



ToscanaMedica

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



HCV: siamo a una svolta?

D. Bartolozzi, M. Brunetto, A. Messori,
M. Ruggeri, M. Zazzi, A.L. Zignego

Protocollo Operativo per la gestione dell'iperglicemia in ambito ospedaliero

G. Di Cianni, A. Camaiti, M. Cei, A.M. Cenci,
L. Coppini, V. Norfini, O. Marino, F. Orlandi,
A. Pavese, C. Sannino, S. Dini, R. Bigazzi

Sfide etiche dell'innovazione della Medicina

A. Vannucci

Certificati medici e Iva

G. Morrocchesi

N° 6 GIUGNO 2012

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- In ricordo di Venturino
F. Napoli 4

EDITORIALE

- Se la medicina è malata curiamo i medici
A. Panti 5

OPINIONI A CONFRONTO a cura di *Simone Pancani*

- HCV: siamo a una svolta?
*D. Bartolozzi, M. Brunetto, A. Messori,
M. Ruggeri, M. Zazzi, A.L. Zignego* 7
- Triplice cura per l'epatite C
A. Panti 15

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Orbetello contro il dolore
P. Addamo e coll. 16
- Protocollo Operativo per la gestione dell'iperglicemia in ambito ospedaliero
G. Di Cianni e coll. 18
- La nascosta inequità nel sistema di cure della salute
S.E. Giustini e coll. 22
- La riabilitazione "bella e possibile"
M.G. Muraca e coll. 24
- Il mistero delle unghie verdastre
E. Solito e coll. 25
- Sfide etiche dell'innovazione della Medicina
A. Vannucci 35
- Certificati medici e Iva
G. Morrocchesi 38
- Il Sistema di Allerta Rapido Alimenti e Mangimi (SARAM) nell'Azienda Sanitaria di Firenze
A. Sala e coll. 41

REGIONE TOSCANA

- Organizzare la "Memory Clinic"
A. Bavazzano, L. Tonelli 27
- Farmacovigilanza Toscana: 2011 segnalazioni in netto aumento!
M. Parrilli 31

- Epidemiologia della demenza in Toscana
R. Matilde, S. Cipriani, F. Paolo 33

BACHECA

RICERCA E CLINICA 37

- Le prospettive delle neuroscienze toscane
P. Palumbo 43
- L'approccio posteriore "open" nel trattamento delle fratture del rachide toraco-lombare
M. Dobran e coll. 45
- Approccio diagnostico e terapeutico al paziente con tosse cronica
C. Magni e coll. 46

CORSI E CONGRESSI

SANITÀ NEL MONDO 44

- C'è un'alternativa alle RSA?
G. Maciocco 52

LETTERE AL DIRETTORE

- Dalla sessualità all'eutanasia: un contributo autorevole e sereno
M. Barni 54
- Un dibattito infinito: medicina integrata e Servizio Sanitario...
A. Panconesi 55
- ...e rapporto medico-paziente
M. Sanfilippo 55
- Una risposta "dal fronte"
M. Cecchi 56
- Generici e biosimilari
L. Zilletti 56

LETTI PER VOI 57

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

NOTIZIARIO a cura di *Bruno Rimoldi* 60



Fondato da **Giovanni Turziani**
Anno XXX n. 6 - Giugno 2012
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In copertina: *Mostra Fiesole - ritratto di Michelucci, cemento e polvere di pietra, 1953, h 50, Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia spa*

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

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

http://www.ordine-medici-firenze.it
e-mail: toscanamedita@ordine-medici-firenze.it

Editore

Edizioni Tassinari

viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze

e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it

tel. 055 570323 fax 055 582789

e-mail: riccardo@edizionitassinari.it

http://www.edizionitassinari.it

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina

via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



In ricordo di Venturino

Dieci anni fa moriva Venturino Venturi, nativo di Loro Ciuffenna in Valdarno, disegnatore, pittore, ritrattista, soprattutto scultore, figura d'artista e di uomo sempre alla ricerca di una capacità espressiva che andasse *oltre*, capace di dare corpo ad una emozione fortemente sentita nei confronti dell'aspetto interiore e spirituale: *Mi rodo mi rodo mi torturo per sfociare e rimango avvinghiato al cervello e il mio animo non si manifesta. C'è in noi un filo che si sviluppa nel cielo e si innalza sempre di più. Gli corro dietro ma non riesco mai a raggiungerlo* (1960).

A questo personaggio viene dedicata una mostra articolata in più sedi: l'iniziativa si titola *In ricordo di Venturino* e si sviluppa tra Fiesole, Pontassieve e Prato con aspetti diversi.

Sul colle fiesolano è esposto *Il dono dell'assoluto. Venturino Venturi a Fiesole* e si articola fra Sala del Basolato, Museo Bandini, Seminario Arcivescovile e Badia Fiesolana: esposto è un arco di produzione cinquantennale (dal 1946 agli Anni '90), fra lavoro e passione, espresso attraverso materiali diversi (legno, cemento, pietra), con la figura soggetto centrale perché riferimento tangibile ad una realtà mai dimenticata dall'autore, il quale attraverso di essa trova quel silenzioso dialogo con lo spettatore che rende la sua opera popolare. *Venturino ha espresso la propria dolcezza, la propria solitudine in un colloquio ideale con la gente che possa capirlo e per fare capire i suoi convincimenti sull'arte nella quale l'antico e il nuovo o l'esperienza e l'intuizione giocano ruoli quasi magici* (Tommaso Paloscia, 1988).

In queste opere esposte a Fiesole, è un istinto personale che prende forma, evidenziando nella stessa lavorazione delle opere una manualità che spesso lascia evidenti tracce del proprio passaggio sulla superficie delle opere, con un segno che rintraccia il sacro nel quotidiano.

Venturino Venturi 1958 è il titolo della presenza a Pontassieve presso la Sala delle Colonne: inquadra un anno cruciale nella vita dell'artista, quando giunge infine il tempo di un ritorno tra gli altri dopo il periodo di cura presso la struttura psichiatrica di San Salvi.

Il grande lavoro, appassionato contrastato e fisicamente usurante della "piazzetta" nel Parco di Pinocchio a Collodi (straordinario esempio di spazio della fantasia e della innocenza, di fatto precursore di tanti successivi parchi tematici di sculture) porta Venturino ad una forte depressione: ma proprio nel 1958 riprende a lavorare uscendo

dal tunnel ed in mostra a Pontassieve sono esposte opere di quell'anno, dalle grandi dimensioni su carta, che recuperano anche forme di innocenti e dolenti Pinocchi.

Il Vangelo di Venturino a Prato è il titolo della sezione espositiva di

questa ampia mostra dedicata all'artista di Loro Ciuffenna, qui ospitata presso il Museo dell'Opera del Duomo e il Palazzo Vescovile di Prato.

Esposti sono i due temi del *Vangelo* e della *Via Crucis*, il primo illustrato in 44 formelle di gesso e polvere di marmo poi dipinte ad olio (Anni '70), la seconda articolata in 15 lamine di alluminio a sbalzo (Anni '80): qui riaffiora in tutta la sua forza la capacità sintetica dell'artista, dove la semplificazione dell'immagine non va comunque a detrimento della chiarezza comunicativa, anzi la esalta toccando direttamente le corde più interiori dell'animo umano.

In ricordo di Venturino

Fiesole, Pontassieve, Prato (sedi e orari diversi)
fino a giugno (in permanenza a Prato)



Mostra Fiesole - Donna Seduta, bronzo, 1950, h 120 cm, Galleria degli Uffizi di Firenze



Se la medicina è malata curiamo i medici

ANTONIO PANTI

I medici dovrebbero essere i più sereni degli uomini; la medicina miete continui trionfi e il medico svolge un ruolo pervasivo tra prevenzione e cura non solo dei malati ma delle persone sane. La medicina si occupa di tanti aspetti della vita che sembra non aver più limiti, mentre i mass media dedicano alla salute più spazio che a ogni altra notizia. Eppure i medici vivono un periodo di disagio e di incertezza; i giovani lamentano scarse speranze, gli anziani anticipano la pensione.

I medici fanno il proprio dovere traendo tuttavia minor soddisfazione da una professione che ha sempre avuto un elevato ruolo sociale. Molti possono pensare: "Sognavo di fare il medico" e mi trovo oppresso dalla burocrazia, condizionato dal budget, timoroso di richieste risarcitorie per cui prescrivere accertamenti per evitare accuse, alle prese con un diritto affidato alla fantasia dei magistrati e al desiderio di guadagno degli avvocati, mentre i confini della medicina si spostano continuamente e pongono problemi etici che altri discutono ma il medico deve quotidianamente e da solo affrontare. I pazienti premono più con i loro desideri che con i loro bisogni, tra illusioni di eterna giovinezza e rifiuto della morte. Abbiamo creato una medicina meno difensiva della salute del paziente che dei timori del medico.

È come se vi fosse troppa distanza tra i progressi della scienza, che mettono a dura prova il medico di fronte alle attese della società, e le illusioni o i desideri dei cittadini, i condizionamenti della politica, la sete di certezza dei magistrati di fronte al probabilismo della scienza, le tensioni ideologiche e le questioni etiche che oggi condizionano la sanità.

Politica, mass media, magistratura e scienza confliggono l'un l'altra e il medico perde serenità. Perché il servizio sanitario (il datore di lavoro) non mostra di occuparsene? Eppure la cosiddetta centralità del paziente ha senso se vi è un medico disponibile a prestare la sua opera, con cura e prendendosi cura, in condizioni psicologiche ottimali.

A suo tempo ho posto anch'io una piccola pietra alla costruzione della riforma sanitaria. Non sono un pentito, anzi più ci si addentra in un mercato senza regole più ritengo giusto difendere i cittadini garantendo universalità del diritto alla tutela della salute e uguaglianza nell'accesso alle prestazioni. Tuttavia oggi la *centralità del paziente* è diventata una sorta

di mantra, un'enunciazione apotropaica buona per salvarsi l'anima e invece tenersi stretti i propri interessi. Il paziente sta in ospedale pochi giorni e ci deve vivere al meglio, il medico ci trascorre la vita e ha lo stesso diritto. Così è per tutti i medici, convenzionati e liberi professionisti. Insomma è tempo di occuparsi delle condizioni di lavoro dei medici.

Quindi non basta ripensare i paradigmi fondanti della medicina, occorre riflettere sul futuro della sanità intesa come caposaldo culturale, sociale e politico e non solo economico nel mondo della globalizzazione. Il modello che si delinea, in una nuova interpretazione della *welfare community*, è indirizzato al razionamento delle prestazioni in una temperie di disuguaglianza e iniquità, con conseguente sfiducia dei cittadini e disaffezione degli operatori. La crisi di sostenibilità del servizio incide profondamente sul patto tra medici e sanità e tra questa e il paese. Occorre ridisegnare una sanità sostenibile senza tradirne universalità, equità, uguaglianza ma puntando su efficacia, qualità, sicurezza, appropriatezza. Insomma occorre raccogliere proposte per rivitalizzare i principi fondanti del patto con la società, tra sanità e paese, che finora hanno sostenuto i diritti di coesione sociale.

Altresì tutti gli attori del sistema debbono lavorare insieme per la trasparenza del governo della sanità. L'azienda sanitaria ha mancato troppi bersagli, rivelandosi più uno strumento di controllo contabile che di sviluppo di energie produttive, tra le quali i medici. La sanità deve essere rivista avendo ben presente la specificità della produzione di salute, che richiede tempo (il contrario del fordismo imperante), secondo il modello di *azienda di servizi*. Così com'è la sanità non produce quanto vorrebbe e scontenta molti, professionisti e cittadini. Vorremmo cittadini più *contenti* e meno *accontentati*, medici più partecipi e meno delusi.

Il dibattito sui confini della medicina e su ciò che può essere garantito nei servizi sanitari è vivissimo in tutto il mondo. La costruzione politica ed etica che ne scaturirà nei prossimi anni non può non interessare i medici, che non debbono astrarsi da questo confronto pubblico. È il tema che l'Ordine di Firenze vuol affrontare a partire da un convegno, che si terrà venerdì mattina 12 ottobre 2012 presso l'Auditorium del CTO di Firenze.

TM

Errata Corrige

Per un errore del Proto nell'editoriale del numero di Maggio è saltata la firma. L'autore dell'articolo "Morto per troppi errori" è come sempre il Direttore della rivista, Antonio Panti.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

CONVEGNO

Chi cura i curanti? Il disagio dei medici nella sanità moderna

Venerdì 12 ottobre 2012

Auditorium CTO, Largo Palagi 1 Firenze

La crisi della professione è spesso chiamata in causa per spiegare il disagio che oggi vivono i medici. Tuttavia una riflessione complessiva non è stata ancora affrontata. Questo è l'ambizioso obiettivo del convegno. Di fronte a una medicina che coglie sempre maggiori e travolgenti vittorie, di fronte a un avvenire che si presenta foriero di risultati scientifici e terapeutici finora impensabili, il medico vive una condizione ambivalente di garante dei successi della medicina e, nello stesso tempo, di ruota di un ingranaggio enorme e incontrollabile, fatto di budget, di burocrazia, di richieste risarcitorie, di domande illusorie, di desideri scambiati per bisogni, di scelte ardue al limite dell'etica, di una medicina dai confini troppo mobili in una sanità in continua trasformazione. Eppure solo la serenità del medico può garantire al paziente di ricevere le cure migliori e che qualcuno si prenderà umanamente cura di lui. La centralità del paziente non si concretizza senza un rinnovato patto con la società che restituisca al medico un ruolo adeguato alla sua opera. Vogliamo iniziare una riflessione tra medici per estenderla a tutta la cittadinanza.

- 08:30** Saluto delle autorità (*Daniela Scaramuccia, Valtere Giovannini*)
- 08:45** Introduzione al convegno (*Antonio Panti*)
- 09:15** La crisi di identità del medico, tra senso di onnipotenza e limiti della medicina (*Sandro Spinsanti*)
- 09:45** Sognavo di fare il medico (*Roberto Satolli*)
- 10:15** Il benessere del medico come obiettivo del servizio (*Laura Belloni*)
- 10:45** Le aspettative dei giovani tra attese e preoccupazioni (*Commissione giovani, Ordine dei Medici di Firenze*)
- 11:15** Discussione
- 12:15** **Tavola rotonda** (*Chairman Giancarlo Berni*)
La relazione di cura e i problemi del curante: riflessi sul governo clinico
Discussants:
Riccardo Cassi, Gian Franco Gensini, Giacomo Milillo, Teresita Mazzei, Carlo Palermo
- 13.30** *Conclusioni: un patto con la società* (*Amedeo Bianco*)
- 14.00** Fine lavori

Al termine dei lavori verrà offerto un light-lunch

Segreteria Organizzativa:

Ufficio Relazioni Esterne - Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze
Tel. 044.496522 int 3

Si prega di dare cortese conferma di partecipazione entro il 30 settembre 2012
e-mail: relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it



HCV: siamo a una svolta?

TOSCANA MEDICA – Iniziamo con una panoramica generale dell'infezione da HCV, riconosciuta recentemente problema di salute globale da parte dell'OMS e particolarmente diffusa nel nostro Paese.

RUGGERI – Una cifra mi sembra estremamente significativa: ad oggi nel mondo sono circa 170 milioni le persone infettate dal virus dell'epatite C. La prevalenza dell'infezione è comunque variabile, bassa nel nord-Europa, USA, media nel sud-Europa, Asia, elevata in Africa.

I pazienti che hanno ricevuto trasfusioni prima del 1992, quelli che ricevono emoderivati, coloro che fanno o che hanno fatto uso di droghe per via venosa o di cocaina per via nasale, gli emodializzati rappresentano le classiche categorie a rischio, ma accanto a questi esiste un grosso numero di persone, definibili come casi sporadici, che non presentano in pratica rischi evidenziabili. Questo gruppo può rappresentare in alcune casistiche più del 50% dei casi.

Circa il 70-80% delle epatiti acute da HCV danno una forma di epatite cronica, nel 20% di queste compare cirrosi. I pazienti cirrotici nel 2-4% per anno sviluppano l'epatocarcinoma.

La presentazione tipica di una epatite cronica C è spesso asintomatica. Più del 30% dei pazienti con epatite cronica C hanno livelli di transaminasi persistentemente normali.

La severità del danno istologico può non infrequentemente risultare superiore alla gravità delle alterazioni cliniche e biochimiche.

BRUNETTO – I dati che fanno parlare l'OMS di problema di salute globale si riferiscono alla prevalenza della reattività per anti HCV, con l'identificazione quindi di soggetti che sono stati esposti al virus anche se questo non necessariamente implica la presenza di un'infezione attiva o di un'epatite. Si stima però che circa 2/3 dei soggetti anti-HCV positivi presentino una viremia dosabile, segno di infezione in fase di attività, condizione che, in genere, si associa alla presenza di un danno epatico.

I dati relativi alla prevalenza dell'infezione da HCV in Italia risentono di studi condotti in aree geografiche relativamente piccole, purtroppo manca uno studio epidemiologico sistematico su scala nazionale. Con i limiti su esposti, la rappresentazione della distribuzione dell'infezione da HCV in Italia dimostra la presenza di un gradiente che aumenta da nord verso sud e di un "effetto coorte" per il quale la prevalenza dell'infezione aumenta significativamente con l'età della popolazione.

Questo riflette la storia epidemiologica dell'infezione da HCV che in Italia dal dopoguerra si diffuse in modo "quasi epidemico" con l'aumento della "medicalizzazione" della popolazione, in particolare con la diffusione di terapie per via parenterale somministrate con siringhe non monouso e delle pratiche trasfusionali (sangue ed emoderivati). In tempi più recenti l'assunzione di sostanze

stupefacenti per via endovenosa ha costituito l'altra importante causa di diffusione del virus. Concludendo possiamo descrivere una distribuzione dell'infezione ad andamento bimodale con due picchi: la coorte più giovane rappresentata più spesso, anche se in modo non esclusivo, dai tossicodipendenti per via endovenosa, attivi o pregressi, la seconda comprendente soggetti più anziani che sono stati esposti al contagio dagli anni Cinquanta alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso a causa di

incongrue procedure di carattere medico.

ZIGNEGO – Vorrei aggiungere due considerazioni a quanto detto finora. Secondo quanto osservato anche in Italia esiste una vera e propria epidemia "silente", purtroppo anche tra il personale sanitario, dimostrata dal fatto che, in certi studi, solo il 45% degli HCV positivi risulta conscio dell'infezione. La seconda osservazione è legata al fatto che oggi si assiste sempre di più alla diffusione del contagio legata a pratiche di natura estetica considerate a torto "innocenti" come l'esecuzione di piercing o tatuaggi e, soprattutto nelle regioni meridionali, all'impiego da parte di molti barbieri di lamette non monouso.

TOSCANA MEDICA – Al pari di quanto avvenne con le campagne di prevenzione contro l'AIDS che spesso erano incentrate proprio sui comportamenti a rischio come quelli ricordati adesso dalla dott.ssa Zignego, sarebbe utile mantenere alta la guardia anche per quanto riguarda l'infezione da HCV?

BARTOLOZZI – Certamente sì e questo è proprio l'impegno che SIMIT toscana si è preso nei confronti della Regione, con l'intento di realizzare campagne promozionali ed educazionali nelle scuole al fine di limitare al massimo il contagio legato all'assunzione di stupefacenti per via parenterale. Bisogna tuttavia riconoscere che, seppure limitata grazie alla maggiore attenzione in certe attività quali quelle estetiche e di barberia, la circolazione del virus non si è ancora ridotta in maniera realmente significativa, soprattutto in confronto a quello dell'HIV che peraltro è molto più sensibile dell'HCV all'azione di agenti esterni quali il calore e molti disinfettanti.

DARIO BARTOLOZZI¹, MAURIZIA BRUNETTO²,
ANDREA MESSORI³, MAURO RUGGERI⁴,
MAURIZIO ZAZZI⁵, ANNA LINDA ZIGNEGO⁶

¹ Presidente Sezione Toscana, Società Italiana Malattie Infettive e Trasmisibili

² Direttore UO Epidemiologia - Centro di Riferimento Regionale per la diagnosi e il trattamento delle epatopatie croniche e del tumore del fegato - AOU Pisana

³ Direttore UO Health Technology Assessment, ESTAV Centro

⁴ Presidente Regionale toscano, Società Italiana di Medicina Generale

⁵ Professore di Microbiologia dell'Università di Siena e Dirigente biologo dell'AOU Senese

⁶ Direttore Centro Manifestazioni Sistemiche Virus Epatitici (MASVE); Professore di Medicina Interna dell'Università di Firenze, UO Medicina Interna ed Epatologia, AOU "Careggi", Firenze

RUGGERI – Il livello di attenzione certamente cala anche in ragione della ormai nota disponibilità di efficaci terapie antiretrovirali per l'HIV, che, seppure non risolutive, consentono ai pazienti di condurre per lunghi periodi di tempo una vita pressoché normale.

ZIGNEGO – Tornando alla sensibilità del virus, ricordo che quello dell'epatite C può resistere oltre 16 ore nell'ambiente esterno e questo deve necessariamente essere tenuto presente nelle strategie di prevenzione, basate senza dubbio, in primo luogo, su una informazione corretta e comprensibile. Bisogna pertanto, senza colpevolizzare troppo i pazienti, mantenere alta l'attenzione sui comportamenti erroneamente ritenuti "innocenti", osservando con attenzione, allo stesso tempo, le sacche persistenti di infezione rappresentate da quegli anziani che magari neppure sanno di essere infetti.

BRUNETTO – Una corretta informazione del medico di Medicina Generale circa il più adeguato approccio per identificare il potenziale portatore di infezione da HCV rappresenta realmente un intervento di enorme importanza. In tal senso nel 2005 l'Istituto Superiore di Sanità organizzò una consensus conference, che identificò i soggetti a rischio di infezione, per i quali si ritenne indicato lo screening. In particolare, vennero riconosciuti come categorie a rischio i soggetti che hanno ricevuto emoderivati o trapianti d'organo prima del 1992 o fattori della coagulazione prima del 1987, i conviventi di soggetti anti HCV positivi, gli emodializzati, i soggetti con tossicodipendenza pregressa o attiva, soggetti con attività sessuale promiscua e storia di malattie sessualmente trasmesse.

A questo punto appare evidente che la collaborazione stretta tra l'epatologo ed il medico di medicina generale, profondo conoscitore dei propri assistiti e delle loro abitudini, diventa cruciale per identificare quelle persone che potrebbero beneficiare di un'attività mirata di screening. L'identificazione di uno stato di portatore asintomatico dell'infezione da HCV (va tenuto presente che oltre l'80% dei soggetti infetti è asintomatico) potrà garantire non solo la messa in atto di quelle precauzioni che limiteranno il rischio di contagio a livello della vita familiare e di relazione, ma anche la modificazione degli stili di vita (eccessiva assunzione alcolica, dieta ipercalorica e/o sbilanciata con rischio di sovrappeso e sviluppo di insulino resistenza) che potrebbero contribuire alla progressione del danno epatico, l'inquadramento della malattia di fegato e infine il trattamento dell'epatite C, se necessario.

ZIGNEGO – La richiesta di screening più generalizzati oggi risente anche dell'interesse di molti specialisti non epatologi, viste le molteplici manifestazioni patologiche (ad esempio reumatologiche, nefrologiche, dermatologiche, neurologiche) che dovrebbero essere prese in considerazione quando si parla di infezione da virus C. Esiste, infatti, tutta una gamma di affezioni dovute all'infezione, ma di pertinenza non strettamente epatologica, dai contorni spesso mal definiti, che finisce per imporre a molti malati lunghi e costosi iter di diagnosi e cura prima di pervenire al corretto inquadramento.

RUGGERI – Nonostante le osservazioni che sono state fatte finora siano certamente giuste e perfettamente condivisibili, devo tuttavia rimarcare che in molti casi i medici di famiglia trovano difficoltà ad inquadrare in qualcuna delle categorie così ben definite in teoria i propri pazienti per i quali sia ipotizzabile un rischio infettivo,

attivo o pregresso, da virus C. Il grosso delle loro casistiche è ad oggi rappresentato da soggetti anziani, per lo più di sesso femminile senza evidenti fattori di rischio e da altri soggetti, in numero nettamente inferiore, di età compresa tra 35 e 40 anni che un decennio fa, più o meno, erano dediti alla tossicodipendenza per via endovenosa.

TOSCANA MEDICA – *Gli screening selettivi a livello di determinate classi di popolazione potrebbero essere in grado di fare emergere il "sommerso" che ancora oggi si lega all'infezione da HCV?*

RUGGERI – Penso che difficilmente si potranno ottenere risultati significativi in questa direzione, lasciando l'iniziativa soltanto alla buona volontà dei singoli medici. La Medicina Generale potrebbe indubbiamente, apportare un grosso contributo conoscitivo, attraverso una eventuale attività organizzata nell'ambito delle associazioni complesse delle cure primarie magari in collaborazione con le Società scientifiche mediche e l'Igiene pubblica.

BARTOLOZZI – Il "sommerso" del quale stiamo parlando va senza dubbio scovato perché limitare la circolazione del virus appare azione di fondamentale importanza. Tra l'altro, mentre le nuove terapie disponibili per l'HIV hanno senza dubbio ridotto la diffusione virale e malauguratamente anche fatto abbassare la soglia di attenzione per questa infezione, nel caso dell'HCV l'efficacia terapeutica attualmente raggiungibile non è ancora certamente a livelli soddisfacenti.

ZIGNEGO – Non bisogna però dimenticare che, a differenza soltanto di qualche anno fa, con le terapie oggi disponibili contro l'HCV in una percentuale consistente di pazienti si può ottenere l'eradicazione completa, cioè "a vita" del virus. Questo significa che forse dovrebbe anche cambiare il nostro atteggiamento nei confronti delle iniziative di screening, visto che tale eradicazione del virus si correla, come è ovvio, ad un'importante riduzione dei costi complessivi della malattia in termini di riduzione dei casi di cronicizzazione, cirrosi epatica ed epatocarcinomi, nonché di patologie extraepatiche talvolta gravemente invalidanti. In altre parole, considerando che oggi abbiamo più armi a disposizione di quanto avveniva in passato, penso sia giusto fare ogni sforzo per individuare i soggetti che potrebbero realmente trarre beneficio da queste opportunità.

BRUNETTO – A conferma di quanto detto adesso dalla Prof.ssa Zignego, recentemente abbiamo rivisto la casistica seguita a Pisa negli ultimi cinque anni e, su oltre 2000 pazienti, ben il 78% si colloca nella fascia di età 30-70 anni, range per il quale il trattamento può essere opportunamente intrapreso. Inoltre, il 60% dei pazienti da noi valutati erano portatori di un'infezione sostenuta da genotipo 1, genotipo virale sul quale sono attivi i nuovi farmaci, gli inibitori delle polimerasi virali.

Ora è fondamentale ricordare come il trattamento antivirale è in grado di portare alla completa risoluzione sia dell'infezione con l'eradicazione del virus (azzerando quindi anche il rischio di contagio) che della malattia di fegato. La disponibilità quindi di nuove e più efficaci strategie terapeutiche potrà avere una reale positiva ricaduta solo attraverso il potenziamento della sinergia fra medico di Medicina Generale e Specialista ai fini di non escludere dall'opportunità terapeutica nessun paziente che ne potrebbe realmente beneficiare.

PARTECIPANO



Dario Bartolozzi



Maurizia Brunetto



Andrea Messori



Mauro Ruggeri



Maurizio Zazzi



Anna Linda Zignego

TOSCANA MEDICA – Allora per adesso abbiamo detto che sostanzialmente dobbiamo prendere in considerazione due coorti principali di pazienti HCV positivi, una composta da persone più anziane ed una da soggetti più giovani, per lo più tossicodipendenti. Di questi due gruppi quale percentuale evolve verso l'epatite cronica, la cirrosi epatica e l'epatocarcinoma? Ed ancora, quanto incidono fattori collaterali come le sostanze di abuso e l'alcol nell'evoluzione della malattia?

BRUNETTO – Alcuni cofattori, come l'abuso alcolico, la componente dismetabolica e l'assetto genetico, hanno senza dubbio una importanza notevole; l'evoluzione della malattia è condizionata da svariati fattori che possono essere distinti in statici e dinamici. Tra i primi, immutabili, rientrano il sesso, l'età di acquisizione dell'infezione (ad esempio, l'infezione contratta in età perinatale o nell'infanzia usualmente tende ad associare a malattia epatica meno aggressiva), mentre tra i secondi rientra il processo di invecchiamento, al quale associano variazioni dell'omeostasi metabolica (sviluppo di insulino-resistenza, diabete), dell'equilibrio ormonale (ad esempio nella donna è dimostrato che dopo la menopausa l'andamento dell'epatite C diventa più aggressivo). L'interferenza di tali fattori può determinare un cambiamento anche significativo del profilo di malattia. La valutazione di un soggetto rispetto all'indicazione del trattamento deve quindi essere assolutamente dinamica.

BARTOLOZZI – Bisogna anche non dimenticare che proporre questo tipo di terapie in donne in età ancora fertile

deve necessariamente tenere conto della loro attività teratogena. Tra l'altro generalmente la malattia in questa classe di soggetti procede per lo più molto lentamente con la comprensibile resistenza ad accettare simili ipotesi di cura. È anche però vero che quando la fibrosi epatica è molto avanzata la comorbilità associata peggiora nettamente, dall'ipertensione arteriosa alla steatosi del fegato.

TOSCANA MEDICA – Cerchiamo di dare qualche numero sulla progressione verso situazioni serie come l'epatite cronica attiva, la cirrosi epatica e l'epatocarcinoma delle due classi di soggetti prima ricordate, il sessantenne con infezione da HCV contratta anni fa per via parenterale e senza altra comorbilità ed il trentenne con storia di etilismo e/o tossicodipendenza.

RUGGERI – Secondo dati attendibili, dopo un'infezione acuta da HCV, l'evoluzione verso l'epatite cronica è prevedibile in un'alta percentuale di casi, dal 70 all'80%, dei quali circa il 20% si stima evolverà verso la cirrosi. Di quest'ultimo gruppo più o meno il 2-4% per anno svilupperà un epatocarcinoma.

Secondo una osservazione di comune riscontro nella pratica clinica quotidiana ben difficilmente un medico di medicina generale riuscirà ad intercettare con sicurezza un proprio paziente esattamente nella fase acuta di infezione, punto di partenza dell'iter di malattia prima descritto. Questo significa che può apparire molto arduo identificare lo stadio di malattia in cui il soggetto si trovi.

L'evoluzione della malattia poi può variare a secondo dei pazienti, relativamente veloce (10-15 anni) nei maschi con comorbilità associata e, punto di fondamentale importanza, dediti all'alcool, fino ai 40-50 delle donne altrimenti in buona salute. Ovviamente lo stadio di malattia condiziona l'approccio terapeutico ed in questo un ruolo importante viene riservato al medico di famiglia il quale, grazie alla conoscenza approfondita del soggetto e del suo ambito familiare, potrà giudicare se l'aderenza alle terapie proposte potrà essere veramente efficace e protratta nel tempo.

BRUNETTO – Quando si scopre un soggetto con infezione da HCV è davvero importante fare un inquadramento il più possibile approfondito dell'infezione e del danno epatico e sulla base di questa valutazione impostare un semplice monitoraggio o il trattamento. È quindi necessario studiare per un congruo periodo di tempo l'attività biochimica di malattia (monitorando il movimento delle transaminasi) e definire la riserva funzionale epatica (sempre con esami bioumorali). Inoltre, è opportuno procedere con indagini strumentali, quali l'ecografia e l'elastometria per meglio caratterizzare lo stadio di malattia e escludere l'eventuale presenza di malattia avanzata (fibrosi severa, cirrosi). Queste tecniche non invasive hanno permesso di ridurre il ricorso ad una procedura invasiva quale la biopsia epatica che, tuttavia, mantiene un ruolo importante quando è necessario valutare la presenza e l'entità di co-fattori di danno epatico (quali steatosi, accumulo marziale) o giungere ad una più puntuale stadiazione della fibrosi. Comunque per poter correttamente contestualizzare la malattia di fegato è indispensabile una raccolta anamnestica estremamente accurata, per cercare di collocare nel tempo il momento del potenziale contagio e quindi meglio stimare la tendenza evolutiva della malattia. Il controllo clinico in questi pazienti è realmente di fondamentale importanza perché eventi intercorrenti, magari giudicati scarsamente influenti quali l'aumento del peso corporeo, lo sviluppo

di un'insulino-resistenza o la menopausa, possono invece fare accelerare in maniera rilevante il decorso di una situazione fino ad allora relativamente a lento andamento.

ZIGNEGO – L'importanza di conoscere il punto di partenza di ogni paziente è fondamentale anche per interpretare la possibile evoluzione peggiorativa della malattia, soprattutto in base alle sorprendenti considerazioni epidemiologiche per cui l'epatocarcinoma è la principale complicanza della cirrosi da HCV e tale infezione è implicata nell'insorgenza di taluni linfomi non Hodgkin. Nel campo della prevenzione secondaria va quindi considerata attentamente la gestione di una condizione infettiva gravata, tra l'altro, anche da una potenzialità oncogenica davvero importante e non solo in ambito epatologico, se è vero che i dati disponibili hanno dimostrato che l'eliminazione del virus riduce a 0, in 15 anni, la possibilità di sviluppare un linfoma, mentre questo valore si attesta intorno al 2,6% nei soggetti che non avevano eliminato il virus dopo trattamento o non erano stati trattati.

BRUNETTO – Un aspetto del quale talvolta anche gli epatologi sembrano dimenticare è rappresentato dall'evidenza che la terapia antivirale permette di guarire l'epatite cronica attiva, garantendo al fegato una pressoché completa "restitutio ad integrum". Questo significa non progredire verso la cirrosi e, come detto in precedenza, l'epatocarcinoma. Una volta instaurata la cirrosi, la terapia antivirale è certamente utile per controllare al meglio la malattia e ridurre il rischio delle complicanze, senza tuttavia riuscire ad azzerare il rischio tumorale.

TOSCANA MEDICA – *Il virus dell'epatite C ha potenzialità oncogeniche?*

ZIGNEGO – Sono ancora moltissimi i ricercatori che cercano di dare una risposta definitiva a questa domanda. Per il momento, per quanto riguarda l'Italia, si parla di circa il 76% di epatocarcinomi correlati all'infezione virale (da sola o in combinazione con altri fattori quali l'alcol o il virus dell'epatite B) ed un'associazione significativa è stata descritta anche, come già ricordato, per taluni tipi di linfomi. Attualmente si tende ad ipotizzare un'azione oncogenica più diretta per quanto riguarda il sistema linfatico ed un'altra più indiretta, essenzialmente legata al processo di rigenerazione cellulare in corso di cirrosi, per il fegato.

TOSCANA MEDICA – *Parliamo adesso della terapia dell'epatite da virus C primo passo, se non adeguatamente trattata, verso la progressione di malattia prima descritta.*

ZIGNEGO – Fino a poco tempo fa lo standard di cura dell'epatite C era rappresentato dall'associazione interferone peghilato-ribavirina, particolarmente attiva su alcuni genotipi virali (2 e 3) con punte di eliminazione virale superiori all'80% dopo 6 mesi di terapia. In alcuni genotipi però, in particolare l'1 ed il 4, la terapia risultava assai meno efficace, con necessità di tempi di impiego nettamente maggiori (da 12 a 18 mesi) e minori risultati. La ricerca si è pertanto rivolta in questa direzione e presto saranno disponibili sul mercato due farmaci, già da tempo impiegati a livello sperimentale, il boceprevir ed il telaprevir. Si tratta in buona sostanza di due molecole che hanno per così dire "livellato" il divario tra i differenti genotipi virali, permettendo una eradicazione del genotipo 1 in circa il 70% dei soggetti mai trattati prima rispetto

al 40%-45% riscontrato in precedenza ed in oltre il 60% di quelli che già avevano ricevuto un trattamento ed avevano risposto in modo solo transitorio o parziale, con mancata eradicazione virale, contro il precedente 20% circa.

