorio dal 1° luglio

Entro il 30 giugno i professionisti - medici compresi - che operano nei propri studi in regime di libera professione dovranno dotarsi del POS per il pagamento col bancomat delle loro prestazioni in caso di importi superiori ai 30 euro. Scade quel giorno infatti la proroga per chi avesse un fatturato inferiore ai 200mila euro prevista per l'applicazione del Decreto Ministeriale del 24 gennaio 2014 del Ministero dello Sviluppo Economico. Niente da fare,

quindi, per i professionisti che avevano tentato la carta del ricorso al TAR Lazio. Il Consiglio nazionale degli Architetti aveva infatti impugnato il Decreto Ministeriale, ritenendo la norma "insensatamente vessatoria e costosa". Ma il TAR Lazio, con l'ordinanza 01932/2014 depositata il 30 aprile e resa nota il 6 maggio, ha respinto il ricorso ritenendo legittimo il Decreto che impone perentoriamente e in modo generalizzato ai soggetti che

effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazioni di servizi, anche professionali, di accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito. Peraltro, secondo il TAR, il Decreto ha dato copertura legale all'uso oramai tendenzialmente generalizzato delle carte di debito per le transazioni commerciali. Ancora un paio di mesi per organizzarsi, quindi, anche se, al momento, non ci sono sanzioni esplicite per coloro che non si adegueranno.

Specializzazioni 1983-1991: niente risarcimento

Il Tribunale di Firenze ha recentemente pronunciato una interessante sentenza sull'annosa questione del diritto ad ottenere un risarcimento economico per quei medici che dal 1983 al 1991 hanno frequentato scuole di specializzazione senza percepire alcuna borsa di studio. Il Tribunale fiorentino non ha condiviso l'orientamento di altri Tribunali che avevano giudicato positivamente le richieste dei medici e ha negato ogni diritto ad un indennizzo economico sulla base del seguente

ragionamento. La Direttiva comunitaria sulla cui base si fonda il diritto dei medici ad essere retribuiti non ha carattere di sufficiente specificazione per essere immediatamente applicabile (self-executing). La disposizione comunitaria non precisa l'ammontare della remunerazione, la cui quantificazione è lasciata ai singoli Stati, né chi debba corrisponderla, per cui, in mancanza di una legge di recepimento che configuri in ogni suo elemento costitutivo il diritto, non è possibile riconoscere

alcuna remunerazione, comunque denominata, poiché ciò comporterebbe il poter quantificare la somma dovuta ed individuare un soggetto tenuto a pagarla. Non avendo lo Stato Italiano dato completa attuazione alla Direttiva, si è determinata una situazione di inadempimento che tuttavia impedisce di ravvisare nel panorama normativo una legge che riconosca tale diritto a chi si trovi nelle condizioni dei medici in questione (Tribunale di Firenze, sent. del 24/02/2014).

Una per tutti

Spesso la donna, anche durante un momento difficile del proprio percorso di vita, è costretta a continuare ad essere sostegno per i propri cari e supporto materiale per la famiglia, insomma essere "una per tutti". Dalla Relazione sanitaria regionale 2006-2008 si rileva che il tumore della mammella si colloca al primo posto tra i tumori diagnosticati nelle donne: rappresenta circa il 30% delle diagnosi tumorali nelle donne di tutte le età e raggiunge il 40% nella classe 45-64; l'incidenza del tumore della mammella ha presentato una costante e significativa crescita, mentre la mortalità una notevole riduzione, ovvero si stima che durante la vita (0-84 anni) 1 donna su 8 avrà una diagnosi di tumore del-

la mammella. Con queste premesse, l'Associazione ASPIG ha progettato un servizio specifico che fornisce non solo un supporto psicologico ma anche un sostegno pratico a tutte le donne che, in seguito ad una diagnosi di malattia oncologica, si trovano a dover sostenere il percorso di cura e al contempo continuare a provvedere alle quotidiane incombenze. Il progetto Aspig si integra con gli interventi della SOS Psiconcologia offrendo colloqui individuali, con l'obiettivo di conoscere la storia di vita della donna, individuare le aree di crisi ed insieme ad essa pensare a possibili strategie di intervento. Lo spazio di ascolto favorisce l'integrazione delle varie parti di sé, quindi anche dell'evento malattia, e accom-

