



ToscanaMedica

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



Urologia e chirurgia robotica a Careggi

M. Carini

Nuove prospettive in campo chirurgico-anestesiologico

A. Valeri, R. De Gaudio, A. Bruscano, C. Guido, C. Bergamini

Il piacere e la ricompensa

C. Manfredi

Un cardiologo in cardiocirurgia

C. Rostagno

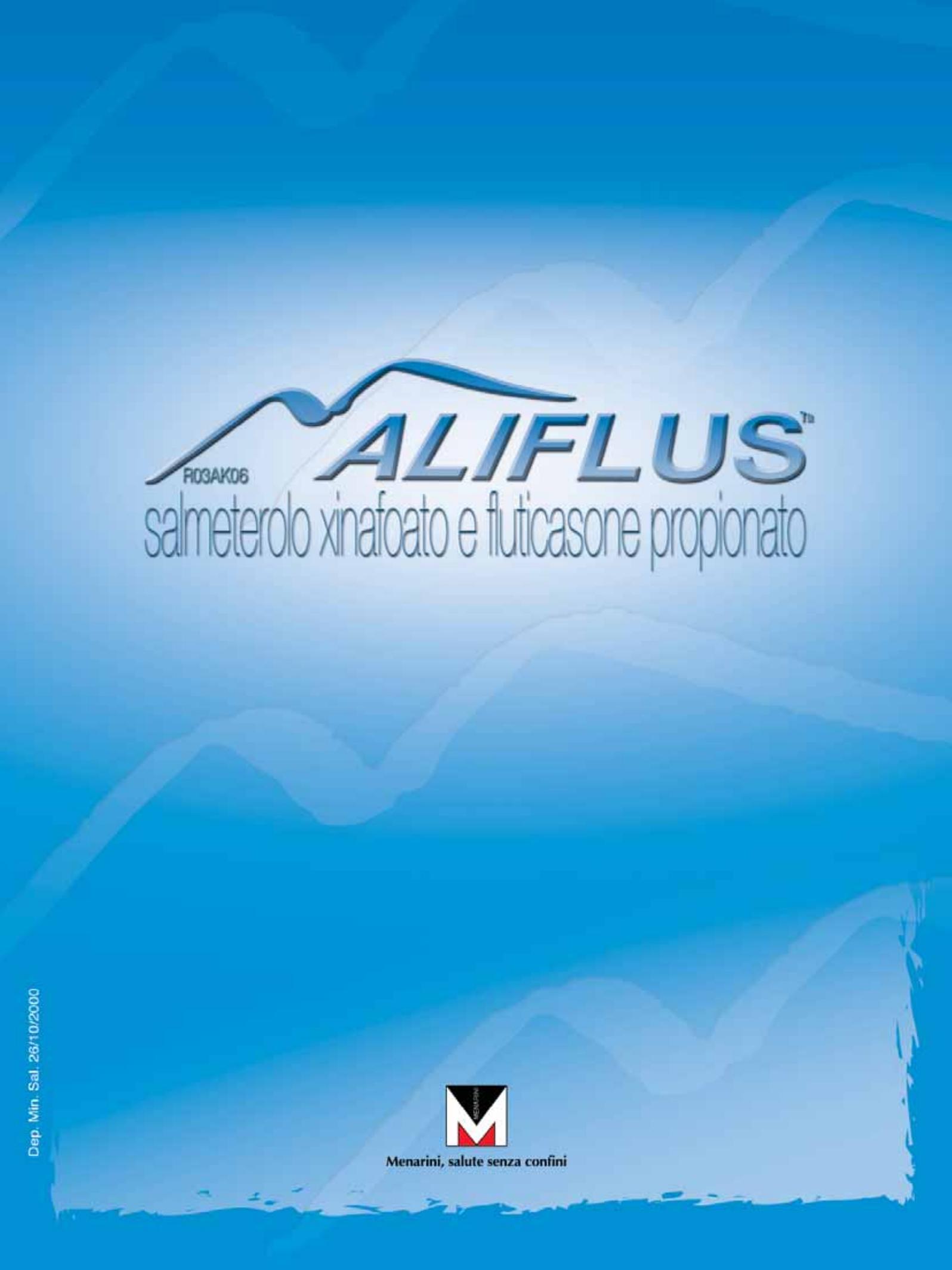
Le cure palliative: quello che facciamo e quello che potremmo fare

P. Morino

Il burnout del medico: una proposta di cura

A. Zuppiroli

N° 6 GIUGNO 2010



FD3AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ Caravaggio e i suoi discepoli <i>F. Napoli</i>	4
EDITORIALE	
■ Una bella visita completa! <i>A. Panti</i>	5
QUALITÀ E PROFESSIONE	
■ Uno sguardo al futuro: i professionisti nella transizione organizzativa <i>P. Tosi</i>	6
■ La medicina narrativa oggi: uno strumento per rafforzare la relazione medico-paziente <i>G.F. Gensini e coll.</i>	9
■ Urologia e chirurgia robotica a Careggi <i>M. Carini</i>	11
■ Nuove prospettive in campo chirurgico-anestesiologico <i>A. Valeri e coll.</i>	14
■ Day service: modalità organizzativa e gestionale nell'Ospedale per Intensità di cure <i>S. Briani e coll.</i>	17
■ Un cardiologo in cardiocirurgia <i>C. Rostagno</i>	20
■ Il piacere e la ricompensa <i>C. Manfredi</i>	24
■ Le cure palliative: quello che facciamo e quello che potremmo fare <i>P. Morino</i>	26
■ Identità, metodo ed obiettivi dello psicologo in terapia intensiva <i>A. R. De Gaudio e coll.</i>	37
■ La chemioterapia nella fase terminale della malattia oncologica polmonare <i>A. Lopes Pegna</i>	39
■ La depressione come malattia cronica e il medico di famiglia <i>A. Bussotti e coll.</i>	40
■ Il burnout del medico: una proposta di cura <i>A. Zuppioli</i>	41

■ Importanza della storia familiare nella pratica clinica <i>A. Dolara</i>	43
REGIONE TOSCANA	
■ Giornata Regionale della donazione di sangue 19 giugno 2010 <i>S. Carli</i>	29
■ L'Organizzazione Toscana Trapianti <i>F. Filippini</i>	32
SAPER FARE SAPER ESSERE	
■ Engelhardt e la Bioetica <i>M. Barni</i>	45
NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA	
■ Trend di incidenza del tumore della prostata <i>A. Caldarella e coll.</i>	46
SANITÀ NEL MONDO	
■ Bismarck batte Beveridge <i>G. Maciocco e coll.</i>	47
CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI	
CINEMA E SANITÀ	
■ I medici nel cinema di John Ford <i>S. Beccastrini</i>	51
RICORDO DI LUPO ANDREOTTI	
<i>D. Cammelli</i>	53
LETTERE AL DIRETTORE	
■ Camerata, salviamo gli ambulatori <i>S. Boccadoro</i>	54
■ Conosci il tuo fegato <i>M. Geddes Da Filicaia</i>	54
■ Come decidere se le cure sono appropriate? <i>S.E. Giustini</i>	56
■ Libertà e anarchia <i>N. Picchione</i>	56
LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI	
VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani	
NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi	
BACHECA	

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXVIII n. 6 - Giugno 2010
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
"Intervento" di Domenico Lo Russo - Collezione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

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

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

Gli articoli:

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

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



Caravaggio e i suoi discepoli

Un pittore mai passato da Firenze si affaccia in città con le sue opere, tramite collezionisti di importanza quale il granduca Cosimo II de' Medici o le famiglie Gerini, Corsini, Guicciardini, Martelli: ed è subito successo. Michelangelo Merisi detto Caravaggio trova, infatti, acquirenti e velocemente i suoi epigoni: si chiamano Gerrit von Honthorst, Battistello, Artemisia Gentileschi, Bartolommeo Manfredi, Jusepe Ribera. Perché la città accoglie le novità luministiche, drammatiche, teatrali di questi autori, grazie anche al loro *concettualismo* così vicino a quello sottinteso nella Maniera.

È il cardinale Del Monte, ambasciatore a Roma del Granducato fiorentino tra la fine del XVI e l'inizio del XVII, a qualificarsi come protettore di nuovi personaggi – ad esempio di Vincenzo Galilei promotore della musica barocca –, ma anche deciso avversario del malcostume dilagante presso la curia romana. Così, si fa protettore del giovane Merisi, ponendolo al proprio servizio (artistico). La predilezione per la realtà, la povertà delle composizioni per altri aspetti

pur così complesse, la scelta di scene di vita quotidiana, la riconoscibilità di quanto ritratto, il sentimento che si affaccia prepotente alla ribalta dell'arte, l'intensa religiosità personale di Caravaggio, trovano presso il cardinale una precisa rispondenza con

FEDERICO NAPOLI

la sua personale volontà di rinnovamento e la sua certezza nei valori del quotidiano vissuto e non immaginato; con il suo desiderio di capire e fare capire; infine, con il suo desiderio di riforma. A Firenze, una serie di opere (complessivamente, circa un centinaio) degli autori sopra nominati, illustrano in una mostra questo periodo di rinnovamento, in aperto contrasto con le allora imperanti forme controriformiste.

Di particolare interesse – vista la precedente scarsa documentazione in merito – la vicenda della decorazione della Cappella Guicciardini presso la chiesa di Santa Felicità, mai approdata alla sua realizzazione che avrebbe dovuto essere curata dai caravaggeschi Cecco del Caravaggio, Gerrit von Honthorst e Spadarino. D'altro canto, la Galleria Palatina e gli Uffizi hanno una vasta documentazione pittorica del Seicento: ora lo hanno strutturato in una mostra dal titolo *Caravaggio e i caravaggeschi a Firenze*, esposizione che occupa sia la **Sala Bianca presso Pitti**, sia i locali adibiti a mostre temporanee presso la Galleria degli Uffizi. Inoltre, nella villa Bardini, che si affaccia alta sul colle sopra una Firenze che pare potersi toccare nella prospettiva ravvicinata, è allestita una mostra dal titolo *Caravaggio e la modernità. I dipinti della Fondazione Longhi* stretta attorno al quadro di Caravaggio *Ragazzo morso dal ramarro* posseduto dalla stessa Fondazione.

In questo anno in cui si celebra il quarto centenario della morte di Michelangelo Merisi, battezzato a Milano (come recentemente confermato dal ritrovamento del certificato relativo) e trasferito in giovane età presso la non lontana cittadina di Caravaggio, le mostre fiorentine parallelamente alle due romane (Galleria Borghese e Scuderie del Quirinale) richiamano l'attenzione degli interessati sulla perdurante attualità di Caravaggio, inquieto, dinamico, drammatico, anche violento, alla costante ricerca di una certezza.

D'altro canto, da tempo le mostre sul pittore lombardo superano come richiamo presso un più largo pubblico personaggi quali Michelangelo, Leonardo e gli Impressionisti. La mostra è stata ideata e curata da Gianni Papi; per la mostra al Bardini, da Mina Gregori; i cataloghi sono editi da Giunti Editore - Sillabe; le esposizioni sono aperte **fino al 17 ottobre**.



TM



Una bella visita completa!

ANTONIO PANTI

“Sono stato dal professore a pago e mi ha fatto una bella visita completa”. Questa frase l’ho sentita spesso all’inizio della mia carriera, secoli fa se si pensa ai cambiamenti epocali della medicina negli ultimi decenni del secolo scorso. Allora, in una medicina più paternalistica e meno tecnologica, una “bella visita” bastava a tranquillizzare il paziente. Allora gli errori dei medici “li seppelliva la terra”, non i fantastiloni dei risarcimenti di oggi. Allora i medici vivevano la loro professione con minor disagio e i pazienti erano meno disorientati. Oggi convivono euforia e scetticismo verso una scienza che molto promette e molto mantiene ma provoca anche gravosissime cronicità.

Tuttora persiste il bisogno della “visita completa”, cioè dell’ascolto e del tocco del medico – per inciso il vantaggio dell’infermiere è che ascolta e tocca il paziente –. Ma è come se una sorta di “tecnofilia” avesse travolto medico e paziente, sminuendo la relazione e attutendo le *clinical skills*, quasi che le tecnologie e le loro risposte fossero divenute i fini e non i mezzi dell’agire professionale.

Tuttavia il filo dei valori della medicina è sempre presente e lo dimostrano gli articoli di questo numero di Toscana Medica. Oltre venti anni di servizio per la medicina toscana danno la misura dell’evidente riconoscimento della nostra rivista; l’indice di lettura è alto e i colleghi se ne avvalgono per comunicare le novità del loro lavoro. Ne nasce un quadro importante non soltanto perché mostra i progressi dei servizi medici regionali, sicuramente al passo con il resto del mondo, ma perché fa conoscere le incredibili trasformazioni scientifiche, tecnologiche e sociali della medicina. Un quadro che sollecita nuove domande etiche e esige risposte e che giustifica il disorientamento dei medici di fronte al pesante intervento della politica, dell’economia, della legge e dell’informazione all’interno del rapporto tra medico e paziente. E invece proprio ora i medici avrebbero

più bisogno di serenità in mezzo a tante, continue innovazioni.

Non vi è dubbio che il profano di fronte a molte tecnologie salvifiche senta crescere le attese in una medicina quasi onnipotente; ma quando la tecnica sostituisce la relazione umana e funge da “distrattore” rispetto alla concretezza del bisogno e alla reale autodeterminazione del paziente qualcosa non quadra. Inoltre l’offerta del nuovo si scontra con la limitatezza delle risorse, in una tensione tra desideri dei singoli e equità per tutti. La stessa organizzazione sanitaria diventa un potente fattore di qualità delle cure a seconda se prevale un giudiziooso “assessment” o una pressione lobbistica.

La medicina vive contemporaneamente tre diverse e mal conciliabili tendenze. Ancora viviamo l’epoca dell’aumento esplosivo dell’offerta di nuove prestazioni, della risposta, talora illusoria, ai desideri. Nello stesso tempo siamo in piena era del contenimento dei costi, del prevalere dell’economia sui valori della scienza e dell’umanità. Tuttavia si va affermando l’idea che i servizi medici debbano trovare, tra bisogni, offerte e costi, il bandolo della valutazione responsabile dei risultati, condividendo fini e strumenti in un nuovo patto tra medicina e società.

L’agire medico è ormai sottoposto a tre vincoli ineludibili. La scienza, cioè l’efficacia; il paziente, cioè la sua libertà anche di rifiutare le cure; il bilancio, cioè l’uso delle risorse secondo equità. La buona medicina consiste nel prendere decisioni mantenendo in equilibrio questi tre valori. Cosa non facile anzi ardua. Ma nessuno può sottrarsi alla complessità del reale, può soltanto trovare un filo etico che semplifichi razionalmente il mondo. Se cresce il sapere il senso non deve sfuggire. L’onestà intellettuale nel proprio lavoro consente di assumere decisioni difficili. I medici esercitano una professione sempre più importante e affascinante che tuttavia richiede molta umiltà.

TM



Uno sguardo al futuro: i professionisti nella transizione organizzativa

Dentro il 2015, salvo prepensionamenti e dimissioni, i nati tra il 1950 e il 1955 andranno in pensione. E ci sono elevate possibilità che alcune scuole di specializzazione preparino troppo pochi medici rispetto al necessario. Alla fine degli Anni Settanta c'è stato un boom professionale che sta per esaurirsi creando un forte gap tra chi entra e chi esce. Se la riga rossa verticale corrisponde alle attività svolte dal medico, oggi, quando la possibilità di svolgerle si dimezza, chi svolgerà quelle funzioni? (Figura 1)

Basterà aumentare i posti per risolvere il problema?

Sembra di no. Bisognerà pensare a una diversa organizzazione del lavoro, sul modello anglosassone. Attualmente abbiamo circa 360.000 medici.

Ogni anno si iscrivono 7400 studenti alle fa-

oltà di medicina di tutta Italia. Di questi, 460 sono stranieri. All'incirca il 20% lasciano prima e quindi vengono immessi ogni anno 6250 medici. È stato così nel 2005, nel 2006 e nel 2007. Li sommiamo per 15 anni fino al 2025, sottraiamo chi va in pensione abbiamo

un totale di 190 mila medici, e quindi un buco di 90 mila unità. Questi calcoli sono grossolani, di estrema semplicità ricavati da dati nazionali; ma se è così semplice modificare la programmazione perché Governi ad orientamento diverso non lo hanno fatto?

Perché non lo vogliono fare spingendo, anzi costringendo, il sistema ad affrontare il fenomeno con grandi cambiamenti dell'organizzazione, che è almeno dal 1975, anno della mia laurea, non ho mai visto sostanzialmente cambiare?

Insomma avremo a disposizione meno medici ma più specializzati, quasi dei manager di un *team* multiprofessionale con funzioni diversificate e svolte all'interno da infermieri o altre figure laureate e specializzate.

Ecco perché contemporaneamente alla prevista carenza medica nascono altre figure laureate che sviluppano competenze che prima non avevano. Questa carenza può diventare un dramma se ci si arriva con questa organizzazione. Non lo

PIERLUIGI TOSI

Direttore Sanitario ASL 10, Firenze



Figura 1

sarebbe se invece vi fosse una ridefinizione del ruolo dei medici e del loro lavoro.

Per fare un esempio, esistono proposte operative ed innovative quali: “abbiamo i grandi ed enfatici ospedali, le strutture ad alta tecnologia. Mancano del tutto le strutture intermedie, a bassa tecnologia, dove convogliare la gran parte di quelli che ora sono i ricoveri ospedalieri: i malati cronici, le lunghe degenze, gli anziani in gran parte. La nostra popolazione invecchia rapidamente. Oggi gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 18% della popolazione, nel 2015 saranno il 22-23%. In termini di malattie e carico sulla sanità rappresentano un peso di non poco conto: alleggerire i medici di questo tipo di assistenza sarebbe un grande aiuto. Perché non pensare per questa tipologia di pazienti ad un ruolo forte, professionalmente qualificato del personale infermieristico?”

E non meravigliamoci di tali proposte visto che in altri Stati:

- Tecnici di Radiologia effettuano ecografie.
- Tecnici di anestesia assistono pazienti in sala operatoria riducendo il rapporto medico/paziente da 1/1 a 1/3.
- Indagini radiologiche vengono refertate in India.

Ma quante volte abbiamo parlato di modifiche organizzative e abbiamo pensato: tutto resterà come prima. Ed infatti sarebbe ancora così se la grande spinta al cambiamento non fosse legata alle risorse “finite” che impone a tutti gli amministratori di intervenire sull’appropriatezza (intesa come utilizzare le risorse giuste per ogni attività) ed alla politica di legiferare in questo senso. E non è un problema solo italiano.

Barack Obama ha recentemente affermato: “La riforma della sanità non è solo doverosa, ma fondamentale per sanare le casse dello stato”.

Il presidente americano, nell’annunciare la ri-

forma del sistema sanitario americano è partito da un paradosso evidente: gli Stati Uniti spendono per la sanità uno dei budget più elevati del mondo, e nonostante ciò, 46 milioni di persone non hanno assistenza. “Il primo passo è il taglio delle spese ormai fuori controllo”.

È sufficiente valutare il grafico (Figura 2) per rendersi conto che il sistema sanitario in USA rischia di uscire dal controllo per una verticalizzazione della spesa sanitaria prevista nei prossimi anni.

Per soddisfare i bisogni sanitari di ciascun cittadino si disporrà nel futuro di un ammontare di risorse, in rapporto a quelle prodotte, proporzionalmente inferiore a quello attuale. Sarà pertanto necessario aumentare l’efficienza e l’efficacia del sistema sanitario pubblico per evitare un peggioramento progressivo del livello di “benessere sanitario” raggiunto.

La lievitazione della spesa sanitaria è stata la molla che ha fatto scattare tutti i meccanismi per cercare di riformare e riorganizzare la sanità

Dovremo sempre più guardare alle organizzazioni sanitarie come a sistemi dinamici, a contesti aperti alla creatività e all’innovazione che favoriscono da un lato lo sviluppo delle capacità degli operatori di cambiare, di generare nuove conoscenze, dall’altro elevano la loro capacità di far uso delle buone pratiche per un impiego sempre più responsabile delle risorse.

In questo contesto riorganizzativo nascono altre lauree come quella infermieristica con definizioni di legge delle proprie prerogative professionali.

L’infermiere esplica la sua professionalità nell’autonoma individuazione e soddisfazione di una serie di bisogni e problemi, in stretta collaborazione con il medico per la risoluzione di altri.

Da qui nasce la preoccupazione di molti medici

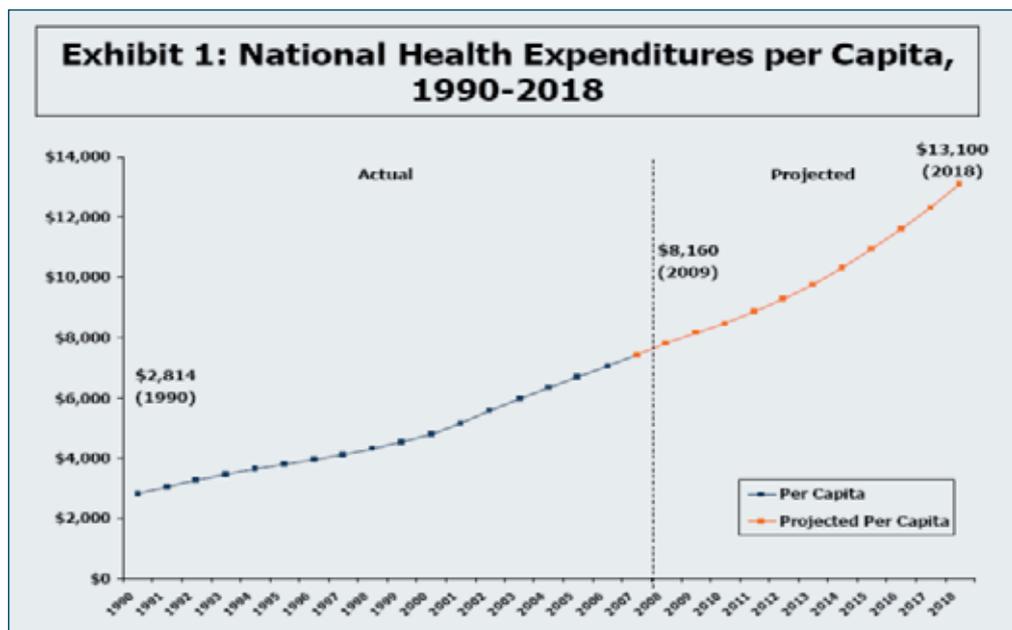


Figura 2

per il proprio futuro professionale senza ricordarsi che la perdita di contrattualità medica nacque con l'esubero del numero dei laureati in medicina e senza pensare che la forza di una categoria è la propria professionalità ed anche il basso numero di chi la esercita in un rapporto squilibrato sulla domanda. Di cosa deve temere un buon professionista con un corso professionale di 6 anni di laurea e 5 di specializzazione? E perché meravigliarsi se attività oggi mediche vengono svolte, a determinate condizioni, da altre figure professionali.

In questo panorama è interessante constatare come molte attività sanitarie sono nate come mediche, si trasformano per l'acquisizione di maggiori competenze in attività sanitarie professionali non esclusivamente mediche e successivamente, talvolta, subiscono la trasformazione in attività sanitarie non più strettamente professionali ed eseguibili potenzialmente da tutta la popolazione.

Esempi:

- Rilevazione pressione arteriosa.
- Rianimazione cardiopolmonare.
- Defibrillazione con defibrillatori semiautomatici.

Esistono già oggi, da anni, modelli infermieristici assistenziali anche ad alto impegno professionale, come l'Ambulanza INDIA e il Triage. Il trattamento da parte dell'infermiere inizia non sulla base di diagnosi mediche ma sulla base di segni e sintomi oggettivi e soggettivi del paziente.

Per rendere sicuro tale processo devono essere previste alcune condizioni di base.

Da cosa nasce la preoccupazione per un nuovo modello organizzativo-professionale legalmente perseguibile chiamato "See and treat", intendendo con questo lo sviluppo di un percorso già in essere, che prevede l'evoluzione delle competenze allo scopo di rendere più appropriato l'utilizzo delle risorse professionali ed i percorsi assistenziali per gli utenti, quando esistono le condizioni e le garanzie?

1) Casistica ammessa selezionata ed appropriata.

2) *Triage* mirato anche all'individuazione dei casi appropriati per il percorso di see and treat.

3) Protocolli di trattamento e gestione dei percorsi condivisi a livello interprofessionale e validati sulle migliori evidenze.

4) Formazione specifica con certificazione dei professionisti.

Ed i seguenti vantaggi

Organizzativi:

- 1) Riduzione significativa dei tempi di attesa.
- 2) Miglior utilizzo delle professionalità.
- 3) Maggior flessibilità.
- 4) Minor costo.

Clinico professionali:

- 1) Protocolli e procedure definite su evidenze.
- 2) Riduzione variabilità risposte.
- 3) Concentrazione del medico sui casi più gravi.
- 4) Valorizzazione complessiva delle specifiche competenze.

Da non trascurare infine che esistono:

- 1) esperienze specifiche in paesi europei con risultati apprezzabili;
- 2) clima di fiducia esistente soprattutto nelle aree di emergenza fra diversi professionisti;
- 3) formazione progettata sulla base dei bisogni formativi specifici e valutata più volte in itinere;
- 4) vissuto reale.

Bisogna innovare investendo in maniera ottimale le risorse e modificando i modelli organizzativi per ottenere efficienza a pari efficacia. L'innovazione come strumento di crescita, di sviluppo, di competitività ma anche e soprattutto innovazione come strumento di sopravvivenza di un sistema sanitario pubblico ed universalistico (Figura 3).

Ho sentito parlare di *caduta libera* della professione: forse è opportuno che chi pensa così rifletta: il mondo è cambiato e sta ancora cambiando. Cosa sarà il medico del futuro oltre ad un ottimo professionista nell'ambito delle sue competenze? Forse il coordinatore di un gruppo di professionisti lavorando in un team di competenze finalizzate alla salute del cittadino. Se così sarà otterremo degli splendidi risultati.

TM



Figura 3

La medicina narrativa oggi: uno strumento per rafforzare la relazione medico-paziente

Il miglior insegnamento della medicina è quello che ci viene dato dal paziente.

William Osler (1849-1919)

Dagli albori della storia della medicina i processi di cura di malattia sono atti profondamente narrativi. Tut-

tavia, stranamente, il termine "Narrative Medicine" compare per la prima volta solo nel 1996 nell'archivio elettronico Medline della National Library of Medicine statunitense quando due studiosi norvegesi pubblicano un articolo dal titolo "The story of suffering. On the traces of narrative medicine".

La Medicina Narrativa pone attenzione alle storie di malattia quale mezzo per comprendere i pazienti per la loro complessità e nel loro contesto. Come la Medicina Basata sulle Evidenze, (Evidence Based Medicine-EBM) anche la Medicina Narrativa costituisce un approccio metodologico su base scientifica ma, a differenza dell'EBM, che è volta ad individuare specifici problemi e la loro specifica soluzione, è espressione della complessità della medicina moderna. Rita Charon, una dei pionieri nella valutazione e valorizzazione della medicina del racconto ha definito, nel 1993, la "Narrative Medicine" spiega come "medicine practiced with the narrative competence to recognize, interpret and be moved to action by the predicaments of others" (medicina praticata con la competenza narrativa del riconoscere, interpretare e passare all'azione sulla base delle situazioni difficili degli altri).

La comunicazione medico-paziente svolge un ruolo centrale nella medicina moderna, sostanzialmente per il numero sempre crescente di pazienti anziani con malattie croniche e comorbidità complesse. In questi pazienti una corretta comunicazione e informazione sulla malattia da cui sono affetti, sul suo stato di progressione e sulla sua prognosi rappresentano una irrinunciabile garanzia per la cosiddetta *aderenza terapeutica* dei pazienti ma soprattutto perché questi si sentano *ben curati*. In questo senso è da considerare attentamente il fatto che la comunicazione non può non estendersi al contesto in cui il paziente vive, ovvero alla famiglia che tanta parte svolge nella gestione del paziente cronico, e ad altri soggetti coinvolti nel supporto al paziente.

In questo senso la Medicina Narrativa rappresenta uno strumento che, una volta conosciuto e appropriatamente applicato, consente al medico di raf-

forzare in modo incisivo la sua capacità di azione.

Durante il colloquio medico-paziente, nel processo di raccolta anamnestica (da cui si ricavano gli elementi essenziali per impostare il percorso diagnostico), le narrazioni costituiscono la forma entro cui i pazienti sperimentano e descrivono i loro problemi e il proprio malessere. In un colloquio

ben condotto, come ha ben descritto Maguire "i medici identificano con maggiore precisione i problemi dei pazienti, i pazienti sono più soddisfatti del modo in cui vengono seguiti e possono meglio comprendere i loro problemi, le indagini e le opzioni di trattamento, ed è più probabile che aderiscano al trattamento e ... infine lo stesso medico vive meglio".

L'atto della comunicazione non deve essere vissuto dal medico come qualcosa di usuale, routinario, ma come un irripetibile momento conoscitivo della persona ammalata (questo il messaggio essenziale della Medicina Narrativa).

Chi comunica invia e riceve simultaneamente messaggi. Mentre uno dei due comunicanti sta parlando, l'altro ascolta; il modo in cui quest'ultimo ascolta fornisce informazioni a chi sta parlando. Le persone interagiscono con i messaggi che ricevono sulla base della loro personalità, delle loro appartenenze di gruppo, e della situazione in cui avviene la comunicazione. Ecco perché quando il medico parla al proprio paziente deve curare, insieme ai contenuti, anche il tono delle proprie parole, e la propria gestualità poiché anche questi sono "comunicazione" o meglio *veicoli* per una comunicazione efficace. L'atto comunicativo è dinamico: il medico deve modularlo non solo sul proprio paziente (età, livello culturale, e soprattutto vissuto di malattia) ma soprattutto in itinere sulla base delle *reazioni*, espresse anche non verbalmente, determinate dalle parole sul paziente, e sui suoi familiari. Dunque ogni comunicazione è l'incontro di due *repertori* (quello che ciascuno di noi sa ed è, ovvero l'insieme delle conoscenze, informazioni, convinzioni, stati d'animo, studi, esperienze e tutto quello che compone la nostra identità individuale e sociale).

A differenza di molti altri atti comunicativi, la relazione medico-paziente non è una comunicazione *alla pari*. Il paziente è nel dolore, o è molto preoccupato per la propria condizione oppure ha un vissuto di **precedenti incontri con medici che lo hanno scoraggiato**. Tutto questo modifica la sua capacità comunicativa e la sua sensibilità, e di ciò il medico

GIAN FRANCO GENSINI*, CHIARA LAZZERI**

* *Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze*

** *Dirigente Medico Terapia Intensiva Cardiologica Direttore Prof. Gensini Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi*

deve tenere conto. Deve essere innanzitutto privo di pregiudizi di fronte al paziente (che magari può avere stili di vita o abitudini diverse dalla proprie) e deve **saper ascoltare** non solo **cosa** dice il paziente ma anche **come** lo dice, restando sempre neutrale.

«Scrivere una ricetta è facile, parlare con chi soffre è molto più difficile» scriveva Kafka.

Ma in fondo tutti questi elementi, che la Medicina Narrativa ha riscoperto in modo scientifico, erano già presenti da sempre nella professione medica. Nel mondo antico una valutazione soggettiva del medico, ampiamente condivisa, cercava nel professionista doti come: Amor; Suavitas; Humanitas

Tutti questi valori possono essere in fondo riassunti nel più moderno concetto di *empatia*, ovvero nella capacità di comprendere chi soffre pur non soffrendo, cioè di comprensione e partecipazione ai problemi del paziente, mantenendo con distacco emotivo la distinzione tra il proprio io e quello del paziente.

DEI FOSSATI E DEI PONTI

La comunicazione fra medico e paziente è per sua natura asimmetrica: i due mondi sono divisi da fossati che possono essere superati mediante ponti, per lo più in salita. Il rapporto medico-paziente è determinato dalla capacità di stabilire ponti ampi, robusti, tali da resistere alle difficoltà delle malattie e della loro evoluzione. La comunicazione stabilisce i ponti, li consolida, li restaura, li ricostruisce in caso di crisi del rapporto.