ZAZZI – La terapia che definiamo attualmente convenzionale (lo "standard of care") si basa da oltre dieci anni sull'uso combinato di interferone alfa peghilato (pegIFN) alfa 2a o 2b e ribavirina (RBV).

Gli interferoni sono un sistema di proteine endogene prodotte in risposta a vari stimoli, fra cui le infezioni virali, e dotati di una serie di attività di regolazione, immunomodulanti ed antivirali, queste ultime in genere risultanti dall'attivazione o dal potenziamento di meccanismi cellulari antivirali innati. La somministrazione di IFN ha mostrato efficacia nel trattamento di varie infezioni virali fra cui epatite B e C ma anche infezioni da papillomavirus. La coniugazione con polietilenglicole (peghilazione) aumenta considerevolmente l'emivita dell'IFN rendendo possibile una terapia efficace basata su una singola somministrazione alla settimana mentre la formulazione originaria richiedeva l'assunzione ogni 1-2 giorni. La RBV è invece una molecola di sintesi (originariamente disegnata come composto attivo nei confronti di altri virus) con le caratteristiche degli analoghi nucleosidici, farmaci progettati per inibire la sintesi del genoma virale. In realtà, nonostante anni di impiego con discreto successo, non è ancora chiaro come la RBV inibisca la replicazione di HCV ma il meccanismo operativo in vivo potrebbe non essere in effetti (solo) quello previsto in base alle osservazioni in vitro.

La combinazione fra pegIFN e RBV porta ad un successo nel trattamento dell'infezione da HCV significativamente superiore a quello che si può ottenere con ciascuno dei due componenti utilizzato singolarmente. Oltre a fattori dell'ospite (quali etnia, fattori di rischio metabolici, obesità, età, stadio della malattia epatica, coinfezione con HIV o con HBV), la risposta al trattamento è condizionata in modo determinante dal tipo di virus. HCV è classificato in 11 varianti genetiche principali, alcune tuttavia molto rare, dette genotipi. I vari genotipi sono ulteriormente suddivisi in sottotipi. In Italia i genotipi maggiormente prevalenti sono 1 (soprattutto il sottotipo 1b), 2 e 3, in ordine decrescente di frequenza. Ultimamente sono in aumento anche i genotipi 4, associati soprattutto all'immigrazione dal Nord Africa. Il trattamento convenzionale con pegIFN/RBV è in grado di eradicare l'infezione da HCV in circa l'80% dei casi con genotipo 2 o 3 ma solo nel 45% dei casi con genotipo 1. La risposta del genotipo 4 si colloca fra queste due situazioni con circa il 60% di successo. Le ragioni di questa diversa suscettibilità al trattamento da parte dei vari genotipi non sono ancora del tutto comprese ma, da un punto di vista genetico, sono mappate prevalentemente, ma non esclusivamente, all'interno di una regione del genoma virale denominata per questo motivo "interferon sensitivity determining region" (ISDR). In ogni caso, il marcatore di eradicazione di infezione è costituito dal mantenimento stabile della risposta virologica (SVR, "sustained virological response"), cioè la mancata rilevazione del genoma virale (HCV RNA) nel sangue periferico, a 24 settimane dopo la sospensione del trattamento, la durata del quale, a seconda delle diverse situazioni, varia da 6 a 12 mesi. L'efficacia del trattamento è monitorata a tempi precoci ed intermedi dal suo inizio, sempre attraverso la quantificazione di HCV RNA nel plasma, poiché esiste una forte correlazione fra la diminuzione rapida della carica virale e il successo della terapia.

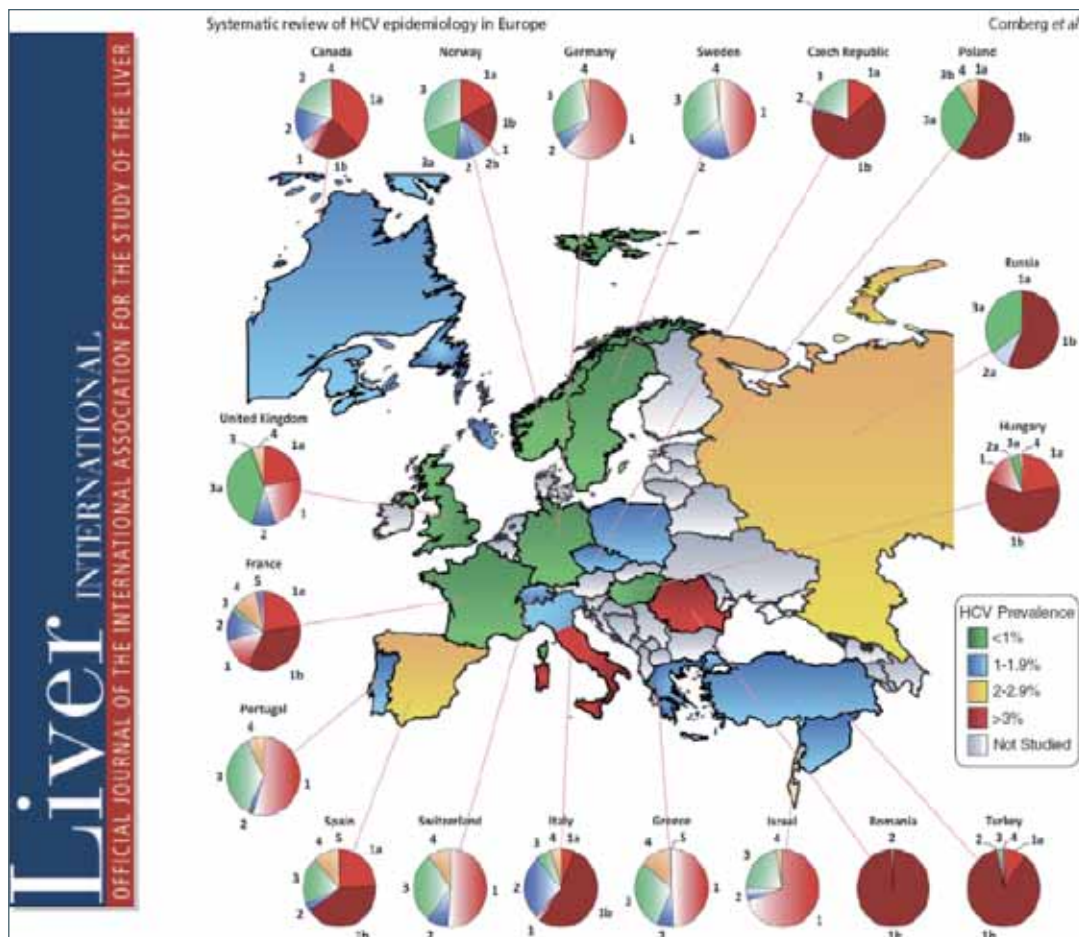
TOSCANA MEDICA – La doppia terapia interferone peghilato-ribavirina aveva solo il limite di non essere poi così efficace sul genotipo 1 oppure presentava anche altri problematiche oltre a quelle ben conosciute di natura psichiatrica?

BRUNETTO – La situazione si può riassumere come segue: la doppia terapia, che viene ad oggi utilizzata per tutti i genotipi, presenta un'efficacia diversa, migliore nei genotipi 2 e 3, intermedia nel 4 e ridotta nell'1 dove si raggiungono percentuali di eradicazione del virus intorno al 40-45%. Queste percentuali di successo terapeutico si riferiscono a studi clinici controllati, sono cioè stati prodotti nell'ambito di trattamenti condotti su gruppi di pazienti selezionati, purtroppo, i dati di risposta al trattamento relativi alla pratica clinica quotidiana sono meno brillanti, in quanto spesso riferiti a pazienti più complessi. Per tale ragione, la speranza riposta nei nuovi farmaci è molta: come abbiamo visto i dati preliminari sono molto incoraggianti in termini di percentuali di successo terapeutico (aumento di almeno il 30 rispetto alla terapia attuale) e di possibilità di ridurre la durata del trattamento (quantomeno in alcuni sottogruppi di pazienti). Dal momento però che i nuovi farmaci debbono essere utilizzati in associazione con interferone e ribavirina, resteranno da gestire con un adeguato supporto clinico gli effetti indesiderati.

ZIGNEGO – Per quanto riguarda il boceprevir, gli effetti collaterali in fondo sono simili a quelli della duplice terapia, per cui, nel trattamento combinato, si osserva una

loro accentuazione. Nella nostra esperienza abbiamo rilevato sostanzialmente anemizzazione, astenia, talora nausea ed un particolare disturbo del senso del gusto (disgeusia), senza alcun caso di rash cutaneo severo o, comunque, effetti collaterali particolarmente gravi. Dal punto di vista della sintomatologia di natura psichiatrico-psicologica abbiamo notato solo un modesto aumento degli stati d'ansia, peraltro già ben conosciuti con la duplice terapia di meno recente introduzione. Una cosa va però tenuta ben presente quando si decide di prescrivere il boceprevir, la necessità cioè di assumere 4 compresse tre volte al giorno, ad intervalli di 8 ore. Nel caso del telaprevir le compresse da assumere ad intervalli di 8 ore saranno 2, ma con la necessità di consumare contemporaneamente un pasto grasso. Questi sono aspetti che per alcuni soggetti potrebbero apparire problematici, soprattutto sulla lunga durata.

BARTOLOZZI – La differenza sostanziale sta nel fatto che i farmaci disponibili fino ad ora erano sostanzialmente degli immunomodulanti, mentre le nuove molecole presentano un'attività diretta sul processo di replicazione virale, andando ad alterare la funzionalità delle proteasi del virus. Purtroppo, rifacendomi a quanto detto prima dalla dott.ssa Brunetto, non possono ancora essere impiegate da sole, a causa della velocissima comparsa di resistenze virali e devono venire assunte in somministrazione con la duplice terapia interferone-ribavirina che, modulando la risposta del sistema immunitario, riesce a controllare per altra via il processo infettivo.



Hepatitis C virus prevalence and genotype distribution in Europe, Canada sud Israel

TOSCANA MEDICA – *Precisiamo ancora meglio l'approccio terapeutico all'infezione da HCV. Le nuove molecole vengono proposte solo ai pazienti con genotipo virale 1 oppure a tutti indistintamente? In fase precoce è possibile impiegare le "vecchie" molecole e poi intervenire successivamente con le "nuove"? In sostanza, chi è veramente eleggibile per ricevere i farmaci più recenti?*

ZIGNEGO – Le nuove molecole – boceprevir e telaprevir – sono indirizzate solo al genotipo 1, che è il più resistente e frequente. A tal proposito non credo che le nuove opzioni di cura, prevedenti l'aggiunta di queste alla terapia duplice tradizionale, debbano essere considerate semplicemente dei sostituti di quelle già disponibili, quanto un utilissimo supporto per migliorare l'esito finale del trattamento. Un buon esempio di ciò può essere offerto dal trattamento con boceprevir che prevede una prima fase di quattro settimane – chiamata "lead-in" – in cui il paziente viene trattato solo con la terapia duplice tradizionale. Ci si attende infatti che la valutazione dei vari fattori prognostici di risposta quali l'assetto genetico del paziente studiato per mezzo del polimorfismo del gene dell'interleuchina 28-B (che ci permette di prevedere la sua probabilità di risposta alla cura tradizionale) associata alla constatazione o meno di una negativizzazione dell'HCV RNA al termine delle 4 settimane di "lead-in" (la cosiddetta RVR – Rapid Virological Response –) potrà consentirci di valutare se, in quel dato paziente, la probabilità di eradicazione virale con terapia duplice sia sufficientemente alta da permetterci di evitare l'aggiunta di un terzo farmaco.

ZAZZA – La disponibilità dei nuovi farmaci attivi direttamente nei confronti di HCV ("Direct Acting Antivirals", DAA) segna l'inizio di una nuova epoca nel trattamento dell'infezione. Con i primi due inibitori della proteasi (PI) di HCV, boceprevir (BVR) e telaprevir (TVR), abbiamo per la prima volta la possibilità di bloccare specificamente la replica del virus. Questi due primi DAA rappresentano in effetti solo la prima generazione di PI mentre una seconda e terza generazione di composti di questa classe, attualmente in fase di sviluppo, comprendono molecole più potenti e con emivita più prolungata (BVR e TVR devono essere assunti ogni 8 ore). Altri composti ancora sperimentali hanno invece come bersaglio altre fasi del ciclo di replica del virus. I PI come BVR e TVR bloccano il meccanismo attraverso il quale il virus produce le proprie proteine non-strutturali a partire da un'unica grande poliproteina, mediante tagli operati appunto dalla proteasi virale. Naturalmente gli specialisti in Malattie Infettive conoscono già i PI come una classe di farmaci fondamentale nel trattamento dell'infezione da HIV ma è bene chiarire subito che si tratta di due classi di composti diversi e che, poiché la proteasi di HIV differisce in modo sostanziale da quella di HCV, non è prevista alcuna cross-attività sull'altro virus da parte dei PI anti-HCV o anti-HIV.

BVR e TVR sono approvati per il trattamento dell'infezione da HCV di genotipo 1, sia per pazienti mai trattati con pegIFN/RBV (naive) sia per pazienti che hanno fallito una precedente terapia con pegIFN/RBV. Nonostante disegni di studio diversi e in genere abbastanza complessi, i due PI hanno mostrato nei trial registrativi livelli di efficacia paragonabili. Gli studi sono stati eseguiti impiegando BVR o TVR in associazione con pegIFN/RBV. Deve essere quindi sottolineato che attualmente i PI disponibili non sono sostitutivi della terapia convenzionale ma ne rappresentano un potenziamento. In

futuro, probabilmente nell'arco dei 5 anni, sarà possibile utilizzare terapie basate solo sulla combinazione di diversi DAA senza l'uso contestuale di pegIFN/RBV. Alcuni studi pilota hanno già mostrato risultati promettenti in questo senso. Il confronto fra pegIFN/RBV e pegIFN/RBV + BVR o TVR ha mostrato in modo convincente che in ogni caso l'aggiunta del PI consente di aumentare significativamente le percentuali di successo del trattamento. Ad esempio, il 66-75% dei soggetti mai trattati ottiene l'eradicazione dell'infezione (un dato che va confrontato con il 45% circa per la terapia convenzionale). Se prendiamo in esame i pazienti nei quali il trattamento con pegIFN/RBV non aveva avuto successo, la percentuale di successo con le nuove terapie è stata del 38% per coloro che non avevano mostrato alcun segno di risposta ("null responders"), del 52-59% in coloro che avevano mostrato risposta parziale ("partial responders") e del 75-88% in coloro che avevano avuto recidiva dopo la risposta al trattamento ("relapsers"). Questi dati indicano che in generale tutte le varie categorie di pazienti con infezione da HCV possono beneficiare dei nuovi trattamenti ma è ovvio che il valore aggiunto dei PI si manifesta soprattutto quando anche la terapia convenzionale mostra di poter funzionare almeno in parte. Quando ciò non accade, è più probabile che la terapia fallisca, spesso selezionando anche mutanti virali resistenti ai PI utilizzati e possibilmente anche ad alcuni di quelli di prossima generazione (cross-resistenza). Per questo motivo, oltre che per limitare il carico di tossicità, è importante che la terapia sia monitorata strettamente mediante il test di carica virale. Poiché l'andamento della carica virale nelle primissime settimane di terapia è un predittore molto significativo della risposta complessiva alla terapia con PI, sono state fissate delle cosiddette "futility rules", cioè regole che in presenza appunto di una dinamica della carica virale non soddisfacente impongono la cessazione precoce del trattamento.

In linea generale, è bene considerare che non tutti i pazienti hanno necessità di essere trattati con le nuove terapie. Una buona parte di pazienti per i quali è indicato il trattamento risponderanno bene alla terapia convenzionale con pegIFN/RBV, senza doversi accollare la tossicità addizionale dei PI (soprattutto rash di entità anche grave ed anemia) e senza aggravare la spesa del servizio sanitario. A supporto della selezione dei pazienti da trattare in modo convenzionale possono essere utilizzati anche test genetici che mettono in evidenza particolari tratti dell'ospite fortemente correlati al successo della terapia con pegIFN/RBV. Il test principale in questo contesto è la valutazione di alcuni polimorfismi naturali ("single nucleotide polymorphism", SNP) mappati in prossimità del gene per l'interleuchina 28B. Per il più importante di questi SNP (rs12979860) la probabilità di successo aumenta di oltre il doppio in presenza dell'allele favorevole CC rispetto a quello sfavorevole TT. Sarà quindi utile mettere a disposizione sul territorio anche questo tipo di test genetico.

TOSCANA MEDICA – *Quale è la durata del trattamento con boceprevir?*

ZIGNEGO – La durata varia a seconda che il soggetto presenti o meno cirrosi epatica o se abbia o meno ricevuto altre terapie, comunque non supera mai le 48 settimane – naturalmente incluse le 4 settimane iniziali di duplice terapia –, potendo fermarsi anche prima nei casi più favorevoli.

MESSORI – Per prevedere il numero di soggetti candidati a ricevere la triplice terapia è necessario prendere in considerazione due fattori. In primo luogo, se partiamo dal numero di trattamenti con “duplice” eseguiti ogni anno in Italia e se teniamo conto che la triplice può essere impiegata solo nei soggetti con genotipo virale 1, si calcola una popolazione di circa 5000 pazienti per anno candidati al nuovo trattamento. A fronte di questo numero relativamente piccolo di soggetti effettivamente trattati, abbiamo però i dati epidemiologici che descrivono un’ampia diffusione dell’infezione da HCV e quindi un notevolissimo margine di incertezza nella stima delle future popolazioni candidate al trattamento. Ai fini di riservare il nuovo trattamento ai soggetti che possono trarne il maggior beneficio, appare pertanto opportuno impiegare criteri di selezione “evidence based” (*in primis* quello del polimorfismo dell’Interleuchina 28B) che permettono di suddividere la popolazione di pazienti con genotipo 1 in una prima quota-parte che può essere tuttora trattata con la duplice e in un’altra quota-parte che dovrà invece ricevere la triplice. Questo approccio consente di “spostare” da un gruppo terapeutico all’altro circa il 20-30% di pazienti con evidenti ricadute anche da un punto di vista puramente economico. Resta aperto il problema per cui i tanti pazienti infetti ma finora mai trattati potrebbero d’un tratto emergere anche perché comprensibilmente attratti dalle maggiori prospettive di cura offerte dalle nuove terapie; il che finirebbe per creare maggiori opportunità di cura del virus ma anche difficili problemi di governance.

LAZZI – La terapia con pegIFN/RBV ha un costo considerevole per il sistema sanitario nazionale (attualmente oltre 150 milioni di euro l’anno). Tuttavia l’uso di una terapia anche più costosa ma in grado di aumentare il tasso di successo sarebbe efficace come rapporto costo-beneficio poiché verrebbe ad eliminare i costi di gestione della malattia cronica (si consideri ad esempio che un solo trapianto di fegato ha un costo di oltre 100.000 euro).

TOSCANA MEDICA – *Ma se i soggetti positivi al virus si stima che in Italia siano milioni, quali dovrebbero essere*

i pazienti oggetto della ricerca ricordata adesso dal dott. Messori?

MESSORI – Questo è il punto centrale della questione. Questi scenari in cui si reclutano per la terapia molti più pazienti rispetto a quanto è avvenuto in passato possono fare lievitare le cifre stimate finora anche fino al +400%. Allora bisogna davvero cercare questi pazienti oppure no? In linea di massima si ritiene che lo screening di massa abbia un rapporto costo-beneficio tuttora sfavorevole, mentre più condivisibile appare uno screening sistematico ma mirato ad alcune categorie identificate in base ad alcuni fattori di rischio.

TOSCANA MEDICA – *In buona sostanza dunque, a chi deve essere proposta la triplice terapia?*

BRUNETTO – Credo che alla luce delle nuove opportunità terapeutiche sia doveroso identificare i pazienti con malattia evolutiva e quindi a rischio di vedere ridotta l’aspettativa di vita a causa della malattia di fegato. Per questo è indispensabile un’efficace sinergia fra medico di medicina generale e specialista epatologo: l’identificazione del soggetto con infezione da parte del primo per metterlo al secondo di procedere con un accurato inquadramento per giungere quindi alla scelta terapeutica più appropriata. Grazie all’appropriatezza terapeutica, il farmaco giusto per il paziente giusto, si potrà dimostrare il reale beneficio delle nuove, purtroppo più costose, opzioni terapeutiche. Infatti, il costo della cura di un’epatite cronica evolutiva risulterà sempre inferiore al costo di gestione del paziente cirrotico con scompenso o epatocarcinoma.

Nella pratica clinica dovremo, quindi, considerare il trattamento con i nuovi farmaci in prima istanza per i pazienti con malattia ad elevato rischio evolutivo e con fattori predittivi negativi di risposta alla duplice terapia (IL28B non CC) o precedente fallimento terapeutico. Un ulteriore momento di personalizzazione terapeutica potrà aversi iniziando il trattamento con la duplice terapia e analizzando la risposta virologica nelle prime 4 settimane: sulla base dell’entità della caduta della viremia si

How Hepatitis C Drugs in Development May Affect Practice Today and Tomorrow
clinicaloptions.com/hepatitis

CLINICAL CARE OPTIONS™
HEPATITIS

Each Drug Class Has Unique Features

NS3/4A Protease Inhibitors	NS5B Polymerase Inhibitors		NS5A Inhibitors	Cyclophilin A Inhibitors
	Nucleos(t)ide Analogue	Non- nucleos(t)ide		
<ul style="list-style-type: none"> High efficacy Low genetic barrier to resistance Macrocyclic or linear Phase III: BI 201335, TMC435 	<ul style="list-style-type: none"> Mimic natural substrates of the polymerase Incorporated into RNA chain causing chain termination Broad genotypic coverage High genetic barrier to resistance Phase III: PSI-7977 	<ul style="list-style-type: none"> Bind to several different allosteric enzyme sites; results in conformational change Resistance more frequent than nucs Several agents in phase II 	<ul style="list-style-type: none"> NS5A has role in assembly of replication complex Mechanism of inhibition under study Phase III: Daclatasvir (BMS-790052) 	<ul style="list-style-type: none"> Supports HCV-specific RNA replication, protein expression Interacts with NS2, NS5A, NS5B May regulate polypeptide processing, viral assembly Phase III: Alisporivir

potranno identificare i pazienti in grado di guarire anche senza l'aggiunta dell'inibitore di proteasi rispetto a coloro che avranno necessità del farmaco. Le nuove molecole come il boceprevir permettono quindi realmente di strutturare una terapia personalizzata per ogni paziente, garantendo allo stesso tempo l'indispensabile appropriatezza terapeutica.

TOSCANA MEDICA – *Anche nel campo dell'infezione da virus HCV stiamo sempre più andando verso la cosiddetta "target therapy". Facciamo allora un esempio concreto: maschio quarantenne, etilista e tossicodipendente con epatite cronica attiva, con scarsa propensione a cambiare abitudini e stili di vita, già sottoposto alle 4 settimane di terapia "tradizionale". Proponiamo anche la terapia con le nuove, costose molecole?*

BARTOLOZZI – In un soggetto simile è poco probabile che l'eventuale eradicazione del virus riesca con sicurezza a modificare l'evoluzione della malattia verso la cirrosi e la degenerazione neoplastica. D'altra parte in questa situazione deve necessariamente entrare in gioco anche l'etica del medico curante che in scienza e coscienza decide quale strada seguire nell'esclusivo interesse del paziente. Tornando per un attimo alle considerazioni fatte prima dal dott. Messori a proposito della ricerca dei pazienti da trattare, volevo sottolineare che riuscire ad individuare questi soggetti, anche in numero molto elevato, non può che ridurre la circolazione del virus e ricordo che, al contrario della terapia anti HIV che è a vita, quella contro l'HCV, seppure notevolmente costosa, è limitata nel tempo (da 6 a 18 mesi massimi di trattamento) e se proposta in soggetti correttamente inquadrati può offrire davvero notevoli possibilità di cura.

MESSORI – Cerchiamo di tradurre in cifre molti dei concetti che sono stati espressi in precedenza. Si tratta cioè di affrontare il problema delle scelte economiche e delle inevitabili ricadute di natura etica.

Ragionevolmente, seppure con valutazioni che sappiamo imprecise, è ipotizzabile per questa popolazione di pazienti stimare in Italia una spesa annua oscillante dai 100 ai 400 milioni di Euro, rispettivamente in caso di 5.000 oppure 20.000 soggetti da trattare. È una forbice molto ampia, ma a mio parere essa è destinata almeno per ora a rimanere tale.

Inoltre, i nuovi farmaci anti HCV probabilmente si collocheranno in fascia H e quindi in un settore già in notevole sofferenza con una "sforamento" importante rispetto al tetto di spesa massimo stimato.

In AIFA, queste molecole rappresentano in prospettiva un capitolo importante di spesa futura, insieme ai farmaci biologici per le target therapy in oncologia ed alle nuove sostanze attive sulla fibrillazione atriale. Di conseguenza, questo scenario pone una serie di interrogativi importanti che si rifanno al concetto di valore terapeutico di un farmaco, quello che all'estero viene semplicemente chiamato "value".

Per quanto riguarda l'epatite C, spendendo ad oggi circa 20mila Euro a paziente, è ipotizzabile, secondo attendibili modelli di simulazione, prevedere un guadagno di sopravvivenza di alcune decine di mesi per soggetto, tenendo conto anche delle percentuali dei non responders. Si tratta di un beneficio più rilevante rispetto a quanto oggi si ottiene ad esempio in oncologia (circa 4 mesi per paziente) per valori quasi identici di spesa per paziente (circa 20mila Euro). La differenza è che, in oncologia, i mesi di vita per paziente si guadagnano

quasi subito (nel giro dei successivi 2 anni circa), mentre nell'epatite C i 20 mesi per paziente si guadagnano in un futuro più lontano (e cioè non prima di 10 anni circa). Di fronte a questioni così rilevanti, è comunque necessario superare la logica della singola patologia e cercare di avere una visione più ampia, con il coinvolgimento attivo di medici, ricercatori, industrie del farmaco, amministratori pubblici, malati, associazioni dei cittadini ecc. L'obiettivo, peraltro molto difficile da gestire, è quello di spendere al meglio le risorse del SSN massimizzando i risultati in termini di salute ottenibili con il finanziamento erogato.

ZAZZI – Nel corso del Secondo Workshop Nazionale di Economia e Farmaci in Epatologia, tenutosi recentemente a Roma, è stato presentato un primo modello secondo il quale le nuove terapie sono efficaci anche da un punto di vista economico. Nonostante l'evidente aumento di costo del trattamento (almeno il doppio di quello basato su solo pegIFN/RBV) è infatti importante comprendere che il maggiore tasso di successo comporta poi un azzeramento dei costi successivi in quanto l'aliquota di pazienti che fallendo la terapia avranno bisogno di assistenza a lungo termine viene a ridursi significativamente. La configurazione ideale per la gestione ottimizzata delle risorse consisterebbe dunque nel mettere a punto strumenti predittivi per identificare i pazienti che possono essere efficacemente trattati con la terapia convenzionale e quelli che invece hanno necessità del nuovo tipo di trattamento.

ZIGNEGO – Sempre per rimanere in tema di costi, ricordiamo anche il particolare momento epidemiologico dell'epatite C che stiamo vivendo oggi. Studi effettuati negli Stati Uniti hanno infatti mostrato che, nonostante una riduzione del numero dei nuovi casi di infezione, è prevedibile che nei prossimi 20 anni si assista ad un consistente incremento dei casi di epatopatia terminale (cirrosi ed epatocarcinoma) a carico dei soggetti che hanno contratto l'infezione 30-40 anni fa ed oltre (ricordiamo il picco di infezioni negli anni cinquanta-sessanta) e che non hanno effettuato una terapia eradicante. In futuro l'attuale diffusione delle informazioni e la maggiore consapevolezza di medici e pazienti, potrà verosimilmente garantire uno scenario migliore di quello che ci stiamo apprestando a vivere in questi anni.

RUGGERI – Due riflessioni conclusive. La prima. Non dimentichiamo che se in Italia l'incidenza dell'infezione da HCV è in calo, lo stesso non può dirsi in tantissimi altri Paesi del mondo che stanno vivendo adesso le situazioni che noi abbiamo conosciuto qualche decennio fa. La seconda. Come medico di medicina generale, seppure consapevole dell'importanza dei nuovi farmaci, non posso esimermi dal richiamare l'attenzione sulla prevenzione e l'adozione quanto più attenta possibile di corretti stili di vita.

TOSCANA MEDICA – *Con le nuove terapie sarà ancor più necessario un percorso diagnostico e terapeutico funzionale: quale è la situazione in Toscana? E come si può migliorare?*

ZAZZI – L'impiego dei nuovi farmaci è imprescindibile da un adeguato monitoraggio virologico di laboratorio. Ciò riguarda l'inquadramento iniziale del paziente, con il rilevamento della carica virale e l'identificazione del genotipo virale, e la valutazione tempestiva della risposta virologica durante il trattamento. Concettualmente

si ripercorre la storia di successo ben consolidata nel rapporto clinica-laboratorio per il trattamento dell'infezione da HIV. In questo senso la Toscana è servita da un ottimo network, basato sull'erogazione dei servizi di routine e assai attivo anche in termini di ricerca clinica e di aggiornamento periodico. Con i nuovi PI anti-HCV si presenta tuttavia una sfida più impegnativa per i laboratori in quanto, proprio per le "futility rules" descritte prima, i test di carica virale devono essere eseguiti con una tempestività superiore agli standard attuali. I laboratori dovranno essere in grado di fornire risultati nell'arco di 2-3 giorni. Inoltre è ovvio che il numero di test aumenterà in modo considerevole rispetto alla situazione attuale. Un tema non ancora definito è quello del monitoraggio delle farmacoresistenze. Attualmente non è previsto un uso routinario dei test di resistenza (come invece accade per HIV) ma è più che probabile che questa esigenza venga ad affermarsi, in breve tempo per i PI e in seguito anche per le altre classi che sono attualmente in fase di sperimentazione. Anche questa

necessità potrà fare leva sulla buona organizzazione dei laboratori nella regione Toscana ma è chiaro che le risorse dovranno essere ottimizzate e possibilmente anche potenziate. Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese abbiamo già sviluppato e validato i nuovi test utili alla gestione del trattamento anti-HCV: l'identificazione del polimorfismo rs12979860 di IL28B e il saggio genotipico per la valutazione della resistenza a BVR e TVR.

In sostanza abbiamo la grande opportunità di utilizzare nuovi approcci terapeutici attraverso i quali eradicare l'infezione in un numero crescente di pazienti e ridurre fortemente la prevalenza dell'infezione da HCV sul territorio. Questa possibilità richiede un importante impegno economico ed organizzativo iniziale ma i benefici saranno certamente superiori ad esso. Dobbiamo confidare che i nostri amministratori e la politica sanitaria della nostra regione possano aiutarci a rendere operativi tutti i servizi necessari per beneficiare al massimo di questa opportunità.

Triplice cura per l'epatite C

ANTONIO PANTI

Gli studi più accreditati stimano la prevalenza della positività del virus C in circa il 3% della popolazione italiana, poco più che nei paesi industriali, meno che nel terzo mondo. Quando c'è replicazione virale la malattia può evolvere provocando cirrosi o epatocarcinoma. Un'epidemia silente perché molti ignorano di essere positivi e non esistono gli estremi per uno screening di popolazione. Grosso modo esistono due coorti, una di anziani infettati da terapie iniettive o con emoderivati, in pratica fino ai primi anni ottanta, una di tossicodipendenti o portatori di piercing. Due popolazioni distinte anche per la possibilità di intervento, il che rende conto di quanto siano importanti le campagne educative, la prevenzione, l'informazione, il convincimento a cambiare stile di vita. La trasmissione più probabile con strumenti infetti rispetto alla via sessuale dovrebbe rendere più facile il controllo e in effetti l'incidenza della positività sembra diminuire. Tutto ciò esalta il ruolo del medico di famiglia che individua i soggetti a rischio e procede agli accertamenti.

In conclusione vi è un *sommerso* che conviene individuare per offrire terapie comunque meno costose del trattamento della cirrosi e per diminuire la circolazione del virus. Le moderne terapie portano alla eradicazione del virus e quindi, se non vi sono danni irreversibili al fegato, alla guarigione in percentuali superiori al 70% dei casi, purché si selezionino bene il target. Per questo occorre considerare cofattori statici, quali il sesso, e dinamici quali l'età, l'obesità, la menopausa e altro. Fondamentali fattori di rischio sono l'etilismo e la tossicomania. In questi casi l'evoluzione cirrogena è più rapida, entro i 15 anni. Insomma l'epatite acuta si cronicizza spesso e evolve nel 20% dei casi in cirrosi che può scompensarsi o trasformarsi in cancro cirrosi perché il virus C ha proprietà oncogeniche, anche se non ben chiare nella loro patogenicità.

Una volta individuato il caso da trattare e seguendo con gli opportuni accertamenti diagnostici, si può curare l'epatite, a meno che non vi siano già danni permanenti. Il trattamento si basa sulla duplice terapia con interferone e ribavirina, cui ora si aggiunge un terzo componente, il boceprivir, che assicura un ampliamento notevole del target ai soggetti con genotipo 1. I nostri esperti si sono soffermati a lungo sui vantaggi e sui limiti di questa novità farmacologica che non è un immunomodulatore ma un inibitore della duplicazione del virus, agendo sulle proteasi. Gli eventi avversi sono ben controllabili, anche se si aggiungono a quelli della duplice terapia che deve essere ugualmente somministrata, mentre i vantaggi sono di poter valutare bene l'appropriatezza della prescrizione che deve iniziare dopo 4 settimane di duplice terapia e proseguire per 36, massimo 48 settimane nei casi di avanzata malattia. In definitiva si tratta di un passo avanti di grande importanza di fronte ad una patologia dai costi umani e sociali così rilevanti.

Una terapia più breve, il che pesa nella valutazione del costo, che blocca la duplicazione del virus anche se i pazienti talora poco accettano le 4 somministrazioni al giorno, che si aggiunge alle precedenti, non le sostituisce, ed è molto costosa. Il ruolo del medico si gioca molto sulla correttezza della scelta dei pazienti da trattare. Un problema, tuttavia, non solo medico ma della società di fronte a innovazioni sempre più costose. Questa terapia garantisce un prolungamento della vita di qualche anno ma a distanza di molti anni, diminuendo tuttavia gli ingenti costi della cirrosi e degli eventuali trapianti. Un caso di scuola di *target therapy*. Quanto dobbiamo far emergere il *sommerso* anche per incidere sulla circolazione del virus e a qual prezzo? I criteri di scelta sono stati ben espressi e attenersi rappresenta una sfida per la credibilità della professione.