pagna nel percorso di ristrutturazione della propria vita; incontri di gruppo che hanno come finalità principale quella di confrontarsi con altre storie, condividere e rispecchiarsi le une nelle altre esperienze per superare una condizione di solitudine e "diversità"; uno spazio-laboratorio bambini, con un ambiente strutturato ad hoc in grado di accogliere i figli delle donne coinvolte nei gruppi in aree che, attraverso la proposta di attività laboratoriali connesse al disegno, alla creatività e al gioco possa permettere l'espressione delle emozioni dei figli stessi coinvolti inevitabilmente nella complessità della situazione. Per informazioni: 3384127785 e www.asf.toscana.it.

In farmacia il "bugiardino" sempre aggiornato

Dal 3 giugno 2014 in tutte le farmacie, parafarmacie e corner della grande distribuzione (GDO) nazionali, il cittadino che acquista un farmaco su cui è intervenuta una recente modifica delle informazioni di sicurezza del Foglio Illustrativo (non ancora riportata nel documento all'interno della confezione) riceverà dal farmacista il Foglio Illustrativo aggiornato, approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

A disciplinare le modalità di attuazione del nuovo servizio, introdotto con un emendamento presentato dal presidente della Fofi e senatore di Forza Italia, **Andrea Mandelli**, all'art. 44 del Decreto del Fare (n. 69 del 21 giugno 2013, convertito nella Legge 9 agosto 2013, n. 98) è stata la Determina Aifa N. 371 "Criteri per l'applicazione delle disposizioni relative allo smaltimento delle scorte dei medicinali", pubblicata

in Gazzetta Ufficiale lo scorso 3 maggio, che prevede la consegna al cittadino da parte dei farmacisti del Foglio Illustrativo aggiornato e consente alle farmacie e agli altri esercizi abilitati alla vendita di farmaci (corner GDO e parafarmacie) di dispensare fino a esaurimento le scorte, anche quando siano intervenute modifiche del Foglio Illustrativo.

CONVENZIONI

AUDIBEL SRL

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

ARGENTI CENTOSTELLE GIOIELLI

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

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

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

Una vacanza intelligente

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

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

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

Notizie fresche, notizie avariate

Le notizie di medicina affascinano sempre la stampa e ancor più il grosso pubblico.

Come medici, dovremmo però esaminare con occhio critico gli eventi e le storie pubblicizzate su giornali, riviste, radio, tv, siti internet e social network. Sono sempre interessanti, spesso clamorose, ma molte volte sono scorrette se non del tutto sbagliate, almeno nella loro impostazione.

Proviamo a riassumere alcune di queste trappole (o trabocchetti) dei media, individuate da Gary Schwitzer dell'University of Minnesota School of Public Health e pubblicati su JAMA Internal Medicine:

1. Confondere rischio relativo con rischio assoluto

Un servizio della NBC news riportava che nelle donne l'aspirina riduce il tasso di stroke ischemico del 24%, con poco effetto sul rischio di infarto miocardico. Negli uomini, l'aspirina risultava ridurre il rischio di infarto del 32% con scarsi effetti sul rischio di stroke. Bella notizia, se fosse stato rischio assoluto, ma la notizia non indicava che in realtà si trattava di rischio relativo. Fosse stato assoluto, i dati sarebbero apparsi molto diversi: riduzione del 2 per mille dei casi di stroke in donne che assumevano aspirina e di 8 su mille negli uomini.

2. Non spiegare i limiti degli studi osservazionali

"Due tazzine di caffè al giorno riducono il rischio di cancro dell'utero".

Questa la notizia, riportata da televisioni come la CNN o giornali come The Wall Street Journal e USA Today. Nessuno però ha sottolineato che si trattava di studi osservazionali, che sono incapaci di distinguere fra un rapporto di associazione e uno di causalità!