La Medicina Narrativa ha molto a che vedere con i ponti, sia come mezzo di acquisizione di informazioni sulla persona ammalata, sia come mezzo di rapporto costante.

Ecco in pratica i suggerimenti che vengono dalla Medicina Narrativa.

Per il medico (indipendentemente dalla sua specialità e dal contesto) l'*obiettivo* del colloquio è duplice: quello di ricavare tutti gli elementi che consentano di impostare un percorso diagnostico terapeutico e di instaurare una alleanza con il proprio paziente (e spesso con la famiglia), unica garanzia per una aderenza ottimale ai trattamenti e per un efficace prosieguo delle cure. Affinché sia possibile raggiungere questi obiettivi il tempo non deve rappresentare un ostacolo, ovvero non si può avere o, peggio, dare l'impressione di avere fretta. Deve essere il medico (e non il paziente) a condurre attivamente il colloquio. Il Medico deve farsi carico di una conduzione attiva appropriata del colloquio.

Gli strumenti a sua disposizione sono il proprio bagaglio culturale e di esperienza, e l'empatia, che si tradurrà nel più appropriato linguaggio verbale e non verbale.

I dati che ci vengono forniti dalla letteratura documentano tuttavia come nella pratica clinica siamo mediamente molto lontani dalla applicazione ampia e diffusa delle regole e dei mezzi della Medicina Narrativa.

È stato osservato come su 335 pazienti soltanto sette (ossia meno del 2%) avevano parlato, se non interrotti, per più di 5 minuti, e comunque in tutti questi casi i medici avevano percepito come i pazienti stessero fornendo loro informazioni così importanti, relativamente alla loro salute e più in generale

alla loro vita, da non rendere necessarie interruzioni. Mediamente invece, il medico interromperebbe il racconto del paziente sui suoi sintomi circa 22 secondi dopo che ha iniziato a parlare anche se il 90% dei pazienti conclude spontaneamente il racconto entro 92 sec e tutti entro 2 min. In altri termini, nello spazio tra 22 e 92 sec viene menzionato il 75% dei sintomi: questo tempo è paragonabile ad uno spot pubblicitario o alla pubblicità di un nuovo film.

È necessario quindi che il medico torni a percepire la capacità di relazione (ovvero la "medicina del racconto") come parte imprescindibile della propria professionalità. In questo senso la Medicina Narrativa non vuole contrapporsi alla medicina basata sull'evidenza, ma vuole essere uno strumento di supporto ad essa. Dalla Medicina basata sulle Evidenze alla Medicina basata sul Racconto si delinea una visione unitaria della professionalità medica alla luce dei concetti di **Competenza** – relazione diretta tra le capacità soggettive della persona e le attività che è chiamata a svolgere in una determinata posizione sociale – e di "Knowledge Management" (gestione della conoscenza), che si basa sulla esplicitazione completa del percorso logico che docente e discente seguono per porre e risolvere un quesito clinico. In termini tecnici, il Knowledge Management configura la chiara identificazione dei nodi decisionali, la scomposizione ragionata delle associazioni (segnosintomi-patologie), l'esclusione progressiva di associazioni poco robuste e la ricomposizione degli elementi a conclusione del ragionamento clinico.

In termini più propriamente formativi, la componente relazionale della medicina clinica, la *saper essere* non può essere visto in modo disgiunto dal *saper* (conoscenze teoriche), dal *saper fare* (competenze operative e dal *saper far fare* in quanto una è la medicina ed unico è ogni singolo paziente, anche se particolarmente complesso.

La chiave dell'analisi e della comprensione della sua complessità vede la medicina narrativa in posizione centrale.

CONCLUSIONI

La Medicina Narrativa fornisce strumenti su base scientifica atti a potenziare la capacità relazionale del medico, affinché sia possibile per il medico comprendere le storie dei pazienti, e per il paziente sia possibile e *piacevole* raccontare la propria storia. L'obiettivo della medicina del racconto è quello di costruire e mantenere la relazione con il malato per capirne i problemi clinici nella loro complessità e di negoziare con lui il progetto terapeutico e quindi costruire un'alleanza terapeutica; il giusto modo del medico di porsi nei confronti del paziente è quello dell'empatia.

Con questo approccio, nuovo nella definizione ma antico quanto l'aver cura nel metodo, la relazione medico-paziente ammalata potrà consentire un rapporto ampio, utile per la clinica e soddisfacente e gratificante per le persone.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: rosalba.montalbano@unifi.it

Urologia e chirurgia robotica a Careggi

Grazie all'interessamento dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze e alla sensibilità degli amministratori dell'ospedale Careggi e del governo politico della Regione Toscana, finalmente anche l'urologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi si è dotata del Sistema Robotico "da Vinci", impiegato nel trattamento di numerose patologie tumorali di interesse urologico e primo fra tutti, il tumore della prostata.

Il carcinoma della prostata è la neoplasia più comune nel sesso maschile negli Stati Uniti rappresentando il 25% di tutte le nuove diagnosi tumorali con una stima di 186.000 nuovi casi all'anno. Rappresenta inoltre la seconda causa di morte per neoplasia nel sesso maschile, determina il 10% delle morti per cancro con 28,660 decessi stimati negli Stati Uniti per il 2008. A partire dal 1992 è stato registrato un calo della mortalità, dovuto ai progressi nelle tecniche diagnostiche e terapeutiche: PSA, Prostatectomia Radicale e terapia radiante, in prima istanza. (Figura 1).

Dai dati contenuti nel rapporto 2006 dell'associazione italiana Registro Tumori, in Italia, il tumore della prostata, rappresenta la seconda neoplasia più diagnosticata, avendo superato il tumore polmonare di poco ma con una tendenza in forte aumento rispetto ad un leggero declino nell'incidenza del tumore polmonare. In Italia oggi il tumore prostatico è secondo solo ai tumori cutanei in termini di incidenza. Per ciò che riguarda la mortalità, è sempre al secondo posto dopo il tumore del polmone.

Raramente diagnosticato in uomini di età < 50 anni, l'incidenza del carcinoma prostatico aumenta con l'età, (incremento del 3-4% annuo). Il picco di incidenza si registra tra i 70 e i 74 anni. Complessivamente l'85% dei tumori della prostata viene diagnosticato dopo i 65 anni. Studi autoptici hanno evidenziato lesioni microscopiche prostatiche nel 50% degli uomini nella sesta decade e in più del 75% degli uomini >85 anni.

L'introduzione del PSA come test di *screening* ha portato ad un incremento di incidenza di malattia loco-regionale e una riduzione di incidenza di carcinomi metastatici e con interessamento linfonodale.

L'obiettivo del trattamento del tumore prostatico è quello di diagnosticare ed asportare la neoplasia quando ancora è localizzata all'interno della ghiandola cioè quando l'asportazione garantisce tassi di cura molto molto elevati.

Nel caso di diagnosi di carcinoma prostatico, il trattamento di scelta deve essere deciso non solo in base alle caratteristiche di malignità della patologia prostatica ma anche in base all'età del paziente, comorbidità, precedenti interventi chirurgici. L'intervento di scelta viene proposto al paziente nell'ambito di un ambulatorio dedicato dove vengono fornite tutte le informazioni relative all'intervento ed agli obiettivi/goals dell'intervento scelto. L'obiettivo da perseguire in questa fase è di posizionare il paziente al centro del sistema e di ritagliare il trattamento migliore per il pa-

MARCO CARINI

Direttore SOD Urologia, Università degli Studi di Firenze



Figura 1

ziente non sulla base delle convinzioni del singolo medico ma di un team multidisciplinare. I concetti di cura come asportazione della malattia o di semplice controllo della malattia possono rivelarsi entrambi molto validi in condizioni diverse e verranno quindi presi sempre in considerazione dal team.

I carcinomi non palpabili e quindi per lo più confinati all'interno della ghiandola e quindi potenzialmente curabili rappresentano il 75% dei nuovi tumori diagnosticati. Queste neoplasie possono essere trattate con intento curativo mediante intervento chirurgico denominato prostatectomia radicale che può essere eseguito per via classica con il taglio longitudinale al di sotto dell'ombelico (incisione sottoombelico-pubica), oppure per via laparoscopica o robotica. Tutto ciò ha portato ad una riduzione della mortalità di questa neoplasia negli anni a fronte di un aumento di diagnosi.

In caso di malattia confinata all'interno della ghiandola prostatica il trattamento di scelta è rappresentato dalla **Prostatectomia Nerve Sparing** a cielo aperto ma due tecniche alternative molto promettenti sono rappresentate dalla **Prostatectomia Nerve Sparing Video Laparoscopica** e dalla **Prostatectomia Nerve Sparing Robotica**. In particolare la chirurgia robotica, si può considerare l'evoluzione della chirurgia laparoscopica perché associa la miniinvasività della laparoscopia alla libertà di movimento della mano del chirurgo perché i bracci meccanici sono dotati di sette gradi/libertà di movimento diversi associati alla precisione millimetrica e alla possibilità

da parte del chirurgo di una visione tridimensionale che invece non è possibile con la pura laparoscopia.

Schematicamente i vantaggi del sistema chirurgico robotico "*da Vinci*" sono rappresentati dalla **visualizzazione** 3D ad alta risoluzione, da un'estrema precisione chirurgica, da una maggiore possibilità di movimenti con 7 gradi di libertà: grazie al sistema di movimento *Endo Wrist®* che garantisce la capacità di ruotare gli strumenti di 360 gradi rendendo meno complesse manovre tecnicamente difficili, dalla riproducibilità del gesto chirurgico che aumenta la capacità del chirurgo di effettuare ripetutamente con la stessa precisione manovre tecnicamente complesse. Queste caratteristiche del sistema robotica permettono di ridurre l'eventuale sanguinamento intraoperatorio e di ridurre il dolore postoperatorio e i tempi di degenza, permettendo infine un recupero postoperatorio più rapido.

Il sistema robotica "*da Vinci*" si compone di due unità distinte, una console (Figura 2) dalla quale il primo operatore, attraverso due joystick (Figura 3) comanda il sistema robotico dotato di quattro bracci meccanici (Figura 3, Figura 4) che si posiziona a fianco del letto operatorio.

La chirurgia robotica oltre ad essere adottata con sempre maggior frequenza nella terapia del tumore della prostata viene proposta anche per il trattamento delle patologie renali e vescicali.

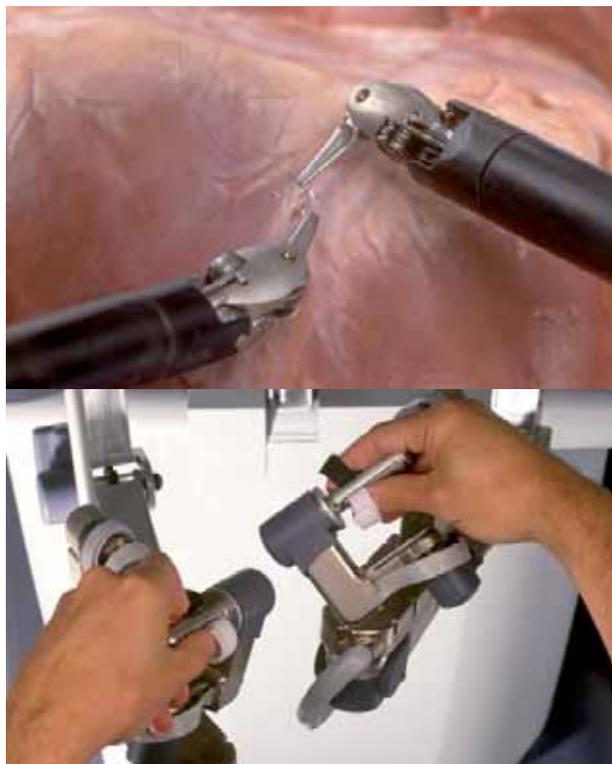


Figura 2



Figura 3

I risultati dei centri internazionali in cui è stata introdotta la chirurgia robotica hanno dimostrato un vantaggio in una serie di interventi primo fra tutti la prostatectomia radicale.

I risultati della letteratura sulla prostatectomia radicale robotica indicano chiari vantaggi rispetto alla prostatectomia “a cielo aperto” e alla prostatectomia laparoscopica. Infatti la chirurgia robot assistita consente una eccellente visione tridimensionale, estremamente ravvicinata, delle strutture oggetto dell'intervento chirurgico che è particolarmente importante laddove l'equilibrio tra rischio oncologico e necessità di conservazione di strutture fondamentali per gli aspetti funzionali è molto critico. Questo concetto è particolarmente sentito nella prostatectomia condotta con tecnica *nerve sparing*, dove i nervi erettivi devono essere accuratamente separati dalla superficie prostatica senza essere danneggiati, ma senza rischiare di incidere la prostata o lasciare tessuto neoplastico sui nervi stessi. La chirurgia robotica facilita questa fase grazie alle caratteristiche sopra descritte. Sempre in questo tipo di intervento le caratteristiche del robot facilitano anche la conservazione dello sfintere uretrale striato, strettamente adeso all'apice prostatico e consentono una semplice e rapida esecuzione dell'anastomosi vescico uretrale, molto complessa invece in laparoscopia pura.

Un altro interessante settore di utilizzo della chirurgia robotica è quello della chirurgia renale. In questo settore il nostro centro è all'avanguardia per la chirurgia conservativa dei tumori del rene con numerose ed importanti pubblicazioni su questo argomento. Questo intervento viene eseguito nel nostro centro sia con tecnica tradizionale che con tecnica laparoscopica fino a tumori di 5 cm. La possibilità di utilizzo del robot consentirebbe l'esecuzione di interventi di enucleazione renale con tecnica mini invasiva anche per tumori di dimensioni maggiori.

Inoltre numerose pubblicazioni scientifiche hanno evidenziato la possibilità di ampliare le indicazioni della chirurgia robotica a numerose patologie urologiche quali il tumore vescicale in cui è possibile eseguire l'asportazione della vescica e la ricostruzione di una neovescica ileale con il robot “*da Vinci*”. Tale campo di applicazione futura della robotica sarà il soggetto di indagini, ricerca scientifica e audit interni al fine di studiare la possibilità di ampliamento delle indicazioni attualmente accettate.

Bibliografia

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

TM



Figura 4

Nuove prospettive in campo chirurgico-anestesiologicalo

Negli ultimi due decenni la chirurgia è fortemente progredita non solo grazie a nuove tecniche chirurgiche ma anche con l'affermazione della tecnologia avanzata, che, inevitabilmente, crea a sua volta nuove metodiche, soppiantando spesso, in modo anche radicale, procedimenti ritenuti validi, soddisfacenti e consolidati. Tutto questo, cosa comune per tutti i tipi di tecnologie dei giorni nostri, avviene con estrema rapidità ed in modo travolgente. La chirurgia minivasiva si è quindi imposta per gli innegabili vantaggi che offre e per una pressante richiesta di chirurgia "senza cicatrice". Nell'epoca del tecnicismo il chirurgo deve, più di prima, stare al passo della tecnologia che avanza rapidamente ed anche se il ragionamento, la standardizzazione degli interventi, l'abilità e la destrezza manuale sono sempre il substrato indispensabile del bravo chirurgo, oggi è altrettanto indispensabile conoscere i nuovi presidi tecnologici che stanno facilitando e migliorando la scienza chirurgica.

Lo sviluppo della chirurgia mini-invasiva e dell'endoscopia interventistica vedono nel miglioramento della qualità della immagine il momento fondamentale per ottenere un progresso della tecnica chirurgica. La collaborazione tra produttori di tecnologia ed università/istituti di ricerca hanno consentito lo sviluppo di telecamere ad Alta Definizione (HD) (Figura 1), che offrono al chirurgo immagini più dettagliate e gli consentono di operare in modo più sicuro.

Le immagini HD restituiscono maggiori dettagli, con una risoluzione cinque volte superiore, offrendo un sistema altamente avanzato che consente di osservare i dettagli delle procedure più complicate. Dieci anni fa il prof. Heald usava telecamere enormi, simili a quelle utilizzate negli studi televisivi per mostrare ai discenti i dettagli della tecnica della Total Mesorectum Excision (TME) nella terapia del cancro del retto. Oggi si ottengono visioni altrettanto buone con telecamere HD miniaturizzate. È stato sviluppato anche un sistema di acquisizione che consente di catturare immagini statiche o video in una vasta gamma di formati, archiviare il materiale, recuperarlo ed effettuare l'editing a scopo didattico e scientifico. Anche nelle nostre sale operatorie è a disposizione

un sistema video HD con elaborazione di immagini come quello descritto sopra.

Tra gli strumenti chirurgici di nuova genera-

zione sono soprattutto da ricordare il bisturi ad ultrasuoni e quello a radiofrequenza (Figura 2) che possono essere utilizzati sia per procedure laparoscopiche che laparotomiche. Il primo utilizza l'energia prodotta

dagli ultrasuoni per il taglio emostatico e la coagulazione dei tessuti molli. Il sistema è composto da un generatore di ultrasuoni che viene attivato sia a pedali che manualmente. Il generatore eroga energia elettrica al manipolo dove la lama attiva, vibrando a 55.500 Hz al secondo, produce una denaturazione proteica con la rottura dei legami secondari della proteina, formando un sigillo proteico che garantisce l'emostasi vascolare con minore trauma tissutale. La classica elettrocoagulazione monopolare, tuttora ampiamente utilizzata in molti interventi, determina invece una necrosi colliquativa con minore efficacia emostatica. Il bisturi a radiofrequenza risulta particolarmente efficace nell'emostasi più che nella dissezione,

ANDREA VALERI*, RAFFAELE DE GAUDIO**,
ALESSANDRO BRUSCINO*, CARMELO GUIDO**,
CARLO BERGAMINI*

* S.O.D. 1 Chirurgia Generale, d'Urgenza e Minivasiva
AOU Careggi

** S.O.D. Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
AOU Careggi



Figura 1 - Monitor HD.



Figura 2 - Device ad ultrasuoni e a radiofrequenza.

permettendo di sigillare efficacemente strutture vascolari fino a 6-7 mm di diametro. L'emostasi non viene affidata alla formazione del trombo nel vaso prossimale, ma viene raggiunta attraverso la fusione del collagene e dell'elastina della parte intima del vaso creando una sintesi permanente. Questo strumento confina il suo effetto al tessuto target o al vaso, senza carbonizzazione, e con una minima diffusione termica ai tessuti adiacenti. La tecnologia Instant Response identifica le caratteristiche di impedenza del tessuto situate all'interno delle morse dello strumento e distribuisce l'appropriato quantitativo di radiofrequenza necessario per effettuare la sintesi completa e permanente dei vasi. Tale bisturi è dotato di un sistema di sicurezza che interrompe l'attività dello strumento quando la sintesi è stata ottenuta e avvisa l'operatore con un segnale acustico. Importante caratteristica sia del device ad ultrasuoni che di quello a radiofrequenza è la multifunzionalità, cioè che in un unico strumento si raccolgono più capacità: la dissezione, la coagulazione, il taglio e la presa dei tessuti che rendono più preciso e veloce ogni tipo di intervento chirurgico. L'industria ha inoltre studiato manipoli sempre più ergonomici per evitare o ridurre la "over use syndrome" che purtroppo incide sui chirurghi che lavorano per molte ore al giorno con strumenti scarsamente ergonomici e davanti ad un sistema video non HD e, a volte neanche 3CCD, con conseguente danno visivo, osteo-articolare, muscolare e psichico.

Altra tecnologia in crescita che facilita l'attività operatoria è costituita dalle suturatrici meccaniche "disposable", sia per suture circolari che lineari (Figura 3), con un'offerta di dimensioni che si adattano a varie tipologie di intervento. La sutura meccanica offre dei vantaggi innegabili soprattutto in chirurgia laparoscopica, ma anche



Figura 3 - Suturatrice lineare articolata di ultima generazione.

in chirurgia laparotomica, specialmente nella realizzazione di suture "difficili" come quelle esofago-digunali e colo-rettali basse ed ultra-basse. Esse assicurano punti calibrati ed equidistanti, applicando due o tre file di agrafes sfalsate che evitano anche l'effetto ischemizzante delle suture manuali, specialmente in continua. Riducono l'inquinamento del cavo peritoneale, abbreviano in modo significativo i tempi dell'intervento e riducono l'edema anastomotico, accelerando la ripresa della canalizzazione.

Ulteriore evoluzione della chirurgia laparoscopica è rappresentata dall'introduzione del robot (Figura 4), che può facilitare la realizzazione di suture intracorporee e, offrendo una visione in 3D, migliora la possibilità di eseguire una dissezione estremamente precisa, dimostrandosi particolarmente utile nella "nerve-sparing" in corso di prostatectomia radicale o nelle TME per cancro del retto.

Si stanno studiando dei software di elaborazione dati, recuperati con le TC di ultima generazione, per operare in modo virtuale con la possibilità di applicazione ad un monitor in sala operatoria per attuare una chirurgia guidata dal "navigatore" sul paziente. Questa chirurgia per il momento è stata sperimentata solo in centri di ricerca e per organi parenchimatosi come il fegato ma, sicuramente, nei prossimi dieci anni rappresenterà la nuova frontiera come è stato negli scorsi 15 anni per la chirurgia laparoscopica.

L'ultima innovazione in chirurgia che sta prendendo campo ed interesse è l'approccio "ultra-mi-



Figura 4 - Sala operatoria robotica.



Figura 5 - *Single port access.*

ni-invasivo” cioè gli interventi in laparoscopia utilizzando un solo accesso: l'ombelico. Non consideriamo invece la chirurgia NOTES (Natural Orifice Transluminal Surgery) perché, fatta eccezione per la via transvaginale, non è realizzata ancora in Italia in quanto non valutata positivamente dalle comunità scientifiche e dai comitati etici.

La chirurgia laparoscopica eseguita con un solo accesso ombelicale (Single-port access, Single incision laparoscopic surgery) (Figura 5) consiste in un intervento eseguito attraverso un'unica incisione cutanea, utilizzando un trocar a tre o quattro vie e speciali strumenti flessibili o con doppia angolatura che consentono di ottenere una giusta angolazione con l'ottica in modo da realizzare una dissezione dell'organo da rimuovere. Tale tecnica, in fase di evoluzione, potrebbe rappresentare un'evoluzione ulteriore della chirurgia mininvasiva se l'industria coadiuverà il chirurgo con un miglioramento degli strumenti. Tecnica innovativa e poco invasiva, è utilizzata, per adesso, in pazienti selezionati prevalentemente con patologie benigne.

Per tale metodica si stanno eseguendo studi in vari centri come anche il nostro per valutare la performance e la “quality of life” rispetto al paziente operato con la metodica laparoscopica tradizionale e nei prossimi anni potrebbe diventare il gold standard per la cura di alcune patologie come lo è diventata la chirurgia laparoscopica classica nel corso dell'ultimo ventennio.

Questi progressi della chirurgia sono stati possibili grazie anche allo sviluppo delle nuove tecniche di anestesia, che vengono attuate con metodiche innovative sia dal punto di vista farmacologico che strumentale. Gli obiettivi che la moderna anestesia deve raggiungere sono il mantenimento della stabilità dei parametri fisiologici (respiratori, cardiaci e metabolici) ed il controllo totale del dolore postoperatorio. Il primo obiettivo viene raggiunto grazie all'utilizzazione di nuovi farmaci che sono in grado di interferire minimamente con i parametri vitali grazie a nuove formulazioni

che nascono dalla farmacologia dei cosiddetti “soft drugs”, che sono molto efficaci e facilmente pilotabili durante la loro somministrazione. Classici esempi di queste nuove formulazioni sono gli analgesici potenti come il remifentanil ed i beta bloccanti come l'esmololo. L'approccio multimodale anestesioanalgesico permette di anestetizzare praticamente qualsiasi paziente indipendentemente dalle sue malattie coesistenti e dall'età, cosa impossibile fino a pochi decenni or sono. Questo tipo di tecnica prevede l'uso in premedicazione di farmaci analgesici (morphina) ed ansiolitici (midazolam) somministrati per via orale (al fine di sfruttare i principi dell'analgia preventiva), mentre lo svolgimento della procedura anestesioanalgesica deve basarsi su un intervento multimodale anestesioanalgesico con la somministrazione bilanciata di anestetici (inalatori o endovenosi), di analgesici potenti (remifentanil in infusione endovenosa continua) e/o di tecniche combinate di anestesia loco regionale (peridurale toracica). Il periodo postoperatorio dovrà svolgersi, nei limiti del possibile, in assenza di dolore. Per raggiungere questo obiettivo è possibile somministrare farmaci oppioidi in infusione endovenosa continua (con la metodica patient controlled analgesia) e farmaci antiemetici per il controllo della nausea e del vomito postoperatorio. La disponibilità di nuovi sistemi di monitoraggio e di nuove tecniche di ventilazione artificiale ha permesso lo svolgimento di interventi chirurgici in laparoscopia mantenendo il paziente in posizioni particolari (basti pensare al Trendelenburg “spinto” usato nella chirurgia laparoscopica avanzata del colon). In questi casi, gli effetti collaterali determinati dall'insufflazione di CO₂ intraperitoneale (necessaria per permettere la visualizzazione del campo operatorio in laparoscopia), vengono aggravati dalle variazioni di posizione del paziente e provocano alterazioni della funzione cardio-respiratoria, in particolare nei pazienti anziani con patologie coesistenti.

Da alcuni anni sono stati introdotti numerosi si-



Figura 6 - BIS.

stemi di monitoraggio dei parametri fisiologici che sono in grado di misurare la profondità dell'anestesia (con tecniche elettroencefalografiche computerizzate) (Figura 6), la gittata cardiaca, i parametri emodinamici e la perfusione tissutale (con tecniche non invasive o ad invasività minima). Tra le più recenti metodiche di monitoraggio cardiovascolare con invasività minima va ricordato il "PRAM" (Pressure Recording Analytical Method) che nasce grazie all'intuito ed alla progettazione di Mario Romano, un fisico fiorentino che svolge la sua attività di ricerca nell'Azienda Careggi. Questo tipo di apparecchio permette, attraverso l'elaborazione della sola onda pressoria arteriosa,



Figura 7 - PRAM.

ottenuta con l'incannulamento dell'arteria radiale, di ricevere informazioni riguardanti la pressione arteriosa, la gittata cardiaca e la contrattilità miocardica (Figura7).

Questi sono esempi di come i progressi in campo chirurgico ed anestesiológico abbiano permesso di ottimizzare e velocizzare i tempi delle procedure ed al contempo migliorare la sicurezza dei pazienti.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: bruscino@virgilio.it, tom.car@virgilio.it

TM

Day service: modalità organizzativa e gestionale nell'Ospedale per Intensità di cure

INTRODUZIONE

Nell'ambito di vigenza degli ultimi piani sanitari la Regione Toscana si è costantemente espressa in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione favorendo e sostenendo modalità alternative al tradizionale ricovero ospedaliero con un occhio ben fisso all'appropriatezza organizzativa e clinica delle cure erogate.

Anche il Piano Sanitario 2008-2010, riconoscendo all'Ospedale la sua natura di risorsa co-

stosa, da utilizzarsi in modo appropriato e finalizzata sostanzialmente al trattamento dell'acuzie, promuove, nell'ambito della più complessa visione

della Sanità di Iniziativa, il ricorso a forme di gestione specialistica delle cure di tipo modulare, ad intensità clinico assistenziale variabile con ripensamento del modello organizzativo di erogazione delle mede-

sime. Accanto ad aree ad elevata intensità clinico assistenziale a ciclo continuo si definiscono aree a gestione diurna che vanno dall'ormai consolidato

SILVIA BRIANI*, GRAZIA PANIGADA°, MAURIZIO CHECCHI°, ALESSANDRO BIRINDELLI°, MILA STRANITI°, ROBERTO GIOVANETTI°, ELISABETTA CORTESI *, IVANO CERRETINI§

* Direzione Medica di Presidio P.O. di Pescia ASL3 PT
° U.O. Medicina Interna P.O. di Pescia ASL3 PT
§ S.A. Accreditamento ASL 3 PT

Day Hospital al più recente Day Service.

In questa ottica il Presidio Ospedaliero di Pescia, nell'ambito della riorganizzazione per Intensità di Cura dell'Area Medica e del percorso di Accredimento Istituzionale dell'intera struttura, ha rivalutato e sistematizzato un modello organizzativo, nato come esperienza spontanea già da alcuni anni, a suo tempo individuato come Ambulatorio Complesso e successivamente rinominato **Day Service**.

Nel corso del 2009 la gestione dell'intero percorso organizzativo del Day Service è stato sottoposto ad una revisione con l'applicazione delle tecniche FMEA di valutazione del rischio (si tratta di una tecnica di analisi proattiva, previsionale e sistematica – FMEA “*Failure Modes and Effects Analysis*” – per identificare e prevenire i problemi sul processo prima che essi insorgano, garantendone così la sicurezza e l'affidabilità) e sono stati codificati e resi operativi un certo numero di **PAC** (pacchetti ambulatoriali complessi) che ne costituiscono i percorsi clinici predefiniti e condivisi nell'ambito di gruppi multidisciplinari di professionisti.

DAY SERVICE E PAC

A seguito di questo percorso si è dunque arrivati a codificare il Day Service come un modello organizzativo ambulatoriale, alternativo al ricovero ordinario/day hospital attraverso il quale si realizza la presa in carico del paziente da parte di un medico tutor che pianifica e coordina un percorso diagnostico terapeutico articolato, gestisce la documentazione clinica e stende la relazione clinica finale in collaborazione con un infermiere referente. Si tratta di un modello centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione che, con il sistema dei **Pacchetti Ambulatoriali Complessi** (PAC), assicura una sorta di 2° livello nell'offerta di prestazioni ambulatoriali.

L'attivazione dei PAC, può essere effettuata utilizzando il ricettario regionale, da parte del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, del medico specialista territoriale ed ospedaliero, che richiede “*visita specialistica per PAC*”.

Il medico referente per PAC valuta la proposta e, sulla base degli specifici protocolli diagnostico-terapeutici, ne dispone l'ammissione al Day Service per l'erogazione di uno specifico “*pacchetto di prestazioni ambulatoriali complesse*” e prescrive, utilizzando sempre il ricettario regionale, le singole prestazioni che compongono il PAC secondo la normativa vigente.

Il PAC sarà erogato concentrando gli appuntamenti in maniera da prevedere per il paziente il minor numero di accessi necessari all'effettuazione delle prestazioni che compongono il PAC medesimo ed il paziente è registrato attraverso la ricetta regionale nel sistema informativo per l'assistenza ambulatoriale (SPA) secondo le regole vigenti per detto flusso.

Le prestazioni di un PAC sono comprese tra quelle riportate nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale e per entrare a far parte di un PAC devono essere previste in una lista predefinita e specifica.

La documentazione clinica che accompagna il Day Service si ritiene possa essere così composta:

- ricetta di prescrizione;
- dati anagrafici del paziente;
- quesito diagnostico;
- progetto terapeutico;
- copia dei referti relativi a tutte le prestazioni che hanno costituito il PAC;
- referto/relazione clinica riassuntiva finale (conclusiva del PAC). La relazione, destinata al medico curante, deve contenere tutti gli elementi relativi alle prestazioni eseguiti, unitamente alle prescrizioni terapeutiche eventualmente proposte. Detta documentazione sarà predisposta per ogni singolo PAC a cura dell'équipe del Day Service e successivamente archiviata nel rispetto delle normative vigenti.

L'ESPERIENZA DELLA U.O. MEDICINA. AREA MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI PESCIA

Nel corso del 2009 sono stati sistematizzati in Area Medica - U.O. di Medicina Interna, fra gli altri, 3 diversi PAC finalizzati alla gestione di tre condizioni cliniche piuttosto frequenti e ben gestibili nella dimensione ambulatoriale complessa: la Trombosi Venosa Profonda; l'Anemia Microcitica ed il Nodulo Tiroideo.