TM

Si ringrazia **MSD Italia**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione



Pietro Addamo, medico chirurgo, anestesista rianimatore, agopuntore 1988-2003 medico osped. c/o U.O. di Anestesia e T.I.P.O. Osp. Regionale di Aosta. Dal 2003 medico osp. c/o U.O. di Anestesia Rianimaz. e Med. Antalgica Integrata dell'Ospedale di Orbetello (USL 9 GR). Oltre all'attività e alle guardie di anestesia e rianimazione, si occupa di controllo del dolore acuto/cronico e Medicina Antalgica Integrata.

Orbetello contro il dolore

AMAI è l'ambulatorio di medicina antalgica integrata che è in funzione presso l'ospedale di Orbetello da marzo 2011.

Aprire questo ambulatorio è stato il coronamento di una strategia programmata che ha portato alla formazione agopunturale-energetica di tre medici anestesisti rianimatori: lo staff dell'AMAI è infatti composto da tre medici che hanno

seguito lo stesso corso di agopuntura energetica e che pertanto hanno la stessa impostazione diagnostica e terapeutica, garanzia di continuità nella gestione della delicata medicina antalgica.

A questo ambulatorio afferiscono pazienti che richiedono una gestione di tutte quelle patologie acute e croniche che richiedono un controllo ottimale del dolore.

Integrando agopuntura e medicina occidentale abbiamo voluto scommettere sulla complementarietà sinergica dei due approcci diagnostici e terapeutici e i primi risultati positivi hanno dato fiducia alla nostra scelta.

Il primo passo è stato quello di creare una cartella informatizzata di A.M.A.I.: l'abbiamo confezionata in modo da adattarla alle nostre esigenze e l'abbiamo resa duttile e malleabile in modo da migliorarla periodicamente secondo eventuali nuove esigenze.

La nostra cartella prevede:

- una parte anamnestica generale e algologica;
- una parte riservata all'approccio diagnostico tradizionale
 - esame obiettivo;
 - visione e valutazione degli esami strumentali ed ematochimici;
- una parte riservata all'approccio di diagnosi energetica
 - segni e sintomi di disequilibrio di una o più unità energetiche;
 - tipologia del paziente;
 - esame delle lingua e della mano;

• una parte riservata alla terapia. La terapia viene orientata in base alla tipologia e all'entità della patologia del paziente e vengono seguiti tre percorsi:

- un approccio antalgico tradizionale occidentale che viene orientato verso una mesoterapia/blocco punti trigger o verso una infiltrazione epidurale o verso una terapia farmacologica o anche una integrazione dei suddetti schemi terapeutici;
 - un approccio antalgico agopunturale puro in tutti quei pazienti che mostrano prioritari, evidenti segni di squilibrio di una o più unità energetiche;
 - un approccio antalgico integrato, che prevede uno schema terapeutico embricato fondendo gli schemi terapeutici occidentali con l'agopuntura energetica.
- Un discorso a parte merita l'auricoloagopuntura, utilizzata nel nostro ambulatorio nei casi in cui è necessario procedere ad un miglior controllo

PIETRO ADDAMO, ROSA BUONTEMPO,
ROSELLA VISCONTI

*U.O. Anestesia, Rianimazione
e Medicina Antalgica Integrata
Ospedale S. Giovanni di Dio - Orbetello (AUSL 9 Grosseto)
Direttore: M.C. Casadio*

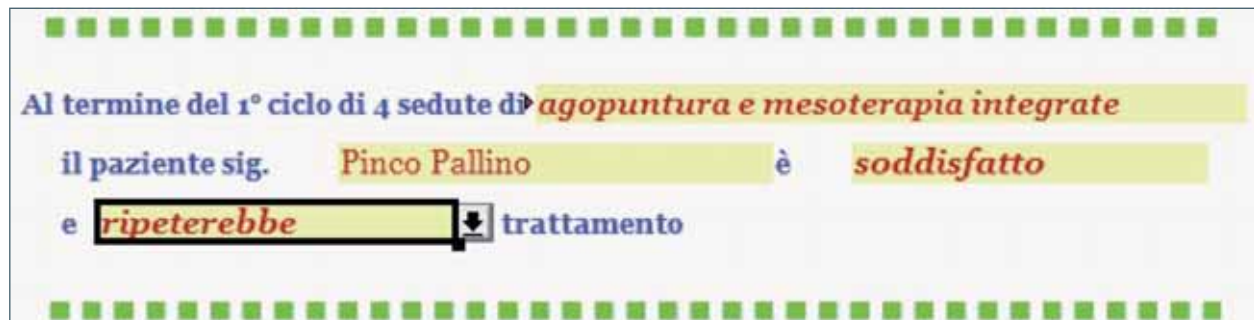


Figura 1

delle crisi di iperfagia nei pazienti obesi (l'obesità aggrava notevolmente il quadro algologico e funzionale di tutte le patologie degenerative a carico della colonna e delle grosse articolazioni).

- A questo proposito accostiamo alle tecniche di auricoloagopuntura l'uso dei semi di vaccaria per la autoauricolostimolazione domiciliare a scopo di prolungare l'effetto dell'agopuntura auricolare.

AMAI accoglie pazienti con patologie di varia natura:

- lombalgie e lombosciatalgie;
- cervicalgie e cervicobrachialgie;
- patologie degenerative delle grosse e piccole articolazioni;
- emicranie e cefalee di varia origine;
- nevralgie e neuropatie periferiche ad impronta algologica;
- controllo di nausea/vomito/stipsi in terapia oncologica.

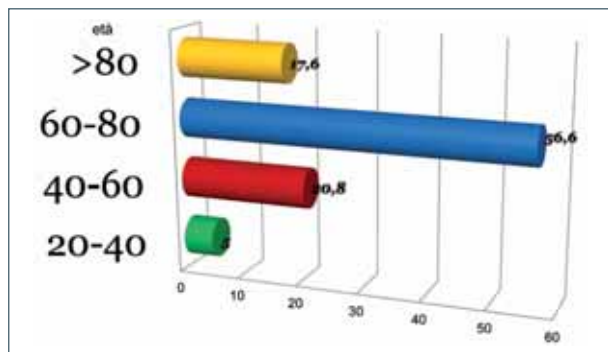


Figura 2

Il paziente viene accolto dal medico, viene compilata la schema AMAI informatizzata e viene programmata la terapia idonea che segue uno di quei percorsi di cui sopra.

Al termine di un ciclo di 4 sedute invitiamo il paziente ad esprimere il suo grado di soddisfazione diretto (paziente soddisfatto o meno) e indiretto (ripeterebbe o no il trattamento) (Figura 1).

I pazienti che afferiscono ad AMAI sono prevalentemente donne.

Appartengono alla fascia d'età compresa fra i 60 e 80 anni con una media 66.9 anni (Figura 2).

Dai dati che abbiamo raccolto abbiamo notato un notevole incremento delle prestazioni di medicina antalgica che sono passate da 334 nel 2010 (non c'era ancora AMAI) a 538 nel 2011 (Figura 3).

Inoltre l'accostamento e l'integrazione di medicina occidentale e agopuntura ha consentito di ridurre notevolmente il ricorso alle terapie più invasive (mesoterapia e infiltrazioni peridurali), abbattendo l'uso, oggi smoderato, di farmaci analgesici e antiinfiammatori.

Conclusioni

La nostra neonata esperienza di integrazione fra medicina antalgica occidentale e agopuntura mostra che può esserci complementarietà diagnostica e terapeutica fra le due.

Le due medicine sono complementari e hanno un effetto sinergico specialmente in quelle patologie di pertinenza algologica in cui la componente emotivo-caratteriale è intimamente collegata allo stimolo nocicettivo di qualsiasi natura.

TM

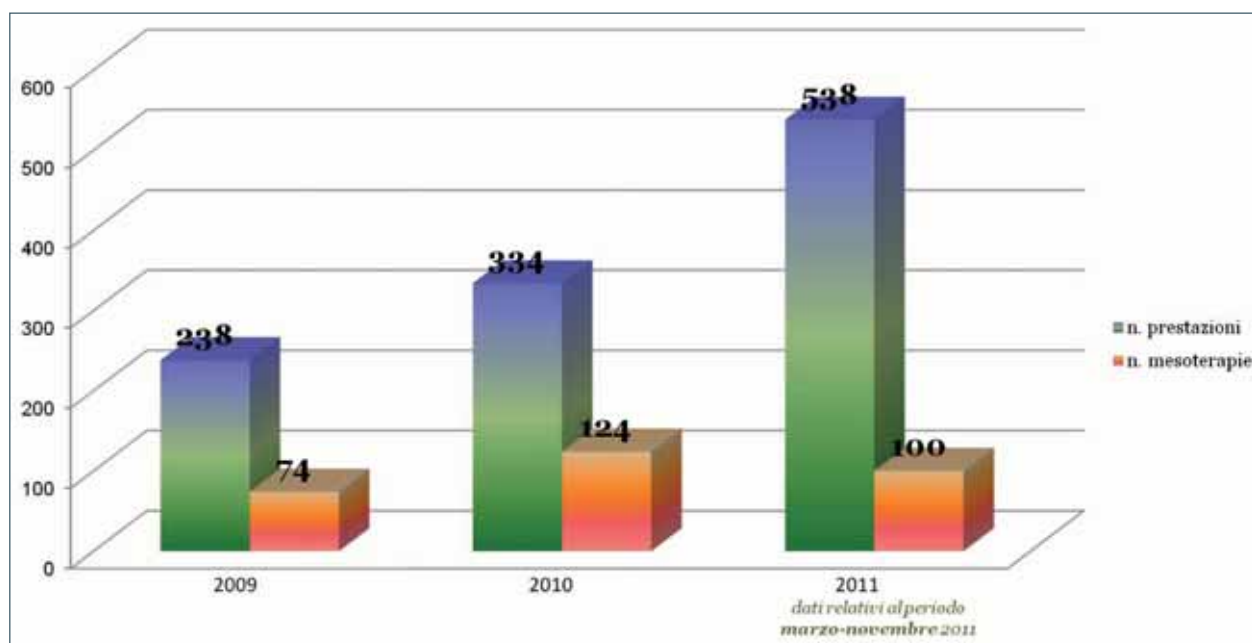


Figura 3



Graziano Di Cianni, spec. in Medicina Interna e in Diabetologia. Dal maggio 2010 direttore della UOC di Diabetologia e Malattie del Metabolismo dell'Asl 6 di Livorno. In precedenza Aiuto c/o il Centro di Riferimento Regionale per il Diabete dell'AOUP. Componente della Commissione Regionale per le Attività Diabetologiche, già Coordinatore Naz.le del Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza.

Protocollo Operativo per la gestione dell'iperglicemia in ambito ospedaliero

Area non critica

La malattia diabetica costituisce una realtà trasversale a tutti i reparti ospedalieri: i diabetici rappresentano il 30-40% dei pazienti che si rivolgono al Pronto Soccorso, il 25% di quelli che si ricoverano in ospedale, tanto nell'area medica che chirurgica, e il 30% dei soggetti sottoposti a bypass aorto-coronarico. Il rischio di ricovero per le persone diabetiche aumenta con l'età, la durata di malattia ed il numero delle complicanze.

Difficilmente il ricovero ospedaliero è dovuto ad eventi metabolici legati alla malattia (iperglicemia o ipoglicemie), più spesso lo si deve a eventi acuti che richiedono un ricovero urgente (ictus, infarto miocardico, infezioni, frattura o trauma) o a interventi chirurgici in elezione in persone con diabete. La presenza di diabete (noto o di nuova diagnosi) aumenta il rischio di infezioni e complicanze, peggiora la prognosi, prolunga la degenza media e determina un incremento significativo dei costi assistenziali.

L'iperglicemia è un indicatore prognostico negativo in qualunque setting assistenziale, ma le evidenze scientifiche da ormai quindici anni dimostrano che la sua gestione ottimale migliora l'outcome dei pazienti, riduce la mortalità e i costi. Nei pazienti ospedalizzati è quindi irrinunciabile gestire l'iperglicemia con schemi di trattamento insulinico intensivo validati e condivisi, semplici e sicuri.

Allo stesso modo è importante che la dimissione dal reparto ospedaliero sia "protetta" per garantire al paziente diabetico una "continuità di cura" dall'ospedale al territorio, con la presa in carico da parte del team diabetologico di riferimento già durante la degenza.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario l'uso di protocolli standardizzati e condivisi sviluppati da un team multidisciplinare e finalizzati a:

1) gestire l'iperglicemia in ambito ospedaliero al fine di ottimizzare il controllo glicemico durante la degenza:

2) garantire la "presa in carico" da parte della struttura ambulatoriale alla dimissione.

G. DI CIANNI¹, A. CAMAITI², M. CEI³, A.M. CENCI²,
L. COPPINI⁴, V. NORFINI², O. MARINO³,
F. ORLANDI², A. PAVESE⁵, C. SANNINO¹,
S. DINI⁴, R. BIGAZZI⁵

¹ Diabetologia e Malattie Metaboliche

² Medicina Generale 2

³ Medicina Generale 1

⁴ Servizio dietetico

⁵ Nefrologia, Dipartimento Medicina Clinica e Specialistica
Asl 6 Livorno

Protocollo Operativo

Al fine di definire meglio le modalità di intervento è possibile suddividere i pazienti nei quali si riscontrano

valori di iperglicemia durante la degenza ospedaliera, in almeno due grosse categorie:

- diabete mellito noto preesistente al ricovero;
- diabete mellito di prima diagnosi durante la degenza.

È inoltre importante distinguere i pazienti che si alimentano regolarmente da quelli che si alimentano per via parenterale/enterale.

a) Paziente diabetico noto che si alimenta regolarmente

Ingresso in reparto

- **Esami ematochimici:** tra questi esami includere il dosaggio dell'emoglobina glicosilata (HbA1c).

- **Dieta:** attivare da subito il trattamento dietetico a contenuto calorico e distribuzione dei macronutrienti predefiniti (1600 kcal: 18% proteine, 32% lipidi, 50% glucidi). In presenza di condizioni cliniche note che richiedono trattamenti dietetici differenti, l'attivazione della dieta sarà rimandata al giorno successivo, prevedendo, ove necessario, anche la consulenza dietologica in reparto.

- **Terapia ipoglicemizzante. Ipoglicemizzanti orali:** l'utilizzo dei principali farmaci ipoglicemizzanti orali (secretagoghi, biguanidi, tiazoli-

dinedioni) presenta notevoli limitazioni in ambito ospedaliero, in quanto le condizioni cliniche che inducono il ricovero ospedaliero (processi infettivi, eventi acuti cardiovascolari, interventi chirurgici, traumi, necessità di trattamento con corticosteroidi ad alte dosi, ecc) mal si conciliano con tale forma di terapia. Pertanto, la somministrazione di insulina è quasi sempre la terapia di scelta nel paziente diabetico ospedalizzato. Nei rari casi in cui sarà mantenuta la terapia con ipoglicemizzanti orali è necessario ridurre il dosaggio.

• **Terapia Insulinica**

La terapia insulinica per via sottocutanea deve seguire uno schema programmato integrato da un algoritmo di correzione basato sui livelli di glicemia riscontrati (Tabella 1). Il metodo di praticare insulina solamente "al bisogno" o in base al valore dello stick deve essere abbandonato.

Per la loro farmacocinetica gli analoghi pronti dell'insulina (Aspart, Glulisina, Lispro) prima dei pasti sono da preferire alle insuline umane ad azione regolare; per ottenere un'insulinizzazione basale di norma si farà ricorso agli analoghi lenti (Detemir, Glargine o Lisproprotaminata). L'uso di formulazioni insuliniche premiscelate di regola non è consigliato. L'impiego di tali formulazioni

potrà essere preso in considerazione durante la degenza in relazione al controllo glicemico e al fabbisogno insulinico.

Per ridurre il rischio di ipoglicemia, si consiglia di iniziare la terapia insulinica a basse dosi e incrementare il dosaggio gradualmente in relazione ai valori glicemici registrati. A tal fine, specie quando il paziente ha in corso terapia ipoglicemizzante orale con secretagoghi a lunga durata di azione, può essere utile avviare da subito il trattamento insulinico pre-prandiale e in un secondo momento aggiungere l'insulina ad azione ritardo serale.

Il gruppo di lavoro suggerisce a titolo indicativo, come dosaggio massimo iniziale 6-8 unità di insulina prima dei pasti e 8-10 unità di insulina lenta.

L'impiego terapia insulinica mediante device (penne) già largamente in uso nella popolazione diabetica, dovrà essere incoraggiato.

Durante la degenza

L'obiettivo del controllo glicemico durante la degenza è stabilito tra 140 mg/dl (pre-prandiale) - 180 mg/dl (post-prandiale 2 ore dopo).

La determinazione della glicemia mediante sticks per pazienti in terapia insulinica è eseguita di norma prima di colazione, pranzo e cena e alle ore 22.

Tabella 1 - Algoritmo di correzione terapia insulinica s.c.

Analogo Pronto (Novorapid, Humalog, Apidra)	
Glicemia Pre-Prandiale mg/dl	U.I. Insulina (correzioni fino a massimo di 6 UI)
Tra 100 e 180	Nessuna modifica allo schema terapeutico
Tra 180 e 200	+ 2 UI
Tra 200 e 240	+ 4 UI
Tra 240 e 280	+ 6 UI
> 280	Bolo di 4 UI Controllo glicemia dopo 40' poi terapia come da schema
Analogo Lento (Lantus, Levemir, Humalog Basal)	
Glicemia ore 22.00 mg/dl	U.I. Insulina
< 120	- 2 / 4 UI
< 80	Somministrare tazza di latte Controllo glicemia dopo 60'
> 250	Bolo di 4 – 5 UI di analogo pronto + Analogo lento come da schema

Lo schema insulinico impostato al momento del ricovero dovrà essere valutato almeno ogni tre giorni, tenendo in considerazione i valori glicemici registrati e le variazioni terapeutiche apportate nei giorni precedenti e regolarmente registrati sulla STU di reparto (Tabella 2).

Prima della Dimissione

Per i pazienti in cui si prevede il ripristino della terapia ipoglicemizzante orale o che necessitano di un controllo diabetologico a breve tempo, verrà concordato un accesso diretto presso la UO di Diabetologia.

b) Paziente diabetico non noto (diabete di nuova diagnosi) che si alimenta

Per quanto riguarda questa tipologia di pazienti, in cui il diabete viene diagnosticato per la prima volta durante un ricovero ospedaliero (situazione molto frequente dovuta il più delle volte alle condizioni cliniche associate e/o al trattamento farmacologico in corso), valgono le stesse considerazioni riportate al paragrafo precedente in materia di obiettivo glicemico, impostazione della dieta e della terapia antidiabetica, monitoraggio glicemico.

Educazione terapeutica

Per questi pazienti il ricovero deve rappresentare un'occasione per impostare un efficace intervento educativo finalizzato alla conoscenza e all'autogestione della malattia diabetica. A tal fine dovrà essere attivata una consulenza del

team diabetologico (medico e infermiere esperto) che dovrà garantire una formazione di primo livello (gestione della terapia insulinica, autocontrollo glicemico, prevenzione dell'ipoglicemia) e stabilire la "presa in carico" del paziente da parte della struttura specialistica territoriale con appuntamento già fissato prima della dimissione dal reparto di degenza (Tabella 3).

Paziente diabetico noto / non noto che non si alimenta regolarmente

a) Pazienti alimentati tramite sondino gastrico

Somministrare la terapia insulinica per via sottocutanea secondo uno schema predefinito che può ricalcare quello riportato per il paziente che si alimenta normalmente, con insulina pronta da somministrare prima dei pasti ed eventuale insulina ad azione lenta per insulizzazione basale.

Nei casi in cui sia il fabbisogno insulinico che l'introito calorico risultino entrambi limitati potrà essere valutata l'opportunità di una singola somministrazione giornaliera di analogo lento. Gli obiettivi glicemici e la frequenza dei controlli mediante sticks restano quelli su riportati.

b) Pazienti alimentati per via parenterale e/o con iperglicemia persistente - Terapia insulinica per via ev

La terapia insulinica infusione endovenosa trova una sua precisa indicazione nell'ambito dei reparti di terapia intensiva, ma anche nei reparti di degenza ordinaria, medici e chirurgici nel pa-

Tabella 2 - Scheda Terapia Insulinica

Paz:	DOB:	Letto:	SCHEDA DI TERAPIA ANTIDIABETICA				UO Medicina Generale 1 Direttore Dott. Marco Cei		
Legenda terapia insulinica sottocutanea	Azione pronta		Azione intermedia		Associazioni		Azione lenta		
Sigla medico:	APIDRA HUMALOG NOVORAPID		HUMALOG BASAL		HUMALOG MIX 25 - 30 NOVOMIX 30 - 50 - 70		LANTUS LEVEMIR		
Data:									
Orario	Insulina	Prescritta	HGT	Eseguita	HGT	Eseguita	HGT	Eseguita	
07:00									
12:00									
19:00									
22:00									
Terapia con ipoglicemizzanti orali									
Data:									
Ora	Farmaco	Dose	HGT	Eseguita	HGT	Eseguita	HGT	Eseguita	
07:00									
12:00									
19:00									

Tabella 3 - Consulenza Diabetologica**Da attivare:**

- In tutti i casi di diabete di prima diagnosi
- Diabete scompensato
- Emergenze metaboliche

Consulenza del team diabetologico

- Finalità educativa di primo livello (terapia insulinica, autocontrollo controllo, prevenzione dell'ipoglicemia).
- Presa in carico con appuntamento presso la struttura ambulatoriale comunicato direttamente al paziente o ai suoi familiari.

ziente che non si alimenta per os e nel paziente critico in generale. Le indicazioni principali sono: chetoacidosi diabetica, scompenso iperosmolare, periodo perioperatorio, shock cardiogeno, ictus cerebrale, terapia steroidea ad alte dosi, iperglicemia persistente non corretta con insulina sc, tutte le condizioni in cui il paziente viene alimentato per via parenterale

In questi casi la terapia insulinica deve essere effettuata in infusione venosa continua, (soluzione di 50 UI di insulina regolare in 100 cc di soluzione fisiologica). applicando algoritmi basati su frequenti controlli dei valori glicemici e validati nel contesto di applicazione (Tabella 4). Il monitoraggio della glicemia dovrà essere effettuato ogni 3-4 ore, più frequentemente quando la glicemia è particolarmente bassa o alta.

Ripresa terapia insulinica per via sottocutanea

Superata la fase critica si avvia il passaggio alla terapia insulinica per via sottocutanea. Nei primi giorni, quando ancora l'alimentazione è "leggera" (dieta semiliquida) ed i valori glicemici sono stabilizzati mediante l'infusione insulinica ev, è consigliabile intersecare le due modalità di trattamento insulinico, somministrando poche unità di analogo pronto (4-5) per via s.c. prima della somministrazione dei pasti in aggiunta alla terapia insulinica per via ev (velocità di infusione ridotta del 20% rispetto a quella del giorno precedente).

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: g.dicianni@usl6.toscana.it

TM

Tabella 4 - Protocollo per la somministrazione endovenosa di insulina

Sistema di infusione contenente insulina rapida 50UI /100 ml di fisiologica		Velocità infusione ml / h
Se la glicemia è	<80 mg/dl	Sospendere infusione
Se la glicemia è compresa fra	80-120 mg/dl	1 ml / h (0.5 UI)
Se la glicemia è compresa fra	120-150 mg/dl	2 ml / h (1UI)
Se la glicemia è compresa fra	150 – 180 mg / dl	3 ml / h (1.5 UI)
Se la glicemia è compresa fra	180 – 220 mg / dl	4 ml / h (2 UI)
Se la glicemia è compresa fra	220 – 250 mg / dl	5 ml / h (2.5 UI)
Se la glicemia è	> 250 mg / dl	6 ml / h (3 UI)



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

La nascosta inequità nel sistema di cure della salute

Pubbllichiamo questo commento all'importante articolo "The hidden inequity in health care" di Barbara Starfield in *International Journal for Equity in Health* 2011, 10:15 doi: 10.1186/1475-9276-10-15, per il suo interesse e la sua attualità anche per il Servizio Sanitario Toscano.

L'accesso a risorse sanitarie di gruppi di popolazione non omogenei per livello socio-economico può configurare situazioni di non equità ("inequity"). Non equità perché persone con lo stesso problema non accedono alle stesse risorse ("horizontal inequity") o perché persone con maggiori bisogni non possono accedere a maggiori risorse ("vertical inequity").

In molti Paesi socioeconomicamente avanzati i servizi di cure primarie permettono un accesso equo sia sotto il profilo orizzontale che verticale, mentre l'accesso a cure specialistiche è spesso garantito sotto il primo aspetto ma non sotto il secondo. L'equità di accesso è un problema internazionale e tutto il mondo si interroga su quali indicatori scegliere come riferimento dello stato di salute da perseguire e sulle strategie di politica sanitaria da implementare per raggiungerli.

Una medicina centrata sulla "malattia", la stessa che genera infinite Linee Guida "diseases-oriented" e non sul paziente, conserva le sue non-equità intrinseca.

L'approccio "paziente-orientato", paziente nel quale multipli disturbi interagiscono in miriadi fenotipiche, presenta invece una potenziale equità e genera interventi sulla complessità delle vulnerabilità e non sulle singole malattie.

Malgrado ci siano dati di evidenza che il set di cure primarie fornisce benefici sia in termini di persone che di popolazione, questi stessi benefici sono largamente non percepiti.

Abbiamo bisogno di Linee Guida appropriate e cure orientate alla persona e solo la medicina di cure primarie può comprendere questo. È tempo che la medicina di cure primarie assuma un ruolo di guida, indirizzando le cure mediche là dove servono: curare pazienti e popolazioni, non malattie.

Ed è anche economicamente conveniente.

"Le istituzioni guardano con fiducia alla centralità della medicina di famiglia".

Questa volta, però, l'auspicio, non viene da politici più o meno di passaggio, ma da Barbara Starfield, Dipartimento di Politica e Management Sanitario della John Hopkins University. Una appassionata esperta di sistemi sanitari integrati ...

Quasi un **Manifesto delle Cure Primarie:**

poche storie, afferma, non esistono le malattie senza i malati e smettiamola di occuparci in maniera più o meno de-strutturata (Linee Guida?) di malattie.

"Noi curiamo persone, ben diverse dai campioni puliti e levigati degli studi controllati randomizzati, campioni che hanno il difetto di avere, spesso, una malattia, una sola; di prendere un farmaco, uno solo, etc.".

In sintesi, Barbara Starfield [purtroppo recentemente scomparsa, mentre stava per venire in Italia, a Pisa], dice proprio questo: **riportiamo l'attenzione sulla complessità delle persone e la gestione della persona nella sua complessità è propria delle Cure Primarie: rendiamoci conto di quanto siamo importanti e tracciamo noi i solchi, le strade da percorrere.**

Un Manifesto ... E poi, conclude, «siamo anche più convenienti».

È un momento in cui ogni amministratore, dai ministri all'ultimo assessore dell'ultimo Comune sentenza che bisogna investire nel territorio; in un momento in cui cardiologi, pneumologi, nefrologi e tutti gli "ologi" che ci / vi vengono in mente invocano / evocano la fattiva collaborazione della medicina di famiglia.

Insomma i medici di medicina generale possono / devono stratificare i loro pazienti in base al rischio (Figura 1) cardio-cerebro vascolare globale, misura indispensabile per una proposta razionale di interventi preventivi trattandosi di una procedura semplice, compatibile con la normale pratica clinica dei medici di medicina generale e che invece viene largamente disattesa. Un approccio sistematico alla valutazione del rischio vascolare consentirebbe in breve tempo d'identificare i soggetti maggiormente meritevoli d'intervento e di utilizzare razionalmente le risorse umane ed economiche disponibili.

Fattiva collaborazione con i medici di medicina generale per premiare la prevenzione, per chiudere gli ospedali piccini e ridurre ancora i posti letto, per intercettare la cronicità, aprire ambulatori dedicati, collaborare sui diabetici, ipertesi, scompensati, bronchitici, asmatici, insufficienti, compreso il disagio psico-sociale... (Figura 2).

E noi, con i nostri tempi medi di consultazione

SAFFI ETTORE GIUSTINI*, PAOLA MARIA MANDELLI**, LUIGI SANTOIEEMMA°

* Coordinatore Commissione tecnico scientifica delle attività Chronic Care Model sezione FIMMG di Pistoia)

** Medico di medicina generale (redazione VobiSNewSLetter)

° Medico di medicina generale, Bari (commiss. Appr. Prescritt. Reg Puglia)

Figura 1

– ci dicono 6 minuti, secondo più secondo meno –stiamo anche lì a provarci...

Viene in mente un pezzo di antica televisione, quella in bianco e nero, di Domenico Modugno, brigante da strapazzo, con due accoliti insipienti che, di fronte ai suoi proclami di grandeur brigantesca, assalti, rapine, ricchezze, cantavano “ma siamo solo in tre, tre briganti e tre somari”.

Carissima prof.ssa: così com'è strutturata / organizzata / supportata la medicina generale / di famiglia non basta, non può aderire al suo Manifesto, ci piacerebbe molto ... Ma ...

Ma mettiamo che ci forniscono strutture / luoghi fisici dove essere presenti, nei piccoli comuni, come nei quartieri e rioni, nei grandi comuni; mettiamo dentro risorse, infermieri, riabilitatori, specialisti e diagnostica, rendiamo l'Assistenza Domiciliare concreta alternativa ad un ricovero evitabile e poi chissà ... “Mettiamo dentro, ma **dignitosamente**, soprattutto chi si avvia a fare questo mestiere quello delle cure primarie, della medicina di famiglia, mettiamo dentro i tirocinanti che siano di supporto ai medici

di medicina generale che, se pur di passaggio verso la fine della carriera, hanno ancora l'entusiasmo / la voglia / la passione di intraprendere “strade nuove non con modelli astratti ma nella quotidianità del **lavoro insieme**” che è fatto da attività clinica e di relazione, di ricerca e di interfaccia con il resto del sistema socio-sanitario.

Ma da soli non c'è né il tempo né, forse, più le forze. Ma “noi”, cara Prof.ssa ... si proverebbe

TM

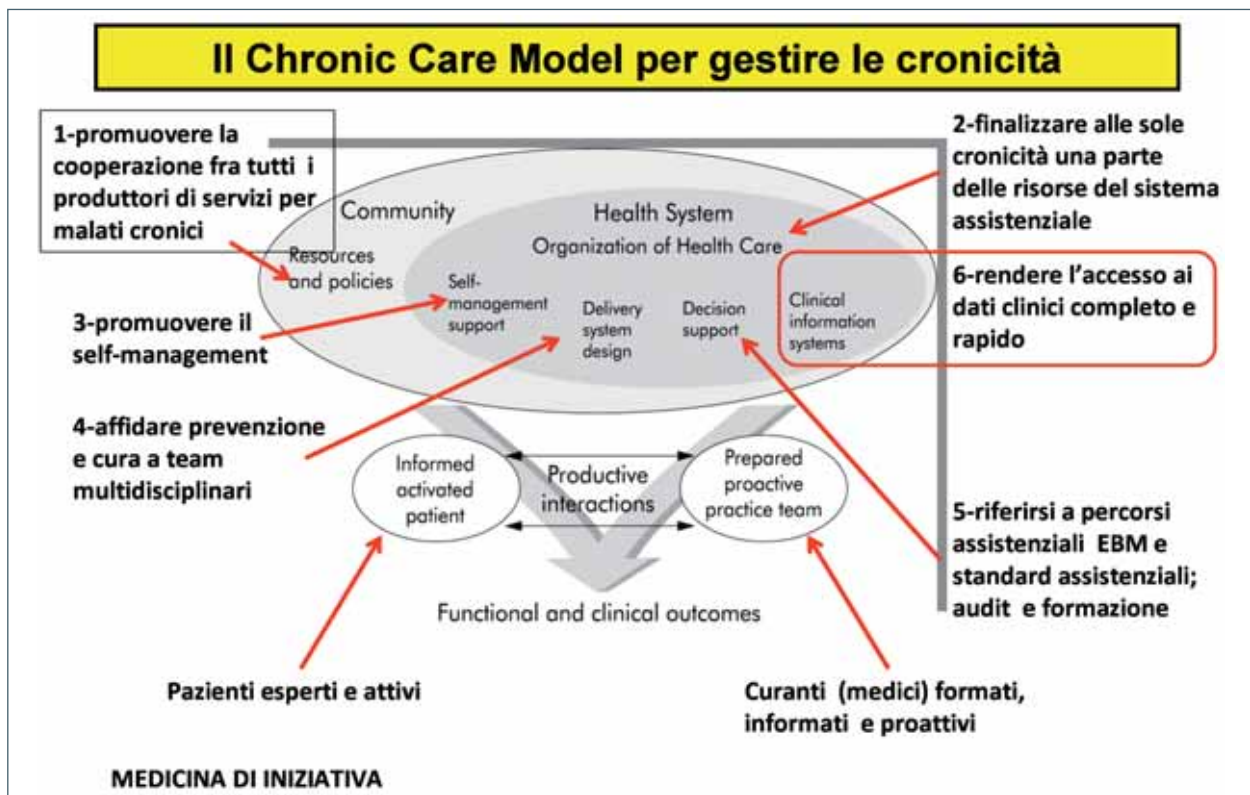


Figura 2



Maria Grazia Muraca, medico chirurgo, dal 2005 Direttore di UO Semplice del Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On.) dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori sezione di Firenze. Si occupa da più di venti anni di follow-up clinico ed aspetti riabilitativi in oncologia curando l'integrazione multidisciplinare.

La riabilitazione “bella e possibile”

“S i intravede una nuova identità fondata su antichi valori ma non è chiaro come realizzarla” (T.M. 1/12, pag. 50). Il presidente Panti ha implicitamente invitato a presentare, se ce ne sono, esperienze di medicina “bella e possibile”. Diversi *setting* di cura daranno differenti risposte. Alcune situazioni sembrano privilegiate nel cercare l'equilibrio cui Panti invita, perché non condizionate dall'urgenza, né sopraffatte dagli aspetti tec-

nologici della professione. È il caso della riabilitazione oncologica. Il settore è ancora in via di definizione, ma a Firenze, da oltre 5 anni, si va affermando un modello che sembra adattarsi bene alle prospettive di una assistenza complessa, resa non da un singolo professionista, capace di accompagnare le persone che ne fanno richiesta, anche attraverso percorsi “lunghi” di adattamento, per tutto il tempo della malattia. Abbiamo pensato quindi che le riflessioni di Panti fossero una buona occasione per sottolineare alcuni aspetti peculiari della esperienza del Ce.Ri.On (Centro di Riabilitazione Oncologica) di Firenze, forse riproducibili in altri contesti.

Stiamo parlando dell'incontro tra risorse pubbliche e privato no-profit, nella fattispecie del coinvolgimento della LILT accanto ad ISPO in Firenze; un contributo eccezionale dato da CESVOT e dalla Regione Toscana nel 2005 ha permesso l'apertura del Centro. Il contributo annuale di una quota dei fondi raccolti per 'Corri la Vita' permette a tutt'oggi di continuare una parte dell'esperienza. Il ruolo ed il supporto del volontariato, a volte poco valorizzato da parte delle Istituzioni, qui è vitale. La riabilitazione oncologica ha risvolti psicosociali che solo con la presenza del volontariato possono essere efficacemente affrontati. Si tratta infatti di riuscire a vedere, nel volto di altre persone come te, che è possibile farcela, che è possibile – in assenza di malattia – diventare una persona guarita. Molto più che raccogliere fondi: un ruolo attivo insostituibile. E già per questo l'assistenza riprende una connotazione più personale.