3. Esaltare gli aneddoti

Le testate giornalistiche partono spesso da storie di singoli individui, che fanno tanta audience, ma che sviano altrettanto bene. Nessun trattamento che abbia funzionato in una singola persona può essere assunto come linea guida per quel dato disturbo: occorrono dimostrazioni di reale efficacia, che gli aneddoti, pur veri, non possono dare. La situazione poi peggiora se la storia viene proposta da industrie farmaceutiche, con conseguente tornaconto economico. Meglio sarebbe semmai presentare i casi in cui quella cura ha funzionato insieme con quelli in cui non ha funzionato.

4. Scambiare comunicati stampa per lavori scientifici

Molti giornalisti presentano spesso notizie a effetto, basandosi esclusivamente su comunicati stampa (magari scritti come redazionali da case farmaceutiche) e non su articoli scientifici. Per questo è essenziale sapere da che fonte abbiano attinto tali autori.

5. Scegliere l'end point surrogato come notizia assoluta

Spesso i media non sanno cogliere

la differenza fra un end point surrogato e un end point di reale interesse clinico. Così può capitare che un farmaco che riesce ad abbassare la colesterolemia (end point surrogato) non riesca a ridurre il rischio di infarto o la mortalità.

6. Pubblicizzare eccessivamente test diagnostici

Molti medici sanno che non è opportuno somministrare alcuni test diagnostici, di non ancor certa efficacia clinico-prognostica. Spesso accade che i media riportino l'importanza di quel test come fosse uno scoop per tale o tal'altra malattia, senza riportarne i limiti e i dubbi, generando così inutili allarmi e speranze nella popolazione.

7. Privilegiare le presentazioni di tecnologie moderne

Siccome il grosso pubblico oggi ha molta fiducia nei robot e nelle tecniche moderne, si dà spesso molta importanza alla notizia che reclamizza una nuova, complicata "diavoleria", senza conoscerne la reale efficacia e il prezzo a cui potrà essere proposta. Sempre che poi funzioni veramente.

Un invito dunque a tutti i colleghi ad aiutare il cittadino a informarsi correttamente, superando certi pressappochismi giornalistici e sicuramente poco scientifici.

(Consultare per questo anche la sezione "Informati bene del sito Partecipasalute").

Concorso letterario J.A. Cronin 2014

L'Associazione Medici Cattolici Italiani, 'Sezione G.B. Parodi' Savona promuove, in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Savona, la VII edizione del Concorso Letterario "J.A. Cronin", narrativa e poesia riservata a medici e odontoiatri iscritti ed ex iscritti agli Ordini del territorio nazionale. La partecipazione è gratuita e, per la poesia, dovrà

essere presentato un unico elaborato in lingua italiana, originale ed inedito, a tema libero, senza limite di lunghezza, identificato con un titolo, mentre per la narrativa il testo non dovrà superare le 8 facciate dattiloscritte con un massimo di 50 righe per pagina, indetificabile attraverso un titolo. Termine di presentazione degli elaborati **10 settembre 2014**. Il premio prevede l'assegnazio-

ne di riconoscimenti, dal primo al terzo posto e ai medici vincitori presenti alla cerimonia di premiazione che si terrà nei giorni 4 e 5 ottobre; verrà offerto il pernottamento alberghiero. I testi risultati vincitori saranno pubblicati e resi disponibili il giorno della premiazione. Per ulteriori informazioni: Ordine di Savona. Responsabile segreteria organizzativa dott. Marco Lovisetti, 348 2684590.

Un riconoscimento importante

Il prof. Tommaso Simoncini, ginecologo dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia 1 dell'AOU Pisana, è stato eletto nel Board della International Menopause Society (IMS), società scientifica mondiale dedicata alla salute della

donna negli anni dell'invecchiamento, che promuove la ricerca scientifica e la diffusione di buone pratiche cliniche. Il Prof. Simoncini ricopre anche le cariche di Segretario della European Society of Gynecology, di Tesoriere e membro

dell'Executive Board della European Menopause and Andropause Society e di Segretario Esecutivo della International Society of Gynecological Endocrinology. Al Prof. Simoncini le congratulazioni della Redazione

Adenuric[®]

(febuxostat)



Manfredo Fanfani

LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

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

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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

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