PACCHETTO AMBULATORIALE COMPLESSO

per TVP IDIOPATICA > 50anni

- Esami ematochimici.
- Ricerca sangue occulto nelle feci.
- Markers Neoplastici (CEA, CA 19,9; CA 15,3; CA 125, PSA).
- Rx torace.
- Ecografia addome e pelvi.
- Visita urologica (maschio).
- Visita ginecologica con ecografia trans vaginale (femmina).
- Autocura.
- VISITA INTERNISTICA-ANGIOLOGICA conclusiva.

Day Service e trombosi Venosa profonda

Il management ambulatoriale domiciliare nei pazienti con trombosi venosa profonda (TVP) è sicuro ed efficace purché venga garantita mediante un percorso definito e condiviso con i medici di medicina generale e la Medicina d'Urgenza con accesso facilitato, diagnostica ecocolordoppler e terapia adeguate, ottenibili nell'Ambulatorio vascolare gestito dall'internista che diventa tutor e imposta trattamento e follow-up. Laddove indicato, viene attivato un PAC per la ricerca di neoplasie occulte

o di trombofilia raggruppando gli accertamenti in un unico accesso che coincide con il controllo INR necessario per la fase di induzione della terapia anticoagulante orale.

PACCHETTO AMBULATORIALE COMPLESSO per inquadramento del NODULO TIROIDEO

- Prelievo ematico.
- TSH, FT3, FT4, Anti Tg, Anti TPO, Calcitonina.
- Ecografia del collo.
- Agoaspirazione ecoguidata.
- Tireoglobulina, calcitonina, paratormone su aspirato.
- Autocura.
- Visita internistica-endocrinologica conclusiva.

Esami di II livello saranno effettuati sempre in day service in casi selezionati.

Con la valutazione conclusiva l'internista tutor fornisce una dettagliata relazione per il Curante con la programmazione diretta del follow-up clinico strumentale.

Day Service e nodulo tiroideo

Il nodulo tiroideo rappresenta un problema clinico rilevante e potenzialmente maligno (5%) per il quale l'ecografia ed l'agoaspirazione, estendibile anche agli eventuali linfonodi sospetti metastatici integra la valutazione clinica effettuabile direttamente in Day Service con adeguato PAC. L'internista Endocrinologo diventa il tutor del paziente e predispone il successivo percorso: Follow-up clinico strumentale direttamente programmato; chirurgia, terapia con radioiodio.

Day Service e anemia microcitica

Il paziente con anemia microcitica richiede un inquadramento anamnestico e clinico che permetta di diagnosticarne le cause e di rilevare eventuali patologie di accompagnamento. Tali procedure possono essere effettuate in Day Service dopo visita internistica. In casi selezionati si effettuano infusioni di ferro o trasfusioni laddove necessario. Nella relazione definitiva verrà programmato il follow-up indicato.

Questi i risultati del primo anno di sperimentazione:

Day Service e trombosi Venosa profonda

107 pazienti con TVP diagnosticate e trattate ambulatorialmente. 36 TVP idiopatiche > 50 a. (25 prossimale e 11 sottopoplitea). 1 fibrosi retro peritoneale idiopatica, 1 ETP colon, 1 ETP pancreas, 1 sindrome da anticorpi antifosfolipidi, 2 iperomocisteinemie. Per tutti i pazienti è stato programmato ed eseguito adeguato follow-up clinico strumentale.

PACCHETTO AMBULATORIALE COMPLESSO

per Anemia microcitica

ESAMI DI I LIVELLO

- Prelievo ematico.
- Esami ematochimici indirizzati da anamnesi ed esame obiettivo della prima visita: Emocromo, sideremia, transferrina, ferritina, VES, PCR, fibrinogeno, Glicemia, Azoto, Creatinina, Na, K, Calcio, Transaminasi, Fosfatasi Alcalina, LDH, Proteine Totali, Elettroforesi, TSH, PT, PTT, Esame Urine, Gruppo Sanguigno, Reticolociti, Cea, Emoglobine, Anomale, AC anti trasglutaminasi, Ac anti endomisio e anti gliadina etc.).
- Sangue occulto nelle feci.
- Ecografia addome e pelvi.
- Infusione di Ferro.
- Trasfusioni.
- Autocura.

ESAMI DI II LIVELLO (casi selezionati, in base a clinica e risultati esami di I livello)

- Visita ginecologica con ecografia transvaginale
- Colonscopia.
- Gastroscoopia.
- Visita internistica conclusiva.

Day Service e nodulo tiroideo

Su 345 pazienti con noduli tiroidei studiati sono stati diagnosticati 30 tumori della tiroide (28 papillari e 2 midollari) per i quali è stato programmato il trattamento chirurgico e radio metabolico attuando anche la gestione della fase postchirurgica e il follow-up adeguato.

Day Service e anemia microcitica

210 pazienti con anemia microcitica: 113 con sanguinamenti digestivi: 18 ETP colon, 6 ETP gastrici, 19 ulcere peptiche, 23 diverticolosi del colon, 3 angiodispasie del colon. 9 casi di celiachia. Eseguite 136 infusioni di ferro e 43 supporti trasfusionali.

CONCLUSIONI

Il Day Service si propone dunque come un modello assistenziale estremamente flessibile, capace, nella nostra esperienza, di garantire una risposta efficiente ed appropriata a numerose condizioni cliniche. Il presupposto fondamentale per la sua attivazione è rappresentato dalla condivisione del percorso con i medici di medicina generale e la facilità / rapidità di accesso alle prestazioni sia a partenza dal Territorio che dal Pronto Soccorso promuovendo efficacemente la condivisione di comportamenti assistenziali tesi a garantire la presa in carico del paziente ed il suo inserimento in un percorso diagnostico capace di garantirne l'inquadramento globale e la definizione della relativa gestione assistenziale.

TM

Un cardiologo in cardiocirurgia

Esperienze e consigli per la pratica quotidiana

La cardiocirurgia nel corso dell'ultimo decennio è andata incontro ad enormi progressi, grazie all'adozione di tecniche innovative e di tecnologie sempre più sofisticate. Solo per accennare a qualche esempio si è assistito al sopravvento, laddove possibile, di una strategia riparativa nelle valvulopatie, la proposizione di tecniche di accesso chirurgico meno invasive, all'adozione di tecniche combinate chirurgiche ed endovascolari per il trattamento della patologia aortica o, infine, all'adozione di procedure elettrofisiologiche per il trattamento della fibrillazione atriale in corso di interventi associati o, più raramente, in forme isolate non responsive alla terapia medica. Parallelamente, e forse ancora più rapida, è stata l'evoluzione delle tecniche di cardiologia interventistica che in alcune situazioni cliniche si pongono già ora come possibile alternativa alla terapia cardiocirurgica tradizionale, prima fra tutte ad esempio l'impianto di protesi valvolari aortiche per via percutanea. La particolare organizzazione della Cardiocirurgia dell'AOU di Careggi nell'ambito del Dipartimento cardiologico e dei vasi, nella quale da circa 10 anni è stata affidata al cardiologo la conduzione clinica del paziente nel periodo perioperatorio, rappresenta un privilegiato punto di osservazione da cui potere apprezzare e divulgare, facendone dominio pubblico dei cardiologi di base e dei medici di medicina generale, le applicazioni cliniche della pratica quotidiana.

PATOLOGIA VALVOLARE MITRALICA

La chirurgia riparativa che si avvale di tecniche sempre più complesse per potere ottenere risultati emodinamici ottimali (impiego di corde tendinee artificiali, tecniche di "riposizionamento dei muscoli papillari-sliding", anelli protesici di forma e rigidità diversa etc...) è attualmente la tecnica di scelta nella correzione della insufficienza valvolare mitralica, sia degenerativa che ischemica. I fondamentali studi del gruppo della Mayo Clinic hanno dimostrato che in pazienti con malattia coronarica un'insufficienza mitralica cronica anche di entità lieve-moderata si associa ad

una più elevata incidenza di scompenso cardiaco e una più elevata mortalità evidenziabili già ad 1 anno di *follow-up*. La correzione dell'insufficienza valvolare in concomitanza con l'intervento di rivascularizzazione è in grado di migliorare sensibilmente la prognosi.

CARLO ROSTAGNO

Dipartimento Area Critica, Università di Firenze

La accurata valutazione dell'entità e dei meccanismi fisiopatologici della insufficienza mitralica sono di fondamentale importanza nella scelta della strategia chirurgica ideale. Nei pazienti in cui l'insufficienza valvolare si manifesta su base funzionale durante ischemia miocardica transitoria, riproducibile in laboratorio durante eco stress da sforzo o farmacologico, è indicato il solo intervento di rivascularizzazione miocardica. Qualora invece l'insufficienza valvolare sia dovuta ad un'alterazione dell'apparato valvolare per una deformazione geometrica del ventricolo, per una riduzione della motilità del lembo posteriore della valvola dovuta ad un'alterazione della cinetica della parete posteriore o del muscolo papillare postero-mediale quale esito di infarto miocardico, ovvero di una dilatazione dell'anulus mitralico per una cardiomiopatia dilatativa ischemica, si pone indicazione alla riparazione valvolare mediante anuloplastica riduttiva. Del tutto recentemente, oltre ad accessi mini invasivi in toracotomia, è stata proposta per l'impiego in casi selezionati di una tecnica di "valvuloplastica" per via percutanea. La procedura, eseguita inserendo il device dalla vena femorale, viene eseguita per approccio transettale sotto guida ecocardiografica transesofagea. Il dispositivo, costituito da una clip metallica, viene posizionato unendo i due lembi valvolari mitralici creando una sorta di "doppio orifizio" e viene agganciato quando, sulla base dei dati ecocardiografici ed emodinamici, si ottiene il migliore risultato funzionale. Sono in corso studi preliminari per valutare l'efficacia del posizionamento, anche questa per via per cutanea, di una protesi metallica in seno coronarico che, una volta rilasciata, spingendo meccanicamente l'anulus mitralico permette di migliorare l'allineamento delle strutture valvolari e mima gli effetti di una valvuloplastica chirurgica riducendo l'entità del rigurgito valvolare.

PATOLOGIA VALVOLARE AORTICA

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha fatto sì che la stenosi aortica degenerativa sia diventata un problema assai diffuso con un'incidenza variabile dal 1,5% nel gruppo di età compresa fra 70 e 80 anni e al 2,8% negli ultraottuagenari. Nel 2005 negli Stati Uniti sono stati eseguiti 106.000 interventi di chirurgia valvolare. La presenza di comorbidità e/o di alterazioni aterosclerotiche della aorta ascendente con elevato rischio di stroke o di grossolane calcificazioni fino al quadro di "aorta a porcellana" che impediscono il clampaggio dell'aorta possono rendere il rischio dell'intervento tradizionale di sostituzione valvolare estremamente elevato se non proibitivo. La mortalità per intervento isolato di sostituzione valvolare aortica in centri cardiocirurgici con elevato volume di lavoro è circa l'1%, ma può raggiungere il 20% qualora siano presenti rilevanti condizioni morbose concomitanti. Nei pazienti ultraottantenni poi il rischio di complicanze postoperatorie supera il 70%, di cui circa il 40% di notevole gravità. In un recente passato la valvuloplastica aortica è stata l'unica alternativa alla sostituzione valvolare, tuttavia i risultati assai deludenti hanno portato l'AHA/ACC nelle loro linee guida del

2006 a limitare l'indicazione alla valvuloplastica ad intervento "bridge" alla sostituzione aortica valvolare in pazienti con quadro emodinamico instabile. Nel corso dell'ultimo decennio si sono rese disponibili due tecniche, l'una chirurgica l'altra percutanea, che rendono proponibile la sostituzione valvolare in pazienti ad elevato rischio per la chirurgia tradizionale. Sono attualmente in corso studi clinici per valutare l'efficacia e la affidabilità di queste due soluzioni tecniche. La sostituzione valvolare per via transapicale. La tecnica di impianto transapicale prevede un approccio attraverso un'incisione intercostale anterolaterale sinistra per esporre l'apice del ventricolo sinistro. Per puntura diretta dell'apice viene posizionato un introduttore emostatico nel ventricolo sinistro. La protesi valvolare, costituita da uno stent metallico in cui è inserita una protesi valvolare di pericardio equino, è montata su un pallone da valvuloplastica. La valvola protesica ed il catetere a pallone vengono fatti passare attraverso l'introduttore in ventricolo sinistro e il posizionamento nell'anulus aortico confermato da esame fluoroscopico ed ecocardiografia transesofagea. Durante il gonfiaggio del pallone viene eseguita una stimolazione rapida con un pace-maker temporaneo per ridurre la

Tabella - *Cardiochirurgia e cardiologia interventistica - quali novità?*

	Tecnica	Commento
INSUFFICIENZA MITRALICA	Riparazione valvolare anche "complessa".	Tecnica ampiamente validata, rischio di recidiva (10%) di insufficienza valvolare. Indicazione al trattamento della valvulopatia delle forme "ischemiche".
INSUFFICIENZA AORTICA	Tecniche riparative con o senza reimpianto delle arterie coronarie. Indicazioni al trattamento in casi selezionati di bicuspidia.	Accurata selezione dei pazienti con caratteristiche morfofunzionali ideali. Particolare attenzione nella bicuspidia per elevato grado di recidiva.
STENOSI AORTICA	Sostituzione valvolare per via transapicale e per via percutanea.	Tecniche da riservare a pazienti con rischio chirurgico "proibitivo" o con aorta a porcellana. Ancora incerti i risultati a medio-lungo termine.
PATOLOGIA DELL'AORTA TORACICA (DISSEZIONE B)	TEVAR	Indicazione nei pazienti con lesioni ad elevato rischio di rottura del vaso o con fissurazione già presente. Risultati ancora da consolidare.
TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE	Tecniche di ablazione a radiofrequenze monopolare o bipolare, con ultrasuoni o crioablazione.	Indicazione nei pazienti che debbano subire intervento cardiocirurgico e abbiano FA permanente o parossistica od elevato rischio di sviluppare FA. Buoni risultati a distanza, occorre maggiore collaborazione fra il centro di cardiocirurgia e le strutture periferiche.

portata cardiaca durante il posizionamento della valvola. In un recente studio su un numero limitato di pazienti, rifiutati per la chirurgia tradizionale per l'elevato rischio operatorio, l'area valvolare aortica è aumentata da $0.7 \pm 0.1 \text{ cm}^2$ a $1.8 \pm 0.8 \text{ cm}^2$. Non vi sono stati decessi periprocedurali. Ad un follow up di 87 ± 56 giorni 6/7 pazienti erano vivi ed in classe funzionale. La prima sostituzione aortica per via per cutanea è stata eseguita nel 2002 da Cribier e coll. Secondo le indicazioni della Society of Thoracic Surgery e della Society for Cardiovascular Angiography and Intervention la sostituzione valvolare per via percutanea è indicata in pazienti con alto rischio, ad esempio con Euroscore > 20. Nella sostituzione valvolare per via percutanea una protesi valvolare biologica "sutureless" è montata su un catetere a pallone che, una volta posizionato, viene disteso in modo da ottenere l'apertura della valvola protesica "sulla valvola nativa" e ancorata alla parete. Le protesi attualmente disponibili per l'impiego clinico sono la Edwards SAPIEN e la Cor Valve. Nella prima i lembi valvolari sono in pericardio bovino, nella seconda in pericardio porcino. Le valvole sono disponibili in misura da 20 a 27 mm. La tecnica si associa ad un non trascurabile rischio periprocedurale. Complicanze prevalentemente locali sono dovute alla necessità di utilizzare introduttori di 22-24 French. In caso di vasi femorali di piccolo calibro può esserne necessaria la preparazione chirurgica. In un recente studio canadese condotto su un gruppo di 18 pazienti di età media 81 anni e rischio chirurgico proibitivo la sostituzione valvolare è stata possibile in 14 pazienti consentendo un aumento dell'area valvolare media da $0.6 \pm 0.2 \text{ cm}^2$ a $1.8 \pm 0.4 \text{ cm}^2$. La sopravvivenza ad un follow-up di 75 giorni era dell'89%.

Per quanto riguarda la insufficienza aortica è sempre più frequente il riscontro di una patologia complessa con dilatazione della radice aortica, associata o meno a patologia della valvola stessa. La corretta valutazione morfofunzionale ha consentito di proporre interventi che hanno l'obiettivo di ottenere il risparmio della struttura valvolare ed un rimodellamento della radice aortica e dell'aorta ascendente. Pionieri di questa chirurgia quali Sir Magdy Yacoub e il Dr Tyrone David hanno proposto diverse soluzioni tecniche. Sebbene sia buona norma indicizzare la misura dell'aorta ascendente sulla superficie corporea, si ritiene che un diametro superiore a 4,5 cm sia una indicazione chirurgica nei pazienti affetti da sindrome di Marfan o con associata bicuspidia aortica, mentre negli altri pazienti le dimensioni dell'aorta devono superare i 5 cm per essere considerate a rischio.

Procedura di reimpianto valvolare aortico secondo Tyrone David

Questa procedura viene impiegata solo per la sostituzione della radice aortica e dell'aorta ascendente con risparmio della valvola aortica.

La valvola non viene sostituita ma reimpiantata all'interno del tubo protesico in Dacron, sul quale vengono reimpiantate le coronarie. Questa procedura è applicabile in pazienti con valvola aortica tricuspidale che presenti minima insufficienza. Può essere indicata anche nei pazienti con sindrome di Marfan purchè l'anulus aortico non sia eccessivamente dilatato. Negli anni successivi sono derivate dalla classica tecnica di Tyrone David alcune soluzioni tecniche che prevedono la rimozione del seno non coronarico ed il risparmio dei seni coronarici destro e sinistro per evitare il reimpianto delle coronarie.

Procedura di rimodellamento secondo Yacoub

La procedura di rimodellamento aortico proposta da Sir Magdy Yacoub utilizza una protesi modellata, a riprodurre una sorta di neo seni di Valsalva, per ricreare una nuova radice aortica di Dacron. Questo tipo di conformazione avrebbe l'obiettivo di ridurre le forze idrodinamiche e la conseguente deformazione della protesi con recidiva di insufficienza valvolare. I risultati della tecnica proposta da Yacoub sono molto variabili nei diversi centri e dati che riguardano alcune modificazioni tecniche alla procedura originale sono ancora in corso di valutazione. Le indicazioni sono le stesse proposte per l'intervento di David.

Homograft

Gli homograft aortici (radici aortiche con annessa struttura valvolare prelevate da cadavere, trattate e congelate) sono più resistenti alle infezioni delle protesi valvolari e vascolari e rappresentano attualmente il trattamento di scelta nel trattamento delle endocarditi complicate della valvola aortica. Svantaggi dell'impiego degli homograft sono la necessità di avere disponibilità di condotti di varie dimensioni, essendo la quantità disponibile dipendente da "donator" umani, e soprattutto la loro durata limitata nel tempo. Una reazione immunitaria può essere responsabile di una progressiva e grave calcificazione della radice aortica. Più lenta, ma non rara, è l'evoluzione della degenerazione dei lembi valvolari.

Trattamento della bicuspidia aortica

Una chirurgia riparativa viene sempre più spesso proposta anche per il trattamento della bicuspidia aortica con insufficienza aortica e lembi non alterati. L'obiettivo è quello di rimodellare la valvola e cercare di ritardare quanto più possibile la degenerazione anatomica e la necessità di sostituzione valvolare. In pazienti giovani quando viene interessato un unico lembo, spesso prolapsante, può essere possibile una riparazione durevole mentre nel 75% le valvole aortiche bicuspidi non possono essere riparate con una aspettativa superiore a 10 anni (comparabile alla aspettativa minima di durata di una protesi biologica).

PATOLOGIA DELL'AORTA DISCENDENTE

Riparazione endovascolare degli aneurismi dell'aorta toracica (TEVAR)

La riparazione endovascolare degli aneurismi dell'aorta toracica (TEVAR) è una tecnica di recente sviluppo per il trattamento dei pazienti con aneurismi e dissezione del tratto distale dell'arco aortico, dell'aorta toracica discendente e del tratto toraco-addominale. Questa tecnica, che necessita di un team multidisciplinare che include un cardiocirurgo e un gruppo di cardiologia e radiologia interventistica, consente nelle dissezioni di tipo B di "ricostruire" un lume aortico e di escludere "brecce" residue ed il rischio di rottura in cavità toracica. La mortalità correlata alla TEVAR del tratto toraco addominale dell'aorta è significativamente inferiore a quello della chirurgia tradizionale e, anche se la tecnica è di relativa recente introduzione, sono incoraggianti i risultati clinici.

TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Oltre il 50% dei pazienti che viene sottoposto ad interventi di chirurgia valvolare, in particolare mitralica, è in fibrillazione atriale e in meno del 5% la correzione del vizio valvolare porta ad un ripristino del ritmo sinusale. Inoltre in più del 15% dei pazienti in ritmo sinusale prima dell'intervento l'aritmia si manifesta nel periodo postoperatorio. La presenza di fibrillazione atriale, a parità di condizioni cliniche, condiziona gli esiti della correzione chirurgica con una più elevata incidenza di scompenso cardiaco ed una più elevata mortalità a 5 e 10 anni di follow-up. All'inizio degli anni 80 Cox e i suoi collaboratori hanno ideato una soluzione chirurgica che consiste nel creare una serie di incisioni nella parete atriale che, cicatrizzandosi, creano un isolamento elettrico che impedisce il formarsi dei circuiti di rientro e costringono l'impulso a seguire un percorso obbligato dal nodo del seno a nodo atrio ventricolare. L'attività elettrica spontanea che può innescare la fibrillazione atriale viene inviata verso percorsi ciechi, dove si esauriscono. Il risultato è la creazione di un labirinto (dall'inglese maze = labirinto) che ripristina il ritmo normale del battito cardiaco. Negli anni

successivi sono state individuate tecniche non chirurgiche, attualmente le più frequentemente impiegate le radiofrequenze e la crioblazione, che consentono di isolare elettricamente le vene polmonari e creare ulteriori linee di ablazione simili a quelle chirurgiche con una riduzione dei tempi operatori a meno di 15 minuti. La percentuale di successo riportata in letteratura varia in rapporto al tipo di patologia cardiaca associata alla fibrillazione atriale, alla durata dell'aritmia prima del trattamento, alle dimensioni delle cavità atriali ed infine alle metodiche impiegate per valutare la incidenza di recidive (valutazione clinica con conferma elettrocardiografica, monitoraggio Holter periodico, registrazione continua con sistemi impiantabili es Reveal). Qualora vengano presi in considerazione solo gli episodi sintomatici viene riportata una percentuale di successo variabile dal 60 al 90% per periodi di follow-up compresi fra 12 e 42 mesi. Il rischio di mortalità connesso direttamente con la procedura è inferiore all'1%. Particolare attenzione deve essere posta nell'immediato periodo post-operatorio. Il ripristino del ritmo alla dimissione ospedaliera è riportato in circa il 65-70% dei pazienti. Nei pazienti dimessi in fibrillazione atriale deve essere programmato un tentativo di cardioversione elettrica a 1 mese circa dall'intervento, dopo almeno 3 settimane di terapia anticoagulante in range terapeutico, anche se nel 20% dei pazienti il ripristino del ritmo avviene spontaneamente durante questo periodo. Oltre che in termini di morbilità e mortalità, il ripristino del ritmo sinusale nei pazienti sottoposti a chirurgia valvolare consente un miglioramento della qualità di vita, della tolleranza allo sforzo. Inoltre, dopo 3-6 mesi di ritmo sinusale stabile nei pazienti sottoposti a valvuloplastica mitralica o sostituzione valvolare con protesi biologica, si può abbandonare la terapia anticoagulante, con i rischi ad essa connessi, e sostituirla con la terapia antiaggregante. In questo caso al fine di ridurre al minimo il rischio embolico sarebbe auspicabile eseguire controlli ECG dinamici periodici per escludere eventuali episodi di fibrillazione atriale parossistica asintomatici.

TM



**BANCA
CR FIRENZE**



Il piacere e la ricompensa

Le persone aspirano al benessere e alla felicità e a non essere sopraffatte dalla sofferenza e dalla tristezza. Il piacere è un elemento indispensabile per la vita, infatti, la sopravvivenza del singolo e la conservazione della specie, sono garantite dai meccanismi cerebrali di gratificazione che presiedono al soddisfacimento degli istinti primari dell'uomo: la fame, la sete, il sesso e la cura della prole.

Il cibo, l'acqua e la copolazione rappresentano gli stimoli primari che attivano i circuiti neuronali del piacere e della gratificazione e l'esperienza dei loro effetti soggettivi costituisce un rinforzo positivo che facilita il comportamento orientato alla ricerca, al riconoscimento e alla successiva consumazione dello stimolo gratificante primario. Anche il sollievo che deriva dalla cessazione di stati di sofferenza come l'ansia, la paura, la frustrazione e il dolore, è avvertito come una sensazione di piacere.

Gli stimoli primari aumentano la trasmissione dei neuroni dopaminergici che, situati nell'area tegmentale ventrale mesencefalica, proiettano verso il nucleo *accumbens* e la corteccia prefrontale. Il "guscio" del nucleo *accumbens* è implicato nella genesi delle emozioni (benessere, sollievo, piacere, euforia, estasi), dell'umore e delle passioni ma anche nella motivazione e nei comportamenti correlati all'ottenimento di una ricompensa. Attraverso gli stretti rapporti che contrae con l'amigdala, il "guscio" del nucleo *accumbens* è implicato anche nella attivazione del ricordo degli effetti gratificanti degli stimoli primari dei quali sviluppa le proprietà congitivo-incentive.

La proprietà degli stimoli primari di attivare la trasmissione dopaminergica nel sistema limbico è suscettibile di rapida abitudine e viene ripristinata solo dopo un sufficiente periodo di mancata esposizione allo stimolo o da una condizione di deprivazione dello stesso. Gli effetti neurobiologici e comportamentali delle sostanze d'abuso sono del tutto simili a quelli indotti dagli stimoli primari dei quali costituiscono dei potentissimi surrogati per le loro spiccate proprietà gratificanti e congitivo-incentive. L'esperienza degli effetti delle sostanze d'abuso può rappresentare per l'uomo un fine primario dell'esistenza al pari se non superiore a quello procurato dagli stimoli naturali come il cibo, l'acqua e il sesso.

Le proprietà motivazionali e gratificanti delle droghe fanno sì che gli stimoli secondari o neutri di varia natura come un volto, un luogo o una situazione, associati ripetutamente agli effetti edonici delle sostanze d'abuso, possono diventare con il tempo capaci di per sé di scatenare un intenso desiderio della sostanza esattamente come avviene per gli stimoli

primari. Il *craving*, inteso come forte e inevitabile desiderio di assumere una sostanza o di soddisfare un bisogno, rappresenta, infatti, da un punto di vista neurobiologico, un costrutto psicologico comportamentale che attribuisce spiccate proprietà emotive e motivazionali a stimoli altrimenti neutri che li rendono capaci di condurre a comportamenti finalizzati alla loro acquisizione e consumazione.

CARLO MANFREDI

Medico di medicina generale

PIACERI E DESTINI

Le stesse droghe preferite dall'uomo piacciono anche agli animali da esperimento che, in opportune condizioni sperimentali, si auto-iniettano cocaina, alcol, nicotina ed eroina e ne diventano dipendenti.

Ad esempio, l'inserimento nella vena giugulare di un ratto di un catetere collegato a una siringa contenente cocaina attivabile attraverso la pressione di una leva fa sì che l'animale, dopo aver provato l'effetto della sostanza, impari ad autosomministrarsela. Questa esperienza lo induce a premere compulsivamente la leva migliaia di volte in poche ore e a trascurare ogni altra cosa inclusi il cibo, l'acqua, il sesso fino a morire di consunzione.

Un comportamento analogo a quello di chi non può fare a meno di assumere alcol, eroina, cocaina o altre droghe, anche se questo sarà fonte di sofferenza, malattie e morte.

La semplice visione della femmina in estro provoca nel ratto maschio un rilascio di dopamina nel sistema limbico, né più né meno di quanto accade quando l'animale si autosomministra la cocaina. Anche nei confronti dello stimolo sessuale la dopamina controlla non solo il desiderio appetitivo, ma anche il comportamento copulatorio (il corrispettivo del prendere compulsivamente la leva) che l'animale non è capace di interrompere, come l'uomo del resto, prima di raggiungere l'eiaculazione.

Sebbene le vie neuronali dopaminergiche svolgano una funzione ben più importante per la sopravvivenza dell'individuo e per la conservazione della specie, la cocaina, ad esempio, inganna i neuroni e fa aumentare la concentrazione di dopamina a livello del recettore più di quanto possano fare gli stimoli naturali. È così che la cocaina diventa l'esclusivo oggetto del desiderio.

Poiché i neuroni dopaminergici del sistema mesolimbico sono stimolati con meccanismi differenti e con variabile intensità anche dalla nicotina, dall'eroina, dall'alcol e dai cannabinoidi, la dopamina svolge un ruolo importante nel controllare il piacere, il desiderio irresistibile (*craving*) e la compulsione ad assumere queste droghe.

Dopo assunzione cronica di alcol, eroina o cocaina, la loro brusca sospensione produce una sindrome

me di astinenza con caratteristiche cliniche variabili a seconda della droga implicata, ma che presenta quali sintomi comuni la depressione, il malessere e l'anedonia. Il fatto che questi sintomi siano opposti a quelli prodotti dalla somministrazione acuta delle droghe suggerisce che essi possono essere dovuti a una ridotta funzione dopaminergica nel sistema mesolimbico. In effetti, è stato riscontrato che durante la crisi di astinenza da alcol, da cocaina, da eroina e da cannabis, i neuroni dopaminergici sono meno attivi e rilasciano una minore quantità di neurotrasmettitore nello spazio sinaptico.

RECETTORI E MOLECOLE CONDIVISI

I neuroni dispongono di ligandi endogeni capaci di scatenare l'ansia, il dolore, la fame, la sete, il desiderio, lo stato di veglia e il loro esatto contrario. Basti pensare, ad esempio, alle endorfine, una morfina o eroina endogena cerebrale, o all'anandamide, capace di legarsi ai recettori per gli endocannabinoidi, che rappresenta una marijuana cerebrale. Esistono farmaci che, mimando l'azione con specifici neurotrasmettitori, sono capaci di produrre uno stato di dolore o di analgesia, di generare ansia o di toglierla, di procurare il sonno o di indurre l'insonnia, di affamare o rendere sazi, di rendere aggressivi o docili, di provocare allucinazioni e deliri o di eliminarli, di dare amnesia o di migliorare la memoria.

La biologia molecolare ha permesso di identificare i geni che codificano i recettori di numerosi neurotrasmettitori, di conoscerne la struttura molecolare e di utilizzarla per mettere a punto nuovi farmaci più selettivi e potenti per trattare più efficacemente condizioni psichiatriche gravi come la depressione, la mania o la schizofrenia, ma anche per migliorare disturbi psichici minori. La novità è rappresentata dal fatto che si intravedono possibilità di intervento per le malattie metaboliche e per l'effetto di molti farmaci attivi sul sistema nervoso centrale la cui azione può essere rimodulata sulla base delle conoscenze derivate dalla delucidazione dell'impatto che essi presentano sui sistemi della ricompensa e della gratificazione. La leptina, ad esempio, prodotta dall'adipocita in risposta ad un aumento della massa grassa nel soggetto normopeso, ha un ruolo anoressigeno in quanto, agendo nell'area tegmentale ventrale mesencefalica, determina un aumento di dopamina nel nucleo *accumbens* e una conseguente riduzione del senso di fame e della ricerca smodata del cibo. Nel soggetto obeso si verifica invece una disregolazione della produzione di leptina che comporta una riduzione del livello di dopamina nel nucleo *accumbens*. Questa condizione induce un aumento del senso di fame che fa istintivamente scattare la ricerca del cibo la cui consumazione assicura un innalzamento dei tassi di dopamina nel sistema mesolimbico, un meccanismo di gratificazione e di ricompensa gravido di nefaste conseguenze metaboliche.