Sono sempre le persone in ricerca di riabilitazione oncologica che fanno compiere il secondo decisivo passo: l'integrazione delle diverse professionalità. Non è pensabile infatti che una buona riabilitazione di chi ha avuto una malattia oncologica, col suo carico di trauma emotivo e relinquiati fisici indissolubilmente congiunti, possa ottenersi, se almeno il livello medico, fisioterapico e psicologi-

co non lavorano insieme. Questo vuol dire dedicare alcune ore alle riunioni del gruppo dei curanti, regolari e prioritarie su altri impegni. Il prof. Dolara su questa rivista (T.M. 3/11, pag. 42) ricordava la soluzione trovata nel suo gruppo, dare un codice specifico all'attività di riunione di équipe per renderla riconosciuta e riconoscibile anche in termini amministrativi. Solo poche ore al mese, formali, nel caso del Ce.Ri.On e, da qui, una rinnovata capacità di valorizzare tanti altri momenti possibili di scambio tra professionisti di diverse discipline (la condizione di corridoio). L'aspetto più soddisfacente è l'aver armonizzato, nel corso degli anni, due mondi tanto distinti quanto lo sono quello medico e quello psicologico, intesi come mondi professionali. Di nuovo, sono state le persone che hanno vissuto

la malattia oncologica e che, per quanto detto sopra, hanno sempre avuto una voce ben udibile in questa esperienza, ad esigere che si smettesse di farle a pezzettini; e, sono stati i curanti, per

una volta, ad adattarsi perché anche questo è un modo per avere successo nella cura. “In una società libera il risultato dipende da coloro che hanno il coraggio di tentare nuove strade e la saggezza di fornire il necessario supporto” G.L. Engel 1977 (T.M. 3/11, pag. 8).

Per ultimo è stato anche importante cercare di superare l'approssimazione e la diffidenza verso le valutazioni, che spesso accompagnano esperienze di medicina integrata, su dimensioni diverse come questa. Misurare e misurarsi, tenere traccia delle condizioni iniziali e finali, della durata dei percorsi, del livello di distress psicologico all'entrata ed all'uscita da un percorso di riabilitazione. Lasciarsi valutare dalle condizioni del paziente stesso, non accontentarsi dei suoi immancabili ringraziamenti. Siamo all'inizio in questo campo, ma aver rotto il muro di divisione che vuole le prove di efficacia specifiche per interventi mirati e tecnologici e, tutto il resto, ancora soggetto all'esclusivo giudizio del curante, aver rotto questo muro, proprio là dove non era richiesto, ha dato un impulso importante all'equilibrio del Centro, che continua di fatto, da alcuni anni, con risorse strettamente limitate, ad incontrare i “sogni ed i bisogni” di centinaia di malati oncologici.

La riabilitazione oncologica efficace è sì la riabilitazione che riconosce il tempo della relazione come tempo di cura, è sì la riabilitazione che presta attenzione alle storie dei malati, ma è anche la riabilitazione che mette alla prova il suo criterio organizzativo, cerca soluzioni nuove e accetta la logica della valutazione continua. Per questo concludiamo proponendo quattro aspetti da tradurre in criteri di 'bella' riabilitazione:

MARIA GRAZIA MURACA¹, GUIDO MICCINESI²,
GIOVANNA FRANCHI³

¹ Medico ISPO-Ce.Ri.On, Firenze

² Epidemiologo ISPO, Firenze

³ Psicologa Psicoterapeuta LILT-Ce.Ri.On, Firenze

- la capacità di un centro di riabilitazione oncologica di integrare e farsi promuovere dalle energie del volontariato;
- la capacità di tradurre in termini organizzativi e reali la necessaria multidisciplinarietà;
- la capacità di tenere traccia accurata del percorso e delle condizioni iniziali e finali, fisiche e psicologiche, di chi lo ha compiuto;
- la capacità di innovare i propri interventi te-

nendosi aperti, fra gli altri, al contributo di ricerca delle Università e dei suoi preziosissimi studenti e dottorandi accogliendo tesi e lavori sperimentali.

Bibliografia

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

TM

Il mistero delle unghie verdastre

Secundo Carlo Ginzburg ("radici di un paradigma indiziario" in "Il segno delle tre" di U. Eco e T. Seabock) alla fine dell'800 il pensiero scientifico in tre diversi campi viene investito da un nuovo modo di pensare, che privilegia l'attenta analisi dei piccoli particolari che nessuno nota per ricostruire la verità. I tre sono A. Conan Doyle col suo Holmes, Giovanni Morelli (che rivoluziona la storia dell'arte) e Sigmund Freud con la psicoanalisi, tutti e tre medici. Noi perdoneremo a Ginzburg l'idea che Holmes sia solo un personaggio letterario (come è noto gli appassionati rifiutano tale esecranda ipotesi) e appoggeremo invece la sua idea che il metodo logico di Sherlock Holmes abbia molto a che vedere con la medicina. Discuteremo questa idea nel prossimo articolo, ma lo dimostreremo fin d'ora grazie alla pubblicazione di una originale avventura redatta a cura del dr. Watson, manoscritto recentemente rinvenuto a Firenze e accuratamente tradotto da Monica Pierattelli ed Enrico Solito. Curiosamente, la dr.ssa Pierattelli ha avuto modo di osservare nel suo ambulatorio un caso del tutto analogo, che ella propone di nominare "la sindrome di Watson".

ENRICO SOLITO*, MONICA PIERATELLI**

* Pediatra e Neuropsichiatra infantile, Prato

** Pediatra, Firenze

Il Mistero delle unghie verdastre

Me ne stavo intento a leggere un pesante volume di chimica, quando Sherlock Holmes entrò nella stanza. Era una giornata molto grigia e piovosa, come è la regola in questo periodo dell'anno a Londra: la nebbia densa e giallastra si accumulava fuori dalle finestre del nostro appartamento da scapoli in Baker Street.

«Mi meraviglio, mio caro Watson, ... così vuole rubarmi il mestiere».

«Mi documentavo nell'attesa» risposi un po' acidamente, visto che il mio amico non si faceva vedere da ben 2 giorni, occupato com'era su un caso di

furto di aringhe ai Doks.

«Di che si tratta?» mi chiese Holmes mentre guardava con una inequivocabile cupidigia il tavolo così riccamente imbandito per la colazione (credo di aver già detto, nelle mie povere note, che Holmes era capace di saltare il pasto per giorni e giorni durante le indagini ma che recuperava poi il tempo perduto alla fine di esse).

«Stavo cercando i metodi di riconoscimento chimico dell'anilina, ma trovo la questione terribilmente complicata. Questi suoi libroni di chimica sono un maledetto enigma.... Sono davvero contento che lei sia tornato».

«Anilina: uno strano veleno per uccidere qualcuno».

«Ma non si tratta di un omicidio... sarà bene che lei spieghi dall'inizio».

Holmes afferrò la sua lunga pipa di ciliegio rosso e iniziò metodicamente a caricarla, fissandomi con uno sguardo penetrante prima di accomodarsi vicino al camino acceso.

Mi risultava strano, per una volta, essere proprio io seduto sul sedile di raso rosso di fronte a lui, e osservarlo allungarsi sulla sua poltrona, congiungere le dita, mentre mi ascoltava con lo sguardo estatico e sognante perso nel vuoto, tipico dei suoi momenti di massima concentrazione. Un filo di fumo che usciva a tratti dal fornello della sua pipa era l'unico segno che Holmes concedeva al mondo per informarlo della sua esistenza.

«La storia è cominciata ieri - iniziai - quando nell'ambulatorio, al termine di una lunga giornata di lavoro, si è presentata una mia paziente, preoccupata per lo strano colore comparso sulle unghie degli alluci dei piedi della sua piccola figlia. Mi



Enrico Solito è nato a Roma nel 1954. Pediatra e neuropsichiatra infantile, vive ed esercita la professione in Toscana. È membro di varie associazioni scientifiche e dell'Associazione Sherlockiana Italiana "Uno Studio in Holmes" per la quale cura la rivista "The Strand Magazine".

aveva invero telefonato in mattinata, come spesso capita, visto che è una mia assidua paziente, ma non ero affatto preparato allo spettacolo che poi ho avuto la fortuna di osservare personalmente. La bimba, Sara Brown (ha ora circa 3 anni), non presentava alcun sintomo di malattia conosciuta, e le assicuro che l'ho visitata molto scrupolosamente, nonostante saltasse come una indemoniata nel mio piccolo studio: è sempre stata molto attiva e vivace. Aveva però le unghie degli alluci, e soltanto quelle, di un colorito intensamente verdastro, del tutto atipico. Confesso che lì per lì ho anche pensato ad una soffusione emorragica, dovuta magari a scarpe troppo corte e dure (sa, si tratta di povera gente, e le scarpe devono durare così a lungo...) ma mi sono dovuto ricredere perché le calzature che la bimba indossava erano tutt'altro che corte, e anzi erano particolarmente morbide. Né d'altra parte posso pensare, conoscendo la famiglia, che qualcuno si sia divertito a pestarle gli alluci. Dunque ho concluso che non si trattava di soffusione emorragica. Come dice sempre lei se si esclude l'impossibile, quel che resta, per quanto improbabile deve essere la verità».

«E cosa ha dedotto, dunque?» chiese Holmes dopo un attimo di silenzio.

«Penso che la bambina sia stata intossicata, certo non volontariamente, da qualche alcaloide presente nelle vernici delle scarpe. Ho pensato all'anilina perché avevo letto diversi articoli sul *British Medical Journal* a riguardo. Sulle unghie verdi o cose del genere però le confesso che non ho mai visto un rigo. Adesso forse lei può aiutarmi: ho portato qui le scarpe in questione. Può vedere, in qualche modo, se sono presenti vernici all'anilina e in quale quantità?».

Holmes si riscosse, dopo qualche secondo di assoluta immobilità e afferrò, senza una parola, le piccole scarpe nere che gli porgevo.

«Hm, una bambina rachitica, vedo».

«Mio caro Holmes, lei non finisce mai di stupirmi!».

«Non c'è niente da stupirsi, mio caro Watson: le scarpe sono di camoscio, comprate a Londra, probabilmente in Oxford Street, di discreta qualità, anche se non nuovissime..., non sono così poveri i suoi Brown oppure tengono molto alla loro figlia».

«È vero – interloqui – soprattutto il padre è molto attaccato a Sara».

«La bambina non viene portata quasi mai ai giardini – continuò Holmes –, lo vedo dallo stato delle suole e dunque suppongo che sia di salute cagionevole: d'altra parte lei mi ha già detto che la vede molto spesso. Dunque riassumiamo: una bambina spesso malata, che non viene portata all'aperto e che tuttavia è vivace e ha voglia di giocare, e i cui genitori, pur non essendo ricchi, colmano di attenzione. Se fosse tisi non sarebbe così attiva e nei bambini di quell'età etè e di quella condizione sociale la più frequente malattia cronica è purtroppo il rachitismo: mi pare ovvio.

Ma torniamo a noi. Cos'altro possiamo tirare fuori da queste scarpe? A parte il fatto che la

bimba ha un piede piatto, che il padre fuma sigari *Trichinopolis*, è molto alto e deve aver iniziato a bere, direi che non ho per ora altro da dire, almeno a questo primo esame».

«Holmes!» esclamai di nuovo

«Stia buono Watson: queste due leggerissime bruciature che vedo sulla tomaia non possono essere dovute altro che alle piccolissime scintille di un *Trichinopolis*. Il padre, che ama Sara, come lei mi ha confermato, deve avere incominciato a bere, visto che fuma così vicino ad una bambina così cagionevole. Che sia poco che lo fa, lo dimostra il fatto che le bruciature sono solo due e recenti. Quanto all'altezza, se la bimba a 3 anni calza scarpe già così lunghe, deve essere davvero molto alta. È molto probabile che anche il padre lo sia...Guarda, guarda...».

«Cosa la turba Holmes?».

Il mio amico aveva afferrato la lente d'ingrandimento, che spuntava da sotto il violino nella spaventosa confusione della sua scrivania e stava osservando la punta della scarpa, con quell'aria da segugio che avesse fiutato l'usta buona, come gli avevo visto fare tante volte nel passato. Se ne stette senza rispondermi per un paio di minuti, poi osservò entrambe le scarpine contro la fioca luce del nostro lume a gas e me le riconsegnò sorridendo.

«Consigli alla sua paziente, mio caro Watson, di portare fuori un po' più spesso la sua bambina e di impedire a Sara di giocare così spesso da sola in casa».

Lo guardai senza capire.

«Le ho detto spesso in passato che lei è un autentico portatore di luce e che io dovrei ascoltarla più spesso: le scarpe sono sufficientemente lunghe ma la tomaia della parte anteriore e soprattutto superiore della scarpe è tutta consumata. L'unica spiegazione plausibile è che la bambina, come spesso succede in questa fascia di età, soprattutto se è vivace, esile e costretta forzatamente in casa, se ne stia accovacciata per terra a giocare per delle ore sedendo in mezzo alle gambe come una specie di "W": una volta lei mi disse che è tipico delle bambine con anteversione dei colli femorali, qualunque cosa questa frase voglia dire. Facendo così la bambina preme per forza la parte superiore del piede, coperta soltanto da scarpe così morbide, per terra. Le sue unghie sono sicuramente molto deboli e se questa pressione viene applicata per così tanto tempo nell'arco della giornata è chiaro che il risultato non può essere che il livido, da lei così brillantemente diagnosticato. Lasci perdere l'anilina, amico mio, e mi faccia compagnia per la colazione: qualche novità da Sir Henry Baskerville e il suo mastino?».

Che quella brillante deduzione fosse clinicamente esatta me lo confermò la madre nel colloquio successivo. Sara effettivamente stava seduta nella posizione che era stata immaginata per ore ed ore e fu sufficiente che io comunicassi alla madre i consigli di un illustre ortopedico mio amico, che rimase sempre nell'ombra, perché d'allora la piccola non avesse mai più problemi alle sue tenere unghie. **TM**

Organizzare la “Memory Clinic”

Un possibile sviluppo della Linea Guida “Demenza”

Premessa

Le Linee Guida sono raccolte di Raccomandazioni cliniche che condensano la migliore evidenza scientifica disponibile in riferimento ad una patologia o a un gruppo di patologie. Per avere efficacia le Raccomandazioni di una Linea Guida devono essere adottate dai Professionisti ed a questo fine sono necessari interventi attivi di “implementazione”. Inoltre, qualora la Linea Guida coinvolga professionisti diversi e/o sia riferibile a momenti diversi, ad esempio nel caso di una malattia cronica, spesso occorrono modificazioni organizzative.

Nel Luglio del 2010 la Regione Toscana ha

pubblicato la Linea Guida “Sindrome demenza. Diagnosi e Trattamento”, disponibile nel testo integrale nel sito Web della Regione Toscana¹ e in forma riassuntiva nella banca dati internazionale National Guideline Clearinghouse². La Linea

Guida si struttura in 16 Raccomandazioni per le cure primarie nelle quali è condensata la migliore evidenza scien-

tifica attualmente disponibile per la cura della Demenza.

Al fine di verificare il grado di adesione dei Professionisti, in questo caso gli Specialisti clinici ed i medici di medicina generale, nel corso del 2011 nelle Aree Vaste di Firenze e Pisa è stato attuato uno “stu-

ANTONIO BAVAZZANO E LUIGI TONELLI

Consiglio Sanitario Regionale

Tabella 1

QUESTIONARIO SULLA FASE DI SPERIMENTAZIONE DELLA LINEA GUIDA SINDROME DEMENZA - DIAGNOSI E TRATTAMENTO		
PERIODO: 01/03/2011 - 01/03/2012	AUSL 10 FIRENZE Referente dr.ssa Maristella Piccininni MMG: 11 - Casi inviati: 35	AOU PISANA Referente dr.ssa Gloria Tognoni MMG: 4 - Casi inviati: 26
1. Quali sono stati i tempi medi di attesa della prima visita in corso di sperimentazione?	Media 10 gg.	Media 15 gg.
2. Ha pensato anche di avviare trattamenti non farmacologici?	Non ho avviato alcun trattamento non farmacologico.	Non ho avviato alcun trattamento non farmacologico nei casi inviati.
3. Se sì, quali e dove?		Abbiamo incontri Alzheimer Café ogni 15-30 gg. rivolti a pazienti in fase moderato-grave e ai loro familiari.
4. Ha potuto occuparsi anche dei caregiver?	Sì	Sì
5. Ha potuto avviare anche un'attività di consulenza telefonica?	No	Sì, 2 gg. la settimana ore 15-17.
6. Ha potuto attivare direttamente i servizi sociali?	No	No
7. Le risulta che alcuni di questi pazienti siano stati ricoverati?	Sì, 2 casi su 35	No
8. In caso di ricovero, è stata avvisata?	Sì, dai familiari	
9. Complessivamente, i MMG come hanno giudicato l'iniziativa?	Molto positivamente	Manca il dato

¹ http://www.regione.toscana.it/regione/export/RT/sito-RT/Contenuti/sezioni/salute/visualizza_asset.html_1802668180.html.

² <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=32599&search=dementia>.

dio di implementazione” in piccoli gruppi specialista-medici di medicina generale (Tabella 1).

I risultati dimostrano l'adesione dei medici di medicina generale alle Raccomandazioni. Il contatto diretto e rapido tra lo specialista ed il MMG facilita una diagnosi tempestiva della malattia, riducendo in misura molto significativa i tempi di presa in carico dei pazienti affetti da Demenza (10/15 giorni anziché 180). I trattamenti farmacologici per i sintomi *core* e per i disturbi comportamentali sono stati aderenti alle Raccomandazioni. I trattamenti non farmacologici, invece, sono stati attuati solo in misura molto modesta, sostanzialmente per mancanza di un'organizzazione finalizzata al trattamento complessivo del “problema Demenza”. Lo stesso si può dire per le azioni di formazione e di sostegno al caregiver, ad eccezione della diffusione sperimentale nell'area senese di una Guida per il Caregiver approvata dal Consiglio sanitario Regionale³.

Lo studio ha reso evidente la necessità di definire modelli organizzativi complessi ed articolati, idonei ad applicare integralmente le Raccomandazioni nell'intero decorso della malattia. Per questo occorrono la partecipazione attiva delle differenti professionalità, la continua e completa presa in carico del paziente ed il sostegno alla famiglia, in particolare al caregiver.

Il “Problema Demenza”

La Demenza riguarda attualmente oltre l'1,5% della popolazione generale (il 6,4% della popolazione ultra65enne, il 12,2% in quella ultra82enne). L'incidenza nella popolazione generale è sti-

mata pari allo 0,1% per anno. Sulla base delle previsioni demografiche ed epidemiologiche ne è atteso entro il 2050 più che il raddoppio. Nella Figura 1 si riporta la previsione di prevalenza 2010-2050 nella Regione Toscana.

Nel considerare i dati si deve tener conto che allo stato attuale la diagnosi di Demenza spesso è tardiva, sia per timore da parte dei nuclei familiari dello “stigma” che la malattia comporta, sia perché i sintomi iniziali spesso non vengono identificati oppure sono sottovalutati. Il tardivo riconoscimento della Demenza, oltre a ritardare l'azione terapeutica, comporta un utilizzo delle risorse potenzialmente inappropriato, come le ospedalizzazioni potenzialmente evitabili⁴ (quasi 0,5 ricoveri per anno per le persone affette da Demenza contro 0,2 per anno dei coetanei non affetti) in ragione di cure ambulatoriali spesso sub-ottimali⁵.

Il decorso clinico della malattia può essere suddiviso nelle 7 fasi della Global Deterioration Scale⁶ (GDS), che include i sintomi soggettivi iniziali e le fasi terminali. Attraverso la GDS è possibile schematizzare i servizi assistenziali necessari, come riportato in Tabella 2.

Progettare la “Memory Clinic”

A partire dagli anni '80⁷ (il primo Centro fu aperto a Newcastle nel 1983⁸) sempre più la funzione di pianificazione e di attuazione delle cure appartiene alle c.d. “Memory Clinic” (MC), strutture prevalentemente territoriali che definiscono i Piani di Cura degli affetti da disturbi cognitivi e ne seguono l'attuazione attivando i servizi sulla base delle necessità che si manifestano nel decorso della malattia.

Il National Institute for Clinical Excellence (NICE) nella Linea Guida 042⁹ espressamente individua nella Memory Clinic il riferimento unico per il paziente, per i familiari e per il medico di medicina generale in tutte le fasi della Demenza, dalle prime manifestazioni amnesiche agli stadi terminali. Finalità della Memory Clinic sono la cura della malattia secondo la migliore e più recente evidenza scientifica e il supporto al caregiver. Gli outcome attesi sono la diagnosi precoce, una migliore qualità della vita di chi è affetto e di chi lo assiste, il contenimento delle ospedalizzazioni e il rinvio dell'istituzionalizzazione del paziente quanto più possibile e per il maggior tempo possibile. La Tabella 3 sinteticamente indica le attività affidate ad una Memory Clinic:



Figura 1

³ Consiglio Sanitario regionale. Parere 41/2011. 13 Settembre 2011.

⁴ JAMA 307, 165-172, 2012.

⁵ BMC Health Service Research 22;8:108, May 2008.

⁶ Am J Ps 139,1136-39, 1982.

⁷ The Psychiatrist 28, 375-377, 2004

⁸ Therapeutische Umschau 46, 72-77, 1989.

⁹ Linea Guida NICE 042 “Dementia” (rev.Marzo 2011) <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf>.

Tabella 2

FASI	GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)	Chi interviene	Prestazione
1°	Non si registrano disturbi oggettivi di perdita di memoria. Non si riscontra alcuna perdita di memoria all'esame clinico del soggetto.	- MMG - (Specialista)	Valutazione clinica.
2°	Si registrano più frequentemente disturbi oggettivi di perdita di memoria, nei seguenti settori: A. dimenticarsi il posto in cui sono stati messi oggetti familiari; B. dimenticarsi nomi che precedentemente erano ben noti. Non si ha alcuna prova oggettiva di perdita di memoria all'esame del soggetto. Non si riscontra un deficit oggettivo sul lavoro e nelle situazioni sociali.	- MMG, - Specialista, - Psicologo	Valutazione clinica. Colloquio e testistica. Ev. trattamento antidepressivo. Cure non farmacologiche iniziali (ad es. AFA). Misure di follow up.
3°	Prime lacune ben definite. Manifestazioni in più di uno dei seguenti settori: A. il paziente si può perdere viaggiando in un luogo familiare; B. i colleghi di lavoro si rendono conto del rendimento scarso; C. gli amici stretti notano difficoltà nel trovare le parole e i nomi; D. può leggere un brano o un libro e ricordarsi poco di quello che ha letto; E. manifesta una maggiore difficoltà nel ricordarsi i nomi quando gli vengono presentate nuove persone; F. può aver smarrito un oggetto di valore; G. durante l'esame clinico possono manifestarsi carenze di concentrazione. La dimostrazione oggettiva della perdita di memoria si ottiene in seguito a un esame specialistico.	- MMG, - Specialista, - Psicologo	Valutazione clinica. Colloquio e testistica. Misure farmacologiche; Cure non farmacologiche; Informazioni ai familiari; Misure di follow up.
4°	Si aggiungono a quanto indicato in 3: A. minor conoscenza di avvenimenti attuali e recenti; B. perdita di memoria riguardo la propria anamnesi; C. difficoltà di concentrazione; D. minor capacità di viaggiare, gestire le finanze, etc.; E. ridotta capacità di svolgere compiti complessi.	- MMG, - Specialista, - Caseman, - Riabilitatore, - Terapista occupazionale	Piano di Cura per trattamento farmacologico e cure non farmacologiche. Formazione del "Caregiver".
5°	Come 4, più grave	- MMG, - Specialista, - Caseman, - Riabilitatore, - Terapista occupazionale-Fisioter	Piano di Cura: trattamento farmacologico e cure non farmacologiche. Supporto al Caregiver. Possibilità di servizi semi-residenziali e residenziali dedicati.
6°	Ha bisogno di assistenza nella vita quotidiana per: A. deficit IADL e parziale ADL; B. eventuale incontinenza; Ha bisogno di assistenza durante i viaggi con possibilità di spostamenti in luoghi familiari. Ha deliri e sintomi ossessivi Frequentemente il ritmo diurno è disturbato. Ricorda per lo più il proprio nome e riesce a distinguere nell'ambiente le persone familiari da quelle non familiari. Cambiamenti di personalità ed emotivi (abbastanza variabili).	- MMG, - Infermiere, - Specialista, - Riabilitatore, - Caseman, - Nutrizionista, - Ass. Sociale	Piano di Cura (trattamento farmacologico e cure non farmacologiche). Supporto al "Caregiver". Servizi domiciliari, semi-residenziali (ev. residenziali) Nursing intensivo.
7°	Richiede assistenza nella cura personale e nella nutrizione. Perdita delle capacità verbali e psicomotorie. Incontinenza. Segni e sintomi neurologici generalizzati e corticali.	- MMG, - Infermiere, - Specialista, - Casemanager, - Nutrizionista, - Ass.Sociale	Piano di Cura (tratt. farmacologico). Assistenza al caregiver. Rete dei servizi per disabili: Nursing intensivo.

Dalle istruzioni implementative¹⁰ dei contenuti della Linea Guida NICE si rileva che allo stato attuale nel Regno Unito accede annualmente alla Memory Clinic lo 0,19% della popolazione gene-

rale e lo 0,91% della popolazione ultra60enne, inclusi anche i soggetti che alla valutazione non risulteranno affetti da Demenza (30-40% degli accessi, in prevalenza casi di Mild Cognitive Im-

¹⁰ <http://www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/memoryassessmentsservice/assumptions.jsp>.

Tabella 3

MEMORY CLINIC	
NB. Il Medico di Medicina Generale garantisce la continuità dell'osservazione e delle "cure"	
Assistenza e cura	Diagnosi (Valutazione e indagini specialistiche)
	Pianificazione dell'assistenza
	Trattamento farmacologico (sintomi "core" e comportamentali)
	Trattamento non farmacologico
	Follow-up
	Accoglienza in strutture dedicate
Counseling	Counseling per il Caregiver
Formazione	Formazione del Personale e del Caregiver
Informazione	Campagne di social marketing
Ricerca	Ricerca applicata

pairment e forme depressive).

Il NICE non indica lo standard organizzativo di una Memory Clinic "tipo". L'unico riferimento viene proposto dal Royal College of Psychiatrist¹¹, come riassunto nella Tabella che segue, che riporta il personale di assistenza previsto per il trattamento in ambito territoriale **di qualunque patologia psicogeriatrica** per una popolazione di riferimento che includa 10.000 ultra65enni (Tabella 4).

Vista, come esposto in premessa, la sostanziale efficacia clinica della Linea Guida "Sindrome Demenza. Diagnosi e Trattamento" ed essendo la "Memory Clinic" l'organizzazione attualmente più diffusa nel mondo per l'assistenza e la cura degli affetti da Demenza, si ritiene utile una sperimentazione "pilota" in aree della Regione Toscana. Si può presumere che una Memory Clinic con la composizione indicata possa servire un'area urbana di 40-50.000 residenti. Il costo del personale è complessivamente stimabile in 300.000-350.000 Euro per anno, ma trattandosi di una diversa organizzazione del lavoro di professionisti già operativi in

questo ambito clinico, si possono ritenere assenti i costi aggiuntivi. I risultati attesi sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- costante e diretta partecipazione del MMG alla Memory Clinic;
- diagnosi precoce della Demenza;
- disponibilità di un unico servizio cui fare riferimento per le necessità di una forma clinica ingravescente e di lunga durata;
 - possibilità di consultazione in urgenza per scompenso comportamentale;
 - monitoraggio delle "cure";
 - attivazione di un servizio di "consulenza telefonica" 24h/7d anche attraverso l'attività di associazionismo e volontariato;
 - supporto formativo e informativo per il "caregiver";
 - contenimento degli accessi al Pronto Soccorso per Demenza;
 - contenimento delle ospedalizzazioni;
 - minore rischio di istituzionalizzazione.

Tabella 4

Personale (professionisti tempo pieno equivalenti)	Standard x 10.000 residenti anziani
(Medici di Medicina Generale)	della zona di riferimento
Medico Specialista	1
Infermiere con formazione psicogeriatrica (per assistenza e counseling)	2,5
Operatore Socio Sanitario	1
Terapista Occupazionale	1
Assistente Sociale	1
Fisioterapista	0,5
Psicologo esperto	0,5
Personale di Segreteria	1

¹¹ Royal College of Psychiatrists. Raising the standards. Specialist service for older people with mental illness. August 2006. <http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/RaisingtheStandardOAPwebsite.pdf>.

Farmacovigilanza Toscana: 2011 segnalazioni in netto aumento!

Il sistema di Farmacovigilanza della Regione Toscana continua a distinguersi nel panorama nazionale per il suo innovativo e proficuo contributo nella gestione e nel monitoraggio della sicurezza delle reazioni avverse ai farmaci e vaccini.

Durante il 2011 la Toscana si è imposta tra le regioni con un maggior incremento nel numero di segnalazioni di sospetta reazione avversa (+63.1%) rispetto all'anno 2010. Infatti il numero di segnalazioni totali riportate è stato pari a 3123, di cui 628 (20.1%) gravi, 2459 (78.7%) non gravi, 16 (0.6%) non definite e 20 (0.6%) decessi, contro le 1917 segnalazioni dell'anno precedente. Il tasso di segnalazione è passato da 513 per milione di abitanti nel 2010 a 837 nel 2011, al di sopra del gold standard stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, pari a 300 segnalazioni per milione di abitanti/anno (Figura 1) e superiore a quello osservato a livello nazionale, dove il tasso di segnalazione è passato da circa 335 segnalazioni per milione di abitanti del 2010 (20189 segnalazioni totali) a 356 per milione di abitanti nel 2011 (21473 segnalazioni totali: 30% reazioni avverse gravi, 69% non gravi e 1% livello di gravità non definito).

In Toscana anche il numero di segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini, circa 137.8 per milione di abitanti (16.5%), è superiore alla media nazionale pari a 56.3 per milione di abitanti (15.8%). Considerando il numero di segnalazione per milioni di abitanti (popolazione ISTAT al 01.01.2010) per data di inserimento, nell'anno 2011, le tre zone di area vasta toscane (Area Vasta Nord-Ovest, A.V.

Centro, A.V. Sud-Est) superano nettamente il Gold Standard, con la prevalenza dell'Area Vasta Nord-Ovest. Sette Aziende Ospedaliere su dodici (Empoli, Prato, Grosseto, Pisa, Pistoia, Livorno, Arezzo) mostrano un trend positivo rispetto all'anno precedente. In riferimento al numero di segnalazioni inserite nell'anno 2011 per 100.000 giornate di degenza del 2010, l'A.O. Meyer, l'A.O.U. Senese e l'A.O.U. Pisana supe-

rano il Gold Standard stabilito dalla Regione Toscana (25 segnalazioni per 100.000 giornate di degenza/anno) rispettivamente con 179, 300 e 445 segnalazioni. Particolare attenzione è stata riservata anche alla vigilanza su incidenti e mancati incidenti associati all'uso di dispositivi medici; in Toscana è stato infatti realizzato, tramite uno specifico progetto, il sistema riformativo delle reti di dispositivovigilanza.

Superano la media regionale (80 segnalazioni per incidenti e mancati incidenti per 500.000 giornate di degenza più prestazioni ambulatoriali) l'A.O.U. Meyer, USL 12 Versilia, A.O.U. Careggi, USL 9 Grosseto, USL 1 Massa e Carrara, USL 4 Prato.

L'incremento nel tasso della segnalazione spontanea della Regione Toscana è da attribuire al costante impegno dei medici ospedalieri e dei medici di medicina generale, il cui contributo in termini percentuali è stato pari rispettivamente al 55% (contro il 50% a livello nazionale) e al 16% (contro il 7% a livello nazionale). Nell'attività di segnalazione si sono distinti anche infermieri (9%) e farmacisti (8%). Questi ultimi superano i medici di medicina generale per le segnalazioni di eventi avversi gra-

MARIA PARRILLI

Settore Politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, Regione Toscana

vi, infatti tali segnalazioni sono state riportate nel 29% dei casi da medici ospedalieri, nel 23% da farmacisti e nel 7% da medici di medicina generale.

La Regione Toscana conferma, anno dopo anno, un trend positivo nella segnalazione di sospetta reazione avversa, grazie anche agli investimenti regionali che hanno finanziato diversi progetti di Farmacovigilanza attiva. Tra questi ricordiamo due studi partiti ad ottobre 2010: lo studio MEREAFaPS, attivo presso alcuni reparti di Pronto Soccorso dei presidi di Pisa, Pontedera, Prato, Siena e Ospedale Pediatrico Meyer e lo studio ASTRAGALUS, attivo nei reparti di Reumatologia presso i presidi di Careggi, Pisa, Siena e Arezzo.

I risultati registrati nel 2011 per lo studio MEREAFaPS hanno evidenziato 1266 segnalazioni, di cui 381 (30%) gravi e 885 (70%) non gravi, mentre per lo studio ASTRAGALUS sono state registrate 407 segnalazioni di cui 37 (9%) gravi e 370 (91%) non gravi. Il contributo complessivo di tali progetti è stato di 1673 segnalazioni rispetto alle 3123 segnalazioni totali regionali. Dai dati risulta evidente come tali studi, che potrebbero essere attivati in altri

presidi, possano influire positivamente sul numero di segnalazioni.

La qualità e la quantità delle segnalazioni possono essere ulteriormente migliorate grazie alla formazione precoce delle nuove generazioni di operatori sanitari al fine di sviluppare conoscenza e competenza in tema di farmacovigilanza. Il progressivo coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari nelle attività di segnalazione spontanea può essere stimolato dall'attivazione di programmi di monitoraggio intensivo e progetti di farmacovigilanza attiva volti ad aumentare l'interesse e la cultura della sicurezza dei farmaci. A tal proposito la Regione Toscana sta sviluppando tre nuovi studi che coinvolgeranno categorie di pazienti molto sensibili allo sviluppo di reazioni avverse a farmaci, come pazienti oncologici, donne in gravidanza e pazienti anziani. Inoltre la Regione sarà coinvolta in studi multiregionali nei quali è prevista una particolare attenzione per i pazienti pediatrici e per la sicurezza dei vaccini. Il potenziamento delle attività di Farmacovigilanza consentirà di migliorare l'appropriatezza prescrittiva assicurando ai pazienti cure farmacologiche efficaci e sempre più sicure.

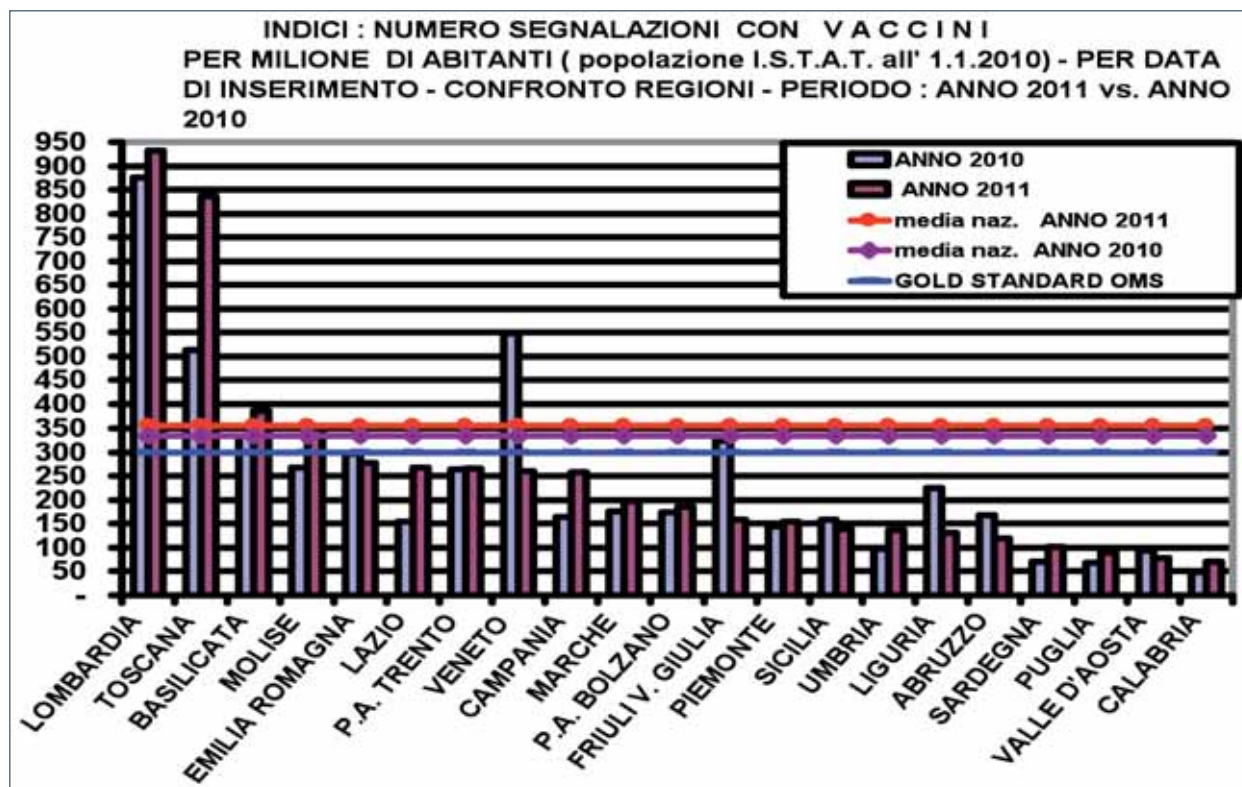


Figura 1 - Distribuzione regionale del tasso di segnalazione per milione di abitanti 2010-2011

Epidemiologia della demenza in Toscana

La demenza è una sindrome che può essere causata da varie malattie progressive che colpiscono la memoria, il pensiero, il comportamento e la capacità di svolgere le normali attività quotidiane della vita.

L'impatto non solo sanitario di questa sindrome, ma anche sociale e relazionale, determina la necessità di supportare i malati e le loro famiglie dalla presa in carico clinica alla gestione dell'assistenza di lungo periodo, attraverso servizi e strutture specifici. Per la programmazione e il governo di tali servizi è utile basarsi su stime affidabili sulle caratteristiche e la diffusione attuale e futura di questa sindrome.

Per rispondere a questa esigenza l'Agenzia regionale di sanità produce e pubblica annualmente sul proprio sito (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>) stime regionali della demenza applicando alla popolazione Istat i dati di prevalenza e incidenza emersi nei 4 studi epidemiologici di popolazione condotti in Toscana tra il 1994 e il 2000. In questo lavoro sono riportate, oltre alle suddette stime, alcune considerazioni sulla durata della malattia e alcune ipotesi circa la diffusione della demenza nel prossimo futuro.

Incidenza, prevalenza e durata della malattia

Nel 2010 sono stati stimati 10.495 nuovi casi di demenza. L'insorgenza di questa patologia si concentra negli ultra65enni e mostra un andamento esponenziale fino agli 85 anni di età; le donne tendono ad ammalarsi più degli uomini, con una differenza non attribuibile solo alla loro maggiore longevità (Tabella 1). Il basso tasso di incidenza negli ultra85enni potrebbe essere dovuto alla scarsa numerosità dei soggetti in questa fascia d'età su cui è stata effettuata la stima.

Più del 60% dei nuovi casi di demenza è attribuibile alla malattia di

Alzheimer, e un altro 24,3% ha origine vascolare. La maggioranza delle donne (68%) si ammala di Alzheimer e solo nel 16,2% dei casi di demenza vascolare; negli uomini la distribuzione è più omogenea: 38,2% Alzheimer, 36,9% demenza vascolare.

Il numero complessivo di persone con demenza stimate in Toscana nel 2010 è di 84.212 soggetti, di cui 27.605 maschi (7,6%) e 56.606 femmine (11,3%). Il 76,4% delle persone con demenza ha 80 anni o più (66% tra i maschi, 76,4% tra le femmine). L'8,9% degli anziani con demenza risiede in RSA (6,6% degli uomini, 10,0% delle donne). Le donne hanno una prevalenza di malattia quasi doppia rispetto ai maschi:

MATILDE RAZZANELLI*, SONIA CIPRIANI**,
PAOLO FRANCESCONI°

* *Psicologa, funzionario di ricerca settore Epidemiologia dei servizi sanitari e dei percorsi assistenziali, Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia regionale di sanità della Toscana*

** *Statistica, funzionario di ricerca settore Epidemiologia dei servizi sanitari e dei percorsi assistenziali, Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia regionale di sanità della Toscana*

° *Medico igienista, dirigente settore Epidemiologia dei servizi sanitari e dei percorsi assistenziali, Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia regionale di sanità della Toscana*

Tabella 1 - Numeri e tassi d'incidenza di demenza tra i residenti ultra65enni in Toscana nel 2010, per fascia d'età e genere

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Tasso (%)	N.	Tasso (%)	N.	Tasso (%)
65-69	387	0,39	460	0,41	848	0,40
70-74	630	0,66	1.182	1,06	1.812	0,84
75-79	949	1,39	2.025	2,18	2.974	1,76
80-84	1.783	3,96	1.895	2,67	3.678	3,35
85+	385	1,29	798	1,38	1.183	1,33
Totale	4.134	1,22	6.361	1,38	10.495	1,33

Tabella 2 - Stime di prevalenza per demenza al 1 gennaio 2010 tra i residenti ultra65enni in Toscana: numeri e tassi.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Tasso (%)	N.	Tasso (%)	N.	Tasso (%)
65-69	1.002	1,00	1.364	1,20	2.366	1,11
70-74	1.428	1,48	2.676	2,35	4.104	1,95
75-79	6.951	9,21	6.411	6,44	13.362	7,64
80-84	8.807	16,37	15.376	17,82	24.183	17,26
85+	9.417	24,02	30.779	34,74	40.195	31,45
Totale	27.605	7,56	56.606	11,28	84.212	9,71

questa differenza può essere dovuta a vari fattori tra cui un maggior rischio nelle donne di ammalarsi rispetto ai coetanei, rilevabile dalle differenze nei tassi di incidenza, la maggior longevità (le femmine ultra75enni, fascia d'età in cui il rischio di demenza è più alto, sono il 60% in più rispetto ai maschi) e infine una maggiore durata della malattia, probabilmente dovuta a un minor grado di comorbidità nelle donne rispetto agli uomini.

Per quanto riguarda i pazienti con demenza residenti a domicilio (76.707 soggetti stimati, 50.931 donne e 25.776 uomini), è possibile ricavare alcune indicazioni sul carico assistenziale a supporto della pianificazione dei servizi di assistenza, dalle stime di prevalenza di demenza per livello di deficit funzionale nelle attività di base della vita quotidiana (BADL di Katz). A parità di diagnosi di demenza, sono stati quindi definiti tre livelli di malattia: *lieve*, in assenza di perdita delle abilità funzionali, *moderata*, con perdita di almeno una abilità, e *grave*, nei casi di dipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana (Tabella 3).

Dato che in Toscana il fenomeno della migrazione negli ultra65enni è basso e i dati illustrati su prevalenza e incidenza sono consistenti, è possibile stimare la durata media della demenza: nella popolazione la durata di malattia è stimata in 7,5 anni, 8 anni per le femmine e 6,3 per i maschi. Dati di letteratura lasciano intendere che la differenza di genere potrebbe essere dovuta al fatto che i maschi sono più

colpiti da demenza vascolare che, essendo associata a una maggiore comorbidità, è legata a una minore sopravvivenza (3,9 anni vs 7,1). A prescindere dal tipo di demenza che li affligge, sembra comunque che i maschi abbiano una minore sopravvivenza, spesso legata a una maggiore comorbidità.

Ipotesi sul futuro

L'impatto complessivo che la demenza avrà in futuro dipenderà dall'andamento della struttura della popolazione, dall'esito delle politiche di prevenzione primaria e dai progressi nelle terapie.

Se ipotizziamo trend di incidenza e prevalenza costanti nel tempo, in assenza di variazioni significative nei fattori sopracitati, è possibile stimare un incremento lineare della prevalenza della demenza che, nel 2050, riguarderà 142.839 soggetti (figura 2), con un incremento totale del 60% rispetto al 2010, leggermente maggiore nelle donne (61% per le donne e 55% per gli uomini). Le fasce d'età inferiori agli 85 anni saranno caratterizzate da un lieve incremento della prevalenza con un andamento che si modificherà dal 2040 in poi a causa dell'invecchiamento della generazione del boom degli anni '60. Per contro comincerà un lieve declino della prevalenza nella fascia d'età di 65-74 anni. È comunque da tener presente una possibile riduzione nei tassi d'incidenza delle demenze vascolari, legata al trend negativo nelle patologie ischemiche e cardiovascolari registrato in questi anni.

Tabella 3 - Distribuzione (%) della prevalenza della demenza per livello di disabilità nelle attività di base della vita quotidiana tra i pazienti a domicilio, per classe di età

Età	Lieve		Moderata		Grave	
	%	N.	%	N.	%	N.
65-69	88,5	2.094	11,5	272	0	0
70-74	76,7	2.779	15,8	573	7,6	275
75-79	76,1	9.813	17,4	2.244	6,4	825
80-84	53,7	11.220	34,8	7.271	11,4	2.382
85+	43,7	16.142	38,1	14.074	18,2	6.723
Totale	54,8	42.041	31,9	24.473	13,3	10.203

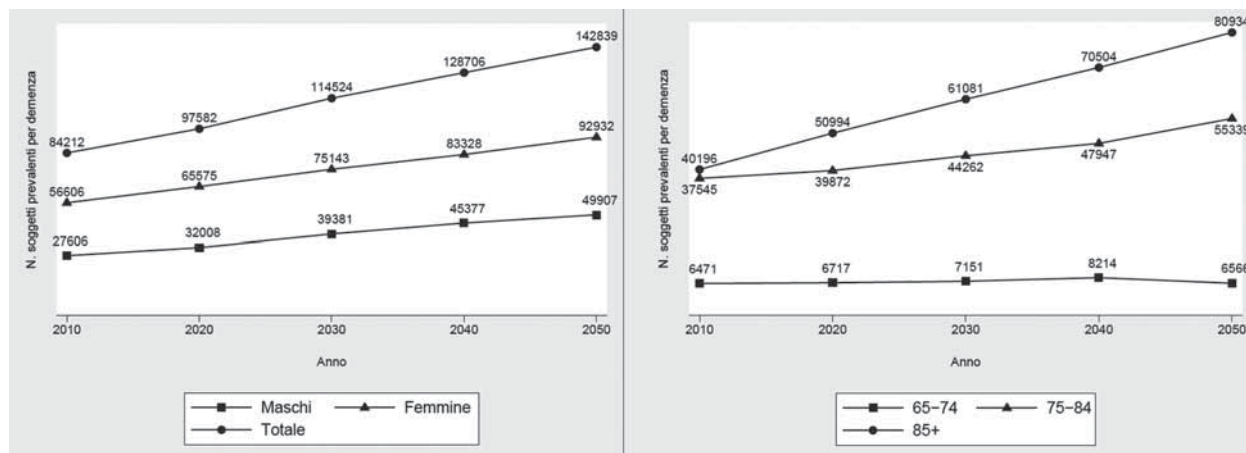


Figura 2 - Previsione sull'andamento della prevalenza per demenza in Toscana per genere e classi d'età sulla base dell'ipotesi centrale dell'Istat (da Documento ARS 62)

Sfide etiche dell'innovazione della Medicina

*Dove il pericolo è più grande, là nasce ciò che salva,
(Hölderlin)*

Nel 2020 un lavoratore su tre svolgerà una attività creativa. Nel mondo ci saranno un miliardo di persone in più. La Cina sarà il maggiore acquirente di automobili. Le donne saranno al centro del sistema sociale e ne gestiranno il potere. I chip saranno grandi come neuroni. Le auto non avranno necessità del guidatore. L'istruzione muterà in formazione permanente. Estetica ed etica diventeranno fattori di sviluppo economico. L'ingegneria genetica farà parte della vita quotidiana.

Questi cambiamenti possono anche turbare il nostro sonno, ma non potranno essere rifiutati, né tanto meno vietati. È opportuno che ci lavoriamo su, per far sì che siano strumenti per migliorare la nostra vita e che servano a ridurre, e non ampliare, come potrebbe

essere possibile, le diseguglianze tra le persone.

La comparsa di ogni nuova tecnologia si accompagna a un sentimento di attesa e di pericolo contemporaneamente, con la tendenza ad immaginare gli estremi di entrambi. Pensiamo allo sviluppo impressionante delle neuroscienze: gran parte dell'interesse e dell'ansia generati dalle innovazioni è centrato su due questioni:

la misura con cui queste tecnologie potrebbero consentire ai loro utenti di leggere le emozioni, i pensieri, le volontà e le decisioni

delle persone e l'uso che ne potrebbe essere fatto per controllarle.

Nessuna epoca della storia umana ha conosciuto un progresso scientifico neppure lontanamente comparabile, per velocità e risultati, a quello attuale. Si presentano nuovi problemi etici, spesso angosciosi per il futuro della società, e per una qualità della vita non solo nominalmente umana. L'innovazione è così rapida che spesso sembra non esserci il tempo per una riflessione etica e filosofica. Assistiamo, talvolta vi partecipiamo anche, ad un'esposizione esibizionistica delle innovazioni; tendenza che non risparmia neanche il mondo scientifico ed accademico, in passato tradizionalmente ligio a principi di sobrietà e di misura. Le "scoperte", vere o immaginarie, sono annunciate al mondo, non più attraverso le riviste scientifiche specializzate, ma utilizzando la risonanza mediatica dei grandi mezzi di comunicazione. Si genera uno stato generalizzato di eccitazione e di allarme. Futurologi si contrappongono a tradizionalisti, quando non passatisti. Bioetici ed in-

ANDREA VANNUCCI

Direttore sanitario e membro del Comitato Etico del Centro Oncologico Fiorentino



Andrea Vannucci, dir. San. e membro del Comitato Etico del COF, della Comm. Qualità e Sicurezza del CSR toscano. Spec. in Mal. cardiovascolari, in Igiene e Med. Prev. Univ. di FI, corsi di perfez. in "Nuovi strumenti di pianificaz., gestione e verifica dei serv. sanitari" Univ. di FI, "Igiene, Architettura, Edilizia ed Impiantistica sanit." Univ. Cattolica del Sacro Cuore; "Formaz. manageriale per l'alta direzione delle Az. sanit. e per i dirigenti di struttura complessa" Ist. di Management Scuola Superiore S. Anna PI

ventori discettano. Il metodo scientifico, quello che Claude Bernard ci aveva insegnato, latita, e ci chiediamo semmai se non sia un approccio sorpassato dai tempi.

I tre cardini del progresso della medicina sono la robotica, la medicina *digitale* e la genomica ed il futuro sta nell'integrazione tra imaging funzionale, telemedicina digitale e intelligenza artificiale.

È grazie allo sviluppo esponenziale dei microchip e della velocità di calcolo che il costo ed il tempo per la sequenziatura del genoma sono precipitati. Sappiamo come ciò sta rivoluzionando la medicina terapeutica e cambierà parte del concetto stesso di prevenzione, con l'introduzione estensiva della medicina predittiva.

Il mondo della medicina digitale sta crescendo così rapidamente, in particolare grazie alla convergenza di tecnologie wireless e tecnologie mobili, che il controllo dei parametri vitali e biochimici, così come quello delle immagini, non avrà più necessità di una relazione spaziale tra paziente e curante.

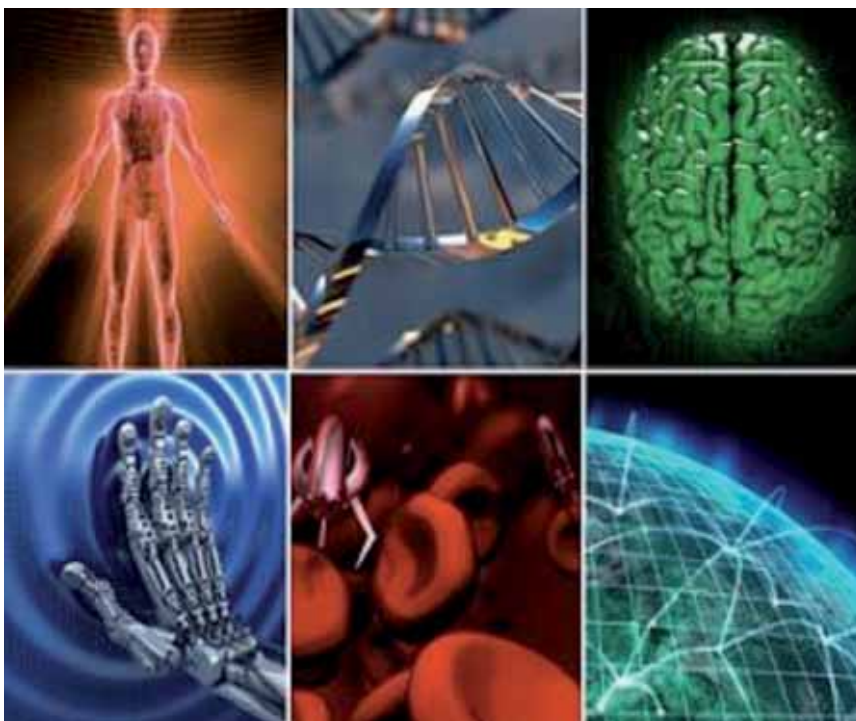
Potremo spostare molte cure dagli ospedali alle case, se queste saranno attrezzate per la telepresenza dei sanitari e l'interazione con i pazienti. Le informazioni sanitarie stanno rapidamente diventando digitali ed i medici possono praticare la medicina da qualunque distanza ed in qualunque momento.

La connettività svilupperà lo spostamento degli obiettivi e dei traguardi arrivabili: dalla gestione della malattia al mantenimento del benessere. Uno dei campi più promettenti di applicazione sarà quello dei pazienti cronici ed il contrasto agli stati di fragilità.

La tecnologia robotica e quella dei sensori è in continua espansione: il chirurgo guiderà la strategia di cura piuttosto che la sua mano. Gli impianti protesici saranno in grado di sostituire funzioni considerevolmente più complesse di quanto accada oggi.

Le nanotecnologie modificheranno il modo di vedere, curare, sostituire non solo organi, ma anche cellule e strutture intracellulari, svolgeranno funzioni sostitutive protesiche.

C'è chi ipotizza che l'ibridazione fra uomo e tecnica, in corso negli ultimi decenni con le tecnologie informatiche, stia avviando l'umanità verso una nuova specie. Nella storia evolutiva dell'uomo l'ibridazione con la tecnologia non è una novità assoluta, dato che la specie uma-



na si è sempre caratterizzata per una elevata capacità di rapportarsi, in modo collaborativo e ibridante, con mondi ed esperienze lontane dalla propria: con gli animali in primo luogo, e non solo con la tecnica. È questa capacità di apertura all'altro, e non già l'incompletezza ontologica a definire l'umanità e la sua storia. È fuorviante e non ha alcun senso contrapporre l'artificiale al naturale.



Se l'uomo futuro prende le forme di un corpo innervato e trasformato dalle tecnologie e la "ragione" tecnologica prende il sopravvento, pensiamo forse che la medicina non cambierà e che non ne sia urgente un ripensamento?

I paradigmi della medicina, che dai tempi di Telesio e Cartesio fino al XIX secolo non avevano mai cambiato di segno, stanno mutando a velocità crescente. Gli elementi che hanno determinato lo sviluppo della medicina come la conosciamo sono stati prima la biologia e la patologia, poi gli studi clinici, le metanalisi e l'EBM, ma da oggi al prossimo futuro non saranno tanto e soltanto le innovazioni scientifiche e tecnologiche, come si potrebbe pensare, quanto lo stato dell'economia e la domanda sociale.

È tempo di ammettere che la ragione medica deve considerare i limiti economici e mediarli con le opportunità che i progressi della scienza e delle tecnologie applicate alla medicina sarebbero in grado di offrire. Stiamo parlando del cuore della questione etica che oggi dobbiamo affrontare. La medicina dovrà trovare una sua rinnovata ragione, guardando al rapporto fra uomo e tecnologia, alla necessità di utilizzare le innovazioni tecnologiche per rinsaldare il nostro rapporto con i processi naturali e non per separarcene, al recupero di una sana distin-

zione tra natura empirica e natura ontologica dell'uomo.

Questi temi e queste sfide non potremo affrontarli da soli, noi medici, ma è altresì importante che non ci sfuggano di mano. Si tratta di questioni ardue che richiedono il coinvolgimento, il confronto e la cooperazione degli attori politici ed economici della scena mondiale: le comunità di cittadini, le istituzioni, gli stati, le forze politiche e le aziende multinazionali. Questa, e non altro, sarà la governance clinica.

"Mentre ti osservavo ballare quel giorno, ho visto qualcos'altro. Ho visto un nuovo mondo che si avvicinava a grandi passi. Più scientifico, più efficiente, certo. Più cure per le vecchie malattie. Splendido. E tuttavia un mondo duro, crudele. Ho visto una ragazzina, con gli occhi chiusi, stringere al petto il vecchio mondo gentile, quello che nel suo cuore sapeva che non sarebbe durato per sempre, e lei lo teneva tra le braccia e lo implorava che non la abbandonasse".

da "Non Lasciarmi" K. ISHIGURO ed. Einaudi

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: andrea.vannucci@lacittadellasalute.it

TM

BACHECA

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

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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



Giovanni Morrocchesi, laureato in Giurisprudenza all'Università di Firenze, svolge le funzioni di Dirigente Amministrativo all'Ordine dei Medici di Firenze. È autore di diverse pubblicazioni di settore e ha partecipato a vari gruppi di lavoro tecnici presso la FNOMCeO.

Certificati medici e Iva

Estratto degli Atti del Convegno su "Certificati medici: dubbi e domande", svoltosi all'Ordine dei Medici di Firenze il 4 aprile 2012.

Premessa

Faremo una breve rassegna sugli aspetti fiscali connessi alle certificazioni mediche, con la doverosa premessa che si tratta di una serie di informazioni di base e pratiche, senza la pretesa di compiere un *excursus* esaustivo su tutte le questioni fiscali e tributarie che possono interessare i medici, per affrontare le quali è indispensabile avvalersi della consulenza di un esperto fiscale di propria fiducia. Alcuni medici, infatti, ritengono di poter gestire in proprio gli aspetti tributari, ma la materia è così complessa e articolata che in concreto l'assistenza professionale di un esperto fiscale è di fatto indispensabile.

Certificati gratuiti e a pagamento

Ciò premesso, concentriamoci in particolare sui certificati medici facendo una prima distinzione: quelli che sono gratuiti per l'assistito e quelli invece che sono a pagamento. Questa distinzione ha senso solo per i medici dipendenti e convenzionati con il SSN, perché ovviamente se il medico è un libero professionista puro, i suoi certificati sono tutti indistintamente a pagamento.

Invece i medici dipendenti e convenzionati con il SSN devono essere consapevoli che alcuni certificati sono gratuiti per l'assistito, perché rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quindi si tratta di prestazioni ricomprese nella retribuzione che il medico percepisce dallo Stato. In particolare, i medici più frequentemente chiamati a rilasciare certificati sono i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e, ovviamente, i loro sostituti.

Nella Figura 1 sono elencati i principali esem-

CERTIFICATI GRATUITI: ESEMPI

- Incapacità temporanea al lavoro
- Riammissione a scuola
- Attività sportiva non agonistica parascolastica
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Denunce obbligatorie (nascita, morte, malattie infettive e diffuse, AIDS, ecc.)

Figura 1

GIOVANNI MORROCCHESI

Dirigente Amministrativo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

pi di certificati gratuiti per l'assistito se rilasciati dai medici pubblici. Si tratta di tipologie di certificati che la stessa Convenzione Nazionale per la Medicina Generale individua come ricompresi negli obblighi del medico, retribuiti con la quota capitolaria.

Al di fuori dei casi di cui sopra, si rientra nelle tipologie di certificati per i quali il medico ha diritto di chiedere un compenso. A questo punto bisogna valutare se il costo del certificato debba essere maggiorato da IVA oppure no. Fino al 2005 tutte le prestazioni mediche erano esenti da IVA, ma a seguito di una pronuncia della Corte di Giustizia Europea, è necessario distinguere: se la prevalente finalità della prestazione medica è la tutela della salute dell'interessato o della collettività, il compenso è esente da IVA. Invece se la prevalente finalità della prestazione è di natura accertativa o peritale

o medico-legale, allora il compenso è soggetto a IVA.

Nella Figura 2 sono riportati esempi di certificati a pagamento esenti da IVA perché la loro principale finalità è la tutela della salute dell'interessato o della collettività. Mentre nella Figura 3 sono riportati esempi di certificati a pagamento soggetti ad IVA al 21% perché la loro principale finalità è di far ottenere un beneficio economico o sociale all'interessato.

Ci possono comunque essere casi dubbi, in cui è obiettivamente difficile stabilire quale sia la finalità principale della prestazione medica, perché magari coesiste una finalità terapeutica con una di tipo medico-legale. In questi casi il medico è autorizzato a considerare la prestazione esente

CERTIFICATI ESENTI IVA: ESEMPI

- Buona salute, sana e robusta costituzione, idoneità attività ludico-motoria
- Medicina del lavoro
- Esonero educazione fisica
- Infortunio INAIL
- Invio minori in colonie o comunità
- Ammissione case di riposo
- Soggiorni marini/montani
- Avvenuta vaccinazione
- Dieta personalizzata alla mensa
- Patenti di guida
- Porto d'armi
- Idoneità viaggi

Figura 2

da IVA se riporta la dizione “Finalità principale tutela della salute”, perché in caso contrario scatta l’assoggettamento ad IVA.

Importo dei certificati a pagamento e fattura

Per quanto riguarda l’importo dei vari certificati, deve essere chiaro che a seguito delle liberalizzazioni intervenute con i decreti del 2006 e del 2011 la tariffa legale è stata abolita, per cui adesso vige il principio della libera determinazione del compenso, con obbligo del medico di dare una chiara e trasparente informazione al paziente e redigendo un preventivo di spesa, se il cliente lo richiede. Non esiste, quindi, nessuna tariffa obbligatoria che il medico deve rispettare. Al massimo può seguire le indicazioni e i suggerimenti proposti dalle associazioni di categoria, ma sempre avendo presente che si tratta di semplici consigli e non di tariffe vincolanti (Figura 4).

Sia che il certificato sia esente da IVA, sia che sia assoggettato ad IVA, è sempre e comunque obbligatorio che venga emessa la relativa fattura, perché, è appena il caso di dirlo, non è assolutamente consentito ricevere denaro senza emissione di fattura. La fattura deve riportare alcuni dati essenziali elencati nella Figura 5:

Alcune precisazioni. Il numero progressivo ogni anno solare deve iniziare da 1. La descrizione della prestazione deve, da un lato essere esaustiva, dall’altro deve essere rispettosa della privacy del paziente. È da sottolineare che quando il medico rilascia un certificato si dà per scontato che prima abbia visitato il paziente. Infatti

fra tutti gli esempi elencati nelle figure precedenti, gli unici certificati che possono essere rilasciati al limite anche senza una visita contestuale sono i cosiddetti “certificati anamnestici” per la patente di guida e per il porto d’armi, perché si tratta di atti che descrivono la storia clinica del paziente e non solo le sue condizioni di salute *hic et nunc*. Ma per tutti gli altri casi il certificato rappresenta l’atto finale di una visita medica, per cui la prestazione del medico è composta da due elementi inscindibili: visita e certificazione e il compenso riguarda indissolubilmente entrambi questi aspetti. Pertanto una descrizione in fattura che si ritiene adeguata in questi casi è: “Visita e certificazione medica”.

Un’altra precisazione riguarda il titolo di esenzione IVA, che va riportato solo per prestazioni esenti, ma non per le prestazioni soggette ad IVA.

Infine una precisazione sulla ritenuta d’acconto. Si tratta di un importo (solitamente pari al 20% del compenso) da detrarre dal compenso e che il debitore (cioè il beneficiario della prestazione) è obbligato a versare allo Stato.

La ritenuta d’acconto si indica in fattura solo se la prestazione è resa in favore di aziende pubbliche o private, imprese, società, ditte, altri professionisti (compresi i colleghi medici) e comunque in favore di soggetti titolari di Partita Iva che in questo caso sono chiamati “sostituti d’imposta”.

Da ciò ne consegue che il singolo paziente non rientra in queste categorie, per cui nei suoi confronti la fattura del medico non dovrà mai riportare la ritenuta d’acconto. Come già accennato, il beneficiario della prestazione (azienda, impresa, ditta, ecc.) è obbligato a versare allo Stato l’importo della ritenuta d’acconto entro il giorno 16 del mese successivo a quello del pagamento della fattura utilizzando il modello F24. Si tratta di un adempimento che grava sul sostituto d’imposta e non sul medico.

L’azienda (o impresa, o ditta, ecc.) poi dovrà anche rilasciare al medico una certificazione fiscale con la quale attesta di aver regolarmente versato allo Stato l’importo di tale ritenuta. Tutto questo è corretto nel caso in cui il medico operi in

CERTIFICATI SOGGETTI A IVA: ESEMPI

- Medicina legale - perizie
- Riconoscimento causa di servizio
- Infortunio per motivi privati
- Assicurazioni
- Invalidità
- Idoneità svolgimento generica attività lavorativa
- Mancata comparizione tribunale
- Inabilità per riscossione pensione
- Altri certificati per fini privati

Figura 3

IMPORTO CERTIFICATI A PAGAMENTO

- Tariffa legale abolita
- Libera determinazione del compenso
- Informazione e trasparenza sul compenso
- Preventivo scritto se richiesto dal cliente

Figura 4

FATTURA (NOTULA)

- Data e numero progressivo
- Partita IVA del medico
- Dati del cliente - Codice fiscale (facoltativo)
- Descrizione prestazione
- Titolo di esenzione IVA (per prestazioni esenti): art. 10 n. 18 DPR 633/1972
- Ritenuta d’acconto 20% (per prestazioni a sostituti d’imposta)
- Netto riscosso
- Marca da bollo € 1,81 (prestazioni esenti superiori a € 77,47)

Figura 5

regime di contabilità ordinaria. Se invece rientra in un regime fiscale agevolato, la ritenuta d'acconto non va conteggiata. Per maggiori chiarimenti sui regimi agevolati è indispensabile consultare un esperto fiscale di fiducia.

Qual è il momento temporale in cui il medico deve rilasciare la fattura? Semplicemente nello stesso momento in cui riceve il compenso. Le due cose, quindi, sono contestuali. Tant'è che la firma del medico sulla fattura equivale a quietanza, cioè ad attestazione dell'avvenuto pagamento. Il medico quindi deve evitare sia di emettere la fattura prima di aver riscosso, sia di emetterla dopo aver riscosso.

Nel primo caso perché si tratterebbe di una falsa fatturazione, nel secondo caso perché si tratterebbe di un incasso "in nero" finché non viene emessa la fattura. Per evitare ogni problema, quindi, è necessario attenersi al rigoroso principio "di cassa": la fattura è contestuale alla riscossione. Nell'ipotesi di prestazioni del medico che si protraggono nel tempo, è certamente possibile chiedere degli acconti al paziente, ma questi vanno immediatamente fatturati e non è corretto rimandare la fatturazione a fine prestazione.

Riscossione del compenso

Le modalità di riscossione del compenso sono varie sono riassunte nella Figura 6.

La più frequente è l'utilizzo del denaro contante, ma con il limite dei 999,99 euro, al di sopra del quale è obbligatorio riscuotere con uno strumento di pagamento tracciabile (assegni non trasferibili, bonifici, POS, carte di credito).

Ovviamente queste opzioni non hanno molto senso per la riscossione dei certificati a pagamento, il cui importo è sempre senz'altro minore del limite di legge per la riscossione in contanti. Ma è bene ricordare che anche i professionisti medici, allo stesso modo degli imprenditori, sono tenuti a rispettare gli strumenti di pagamento previsti dalla legge.

Il denaro riscosso dall'attività professionale può confluire nel conto corrente bancario o postale personale del medico, in quanto la norma del 2006 che imponeva la separazione del conto corrente privato dal conto corrente professionale è stata abrogata nel 2008. Tuttavia se il medico utilizza un unico conto corrente, sia per l'attività professionale che per la sua vita privata, è bene

MODALITÀ RISCOSSIONE

- Contanti fino a € 999,99
- Assegni non trasferibili
- Bonifici
- POS
- Carte di credito

Figura 6

che sappia che, dal punto di vista fiscale, ogni somma che transita su quel conto può essere considerata afferente all'attività professionale ed è il medico a dover dar prova che una parte di tali somme riguardano la sua vita privata.

Per evitare di doversi giustificare con gli organi di controllo è quindi consigliato (anche se non è obbligatorio) separare la gestione professionale da quella personale e, quindi, avere due conti correnti separati.

Prestazioni occasionali

Infine un accenno alle prestazioni occasionali. Il medico può fare prestazioni saltuarie e occasionali senza dover aprire la Partita Iva? In teoria sì perché se non si superano i 5.000 euro l'anno di compensi la legge ammette la possibilità di non aprire la Partita Iva, proprio perché si tratta di attività che non ha i caratteri dell'abitudine. Ma il medico è un professionista iscritto ad un Albo professionale e gli organi di controllo affermano con decisione che un professionista iscritto ad un Albo non può dire di svolgere la sua attività "non abitualmente" perché se così fosse non sarebbe iscritto ad un Albo.

È un ragionamento che potrebbe essere oggetto di discussione, ma è necessario essere consapevoli che gli organi di controllo contestano sempre e comunque ad un professionista iscritto ad un Albo (com'è il medico) l'eventuale mancato possesso della Partita Iva, per cui il suggerimento è di limitare l'occasionalità solo a rare e non programmate sostituzioni ai medici di medicina generale e di aprire la Partita Iva per non rischiare contestazioni.

Magari, se ricorrono i presupposti, scegliendo un regime contabile agevolato che non comporta gravosi adempimenti burocratici, ma sempre e comunque con il possesso della Partita Iva. In questi casi sicuramente il consulente fiscale saprà fornire informazioni più approfondite.

TM

IL MEDICO PUO' FARE PRESTAZIONI OCCASIONALI?

- In teoria SI', se non si superano i 5.000 euro l'anno
- In pratica NO, perché l'Agenzia delle Entrate ritiene che l'iscrizione all'Albo sia "idoneo presupposto per considerare il soggetto come esercente attività di carattere abituale"
- Suggerimento: limitare l'occasionalità solo a rare e non programmate sostituzioni ai medici di famiglia e aprire la Partita IVA per non rischiare contestazioni

Figura 7

Il Sistema di Allerta Rapido Alimenti e Mangimi (SARAM) nell'Azienda Sanitaria di Firenze

Analisi dei dati 2011



Antonino Sala laureato in Medicina e Chirurgia nel 2009 presso l'Università degli Studi di Firenze. Dal 2010 medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. In questo momento svolge un tirocinio formativo presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL 10 - Firenze.