LA MALATTIA DEL PIACERE

Lo sviluppo della dipendenza consegue all'interazione fra la sostanza tossica e le modalità con le

quali viene assunta, l'individuo che la usa, considerato nella sua integrità di soma e psiche e l'ambiente socioculturale all'interno del quale avviene il contatto.

Tanto più le sostanze procurano un immediato senso di piacere o uno stato di franca euforia, di riduzione di sensazioni spiacevoli (ansia e tensione), di miglioramento della interazione sociale e del tono dell'umore, molto più facilmente saranno assunte nuovamente a breve scadenza e indurranno una perdita della capacità di controllo sull'uso della sostanza stessa.

I neuroni interessati dall'azione delle droghe di abuso fanno parte del sistema dopaminergico mesolimbico che svolge filogeneticamente l'importante funzione di rinforzo dei meccanismi di gratificazione collegati allo svolgimento di funzioni essenziali per la sopravvivenza del singolo e per la conservazione della specie come l'assunzione di cibo e di acqua, l'attività sessuale, l'affermazione di se stessi e il comportamento materno.

Le droghe attivano i neuroni bersaglio in modo più intensivo e diretto rispetto a quanto possa essere fatto dai più potenti stimoli naturali e si sostituiscono ad essi. Le droghe, a differenza degli stimoli naturali, non sono sottoposte a rapida abitudine e vanno incontro ad un'abnorme consolidazione dell'associazione fra effetti gratificanti e contesto nel quale acquistano proprietà incentivo-motivazionali. E' così che la droga diventa il vero oggetto del desiderio dato che l'effetto edonico che essa induce riveste il ruolo di una potente azione motivazionale di rinforzo positivo che inganna i neuroni e scatena l'irrefrenabile desiderio di riprovarne ancora gli effetti. Quindi la dipendenza prodotta dalla sostanza di abuso è in realtà una malattia della volontà che rende incapaci di resistere alla tentazione di utilizzarla ancora. Lo stato patologico si instaura progressivamente con l'uso continuato della sostanza in seguito ad una serie di fenomeni adattativi da parte del cervello che modificano il comportamento, inducono tolleranza e dipendenza sia fisica che psichica.

Un analogo meccanismo è alla base dei disturbi della motivazione caratterizzati da compulsione come il gioco d'azzardo patologico, il comportamento sessuale compulsivo e quello alimentare compulsivo.

CONCLUSIONI

La ricerca della felicità è un'esigenza esistenziale connaturata con l'uomo, ma l'uomo sa che non può resistere ad un eccesso di felicità e che non può vivere troppo a lungo in uno stato di grazia. La droga e i comportamenti compulsivi tendono a forzare questo dato psicobiologico e così facendo trascinano l'uomo in un vortice nel quale essi stessi diventano l'oggetto del desiderio. L'uomo viene reso schiavo e spinto lungo la china della sofferenza e del dolore, della consunzione e della malattia. Il piacere è dunque una irresistibile e gratificante aspirazione e tentazione per l'uomo, ma l'uomo deve saper distinguere fra la giusta ricompensa che si può aspettare e l'inganno che può portarlo alla perdizione. **TM**

Le cure palliative: quello che facciamo e quello che potremmo fare

Le Unità di Cure Palliative-Leniterapia sono una realtà ormai consolidata nell'Azienda Sanitaria Fiorentina.

Sono ormai vent'anni che l'UCC (come da sempre siamo chiamati dai colleghi) si prende cura di quelle persone malate, per lo più a causa di patologie oncologiche, poco meno di 1500 l'anno, alle quali, nelle fasi avanzate, esaurita la possibilità di cura per la guarigione della malattia, deve essere garantita in ogni caso qualità, dignità e valore al tempo che resta da vivere.

L'ASL Fiorentina è certamente una di quelle che più ha investito risorse ed energia in questo campo nel panorama italiano, ed è anche per questo che alcune associazioni no profit fiorentine, come la Fondazione Italiana di Leniterapia (FILE), il Comitato Autonomo Lotta ai Tumori del Chianti Fiorentino (CALCIT) e la Lega Tumori di Firenze, hanno deciso di collaborare con la struttura pubblica sostenendo e finanziando progetti ed attività d'assistenza, formazione e ricerca in questo ambito.

Questa esperienza originale di collaborazione fra pubblico e privato no profit, deve essere sempre meglio sviluppata e definita ma rappresenta certamente un importantissimo valore aggiunto a questo progetto, anche perché ripercorre modelli ormai consolidati nei paesi anglosassoni dove le cure palliative sono nate e si sono strutturate molto prima che da noi.

Le Cure Palliative domiciliari sono dunque una realtà ormai ben inserita nel panorama assistenziale dell'area fiorentina ed alcuni dati pubblicati su un'importante rivista internazionale mostrano come i pazienti presi in carico da queste Unità, abbiano molti meno ricoveri ospedalieri (-49%) e accessi al DEA (-25%) negli ultimi tre mesi di vita rispetto a quelli che non sono seguiti al domicilio; in conseguenza di ciò molte di queste persone possono restare a casa fino alla fine (oltre il 95%).

Le famiglie, per garantire la presenza costante di qualcuno accanto al proprio congiunto, devono riorganizzare la propria vita intorno alle esigenze

del malato, con gravi sacrifici economici o a scapito delle proprie attività lavorative, che sempre più sono preca-

rie e per questo, come una recente ricerca ben evidenzia, spesso alla malattia si associa la perdita del lavoro di qualche elemento del nucleo familiare che di solito è una donna.

Alcune persone, per la complessità clinica della loro patologia, o per le condizioni sociali e familiari o perché, informate e consapevoli della loro diagnosi e prognosi, preferiscono essere curati in una struttura protetta. Per queste situazioni sono stati concepiti gli Hospice, strutture dove possono essere accolti questi malati, con basso investimento tecnologico in ambienti che garantiscono il massimo comfort ambientale e relazionale, con personale motivato e formato, con un basso investimento tecnologico ma con un grande investimento umano.

Nella organizzazione della Azienda Fiorentina, le Unità di Cure Palliative-Leniterapia, fanno

PIERO MORINO

Responsabile UF Cure Palliative e della Rete Territoriale delle Cure Palliative della Asl 10, Firenze

Incremento del numero di hospice operativi negli ultimi anni

Hospice in Italia 2006, prima rilevazione ufficiale

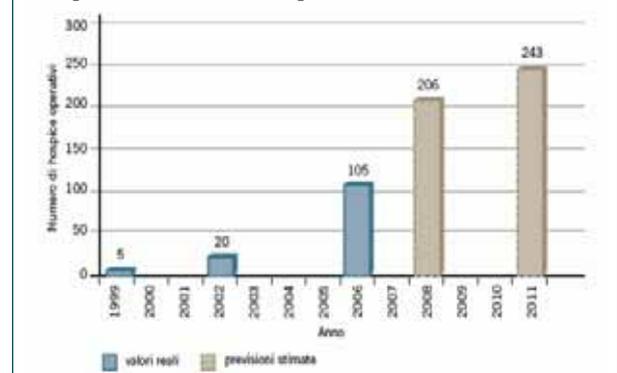


Figura 1

parte del Dipartimento Oncologico, sono individuate in tre Strutture Semplici, ognuna di queste ha un proprio Hospice di riferimento: per la Zona di Firenze, l'Hospice Convento delle Oblate in Piazza di Careggi 1, che ha iniziato la propria attività nel Maggio del 2008 per la Zona Sud Est quello di San Felice a Ema nell'ex Principessa di Piemonte, attivo dal 2009 e per la Zona Nord Ovest quello recentemente in funzione nell'ambito dell'ampliamento del PO del Nuovo San Giovanni di Dio.

Anche nel Mugello ormai da anni è attiva una Unità di Cure Palliative domiciliari, organizzata con criteri che tengono conto delle specificità logistiche e sociali di quel territorio.

Questa organizzazione risponde pienamente al pronunciamento del DDL sulle Cure Palliative e la Terapia del Dolore licenziata in ultima lettura dal Senato nel mese di gennaio us, che sarà dunque legge approvata in via definitiva in tempi brevissimi.

Gli Hospice sono dunque strutture residenziali di Cure Palliative che devono necessariamente far parte di una rete assistenziale organizzata nella quale l'assistenza domiciliare è il punto centrale; è dunque fondamentale l'integrazione, ma meglio ancora, la identificazione delle strutture residenziali e domiciliari di Cure Palliative, per garantire la continuità assistenziale e la possibilità per ogni malato, con la propria famiglia, di poter scegliere in ogni momento il setting assistenziale preferito.

Purtroppo questo modello, teoricamente ben definito ed in alcuni casi realizzato, è messo in discussione, come ben evidenziato dalla analisi fatta dalla Società Italiana di Cure Palliative in collaborazione con la Fondazione Floriani "Hospice in Italia 2006, prima rilevazione ufficiale", al

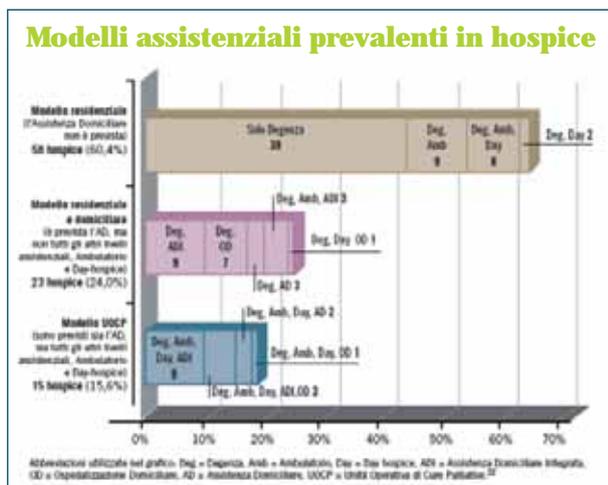


Figura 2

momento della attuazione pratica: grazie alla cosiddetta "legge Bindi" del 1999, che ha finanziato la realizzazione degli Hospice, si evidenzia come in tutta Italia sono di anno in anno aumentate queste strutture (Figura 1).

Se andiamo però ad analizzare i modelli organizzativi esistenti (Figura 2) essi appaiono eterogenei e raramente rispondenti al modello teorico precedentemente descritto.

In questa fase il rischio è quello di avere strutture Hospice slegate dall'assistenza domiciliare e quindi destinate a non svolgere il ruolo di eccellenza per cui sono state create, ma che possano semplicemente essere usate come una sorta di "scolmatore" per i pazienti cronici ricoverati nei reparti ospedalieri, o di accoglienza sociale per i pazienti del territorio.

La mancanza di un percorso formativo specifico in questa disciplina, ha fatto sì che anche la realizzazione dei servizi sia stata guidata dalla "fantasia organizzativa" e la gestione affidata a professionalità eterogenee.

La definizione di percorsi formativi è dunque a questo punto urgente e tali percorsi dovrebbero essere pensati su due livelli: uno di base per gli studenti e gli specializzandi della facoltà di Medicina e Chirurgia, ed uno di secondo livello per chi deciderà di svolgere la propria attività lavorativa in questo campo.

Un altro tema particolarmente attuale e, a mio parere, non più eludibile è quello dell'allargamento delle Cure Palliative alle patologie non oncologiche: anche in questa doverosa prospettiva, sarebbe necessario partire dalla formazione di base, estesa a tutte le specialità mediche che abbiano a che fare con patologie croniche progressive; se infatti andiamo ad esaminare le differenti traiettorie di terminalità per le diverse patologie croniche (Figura 3), è evidente che il modello at-

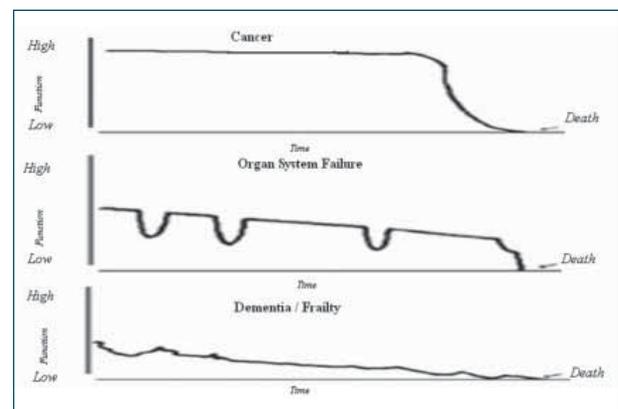


Figura 3

tuale, costruito sulla terminalità oncologica, della presa in carico globale del paziente da parte di un'équipe dedicata, appare difficilmente applicabile per le altre patologie.

Le differenze più evidenti riguardano la variabilità del tempo e quindi la difficoltà di individuare il momento in cui le Cure Palliative devono prendere il sopravvento su quelle dedicate alla patologia specifica, ed il livello della qualità di vita del malato che appare compromesso per molto tempo nella traiettoria della demenza, od ogni volta che si presenta uno scompenso nelle patologie croniche d'organo.

Quindi l'approccio palliativo deve essere presente ad ogni stadio della patologia cronica progressiva, mentre il team specialistico si attiva per problemi più complessi (ad esempio persistenza >15gg/dolore altri sintomi), non solo con la presa in carico diretta ma eventualmente attraverso consulenze, aggiornamento e con la possibilità di essere il riferimento per la formazione di base.

La specifica applicazione delle cure palliative nelle ultime fasi della vita (*End of life care*) è rappresentata dalla decisione, presa in équipe, di

non usare trattamenti che prolungano la sopravvivenza (trasfusioni, nutrizione parenterale, idratazione), **a seguito di eventi clinici o di evoluzione nell'atteggiamento del paziente di fronte al morire**. Anch'essa può essere di base o specialistica e non deve limitarsi solo all'eventuale sospensione dei trattamenti sproporzionati in atto, ma deve individuare nuovi obiettivi di cura incentrati completamente sulla qualità di vita e del morire.

Dunque una formazione "palliativa" di base per il medico di famiglia e per gli specialisti coinvolti nell'assistenza di questi malati, per garantire un controllo ottimale dei sintomi fin dalle fasi precoci ma soprattutto per instaurare una "relazione terapeutica" efficace che consenta ad ogni paziente di essere informato sugli obiettivi delle terapie, così che il malato ed il curante possano arrivare alla *pianificazione anticipata delle cure*.

Il successo e la rilevanza delle Cure Palliative nel futuro, saranno giudicati non solo dal numero di team di specialisti che si attiveranno, ma soprattutto dalla capacità di questi di influenzare le cure offerte a tutti i pazienti, a prescindere dalla diagnosi e dal luogo di cura. **TM**

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

COMMISSIONE ODONTOIATRI - il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45 - CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI
 sito Internet dell'Ordine
 AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - 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

Giornata Regionale della donazione di sangue

19 giugno 2010

Lil 14 giugno si celebra a livello mondiale la Giornata della donazione di sangue; tutte le nazioni organizzano in tale occasione una serie di eventi collegati a questo tema.

SIMONA CARLI

Centro Regionale Sangue, Regione Toscana

Parco delle Cascine di Tavola, a Montecatini presso il Salone storico delle Terme Excelsior, quest'anno si terrà a Firenze con il Patrocinio del Comune di Firenze in Palazzo Vecchio, nel Salone dei Cinquecento.

La Regione Toscana tutti gli anni celebra quest'avvenimento con una serie di iniziative organizzate a livello locale dalle varie Aziende Sanitarie e soprattutto a livello regionale con un evento scientifico dedicato al Sistema Trasfusionale toscano e alla valorizzazione della donazione di sangue anonima, gratuita, volontaria e consapevole.

L'Assessorato alla Salute della Regione Toscana, tramite il Centro Regionale Sangue ed in collaborazione con le Associazioni di Volontariato AVIS, FRATRES, ANPAS e CRI, ha stabilito di organizzare la Giornata Regionale della donazione di sangue il sabato successivo al 14 giugno in sedi diverse di anno in anno ed ha scelto di usufruire di spazi istituzionali che diano il senso della vicinanza degli Enti Locali al mondo della donazione e ai donatori stessi.

Negli ultimi anni la Giornata della donazione è stata organizzata in luoghi messi a disposizione dalle Amministrazioni Comunali, a Castiglioncello presso il Castello Pasquini, a Grosseto presso il Centro Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile di Rispeccia, a Prato nel

La Giornata si articola in un convegno scientifico dalle ore 9 alle ore 13 con la presenza di relatori nazionali ed internazionali sul tema "Nuovi bisogni, quali risposte?" affrontando il tema di come il sistema trasfusionale toscano possa organizzarsi o riorganizzarsi per affrontare la sfida dell'autosufficienza regionale alla luce dei nuovi, crescenti bisogni legati alla sempre più rapida evoluzione sia in termini quantitativi che qualitativi della sanità regionale.

L'iniziativa assume un particolare valore, che va oltre i confini della Toscana, a causa dell'aumento dei bisogni legati all'elevato valore della nostra sanità che riesce a coniugare appropriatezza, efficacia ed efficienza, attirando proprio per questo un alto numero di pazienti da fuori regione.

La Giornata avrà anche lo scopo di valorizzare e ringraziare tutti gli operatori del sistema trasfusionale, ma soprattutto i donatori e le loro Associazioni di Volontariato che con il loro gesto anonimo, gratuito, periodico e consapevole permettono l'ottimale funzionamento del sistema sanitario toscano.

Giornata regionale della donazione del sangue

“Nuovi bisogni: Quali risposte?”

10 giugno 2010

Salone dei Cinquecento - Palazzo Vecchio

- ORE 9.00** Registrazione partecipanti
- ORE 9.30** Saluto Autorità: Presidente Giunta Regionale,
Sindaco di Firenze
- ORE 10.00** **Simona Carli** Direttore Centro Regionale Sangue Toscana
“ATTIVITÀ 2009 E NUOVI SCENARI IN TOSCANA”
- ORE 10.20** **Giuliano Grazzini** Direttore Centro Nazionale Sangue
“IL QUADRO NAZIONALE E INTERNAZIONALE”
- ORE 10.40** **Jacques Chiaroni** Direttore Dipartimento Francese
“L'ESPERIENZA FRANCESE PER LA COSTRUZIONE DI UN SISTEMA
TRASFUSIONALE ORIENTATO AL DONATORE”
- ORE 11.00** **Niels Mikkelsen** Presidente FIODS - Federazione
“IL VOLONTARIATO DEL SANGUE IN EUROPA: CRITICITÀ E PROPOSTE”
- ORE 11.15** **TAVOLA ROTONDA**
- Moderatore: **Vincenzo De Angelis**
Direttore CRS Friuli Venezia Giulia*
- Gian Franco Gensini**
Preside Facoltà di Medicina Università degli Studi di Firenze
- Vinicio Biagi**
Direttore Generale Assessorato Diritto alla Salute Regione Toscana
- Fabrizio Scatena**
Direttore SIMT Azienda Ospedaliera - Universitaria Pisa
- Giuseppe di Pietro**
Direttore SIMT ASL 10 Firenze
- Luigi Marroni**
Direttore Generale ASL 10 Firenze
- Luigi Cardini**
in Rappresentanza delle Associazioni di Volontariato del sangue
- ORE 12.30** Dibattito
- ORE 13.00** Conclusioni **Daniela Scaramuccia**
Assessore al Diritto alla Salute Regione Toscana.

GIORNATA REGIONALE DELLA DONAZIONE DEL SANGUE NUOVI BISOGNI: QUALI RISPOSTE?

SALONE DEI CINQUECENTO,
PALAZZO VECCHIO

FIRENZE
19 GIUGNO 2010



blucomunicazione.com

Per motivi organizzativi
è obbligatoria la conferma della presenza:
email: crs@regione.toscana.it - tel.: 055 4383401 / 055 4383498

L'Organizzazione Toscana Trapianti

Introduzione

Lo sviluppo delle attività di trapianto di organi, tessuti e cellule cui si è assistito nel corso degli ultimi anni nel nostro Paese – e che vede l'Italia occupare una posizione di rilievo in ambito europeo con 21 donatori per milione di popolazione (pmp) nell'anno 2008 – ha richiesto l'introduzione e l'adeguamento di strumenti legislativi, normativi ed organizzativi alle necessità dei pazienti, degli operatori sanitari e del mutato contesto sociale. La legge quadro n. 91 del 1° aprile 1999 che ha disciplinato le attività di donazione e trapianto, fissando i principi, le priorità e modalità operative della rete trapiantologica nazionale, è intervenuta a colmare le carenze legislative perduranti da alcuni decenni, consentendo all'Italia di dotarsi di un quadro normativo all'altezza dell'articolata complessità delle attività cliniche di donazione e trapianto. Prendendo spunto dalle innovazioni realizzate in Spagna nel settore della donazione e trapianto, riconoscendo il valore delle realtà operative già costituite e presenti sul territorio nazionale, la legge n. 91/99 ha ufficialmente istituito un sistema di coordinamento delle attività nazionali di donazione e trapianto di organi e tessuti composto da quattro livelli e rappresentati, rispettivamente, dal Centro Nazionale Trapianti (CNT), dai Centri Interregionali di Riferimento (CIR), dai Centri Regionali per i Trapianti (CRT), e dai Coordinamenti Locali, a carattere aziendale od interaziendale.

Parallelamente ai cambiamenti introdotti e sanciti dalla legge n. 91/1999, lo scenario organizzativo socio-sanitario italiano si è andato modificando in maniera sostanziale, segnando il nascere e crescere di una coscienza civica, amministrativa e fiscale regionale, oltre che nazionale. In virtù delle modifiche apportate al titolo V della Costituzione italiana nel 2000, la tutela della salute e l'organizzazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria sono stati devoluti in maniera concorrente alle Regioni, affidando a queste ultime il compito di adottare al loro interno il modello organizzativo più adeguato alla realtà regionale e alle necessità della popolazione di assistiti. In tale mutato scenario legislativo e sociale ogni Regione è stata

investita della responsabilità di trovare al proprio interno le risorse e le soluzioni organizzative più appropriate per conseguire il riassetto, l'integrazione e lo sviluppo delle attività sanitarie, ivi comprese quelle di donazione e trapianto.

In Toscana, a seguito della crescita trapianto-

logica prodottasi a seguito delle Azioni Programmate dei Piani Sanitari Regionali varati dal 1996 al 2002, il riassetto organizzativo ha condotto nel 2003 all'istituzione di una struttura di governo clinico regionale interamente dedicata alla donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule: l'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) (art. 43, L.R. 15/2005). L'impatto diretto dell'Organizzazione Toscana Trapianti è stato quello di tramutare le eccellenze cliniche regionali in un efficace ed efficiente sistema di donazione e trapianto, di integrare le professionalità sanitarie e amministrative in modo coerente e coeso, con l'obiettivo di fornire al cittadino risposte assistenziali adeguate alle sue esigenze di salute e attente ai moderni dettami della qualità e della sicurezza. Tale impegno è alla base dell'incremento delle attività di donazione e trapianto registrate nella nostra Regione negli ultimi anni, e che vede la Toscana non solo al vertice della classifica nazionale, bensì in vantaggio rispetto alle regioni e alle nazioni più virtuose a livello europeo e mondiale.

Qui di seguito descriviamo le attività regionali di donazione e trapianto realizzate in Toscana nel decennio 1999-2008, con lo scopo di illustrare i principi che hanno guidato lo sviluppo realizzati in Toscana; il progresso conseguito in termini quantitativi e qualitativi; la metodologia scientifica che è stata impiegata per la riorganizzazione regionale che ha condotto all'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti; le azioni di governo clinico intraprese e discutere del ruolo che un modello di governance regionale riveste nello sviluppo qualitativo e quantitativo delle attività di donazione e trapianto.

Analisi e metodologia

Nel 2009 abbiamo condotto un'analisi retrospettiva delle attività regionali di donazione e trapianto del decennio 1999-2008, ivi incluso il

FRANCO FILIPPONI

*Direttore Dipartimento Regionale Inter-Area-Vasta
Trapianti Regione Toscana*

periodo dell'istituzione dell'OTT (29 luglio 2003). L'intero periodo osservazionale è quindi suddiviso in due fasi quinquennali: pre-Organizzazione Toscana Trapianti (1999-2003) (fase 1) e post-Organizzazione Toscana Trapianti (2004-2008) (fase 2). Ai fini di meglio comprendere i momenti che hanno contraddistinto il percorso regionale della donazione e trapianto, è opportuno ricordare che la prima Azione Programmata Donazione-Trapianto (APDT) sancita dal Piano Sanitario Regionale (PSR) è stata varata per il triennio 1996-1998 e reiterata nel PSR 1999-2001 e in quello 2002-2004, ed era basata sull'esigenza di istituire una riorganizzazione della rete regionale della donazione e trapianto con obiettivi di sistema.

Ai fini del presente lavoro l'analisi è stata condotta sulla base dei dati ufficiali dell'attività OTT, delle reportistiche dell'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana, del Centro Regionale Trapianti della Toscana (CRT), del Centro Interregionale di Riferimento (CIR) dell'Associazione InterRegionale Trapianti (AIRT), cui la Toscana aderisce, e del Centro Nazionale Trapianti (CNT).

Gli obiettivi primari della presente indagine retrospettiva sono stati: verificare l'impatto dell'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti sul sistema regionale di donazione e trapianto, mediante analisi comparativa dei dati pre e post-Organizzazione Toscana Trapianti, in termini di attività di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule; illustrare la metodologia scientifica impiegata nella valutazione del contesto socio-sanitario precedente l'Organizzazione Toscana Trapianti e descrivere i principi e la metodologia operativa che hanno guidato l'azione di riorganizzazione e sviluppo promossa dall'Organizzazione Toscana Trapianti. Gli obiettivi secondari sono rappresentati dall'analisi delle criticità inerenti il sistema trapianti regionale precedente l'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti, la valutazione delle soluzioni normative ed organizzative impiegate e la descrizione delle priorità organizzative tuttora esistenti. Di ognuno dei periodi presi in considerazione abbiamo analizzato: il livello donativo regionale, in termini di donatori segnalati, donatori effettivi (che abbiano dato esito a procedura chirurgica di donazione di organi o tessuti), e donatori utilizzati (che abbiano dato esito a trapianto di almeno un organo); il numero di centri trapianto regionali; il numero ed il tipo di programmi trapianto regionali; l'attività trapianto per centro e per tipologia di organo; le attività legislative e normative intraprese in ambito regionale ed aventi quale oggetto il settore donazione-trapianto; la crescita del livello donativo per anno di osservazione, espressa come il

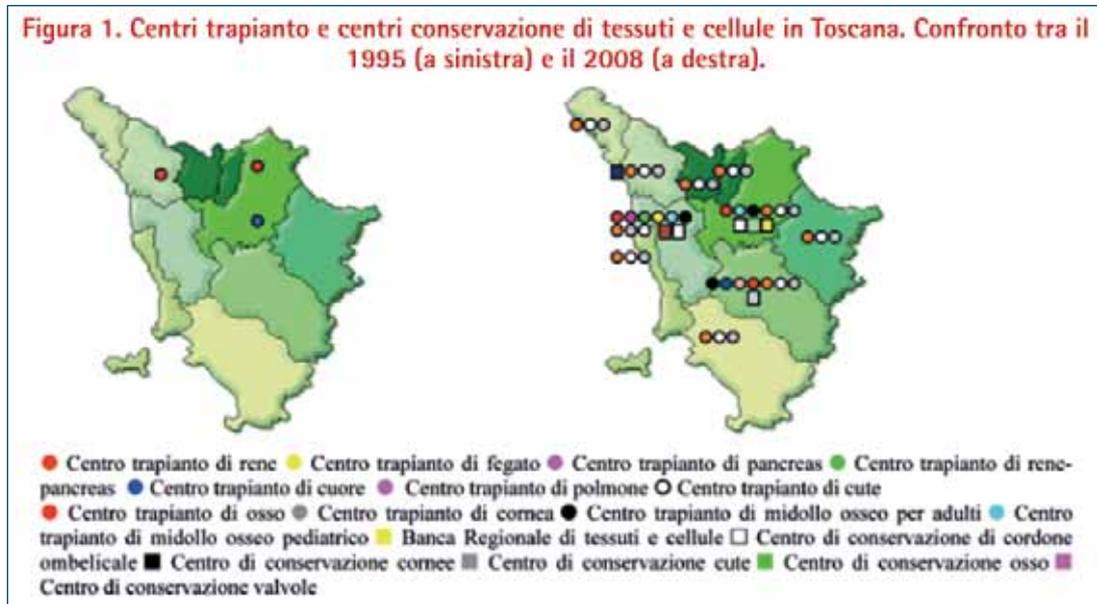
rapporto tra la differenza dei donatori alla fine ed i donatori all'inizio del periodo osservazionale e la lunghezza del periodo osservazionale e la crescita dell'attività trapiantologica per anno di osservazione, espressa come il rapporto tra la differenza del numero di trapianti effettuati alla fine ed all'inizio del periodo osservazionale e la lunghezza del periodo osservazionale.

I valori sono riferiti in termini assoluti e per milione di popolazione (pmp), ove indicato. Per i dati relativi alla popolazione, ci siamo riferiti alla rilevazione demografica ISTAT del 31 dicembre 2007 e che abbiamo esteso a tutta la durata del periodo osservazionale. A tale data, la Regione Toscana faceva rilevare 3.497.806 abitanti.

La metodologia di base impiegata per la valutazione del contesto operativo socio-sanitario precedente l'istituzione dell'OTT, e che ha condotto al riassetto organizzativo regionale, è consistita nell'analisi SWOT. Introdotta a partire dagli anni Ottanta e recentemente impiegata per la valutazione degli aspetti organizzativi e finanziari del sistema sanitario nazionale danese, essa consiste nell'analisi del contesto operativo mediante l'identificazione dei punti forti (strengths, S), di quelli deboli (weaknesses, W), delle opportunità di cambiamento (opportunities, O) e delle minacce (threats, T) derivanti dal perdurare delle condizioni oggetto di studio. Nella valutazione delle opportunità di cambiamento, le strutture di governo regionale hanno adottato la metodologia del quality improvement (QI) descritta da Carey e Lloyd nel 2001. Tale metodologia, che riconosce come proprio obiettivo il controllo globale o total quality management (TQM) della qualità operativa di un sistema, si propone di identificare le opportunità di miglioramento di un processo di cura standardizzato (standardized healthcare process, SHCP) (fase 1); di identificarne le caratteristiche chiave di qualità (key quality characteristics, KQCs) (fase 2), che rappresentano i parametri principali da controllare e monitorare; di identificare le variabili chiave di qualità (key quality variables, KQVs), ossia i fattori in grado di influenzare le KQCs e la cui modifica può agire sulle KQCs (fase 3); di misurare ed analizzare le KQVs (fase 4); di programmare una modifica delle KQVs e valutare l'impatto dell'azione programmata sulle KQCs (fase 5); e disegnare, infine, una strategia operativa di QI che comprenda le azioni di cambiamento emerse (fase 6).