Introduzione

Il sistema di allerta rapido è una procedura codificata nella Comunità Europea, atta a garantire la rapidità delle comunicazioni e dei provvedimenti da adottare a seguito di riscontro di alimento o mangime risultato non conforme e che può costituire grave rischio per la salute del consumatore. Il sistema si basa su nodi di una rete europea, che sono rappresentati dai Punti di Contatto (PdC) nazionali (Ministero della Salute), regionali (Assessorati alle tematiche sanitarie), e territoriali (Aziende sanitarie).

Analisi dei dati relativi all'ASL 10 Firenze nell'anno 2011

Nell'anno 2011 delle 92 segnalazioni di allerta riguardanti la Asl 10 Firenze, 42 hanno riguardato prodotti di origine non animale (Settore Igiene Pubblica-Alimenti e Nutrizione) e 50 prodotti di origine animale (Settore Veterinaria).

La tipologia dei prodotti non conformi è eterogenea. Il maggior numero di notifiche ha riguardato i vegetali, la carne ed i prodotti della pesca.

Tipologia di contaminante

La tipologia del rischio è risultata essere abbastanza eterogenea, con le maggiori irregolarità dovute a contaminazioni microbiologiche, tra le quali si segnalano 4 segnalazioni per biotossine algali in molluschi, presenza di *Listeria* (10 segnalazioni), *Salmonella* (6 segnalazioni), seguite da *E. Coli* con 3 segnalazioni.

Le aflatoxine, in sette casi su otto, rappresentano l'oggetto delle segnalazioni per micotossine mentre in un caso l'allerta ha riguardato il riscontro di tossina botulinica in olive farcite alle mandorle, a cui è stato attribuito un decesso in Finlandia.

Tra i contaminanti di tipo chimico occorre segnalare anche la presenza di metalli pesanti, in particolare il mercurio in prodotti ittici (4 segnalazioni), e la migrazione di formaldeide in materiali destinati a venire a contatto con alimenti (3 segnalazioni).

Altre non conformità osservate nei prodotti immessi sul mercato sono da ascrivere all'etichettatura non conforme, nella quale non era riportata la presenza di prodotti non ammessi (es. DNA suino, Carne suina, ecc.) o non dichiarati (es. allergeni).

In 3 casi la presenza di allergeni non dichiarati ha determinato reazioni gravi nel consumatore.

Degne di nota rimangono anche le infestazioni da parassiti dovute soprattutto alla presenza di insetti e larve, in particolare del genere *Anisakis* (Tabella 1).

Esiti degli accertamenti

Relativamente alle allerta 2011 sono stati inviati al Punto di Contatto regionale 50 moduli di chiusura per i prodotti di origine non animale e 54 moduli di chiusura per quelli di origine animale. Il modulo di chiusura riporta gli esiti degli accertamenti effettuati, che possono essere sintetizzati come: prodotto ritirato, prodotto accantonato, prodotto venduto, prodotto distribuito, prodotto non presente. Il prodotto è stato rintracciato e recuperato solo nel 50% dei casi.

Considerazioni conclusive

L'attività di sorveglianza del SARAM ha come presupposto una attenta valutazione del rischio per la salute. L'intervento sul territorio è finalizzato alla verifica delle operazioni di rintracciabilità, ritiro e richiamo da parte degli operatori del Settore Alimentare in relazione a non conformità

A. SALA*, C. TADDEI*, G. GAROFALO**, G. CIAMPI**

Con la collaborazione di: V. CORDELLA, P. DE ANGELIS, C. STADERINI***

* Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze

** ASL 10 Settore Igiene, Sanità Pubblica- Alimenti e Nutrizione - Punto Di Contatto (PdC) ASL10 Firenze

*** ASL 10 Settore Igiene, Sanità Pubblica- Alimenti e Nutrizione - Referenti di zona SARAM

Tabella 1

Tipo di contaminante	Origine prodotti		Totale
	non animale	animale	
contaminazione chimica	7	9	16
contaminazione microbiologica	3	24	27
micotossine	8	0	8
adulterazione	1	0	1
infestazione da parassiti	3	3	6
etichettatura non conforme	10	6	16
tossina botulinica	1	0	1
corpi estranei	2	1	3
residui di medicinali veterinari	0	3	3
residui di fitosanitari	4	0	4
cambiamenti organolettici	1	1	2
radiazioni	0	2	2
non determinato / altro*	2	1	3
Totale	42	50	92

* Stabilimento non riconosciuto/sospeso, materiale utilizzato non autorizzato, OGM

dei prodotti che possono influenzare la sicurezza degli alimenti. Laddove la valutazione del rischio lo richiede, il produttore ed il distributore (grossista) sono tenuti ad attivare la procedura del richiamo, utilizzando anche i più comuni e rapidi mezzi di informazione (stampa, TV, etc.), al pari di altri mezzi di individuazione e comunicazione con il cliente (es. carte fedeltà).

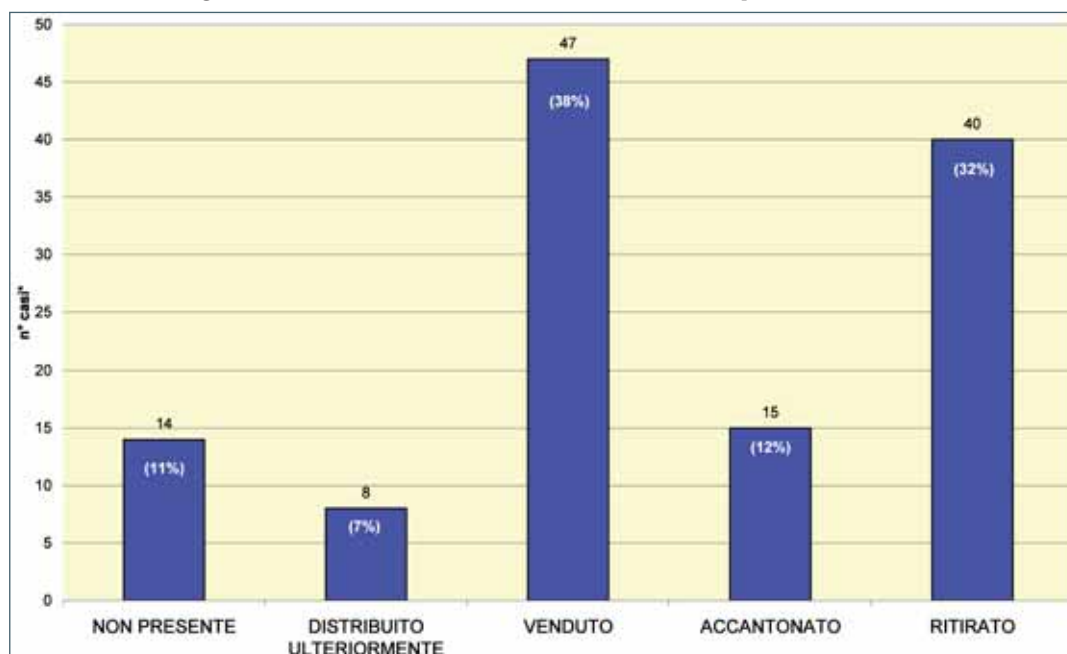
Il tempo di attivazione dal momento di arrivo di una segnalazione di allerta rientra nelle 24 ore. Il tempo di completamento dell'intervento (Tempo di chiusura) è un parametro che ci permette di stimare la pronta risposta del sistema SARAM

di fronte alle possibili minacce per la salute del consumatore.

Negli anni il tempo medio di conclusione degli interventi si è progressivamente ridotto, grazie al miglioramento delle procedure interne ed al miglioramento del livello di comunicazione e dello scambio delle informazioni tra i vari soggetti che costituiscono il SARAM, elemento indispensabile nella gestione delle allerta alimentari. La tempestività di intervento consente di adottare misure cautelative efficaci, evitando che il prodotto venga consumato dal cittadino o comunque ulteriormente distribuito.

TM

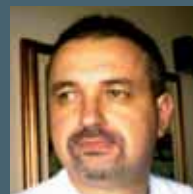
Grafico 1 - Esiti degli accertamenti effettuati nel 2011 nel territorio di competenza dell'ASL 10 Firenze



* Per ciascuna allerta possono risultare contemporaneamente più esiti.



Le prospettive delle neuroscienze toscane



Pasquale Palumbo, specializzato in Neurologia. Presta servizio, presso l'UO di Neurologia dell'Osp. di Prato, di cui è Direttore di struttura complessa. È componente del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Prato. Si occupa di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, nell'ottica e nella prospettiva della salute pubblica, assumendo anche incarichi amministrativi comunali e regionali e maturando, in questo campo, diverse e significative esperienze.

La SNO (Scienze Neurologiche Ospedaliere) Toscana recentemente istituita vuole con questo intervento portare un contributo per lo sviluppo ed il rafforzamento del Sistema Sanitario Regionale.

Nell'ultimo decennio, in cui l'assistenza ospedaliera si è sempre più orientata verso il modello dell'ospedale per acuti, la neurologia è andata incontro a un'evoluzione consensuale. Hanno ricevuto impulso da questa tendenza le attività intraospedaliere collegate all'area dell'emergenza, ma anche le attività ambulatoriali per le patologie neurologiche croniche, ormai orientate verso una gestione extraospedaliera ad alta complessità assistenziale e che richiedono la costruzione di percorsi diagnostici e di cura dedicati.

Per quanto riguarda il settore dell'emergenza un'indagine nazionale condotta negli anni 2001-2003 per iniziativa congiunta della SIN (Società Italiana di Neurologia) e della SNO documentava che la domanda ospedaliera di consulenze neurologiche (poco meno di 600.000 all'anno) era determinata per il 57% dal Pronto Soccorso. Anche il 71% dei ricoveri della specialità erano originati dal Pronto Soccorso. I quadri clinici che con maggior frequenza hanno richiesto l'intervento di emergenza del neurologo sono risultati le malattie cerebrovascolari e la cefalea, seguiti da vertigini, traumi cranici, disturbi dello stato di coscienza e crisi epilettiche. La maggioranza dei ricoveri è costituita da malattie cerebrovascolari acute; seconda per frequenza è la neurotraumatologia (negli ospedali senza UO di neurochirurgia).

Certamente l'ictus ed il trauma cranico costituiscono le due patologie afferenti alle neuroscienze ospedaliere caratterizzate da un alto grado di complessità e che, nell'attualità, ma anche in prospettiva, presentano un grande impatto epidemiologico.

In Toscana, le stime di incidenza effettuate dall'ARS indicano un numero assoluto di ictus che oscilla intorno a 11.000-11.300 casi/anno e di circa 7000 casi di trauma cranico medio grave per anno.

In base alla banca dati del progetto Ma.Cro. si stima che nel 2009 erano presenti in Toscana

38.260 persone con pregresso ictus.

Le neurologie ospedaliere toscane hanno storie piuttosto diversificate, con differenze anche notevoli nell'orientamento dell'offerta, ma complessivamente coerenti con gli indirizzi nazionali. Da un rilevamento eseguito nel 2009 dalla sezione toscumbra della SIN è risultato che, su 13 ospedali con UO di Neurologia, 8 erano dotate di guardia neurologica h24 e 3 h12. Inoltre la maggior parte delle UO di Neurologia accettava ricoveri dal Pronto Soccorso. Negli ultimi anni si sono realizzate e

consolidate Stroke Unit a direzione neurologica, che risultano dislocate in molti territori provinciali. Di questo trend fa parte anche il costituir-

si, de facto, di una rete delle neuroscienze, nella quale l'interazione tra neurologi, neurochirurghi e neuroradiologi produce valore migliorando l'appropriatezza, i tempi di accesso all'alta specialità e in definitiva i livelli omogenei di assistenza nelle aree vaste. In questo contesto le neuroscienze toscane offrono tutta la competenza ed esperienza acquisita sul campo per l'implementazione di PDTA aziendali ed interaziendali, in primis quello sull'ictus.

A partire dall'offerta esistente, il sistema ospedaliero regionale dovrebbe svilupparsi attraverso una definizione degli standard assistenziali, strutturali e funzionali (soglie, volumi, complessità delle attività) dei nodi di una rete in grado di integrare servizi neurologici e sistema dell'emergenza urgenza.

La stessa rete collaborativa ed integrata dovrebbe svilupparsi sui percorsi assistenziali territoriali delle patologie neurologiche croniche e degenerative.

In linea di massima, i contesti ospedalieri e territoriali di valenza provinciale dovrebbero rappresentare il nodo della rete che si integra con le aree più periferiche e con le aziende miste di III livello.

Le neuroscienze toscane stanno portando il loro contributo al cambiamento del SSR, e apprezzano

PASQUALE PALUMBO

*Coordinatore Sezione Toscana SNO
(Scienze Neurologiche Ospedaliere)*

in esso, tra l'altro, l'opportunità di migliorare lo share della disciplina, che storicamente produce solo una parte dei DRG neurologici della regione (22,6% nel 2005).

Tuttavia, per continuare a lavorare efficacemente in aziende finalizzate all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni specialistiche di ricovero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (LR 40/2005 art. 68), riteniamo necessario che:

- il consensus sulla riorganizzazione degli ospedali, iniziato dal coordinamento delle Società Scientifiche nel 2007 e adottato dal CSR nel 2010, trovi uno sbocco istituzionale e quindi attuativo;
- venga garantito l'esercizio della piena titolarità della funzione operativa e che i nuovi indirizzi di gestione tutelino le buone pratiche e l'organizzazione delle strutture operative professionali;
- i concorsi per i posti vacanti di direttore di UO, criticità che riguarda anche la neurologia di territori molto significativi, vengano rapidamente espletati.

Anche noi, come molti altri specialisti del SSR, seguiamo con attenzione e preoccupazione la programmazione regionale su questi punti, ma l'ottimismo della ragione ci induce a credere che le aziende sanitarie, per realizzare la loro missione,

sapranno fugare tentazioni dottrinarie o ideologiche e valorizzeranno gli asset specialistici, trovando un buon equilibrio tra logiche di sistema e peculiarità locali.

Su questi temi la SNO Toscana è disponibile ad un confronto con le amministrazioni sanitarie e l'istituzione regionale.

Il comitato di coordinamento SNO Toscana: G. Andreani, *Neurologia Carrara*; F. Ammannati, *Neurochirurgia Firenze*; S. Bartolini, *Neurologia Pistoia*; A. Bianchi, *Neurologia Arezzo*; L. Bracco, *Neurologia Firenze*; A. Cantini, *Neurologia Prato*; P. Del Dotto, *Neurologia Viareggio*; R. Galli, *Neurologia Pontedera*; L. Genitori, *Neurochirurgia Firenze*; L. Guidi, *Neurologia Empoli*; S. Mangiafico, *Neuroradiologia Firenze*; R. Marconi, *Neurologia Grosseto*; M. Mazzoni, *Neurologia Lucca*; G. Meucci, *Neurologia Livorno*; P. Moretti, *Neurologia Pisa*; P. Nencini, *Neurologia Firenze*; G. Oliveri, *Neurochirurgia Siena*; M. Paganini, *Neurologia Firenze*; P. Palumbo, *Neurologia Prato*; M. Puglioli, *Neuroradiologia Pisa*; P. Simonelli, *Neuroradiologia Firenze*; R. Vannozzi, *Neurochirurgia Siena*; G.P. Vatti, *Neurologia Siena*; C. Venturi, *Neuroradiologia Siena*; G. Zaccara, *Neurologia Firenze*; P. Zolo, *Neurologia Arezzo*. TM

CORSI E CONGRESSI

L'elenco completo è consultabile sul sito dell'ordine: www.ordine-medici-firenze.it

CORSO DI GENETICA MEDICA DI BASE IN DIAGNOSI PRENATALE

Il corso che si terrà dall'8 novembre al 10 novembre 2012 per un totale di 20 ore, è dedicato medici e ostetrici impegnati nei percorsi assistenziali della diagnosi prenatale. Numero massimo di 40 partecipanti. Direttore del corso: Elisabetta Pelo, Dirig. Medico S.O.D. Diagnostica Genetica - AOU Careggi (FI). Presidente del corso: Enrico Periti. Segr. Org.va: Elena Gufoni - SS Formazione - tel. 055 6938418 - mail: elena.gufoni@asf.toscana.it.

CONGRESSO DELLA SOCIETA' ITALIANA DI ENDOSCOPIA AREACHIRURGICA

Nell'autunno 2012 si terrà a Firenze il X Congresso Naz.le della Società Italiana di Endoscopia Area Chirurgica (ISSE). Resp. Prof. Luca Bandettini, Prof. Associato di Chirurgia - Dip. Area Critica Medico Chirurgica Univ. di Firenze. Per chiarimenti o per offrire una collaborazione all'organizzazione del Congresso stesso si può fare riferimento al seguente indirizzo e-mail luca.bandettini@unifi.it.



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

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

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

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

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

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

L'approccio posteriore "open" nel trattamento delle fratture del rachide toraco-lombare



Mauro Dobran, nato a La Spezia l'11 agosto 1960, laureato nel 1986 in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa, iscritto all'albo dei Medici Chirurghi della provincia di Massa Carrara, specialista in Neurochirurgia presso l'Università di Pavia nel 1991, dal 1993 dirigente medico di ruolo presso la Clinica Neurochirurgica di Ancona, Professore a contratto presso l'Università di Ancona per la Neurochirurgia Spinale.

Il trattamento delle patologie spinali di origine traumatica, degenerativa o tumorale può essere eseguito mediante un approccio anteriore o posteriore.

Entrambe le procedure chirurgiche possono avvalersi di tecniche "open", ossia a cielo aperto o di tecniche mini-invasive o percutanee.

La ragione per la quale sono stati introdotti gli approcci mini-invasivi trova il suo razionale nel ridurre al minimo il traumatismo chirurgico, o come dicono gli autori anglosassoni ottenere il "damage control surgery".

La chirurgia open è stata ed è ancora considerata lo standard per il trattamento di molteplici patologie spinali anche se spesso provoca elevate perdite ematiche, rischio elevato di infezioni, interruzione della tension band rappresentata dalla muscolatura paravertebrale posteriore e dai legamenti, frequente sintomatologia dolorosa nell'immediato postoperatorio con conseguente aumento dell'ospedalizzazione e mobilizzazione tardiva del paziente.

Come soluzione a questi svantaggi della chirurgia "open" vengono utilizzate sempre più frequentemente tecniche chirurgiche percutanee o miniinvasive che a differenza delle procedure a cielo aperto comportano minime o contenute perdite ematiche, ridotta percentuale di infezioni, minor traumatismo a carico dei tessuti molli, riduzione dei tempi chirurgici e ridotta sintomatologia dolorosa nell'immediato postoperatorio con precoce mobilizzazione del paziente.

Sembrirebbe dunque che le tecniche mininvasive siano la soluzione di tutti i mali della chirurgia "open" ma, nella letteratura scientifica, sono molte le controversie riguardanti le tipologie di pazienti che realmente possono avere un reale beneficio dalle metodiche mini-invasive.

Il concetto da sottolineare riguarda la necessi-

tà di fare una adeguata artrodesi in tutti gli interventi di stabilizzazione vertebrale, ovvero l'apposizione di materiale osseo autologo o eterologo al di sopra e intorno ai mezzi di sintesi, che ha la fondamentale funzione di rendere il costruito solido e duraturo nel tempo.

Infatti, come noto dalle molteplici esperienze riportate in letteratura, i sistemi di stabilizzazione hanno il solo compito di una riduzione e fissazione temporanea della frattura,

per cui un costruito senza artrodesi è destinato con grande probabilità ad un fallimento.

Pertanto il quesito che ci poniamo è il seguente: dato che nella procedura percutanea, per motivazioni prettamente tecniche, non è possibile eseguire una artrodesi così efficace come nella chirurgia open, la frattura vertebrale può guarire ugualmente in modo opportuno? A riguardo la letteratura è priva di risposte definitive in quanto la quasi totalità degli studi non è stata condotta con modalità prospettiche e la durata del follow-up non è adeguatamente lunga.

Pertanto, almeno in linea teorica, le fratture vertebrali suscettibili di trattamento percutaneo per via posteriore dovrebbero essere quelle che non necessitano di artrodesi, vale a dire quei traumi che coinvolgono prevalentemente strutture ossee e non ligamentose.

Un altro punto nodale concerne il fatto che i pazienti mielici necessitano, oltre che una riduzione e stabilizzazione della frattura, anche di una laminectomia e decompressione mielo-radicolare e questa procedura non può essere eseguita efficacemente con una tecnica mininvasiva.

Inoltre, secondo la nostra esperienza, la tecnica mininvasiva non permette di trattare in maniera soddisfacente fratture complesse, altamente instabili con rotazioni e dislocazioni vertebrali, che

MAURO DOBRAN*, MAURIZIO GLADI**

* *Dirigente Medico Clinica di Neurochirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*

** *Specialista in Neurochirurgia, Medico frequentatore presso la Clinica di Neurochirurgia, Ospedali Riuniti di Ancona*

necessitano di costrutti lunghi e posizionamento di connettori trasversi con importanti manovre di riduzione e correzione.

Da non sottovalutare anche il dato tecnico riguardante il reperimento dei peduncoli in caso di fratture interessanti il rachide toracico alto, in quanto con la metodica percutanea la procedura può essere difficoltosa a causa delle piccole dimensioni dei peduncoli e dell'assenza di reperi anatomici visibili.

Ultime, ma non meno importanti considerazioni, riguardano anche i costi aggiuntivi dello strumentario ed un aumento di esposizione alle radiazioni del chirurgo e del paziente.

Tuttavia molti autori sono a favore del trattamento minivasivo anche per fratture altamente instabili, di origine traumatica o patologica, ed in caso di patologie spinali di natura degenerativa.

Risulta evidente però dalla letteratura medica che il vantaggio all'uso di tecniche minivasive trova la sua massima espressione nel breve termine, poiché comparando l'*outcome* clinico oltre i due anni di *follow-up* fra chirurgia open e minivasiva non vi sono differenze in termini di sintomatologia algica, JOA score ed opinione del paziente riguardo la tipologia di intervento adottata.

Pertanto considerando gli studi presenti in letteratura e la nostra esperienza maturata nel tempo, in linea generale tendiamo a indicare un trattamento minivasivo o percutaneo in pazienti che non possono essere sottoposti ad una chirurgia

maggiore, nei casi in cui la frattura è prevalentemente ossea e il paziente non mostra una buona compliance all'utilizzo del corsetto esterno e nelle situazioni in cui non si ha la necessità di una stabilità a lungo termine, come ad esempio nei pazienti oncologici che hanno una ridotta aspettativa di vita nei quali il target principale consiste invece nella riduzione del dolore o nella facilitazione nelle manovre di nursing.

Un altro gruppo di pazienti potrebbe essere costituito da coloro che sono affetti da una patologia degenerativa spinale che necessitano di una stabilizzazione vertebrale dinamica, concetto che non prevede l'artrodesi.

È nostra opinione che la tecnica a cielo aperto sia ancora superiore nei pazienti in cui siano presenti deficit neurologici che necessitano di decompressione delle strutture neurali, nei casi che richiedono importanti manovre di correzione per fratture altamente instabili o nelle situazioni in cui sia necessaria una stabilizzazione vertebrale con una generosa artrodesi che possa quindi assicurare una stabilità a lungo termine.

In conclusione alla luce di quanto discusso è nostra politica considerare le tecniche mini-invasive come un'alternativa alla chirurgia tradizionale da adottare in pazienti ben selezionati.

Anche per queste metodiche un buon risultato chirurgico è in funzione di una attenta valutazione del paziente e una corretta indicazione chirurgica.

TM

Approccio diagnostico e terapeutico al paziente con tosse cronica



Chiara Magni, laureata c/o l'Univ. di Firenze e spec. in Malattie dell'Apparato Respiratorio. Assegnista di ricerca c/o gli ambulatori della fisiopatologia respiratoria e c/o il Dip. di broncologia AOU Careggi. Dal 2008 fa parte dell'équipe medica del Centro Tosse di Firenze.

La tosse rappresenta un evento raro nel soggetto sano e, d'altra parte, la sporadica comparsa di tosse non ha necessariamente rilevanza clinica. È stato infatti calcolato che in una sala di lettura occupata da un centinaio di persone si possano udire mediamente 2.5 colpi di tosse al minuto, presumibilmente prodotti da in-

corso di quasi tutte le malattie respiratorie e, come vedremo più avanti, anche nel corso di malattie che affliggono organi extra-respiratori. In questi casi, e in generale quando diventa un sintomo persistente nel tempo, la tosse assume una grande rilevanza clinica e può richiedere l'attivazione di procedure diagnostiche e terapeutiche dal costo non trascurabile per i sistemi sanitari.

Dal punto di vista clinico, la tosse è classificata, secondo un criterio puramente temporale, come *acuta* (quando persiste da meno di 4 settimane)

e *cronica* (durata superiore alle 8 settimane). Alcune forme di tosse, come per esempio quella in corso di pertosse e di alcune infezioni virali,

dividui affetti da una banale malattia da raffreddamento. D'altra parte, la tosse può rappresentare un sintomo di frequente rilievo in

CHIARA MAGNI, ELISA CHELLINI,
MARGHERITA INNOCENTI, FEDERICO LAVORINI,
GIOVANNI FONTANA

Centro per lo Studio e la Terapia della Tosse
Dipartimento di Medicina Interna, AOU Careggi

possono durare oltre le quattro settimane e, pur non sconfinando nell'ambito della tosse cronica, propriamente detta, possono essere classificate come *subacute*.

I pazienti con tosse cronica praticano spesso tentativi di autoterapia, e investono perciò quantità rilevanti di denaro per l'acquisto di farmaci il cui rapporto costo-beneficio è discutibile. D'altra parte la tosse, specie se prolungata e di forte intensità, può accompagnarsi a sintomi tali da indurre il paziente a rivolgersi al proprio medico curante, incrementando ulteriormente la spesa sanitaria e le liste d'attesa per le visite ambulatoriali. I motivi e/o i sintomi più comuni per cui i pazienti con tosse si rivolgono al proprio medico curante o allo specialista pneumologo sono riportati nella Tabella 1.

In base a quanto riportato in Tabella 1, risulta evidente che qualsiasi tentativo da parte del personale sanitario teso a minimizzare o trascurare il sintomo tosse rappresenta un comportamento professionalmente inadeguato.

Come ben sanno tutti gli operatori in campo sanitario, la tosse accompagna non solo pressoché tutte le affezioni respiratorie, ma può presentarsi in corso di patologie primitivamente a carico di altri organi o apparati. Molto più raramente, la tosse rappresenta un disturbo di tipo comportamentale e come tale di interesse psichiatrico.

Nella gestione del paziente con tosse cronica, la principale raccomandazione è compiere ogni sforzo per individuare il fattore scatenante del segno e di evitare, per quanto possibile, di trattare la tosse in maniera aspecifica, vale a dire con l'impiego di farmaci sintomatici. Spesso la raccolta

di un'anamnesi accurata è sufficiente a ottenere importanti indizi diagnostici senza dover ricorrere a ulteriori indagini di approfondimento. Una volta individuata la causa, è compito del medico stabilire se, accanto al trattamento di tale causa, possa essere opportuno somministrare anche un farmaco sintomatico per controllare la frequenza e l'intensità della tosse in attesa che la terapia di fondo completi il suo effetto. È importante tenere presente, infatti, che talora le elevate pressioni intra-toraciche e intra-addominali prodotte dall'attivazione dei muscoli espiratori durante un colpo di tosse possono provocare gravi complicazioni a carico di vari distretti organici (Tabella 2). Poiché alcune delle complicazioni della tosse possono rappresentare un serio pericolo per la salute del paziente, la somministrazione di farmaci antitosse in casi simili non è certamente controindicata e, in alcune circostanze, addirittura raccomandata.

La trattazione di pregi (scarsi) e difetti (evidenti) dell'armamentario farmaceutico attualmente disponibile per la terapia sintomatica della tosse va oltre gli scopi di quest'articolo. Riteniamo

Tabella 2

Principali complicazioni della tosse

<p>Cardiovascolari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ipotensione • Perdita di coscienza • Rottura di vene congiuntivali, nasali, anali • Aritmie
<p>Neurologiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sincope • Mal di testa • Embolia gassosa cerebrale • Compressione cervicale acuta • Ictus da rottura di vasi cerebrali • Convulsioni
<p>Gastro-intestinali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodi di reflusso gastro-esofageo • Rottura splenica • Ernia inguinale
<p>Genito-urinarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinenza • Estrusione della vescica in uretra
<p>Muscolo-scheletriche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesione dei muscoli della parete addominale • Fratture costali • Aumento asintomatico della creatin- fosfochinasi
<p>Respiratorie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfisema interstiziale • Pneumomediastino • Trauma laringeo • Trauma (rottura) dei bronchi
<p>Miscellanea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porpora e petecchie • Peggioramento della qualità della vita • Rottura di suture chirurgiche

Tabella 1

Motivi principali per i quali il paziente con tosse cronica richiede l'intervento del medico

Motivo	Frequenza %
Percezione di qualcosa che non va	98
Esaurimento	57
Preoccupazione	55
Insonnia	45
Modificazioni secondarie delle abitudini di vita	45
Dolore muscolo-scheletrico	44
Abbassamento della voce	43
Eccessiva sudorazione	42
Incontinenza urinaria	39
Vertigini	38
Paura di gravi malattie (cancro)	33
Mal di testa	32
Paura di gravi malattie (es. AIDS o TBC)	28
Conati di vomito	21
Vomito	18
Nausea	16
Anoressia	15
	5

tuttavia opportuno ricordare che l'efficacia dei farmaci anti-tosse disponibili sul mercato è limitata e che l'industria farmaceutica è impegnata nella produzione di agenti efficaci e sicuri per il controllo farmacologico della tosse.

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

La tosse cronica è il quinto disturbo più comunemente riferito ai medici di medicina generale. Negli Stati Uniti, il 38% delle visite ambulatoriali svolte dagli specialisti pneumologi implica il trattamento di pazienti affetti da tosse cronica. In Giappone, la tosse è il motivo che più frequentemente spinge il paziente a rivolgersi alle cliniche specialistiche (11.7% del totale delle visite). In Italia, la tosse è la terza causa più comune di consultazione medica; le consulenze per tosse sono circa 25 milioni all'anno, di cui almeno 2 milioni per le forme croniche.

Come avremo modo d'illustrare in seguito, la tosse cronica si associa frequentemente a disturbi respiratori ed extra-respiratori. Nell'ambito di questo testo preferiamo parlare di "associazione" tra tosse cronica e altri disturbi piuttosto che stabilire una relazione di causalità: tale relazione di causalità è al momento fortemente sospettata ma non dimostrata conclusivamente. La tosse cronica può interessare persone di ogni età, ma si manifesta più frequentemente nei soggetti di età compresa tra 40 e 50 anni. Il sesso femminile sembra essere più frequentemente coinvolto.

Le condizioni cliniche più comunemente associate alla tosse cronica in pazienti immunocompetenti sono riportate in Tabella 3.

È interessante rilevare che, se consideriamo pazienti non fumatori, con radiografia del torace normale e che non assumano farmaci inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-inibitori), le condizioni cliniche più frequentemente associate alla tosse cronica sono la malattia da reflusso gastro-esofageo, le sindromi asmatiche e le sindromi rinosinusalì; spesso due o più di queste condizioni coesistono.

Tabella 3 - Condizioni cliniche più frequentemente associate a tosse cronica in pazienti immunocompetenti

Condizioni cliniche più frequentemente associate a tosse cronica in pazienti immunocompetenti
Bronchite cronica
Bronchiectasie
Infezioni delle vie aeree superiori e/o inferiori
Carcinoma broncogeno
Fibrosi polmonare idiopatica
Terapia con farmaci inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina
Sindromi rino-sinusalì
Sindromi asmatiche
Malattia da reflusso gastro-esofageo
Forme idiopatiche

La prevalenza delle tre condizioni cliniche varia molto nei diversi studi epidemiologici. In Australia, le due cause più frequenti di tosse cronica sono le sindromi rinosinusalì (93%) e la malattia da reflusso gastro-esofageo (70%). In Giappone c'è una netta prevalenza delle sindromi asmatiche. Nel Regno Unito, la condizione clinica più frequentemente associata alla tosse cronica è la malattia da reflusso gastro-esofageo (46%), seguita dalle sindromi asmatiche (39%) e dalle sindromi rinosinusalì (15%). In Italia non esistono dati epidemiologici pubblicati. Per quanto riguarda la nostra esperienza, abbiamo riscontrato una netta prevalenza della malattia da reflusso gastro-esofageo (70%), seguita dalle sindromi rinosinusalì (30%) e dalle sindromi asmatiche (22%). I motivi di queste discordanze così evidenti restano al momento da chiarire.

A causa della loro elevata prevalenza le sindromi asmatiche, il reflusso gastro-esofageo e le sindromi rinosinusalì saranno trattati separatamente in capitoli specifici.

SINDROMI ASMATICHE

Con il termine "sindromi asmatiche" s'intende un gruppo di patologie che comprende l'asma bronchiale ed altre condizioni cliniche caratterizzate da infiltrazione eosinofila della sottomucosa delle vie aeree e da una concentrazione di granulociti eosinofili nello sputo maggiore del 3%. Queste condizioni cliniche sono la bronchite eosinofila, l'asma variante tosse e la tosse atopica. Nel caso dell'asma bronchiale, la tosse è associata a dispnea e respiro sibilante; nel caso dell'asma variante tosse, della bronchite eosinofila e della tosse atopica, la tosse costituisce il sintomo principale o addirittura l'unico sintomo. Dai dati raccolti in alcuni studi epidemiologici è emerso che nel 24-29% dei casi di tosse cronica la causa scatenante è rappresentata dalle sindromi asmatiche globalmente considerate.

Asma bronchiale. S'intende una patologia infiammatoria cronica delle vie aeree alla quale partecipano numerosi tipi di cellule quali i mastociti, gli eosinofili, i linfociti T, i macrofagi, i neutrofili e le cellule epiteliali. L'infiammazione si associa spesso ad aumento della reattività bronchiale nei confronti di agenti aspecifici (aria fredda e/o secca, particolato atmosferico, ecc.) o specifici, vale a dire allergeni verso i quali il paziente è sensibilizzato. Può essere presente ostruzione bronchiale, di severità variabile, in genere reversibile spontaneamente o dopo trattamento farmacologico. Dal punto di vista clinico l'asma bronchiale è caratterizzata da respiro sibilante, senso di costrizione toracica e dispnea; la tosse è presente assai spesso, seppure non obbligatoriamente. Gli elementi più utili alla diagnosi - e che devono pertanto essere ricercati durante il colloquio con il paziente - sono: familiarità positiva per atopìa o asma bronchiale (prevalentemente familiari di

primo grado) e/o anamnesi patologica positiva per atopia. Il paziente asmatico può lamentare tosse secca o produttiva. La tosse in questi pazienti si presenta tipicamente durante le ore notturne (quando è dominante il tono vagale), spesso in maniera accessoria. All'auscultazione del torace si possono rilevare sibili prevalentemente espiratori. Le prove di funzionalità respiratoria possono evidenziare un'ostruzione al flusso aereo reversibile con la somministrazione di farmaci broncodilatatori, ma quest'alterazione non è sempre presente: l'asma ha spesso carattere intermittente e non sono rari i periodi di completo benessere. Tuttavia, il test di stimolazione bronchiale aspecifica è pressoché sempre positivo, il che facilita la diagnosi. La terapia inalatoria con corticosteroidi e broncodilatatori è generalmente efficace, sia sulla sintomatologia broncospastica sia sulla tosse.