Risultati della prima fase della riorganizzazione di sistema

La Figura 1 confronta il numero e il tipo di centri trapianto e di conservazione di tessuti e cellule presenti in Toscana nel corso del periodo osserva-



zionale (1999-2008). La Tabella 1 illustra l'attività regionale di donazione da cadavere nel periodo compreso tra il 1999 ed il 2008, ripartita in donatori segnalati, effettivi ed utilizzati, ove i dati sono disponibili, mentre la Tabella 2 illustra l'attività trapianto suddivisa per organo e per anno di osservazione nel periodo oggetto di studio. L'analisi qualitativa condotta prima dell'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti aveva evidenziato quali punti di forza del sistema regionale l'incremento dei livelli donativi registrato dopo l'avvio delle Azioni Programmatiche Donazione-Trapianto a partire dal 1996, con particolare riferimento all'anno 1999; la messa in opera dei principi sanciti dalla legge 91/1999 e l'attuazione di un sistema donativo incentrato sui Coordinamenti Locali alla donazione delle Aziende Sanitarie regionali; l'esistenza di una rete organizzativa regionale in grado di sostenere lo sviluppo trapiantologico necessario e basata sul raggruppamento funzionale delle Aziende Sanitarie nei tre Consorzi di Area Vasta; la vocazione trapiantologica regionale, testimoniata dall'esistenza di centri trapianto di rene, fegato, cuore, pancreas e polmone ed espressa nei tre poli di eccellenza sanitaria, rappresentati dalle Aziende Ospedaliere Universitarie di Pisa, Siena e Firenze, ove si coagulavano competenze multidisciplinari ospedaliere ed universitarie; l'esistenza di UU.OO. di Immunoematologia di rilievo regionale e nazionale, localizzate presso le Aziende Ospedaliere Pisana e di Careggi, in grado di sostenere lo sviluppo del sistema trapiantologico regionale, un'attiva organizzazione per il reperimento di tessuti e l'operatività di sei Centri di Conservazione di tessuti e cellule, tutti a valenza nazionale. Le debolezze pur presenti nel sistema toscano con-

sistevano in livelli donativi ancora insufficienti a soddisfare il fabbisogno trapiantologico regionale; livelli di attività di trapianto ancora inadeguati in alcuni settori; la mancanza di percorsi assistenziali regionali per i pazienti candidati e per quelli sottoposti a trapianto; la mancanza di programmi di accreditamento del processo di donazione e trapianto a garanzia della sicurezza del paziente e della qualità del livello assistenziale erogato; la carente attenzione a programmi di miglioramento qualitativo delle attività di donazione e trapianto; il basso livello di efficienza del raccordo operativo tra le Aziende Sanitarie regionali nell'espletamento delle attività di donazione e trapianto, pur in presenza dei suddetti Consorzi di Area Vasta; la necessità di rendere sempre più operativi in ambito trapiantologico i principi di equità e di sussidiarietà su cui è fondato il sistema sanitario regionale; la necessità di monitoraggio del rapporto costo-efficacia delle attività regionali di trapianto; la necessità di elaborazione di programmi di sviluppo sostenibile, che tenessero conto delle risorse disponibili e del fabbisogno esistente in ambito regionale; la necessità di sviluppare i programmi di donazione e trapianto di tessuti; la necessità di sviluppare programmi di trapianto di cellule, inclusa la medicina rigenerativa, in modo coerente e congruo con le risorse disponibili. Le opportunità di miglioramento del sistema regionale sono state identificate nell'istituzione di una struttura regionale di governo clinico che presiedesse alla riorganizzazione e allo sviluppo di sistema delle attività di donazione e trapianti; nel miglioramento degli standard di sicurezza del paziente e delle prestazioni erogate in ambito donazione-trapianto e nell'identificazione di programmi di ricerca cli-

nicamente orientati e basati sui criteri dell'innovazione, trasferibilità del risultato in pratica assistenziale e sostenibilità.

Le minacce risultanti dal mancato adempimento di tali obiettivi sarebbero consistite in un crollo dei livelli donativi e delle attività di trapianto, con il conseguente mancato soddisfacimento delle esigenze della popolazione di assistiti; la migrazione extra-regionale dei pazienti e le ricadute economiche sull'intero sistema regionale; il crollo dei livelli qualitativi e degli standard di sicurezza, a fronte di un incremento delle complessità organizzative poste dallo sviluppo prevedibile delle attività di trapianto e l'esclusione della popolazione di pazienti regionali dalle potenzialità terapeutiche di programmi innovativi, quali quello della medicina rigenerativa.

L'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti è stata immediatamente accompagnata da un incremento dei livelli donativi regionali, che hanno raggiunto nel 2004 63 donatori segnalati pmp; 36,3 donatori effettivi pmp e 31,2 donatori utilizzati pmp (Tab. 1). Successivamente, si è assistito ad un consolidamento di tali valori, con un'attività di segnalazione di donatori nel 2008 pari a 75,2 pmp nel 2008 (valore massimo del periodo osservazionale 78,6 pmp nel 2007); 40,6 donatori effettivi pmp (valore massimo 42,3 pmp nel 2006) e 32,6 donatori utilizzati pmp (valore massimo 37,5 pmp nel 2006) (Tab. 1). L'attività di trapianto di organi a livello regionale ha fatto registrare un mantenimento costante dei valori per tutta la durata del periodo osservazionale, con una media di 134,6 trapianti di rene/anno; 18,8 trapianti di cuore/anno; 88,7 trapianti di fegato/anno; 29,1 trapianti pancreas isolatorene pancreas/anno e 7 trapianti di polmone/anno. La media dei trapianti di organi solidi eseguiti in Regione Toscana durante il periodo osservazionale è stata di 273,9/anno, pari a 78,2 trapianti pmp (Tab. 2).

Considerazioni e prospettive

Nel contesto della moderna pratica clinica la trapiantologia occupa una posizione di tutto rilievo, in virtù dell'elevato livello organizzativo, tecnico e scientifico richiesto nell'espletamento

routinario delle proprie attività. Tale è la complessità del sistema donazione-trapianto, che la progettazione di soluzioni organizzative richiede un'attenta analisi del contesto operativo vigente, una profonda conoscenza delle problematiche di settore ed un'adeguata competenza tecnico-amministrativa. Quanto è stato fatto fino ad oggi è stato possibile grazie all'eccellente competenza e collaborazione degli Operatori Sanitari della Toscana, all'interazione con l'Ordine Professionale dei Medici, con le Associazioni di Volontariato, e all'armoniosa collaborazione con tutti gli elementi che costituiscono il Governo Clinico della Regione Toscana, permettendo un fattivo rapporto con i vertici delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere-Universitarie regionali. In tal senso, disegnare un sistema trapiantologico significa progettare l'architettura della moderna assistenza sanitaria, avvalendosi in maniera trasversale delle competenze multidisciplinari di professionisti sanitari, tecnici, amministrativi e di interlocutori sociali.

L'organizzazione del microsistema donazione-trapianto è espressione della maturità del macrosistema sanitario, sia regionale che nazionale, e rappresenta il contesto operativo in cui si confrontano le criticità organizzative più salienti della moderna assistenza sanitaria.

Il principio base che ha guidato la riorganizzazione dell'Organizzazione Toscana Trapianti è stato quello di operare un programma qualitativo globale del sistema donazione-trapianto, in accordo con la disciplina del total quality management (TQM). Essa postula di intervenire sulla totalità del sistema produttivo e di programmare azioni globali di miglioramento, piuttosto che operare con misure sporadiche sui settori o sulle sole attività che sembrano deviare dalla norma. Il TQM raccomanda di intervenire con cambiamenti strutturali che interessino la globalità di un sistema produttivo al fine di migliorarne la qualità in tutte le sue componenti. Tale principio operativo assunto dalla Regione Toscana nella riorganizzazione della rete donazione-trapianto è apparso coerente con la complessità del sistema e l'interdipendenza esistente tra i suoi elementi costitutivi, nonché con le istanze di qualità espresse

Tabella 1. Donazione da cadavere per milione di popolazione in Toscana per anno dal 1999 al 2008.

Donatori	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Media (± DS)
Segnalati	48.7	45.8	54.4	45.5	54.1	63	53.7	74.6	78.6	75.2	59.3 ± 12.6
Effettivi *	-	-	-	26.9	30.3	36.3	31.7	42.3	41.7	40.6	35.6 ± 6.1
Utilizzati	27.2	22.1	25.5	23.5	24.9	31.2	29.4	37.5	34.6	32.6	28.8 ± 5

* Dato disponibile dal 2002

dall'utenza pubblica.

Esiste, infatti, una pressione costante da parte dell'opinione pubblica e dei singoli cittadini per la crescita di qualità dei servizi vitali o di pubblica rilevanza, per i quali l'utente non può esercitare direttamente azioni di selezione. Tale pressione ha determinato nella nostra Regione un'azione regolatoria di programmazione e indirizzo che ha portato a una vera e propria riprogettazione del sistema di donazione e trapianto, orientandola ai principi della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia e appropriatezza clinica. Un ulteriore stimolo all'applicazione di una metodologia TQM alla riorganizzazione dei sistemi sanitari trapiantologici deriva dalla complessità stessa della trapiantologia, che rende impossibile controllare tutti i fattori che contribuiscono alla qualità del servizio, se non con metodi e tecniche di gestione che assicurino un approccio di sistema, globale ed integrato, che sia in grado di soddisfare esigenze molteplici e spesso diversificate.

Per raggiungere tali obiettivi, rispondere alle esigenze di sicurezza e qualità espresse implicitamente od esplicitamente dall'utenza, abbiamo adottato un modello di gestione del sistema trapianti assai nuovo rispetto a quanto attualmente presente sul territorio nazionale.

Tale modello d'impresa ha assunto la qualità come fattore strategico, proponendosi il miglioramento continuo di tutti gli elementi del sistema, assicurando flessibilità e rapidità di risposta ai cambiamenti dettati dall'ambiente esterno e dallo sviluppo del patrimonio tecnico-scientifico, mediante la capacità di progettare a lungo termine obiettivi di eccellenza. In tal senso, i risultati conseguiti dall'Organizzazione Toscana Trapianti non sono consistiti semplicemente in un incremento dei livelli donativi regionali, ma nella diffusione

di una coscienza trapiantologica regionale presso gli operatori sanitari, gli interlocutori sociali e l'utenza pubblica. Tale coscienza trapiantologica trova espressione nell'azione regolatoria regionale svolta dall'Organizzazione Toscana Trapianti e rappresenta un esempio – unico nel panorama nazionale – di raccordo efficiente ed efficace tra gli amministratori, i legislatori e gli operatori socio-sanitari. L'intensa attività compiuta dall'Organizzazione Toscana Trapianti sin dalla sua istituzione ha interessato tutti i settori del sistema donazione-trapianto, dall'individuazione del fabbisogno di trapianto presso le strutture territoriali di I e II livello, alla gestione dei percorsi assistenziali ed al reintegro sociale del paziente trapiantato. A tale scopo, la mappatura pre-OTT del contesto organizzativo regionale mediante la metodica SWOT si è rivelata uno strumento assai efficace nell'indirizzare tale azione, sulla scorta dei punti deboli emersi dall'analisi stessa e delle minacce risultanti dal perdurare del sistema preesistente.

In conclusione, l'esperienza della Regione Toscana dimostra il valore aggiunto di un sistema di governo clinico nella organizzazione e controllo qualitativo della rete della donazione e trapianto. I risultati fino ad oggi conseguiti, in termini di incremento dei livelli donativi, crescita del volume e della tipologia di trapianti, e – soprattutto – in termini di diffusione di una coscienza trapiantologica, permettono di guardare con ottimismo alle sfide future: ossia, assicurare la sostenibilità delle attività di donazione e trapianto mediante un sapiente utilizzo delle risorse donative, strutturali, professionali ed economiche a disposizione, nell'ottica di garantire un costante incremento degli standard di qualità e di sicurezza.

Tabella 2. Attività trapianto in Toscana per organo e per anno dal 1993 al 2008. Le cifre tra parentesi indicano i valori per milione di popolazione (per milione di popolazione).

Trapianto	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Media (± DS)
Rene	144	131	126	104	129	163	154	153	131	111	134.6 ± 18.9
Cuore	32	23	19	17	16	18	13	16	18	16	18.8 ± 5.3
Fegato	97	71	67	65	79	99	90	119	95	105	88.7 ± 17.7
Pancreas *	-	1	35	37	39	49	31	32	23	15	29.1 ± 14.2
Polmone	-	-	2	2	3	6	11	11	12	9	7 ± 4.2
Totale	273	226	249	225	266	335	299	331	279	256	273.9 ± 38.4

* Incluso il pancreas isolato ed il rene-pancreas.

Identità, metodo ed obiettivi dello psicologo in terapia intensiva

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Le Unità di Rianimazione e Terapia Intensiva accolgono quotidianamente in regime di urgenza pazienti affetti da patologie acute che espongono alla compromissione delle funzioni vitali e ad un conseguente imminente pericolo di vita.

I medici rianimatori e l'intera équipe si trovano così a dover predisporre nel minor tempo possibile le cure più efficaci per quel paziente in quel preciso momento.

Il contesto intensivistico si conclama, dunque, come luogo sensibilmente critico per la numerosità e la complessità delle procedure, per la determinante componente decisionale e per una spiccata ed intensa circolarità relazionale.

Poiché gli eventi e le relative patologie che "conducono" un paziente in T.I. implicano frequentemente un'importante compromissione della sua lucidità se non addirittura della coscienza, il rapporto curanti-paziente si assimila in un considerevole numero di casi ad una relazione traslata verso i familiari del paziente.

Per questi motivi i *caregivers* nel periodo di permanenza in reparto non assumono esclusivamente un ruolo affettivo, bensì assolvono a molteplici funzioni inerenti il processo relazionale con gli operatori. Le relazioni tra operatori e familiari riguardano, dunque, le condizioni cliniche del paziente ed i processi decisionali ad esse correlate, così come la scansione degli spazi e dei tempi nelle varie fasi di permanenza in reparto.

RIFERIMENTI LETTERARI

Da una ricerca multicentrica condotta presso 21 reparti di T.I. sul territorio francese emerge come la permanenza dei familiari in reparto rappresenti per loro un evento potenzialmente stressogeno, che può dare adito a patologie assimilabili ad un Disturbo Post Traumatico da Stress.

Nel campione esaminato (284 familiari intervistati) la sintomatologia specifica per il suddetto disturbo d'ansia è stata riscontrata nel 33,1% dei casi.

Tale riferimento non vuole avere un valore diagnostico, bensì costituire una prima indicazione sulla necessità di predisporre dei percorsi comunicativi "ritagliati" su un processo di valutazione mirata dei bisogni di chi si trova ad assistere una persona che improvvisamente non è più in grado di esprimere la propria volontà rispetto alle cure ed alla propria qualità di vita.

Ricevere rassicurazioni, rimanere vicino al paziente ed essere informati sono le richieste più frequentemente espresse dai familiari ed uno studio svolto su 10 reparti di T.I. nell'area di Seattle ha messo in evidenza proprio come il livello di soddisfazione dichiarato risultasse più alto nei parenti dei pazienti deceduti piuttosto che in quelli sopravvissuti.

Su 983 famiglie contattate 539 hanno restituito il questionario inviato, di cui il 58,4% apparteneva a familiari che avevano perso il proprio caro, mentre solo il 51,6% proveniva dai familiari dei pazienti sopravvissuti. L'incidenza statistica riportata potrebbe essere letta non soltanto in funzione del "fattore tempo", quanto ad una differente concezione del "principio di cura".

Analoghe conclusioni emergono dai risultati dello studio svolto presso il Dartmouth - Hitchcock Medical Center sulla percezione dei familiari delle cure prestate al paziente. Ecco che aspetti, quali il coinvolgimento nelle decisioni intraprese e le modalità con le quali sono state assunte, ricoprono un ruolo significativo nel determinare i vissuti dei familiari.

Poiché le principali società scientifiche mondiali valutano la qualità dell'assistenza in T.I. in base a parametri oggettivi (grado di sicurezza rispetto ai trattamenti), ma anche a criteri soggettivi (centralità del paziente nel processo di cura) potrebbe essere utile riflettere sui processi che possono promuovere un metodo di lavoro che preveda una calibrazione sistematica del livello delle cure prestate.

A. RAFFAELE DE GAUDIO*, PAOLA INNOCENTI**, IACOPO LANINI°, CHIARA LAZZARINI°°

* Direttore Struttura Operativa Dipartimentale Complessa di Anestesiologia e Rianimazione AOU Careggi Firenze

** Direttore UOC Neuroranimazione Careggi Firenze

° Psicologo - Firenze

°° Psicologo - Firenze

ANALISI CONTESTUALE

In quest'ottica assumono particolare rilevanza gli aspetti comunicativi; ecco che la presenza dello psicologo in T.I. anziché assumere l'identità di "curante" per pazienti e familiari e di "diagnosta" a disposizione dei colleghi, dovrebbe individuare le proprie funzioni in quelle di un elemento capace di affiancare medici ed infermieri nella pianificazione delle attività interpersonali ed interprofessionali.

Lo psicologo, dunque, come *presenza a disposizione*, sensibile nel cogliere, precisa nel condividere in équipe criticità, risorse e limiti di ogni singola esperienza, nei suoi percorsi comunicativi, così come nell'evolversi dei processi decisionali correlati.

Una figura utilizzabile tanto nell'accogliere e filtrare le esternazioni dei familiari, quanto nell'affiancare i colleghi nel modulare le informazioni sullo stato di salute del paziente, che non sempre così agilmente si traducono in una piena comprensione da parte di chi ascolta.

Lasciamo, dunque, spazio ai vissuti di isolamento, impotenza e paura riferiti dai familiari nelle varie fasi di permanenza del loro caro in T.I., nelle quali ben si descrivono le difficoltà relative al *sopportare* ed essere *sopportati* in un simile momento di vita.

La presenza in reparto di un *facilitatore* pronto a dare ascolto a chi lo richieda ridefinirebbe così spazi, ruoli e funzioni di ogni singolo profilo professionale, nell'intento comune di aiutare le persone assistite nell'accettazione di ciò che per sua natura è inatteso ed inconcepibile.

Risulta, infatti, comprensibilmente difficile individuare all'interno di un contesto ad elevata intensità assistenziale e relazionale come quello della T.I. un *riferimento sistematico* che possa esplicitare la fase attuale del percorso di cura in funzione del progetto assistenziale descritto per quel paziente.

L'acquisizione di un metodo di lavoro orientato sui compiti e sugli obiettivi potrebbe favorire l'implementazione di un maggiore senso di appartenenza rispetto al luogo di lavoro ed alle azioni intraprese.

Ciò si rivelerebbe parallelamente proporzionato

per quelle T.I. che a tutt'oggi mantengono un regime di accesso condizionato (dove la delimitazione degli spazi e dei tempi rimangono variabili determinanti nell'incontro tra familiari, pazienti ed operatori), così come per quelle "a porte aperte" (dove sentimenti ed esternazioni emotive hanno accesso preferenziale alla quotidianità del reparto).

QUALI RISPOSTE PER QUALI BISOGNI?

Ma quali iniziative potrebbero concretamente essere introdotte all'interno della programmazione quotidiana delle attività di una T.I. per migliorarne il suo funzionamento?

Ogni singola realtà assistenziale è per definizione caratterizzata da una propria storia, da una collocazione geografico-culturale, così come dagli elementi umani che la compongono.

D'altra parte è possibile riflettere su alcuni tratti comuni così come su certi *comportamenti* da implementare nel lavoro quotidiano in direzione del miglior livello di preparazione in risposta ad esigenze sempre nuove.

È necessario, quindi, *organizzare spazi d'incontro* dell'intero team, all'interno dei quali far emergere le criticità ed i limiti fisiologici propri del contesto; si definiscono, dunque, obiettivi primari l'adozione e la verifica dell'efficacia di strumenti in grado di individuare gli errori potenziali, così come quelli già accaduti.

All'interno di un simile processo di indagine viene introdotto un nuovo concetto di *errore*, che pur mantenendo la sua valenza etimologica, integra nuovi aspetti alla propria natura sostanziale, risultando non più esclusivamente riconducibile all'ambito strettamente clinico-operativo, bensì ulteriormente correlato alle azioni intraprese rispetto alla dimensione relazionale tra operatori -paziente-famiglia.

Il processo di umanizzazione delle cure già da tempo è avviato; la sua affermazione ed una progressiva implementazione saranno proporzionate al livello di consapevolezza che un'adeguata comprensione e strutturazione delle attività svolte corrispondono alle cure concretamente fornite alle persone assistite.

TM

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

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

B.D.A. Computer & Software

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

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

La chemioterapia nella fase terminale della malattia oncologica polmonare

Lil 28 gennaio passato ho partecipato al Seminario di studi "Alla fine della vita" organizzato dalla Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana e presieduto da Alfredo Zuppiroli. Tra le relazioni, tutte di notevole interesse, ha sollevato notevole discussione quella di Cesare Cislighi, Dirigente Sezioni Monitoraggio Spesa Sanitaria e LEA-AGENAS Roma. Cislighi ha riferito in merito ai dati di mortalità della Toscana negli anni 2001-2005 e ha concluso soffermandosi sui costi sanitari per i soggetti deceduti che si aggirano sui € 10.000 annui; in particolare la spesa per l'ultimo anno di vita è pari a circa 5-10 volte la spesa per la quota capitaria e questa spesa è ancora maggiore per i soggetti deceduti a causa di un tumore.

Dai dati forniti dal Registro Tumori della Regione Toscana sappiamo che elevata è la percentuale di soggetti di età inferiore a 75 anni deceduti nel 2004 per neoplasia polmonare che sono stati sottoposti a trattamento chemioterapico nell'ultimo mese di vita (24.2% per la Regione Toscana con esclusione dell'ASL 8 e 28.9% per l'Area Vasta Centro); anche per i soggetti con età superiore o uguale a 75 anni la percentuale non è indifferente (6.5%). Questo dato colpisce anche per il fatto che le attuali linee guida sul trattamento delle neoplasie polmonari non a piccole cellule ci dicono che il vantaggio della chemioterapia, anche se di prima linea, è veramente scarso per i soggetti con Performance Status >1, quale probabilmente è quello dei soggetti che vengono a morte entro un mese dall'inizio della terapia. Il comportamento degli oncologi toscani si allinea con quello dei colleghi d'oltre oceano; nello studio del 2006 di J.R. Murillo e J. Koeller sul comportamento degli oncologi di comunità del Texas, la percentuale di 181 soggetti sottoposti a chemioterapia per neoplasia polmonare nell'ultimo mese di vita saliva addirittura al 43% e nel 32% si trattava di chemioterapia di 3^a, 4^a e 5^a linea. Va considerato a questo proposito il fatto che il costo dei soli farmaci chemioterapici generalmente utilizzati in 1^a linea che comprendono un derivato del Platino è contenuto (circa € 110,00/ciclo ad esempio per l'associazione Carboplatino + Paclitaxel), ma che il costo lievita a € 1.000,00-3.000,00/ciclo per i farmaci utilizzati generalmente in 2^a e 3^a linea. Al costo dei farmaci si aggiunge ovviamente anche il

costo della loro somministrazione, premedicazione, monitoraggio, delle terapie di supporto e delle terapie per gli eventi avversi.

Perché è così difficile sospendere il trattamento attivo per una neoplasia ad alta letalità quale quella polmonare quando il trattamento di 1^a linea

risulta inefficace? È difficile rispondere a questa domanda; sicuramente giocano fattori diversi: la difficoltà del medico di darsi per vinto, la richiesta dell'ammalato spesso non informato realmente sulla prognosi della propria malattia (l'attuale sopravvivenza della neoplasia polmonare non supera il 13%), la pressione di nuovi farmaci quali ad esempio gli antirecettori sui quali molto spingono le industrie farmaceutiche, anche perché gravati da minor effetti collaterali rispetto ai chemioterapici tradizionali, ma con un costo ancora più elevato rispetto a questi ultimi e con minor possibilità di una loro risposta. Penso però che il motivo principale che spieghi l'insistenza di un trattamento oncologico anche nella fase finale della malattia neoplastica, sia quello della difficoltà e dell'impreparazione del medico di parlare con franchezza con l'ammalato, di dire in pratica la "verità". Il ebraico la parola verità si traduce "emét" che è composta di tre lettere "alef", "mem", "tau" cioè la prima lettera dell'alfabeto ebraico, la lettera di mezzo e l'ultima lettera ad indicare "il tutto"; o si dice "tutto" o non si dice la "verità".

Il medico dovrebbe sempre ricordare le parole di Jerry L. Old "When a patient knows death is near; it is a time of tremendous personal growth. Helping patients during this journey can be one of the most rewarding things physicians do in medicine. It requires becoming comfortable with our own mortality and removing barriers between ourselves and our patients. Physicians who practice end-of-life care know it is OK to become attached to their patients and to feel the human emotions they feel". Cerchiamo di imparare ad accompagnare in questo viaggio i nostri malati!

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: lopespaegnaa@aou-careggi.toscana.it

TM

ANDREA LOPES PEGNA

Direttore SOD Pneumologia 1, AOU Careggi, Firenze

La depressione come malattia cronica e il medico di famiglia

Corlito definisce la depressione come un *continuum* di situazioni psicopatologiche che pone da un lato le depressioni reattive e dall'altro le depressioni endogene, descrive perfettamente lo scenario che si prospetta di fronte al medico di medicina generale. Lo spettro di situazioni che si incontra nel setting della medicina generale è infatti estremamente vasto e sfumato: sono moltissimi i casi di grande disagio esistenziale difficilmente inquadrabile in una vera diagnosi di depressione. D'altra parte sono anche molti i pazienti in cui il disturbo psichico è strettamente associato ad una malattia "organica". Dati recenti dimostrano che la causa che più frequentemente determina la prescrizione di un antidepressivo è proprio la presenza di patologie internistiche come patologie cardiovascolari croniche o neoplasie. Pertanto è comprensibile quanto possa essere difficoltosa la diagnosi e la gestione dei disturbi psichici nella medicina generale.

Il problema della sottodiagnosi della depressione in questo tipo di setting è infatti un problema complesso. Le classificazioni nosografiche più conosciute, se valide per il setting specialistico, trovano difficile applicazione nel contesto della medicina generale. Il medico di medicina generale è quindi in qualche modo privo di criteri diagnostici di riferimento oltre che, spesso, di una formazione specifica. È probabile che questi motivi, accanto al marketing aggressivo degli ultimi anni ed al cambiamento profondo degli orientamenti psichiatrici, siano la causa principale dell'uso massiccio che è stato fatto degli antidepressivi nella medicina generale: in Italia il consumo di antidepressivi dal 1998 al 2001 è aumentato del 60% e la Toscana è risultata nel Rapporto Osmmed del 2008 la regione con il più alto consumo di antidepressivi nel territorio. Riguardo l'appropriatezza di questo tipo di prescrizioni, nello studio sopracitato è emerso che ben il 54.4% dei pazienti trattati con antidepressivi nella medicina generale riceve il trattamento per indicazioni non francamente psichiatriche. È ben noto inoltre che, come per molte altre terapie farmacologiche croniche, anche gli antidepressivi vengono con una certa frequenza assunti per tempi insufficienti e, spesso, in dosi insufficienti.

Quindi se da un lato è vero che a molti pazienti non vengono diagnosticati e adeguatamente trattati i disturbi psichici di cui sono affetti, dall'altro molte prescrizioni per trattamenti con antidepressivi non

rispettano i criteri di appropriatezza richiesti. Ancora una volta va però rimarcato che tutti i termini di riferimento per l'appropriatezza (diagnosi, durata della terapia, dose del farmaco) sono derivati da una vasta letteratura prodotta in ambiente specialistico su pazienti con le caratteristiche molto particolari tipiche dei trial clinici. Sappiamo bene che la ca-

sistica di un medico di medicina generale è ben diversa da queste casistiche ed è quindi molto dubbia la trasferibilità nella pratica non specialistica dei risultati di questi studi. Zimmerman M. e coll (2002) scrivono che su 346 pazienti seguiti in un ambulatorio psichiatrico per depressione non più del 15% rientrava nei criteri di inclusione previsti nella maggior parte dei RCT pubblicati sull'argomento: oltre l'85% dei pazienti del servizio sarebbe stato escluso. Uno dei principali motivi di esclusione era la scarsa gravità del quadro: questo rende i risultati di questi studi ancora più lontani dalla realtà della medicina generale.

Appare dunque evidente che nell'ambito della medicina generale ci sia una sorta di svuotamento di significato della parola depressione, che viene spesso utilizzata come riferimento diagnostico anche per le situazioni di vita che, seppur dolorose, sono parafisiologiche e che non richiederebbero l'intervento specialistico tanto meno dovrebbero richiedere un trattamento farmacologico. Il medico di medicina generale potrebbe proprio in queste situazioni avere un ruolo chiave nella diagnosi precoce nonché differenziale e, seguendo le linee guida prodotte dal NICE, occuparsi di quei casi definiti lievi o di recente insorgenza per i quali non si prevede l'intervento dello psicoterapeuta. Del resto già Balint in "Six minutes for the doctors" aveva elaborato forme di *psicoterapia* breve applicabili al setting della medicina generale.

Attualmente però, se si eccettuano casi di medici con particolare interesse e con formazione specifica sull'argomento (e questo non è raro, a conferma dell'importanza del disturbo psichico nella pratica della medicina generale), è improbabile che il medico di medicina generale possa fornire un servizio psicoterapico ai propri assistiti. Il Chronic Care Model, considerando quindi il disturbo depressivo alla stregua di ogni altra malattia cronica (ne ha infatti tutte le caratteristiche), offre molti elementi di risoluzione: si può infatti pensare ad una sorta di rielaborazione dell'idea di Balint per approfondire l'analisi dei casi sospetti e stabilire l'iter terapeutico con

ALESSANDRO BUSSOTTI*,
VALENTINA ZANOBINI**

* Medico di medicina generale Asl 10 Firenze, Agenzia Continuità Assistenziale, AOU Careggi

** Medico generale, Firenze

il paziente stesso. Questo aspetto diagnostico e l'indicazione al trattamento farmacologico sono l'ambito di azione del medico di medicina generale. I casi dubbi o complessi devono ovviamente essere inviati alla consulenza specialistica, ma sappiamo bene che l'invio allo specialista psichiatra non è equivalente alla richiesta di una qualsiasi altra visita specialistica: il disturbo psichico viene ancora purtroppo vissuto da molti come un marchio sociale difficile da sopportare. In quest'ottica lo schema del Collaborative Care potrebbe essere uno strumento fondamentale per facilitare l'accesso allo specialista anche in termini di lista d'attesa (il progetto del Depression Report viene da un paese come l'Inghilterra, dove per una visita psichiatrica ci possono volere anche 9 mesi).

Il *team*, costituito in questo caso da medico di medicina generale, specialista, infermiere, psicologo, è la base del trattamento delle malattie croniche: tutta da dimostrare resta ovviamente la compatibilità economica di una psicoterapia eseguita su un numero così alto di pazienti. Gli inglesi, che hanno un sistema sanitario molto simile al nostro e che hanno, come la Regione Toscana, scelto il Chronic Care Model come quadro di riferimento, sostengono l'economicità di un approccio psicoterapico breve in questo tipo di pazienti.

Un altro strumento fondamentale è costituito dall'elaborazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi da tutti i componenti del team, in modo da delineare i ruoli e le competenze all'interno del sistema delle cure primarie e nei confronti delle cure specialistiche nell'ambito di un programma di formazione specifica. In questo campo i disturbi psichici potrebbero rappresentare un buon modello, estensibile anche agli altri settori della medicina, dell'approccio tipico delle cure primarie. Infatti una medicina sempre più tecnologica, in cui la diagnosi tende ad identificarsi con l'esame strumentale e la terapia col farmaco, tende a perdere la visione di insieme e a concentrarsi su quello che è stato definito l'approccio *verticale* alla malattia: molto intensivo e di breve durata. Tutto questo è il modello corretto delle cure specialistiche ed ospedaliere. Il team delle cure primarie, invece, deve basarsi sulla presa in carico, su un modello di cure *orizzontale*, poco intensivo ma di lunga durata, molto basato sulla integrazione, sulla clinica, sul colloquio col paziente e sulla relazione con paziente e familiari. Probabilmente è proprio grazie a questo modello che la medicina generale può arrivare a proporsi come il centro della presa in carico del paziente con problemi psichici, collaborando efficacemente con i colleghi psichiatri e agendo da *trait d'union* fra quest'ultima e il cittadino. **TM**

Il burnout del medico: una proposta di cura

*È difficile rimanere imperatore in presenza di un medico;
difficile anche conservare la propria essenza umana;
l'occhio del medico non vede in me che un aggregato di umori,
povero amalgama di linfa e di sangue.*

Publio Elio Traiano Adriano (76-138) all'amico Marco Aurelio

Tempi ormai lontani, quelli dell'Impero Romano, quando dalla penna di Adriano uscivano queste parole, immagine sintetica di quel paternalismo medico che ancora per una ventina di secoli ha caratterizzato il rapporto medico-paziente. L'epigrafe ci offre lo spunto anche per un'altra considerazione. Marguerite Yourcenar immagina infatti che già allora l'attenzione del medico fosse tutta per gli aspetti oggettivi, biologici, e che la dimensione *umana* restasse sullo sfondo. Ed ai tempi di oggi?

Le conquiste della scienza e della tecnica ci offrono un ventaglio straordinariamente più ricco di quello che ha avuto a disposizione non solo Ermogene, cui era demandata la cura dell'idropisia di cuore dell'imperatore, ma anche un qualunque medico che

abbia esercitato la professione fino alla metà del secolo scorso. Di conseguenza, le occasioni per il malato di vivere più a lungo e meglio sono sempre più consistenti. L'altra faccia della medaglia sta nell'interposizione della tecnologia tra terapeuta ed ammalato, con il rischio sempre più concreto che la qualità della relazione esistenziale s'impoverisca. Già oltre un secolo fa Murri ci metteva in guardia dal progressivo allontanamento del medico dal suo paziente, simboleggiato dal fatto che, se prima si auscultavano i polmoni ponendo l'orecchio direttamente sulla cute, poi ce ne eravamo allontanati di qualche centimetro con lo stetoscopio di Laennec, poi ancor più con il fonendoscopio... Che dire dell'oggi, quando si rischia di ridurre il rapporto alla sola lettura delle immagini della TC?

Sullo sfondo di questo riduzionismo biologico e

ALFREDO ZUPPIROLI

Presidente Commissione di Bioetica, Regione Toscana

tecnologico si è fatto progressivamente strada il linguaggio dei diritti, soprattutto nel mondo occidentale ed a partire dalla fine del Settecento, con una decisa accelerazione solo dopo la seconda guerra mondiale. Oggi l'autonomia dei cittadini costituisce un principio fermo ed irrinunciabile, ed è un dato di fatto il progressivo riconoscimento dei loro diritti anche nel campo delle decisioni che riguardano la salute. Il paziente è divenuto sempre più esigente e la società è sempre meno disposta ad atteggiamenti di deferenza aprioristica verso la nostra professione. Quest'ultima, a sua volta, da una parte si deve confrontare con un tumultuoso susseguirsi di dati e di informazioni che spesso sono l'esatto contrario della conoscenza e della sapienza, e dall'altra è costretta a frequentare campi che le erano tradizionalmente estranei (due esempi per tutti, quello gestionale e quello economico-finanziario). Nessuna meraviglia che in questo contesto aumenti l'incidenza di una nuova *malattia professionale*: la sindrome da *burnout*.

Quali rimedi possiamo immaginare? Come per tante patologie, anche in questo caso si devono trovare gli strumenti per la cura e per la guarigione a partire da dentro di noi, aumentando le proprie difese fisiologiche ed evitando certi meccanismi di risposta che possono diventare patologici (così come accade per le malattie autoimmuni). Di fronte ai fattori stressogeni che abbiamo appena visto e che colpiscono una delicatissima professione d'aiuto quale la nostra, la risposta non può che partire da noi stessi. Cerchiamo dunque di capire chi siamo, noi medici, noi clinici, a partire dalle radici etimologiche. *Med-*, da cui il greco *medomai*, cioè pensare, riflettere, capire ma anche *med-iare*, dunque stare in mezzo tra il malato e la sua malattia. Ancora un verbo greco: *klinomai*, cioè ri-piegarsi sul malato. Riflettere e ri-piegarsi sul malato: vogliamo continuare a sterili lamentazioni sulla progressiva erosione sociale del ruolo del medico, sui tanti, troppi attori che invadono campi che ritenevamo esclusivi della nostra professione, o possiamo renderci conto che la Cura è sempre più un fatto complesso, che richiede certa abilità e competenze tecniche ma anche la disponibilità da parte nostra a percorrere strade che finora ritenevamo a noi estranee? È tempo di smettere di inseguire nostalgicamente il tempo che fu, quando ci potevamo cullare nelle comode e rassicuranti braccia del paternalismo, ormai socialmente inaccettabile ed inaccettato.

E dove andiamo a trovare i rimedi per curare il nostro *burnout*? È molto semplice: li abbiamo anche dentro di noi, sono i doveri che abbiamo nell'esercizio della professione, scritti nel nostro Codice Deontologico. Si veda, come esempio, l'articolo 6: "*Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure*". In

questo articolo ogni parola ha un peso enorme: vi si trovano i principi dell'efficacia e dell'efficienza delle cure, della loro appropriatezza, ma anche un cogente richiamo a rispettare i valori dei pazienti, i loro diritti, di fronte ai quali l'etica tradizionale medica deve fare un passo indietro. Ed è sorprendentemente forte il taglio *politico* del secondo comma di questo articolo, con il richiamo all'impegno civile del medico. Non basta più dunque il sapere ed il saper fare in campo clinico, è nostro dovere anche farsi parte attiva nella società perché i diritti dei cittadini, tra i quali quello alla salute, trovino pieno riconoscimento. La lotta alle disuguaglianze di salute, purtroppo presenti anche in un sistema sanitario come il nostro, che da oltre trent'anni si ispira ai concetti di equità ed universalità, è dunque un nostro preciso dovere professionale, tanto quanto quello di curare il singolo ammalato.

Ecco che allora il *burnout* possiamo curarlo ritrovando in noi stimoli professionali forse dimenticati. Per sentirci realizzati nel nostro lavoro rivediamo la nostra immagine di «aiutanti»; abbandoniamo la presunzione di essere guaritori onnipotenti e recuperiamo la nostra dimensione di «guaritori feriti». Potremo curare le ferite dell'altro da noi solo riconoscendo e curando le nostre, ammettendo le *perdite* che nel cammino della storia la nostra professione ha subito, ma anche recuperando tante ricchezze mai conosciute o forse dimenticate, ridando senso e significato al nostro lavorare quotidiano. Dunque, riflettere e ripiegarsi sul malato ma anche sulla società, prendersene cura a partire da uno dei principi base dell'etica della cura: il far del bene all'altro non può che partire da un proprio equilibrio. Quale miglior cura di se stessi, se non quella di rafforzare il nostro impegno a strutturare la relazione con il malato secondo linee nuove e creative? Sappiamo che una delle modalità terapeutiche del *burnout* è quella di invitare chi ne soffre a cercarsi interessi *fuori* dal lavoro. Se noi medici conviviamo con tante fonti di stress, possiamo però trovare nella nostra professione anche nuove opportunità di cura e di guarigione. Ancora ci viene in soccorso il nostro Codice Deontologico, con l'articolo 5: "*Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva*".

Non trascuriamoci, come spesso facciamo noi medici di fronte a tanti disturbi! Abbiamo due farmaci un po' particolari: due articoli, il 5 ed il 6, del nostro Codice Deontologico, che ci richiamano ai nostri doveri "civili". Non si tratta di una prescrizione *off label*, ma di una straordinaria occasione per prenderci cura di noi e del nostro *burnout*. Sta a noi riconoscerla e non perderla. **TM**

Importanza della storia familiare nella pratica clinica

INTRODUZIONE

L'importanza della storia familiare nella pratica clinica deve oggi esser messa a confronto con i grandi progressi della ricerca genetica e la possibilità che la conoscenza della completa sequenza genomica, piuttosto che dati ambientali o familiari, rappresenti la guida principale alla medicina personalizzata. Ci vorranno tuttavia molti anni prima di poter comprendere completamente il ruolo degli specifici fattori genetici e la loro interazione con i fattori ambientali nella salute e nella malattia. Come sottolineato da autorevoli studi e recenti iniziative (vedi riquadro) fino a quel momento è opportuno integrare i dati genotipici con una accurata storia familiare per suggerire al meglio una cura individualizzata.

Di seguito vengono riportati alcuni concetti e considerazioni sul ruolo della familiarità nelle malattie cardiovascolari.

Negli Stati Uniti è stato inaugurato nel 2004 il National Family History Day; sponsorizzato dal NIH; in quella occasione è stato lanciato un programma Web (www.hhs.gov/familyhistory), per permettere alla popolazione di raccogliere, organizzare e mantenere i dati in modo sicuro sui personal computer personali. Il programma, continuamente aggiornato, ha il duplice scopo di sensibilizzare ed aiutare le famiglie nella raccolta dei dati, uniformarli e ridurre il tempo di raccolta dei dati da parte dei medici di famiglia o di altre istituzioni. Nell'agosto 2009, organizzato dall'NIH di Bethesda si è svolto un convegno pluridisciplinare, dal titolo "Family History and Improving Health" che ha nuovamente sottolineato l'importanza della storia familiare nel modificare gli stili di vita, aumentare la responsabilità individuale verso la malattia e favorire gli interventi terapeutici.

LA STORIA FAMILIARE NEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

La raccolta dei dati familiari da parte del medico dimostra un'attenzione a tutto ciò che circonda il paziente, ma richiede tempo ed un uso adeguato

della terminologia per evitare incomprensioni. È necessario infatti sottolineare il diverso significato di alcuni termini, quali ad esempio ereditario e familiare che nel linguaggio corrente vengono talora usati in modo intercambiabile. Questa intercambiabilità non è priva di conseguenze poiché viene di solito attribuito al concetto di ereditario una impossibilità a modificare la situazione esistente, mentre il concetto di familiare è in realtà ampio e comprensivo di malattie non solo ad etiologia ereditaria, ma anche ambientale e multifattoriale, dovuta cioè ad interazioni complesse tra varianti genetiche multiple e fattori di rischio ambientali, modificabili con gli stili di vita (Tabella 1). È inoltre molto importante assicurare il paziente che i dati ottenuti con la storia familiare, siano essi di natura clinica o genetica, dovranno sottostare ad una rigorosa tutela della privacy.

ALBERTO DOLARA

Agenzia Regionale Sanità, Regione Toscana

LA STORIA FAMILIARE NELLE MALATTIE RARE...

Nelle malattie relativamente infrequenti con eredità Mendeliana (secondaria ad alterazioni dei geni) la storia familiare è stata a lungo considerata, ed a ragione, d'importanza fondamentale per valutare l'aumento di rischio dei pazienti. Per esempio l'approccio ad un paziente nel quale viene per la prima volta riscontrata una ipertensione arteriosa cambia radicalmente se la sua storia familiare rivela la presenza di una malattia autosomica dominante relativamente comune rappresentata dal rene policistico. In questi casi è utile la consulenza di un genetista che raccolga una storia di almeno tre generazioni, indichi la necessità di eventuali test di laboratorio o clinici e determini il rischio per i non affetti e per la prole.

... E NELLE MALATTIE COMUNI

La maggior parte delle malattie più frequenti, incluse quelle cardiovascolari, viene ritenuta di etiologia multifattoriale: in questi casi l'identificazione dei geni alterati è difficile o impossibile. L'accertamento di una storia familiare positiva

può comunque indicare l'opportunità d'interventi atti a ridurre o eliminare fattori di rischio, incluse la dieta e gli stili di vita, proporre la ricerca di dati di laboratorio positivi per disordini del metabolismo ed individuare eventuali interventi terapeutici. Per le cardiopatie coronariche per es. la storia familiare deve essere considerata positiva se la cardiopatia (infarto miocardio acuto, sindromi coronariche acute, morte cardiaca improvvisa, scompenso cardiaco, angina cronica) si presenta prematuramente.

La maggior parte degli autori concorda nel definire prematura una cardiopatia coronarica che si presenta prima dei 55 anni negli uomini e di 65 anni nelle donne. Inoltre sembra essere un fattore di rischio maggiore per le donne che per gli uomini se la malattia si verifica prima dei 54 anni nei parenti di primo grado.

In questi casi eliminare o ridurre i fattori di rischio eventualmente presenti (ipertensione, dislipidemia, diabete, fumo, obesità) può modificare la situazione in modo positivo. Una storia familiare con due parenti di primo grado aventi ipertensione prima dei 55 anni, predice una futura comparsa d'ipertensione con un rischio relativo di 3.8. Gli individui normotesi con storia familiare positiva per ipertensione mostrano un maggiore spessore delle pareti del ventricolo sinistro e della sua massa, una capacità vascolare alterata ed una reattività pressoria maggiore rispetto ai controlli normotesi con storia familiare negativa.

LA STORIA FAMILIARE E LA PROGNOSI

La raccolta di una storia familiare influenza i membri della famiglia in modo positivo o negativo? Anche se i componenti di una famiglia nella quale i genitori o familiari colpiti prematuramente dalla malattia sembrano essere obbiettivi ideali per strategie aggressive di prevenzione occorre tuttavia essere cauti nello spaventare i pazienti dicendo loro che andranno incontro agli stessi eventi. È infatti da tenere presente come non sia possibile fare una predizione al 100% sulla base dei dati forniti da una storia familiare. Un atteggiamento corretto è quello di dire al paziente con storia familiare positiva di essere in vantaggio rispetto a chi ha una storia familiare negativa in quanto possono essere prese misure per prevenire, ridurre o ritardare il verificarsi dell'evento morboso.

CONCLUSIONI

In attesa di una eventuale e precisa conoscenza della predisposizione genetica individuale la storia familiare rappresenta ancora uno indispensabile strumento nella pratica clinica permettendo la conoscenza di fattori ambientali modificabili. La raccolta dei dati richiede tempo, ma i moderni sistemi di raccolta elettronici possono essere di aiuto. La tutela della privacy è indispensabile anche per i dati ottenuti dalla storia familiare.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: elisa.dolara@tin.it

TM

Tabella 1

<ul style="list-style-type: none"> • Malattie a carattere familiare: caratteristica delle malattie ereditarie; la familiarità può tuttavia essere presente anche in quelle di origine ambientale e ad etiologia multifattoriale; i termini ereditario e familiare non sono quindi equivalenti. • Malattie genetiche (ereditarie): causate da uno o più geni anomali trasmessi dai genitori ai figli; presentano un carattere familiare, anche se vi possono essere eccezioni: nella sindrome di Marfan per es. si può avere una mutazione spontanea in 1 paziente su 4; in questi casi la malattia non ha carattere familiare; le malattie ereditarie possono manifestarsi alla nascita (e quindi definirsi anche congenite), in epoca successiva, o rimanere latenti; la cardiomiopatia ipertrofica è un esempio tipico di queste varianti. • Malattie (o malformazioni) congenite: termine spesso confuso con quello di malattia genetica, mentre dovrebbe indicare correttamente una malattia (o malformazione) presente alla nascita che può essere di origine genetica, ma anche dovuta a cause ambientali (talidomide), oppure multifattoriali; le malformazioni cardiovascolari per es. sono dovute a fattori ambientali come la rosolia nel 1-5% dei casi, a difetti genetici nel 5-10%, e si ritiene abbiano una origine multifattoriale nel rimanente 80% dei casi. I raggruppamenti familiari non sono frequenti e richiedono una consulenza genetica per definire il rischio successivo. • Predisposizione genetica: componente fondamentale della nostra eredità che interagisce con l'ambiente. Per quanto riguarda le malattie può dar luogo a raggruppamenti familiari, non necessariamente ereditari. Questo concetto si applica di solito a malattie comuni quali l'ipertensione, le malattie cardiovascolari e tumorali, di origine multifattoriale. La predisposizione genetica può comunque spiegare anche la persistenza, e la familiarità, di malattie cardiache più rare ad etiologia ambientale quali ad es. la febbre reumatica o la cardiomiopatia dilatativa.



Engelhardt e la Bioetica

E' venuto a Firenze, invitato dalla Commissione Regionale di Bioetica, Tristram Engelhardt, filosofo texano, padre e animatore della bioetica: per confermare la crisi esistenziale della sua creatura. Francamente, quasi auto criticamente, come solo i saggi "osano", ha ricordato che poco più di trent'anni fa «la bioetica fu concepita e generata come risposta alla impotenza del pluralismo morale di fronte alle sfide della post-modernità», come progetto di una nuova disciplina, metodologicamente autonoma e culturalmente fondata sulla speculazione e sulla riflessione filosofica e pertanto legittimata ad offrire alla medicina ed alle scienze biomediche uno statuto morale condiviso ed una acquisite guida comportamentale. A parte la interpretazione italica della bioetica, che furbescamente ne concupì la prevalente «valenza accademica» facendone oggetto di accorpamento a materie (cattedre) già tabellate (nel duplice contenitore della medicina legale e della filosofia morale) e confondendo così improvvisate conversioni e reali competenze in un caotico aggroviarsi di linguaggi, di messaggi, di iniziative, le "ragioni" primigenie della bioetica erano tutt'altro che negative, se non altro per le finalità, ben riconosciute da Engelhardt, di conferire dignità morale alle regole poste a tutela della salute nel rispetto dei fondamentali diritti della persona, di tendere ad una razionalità sensibile e democratica capace di «colmare il *vacuum* morale indotto dalla secolarizzazione della società e dalla crisi della tradizionale autorità medica».

Ne derivava una duplice vocazione (da noi per lo più velleitaria e approssimativa) della bioetica: accademica e pratica; la prima dedicata all'analisi critica delle arbitrarietà scientifiche e comportamentali e delle eterogeneità ideologiche e geopolitiche di usanze e di regole, al fine di elaborare strategie conoscitive e comportamentali; la seconda a produrre strumenti e momenti di intervento, di pressione, di promozione, di consulenza confidati in buona misura ai comitati etici.

Ben presto ci si rese peraltro conto della genericità dell'impegno di cui «*the result was that moral pluralism and the emergence of post-modernity did not binder the early growth of bioethics*» posto che «*the focus on the creation of bioethics as an academic respectable under taking*» non poteva superare ogni pregiudizio (ben inteso, in senso positivo). Ne è derivato lo scetticismo attuale di Engelhardt, secondo il quale la bioetica si è rivelata atta ad accrescere le opportunità di colloquio e di condivisione tra persone non partecipi delle stesse premesse morali, delle stesse regole interpretative, degli stessi approcci ad un reale umanesimo ma non a comporre la pluralità

degli statuti e delle visioni morali. Soprattutto per l'incomunicabilità delle concezioni estreme: l'una per cui il soffrire, il morire e la morte stessa sono consi-

derati come qualcosa che viene dal nulla, che non va da nessuna parte e che non ha mete, mentre l'altra, la bioetica religiosa, si ferma su irremovibili

paradigmi di riferimento, impermeabili alla tolleranza.

Alle comunità morali, quando non aggrappate alle più disparate e incompatibili concezioni etiche e metafisiche, resta tuttavia un piccolo spazio per l'esercizio di una bioetica globale connotata da una armonia procedurale che possa moderare il mercato, ispirare regole democratiche contingenti (regionali), offrire opportunità e procedure per la collaborazione tra stranieri morali. Ed «è tutto ciò che è loro possibile quando essi non possono condividere i principi». La bioetica è dunque un ibrido di imprese intellettuali e di opportunità di servizi accademici e clinici suscettibili di "sopravvivenza" solo a certe condizioni "empiriche". Spicca in proposito la pragmatica esperienza nordamericana, per la quale il *bioethicist cannot resolve moral disagreements*, ma solo prevenire e ridurre le trascuranze o esasperazioni in molteplici aspetti e fasi della ricerca e della prassi biomedica, umanizzando i *review boards* (IRB) istituzionalizzati per la sperimentazione di farmaci e rimedi, controllando a livello clinico il *risk management* con dignità deontologica e biogiuridica, contribuendo alla maggior informazione e comprensione tra operatori, utenti e società, valorizzando la casistica con la segnaletica metodologica raccomandata da Beauchamps e Childress sicché *the presence of bioethicist* possa dimostrare un impegno istituzionale. Solo così è esportabile una professionalità *across the world* nella misura in cui i *bioethicists*, si impongono come *legal advisors, risk managers, conflict mediators*.

Un Maestro della cultura moderna ha così serenamente considerato il reale significato e la pratica ricaduta in una speculazione che resta appannaggio culturale della filosofia morale; che peraltro anche in Italia ha prodotto un vigoroso apporto alla crescita della deontologia biomedica ed alla maturazione del bidiritto. D'altronde, ogni società, ogni nazione ha regole antiche che meritano di essere attualizzate, ma non soppresse e tanto meno dilaniate. V'è poi da dire che, nella nostra realtà sanitaria, il ruolo del "bioethicist" nei comitati etici per la sperimentazione, nel *risk management*, nella composizione dei conflitti, nella formazione deontologica degli operatori, è in buona misura svolto dal medico legale operante nel S.S.N. e nelle aziende ospedaliere, che trae dal disincanto di Engelhardt ulteriore conforto e stimolo.

MAURO BARNI

Già Presidente della Commissione Regionale di Bioetica

TM



Trend di incidenza del tumore della prostata

Anche in Toscana rallenta la sua corsa?

Anche in Toscana inizia a manifestarsi un rallentamento nell'aumento delle diagnosi di tumore della prostata, come descritto negli Stati Uniti, dove la crescita notevole evidenziata negli ultimi decenni si è interrotta e il trend è da tempo in stabile diminuzione.

Il grafico riporta i tassi di incidenza del tumore della prostata del Registro Tumori della Regione Toscana dal 1985 al 2005, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (x 100.000); l'andamento medio nel periodo è in crescita (con un cambiamento percentuale annuo - APC - del tasso significativamente in aumento, APC: + 4.4) ma il trend di incidenza, in forte crescita fin dagli anni Novanta del secolo scorso con un raddoppiamento dei tassi nel giro di 10 anni, mostra dal 2003 una tendenza alla riduzione che viene evidenziata da una specifica analisi di ricerca di punti di flessione (join-point).

Nell'area coperta dal Registro Tumori della Regione Toscana, nel periodo 2003-2005, sono stati diagnosticati, in media ogni anno e ogni 100.000 uomini, 129,9 nuovi casi di tumore della prostata e questa neoplasia è risultata al secondo posto in termini di frequenza (15% del totale delle diagnosi tumorali) dopo i tumori non melanoma-

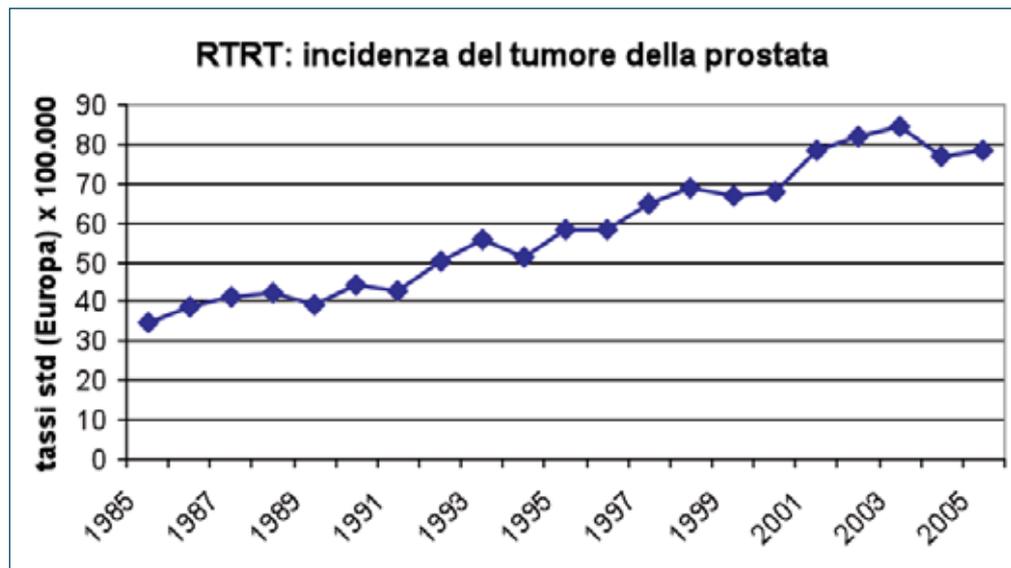
tosì della cute (www.ispo.toscana.it).

L'incremento dell'incidenza del tumore della prostata appare dovuto in gran parte all'introduzione del PSA ed il rallentamento recentemente rilevato potrebbe, se confermato, essere il risultato dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti.

Bibliografia

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

TM



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



Bismarck batte Beveridge

La classifica dell'Euro-Canada Health Consumer Index 2009

L'Health Consumer Powerhouse (HCP) è un gruppo indipendente di esperti, nato a Stoccolma nel 2004 allo scopo di promuovere la cultura della valutazione e della trasparenza in campo sanitario, partendo dal punto di vista dei cittadini-utenti. Il primo prodotto è stato lo Swedish Health Consumer Index, diventato **Euro Health Consumer Index** dal 2005, con la valutazione di 33 sistemi sanitari europei, giunto nel 2009 alla quinta edizione. La collana delle pubblicazioni si è nel tempo arricchita di rapporti specialistici, vedi Euro Consumer Heart Index, Euro Consumer Diabetes Index e Euro HIV Index.

La filosofia dell'iniziativa è che la valutazione comparativa sulla qualità dei sistemi sanitari genera un circolo virtuoso: per gli utenti una migliore informazione crea la migliore piattaforma per scegliere e agire; per i governi, le autorità sani-

tarie e i produttori di servizi il focus sulla soddisfazione dei cittadini e sulla qualità dei risultati aiuterà ad introdurre i necessari cambiamenti nei confronti delle aree critiche o insufficienti.

Nel 2008 l'HCP, in collaborazione con il *Frontier Centre for Public Policy* canadese, ha prodotto un documento allargato al sistema sanitario canadese, che condivide molti aspetti in comune con i servizi sanitari europei, **l'Euro-Canada Health Consumer Index (ECHCI)**.

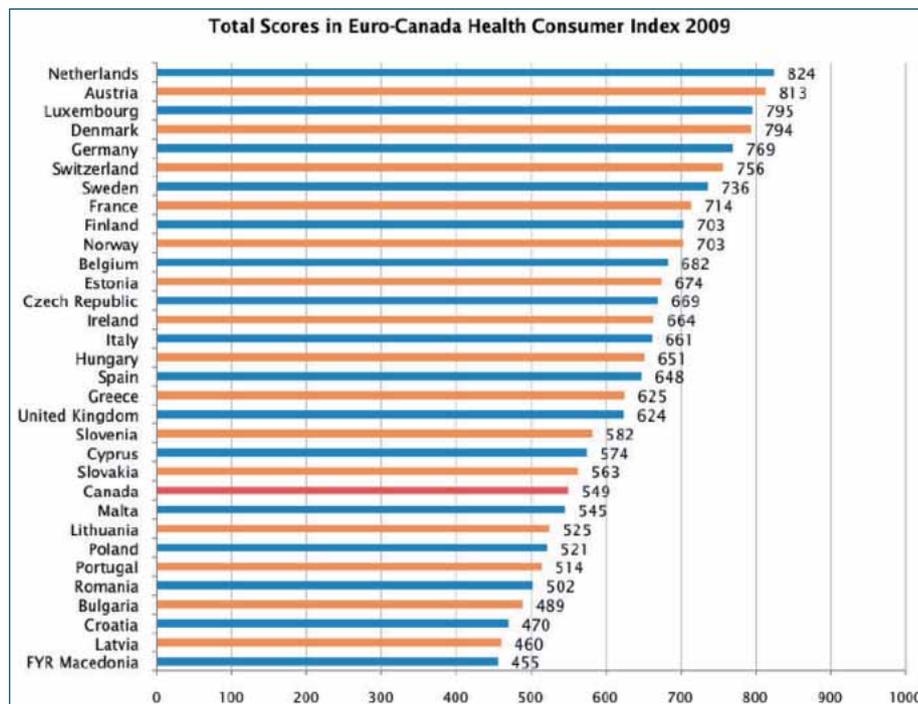
La seconda versione dell'ECHCI del 2009 mette a confronto 31 paesi europei + il Canada, attraverso l'uso di 32 indicatori. Per raccogliere i dati sono state utilizzate fonti pubbliche e sono stati somministrati ad associazioni di pazienti questionari allo scopo di attribuire punteggi relativamente a 10 indicatori.

Gli indicatori sono suddivisi in 5 aree: l'area **"diritti e informazione dei pazienti"** consta di 10 indicatori, l'area relativa ai **"tempi di attesa per ricevere trattamenti"** di 5 indicatori, l'area degli **"risultati di salute"** comprende 7 indicatori, l'area **"gamma e accessibilità dei servizi offerti"** 6 indicatori e l'area **"prodotti farmaceutici"** 4 indicatori.

La valutazione della qualità di ciascuna attività/servizio offerto è effettuata mediante l'assegnazione di un punteggio: 3 se il giudizio è buono, 2 se il giudizio è discreto, 1 se il giudizio è mediocre. Ciascuna area detiene inoltre uno specifico peso relativo: alcuni indicatori sono più importanti di altri (es.: i risultati di salute).

GAVINO MACIOCCO, MIRIAM LEVI

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze



I RISULTATI

Sul podio della virtuale competizione sul migliore sistema sanitario salgono tre sistemi a modello "Bismarck": **1° Olanda (824/1000 punti), 2° Austria e 3° Lussemburgo**. Il primo sistema a modello "Beveridge" in classifica è quello danese (4°), altri sistemi "Beveridge" come Svezia, Finlandia e Norvegia si classificano tra i primi 10. L'Italia, con 661/1000 punti, occupa il 15° posto, il Canada il 23° (vedi Figura).

La conclusione è quindi: "Bismarck" batte "Beveridge", ovvero i sistemi basati sulle assicurazioni sociali obbligatorie battono quelli basati sui servizi sanitari nazionali.

Adam Wagstaff sostiene una tesi differente: i sistemi "Beveridge" sono superiori a quelli "Bismarck", perché con una spesa sanitaria minore raggiungono risultati di salute migliori.

I dati di EHCI in realtà confermano questa tesi, ma lo studio EHCI introduce altri indicatori per la valutazione del sistema, come quelli relativi ai tempi di attesa: grazie all'inserimento di questi altri indicatori la graduatoria di Wagstaff viene capovolta e "Bismarck" sorpassa "Beveridge".

In **Tabella** riportiamo per 5 sistemi Bismarck e 5 sistemi Beveridge i punteggi relativi alle aree "Tempi di attesa" e "Risultati di salute" + la spesa sanitaria totale (anno 2007), e la relativa media.

LA CLASSIFICA AGGIUSTATA PER COSTO/BENEFICO

Se i risultati osservati vengono misurati anche in relazione alle risorse impiegate, ovvero alla spesa sanitaria, la classifica cambia. Paesi come Estonia e Repubblica Ceca, con spesa sanitaria relativamente bassa ma buone performance, salgono ai primi posti.

LA POSIZIONE DELL'ITALIA

L'Italia occupa la 15ª posizione in classifica, grazie soprattutto al buon punteggio ottenuto nell'area "Risultati di salute" (229 vs la media di 193); appena sopra la media il punteggio nell'area "Gamma e accessibilità dei servizi offerti (100 vs 98). Nelle altre tre aree i punteggi conseguiti sono inferiori alla media: diritti e informazione dei pazienti (95 vs 96); tempi di attesa necessari per ricevere cure/trattamenti (88 vs 92); prodotti farmaceutici (88 vs 92).

Il commento conclusivo degli autori del Rapporto sul sistema sanitario italiano è il seguente: "Tecnicamente eccellente in molte località, ma scarsa equità geografica. Il comportamento autocentrico dei medici impedisce all'Italia di raggiungere posizioni più elevate nell'indice dei consumatori. È necessario dare più potere ai pazienti."

TM

Rank	Paese	Tempi di attesa	Risultati di salute	Spesa sanitaria \$
1	Olanda	167	257	3.837
2	Austria	217	243	3.763
5	Germania	223	229	3.588
6	Svizzera	233	214	4.417
8	Francia	167	229	3.601
	Media Bismarck	201	234	3.841
4	Danimarca	150	257	3.512
7	Svezia	100	286	3.223
9	Finlandia	100	257	2.840
10	Norvegia	133	243	4.763
15	Italia	150	229	2.686
	Media Beveridge	126	254	3.404

CONVEGNI E CONGRESSI

TUSCANY CRITICAL CARE GROUP

"FACCIAMO IL PUNTO SULL'ECOGRAFIA INTENSIVISTICA"

Aula Magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia, v. le Morgagni 85, AOU Careggi, Firenze. **26 giugno 2010**. Il meeting si propone lo scopo di analizzare e discutere le applicazioni specifiche dell'ultrasonografia posta nelle mani del medico intensivista, con un focus speciale sul distretto di pertinenza ecocardiografica, toracica, vascolare. Richiesti crediti ECM. Responsabile Evento: Dr. Adriano Peris. Segreteria Scientifica: Dr. G. Cianchi, Dr. F. Barbani, Dr. L. Tutino. Segreteria Amministrativa: tel 055 2322112 - 2322132 home@pirene.it <mailto:home@pirene.it>. Maggiori info: www.tuscanycriticalcaregroup.org.

XXXIV CONGRESSO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA

L'Associazione Italiana di Epidemiologia, in collaborazione con la Federazione Europea di Epidemiologia (IEA) organizza un convegno dal titolo "L'epidemiologia e la sanità pubblica nell'Europa che cambia", che si terrà presso il Palazzo dei Congressi di Firenze nei giorni **6-9 novembre 2010**. Presidenti del Congresso: Adele Seniori Costantini (AIE) e Robert West (IEA). Info: www.euroepi2010.org. Segreteria Org.va OIC Firenze.

Una scelta attuale per
una terapia al passo con i tempi



Gli originali

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

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

Care 2003;2:30-2

Gli originali **Pfizer**

CARDIOVASCOLARE

NORVASC
amlodipina besilato

CARDURA
doxazosin

Esapent
per il colesterolo

Fragmin
dalteparina sodica

IBUSTRIN
indobufene

Accuprin
guaripri

ACCURETIC
gemigliptin cloridrato/atorvastatina

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Zoloft
sertralina

Xanax
alprazolam

Halcion
fluciclidio

SERMION
nicergolina

EDRONAX
reboxetina

ANTIBATTERICI

ZITROMA
Aзитromicina

DIFLUCAN
fluconazolo

Zimox
amoxicillina triidrato

LINCOCIN

AMPLITAL

CLEOCIN
clindamicina fosfato

DALACIN
clindamicina

DALACIN-T
clindamicina

FANS

FELDENE Family
piroxicam

CORTICOSTEROIDEI

Medrol Family
metilprednisolone

INTEGRATORI

Neovis
flu

Neovis
PLUS

Pfizer



I medici nel cinema di John Ford

PREMESSA

Parleremo di John Ford, l'Omero del cinema, e del fatto che c'è una folta presenza di medici nei suoi film. Essi, di solito, conducono un'esistenza marginale, posta tra norma sociale e vita trasgressiva e proprio perciò ricevono lo sguardo benevolo del grande cineasta. Egli ama i medici quando sono, e nel suo cinema lo sono sempre, persone socialmente irrequiete, anticonformiste, moralisticamente contestate ed emarginate. Il medico di Ford è colui che ha scelto di lavorare, pensare, vivere su periglioso confine che unisce e separa, a un tempo, la vita e la morte e proprio perciò è una figura a rischio, sia di scoramento e di fuga sia di sospetto e persecuzione sociale. Perciò i medici fordiani, quando non hanno abbandonato la professione, la esercitano in situazioni difficili, lontane dalla società di provenienza: nel selvaggio West, in carcere, in isole sperdute nel Pacifico, nella Manciuuria afflitta dal colera e dal banditismo, risultando alla fine eroi senza retorica, quasi che per loro l'eroismo fosse semplicemente, passati i fumi dell'alcool o quelli della disperazione personale, ricordarsi del giuramento d'Ippocrate e metterlo in pratica. Non ci sono mai medici corrotti, assetati di denaro e di potere, votati al carrierismo e al successo sociale nel cinema di John Ford.

ALCUNI FILM

Il primo personaggio che, in un film fordiano, fa di professione il medico è il dottor Samuel Mudd (l'attore è Werner Baxter) nel film **Il prigioniero dell'isola degli squali**, 1936. Nel curare, senza domandargli chi fosse e perché fosse ferito, un uomo che poi risulterà l'assassino di Lincoln, egli era convinto di fare il proprio dovere (come farebbe il medico che, nell'Italia odierna, curasse un immigrato clandestino senza denunciarlo). Ritenuto complice dell'attentato e rinchiuso in un carcere situato su un'isola sperduta, in mezzo a un mare infestato da squali, quando vi scoppia un'epidemia di febbre gialla si prodiga instancabilmente nel soccorrere sia il personale carcerario che i propri compagni di prigionia. Viene perciò, alla fine, graziato. Mudd appare già quale il prototipo del

medico fordiano: rifiutato dalla società e costretto ad allontanarsene. In un film dell'anno successivo, **Uragano**, il dottor Kensaints è anch'egli un medico in fuga dalla civiltà, convinto che gli indigeni dell'isola polinesiana in cui vive e svogliatamente opera siano "gli ultimi rappresentanti dell'afflitta razza umana a sapere cosa sia la libertà". Egli ha finito col diventare un alcolizzato ma l'uragano che si scatena sull'isola gli offre la possibilità di ritrovare un dimenticato orgoglio professionale e personale.

STEFANO BECCAISTRINI

Medico del lavoro di Arezzo, esperto di cinema



Nel 1939, Ford sposta il suo set in quella che diventerà la localizzazione preferita dei suoi western: la Monument Valley. Il primo film che, in quell'anno, vi girò fu **Ombre rosse**, film profondo, di forti ascendenti letterari (il racconto da cui fu tratto era di Guy De Maupassant), vero inno alla libertà dell'amore e della tollerante solidarietà sociale, urlo d'indignazione contro ogni moralismo e conformismo. La vicenda ha i propri protagonisti più eroici, e non ipocriti, in un giovane ricercato dalla legge, una prostituta e un medico ubriaccone (impersonato dallo stesso Thomas Mitchell che era stato il dottor Kensaints nel film precedente). Tutti e tre sono emarginati sociali, vittime del moralismo, "gloriosi rottami della città" com'egli stesso afferma orgoglioso. Viaggiano su una diligenza con altri personaggi che, alquanto borghesemente, li trattano con alterigia e riprovazione. Però, quando il gruppo andrà incontro a pericoli di vario genere (dal parto lungo la strada d'una signora, pienamente riuscito grazie alla bravura del dottore per una volta sobrio, all'assalto da parte

degli Apache), saranno proprio loro a dimostrare eroismo, abnegazione, capacità di prendersi cura di tutti gli altri. Due anni dopo, Ford trasferisce l'ambientazione d'un suo film in un villaggio minero del Galles. È la storia di una famiglia di minatori che rischiano ogni giorno la vita in galleria e di cui alla fine, per bisogno economico, fa parte anche il più giovane figlio del padrone di casa, un ragazzino che il padre avrebbe voluto far studiare e diventare un dottore ossia uno di quegli uomini fortunati che invece di scendere in miniera "vanno in giro col calesse, e con giacca nera e camicia bianca e inamidata, di casa in casa, a visitare i propri pazienti". Per salvare dalla morte in galleria gli abitanti del villaggio ci vorrebbero ben altri medici! La tragedia infine si compie, mietendo vittime tra cui il padre del ragazzo, facendo sorgere aspri conflitti sociali, portando alla chiusura dell'impianto. Il giovane resta disoccupato, parte per la città, riprenderà a studiare e forse diventerà medico davvero, seppur senza calesse, giacca nera e camicia inamidata: forse saprà diventare un medico che sta dalla parte di chi rischia ogni giorno la morte sul lavoro.



Passa qualche anno e Ford torna a girare nel West, mostrando di nuovo un medico in fuga dalla civiltà. È Doc Holliday (l'attore è Victor Mature) che ha ormai abbandonato la professione, è alcolizzato e tifico, è diventato un provetto pistolero pur restando un colto dandy che sputa sangue in candidi fazzoletti e recita Amleto nei saloon. Il film è *Sfida infernale*, del 1946. Doc Holliday riscatta il proprio passato combattendo a fianco dello sceriffo Wyatt Earp nella celebre "sfida all'OK Corral", durante la quale resta ucciso. È giusto, narratologicamente, che sia così, avendo mancato una precedente occasione di riscatto che gli si era presentata attraverso l'urgente necessità di operare la sua amante, ferita da un colpo di revolver. Doc cerca di richiamare alla mente una competenza da tempo abbandonata ma la donna gli muore sotto i ferri. Il suo degrado personale e professionale, non avendo trovato modo di essere redento da un ritrovato eroismo medico, deve lasciar posto al funebre eroismo del pistolero: egli è l'unico medico che Ford fa morire in un suo film.

E veniamo al maggiore medico Hank Kendall (William Golden), coprotagonista, con John Wayne, d'un film ambientato durante la guerra di secessione: *Soldati a cavallo*, 1959. Ufficiale medico dell'esercito unionista, egli ha un comportamento esemplare, per un medico operante su un fronte di guerra. Intanto, pur pienamente partecipe degli ideali antischiavisti della propria parte e pur facendo pienamente il proprio dovere di medico-soldato, è offeso dalla complessiva crudeltà della guerra, scandalizzato da quanti morti e feriti essa produce, per nulla al mondo è disposto ad abbandonarli, a qualunque delle due parti belligeranti appartengano. Quando alla fine, incalzato dall'esercito sudista, il suo reggimento decide, abbandonando alcuni feriti che non sono in grado di muoversi, di fuggire a gran galoppo, egli sceglie di restare per curarli, pur sapendo che ciò significherà una dura prigionia nelle mani del nemico. Il dovere è dovere, soprattutto quando non è costrittivo bensì eticamente, personalmente motivato e sentito.

Un'altra, non banale, figura di medico foradiano il dottor William Dedham che compare in *I tre della croce del Sud*, 1963. Ufficiale della marina americana, durante la guerra nel Pacifico era naufragato con un gruppo di suoi marinai su un'isoletta dei mari del Sud, Haleakaloe, ove la giovane principessa Manolali guidava la resistenza dei suoi sudditi contro i giapponesi. Il gruppo di americani, guidati da Deedham, aveva combattuto a fianco degli isolani e, a guerra finita, egli aveva deciso, nonostante in America avesse una figlia, di restare lì, a fare il medico di quella brava gente che di medici non ne aveva mai visti. Aveva sposato la principessa, avuto tre figli da lei, fondato un piccolo, lindo ospedale, l'unico dell'arcipelago. Manolali era morta precocemente ma la scelta di Deedham ormai era fatta: sarebbe rimasto per tutta la vita a fare il medico di Haleakaloe. Poche volte, al cinema, si è visto un medico così bravo, simpatico, modesto e un ospedale così pieno, a un tempo, di umanità e di efficienza. Con la sua solita, seppur intrisa di accorato sentimentalismo, ironia par quasi che Ford voglia dirci che medici simili esistono però occorre andarli a cercare ad Haleakaloe, un'isola che non c'è.

L'ULTIMO FILM DI FORD E LA DOTTORESSA CARTWRIGHT

John Ford girò il suo ultimo film nel 1966 (morì nel 1973, senza più tornare su un set cinematografico). Si intitola *Seven Women* ma chissà perché in Italia ha circolato come *Missione in Manciu-ria*. Protagonista di questo suo estremo, filmico testamento è ancora un medico, in tal caso un medico-donna, la dottoressa Cartwright, impersonata da una bravissima e bellissima Anne Bancroft. È ambientato, negli anni Trenta, in una missione protestante, fatta quasi unicamente di donne (c'è un solo uomo, marito d'una delle missionarie e missionario a sua volta: sua moglie è incinta),



nella Manciuria sconvolta dalla guerra e del brigantaggio. Da tempo, alla missione, attendono un medico ma non è facile trovare chi sia disposto ad andare a svolgere la propria professione in un luogo così pericoloso e lontano. Alfine,

l'incarico è accettato da un certo "Dr. Cartwright" e nella missione si attende a gloria l'arrivo. Grande delusione quando, infine giunto, si scopre che si tratta di una donna la quale, oltre tutto, beve e fuma come un uomo e come un uomo si veste. Ella confessa di aver accettato l'incarico per fuggire lontano dall'America, ove era stata duramente ostacolata, proprio in quanto donna, nella sua carriera professionale e ove, oltre tutto, aveva avuto una grande ma disgraziata storia d'amore con un uomo poi rivelatosi sposato. Anche nella missione, guidata da una isterica e moralistica zitella, il suo essere donna trasgressivamente moderna, che fuma, beve e parla di sesso, scandalizza e provoca incomprensioni e conflitti.

Però, ella rivela la sua bravura debellando un'epidemia di colera e facendo partorire felice-

mente la non più giovane missionaria incinta. Torna, nel film, un tema classicamente fordiano: la contrapposizione tra formalismo religioso (rappresentato soprattutto dalla direttrice, donna bigotta e lesbica repressa) e religiosità reale (quella, laica ma fondata su un reale prendersi cura del prossimo, della dottoressa). Quando la missione è invasa dai briganti, il loro capo, il crudele Tunga Kahn, s'invaghisce della dottoressa. Ella finge di accettare le sue proposte sessuali in cambio della libertà di tutte le altre donne della missione (l'unico missionario era stato ammazzato dai briganti). Quando è certa che esse siano ormai in salvo, avvelena Tunga Kan, poi avvelenandosi a sua volta, in uno dei finali più belli e tristi dell'intera storia del cinema. Dopo di che, sulla scena del film e purtroppo anche sulla carriera cinematografica di Ford, cala un'ombra nera, che oscura luttuosamente lo schermo nonché il cuore di noi spettatori. A proposito del film e del gesto della dottoressa Cartwright, Peter Boghdanovich, intervistando John Ford, gli chiese: "Perché ella si sacrifica per gli altri?" sentendosi semplicemente rispondere: "Penso che la tua sia una domanda piuttosto ingenua... Era un medico, lo scopo della sua vita era salvare la gente". Il cinema parla per metafore e dunque nessuno, nemmeno John Ford, pretende che, in realtà, i medici siano continuamente disposti a dare la vita per gli altri ma riflettere su cosa significhi, in certe situazioni estreme ma possibili non soltanto nella Manciuria degli anni Trenta e non soltanto al cinema, fare come mestiere quello di "salvare la gente", credo possa risultare utile a tutti noi...

TM

Ricordo di Lupo Andreotti

Lil 3 ottobre 2009 è venuto a mancare dopo un breve, ma tormentato periodo di malattia il prof. Lupo Andreotti, un grande medico, un grande didatta e un uomo di profonda umanità. Un personaggio di altri tempi, ma straordinariamente moderno per le sue idee geniali, dotato di un profondo senso critico, soprattutto autocritico.

Proveniva da una famiglia di grandi artisti (il padre, Libero, uno dei massimi scultori del XX secolo, lo zio Aldo Carpi, un eccellente pittore) e uomini di scienza (il fratello Aldo, un matematico di fama internazionale).

Il "professore" (come tutti lo chiamavano) era un uomo con una curiosità mai sazia, con interessi profondi in altri settori della scienza e una cultura umanistica fuori del comune.

Nel campo della Reumatologia fu tra i primi a intuire che l'artrite reumatoide dovesse essere trattata in modo aggressivo fin dal suo esordio e

a utilizzare i boli di corticosteroidi e di ciclofosfamide già in fase precoce, emergendo certamente come uno dei precursori, se non proprio l'antesignano del "rovesciamento della piramide" terapeutica.

Ha insegnato il ragionamento clinico, quell'aspetto così basilare della Medicina oggi troppo trascurato per far posto al tecnicismo.

Gli studenti rimanevano affascinati dal suo modo di fare, dalla sua simpatia, dalla sua profonda conoscenza della materia.

Era un tipo schivo e in un certo senso solitario. Aveva modi un po' bruschi, mai accondiscendente, un'ironia talora dissacrante, un carattere difficile, ma accattivante.

Eppure lo spirito che quest'uomo eccezionale riusciva a effondere era tale che i suoi allievi, una volta conosciutolo, non riuscivano a staccarsi da lui.

Daniele Cammelli



Camerata, salviamo gli ambulatori

Caro Direttore, è questo il titolo di un trafiletto pubblicato sul quotidiano Corriere della Sera il 24 aprile u.s. La notizia fa riferimento ad una lettera che il Comitato per la difesa dell'ospedale di Camerata ha inviato al Comune di Fiesole e con la quale si chiedono *garanzie sul futuro del poliambulatorio*.

Esprimo la mia solidarietà al Comitato perché concordo nel riconoscere che il presidio di Camerata sia una struttura di facile accesso in grado di fornire prestazioni sanitarie essenziali nel territorio di competenza.

Per il ruolo rivestito quale primo direttore sanitario della ASL di Firenze mi preme ricordare *il particolare rilievo che fu attribuito a questo presidio nel contesto della strategia programmatoria aziendale, in base alla quale Camerata e Villa Basilewsky avrebbero assunto la funzione di "presidi sanitari polifunzionali"*. In particolare Camerata sarebbe stato convertito in "ospedale di comunità", come di fatto avvenne grazie anche alla fattiva operosità di

Gavino Maciocco responsabile dei servizi distrettuali dell'Azienda.

L'ospedale di comunità è un servizio a disposizione della popolazione residente in un'area sanitaria dimensionata su uno o più distretti, costituente quindi "una comunità di quartiere". Questa

popolazione può avvalersi di una struttura sanitaria che, con immediato riferimento territoriale, eroga prestazioni che variano dal livello distrettuale a quello della specialistica clinica e strumentale.

La dimensione strutturale di Camerata ha consentito che l'ospedale di comunità potesse essere organizzato non in una sede autonoma e isolata ma in una struttura flessibile e polivalente, nella quale fu previsto l'inserimento di un grande poliambulatorio extraospedaliero, nonché l'utilizzo delle sale operatorie per attività di day surgery e l'impiego degli apparati strumentali di cardiologia e di radiologia. Si veniva così a configurare un qualificato "presidio polifunzionale" a supporto dei servizi e delle attività socio-sanitarie del territorio. **TM**

SANDRO BOCCADORO

Già Direttore Sanitario, Asl Firenze

Conosci il tuo fegato

Pubblichiamo la lettera del dr. Geddes che apre un dibattito su un tema controverso della medicina moderna. Alla lettera del dr. Geddes ha già risposto la Associazione Epatologi della Toscana - Onlus. La questione posta non riguarda quindi il merito di quella iniziativa ma una valutazione complessa delle frequenti offerte di educazione sanitaria o di sensibilizzazione della popolazione.

Caro Direttore, nel giorno di Pasqua leggo le News dell'Ordine dei medici, da cui apprendo che L'ASSOCIAZIONE EPATOLOGI DELLA TOSCANA - ONLUS promuove un evento divulgativo dal titolo "Conosci il tuo fegato".

Simili eventi sono ormai consueti. Una massima antica prescriveva "*Medicus non accedat nisi vocatur*". Ora invece la medicina si propone di cercare malati che non sanno di esserlo. Vi è un confine

difficile, sul piano scientifico e su quello etico, fra la promozione della salute e la diagnosi precoce da un lato e la "creazione" di malati con conseguente spinta al consumismo sanitario.

Sensibilizzare la popolazione alla prevenzione delle malattie è certo opera meritoria! Tale impegno è portato avanti da alcuni enti e associazioni e a livello nazionale si è avviata una campagna itinerante sull'epatite B, in collaborazione con alcune So-

MARCO GEDDES DA FILICAIA

Direttore sanitario - PO Firenze Centro

cietà scientifiche e della Società Italiana di medicina generale (vedi www.epatiteb.info).

Tuttavia non ho trovato traccia, nei comunicati stampa nazionali o in altri documenti, di quanto viene proposto a Firenze, che riporto testualmente: “Durante la giornata verrà effettuata, gratuitamente, da personale medico e infermieristico specializzato, la misurazione delle transaminasi. Il prelievo analizzerà sangue capillare ottenuto tramite una piccola puntura ad un dito. Il personale medico consegnerà i valori delle transaminasi in tempo reale, consigliando di riferire i risultati al medico curante”.

Inutile cercare traccia di un tale approccio ai problemi epatici nella documentazione delle varie “Agenzie” nazionali e internazionali, quali la Cochrane Library, il Piano nazionale Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, il NICE o anche in “associazioni di settore”, quale l'American Association for the Study of Liver Diseases (<http://www.aasld.org/practiceguidelines/Pages/SortablePracticeGuidelinesAlpha.aspx>).

I risultati dell'esame proposto, seguendo una ipotetica flow chart, sono di tre tipi:

1. Il risultato è negativo, cioè nella norma. I pazienti (credo sia, nello specifico, opportuno definirli così!) si dividono pertanto in:

- quelli con le transaminasi alte, ma con risultato negativo (falsi negativi);
- quelli con le transaminasi nella norma, e che non sono a rischio per le diverse patologie epatiche;
- quelli con risultati nella norma, e che essendo a rischio per le patologie epatiche ricevono una inappropriata rassicurazione, che supera ogni altro messaggio ricevuto in tale occasione.

2. Il risultato è dubbio, siamo cioè in quell'area grigia (vicino alla norma, poco sopra i limiti etc.) che viene definita *fuzzy* (insieme di confini incerti e indistinti). I pazienti avranno un iter analogo a quelli del terzo gruppo.

3. Il risultato è positivo, le transaminasi sono elevate! Anche in questo caso ci saranno pazienti che invece hanno le transaminasi nella norma (falsi positivi), poi quelli che le hanno elevate per problematiche extraepatiche (distrofie, scompenso, traumi, esercizio fisico etc.). In ogni modo il loro percorso, insieme a quelli della categoria 2, è il seguente:

- il paziente va dal suo medico curante, che decide di ripetere gli esami, o di aggiungerne di nuovi, o di mandarlo ad un livello specialistico di visita gastroenterologica. Certo difficilmente potrà “fare finta di nulla”, e dovrà confrontarsi e rispondere anche alle ansie del neo malato;

- il paziente decide di andare da uno specialista gastroenterologo – o tramite il proprio medico curante – da cui si recherà, come spesso avviene, per svolgere la “pratica burocratica” di un percorso già ipotizzato, o cercandolo direttamente. Ma la prima visita gastroenterologica è disponibile presso l'ospedale di Figline aspettando 188 giorni (dati CUP del 2/4/2010).

Da qui si aprono due interessanti alternative:

A) Evidenziare la lunghezza della lista di attesa e chiedere un incremento delle attività del settore in questione per abbattere tale lista di attesa (che

intanto, dopo l'iniziativa in piazza, si incrementa). Si avvia così un altro tassello del percorso offerta → crea domanda.

B) Ricorrere a una visita privata per una prestazione presente nel servizio sanitario nazionale. Gli italiani, e in misura maggiore della media nazionale i toscani, vi fanno ricorso con una frequenza quattro (4!) volte superiore a quella dei cittadini inglesi [Domenighetti G. et al. *European Journal of Public Health*, 2010, 1: 1-4].

Iniziative analoghe sono state realizzate offrendo alla popolazione il dosaggio di glicemia, del colesterolo o la spirometria. Anche per tali iniziative si dovrebbero porre – o forse vengono poste – domande analoghe, in merito ai test proposti. Tuttavia, oltre al fatto che una non dimostrata efficacia di una procedura non “giustifica” l'utilizzo di altre procedure non efficaci, si tratta di problematiche molto diverse (anche se consistono in “misurazioni”).

Solo a titolo esemplificativo cito il tema della spirometria, che è stato ampiamente dibattuto. L'uso della spirometria è stato testato avendo cura di selezionare la popolazione a cui proporlo (fumatori) e non gli autopresentati!

Malgrado questa selezione dei soggetti a rischio, la revisione Cochrane ha dato esiti negativi (non dimostrata efficacia). [Bize R. et al *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, issue 4. Art.N DD004705].

Un più recente studio inglese [Parkes B, *Bmj*, 2008;336:598-600] evidenzia una significativa efficacia solo nel contesto della relazione General Practitioner - paziente, auspicando che le Guidelines del NICE incorporino tale test **solo negli ambulatori di medicina generale, abbinato alla comunicazione dell'età polmonare.**

Anche da parte di Agenzie americane lo screening spirometrico viene **NON** raccomandato [Ann Int Med 2008; 148:529-34. Ann Int Med 2008; 148:535-43].

Appare pertanto evidente che le questioni sono articolate e spesso ciò che può essere appropriato in una relazione personalizzata medico-paziente risulta inappropriato in una offerta generalizzata.

Glicemia e colesterolemia sono parametri più specifici delle transaminasi, anche se concettualmente del tutto diversi. L'uno – la glicemia – definirebbe, oltre certi limiti, una patologia (“diabetico”), con criteri che vengono modificati con frequenza (1979, 1997, 2003), aumentando, da un giorno all'altro del 14% la prevalenza di malati di diabete (e la conseguente somministrazione di farmaci) [Kaplan R. *Annual Reviews of Public Health*, 2007; 28:321].

L'altro (colesterolemia) individua per lo più, al di là della ipercolesterolemia familiare, un fattore di rischio. Tutto ciò senza entrare in merito alla appropriatezza dell'offerta di test nelle diverse iniziative pubbliche.

Con queste osservazioni voglio solo precisare il mio punto di vista: l'offerta di esami, è potenzialmente fuorviante rispetto alle informazioni e consigli che le Associazioni opportunamente promuoveranno.

TM

Come decidere se le cure sono appropriate?

Un tema sempre attuale...

L'appropriatezza è la sintesi di due elementi: le evidenze scientifiche-prove di efficacia, e la possibilità/capacità di contestualizzarle.

Le evidenze si scelgono attraverso ricerche sistematiche e analisi critiche della letteratura calate poi nella realtà sociale, culturale ed economica di chi le deve applicare.

La società dagli anni Ottanta ha compreso che prevenire le malattie «prevenibili» è utile e la medicina, in assenza di sintomi, ha introdotto il concetto di fattori di rischio e con questo quello di rapporto rischio/beneficio di un certo intervento preventivo.

Ma il beneficio è una «cosa» reale, mentre il rischio è la probabilità che qualcosa di dannoso ci possa succedere.

Un confronto complicato che apre la strada a molti equivoci. Lo spostamento verso il basso di numerose «soglie» di parametri biologici, come i livelli «normali» della pressione, del colesterolo nel sangue, cui abbiamo assistito in questi ultimi anni pone interrogativi fondamentali per l'esercizio della nostra

professione e di compatibilità economico-finanziaria del sistema sanitario.

Chi e come decide queste soglie?

Quanto è rilevante il calcolo della probabilità per stimare l'impatto di un rischio sulla salute?

Quanto conta piuttosto la percezione sociale e individuale del rischio?

Quanta popolazione potrà diventare il target di una medicalizzazione farmacologica spinta, senza tener conto che i potenziali benefici dei trattamenti potrebbero essere inferiori agli effetti collaterali? Quali sistemi sanitari potrebbero reggere i costi di tale medicalizzazione?

Per affrontare le sfide del prossimo futuro la Medicina delle Cure Primarie necessita di nuovi strumenti per la propria qualità gestionale. Il consumo della salute/benessere di «beni sanitari» (farmaci, esami) può essere limitato dalla professione, recuperando gli aspetti umani e comunicativi nel rapporto non solo con il malato, ma con la società tutta.

E sui temi della salute i media non possono sottrarsi a responsabilità etiche comuni. **TM**

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Medico di medicina generale, Firenze

Libertà e anarchia

Una lotta sempre più difficile

L'argomento - più volte affrontato da TM - rimane di attualità. Il medico si è reso conto tardi dell'evoluzione organizzativa della Sanità pubblica, partecipando scarsamente e con poca voglia ai cambiamenti che pure lo

coinvolgevano, mugugnando ma finendo col subirne le conseguenze. Credo che non basti affidarsi passivamente agli organi rappresentativi della categoria (ordini o sindacati). Per lungo tempo, durante la mia attività ospedaliera sono stato responsabile sindacale (ANAAO) ed era una fatica cercare di coinvolgere nei problemi i colleghi: alla fine erano scontenti e sfiduciati. Non è un'accusa, solo una constatazione. Se, come afferma il collega Baglioni (TM 5/10), siamo stati manovrati da politici e amministratori non possiamo non ammettere le nostre responsabilità, la nostra passività che toglie forza a coloro che devono rappresentarci: noi dovremmo tenerli d'occhio, verificarne le strategie e le azioni ma dovremmo dar loro il nostro appoggio. Abbiamo molte scusanti: l'assillo del lavoro sempre più incalzante e sempre più soffocato dai gravami burocratici ma anche, credo, il re-

taggio antico di un lavoro in prevalente solitudine che ha contrastato lo sviluppo di una mentalità associativa. Per non parlare delle non rare situazioni accettate passivamente.

Il riferimento di Baglioni ai colleghi che fanno meno diagnosi e meno terapia e sono premiati è

del tutto esatto e non si tratta di eccezioni: le carriere dipendono molto più dai legami col potere - palese o occulto - che dalla bravura professionale. Finanche per alcune situazioni che ci colpiscono nel nostro buon nome siamo non esenti da responsabilità: se, per fare un solo esempio, possiamo ritenere i media colpevoli di diffondere spesso immotivatamente l'idea di malasania gravata da tante conseguenze tra le quali la Medicina detta difensiva gravida di sprechi, dovremmo riflettere quanto la nostra categoria vi abbia contribuito attraverso quei colleghi che hanno il privilegio di accesso a stampa e TV e che troppo spesso diffondono l'impressione errata di una Medicina onnipotente.

In quanto alla libertà, è «sì cara» ma mai assoluta. La spesa sanitaria diventerà sempre più un problema sociale e noi dovremmo tenerlo presente non

NICOLA PICCHIONE

Cardiologo Firenze, già ospedaliero e dirigente ANAAO

solo ogni giorno della nostra pratica sforzandoci di rispettare l'appropriatezza e di non cedere alle non rare richieste ingiustificate dei pazienti ma anche nell'incalzare il politico verso scelte adeguate delle quali si deve assumere la responsabilità affinché le conseguenze negative non vengano ingiustamente caricate su di noi.

Per finire, il singolo medico sarà sempre impotente di fronte a questi problemi e dovrà affidarsi ai suoi organi rappresentativi. Ad essi, ripeto, dovrebbe dare forza oltre a verificarne strategie e azioni concrete. Sino a quando i medici avranno interessi e visioni

molto diversificate subiranno sempre l'urto e il peso degli altri e non c'è bisogno di descrivere lo sfilacciamento della nostra categoria in gruppi e sottogruppi che non solo parlano poco tra loro ma che spesso inviano in alto messaggi del tutto diversi e talora opposti. Noi siamo figli di questa società in evoluzione e in involuzione che esalta danaro e apparenza nella quale rigore, libertà, rispetto, ideali trovano sempre meno posto: salvaguardarli diventa uno sforzo, spesso un remare controcorrente. Si finisce col sentirsi soli e indifesi, è comprensibile. **TM**

Letti per voi / Libri ricevuti

Toscana Medica 6/10



Medicina e sanità: snodi cruciali

Ivan Cavicchi

Edizioni Dedalo

Questo ultimo libro di Cavicchi, pubblicato dalle Edizioni Dedalo, rappresenta senz'altro il punto e la summa, ad oggi, del pensiero dell'autore sulle complesse e irrisolte problematiche dei rapporti tra medici, medicina e società. Un ampio lavoro di uno dei più avvertiti sociologi italiani che non solo conduce un approfondito esame della professione e dell'assistenza sanitaria nel nostro paese ma indica alcune strade da percorrere per superare le contraddizioni e le difficoltà che oggi vivono i professionisti della sanità e i loro pazienti. Come riprendere il filo perduto della relazione tra medico e paziente e farne realmente il perno dell'assistenza? E quale sarà il ruolo del medico in una medicina sempre più alienata nell'ipertecnologia delle cure? E come costruire un rapporto di possibile coesistenza tra deontologia e economia, tra equità e limitatezza delle risorse? La tesi centrale di Cavicchi è che la salute è una

priorità morale. Tutti gli attori della vicenda sanitaria, medici, amministratori e pazienti, sembrano condividere questa tesi, ma in pratica le visioni si diversificano come se ancora non si fosse trovata la misura per ricondurre un sistema così costoso e complesso a questo semplice fine. Cavicchi affronta tutte le questioni sul tappeto con dovizia di argomenti e ampiezza espositiva. Particolarmente significativi sono i capitoli dedicati alla questione professionale come questione etica, all'atto medico, agli infermieri, all'errore in medicina. Certamente uno dei suoi lavori più completi e densi di pensiero. Una riflessione a tutto tondo che non può non essere oggetto di altrettanta riflessione da parte dei medici che vivono sempre di più il disagio di una professione che cambia come se non riuscisse ad allinearsi alle mutate esigenze dei cittadini e della società.

Antonio Panti

Vivi te stesso

Società della Salute di Firenze, Nutrizione e Prevenzione

I medici di medicina generale Toscani stanno per ricevere un libro pubblicato a cura della "Società della Salute di Firenze" e dell'associazione "Nutrizione e Prevenzione".

Il volume «Vivi te stesso» è un libro sulle sensazioni prima dell'assunzione del cibo. Riassume una diecina di articoli internazionali; una versione scientifica in Inglese è stata richiesta dalla Central BioMed di Washington. L'obiettivo identificazione della sensazione soggettiva è stata conseguita misurando il glucosio nel sangue al momento della comparsa della sensazione. La glicemia infatti è rappresentativa della disponibilità di nutrimento ed energia per le cellule corporee. Il ritorno della misurazione allo stesso livello (nell'apprendimento iniziale) o della sensazione convalidata (poi) nello stesso modo (Fame Iniziale, FI), in media

fra 76 e 77 mg/dL, prima dell'assunzione di un nuovo pasto, indica il pareggio del bilancio dinamico ottimale dell'energia da pasto a pasto. L'applicazione pratica porta una diminuzione di circa un terzo dell'energia assunta, della resistenza all'insulina e dell'impegno immunitario (e stati infiammatori). L'utilizzazione delle misurazioni nell'individuare la fame iniziale è ingannevole nell'ora successiva all'assunzione di qualche grammo di cibo, nei cambiamenti della temperatura ambientale, nell'attività fisica come camminare o andare in bicicletta per mezz'ora o nello stress psichico. L'applicazione pratica è più facile nei giovani, nelle persone con istruzione universitaria o molto motivate dai propri malanni. Il beneficio nelle forme organiche è avvertibile dopo circa due anni di applicazione.

Mario Ciampolini

Di casa in casa

Maria Stella Padula

Edizioni Athena Medica Editore

Maria Stella Padula non è soltanto un'infaticabile e ottima organizzatrice e insegnante di medicina generale a Modena, ma anche un medico di famiglia diremmo all'antica, cioè attento e sensibile alle problematiche psicologiche, familiari, umane dei propri pazienti. Per questo ha avuto un'idea geniale, quella di costruire un libro con le storie personali di tanti pazienti scritte dai giovani studenti che la seguivano nel breve periodo di tirocinio. Un libro che dà un'idea concreta e non teorica della cosiddetta medicina nar-

rativa, che costituisce un tentativo didattico di grande rilevanza e, infine, cadenzato come è da brevi commenti dell'autrice, medico esperto, rappresenta anche un testo utile ai medici formati, quale esercizio di riflessione e consapevolezza su un tema oggi desueto, l'importanza fondamentale della visita domiciliare che deve essere rivalutata quale elemento indispensabile della cura per la migliore comprensione del paziente nel suo contesto di vita.

Antonio Panti

... Con il filo di Arianna

B. Bartalini, A. Battaglia

Psiconline

Per le edizioni Psiconline è uscito di recente questo lavoro a più mani, frutto della pluriennale esperienza di una psicologa e di un neurologo riabilitatore, acquisita nella unità per le cerebro lesioni acquisite, centro di eccellenza regionale toscano, della Versilia. Un testo completo e di grande interesse perché non si limita alla componente clinica del percorso riabilitativo dopo gravi cerebro lesioni, ma ripercorre le conoscenze sulla materia in una visione olistica dell'approccio a situazioni così coinvolgenti sul piano emozio-

nale e fisico. Situazioni che impegnano una famiglia, dei caregivers, ma anche un'intera équipe assistenziale che può ottenere successi nella misura in cui dispone delle più moderne tecnologie ma anche della capacità di affrontare questi pazienti nella loro interezza umana. Il libro si completa con un'ampia iconografia e con il racconto di casi significativi. Un testo di interessante lettura per medici e psicologi dal punto di vista clinico, metodologico e della conoscenza dei dati.

Antonio Panti

Vita dell'Ordine a cura di Simone Pancani



Toscana Medica 6/10

“Registro Medici Italiani”: attenzione alla truffa

Numerosi medici hanno ricevuto una lettera da parte di un sedicente “Registro Italiano dei Medici” che chiede di fornire i propri dati per una pubblicazione su internet. L'iniziativa sembra promossa da una società privata portoghese, è sottoscritta da un sedicente “responsabile del settore medico”,

del quale si ignora il nominativo e, nelle condizioni contrattuali, prevede il pagamento di una somma di denaro non indifferente per tale pubblicazione. L'Ordine suggerisce ai propri iscritti che hanno ricevuto questa lettera di non aderire alla proposta in quanto l'unica iscrizione legalmente valida in Italia, e

peraltro obbligatoria, è l'iscrizione all'Ordine professionale. Questo “Registro italiano dei Medici” è assolutamente sconosciuto e non può vantare nessun titolo legale per la pubblicazione di elenchi di professionisti. L'Ordine ha segnalato il caso all'Autorità Giudiziaria per gli accertamenti del caso.

Tessera sanitaria elettronica: attenzione alle truffe

L'Azienda Sanitaria di Firenze è venuta a conoscenza che alcuni sconosciuti si presentano al domicilio dei cittadini con il pretesto di consegnare e attivare la nuova carta sanitaria elettronica. L'Azienda Sanitaria di Firenze avvisa che la

consegna avviene esclusivamente via posta ordinaria direttamente all'indirizzo di residenza e nessun operatore o dipendente ASL è autorizzato alla consegna al domicilio. L'Azienda Sanitaria di Firenze invita pertanto a denunciare alle

Autorità di Pubblica Sicurezza ogni eventuale caso sospetto. Per informazioni e segnalazioni si prega di contattare il numero verde: 800.004477.

Sistema SISTRI per lo smaltimento dei rifiuti

In merito al nuovo Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti, denominato SISTRI, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ricorda che i medici e gli odontoiatri che esercitano nello studio privato (e quindi non sotto forma di impresa o ente), non sono tenuti ad aderire al sistema SISTRI, neanche quando svolgono l'attività sotto forma di studio associato. Infatti il nuovo sistema per il

momento riguarda esclusivamente le imprese o gli enti produttori di rifiuti e, quindi, non i singoli professionisti. Le novità che riguardano i medici e gli odontoiatri sono relative alla modulistica da conservare: infatti il medico e l'odontoiatra dovrà fornire all'impresa di trasporto dei rifiuti i dati necessari alla compilazione, da parte del trasportatore, della scheda SISTRI e conservarne una copia per cinque

anni. Poi il gestore dell'impianto di smaltimento trasmetterà al medico e all'odontoiatra copia della scheda SISTRI completa della presa in carico del rifiuto, attestante l'assolvimento degli obblighi di legge. Questi sono i documenti che il professionista è tenuto a conservare presso il proprio studio ed esibire alle autorità competenti in caso di verifiche o controlli.



Richiesta di compensi indebiti? Concussione!

Un medico ospedaliero, dirigente di struttura complessa, ha prospettato ad una paziente l'assoluta necessità di un intervento chirurgico e l'eventualità di una lunga attesa e degenza nell'ospedale pubblico, a fronte dei tempi molto più brevi della clinica presso la quale egli operava privatamente, ove però la paziente avrebbe dovuto pagare una ingente somma di denaro. Non solo: il medico ha anche prospettato la probabilità che, in caso di ricovero nell'ospedale pub-

blico, l'intervento venisse effettuato da altro medico, inducendo così la donna a promettere una dazione di denaro al medico affinché egli stesso procedesse personalmente all'operazione. Cosa, poi, effettivamente avvenuta. Secondo la Cassazione (VI sezione penale, sentenza n. 1998 del 18/01/2010) questo modo di comportarsi da parte del medico configura a tutti gli effetti il reato di concussione. Infatti le persone malate ed i loro familiari si trovano particolarmente indife-

se di fronte al medico preposto al pubblico servizio sanitario, dalle cui prestazioni dipende la conservazione di beni fondamentali, quali la salute e, in determinati casi, la stessa vita della persona. Quindi, anche la sola richiesta di compensi indebiti da parte del medico acquista, in tale situazione, quell'efficacia quantomeno induttiva sufficiente ai sensi dell'art. 317 cod. pen. per la sussistenza del reato di concussione.

Valutazione delle performances in sanità

Una maxi operazione di trasparenza, lanciata dal Ministero della Salute, con tutte le performance sanitarie passate ai "raggi x" mette in evidenza i migliori e i peggiori risultati conseguiti a livello regionale dalle ASL fino ai singoli ospedali. Questi dati, se messi in fila, mostrano un Paese spezzato in due, se non in tre parti. Con una sanità d'eccellenza concentrata in una manciata di Regioni: in particolare Toscana, Veneto ed Emilia Romagna, e il resto d'Italia che si divide tra la promozione con "sufficienza" e bocciature sonanti, tutte al Sud.

In tutto sono 34 gli indicatori messi a punto nel "Progetto Siveas" dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa. Indicatori che misurano le performance di Regioni e ospedali valutando "dall'ottimo al pessimo" i risultati sui servizi sanitari; come la percentuale di cesarei di cui si abusa al Sud (si va dal 61% della Campania al 23% del Friuli), o la capacità di operare rapidamente le fratture di femore: Bolzano è la migliore con oltre l'83% di interventi entro due giorni contro il 16% della Basilicata. Per non parlare del tas-

so di ospedalizzazione: in Puglia si contano ben 155 ricoveri per mille abitanti contro la virtuosa Toscana che ne registra 97. O infine l'indice di "fuga" dei cittadini dalla propria Regione per cercare cure altrove: i valdostani "scappano" più di tutti, contro i lombardi che sono invece i più fedeli ai propri servizi sanitari. Per ulteriori informazioni è possibile consultare l'apposita pagina del sito internet del Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=273&area=ministero&colore=2>.

Federsp.e.v Pensionati medici e superstiti

Da oltre 50 anni la Federspev è stata fortemente impegnata per difendere e tutelare i diritti e gli interessi dei pensionati medici e loro superstiti. In questi ultimi anni la vita della popolazione italiana, anche grazie ai progressi della medicina e della tecnologia, si è allungata, ma la classe politica non si è, invece, impegnata a sufficienza per affrontare i problemi derivanti dall'aumento del numero dei pensionati. Infatti i provvedimenti che i legislatori ed i governi hanno adottato in questi ultimi anni, sono stati quasi sempre punitivi nei confronti questa categoria peggiorando la situazione dal punto di vista sia economico che sociale.

Nel 1992 il Governo Amato con i cosiddetti interventi di risanamento dei conti dello Stato, sopprese l'aggancio delle pensioni alla dinamica salariale.

Nel 1995, decurtazione delle pensioni di reversibilità in presenza di reddito del percipiente.

Nel 2007, con la finanziaria del Governo Prodi, fu bloccata la perequazione automatica delle pensioni oltre i 3.000.= euro, mensili

lordi, che con la conseguente tassazione perdevano quasi il 40% del loro valore.

Ovviamente in risposta alla serie di questi provvedimenti che hanno penalizzato sia i pensionati che i loro superstiti, la Federspev durante i suoi Congressi Nazionali ne ha discusso per trovare e promuovere iniziative da portare agli Organi Istituzionali, al fine di riottenere quei riconoscimenti che erano stati tolti.

Abbiamo constatato che da soli non si va da nessuna parte. Insieme ad altre Organizzazioni di sindacati si può contare di più pur mantenendo la propria autonomia ed identità. Tutte le culture dell'essere "anziani e pensionati, oggi" debbono essere considerate una ricchezza per un confronto con realtà diverse; le differenze nascono dal fatto che viviamo in una Società che ha cambiato molti dei suoi paradigmi e che esige risposte nuove e moderne.

Come già ricordato in una precedente nota informativa si è tenuto a Roma un Convegno congiunto con altre sigle sindacali, al quale

ha partecipato il Comitato per la Difesa delle Pensioni di reversibilità che ha promosso la sottoscrizione della Petizione per l'abrogazione del comma 41 dell'art.1 della Legge 335-1995. L'ottimismo deriva anche dall'interesse e partecipazione di parlamentari che si sono impegnati a portare avanti le nostre richieste, da fare approvare da Camera e Senato. Ricordiamo la proposta dell'On. Giuliano Cazola, del Senatore Tiziano Treu e dell'On. Alessia Mosca, Segretaria Commissione Lavoro Pubblico e Privato della Camera dei Deputati. Altra importantissima iniziativa è stata presa dall'On.le Mazzucca ed altri firmatari, con la proposta di Legge C.D./2657 presentata il 29 luglio 2009, che richiede disposizioni per la restituzione delle quote di rivalutazione dei trattamenti pensionistici nell'anno 2008 tolte per effetto dell'art.1 - comma 19 - della Legge n. 247-2007.

Questa nota informativa, alla quale ne seguiranno altre, viene portata a conoscenza degli interessati, a cura dei Presidenti Provinciali della Federspev Toscana.



Alt a "Spice" e "n-Joy"

Il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha firmato un'ordinanza che prevede il divieto di "fabbricazione, importazione, immissione sul mercato e commercio (compresa la vendita on-line)" dei prodotti denominati "Spice" e "n-Joy", venduti come miscele aromatizzanti e profumatori di ambiente. L'Ordinanza prende le mosse da una segnalazione del Sistema nazionale di allerta precoce e risposta

rapida per le Droghe, che riferiva di alcuni casi di intossicazione acuta, specificamente attribuiti all'assunzione di tali prodotti. Apposite analisi chimico-laboratoristiche hanno rilevato la presenza in dette miscele di molecole di cannabinoidi sintetici (denominati JWH-018 e JWH-073), che, come confermato dall'Istituto Superiore di Sanità, sono pericolosi per la salute. La sintomatologia documentata dai

dati forniti dall'ISS e dal dipartimento Antidroga è riferibile a disturbi cardiocircolatori e a disturbi psichici, manifestatisi dopo l'assunzione delle sostanze attraverso il fumo. Contestualmente all'Ordinanza di divieto, sono state avviate le procedure per l'immissione dei cannabinoidi sintetici in questione nella tabella delle sostanze stupefacenti.

La Corte UE sugli incentivi ai medici prescrittori

Le autorità sanitarie inglesi hanno previsto un meccanismo di incentivi economici per i medici che prescrivono ai loro pazienti farmaci meno costosi, appartenenti alla stessa categoria terapeutica, con particolare riguardo ai medicinali anti-colesterolo, con lo scopo di ridurre la spesa farmaceutica pubblica. Questa normativa, però, è apparsa in contrasto con la direttiva comunitaria sui medicinali,

secondo la quale è vietato concedere, offrire o promettere vantaggi pecuniari o in natura ai medici in relazione al loro comportamento prescrittivo. La questione, quindi, è arrivata al vaglio della Corte di Giustizia di Strasburgo che, con una recente sentenza, l'ha risolta in favore del Governo Inglese. La Corte Europea ha precisato che il divieto di concedere incentivi ai medici prescrittori riguarda prin-

cipalmente le aziende farmaceutiche, che non possono attuare politiche promozionali, influenzando i medici. Il divieto non riguarda, invece, le autorità nazionali, che possono adottare simili strumenti per razionalizzare la spesa pubblica, sempreché i meccanismi incentivanti siano fondati su criteri obiettivi e trasparenti.

Radici storiche degli Ordini dei Medici

Nel 2010 gli Ordini dei Medici compiono 100 anni. Un anniversario storico importante che testimonia il prestigio dell'istituzione ordinistica, ma che è anche una sfida per il futuro, verso una rappresentanza della categoria più moderna e adeguata alle necessità emergenti. Per celebrare questo anniversario,

la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici sta organizzando diverse iniziative. Il primo contributo a questo scopo lo ha dato il Vice Presidente nazionale, Maurizio Benato, che ha pubblicato sul sito internet della FNOMCeO la prima parte della sua ricerca sulle radici culturali, politiche e sociali

che hanno portato alla nascita degli Ordini dei Medici. Per approfondire la materia, è possibile consultare l'apposita sezione del sito internet della FNOMCeO: <http://portale.fnomceo.it/PortaleFnomceo/listItemsByTag.2puntOT?tagId=500&page=1&rowsPerPage=10>.

"Vita indipendente": un aiuto per i disabili

Il progetto "Vita indipendente" è stato approvato dalla Regione Toscana ed è rivolto alle persone disabili, affinché possano ricevere finanziamenti che gli consentano di vivere in maniera autonoma. I destinatari, dunque, sono le persone maggiorenni residenti in Toscana con disabilità fisicomotoria-sensoriale permanente e con gravi limitazioni dell'auto-

nomia personale, con capacità di esprimere la propria volontà ed in possesso della certificazione di disabilità prevista dalla Legge 104/1992. Gli interessati possono presentare domanda all'Azienda Sanitaria di residenza, contenente un progetto personalizzato in cui siano evidenziate le richieste e le proposte di assistenza, la descrizione e la quantificazione delle ne-

cessità di aiuto e dei relativi costi. Apposite unità di valutazione delle Aziende Sanitarie verificheranno le richieste e i progetti pervenuti e assegneranno i finanziamenti sulla base delle disponibilità messe in campo dalla Regione. Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi alle unità di valutazione multidisciplinare (UVM) delle Aziende Sanitarie della Toscana.

Cessione dello studio e avviamento commerciale

Fino ad ora era sempre stato chiaro che, in caso di cessione di uno studio medico privato, il medico venditore non poteva chiedere il pagamento dell'avviamento commerciale, per il fatto che i clienti-pazienti sono legati al professionista da un vincolo fiduciario e, quindi, non è pensabile "trasferire" economicamente la clientela all'acquirente dello studio. Ma ora la Corte di Cassazione fa alcune interessanti precisazioni. Con la

sentenza n. 2860 del 09/02/2010, la Suprema Corte afferma che se è vero che non si può parlare di "avviamento commerciale" per uno studio professionale, è altrettanto vero che se il medico che cede lo studio favorisce la prosecuzione del rapporto della sua ex-clientela con il nuovo professionista (ad esempio, presentando il collega ai pazienti e impegnandosi a non riprendere l'attività nello stesso luogo), questo comportamento può

legittimamente essere compensato economicamente, per cui è valido l'accordo contrattuale con il quale il professionista acquirente dello studio si impegna a versare una somma al collega venditore a questo scopo. Insomma, i confini e le distinzioni fra professionisti e imprenditori sono sempre più labili e lo studio medico non è proprio parificabile ad una azienda commerciale, ma ci manca poco!



Opportunità di lavoro in Gran Bretagna

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici segnala che la società inglese "GlobalMediRec" offre opportunità di lavoro per gio-

vani medici neo-specialisti presso gli ospedali del servizio sanitario inglese. Attualmente la richiesta riguarda specialisti in Geriatria.

Per approfondire: <http://portale.fnomceo.it/PortaleFnomceo/showItem.2puntOT?id=76816>.

Chiarimento del Ministero sui certificati medici "non documentati"

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione Renato Brunetta ha firmato la Circolare n. 5 del 28/04/2010 che dà indicazioni sull'applicazione delle norme relative alle responsabilità e al regime sanzionatorio per i medici nel rilascio dei certificati di malattia. Si ricorderà, infatti, che la recente riforma operata dal Decreto Legislativo n. 150/2009 prevede la reclusione fino a cinque anni e la radiazione dall'Albo per il medico che rilascia un certificato falso o anche un certificato che attesta dati clinici "non direttamente constatati né oggettivamente documentati". Questa ultima disposizione aveva

causato notevoli problemi e perplessità nella categoria medica, soprattutto riguardo alla certificazione di patologie o sintomatologie impossibili da oggettivare. Dopo una serie di incontri con il Ministro, finalizzati a chiarire la portata della norma, l'attuale Circolare dà un notevole contributo alla chiarezza. Vi si afferma, infatti, che lo scopo della legge "è di evitare che siano rilasciati certificati o attestati di malattia senza aver valutato le condizioni del paziente nel corso di una visita e che siano formulate diagnosi e prognosi non coerenti con la buona pratica clinica. Quindi, l'applicazione della disposizione

deve tener conto delle regole proprie della pratica medica, che consentono di formulare diagnosi e prognosi anche per presunzione sulla base di dati riscontrati o semplicemente acquisiti durante la visita. Nell'applicazione della norma, pertanto, è rilevante la circostanza che i dati clinici siano stati o meno desunti da visita. In sostanza, in base a questa norma, la responsabilità del medico, con l'applicabilità delle sanzioni indicate, ricorrerà quando lo stesso rilascia attestati o certificati attestanti dati clinici non desunti da visita in coerenza con la buona pratica medica".

Stati Vegetativi e di Minima Coscienza in Toscana: uno studio regionale

Stato vegetativo (SV) e Stato di Minima Coscienza (SMC) sono condizioni cliniche che appartengono alla più ampia categoria delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCLA). La diagnosi dello SV è esclusivamente clinica e segue ad osservazioni ripetute ed accurate (gli esami strumentali possono comunque aiutare a confermare la diagnosi). Può essere una condizione temporanea, di transizione verso un recupero anche completo della coscienza, ma può diventare una condizione cronica. Quanto più lunga è la durata, tanto minori sono le probabilità di recupero. Lo SMC si distingue dallo stato vegetativo (Consensus Conference di Aspen, 2002) in quanto è riconoscibile una seppur minima risposta finalizzata e ripetibile agli stimoli esterni (il paziente piange e ride in modo appropriato, tenta di raggiungere oggetti o li manipola e segue con lo sguardo gli oggetti in movimento).

Il numero di pazienti portatori

dell'una o dell'altra condizione in una determinata popolazione (casi prevalenti) può essere conosciuta con difficoltà, perché diversa può essere la sede in cui vengono assistiti, anche a seconda della durata della loro condizione: in unità di terapia intensiva, in strutture di riabilitazione intensiva, in RSA, a domicilio, in strutture dedicate ai pazienti in coma. Secondo le stime della Consensus Conference SIMFER (Verona, 2005), si presume che, in Toscana, la prevalenza di casi di SV o SMC si aggiri tra i 100 e i 200 casi. Un tentativo più diretto di stimare in modo affidabile l'entità del fenomeno in Toscana è attualmente in corso, pur in assenza di una rilevazione sistematica specifica o di un registro, nell'ambito di un progetto regionale dedicato alla GCLA, coordinato dalla Agenzia Regionale di Sanità, con la collaborazione della Direzione Generale Diritto alla Salute e dell'Ordine dei Medici. Il progetto si propone anche di effettuare una

rivalutazione clinica dei pazienti, secondo criteri standardizzati e scientificamente validi e una conseguente revisione, se appropriata, del percorso assistenziale in cui i pazienti stessi sono attualmente collocati, anche in accordo alle indicazioni della DGR 599/09, che identifica il percorso "ideale" di tutti i pazienti con GCLA in Toscana. È verosimile che i modelli organizzativi delle diverse AUSL toscane siano differenziati e, in assenza di un registro dei casi, sarà probabilmente necessario consultare un elevato numero di fonti informative per poter comporre un'unica e affidabile immagine del fenomeno. Lo studio coinvolgerà pertanto inizialmente 3 aziende pilota (una per ciascuna area vasta), allo scopo di mettere a punto e validare il percorso di ricerca e poterlo poi estendere, su basi più solide, a tutta la regione.

Stefania Rodella
Osservatorio, Qualità Agenzia Regionale di Sanità

Mostra medici pittori, fotografi, scultori e scrittori a Firenze

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



BACHECA

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

OFFERTE LAVORO

- Medico Competente iscritto nell'elenco ministeriale cercasi per sopralluoghi e visite mediche clienti. ABE RICERCHE tel.055.68.33.86.
- Cercasi medici in possesso dei titoli necessari per svolgere le funzioni di MEDICO COMPETENTE così come previsto dall'art. 38 del D.lgs 81/08 e s.m.i. iscritti nell'elenco istituito presso il Ministero Della Salute . Tel 055.600546.
- Importante azienda ospedaliera tedesca del Nordreno-Vestfalia che appartiene ad una holding di complessivi 35 ospedali ricerca giovani medici o neolaureati per inserimento nella propria struttura. Sede di lavoro: Nord-Reno Vestfalia (Germania) I candidati prescelti avranno la possibilità di svolgere una specializzazione in anestesia, medicina interna e chirurgia e saranno inquadrati come "Assistenzarzt" retribuiti secondo le tabelle dell'impiego pubblico tedesco (€ 2.500 netti + dai € 400 ai € 1.000 per le guardie) e con ampie possibilità di carriera. È indispensabile una discreta conoscenza della lingua tedesca. La struttura ospedaliera è, inoltre, disponibile a fornire un corso di lingua tedesca per far acquisire ai candidati prescelti le necessarie competenze linguistiche. Questo avviso è rivolto anche ai laureandi in medicina. Per ulteriori informazioni rivolgersi all'associazione culturale "Alpe Adria KultTour" di Udine. Referente è il dott. Vincenzo Delle Donne. Indirizzo email: alpeadriakulttour@gmail.com.

CESSIONE ATTIVITÀ

- Odontoiatra cerca studio da rilevare nelle province di Firenze, Prato e Pistoia previo affiancamento. k.caiazza@email.it
- La Dott.ssa Giulia Paladini laureata in Medicina e Chirurgia con 110 e lode e abilitata alla professione presso l'Univ. di Firenze è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche in case di cura private, servizi sportivi, servizi in strutture assistenziali e turistiche, colonie estive in FI / PO e prov. Cell. 333.4969758 Abitaz. 055.8428274.

COLLABORAZIONI TRA MEDICI

- Medico Fisiatra, specialista anche in Medicina Termale, Chirurgia della Mano, Medicina Aeronautica e Spaziale, esperienza ultraventennale come Direttore sanitario valuta proposte di Direzione Sanitaria - Responsabilità di Branca specialistica (Fisiatria - Medicina Termale). E mail: info@carusofisioterapia.it Cell. 335.6830959.
- Odontoiatra, specializzanda in ortodonzia, cerca collaborazione in pedodonzia- ortodonzia. Esperienza in ortodonzia fissa e mobile, visibile ed invisibile. Cell. 333.2490771.
- Odontoiatra con esperienza quindicennale in conservativa, endodonzia (Mtwo), protesi fissa, mobile e implantologia, offre la propria collaborazione presso studi della prov. di FI, PT, PO. Cell. 338.2353408.
- Giovane odontoiatra laureata con il massimo dei voti e lode presso l'Univ. di Firenze ad aprile 2009, con corso di perfezionamento in odontoiatria conservativa estetica con metodiche dirette e frequentatore presso la clinica univ. nel reparto di conservativa e ambulatorio filtro da settembre 2009; cerca collaborazione per conservativa, igiene e piccola chirurgia presso studi odontoiatrici di Firenze e dintorni. E-mail: ilaria_fusco@alice.it
- Odontoiatra esperienza decennale offre collaborazione seria e duratura in conservativa, endodonzia, protesi presso studi dentistici in FI, PO e comuni limitrofi. Cell. 338.6617368.
- Odontoiatra specializzanda in ortodonzia cerca collaborazione in pedodonzia-ortodonzia. Esperienza in ortodonzia fissa e mobile, visibile ed invisibile. Cell. 333.2490771.

SOSTITUZIONI ODONTOIATRICHE

- Odontoiatra si rende disponibile per sostituzioni durante i mesi estivi in studi di FI, PO e PT. Cell. 345.2662517.

SOSTITUZIONI

- Dott.ssa Moneglia 110/110 e lode, abilitata alla professione di medico chirurgo, borsa post laurea in medicina interna è disponibile per sostituzioni medicina generale, case di cura private, competizioni sportive in FI, S.Casciano, Bagno a Ripoli, Scandicci e zone limitrofe. Cell. 328.6976438.
- La dr.ssa Francesca Monami è disponibile per sostituzioni a mmg o in Case di Cure private in FI. Cell. 334.2872825.
- La dr.ssa Valeria Selvi è disponibile per sostituzioni a mmg o in Case di Cure private in FI e prov. Cell. 333.3547618.
- Il Dott. Durmo Rexhep, laureato ed abilitato, presso la facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni dei medici di Medicina Generale/Guardia Medica/Servizi Sportivi/ Servizi in Strutture Assistenziali e Turistiche, prelievi/ a Firenze e in Provincia. Tel 340.1585962.
- Dott.ssa Moneglia, 110 e lode tesi in psichiatria marzo 2009, borsa post laurea in medicina interna, è disponibile per sostituzioni medico di famiglia nella zona di Firenze, Scandicci, Bagno a Ripoli, S.Casciano e zone limitrofe dal mese di giugno al mese di settembre. Cell. 328.6976438.
- La Dott.ssa Giulia Paladini laureata in Medicina e Chirurgia con 110 e lode e abilitata alla professione di Medico Chirurgo presso l'Università degli Studi di Firenze è disponibile per sostituzioni a Medici di Medicina Generale, guardie mediche in case di cura private, servizi sportivi, servizi in strutture assistenziali e turistiche, colonie estive in FI / PO e prov. Cell. 333.4969758 Abitaz. 055.8428274.
- Il Dr. Yuri Mariannini, laureato presso la facoltà di Medicina di FI, 110/110, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche in strutture private, assistenza medica a competizioni sportive in FI Sud, Bagno a Ripoli, Val di Sieve, Fiesole. Cell 328.7884117.
- Dott. Mauro Devecchi laureato ed abilitato presso Univ di Milano nel 2009, con esperienza presso colleghi massimalisti e di docenza BLS lavoratori, si rende disponibile per sostituzioni MMG, Guardia Medica, servizi sportivi (già medico sociale A.S.D. RUGBY Dalmine, serie C) a FI e in prov. 349.5235085.
- La Dott.ssa Franci Irene, laureata e abilitata, presso la Facoltà di Medicina di FI, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni dei mmg/guardia medica/servizi sportivi/ Servizi in Strutture Assistenziali e Turistiche/ a FI e in prov. Tel 349.1387091.
- Il Dott. Nreu Besmir, laureato ed abilitato, presso la facoltà di Medicina di FI, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni dei mmg/Guardia Medica/servizi Sportivi/ servizi in Strutture Assistenziali e Turistiche, prelievi/ a FI e in Prov. Cell. 320.1606778 Mail: dbnreu@gmail.com.
- Il Dott. Guarino Carlo, laureato, presso la facoltà di Medicina di Roma Tor Vergata, abilitato presso l'Univ. di Siena, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni dei mmg/guardia medica/servizi sportivi/ Servizi in Strutture Assistenziali e Turistiche, prelievi/ a Firenze e in Provincia. Cell 347.5508870.

STRUMENTI VENDESI

- Vendo ecografo GE LOGIQ 400 PRO Ecocolordoppler PW Monitor alta definizione 15 pollici Color power Color angio Sonda convex Sonda lineare Apparecchiatura garantita Prezzo € 7000,00. Cell. 3898061889.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

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

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

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



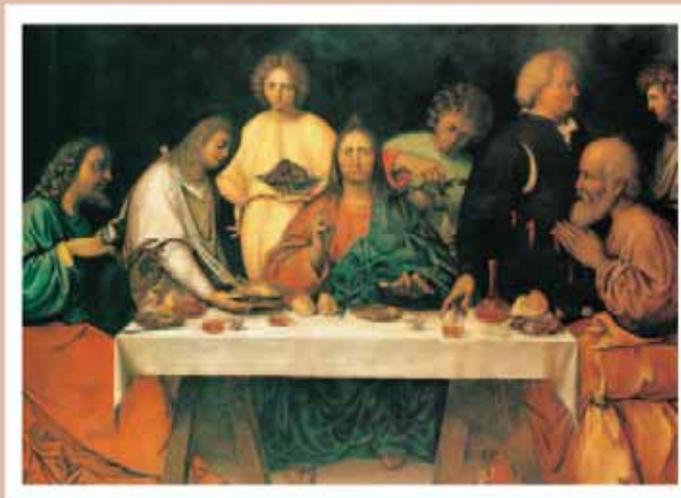
Certificato Nr
50 100 4785

VACO 05-05

Manfredo Fanfani

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

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



Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