Asma variante tosse. Le caratteristiche fisiopatologiche dell'asma variante tosse sono simili a quelle dell'asma bronchiale "classico": sono presenti l'iperreattività bronchiale e la flogosi eosinofila delle vie aeree mentre, in genere non c'è ostruzione al flusso aereo e la tosse cronica rappresenta il sintomo largamente prevalente o addirittura l'unico sintomo. I pazienti che ne sono affetti riferiscono atopia, tosse secca e negano solitamente di aver percepito respirazione sibilante. Il test di stimolazione bronchiale aspecifica è generalmente positivo, mentre le prove di funzionalità respiratoria sono di solito normali. Il trattamento dell'asma variante tosse non differisce da quello dell'asma bronchiale classico. La tosse generalmente migliora già nella prima settimana dall'inizio della terapia, ma per la completa risoluzione possono essere necessarie fino ad otto settimane di trattamento con broncodilatatori e corticosteroidi inalatori. Studi recenti suggeriscono che anche i farmaci anti-leucotrieni possono essere efficaci.

Bronchite eosinofila. È una patologia frequentemente associata alla tosse cronica. Dati provenienti da uno studio prospettico recente mostrano che fino al 13% dei pazienti che giungono allo specialista per tosse cronica presenta la bronchite eosinofila come causa scatenante. Tuttavia, come per altre cause di tosse cronica (vedi sopra), la prevalenza può variare significativamente da paese a paese: nella nostra esperienza la bronchite eosinofila è implicata solo sporadicamente. Le caratteristiche fisiopatologiche del disturbo sono le stesse dell'asma bronchiale "classico", con una flogosi della parete bronchiale mediata prevalentemente da eosinofili, mast-cellule e linfociti T. Si distingue dall'asma bronchiale per l'assenza d'iperreattività bronchiale e di ostruzione al flusso aereo. I pazienti che ne sono affetti presentano generalmente tosse cronica spesso produttiva, prove di funzionalità respiratoria normali, e test di stimolazione bronchiale aspecifica negativo. La prevalenza dell'atopia è pari a quella della popolazione generale. Questa causa di tosse cronica è pertanto di difficile

riscontro diagnostico; di solito può essere sospettata per esclusione di altre possibili cause o in seguito al rilievo di eosinofilia nel liquido di lavaggio bronchiale. Generalmente la malattia risponde bene alla terapia con corticosteroidi inalatori o sistemici; i broncodilatatori sono del tutto inefficaci.

Tosse atopica. Si tratta di una patologia infiammatoria, peraltro non universalmente riconosciuta, senza ostruzione al flusso aereo e resistente alla terapia broncodilatatrice. I pazienti che ne sono affetti lamentano tosse secca senza altri sintomi respiratori. A differenza della bronchite eosinofila, la prevalenza di atopia nei soggetti con tosse atopica è del 100%. Il test di broncostimolazione aspecifica è negativo. Il trattamento con steroidi inalatori e antistaminici è efficace.

REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO

Con il termine di "reflusso gastro-esofageo" s'intende il passaggio del contenuto gastrico in senso retrogrado dallo stomaco all'esofago secondario a una disfunzione e/o all'aumentata frequenza degli episodi di rilasciamento transitorio dello sfintere esofageo inferiore. Numerosi studi hanno identificato il reflusso gastro-esofageo come una delle condizioni cliniche più frequentemente associate a tosse cronica. Quest'ultima è d'altra parte considerata una manifestazione atipica del reflusso gastro-esofageo. La presenza di sintomi quali piroso, rigurgito, disfonia, bisogno frequente di schiarirsi la voce, sensazione di corpo estraneo a livello faringeo ("globo faringeo") e dispepsia può essere di grande aiuto nel suggerire la diagnosi ma è bene ricordare che talvolta la tosse cronica rappresenta l'unico sintomo di reflusso. La tosse da reflusso è prevalentemente secca.

Nel caso di tosse associata a reflusso gastro-esofageo è bene ricordare che gli eventi di reflusso sono causati da episodi di transitorio rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore e che quindi la comprensione della fisiologia degli organi che svolgono la funzione sfinterica, essenzialmente l'esofago distale e la porzione crurale del diaframma, può fornire utili informazioni diagnostiche. Nel soggetto normale, lo sfintere esofageo inferiore si chiude durante il sonno mentre si rilascia durante fonazione, la deglutizione e dopo l'assunzione di cibo. Quest'ultimo fenomeno è correlato alla necessità di far uscire l'aria inevitabilmente deglutita nel corso di un pasto.

La tosse da reflusso è perciò prevalentemente diurna, ma può presentarsi anche nelle ore notturne poiché il clinostatismo favorisce i fenomeni di reflusso per motivi gravitazionali. La tosse può altresì essere esacerbata dai cambiamenti posturali in generale, dagli sforzi fisici e dall'assunzione di alcuni cibi con contenuto acido o capaci di stimolare la secrezione acida (pomodoro, cipolla, peperoncino, agrumi) ovvero alimenti che contengono agenti capaci di favorire il rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore (xantine, alcool). Sono

Tabella 4 - *The Reflux Symptom Index (RSI)*

SEGNI e SINTOMI	Nell'ultimo mese quanto ha sofferto dei seguenti disturbi? (0= non ne ho sofferto; 5 = mi ha creato massimo disagio)					
Raucedine	0	1	2	3	4	5
Necessità di schiarirsi la voce	0	1	2	3	4	5
Rinorrea posteriore	0	1	2	3	4	5
Disfagia	0	1	2	3	4	5
Tosse dopo i pasti o dopo l'assunzione della posizione supina	0	1	2	3	4	5
Broncospasmo	0	1	2	3	4	5
Tosse stizzosa	0	1	2	3	4	5
Sensazione di globo faringeo	0	1	2	3	4	5
Pirosi, dolore toracico o dispepsia	0	1	2	3	4	5

Tabella 5 - *The Reflux Finding Score (RFS)*

REPERTI LARINGOSCOPICI	PUNTEGGIO				
Edema infraglottico	0=assente	2=presente			
Obliterazione ventricolare	0=assente	2=parziale	4=completa		
Eritema/Iperemia	0=assente	2=solo aritenoidico	4=diffuso		
Edema delle corde vocali	0=assente	1=lieve	2=moderato	3=severo	4=polipoide
Edema laringeo diffuso	0=assente	1=lieve	2=moderato	3=severo	4=ostruttivo
Ipertrofia della commissura posteriore	0=assente	1=lieve	2=moderato	3=severo	4=ostruttivo
Granuloma/granulazione	0=assente	2=presente			
Secrezioni mucose laringee	0=assente	2=presente			

ovviamente sconsigliate le bevande gassate.

Nei casi in cui il materiale refluito raggiunga le vie aeree superiori possono presentarsi frequentemente sintomi quali disfonia, bisogno frequente di schiarirsi la voce e sensazione di corpo estraneo a livello faringeo. La presenza di questi sintomi deve essere sempre valutata attentamente. Il materiale refluito può anche essere aspirato; in questo caso, la tosse può associarsi a episodi improvvisi di broncospasmo e ad abbondante produzione di espettorato. Può verificarsi un quadro di vera e propria polmonite "ab ingestis".

La pH-metria esofagea è ritenuta il metodo più efficace per la diagnosi di malattia da reflusso gastro-esofageo. Studi prospettici recenti hanno mostrato che i valori predittivi positivo e negativo di questo test sono rispettivamente pari a 89 e 100%. Altri studi dimostrano invece che solo il 35% dei pazienti con tosse cronica e pH-metria positiva risponde alla terapia anti-acida. L'inefficacia della terapia, la possibilità di reflusso non acido e la coesistenza di altre cause di tosse cronica possono essere i motivi di questa discrepanza.

Quando si sospetti che il reflusso si estenda fino a interessare le regioni prossimali del tratto respiratorio, può essere utile eseguire una valuta-

zione accurata del faringe e della laringe, poiché è ormai noto che questi organi possono presentare lesioni provocate dal materiale refluito quali, ad esempio, eritema della laringe, edema delle corde vocali ed ipertrofia della commissura posteriore. A questo proposito sono stati realizzati metodi quantitativi per oggettivare la presenza nel singolo paziente di sintomi e/o segni endoscopici a livello faringo-laringeo compatibili con la presenza di reflusso gastro-esofageo. Tali metodi, in grado di generare un punteggio a sua espressione di gravità, sono indicati rispettivamente con il nome di *Reflux-Symptom Index (RSI)* e di *Reflux Finding Score (RFS)*. Il primo è significativo quando genera un punteggio superiore a 9, il secondo quando genera un punteggio superiore a 7 (Tabelle 4, 5).

L'importanza di questi metodi quantitativi è evidente, poiché una semplice valutazione otorinolaringoiatrica mirata può fornire al medico utili informazioni sulla presenza o meno di segni indiretti di reflusso gastro-esofageo. Studi scientifici recenti hanno dimostrato che esiste una correlazione tra la significatività di uno o entrambi i punteggi e la risposta alla terapia con inibitori di pompa protonica a dosaggio pieno.

Nei casi in cui non sia possibile eseguire i test

diagnostici appena descritti, o quando i risultati ottenuti siano dubbi, può essere presa in considerazione la possibilità di eseguire un *trial* terapeutico di lunga durata (2-3 mesi) con farmaci inibitori di pompa protonica.

È generalmente riconosciuto che molti pazienti con problemi associati al reflusso traggono beneficio da piccole variazioni del proprio stile di vita, in particolare dormire con la testata del letto rialzata di circa 30 cm rispetto ai piedi, evitare il sovrappeso, prediligere i cibi ricchi in proteine piuttosto che di grassi, ed evitare cibi noti per favorire il reflusso (vedi sopra). L'associazione di un adeguato stile di vita con la terapia con procinetici (ad es. domperidone 1 compressa prima dei tre pasti principali) per un periodo di circa 3 mesi risolve la tosse da reflusso gastro-esofageo nel 70-100% dei pazienti. La somministrazione di inibitori di pompa protonica (ad esempio esomeprazolo 40 mg 1 compressa mezz'ora prima di colazione ed 1 compressa mezz'ora prima di cena) per otto settimane riduce in maniera prolungata e significativa la tosse da reflusso gastro-esofageo e aumenta la soglia tussigena nei pazienti affetti da esofagite da reflusso.

Nel caso in cui si sospetti una tosse associata a reflusso gastro-esofageo, il trattamento deve essere proseguito per almeno 2-3 mesi e può essere potenziato con l'aggiunta di farmaci antiacidi (mezz'ora dopo i tre pasti principali ed eventualmente anche subito prima di coricarsi).

La terapia chirurgica della malattia da reflusso (*funduplicatio* laparotomica o laparoscopica) può essere considerata in pazienti selezionati. L'approccio chirurgico sembra essere maggiormente efficace nei soggetti senza alterazioni della motilità esofagea e in chi risponda efficacemente alla terapia medica ma desideri evitare trattamenti farmacologici di lunga durata. La chirurgia è inoltre indicata nei pazienti che lamentano frequenti fenomeni di aspirazioni di contenuto gastrico.

SINDROMI RINOSINUSALI

Con il termine di sindromi rinosinusali si intende un insieme di malattie che comprende la rinite allergica stagionale e/o perenne, la rinite vasomotoria, la rinosinusite cronica e la rinite non allergica secondaria all'esposizione cronica a sostanze irritanti.

I pazienti con tosse associata a sindromi rinosinusali possono presentare familiarità positiva per atopìa e un'anamnesi patologica positiva per malattie atopiche.

La tosse può essere sia secca sia produttiva: nei soggetti con rinosinusite cronica, ad esempio, la tosse può accompagnarsi ad abbondante produzione di espettorato mucoso. Nei soggetti con rinite allergica la tosse può presentare andamento stagionale ed essere scatenata da particolari esposizioni ambientali e/o lavorative.

Oltre alla tosse si possono riscontrare anche altri disturbi, come la rinorrea posteriore (tipicamente descritta dal paziente come "sensazione di muco che gocciola dietro la gola"), la necessità di schiarire frequentemente la voce, la raucedine e la congestione nasale con rinorrea anteriore (quest'ultima può essere mucosa o muco-purulenta).

Nel caso in cui si sospetti una qualunque di queste patologie è necessario eseguire un'estesa valutazione otorinolaringoiatrica, compreso l'esame per via endoscopica delle alte vie aeree e, se necessario, una tomografia dei seni paranasali. Se è presente rinorrea posteriore, può essere indicato il lavaggio nasale con soluzione salina due o tre volte al giorno. La flogosi della mucosa nasale può essere trattata con corticosteroidi topici. Esistono anche forti evidenze sull'efficacia del trattamento con antistaminici da associare eventualmente a decongestionanti nasali, questi ultimi però solo per brevi periodi di tempo.

COUGH HYPERSENSITIVITY SYNDROME

È noto che esiste un sottogruppo di pazienti la cui tosse cronica non è associata a nessuna delle cause citate fino a questo momento che viene pertanto etichettata come "idiopatica". In aggiunta, studi recenti hanno evidenziato che esistono individui con una marcata ipersensibilità delle vie aeree a una grande varietà di agenti irritanti e che presentano tosse cronica e ipersensibilità del riflesso della tosse stesso, dimostrata oggettivamente tramite l'esecuzione del test d'induzione della tosse.

Alcuni studiosi hanno ipotizzato che questi soggetti, come pure la maggioranza dei pazienti affetti da tosse cronica, siano in realtà affetti da un'unica patologia: la sindrome da ipersensibilità della tosse (*Cough Hypersensitivity Syndrome*). Nell'ambito di questa sindrome sarebbero identificabili diversi fenotipi clinici, accomunati dalla tosse cronica. Per esempio, quelli con una risposta immunitaria prevalentemente di tipo Th2 tenderebbero a sviluppare una flogosi eosinofila e pertanto una sindrome asmatica; i fenotipi clinici con predominanza di disturbi esofagei presenterebbero invece tosse cronica associata a reflusso gastro-esofageo.

La diagnosi comune resterebbe comunque quella di sindrome da ipersensibilità della tosse. In quest'ottica la tosse idiopatica costituirebbe semplicemente una sindrome da ipersensibilità della tosse senza un fenotipo definito. Al momento attuale non c'è consenso globale sull'opportunità di considerare tutte le forme di tosse cronica come espressioni di un'unica sindrome nella quale la tosse stessa rappresenterebbe la "malattia" e non più un semplice segno, ma è possibile che una simile interpretazione del complesso settore della tosse cronica possa permetterci di individuare in futuro nuove strategie terapeutiche. **TM**



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

C'è un'alternativa alle RSA?

C'è modo e modo di arrivare al capolinea della propria esistenza. Quello all'interno di una RSA è spesso il peggiore.

La situazione è ben nota: la popolazione italiana è tra le più longeve del mondo, e anche tra le più vecchie, nel senso che il numero della popolazione al di sopra dei 65 anni cresce

sovrastando nettamente le generazioni più giovani: in certe regioni ogni 100 giovani di età 0-14 anni ci sono 200 anziani. Un gran numero di anziani molto vecchi, per lo più donne, vivono da soli. Una coppia di adulti

50enni può trovarsi con 4 genitori anziani, dovendosi prendere cura di qualcuno di loro in condizioni precarie di salute. Situazioni che tutti conoscono avendole già sperimentate in forma diretta o indiretta.

La famiglia italiana generalmente non si tira indietro di fronte ai bisogni dei vecchi, grazie soprattutto alla dedizione di figlie e nuore che – insieme ad altri impegni familiari e lavorativi – si sobbarcano anche il pesante ruolo di *caregiver*, termine inglese che con una parola ne sintetizza cinque: colui che si prende cura. I fenomeni migratori hanno decisamente aiutato: la presenza di circa 800 mila collaboratori domestici stranieri (detti "badanti") è stata decisiva per mitigare il peso sociale del fenomeno, dato che le famiglie che ricorrono a un collaboratore domestico per l'assistenza a un anziano o a un disabile sono 2 milioni e mezzo (il 10,5% delle famiglie italiane).

Dedizione delle famiglie, supporto di collaboratori domestici, qualche intervento dei servizi assistenziali pubblici (peraltro molto disomogenei da Nord a Sud) consentono di mantenere al proprio domicilio la grande maggioranza di anziani con malattie debilitanti e con perdita più o meno marcata della propria autonomia e quindi di accompagnare gli ultimi anni dell'esistenza di una persona anziana nella dignità e tra gli affetti familiari.

Molto diverso è il destino di anziani non autonomi che, per molteplici motivi (familiari, abitativi, economici, ecc.), sono espulsi dalla propria casa e dalla propria famiglia per ricoverarsi in quelle che un tempo venivano denominate "Case di Riposo" e oggi "Residenze Sanitarie Assistenziali – (RSA)". Sono oltre 200 mila i soggetti ospitati in queste

strutture (più diffuse al Centro-Nord rispetto al Sud) che rappresentano quanto di peggio possa capitare a una persona anziana nella fase conclusiva della vita: essere sradicato dalla propria casa, allontanato dagli affetti, subire ritmi tempi e regole imposti dalla struttura, subire spesso umiliazioni come l'obbligo di indossare sempre il pannolone, essere costretti a letto anche con misure di contenzione, non poter usare utilmente e autonomamente i propri livelli di residua autonomia. La conclusione è che la permanenza in queste strutture genera nella maggioranza dei casi gravi forme di depressione e una rapida accelerazione dei processi involutivi fisici e psichici.

Una recente inchiesta condotta dall'Espresso

(online, 8 marzo 2012) "rivela che l'Italia delle RSA si distingue sul piano internazionale in una serie di cattive pratiche. Prima assoluta fra otto nazioni nell'utilizzo delle spondine dei letti e di cinghie che immobilizzano i pazienti al tronco come mezzi di contenzione. Siamo terzi invece dopo Repubblica Ceca e Olanda per quanto riguarda le piaghe da decubito. Nell'uso di psicofarmaci c'è chi ci va più pesante: Finlandia, Francia, Israele, ma secondi a quest'ultimo stato abbiamo i ricoverati meno coinvolti nelle attività sociali. Quanto ai depressi veniamo solo dopo gli olandesi. Siamo indietro nel trattamento del dolore e vantiamo fra gli internati più incontinenti d'Europa". Quelli che abbiamo riportato sono dati nazionali complessivi. Non siamo in grado di sapere quale sia la specificità della situazione toscana, se sia allineata o meno a quella nazionale. Toscana Medica ospiterà ben volentieri un contributo della Regione Toscana al riguardo.

Poiché ritengo che nessun anziano scelga liberamente e in piena cognizione di concludere i suoi giorni in una RSA, soluzione oltretutto molto costosa, bisognerebbe limitare al massimo l'uso di queste strutture. Le RSA potrebbero essere utilizzate come residenze temporanee (max. 30 giorni) per consentire alle famiglie un po' di sollievo (ferie, momenti di difficoltà, ecc) e come sede di cure "intermedie" (es: tra un ricovero ospedaliero e il rientro al domicilio).

A questo punto la domanda che si pone è: esistono soluzioni che consentano ad anziani, singoli o in coppia, "fragili" dal punto di vista socio-economico-familiare e con problemi di salute, di evitare di finire i propri giorni nelle RSA (perché sono prevalentemente loro che affollano queste strutture)?

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Le soluzioni ci sono, sono note da almeno 40 anni, e recentemente stanno sempre più diffondendosi in molti paesi (tranne che in Italia).

Si tratta di strutture costituite da miniappartamenti raggruppati, dotati di servizi comuni: mensa, biblioteca, lavanderia, palestra, pulizie, in certi casi un ambulatorio infermieristico. I miniappartamenti, per singoli o per coppie, del tutto indipendenti, sono dotati dei servizi essenziali, compresa la cucina, con una scrupolosa attenzione alle barriere architettoniche e alla facile agibilità per il transito delle carrozzine. Quindi libertà assoluta di vivere nel proprio appartamento in piena autonomia, e di utilizzare i servizi comuni (e di fruire della solidarietà degli altri ospiti) in caso di bisogno. In Francia e Svizzera queste strutture sono denominate *logements foyers*, nel Regno Unito *sheltered housing*. Se queste sono soluzioni indirizzate esplicitamente alla popolazione anziana con differenti gradi di fragilità, il *co-housing* nasce in Danimarca sulla spinta di ideali comunitari e ecologisti le cui parole chiave sono: sostenibilità, progettazione partecipata, condivisione di spazi, attrezzature e risorse, socializzazione e mutualità. All'inizio è una tipologia abitativa che attrae giovani coppie, divenendo popolare in nord Europa e negli USA, e estendendosi nel tempo anche a gruppi di anziani, singoli o in coppia.

Dicevamo: in Italia niente. Tranne che a Lastra a Signa, Comune di 20 mila abitanti nei dintorni di Firenze. Qui dal 1979 esiste il Centro Sociale (vedi foto), costruito sul modello dei *logements foyers*. Un complesso residenziale composto di 25 miniappartamenti per due persone (36 m²) e 36 miniappartamenti per persone singole (20 m²), con una capienza complessiva di 86 posti. Tale area è dotata di numerosi e ampi spazi comuni. L'area dei servizi comuni (fruibili dal resto della popolazione) include: il ristorante-mensa, il bar, la lavanderia, la biblioteca, la palestra, la sede di associazioni. Inizialmente vi erano collocati i servizi del Distretto socio-sanitario, attualmente sostituiti dalla scuola materna comunale.

Il Centro Sociale nasce dalla volontà di dare una risposta assistenziale pubblica a una fascia di popolazione anziana "fragile" dal punto di vista economico e della condizione abitativa e familiare. Si deve tener conto che all'epoca della sua nascita - anni 70 - molti anziani del Comune di Lastra a Signa vivevano in aree rurali, in casolari privi il più delle volte di riscaldamento, telefono, bagno; inoltre non era passato molto tempo dalla terribile alluvione dell'Arno del 1966 che aveva

inondato il centro storico della cittadina, rendendo poi precaria l'abitabilità di molti fabbricati. Di questa situazione erano gli anziani il gruppo che aveva più sofferto.

La condizione di autosufficienza fisica era un requisito per poter fare la domanda di ammissione al Centro Sociale, ma molte situazioni erano "borderline": per esempio un anziano con una grave artrosi, con annessi problemi della deambulazione, era "non autosufficiente" nella casa di origine, abitando al 3° piano di una casa senza ascensore, ma diventava "autosufficiente" all'interno del Centro Sociale, semplicemente affidandosi all'uso del bastone. Inoltre l'autosufficienza non era richiesta a una persona che entrava al Centro Sociale con il coniuge, perché in questo caso il coniuge stesso si sarebbe fatto carico del suo necessario supporto nello svolgimento delle attività quotidiane.

Dal 1979 a oggi sono entrati e "usciti" dal Centro Sociale oltre 200 anziani. La grande maggioranza delle persone sono decedute all'interno del Centro Sociale, spesso dopo aver trascorso qui mesi o anni in condizioni di grave disabilità.

Il Centro Sociale di Lastra a Signa è riuscito a creare le condizioni per garantire la permanenza a decine di persone che in altre circostanze sarebbero state condannate al ricovero in RSA (avvenuto nell'arco di 35 anni solo per 24 persone), grazie alle sue risorse "interne": l'assenza di barriere architettoniche, la possibilità di fruire di servizi comuni, l'aiuto domestico di (sole) quattro operatrici, l'intervento di personale infermieristico e riabilitativo del distretto, l'aiuto solidale dei vicini, il ruolo dei medici di famiglia, la presenza delle famiglie e di eventuali "aiutanti", e - infine - la volontà politica dell'Amministrazione Comunale che in tutti questi anni ha assicurato la necessaria attenzione e l'indispensabile sostegno economico, garantendo nel contempo la presenza di operatori capaci, competenti e appassionati.

Quanto costa questa struttura all'Amministrazione Comunale di Lastra a Signa? 5.000 euro all'anno per residente. Troppo poco. Per questo nessuno l'ha imitata. **TM**



Il Centro Sociale



Dalla sessualità all'eutanasia: un contributo autorevole e sereno

La crisi della Bioetica, più accentuata in Italia che altrove a motivo indubbio del contrasto ravvicinato tra un laicismo spesso supponente e intransigente e un rigorismo cattolico eretto a baluardo della sacralità dell'umana vita, è stata finalmente colta e trattata nei suoi passaggi cruciali, analizzata con esemplare finezza culturale e in termini assolutamente comprensibili. E una tale elaborazione la si deve alla ben nota sensibilità e alla autorevolezza critica di uno studioso informato e geniale della modernità, qual è Sergio Romano, che, accompagnato dal figlio Beda, giornalista e saggista di grande valore, ha esaminato le ragioni profonde di un declino annunciato, rifuggendo da ogni atteggiamento preconetto di condanna-ideologica tanto degli eccessi laicistici quanto dall'innegabile pervasività dottrinarie del Magistero cattolico.

Quel che maggiormente colpisce è tuttavia, l'effetto secondario del monito ecclesiale, spinto in Italia sino alla proclamazione dogmatica di suggestioni biologiche, qual è suggerita persino sulla base del fatiscante tretebondo *principio di precauzione* anche da interpreti non certo neutrali dalle acquisizioni relative, in particolare, all'inizio e alla fine della vita personale, e ai loro riflessi sulla libertà e sulla dignità individuali. E tutto ciò, delegittimando la severità della scienza e le garanzie poste a difesa dei diritti umani dagli Statuti internazionali, trasfusi nella vigente Convenzione europea di Bioetica (Strasburgo, 1997) e, per quanto più direttamente ci riguarda, dalla Costituzione della Repubblica (1948) e dal Codice di Deontologia del medico italiano (2006).

Il fatto poi che le reazioni ecclesiali si siano tradotte in calde sollecitazioni per la promulgazione di norme e di regole di condotta valide *erga omnes* (medici, amministratori, ammalati) tutto ciò ha suggerito agli Autori riflessioni sui presupposti e i temi di questa problematica epocale esposti nel saggio: La Chiesa contro: dalla sessualità all'eutanasia: tutti i no all'Europa moderna (Longanesi, 2012, € 16,50).

Le ragioni della strategia cattolica di fronte alle più invasive applicazioni tecnologiche della modernità scientifica sono intelligentemente ricercate nelle peculiarità dottrinarie dei Pontefici susseguitisi nell'ultimo secolo, indicative di un progressivo, e consapevole interesse verso le illuminazioni della Biologia sui "misteri" della vita e sulle relative potestà biomediche, cui neppure la Bioetica ha saputo offrire risposte acquietanti. Si può così ben dire, avvalorando la ragionevolezza della indagine dei Romano, che forse il massimo e più fondato apprezzamento sulle applicazioni biomediche della Scienza al contenimento della inesorabilità della morte, lo si debba ancora a Pio XII, che nell'ormai remoto dopoguerra, già richiamava, rassicurandoli, gli anestesisti sulla inopportunità di trattamenti salva-vita, quand'ormai giudicati futili

e sostanzialmente inutili sulla base della esperienza e della coscienza professionale, tanto più se incorrispondenti alle eventuali espressioni di volontà del paziente. La doppia negazione di ogni pratica di *mercy killing* e per converso di insistenza terapeutica, (il c.d. *accanimento*) che ha largamente ispirato le regole deontologiche e le più elevate pronunce giurisprudenziali, emanate tanto nei paesi anglosassoni quanto in quelli latini come pure in Italia hanno in qualche misura attualizzato la inobliata parola del Papa Pacelli.

E così la monografia offre un panorama esaustivo delle situazioni maturate nei vari paesi europei, ove resta prevalente seppur con varie sfumature, il rispetto delle scelte individuali ispirate alla libertà della ricerca e della medicina, sempre che condotte in necessaria armonia con i fondamentali presupposti di beneficenza e di responsabilità, ispiratori di una cosciente ragionevolezza professionale e comportamentale, animata da solidarietà e da corretta informazione che non uccida la speranza. Naturalmente, la trepidazione di chi decide si fa più pressante e delicata là dove non è o non è più acquisibile la personale espressione di volontà neppure attraverso un *testamento biologico* ovvero di fronte ad una immaturità od una incapacità che non possono del tutto e sempre ritenersi interpretabili da parte di chi ne abbia giuridica potestà. Tema molto complesso che necessita di un *biodiritto* ormai essenziale!

Perfetta resta la scelta degli Autori di comparare quanto praticamente occorre, nei paesi europei considerati, sull'analisi serrata di suggestioni, contrasti e convergenze. Ogni posizione è contenuta in uno specifico capitolo, l'ultimo dei quali è dedicato all'Italia, meglio a Roma, ove il dibattito si fa più aspro, forzato com'è da *opinion-makers*, che finiscono con l'exasperare, *qui più che altrove*, angosce, dubbi, ostacoli. Ma, l'Autore del capitolo ricorre ad una testimonianza mirabile, quella di monsignor Vincenzo Paglia, Vescovo di Terni, pastore e teologo, che rivendica pur sempre la "centralità dell'uomo" nella cui difesa la Chiesa rivendica "un ruolo da giocare nell'informare la modernità. Sono convinto – afferma il Presule – che la scienza, ma per certi versi anche il mercato, debbano riprendere a dialogare con le grandi tradizioni culturali ... credo – prosegue – che dobbiamo cercare ad ogni costo il compromesso (come aggiungo, ha vanamente sperato la Bioetica) si tratta piuttosto di comporre assieme i diversi assoluti, ben sapendo che siamo tutti alla ricerca della verità e che nessuno la possiede in maniera totale e autonoma. In questo senso esorterei gli scienziati ad essere scienziati non filosofi" (e, aggiungo, viceversa).

Tutto dunque garantisce una piacevole e fertile lettura di temi indubbiamente ostici ma meno ostili quando trattati con saggezza e tolleranza.

Mauro Barni

Un dibattito infinito: medicina integrata e Servizio Sanitario...

Ho letto i commenti della Prof.ssa Zilletti riguardo le medicine non convenzionali (Toscana Medica 2/12, pag. 58) e non posso che condividerne le argomentazioni. Non posso però fare a meno di sottolineare che qualsiasi medico di medicina generale o specialista, sa benissimo che in aggiunta all'effetto placebo un altro fattore ancora terapeuticamente più efficace è il fattore TEMPO, cioè lo spontaneo esaurirsi del processo patologico funzionale o non, e che spessissimo rende conto dell'illusoria efficacia di certi interventi farmacologici o non convenzionali. È d'altronde vero che alcune persone anche culturalmente elevate, vedono il farmaco coinvolto in interessi commerciali (aziende farmaceutiche, medici) e quindi non esente da possibili effetti tossici. C'è da chiedersi se tale loro considerazione è rivolta anche a farmaci omeopatici, fitoterapici, ecc.

Voglio però soffermarmi su due aspetti, credo finora non affrontati.

L'omeopatia è presentata come rimedio efficace di varie malattie funzionali e non, primo fra tutti dell'emicrania e delle cefalee in genere. È giusto informare la popolazione in modo deontologicamente corretto dell'efficacia di qualsiasi intervento terapeutico non convenzionale, ma è altrettanto doveroso informarla anche su studi scientifici rigorosi che hanno evidenziato la completa inefficacia di certe terapie. Orbene, tre studi randomizzati controllati con placebo effettuati da medici omeopati con trattamento omeopatico individualizzato non mostrano nessuna efficacia dell'omeopatia superiore al placebo; solo uno studio, non individualizzato, evidenzia un effetto terapeutico superiore al placebo (revisione di Owen JM e coll., *J Chiropractic Medicine* 3:45-52,2004).

Sarebbe pertanto culturalmente onesto e doveroso che si finisse di affermare sugli organi di informazione di massa che l'omeopatia è efficace nelle cefalee, ma piuttosto di sostenere il contrario, a vantaggio dei pazienti.

Se non esistono dimostrazioni scientifiche dell'efficacia di certe terapie complementari, non un Euro il Sistema Sanitario Nazionale deve spendere per fornire assistenza tramite queste terapie. Può essere giusto aver creato strutture dedicate al controllo degli effetti collaterali di certe terapie (vedi fitoterapia). Ma l'assurdo è che prima sono state ampiamente pubblicizzate un numero stratosferico di medicine non convenzionali, poi non si sono prodotte evidenze di efficacia con metodi scientifici nella stragrande maggioranza dei casi, ed ora come conseguenza sono stati creati servizi atti a controllare i possibili effetti collaterali di certe terapie. Sempre riguardo alla cefalea in Cina vi sono strutture ospedaliere che trattano questa patologia con l'agopuntura e strutture che la trattano con terapie convenzionali occidentali alle quali si rivolgono soprattutto i cinesi che economicamente se lo possono permettere!

Ed inoltre, mentre vengono spesi soldi pubblici per questo settore, il cittadino purtroppo insonne (e l'insonnia produce un notevole impatto sulla qualità della vita ed è causa talora di infortuni e incidenti diurni) perché deve pagare di tasca propria una benzodiazepina? E perché un paziente con congiuntivite deve pagarsi un collirio a base di antibiotici con o senza cortisonico?

Alessandro Panconesi

Specialista in Medicina Interna
Centro Cefalee, UOC Neurologia,
Ospedale San Giuseppe, Empoli

... e rapporto medico-paziente

Seguo da tempo il dibattito sulle medicine non convenzionali (o integrative o complementari o alternative, che dir si voglia), che pubblica Toscana Medica, nonché le notizie di congressi o corsi di specializzazione o addirittura di Laurea organizzati da qualche parte, ma anche in Italia, e mi sorprende che l'Ordine dei Medici non si sia schierato su questo tema, come è avvenuto per la famosa Terapia Di Bella e per altre iniziative analoghe.

Infatti è risultato chiaro che le terapie non convenzionali non hanno alcuna base scientifica (caso mai si basano su dottrine filosofiche o su una misteriosa "energia vitale") e che vengono giustificate soltanto dal fatto che, a differenza della medicina occidentale, si fanno carico di ogni paziente nella sua totalità, che sono efficaci nel risolvere stati di sofferenza soggettiva, che vengono praticate ampiamente in tutto il mondo, che sicu-

mente non sono dannose.

Riguardo al rapporto medico-paziente, questo può essere umanizzato semplicemente curando la preparazione dei nuovi medici, senza ricorrere a tale complementarietà; per le situazioni di sofferenza, spesso solo di natura psicologica, ci sono specialisti ed eventualmente farmaci nella farmacia ufficiale.

Preoccupano certe aperture anche a Firenze da parte di amministratori e politici, forse per un

loro difetto di informazione (ricordo la conferenza di rappresentanti della medicina ajurveda tempo fa nella sede regionale e il prossimo congresso delle medicine alternative in Palazzo Vecchio) ed il fatto che già alcune Aziende Sanitarie in Italia si fanno carico di tali terapie, con spreco di risorse, oggi più che mai preziose per curare efficacemente i veri malati.

Massimo Sanfilippo
Pediatra, Firenze

Una risposta “dal fronte”

Ho letto la “lettera dal fronte” di Lorenzo Prezioso che conosco bene per aver lavorato lunghi anni nello stesso Ospedale e che stimo per la serietà e l’impegno lavorativo (Toscana Medica 5/12, pag. 56).

Proprio in base alla mia conoscenza posso esprimerti alcune considerazioni.

Il cambiamento organizzativo “per intensità di cura” nella ASF è stato molto “accompagnato” ed io stesso come Direttore del Dipartimento chirurgico l’ho vissuto in prima persona. Anzi, al Nuovo San Giovanni di Dio, sono stato molto presente svolgendo il ruolo (bene o male...) di interfaccia e di introduzione del nuovo modello organizzativo fra la Direzione Aziendale ed i professionisti, credendo che la riorganizzazione fosse comunque una cosa buona e necessaria.

L’ortopedia ricovera i propri pazienti nel reparto di Chirurgia d’Urgenza (in linea con le altre specialità chirurgiche) che è al primo piano (fra l’altro con particolare attenzione a mantenere unito il setting assistenziale) e nel Reparto di Chirurgia Programmata (sempre in linea con le altre specialità) al 2° o al 6° piano. Tutto questo tenendo conto dei diversi livelli assistenziali dei pazienti. Da notare che gli ortopedici hanno mantenuto le loro stanze nel reparto di chirurgia d’urgenza

dove ricoverano la maggior parte dei loro pazienti!

Purtroppo non sempre la buona cura del malato coincide con la sua permanenza in ospedale, magari in un setting o reparto non appropriato. Allora la lentezza nelle dimissioni non è una “colpa” del medico ma della mancata accoglienza post-ricovero (post-chirurgica) sul territorio. Forse Lorenzo non ricorda che proprio nella sua Azienda Sanitaria sono state sviluppate le modalità per la dimissione/presa in carico territoriale secondo il progetto di “un solo paziente” e che queste in particolare riguardano i casi ortopedici. In questo progetto il percorso del paziente viene tracciato fin dall’accoglienza (e anche prima nei casi di chirurgia programmata) ed il ruolo del medico è fondamentale e coordinato con quello degli altri professionisti (infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.) per definire le condizioni e le priorità cliniche.

I medici hanno contribuito alle decisioni organizzative: basta ricordare che l’Azienda Sanitaria di Firenze ha adottato l’istituzione dei dipartimenti contemporaneamente alla riorganizzazione “per intensità di cure”.

Mario Cecchi
Direttore del Dipartimento Chirurgico
Osp. Nuovo S. Giovanni di Dio, Firenze

Generici e biosimilari

Risparmio per il SSN e nessun inconveniente per medici e pazienti?

I mezzi d’informazione sono prodighi di ragguagli sui pregi dei farmaci generici primo fra tutti il risparmio per il SSN. Non altrettanta dovizia di informazioni è tuttavia disponibile per gli inconvenienti di vario tipo e, a mio parere non

secondari, che possono interessare sia il paziente che il medico nell’esercizio della professione.

Generico è un farmaco *molto simile* ad un farmaco originale brevettato (originator) dal momento che contiene lo stesso principio attivo ed

ha la stessa forma farmaceutica: esso può essere prodotto da chiunque al termine della durata del brevetto senza pagarne i diritti. La sua efficacia non è dimostrata direttamente ma dedotta attraverso la sua bioequivalenza con l'originator, mediante prove di farmacocinetica in volontari sani. Viene verificata la velocità e l'estensione dell'assorbimento del farmaco nel torrente circolatorio e che le concentrazioni ematiche siano nell'ambito di quelle terapeutiche, accertando che le curve di assorbimento si discostino non troppo (più o meno del 20%) da quelle dell'originator. Dal punto di vista statistico differenze di queste dimensioni sono spesso altamente significative e, in clinica, sufficienti a giustificare l'abbandono di un rimedio a favore di un altro.

Il problema è acuito per i farmaci a basso indice terapeutico quali anticoagulanti, antiepilettici, antiaritmici, antipsicotici ecc, ove c'è rischio di ottenere concentrazioni ematiche sub-efficaci o tossiche, considerate le oscillazioni di concentrazioni permesse. A ciò si aggiunge il fatto che gli eccipienti non vengono presi minimamente in considerazione col pericolo che qualche soggetto sia allergico a qualcuno di essi. Altri inconvenienti possono verificarsi per motivi psicologici presenti in alcuni pazienti che, abituati per molti anni ad assumere un certo tipo di forma farmaceutica, se questa viene cambiata anche di poco (ad esempio colore e forma delle compresse), possono manifestare sintomi spiacevoli in assenza di una causa fisica (effetto "nocebo"). Non pochi pazienti diffidano di questi farmaci ed è sorprendente che non se ne sia accorta una certa medicina oggi di moda

che si proclama centrata sul paziente.

Il problema dei generici si complica ulteriormente per i farmaci a struttura proteica quali anticorpi, proteine, ormoni ecc. Per questi farmaci, definiti "biosimilari", è originale anche il metodo di sintesi coinvolgente tecnologie applicate a cellule viventi, con l'ottenimento di forme molecolari finali che non possono essere caratterizzate come una molecola a struttura semplice. Pertanto la valutazione della bioequivalenza è del tutto insufficiente tanto che la normativa richiede studi di sicurezza e di efficacia del tutto simili a quelli per la sperimentazione clinica di nuovi farmaci (fase III) atti a dimostrare adeguatamente che le versioni *generiche* dei farmaci biologici hanno gli stessi effetti finali degli originator. Per le molecole proteiche, particolare attenzione deve essere posta anche alla eventuale immunogenicità che può essere acquisita dalla molecola per eventuali modifiche strutturali.

Da un punto di vista strettamente personale e un pò forse per deformazione professionale sono convinta che il medicamento generico o equivalente sia una sottoclasse del farmaco originale. Infatti quest'ultimo ha il vantaggio rispetto all'equivalente di essere stato sperimentato nell'uomo sano, ma soprattutto nel soggetto malato cioè nelle reali condizioni di malattia con tutte le implicazioni relative alle eventuali alterazioni di organo o di apparato.

Lucilla Zilletti

Professore Emerito di Farmacologia
nell'Università degli Studi di Firenze

Letti per voi

Toscana Medica 6/12



La levatrice

Stefano Braccini

Edizioni Sarnus

Stefano Braccini esercita la ginecologia a Empoli e ha passione di storico. L'intreccio di queste due passioni lo ha portato a pubblicare per le Edizioni Sarnus un vero thriller storico, proseguendo la scia di "gialli" scritti da medici, di cui abbiamo letto di recenti ottime prove. E anche questo lungo romanzo avvincente nella sovrapposizione di piani tra il dipanarsi dei fatti, riportati all'epoca primo ottocentesca in cui si svolsero, e l'indagine moderna, scaturita dal casuale ritrovamen-

to, in occasione di una tesi di laurea, di un antico diario di una giovane ostetrica, allieva della scuola che allora si teneva presso l'Istituto degli Innocenti. La storia è intrigante, come piacevoli sono le descrizioni delle antiche vie di Firenze e della vita all'epoca del Granduca, ricostruita con piglio romanzesco ma documentata in ogni particolare. Braccini supera anche la "prova lunghezza" il che è segno di buona capacità di scrittore. Lo aspettiamo a una seconda prova.

Antonio Panti

Santa Maria Nuova, ospedale dei fiorentini

Ester Diana

Polistampa Editore

Mancava, pur nell'estesa storiografia sulla sanità e sulla medicina e nella pubblicistica sulla professione, un testo come questo della dr.ssa Ester Diana che Polistampa pubblica con grande ricchezza iconografica. Un libro ampio e ben documentato, che riesce a cogliere l'intreccio tra trasformazioni sociali, progressi della medicina, evoluzione dell'organizzazione sanitaria e, nello stesso tempo, a far rivivere i successi, i dilemmi, le difficoltà, le molteplici sfaccettature di una professione divisa tra impegno sociale, innovazioni scientifiche e tecnologiche, mutamenti dell'assistenza e una definizione di ruolo sempre perseguita e sempre rimessa in discussione.

Un'opera dedicata a Firenze, città ove la sanità e la medicina, pur nel sovrastante provincialismo della "toscanina", hanno saputo talora anticipare sommovimenti radicali di portata nazionale, lasciando in vita, anzi sempre rinnovando, un ospedale nel centro della città, una struttura che ha vissuto con la città e per la città.

Un'opera ove, nel fluire di un racconto complesso e minuzioso, si enucleano microstorie che ci fanno vivere le incertezze e i conflitti che hanno accompagnato i continui cambiamenti sociali e strutturali e il succedersi di eventi drammatici come la seconda guerra mondiale.

In questo corso secolare non è marginale il contributo scientifico dei medici fiorentini e il loro apporto alla trasformazione della sanità nel quadro dell'evoluzione dei diritti sociali. Il testo racconta la storia della nascita delle associazioni mediche fiorentine e dell'Ordine dall'origine al secondo dopoguerra.

Se i medici, sull'alta dei successi della medicina, hanno ottenuto il riconoscimento dell'autonomia professionale, hanno anche saputo guadagnarsi un prestigio che, offuscato talora da comportamenti antideontologici – tragica la vicenda dei medici ebrei –, ha consentito

alla categoria di inserirsi tra le componenti più incisive della società. Tuttavia a Firenze, come altrove, se i medici raggiungono posizioni personali di grande influenza non sono ascoltati, se non marginalmente, laddove si decide come spendere le risorse e come organizzare la sanità.

È un tentativo che fallisce ai medici condotti, apostoli di un diritto alla salute allora realmente conculcato, come ai medici fascisti, cui non basta l'adesione al potere dominante per guadagnarsi una posizione decisionale nella sanità. Tuttavia la storia dei medici fiorentini mostra esempi di grande rilievo tra i precursori della moderna tutela della salute e basti pensare alle battaglie dei medici condotti, ai primi medici del lavoro, alle posizioni innovative delle neonate associazioni dei medici ospedalieri, alle lotte degli igienisti contro le malattie nate dalla miseria.

Ma la ragione principale per appassionarsi alla storia della sanità fiorentina, parte non secondaria di quella della città, non sta soltanto nella narrazione di vicende che riguardano i mezzi e gli strumenti che la società ha saputo darsi per garantire ai cittadini, anche ai meno abbienti, tutto ciò che i progressi della medicina potevano offrire. La ragione più importante consiste nel veder riaffermati principi che oggi sembrano scontati o superati dalla globalizzazione mercantile. La lunga cronaca della sanità fiorentina, di cui viviamo oggi ulteriori straordinarie trasformazioni, non è altro che il racconto dell'affermarsi di valori di civiltà e di autentica convivenza, il riconoscere radici antiche e, insieme, vicine, che rappresentano tuttora il filo rosso di una scienza al servizio dell'uomo. Questa fatica di Ester Diana non è soltanto un tomo da esibire in biblioteca ma una lettura che fa riflettere.

Antonio Panti

La facilitazione in sanità

Pino De Sario

Pensiero Scientifico Editore

Il Pensiero Scientifico Editore pubblica un testo coordinato da Pino De Sario, docente di psicologia sociale a Pisa, e che si avvale di molti collaboratori tra i quali i fiorentini Marco Geddes e Francesco Venneri. Il testo, snello ma completo, si rivolge a tutti i professionisti della sanità, in particolare a chi ha responsabilità organizzative e gestionali. La sanità è sempre stata un'impresa complessa e basta leggere, per rimanere in ambito toscano, le relazioni del Cocchi. Tuttavia questa strana azienda si è evoluta e di recente radicalmente trasformata. Ne sono nati immani problemi di gestione, di controllo della spesa, di un diverso rapporto col paziente e con la cittadinanza. A questi problemi non si è reagito con coerenza. La struttura gerarchica, funzionale fino a qualche decennio or sono, si mostra inadeguata

ai rapporti all'interno dei gruppi professionali che affrontano quotidianamente i complessi percorsi assistenziali di ciascun paziente, debbono essere ripensati. Si creano indubbie tensioni che, come in ogni lavoro umano che impegni più persone, occorre sciogliere per sostituire un ambiente talora poco efficace, se non rischioso per il paziente, con un clima in cui, come recita la definizione di governo clinico, "possa fiorire l'eccellenza delle cure". È questo lo sforzo didattico e pedagogico degli autori; un libro che ci ricorda come la medicina non sia più espressione di un'arte solipsistica ma di competenza critica da esercitare in organizzazioni complesse e come tali influenti sul comportamento dei singoli.

Antonio Panti



Migranti e salute in un convegno all'Ordine

Nello scorso mese di marzo, presso la sede dell'Ordine dei Medici, si è tenuto un *workshop* sul tema **La salute dei migranti**, organizzato dalla Commissione Formazione dell'Ordine dei Medici e dei Chirurghi in collaborazione con il Dipartimento di Salute Pubblica di Firenze.

La giornata ha concluso un percorso di studio e approfondimento, concretizzatosi in numerosi incontri preparatori che hanno visto riuniti professionisti di diverse discipline – tra cui medici, infermieri, ostetriche, antropologi, avvocati, operatori sociali, mediatori linguistico culturali – volto a individuare possibili necessità formative degli operatori socio-sanitari, soprattutto all'inizio della professione, rispetto alle criticità nell'accesso e fruizione dei servizi di salute da parte di cittadini stranieri presenti sul territorio regionale.

La manifestazione, con la calorosa presenza di un numero davvero grande di medici "giovani" e studenti, ha messo in evidenza l'attualità del tema trattato, in un

momento in cui è aperta la discussione sulla sostenibilità di un sistema sanitario universalistico, e ha cercato di fornire, in una prospettiva multidisciplinare, gli strumenti teorico-pratici per un'adeguata gestione del paziente migrante sul territorio.

La mattinata si è articolata su tre diverse aree d'interesse di cui sono state analizzate criticità e buone pratiche:

- la *normativa sanitaria e l'organizzazione dei servizi per i migranti in Toscana* con il Dr. L. Tessitore (A.S.G.I) e la Dr.ssa C. Francini (MMG Firenze);

- la *relazione di cura e gli aspetti socio-antropologici in un contesto interculturale* con i report della Dr.ssa G. Capitani (Laboratorio Management e Sanità Istituto Sant'Anna di Pisa) sul profilo demografico e i bisogni di salute dei migranti in Toscana e quello della Dr.ssa F. Scarselli (Antropologa, Università di Genova, MEDU) sulla precarietà abitativa a Firenze, un intervento del Dr. Giarelli (Sociologo, Università

Magna Graecia di Catanzaro) sulla relazione di cura in un contesto multiculturale per concludere con la testimonianza coinvolgente della Dr.ssa N. Semmaa (Mediatrice linguistico-culturale, Firenze);

- la *salute pubblica* con il Prof. G. Maciocco (Dipartimento di Salute Pubblica, Università Firenze) che ha concluso la mattinata con un'incisiva riflessione sull'assistenza ai migranti come sfida all'universalismo.

Nel pomeriggio l'attività si è svolta in piccoli gruppi di lavoro su differenti casi clinici per concludersi con una restituzione in plenaria e l'intervento come discutant di altrettanti esperti: la medicina del lavoro con il Dr. F. Capacci (U.F. Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro, Firenze), la salute materno-infantile con la Dr.ssa C. Bondi (Responsabile Attività Socio Sanitarie Asl 10), le malattie infettive con il Dr. L. Zammarchi (SOD Malattie infettive e tropicali Careggi) e infine la sanità pubblica con la Dr.ssa M.G. Santini (U.F. Sanità Pubblica).

Privacy: riassunto delle regole

A seguito dell'approvazione del "Decreto Semplificazioni" che ha abolito l'obbligo di redigere annualmente il DPS (Documento Programmatico della Sicurezza), la FIMMG Firenze ha approntato un elenco delle cose che il medico è comunque tenuto a rispettare per garantire la *privacy* dei pazienti. Ritenendo che tali raccomandazioni siano utili non solo per i medici di famiglia, ma per tutti gli studi medici e odontoiatrici, l'Ordine le segnala qui di seguito:

- L'informativa e il consenso del paziente sono sempre obbligatori, sia perché previsti dalla legge, sia

come atto di doveroso rispetto del paziente.

- Le ricette e la documentazione sanitaria non può essere lasciata in sala d'aspetto nemmeno se in busta chiusa. Deve essere personalmente consegnata al paziente (anche tramite la segreteria) e a persone diverse dal paziente solo se munite di delega scritta. In ogni caso la documentazione va consegnata in busta chiusa.

- I computer dove sono memorizzati i dati sanitari devono essere protetti da password alfanumeriche di almeno 8 caratteri da cambiare ogni 3 mesi; devono

essere protetti da sistemi di sicurezza come anti-virus e firewall e deve essere previsto un periodico salvataggio dei dati da custodire in luogo separato.

- I fascicoli cartacei contenenti dati sanitari devono essere custoditi in armadi o in locali chiusi a chiave e non accessibili al pubblico.

- Il personale dello studio deve essere formato al rispetto degli obblighi di sicurezza e di riservatezza e deve essere autorizzato al trattamento dei dati con apposita lettera di incarico.

Registro Italiano Medici: ATTENZIONE! NON ADERIRE!

Il fantomatico "Registro Italiano Medici" ha nuovamente ripreso ad inviare ai medici italiani una comunicazione con cui chiede dati e informazioni per una eventuale pubblicazione sul registro stesso, che comporta un notevole esborso economico per chi la sottoscrive. Com'è noto, l'anno scorso l'Antitrust aveva ritenuto questa

iniziativa ingannevole ed illecita ed aveva irrogato una multa di 100.000 euro, vietando l'ulteriore prosecuzione dell'iniziativa. Ma a quanto pare la sanzione non è stata sufficiente a convincere gli autori di questa iniziativa a smetterla. L'Ordine dei Medici raccomanda, ancora una volta, a tutti i medici e odontoiatri di NON ADERIRE

a questa richiesta del "Registro Italiano Medici", perché si tratta di una iniziativa commerciale (e quindi costosa) e di nessuna utilità. L'unico Albo ufficiale e legale in Italia è quello dell'Ordine. Altri soggetti, come questo "Registro Italiano Medici", non hanno né valore legale né tantomeno obbligo di adesione.



Tassazione borse di studio

La Commissione Finanze della Camera ha soppresso gli emendamenti che in precedenza erano stati approvati dal Senato, che introducevano la tassazione sulle somme da chiunque percepite a titolo di borsa di studio, assegno, premio, sussidio per fini di studio, per importi ecce-

denti 11.500 euro. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha espresso soddisfazione per la soppressione di questa tassazione, ma ricorda che sul tappeto vi è ancora la questione dei medici in formazione di medicina generale, i cui emolumenti, largamente inferiori a quelli

previsti per gli specializzandi, sono ancora soggetti alla tassazione fiscale. La FNOMCeO si sta adoperando presso il Ministero della Salute affinché si arrivi a soluzioni di equità e di perequazione fiscale per tutti i medici in formazione.

ENPAM: Parodi passa le deleghe

Con la lettera al Consiglio di Amministrazione Parodi ha lasciato le deleghe operative per la Presidenza dell'ENPAM al vice Presidente vicario Alberto Oliveti. Riportiamo il comunicato stampa. Per anni sono stato il capo dei medici e degli odontoiatri italiani. È per quel passato che sono stato chiamato all'ENPAM. Sono entrato senza cercare clamori in quella che è di-

ventata la mia casa e come la mia casa ho lasciato che le porte fossero sempre aperte. Come medico ho imparato che si deve sempre apparire per quello che si è, sinceramente, agendo con decisione e responsabilità. Mi sono sempre battuto contro i personalismi, la cattiva gestione in sanità e la corruzione. Non intendo smentire ora la mia storia. Per questo anticipo la mia volontà di la-

sciare le deleghe al Vice Presidente vicario Alberto Oliveti avrà modo di agire nel pieno delle funzioni operative e gestionali ed esercitare la rappresentanza legale della Fondazione. Sono arrivato a questa decisione in maniera autonoma e meditata per mettere la Fondazione nelle migliori condizioni di ripristinare la verità nell'interesse di tutti i medici e gli odontoiatri.

Non diffidare dei vaccini

Forte sconcerto è stato espresso dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri su una recente sentenza del Tribunale di Rimini, che ha riaperto la polemica sulle vaccinazioni. La Corte ha infatti riconosciuto un indennizzo economico alla famiglia di un bambino affetto da sindrome di Kanner (meglio nota come autismo), che aveva fatto il vaccino Mpr, anti Morbillo-Parotite-Rosolia. "La sentenza - ha

spiegato il Presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco - individua un nesso di causalità che è stato scientificamente confutato, rischiando così di demonizzare uno strumento quale la vaccinazione sistematica della popolazione, che ha consentito in gran parte del mondo di debellare malattie terribili e devastanti". "Quando parliamo di evidenze scientifiche - ha puntualizzato Bianco - intendiamo riscontri su milioni di individui: nes-

suno ha mai negato delle bassissime incidenze di rischi per chi si vaccina, ma è tutto un altro conto postulare una relazione diretta con l'autismo. Ciò è inaccettabile, pur conoscendo bene l'inclinazione della giurisprudenza civile a tutelare i soggetti ricorrenti, specie in materia sanitaria". Di qui, l'invito a non diffidare dei vaccini e delle indicazioni fornite in questo senso dai pediatri, nei primi anni di vita dei bambini.

Campionato Mondiale di Tennis Medici - Cervia

Cervia - Milano Marittima dal 22 al 29 Settembre 2012

Il Campionato Mondiale di Tennis Medici è una occasione unica per incontrare (non solo sui campi da tennis) oltre 400 Colleghi di 30 Nazioni. Sarà inoltre occasione per una settimana di vacanza nella terra di Romagna. Il 42° WMTS Meeting, Congresso Scientifico e Torneo di tennis, che verrà organizzato dall'Associazione Medici Tennisti Italiani in Italia a Cervia - Milano Marittima dal 22 al 29 Settembre 2012. Le gare di tennis, si svolgeranno presso il Tennis Club Mare e Pineta (10 campi in terra rossa) e al Circolo del Tennis Cervia (10 campi in terra rossa e 4 con copertura fissa). Sul sito www.amti.it si trovano tutte le informazioni necessarie. Info: Dr. Paolo Frugoni, Segretario Nazionale AMTI-Rapporti con la FNOMCeO - e-mail: paolofrugoni@tiscali.it - www.tennismedici.com - www.amti.it.

Spesa farmaceutica 2011

La spesa farmaceutica convenzionata a carico dello Stato nel 2011 ha subito una decisa frenata, facendo registrare un calo dell'8,6% rispetto al 2010, che in Puglia, Calabria e Campania è arrivato a -15%. Con un numero di ricette pressoché uguale al 2010 (590 milioni, in media 9,8 per

cittadino) è il segno che si prescrive con più appropriatezza e scegliendo farmaci meno costosi. Ma questi dati, sicuramente confortanti per il bilancio dello Stato, si scontrano con l'inevitabile crescita della compartecipazione dei cittadini alla spesa per l'acquisto dei farmaci. Tra ticket e prezzi

di rimborso, gli italiani hanno finito così per versare di tasca propria nel 2011 il 33,6% in più rispetto all'anno prima. L'incidenza dei ticket sulla spesa lorda è stata mediamente del 10,7%, contro il 7,6% del 2010, ma con punte del 14% in Campania, del 13,6% in Veneto e del 13% in Sicilia.

Farmacia di continuità a Careggi

L'AOU Careggi informa che dal 26 marzo la farmacia ospedaliera si è trasferita presso il Padiglione 1 Centro Servizi - Nuovo Ingresso Careggi, piano interrato; accesso dalle scale lato vasca, Viale Pieraccini o dall'ascensore interno al padiglione

1. Gli orari restano i consueti, dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 16. Si ricorda che la farmacia di continuità è a disposizione dei pazienti in dimissione o in trattamento ambulatoriale per ritirare i farmaci per i primi giorni di terapia (se presenti nel

prontuario farmaceutico ospedaliero dell'Azienda Careggi e se concedibili dal SSN). La concedibilità dei farmaci è condizionata alla presentazione della richiesta rilasciata dal medico ospedaliero.



Non esagerare con i raggi X

Troppe radiografie ai denti aumentano il rischio di meningioma. A segnalarlo sulla rivista "Cancer" è un gruppo di ricercatori americani che invitano ad utilizzare i raggi X con cautela. Il pericolo di ammalarsi di meningioma, avvertono gli scien-

ziati, è particolarmente alto per chi in passato è stato sottoposto ad un gran numero di radiografie ai denti (una o più all'anno) e aumenta fino a quintuplicare se le radiografie sono state fatte ai bambini. Per misurare il legame fra neoplasia e raggi X l'équipe

del Brigham and Women's Hospital di Boston ha analizzato i dati di più di 1.400 pazienti con diagnosi di meningioma. Info: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26625/abstract>.

Ancora sull'IRAP per i professionisti

La sesta sezione civile della Casazione, con la sentenza n. 5320 del 03/04/2012, è tornata ad esprimersi sul concetto di "autonoma organizzazione" per un professionista e correlativamente sui limiti all'esclusione dell'IRAP, ribadendo che il presup-

posto per l'applicazione dell'imposta è quando si è di fronte ad "attività autonomamente organizzata". In particolare il requisito dell'autonoma organizzazione ricorre quando il professionista: a) sia il responsabile dello studio; b) impieghi beni strumentali

eccedenti il minimo indispensabile oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui. La Corte ricorda che spetta al professionista dare la prova dell'assenza delle predette condizioni per ottenere l'esclusione dall'imposizione IRAP.

Il 5 per mille all'ENPAM

Com'è noto, l'ENPAM non è solo l'Ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri italiani, ma è anche un Ente assistenziale che svolge per i colleghi meno fortunati un importante ruolo di sostegno attraverso l'erogazione di prestazioni assistenziali. Nel 2011 sono stati erogati più di 1.800 contributi per un totale di 8 milioni di euro e purtroppo il numero

di richieste di aiuto tende drammaticamente ad aumentare. Al fine di allargare la platea dei beneficiari e per migliorare le prestazioni di assistenza, l'ENPAM ricorda che è possibile destinare il 5 per mille della propria dichiarazione dei redditi. Si tratta di uno strumento che può contribuire a rafforzare il ruolo dell'ENPAM di aiuto e sostegno in favore dei colleghi bi-

sognosi. Per aderire è sufficiente firmare nell'apposito riquadro della dichiarazione dei redditi "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale" e indicare il codice fiscale dell'ENPAM: 80015110580. Grazie da tanti colleghi che attendono il nostro aiuto.

Lotta contro il dolore

Procede, anche se a piccoli passi soprattutto in alcune Regioni, la lunga marcia contro la sofferenza di chi si trova a percorrere "l'ultimo miglio" della propria vita. A fare il nuovo tagliando alla storica legge 38/2010 - il secondo da quando è stata approvata - è il Ministero della Salute nel nuovissimo rapporto che ha inviato nei giorni scorsi al Parlamento. Un documento di un centinaio di pagine, che tenta di fotografare lo stato dell'arte di un movimento, quello delle cure palliative

e della lotta al dolore, fatto ormai da migliaia di operatori, medici e appassionati studiosi, che da "cenerentola" del SSN è diventata negli anni una protagonista della nostra sanità. Tra le note parzialmente positive contenute nel "Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38/2010", c'è finalmente un maggiore ricorso dei medici agli oppioidi: una tendenza già riscontrata negli anni precedenti, ma i dati raccolti nel 2010 e nel primo semestre del 2011 mostrano un incremento

decisamente apprezzabile. La crescita tra il 2010 e l'anno scorso (a confronto i primi due semestri) mostra, infatti, un deciso balzo in avanti di quasi il 30%: da 3,6 milioni di confezioni di oppiacei (con esclusione della codeina) si è passati ai 4,7 milioni. Una crescita importante che comunque va anche contestualizzata: l'Italia è da sempre agli ultimi posti nella prescrizione di questi medicinali e quindi l'aumento va anche proporzionato al fatto che il nostro Paese partiva quasi da zero.

Vietato acquistare farmaci online

Dopo i recenti fatti di cronaca, il Ministro della Salute ha ribadito che in Italia la vendita di farmaci via Internet è vietata. Intervenedo alla trasmissione "Porta a Porta", ha spiegato: "Non c'è nel nostro sistema alcuna norma che consenta l'acquisto di farmaci online, essendo per legge necessaria la mediazione di un farmacista. Il consiglio è quindi quello della prudenza e della cautela; la

rete è una grande risorsa, però - ha sottolineato - può essere molto pericolosa". Invito alla prudenza rilanciato anche dall'Ordine dei Medici, che invita espressamente i propri iscritti medici a non servirsi mai del web per l'acquisto di farmaci. Eppure sono molti gli italiani non a conoscenza del divieto di acquisto online: "Il 30-40% delle persone - ha dichiarato il Comandante dei NAS, Cosimo Piccinno

- non sa che non si possono acquistare farmaci via Internet. Nell'ultimo anno sono state sequestrate oltre un milione e mezzo di confezioni di farmaci venduti online". Consiglia cautela anche il Presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi: "I farmaci che si trovano nei canali ufficiali sono gli unici ad essere assolutamente sicuri, perché si tratta di prodotti controllati".

Farmaci equivalenti

Con una lettera la FIMMG fiorentina pone un quesito circa la sostituibilità tra originator e equivalenti, in particolare in dimissione ospedaliera. Si fa notare che, nonostante non tutti gli equivalenti abbiano in scheda tecnica le stesse indicazioni dell'originator, è ragionevole e tecnicamente convincente che l'equivalenza si consideri di fatto estesa a tutte

le indicazioni. La non sostituibilità può sempre essere prescritta dal medico e, in questo caso, il paziente si farà carico della differenza di prezzo se acquista l'originator. In dimissione la farmacia ospedaliera non potrà che consegnare i farmaci disponibili per cui, ove questi non siano gli abituali per il paziente questi, ottenuta una nuova ricetta dal curante, si recherà

presso una farmacia territoriale. Occorre avere ben presente che, qualora il medico possa rilevare in modo convincente una differenza di efficacia tra equivalenti o tra uno di questi e l'originator, ciò rientra nell'obbligo di segnalare il fatto al sistema di farmacovigilanza come reazione avversa.



I dieci comandamenti di Richard Lehman

Quanto di tutto questo viene discusso / dibattuto / analizzato ed anche insegnato sistematicamente nelle nostre Facoltà agli studenti come ai tirocinanti?

Sentiamo la necessità di avere idonei strumenti che siano di supporto a scelte anche "tecnologiche" a fronte del cambiamento del sistema "paese", contrassegnato da quel processo di razionalizzazione delle risorse che oggi rappresenta il problema principale degli amministratori della sanità e che fa della "sostenibilità" una parola magica, un totem o un tabù.

La situazione economica della Sanità dovrà essere posta al centro di un ampio dibattito per decidere se nel mercato del farmaco / del dispositivo, ci potrà essere un'intesa trasparente, in una reale prospettiva di governo clinico, tra operatori sanitari, industria privata e amministratori pubblici. Ciò per confrontare i farmaci / dispositivi e rendere l'innovazione che produce un beneficio clinico tangibile e non marginale, disponibile ai malati attraverso procedure di Health Technology Assessment.

Richard Lehman (U.S. Center for Sports Medicine in Kirkwood, Missouri), ha scolpito sulla pietra dieci comandamenti per migliorare appropriatezza e sicurezza delle prescrizioni nell'interesse dei pazienti e dei sistemi sanitari.

Saffi Ettore Giustini,
Medico di medicina generale PT

Tu, o Medico:

1. Prescrivi una terapia in base al livello di rischio complessivo e non secondo il livello del singolo fattore di rischio.

2. Sii prudente quando aggiungi un farmaco a un paziente che ne assume già diversi.

3. Prendi in considerazione un farmaco solo quando la sua efficacia è provata su end-point clinicamente rilevanti.

4. Non farti convincere dagli end-point surrogati, perché sono solo simulacri.

5. Non adorare i target terapeutici, perché sono solo invenzioni dei comitati degli studi clinici.

6. Accetta cum grano salis le riduzioni del rischio relativo, indipendentemente dal valore della P, perché le popolazioni da cui derivano potrebbero avere poco in comune con i tuoi pazienti.

7. Onora i numbers-needed-to-treat, perché contengono informazioni rilevanti per i pazienti e i costi dei trattamenti.

8. Non incontrare informatori scientifici del farmaco e non par-

tecipare a convegni sponsorizzati, specie se in location di lusso.

9. Condividi con i tuoi pazienti le decisioni sulle opzioni terapeutiche alla luce dei rischi e benefici individuali.

10. Onora i pazienti anziani, perché anche se hanno elevati rischi di malattia sono più esposti ai rischi dei trattamenti.

Fonte: *Richard Lehman's journal review - 3 January 2012.*

Farmaci di fascia C: quali nelle parafarmacie

Il Ministro della Salute ha firmato il Decreto Ministeriale che dà attuazione a quanto previsto dall'articolo 32 del decreto-legge "Salva-Italia" (n. 101/2011) sul regime di vendita dei medicinali appartenenti alla classe C, cioè a totale carico del cittadino. Il provvedimento prende in considerazione tutti i medicinali di classe C finora vendibili soltanto dietro presentazione di ricetta medica e individua, innanzitutto, i medicinali che dovranno continuare ad essere venduti su ricetta medica e che, pertanto, i cittadini potranno trovare solo nelle farmacie: si

tratta dei medicinali stupefacenti, degli iniettabili, dei medicinali del sistema endocrino e di tutti i medicinali per i quali è previsto il più rigoroso regime della vendita dietro presentazione di ricetta medica da rinnovare volta per volta. Per altri farmaci, riportati in una specifica lista, allegata al decreto ministeriale, viene invece riconosciuta la possibilità di vendita senza ricetta, anche negli esercizi commerciali previsti dal decreto Bersani del 2006 (parafarmacie, corner della grande distribuzione, ecc.). Questa lista contiene circa 220 confezioni di medicinali, con la specificazione

del principio attivo e del marchio di fabbrica. I cittadini potranno trovare, anche negli esercizi diversi dalle farmacie, medicinali finora riservati a queste ultime, fra cui prodotti di largo uso come antivirali per uso topico a base di aciclovir, antimicotici vaginali a base di econazolo, antimicotici locali a base di ciclopirox, prodotti per la circolazione, come i farmaci a base di diosmina, colliri anti-allergici e anti-infiammatori per uso topico. Il decreto, con gli elenchi integrali allegati, verrà pubblicato in Gazzetta Ufficiale e sul sito del Ministero della salute.

Responsabilità per colpa grave

Un medico di guardia in servizio ad un Pronto Soccorso non provvedeva a visitare un paziente giunto in precarie condizioni fisiche, affetto da forti dolori al torace, né tanto meno ad eseguire accertamenti strumentali (ecocardiogramma, elettrocardiogramma). Il medico infatti, seduto alla propria scrivania, si limitava a raccogliere sommarie informazioni sullo stato di salute del paziente, delegando l'infermiere alla sola misurazione del

battito cardiaco e della pressione arteriosa. Il paziente, successivamente dimesso su indicazione del sanitario, decedeva pochi minuti dopo il suo rientro in casa. A quanto accaduto seguiva la condanna del medico per omicidio colposo e la condanna dello stesso, in solido con l'ASL, al risarcimento del danno in favore dei familiari della vittima pari a circa un 1.400.000 euro. L'Azienda risarciva per intero il danno ma, ritenendo vi fosse

colpa grave del sanitario, segnalava la questione alla Corte dei Conti che, al termine della sua indagine, condannava il medico a rimborsare in favore dell'Azienda Sanitaria l'intera cifra da questa pagata, ritenendo sussistente un profilo di responsabilità amministrativa per colpa grave con possibilità quindi da parte dell'amministrazione di recuperare quanto ingiustamente sborsato a seguito della condotta di un proprio dipendente.



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato





Edizione del
centocinquantesimo
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

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

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



Eugene Fierri

Cosimo Cecchi



Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista