



ToscanaMedica

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



Scegliere saggiamente: il ruolo dell'Ordine

S. Bovenga

Responsabilità del medico: un dovere o una colpa?

M. Barni

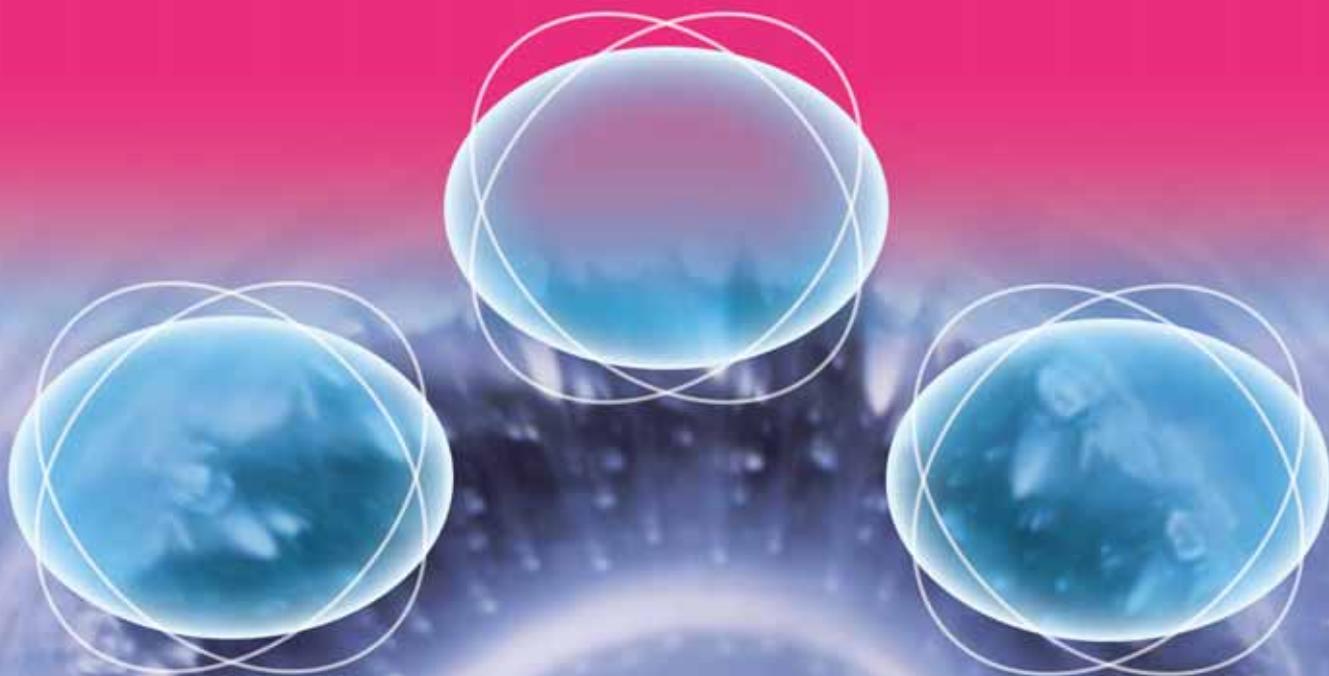
Il trattamento antiepilettico nel paziente neuro-oncologico

I. Donnini, S. Latorraca, G. Pecchioli, L. Bordi,
A. La Licata, F. Pizzo, V. Rinnoci, F. Pescini, S. Sorbi

Certificati del Pediatra di Famiglia

S. Castelli, V. Flori, P.L. Tucci

N° 6 GIUGNO 2013



ROBILAS

BILASTINA

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



Certificato Nr
80-100 4785
REV. 07



Depositato presso AIFA in data 05/10/2012

ROBI 12 11

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Luce e sogno dell'Ottocento: la porcellana
F. Napoli 4

EDITORIALE

- La nave di Teseo e altri cyborg
A. Panti 5

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Simulation-based training pediatrico
M. Breggia e coll. 6
- Il bevacizumab nella degenerazione maculare retinica sarà *on label*?
C. Manfredi 8
- Quale futuro per il Servizio Sanitario Nazionale?
A. Cartabellotta 10
- La medicina è proprio difficile!
D. di Diodoro 12
- Scegliere saggiamente: il ruolo dell'Ordine
Sergio Bovenga 13
- Responsabilità del medico: un dovere o una colpa?
M. Barni 16

CORSI E SEMINARI

RICERCA E CLINICA

- Il trattamento antiepilettico nel paziente neuro-oncologico
I. Donnini e coll. 17
- Esordio della tiroidite di Hashimoto in un'ampia casistica di soggetti in età evolutiva
S. Seminara e coll. 29
- Il diabete e il piede... o il piede diabetico nell'assistenza primaria
S. Giustini e coll. 32
- Il corretto uso dei supplementi nutrizionali orali
S. Giallongo e coll. 35
- Uso degli antibiotici nella profilassi perioperatoria nella Asl 10 - Firenze
A. Barchielli e coll. 38

- L'importanza dell'approccio interdisciplinare nei disturbi alimentari
R. Bisciglia 41

- L'integrazione fra pubblico e privato al servizio del paziente
S. Serantoni e coll. 42

REGIONE TOSCANA

- Obiettivi di appropriatezza prescrittiva
Giunta Regionale 22
- Consulenze intraoperatorie: raccomandazioni regionali
Consiglio Sanitario Regionale 27
- Trattamento del dolore in Pronto Soccorso
Consiglio Sanitario Regionale 27

SANITÀ NEL MONDO

- Multimorbosità. La sfida
G. Maciocco 44

RICORDO

- Ricordo del prof. Fausto Meliconi
S. Boccadoro 46

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- Una storia di aureole e di capelli
M. Fanfani 47

LETTERE AL DIRETTORE

- Certificazione obbligatoria per attività sportiva
M. Bindi 51
- La tecnologia e il buon medico
A. Rossi 51
- Italia terra di missione. Secondo Emergency
M. Zanchetta 52
- Ancora sul percorso chirurgico ospedale per intensità di cure
G. Pinto, F. Renzi 53
- Gravidanza e ciclo vitale della famiglia
E. Gualdani 54

LETTI PER VOI

BACHECA

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXXI n. 6 - Giugno 2013
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta: *Manifattura Nast, "Tazza e piattino", 1810 circa. Porcellana bianca e dorata. Firenze, Palazzo Pitti, Museo delle Porcellane*

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2013 € 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

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.



Luce e sogno dell'Ottocento: la porcellana

Nel palazzo Pitti ove abitarono Medici, Lorena e Savoia, ma non la famiglia che gli ha dato il nome, si sono fermati anche Ludovico I duca di Parma e Piacenza con la moglie Maria Luisa, ai quali nel 1801 era toccato il governo della Toscana: deceduto lui (1803) e decaduta lei come reggente per il figlio minore (1807), dal 1809 palazzo Pitti diventa la dimora fiorentina della nuova granduchessa dell'Etruria voluta da Napoleone, cioè Elisa Baciocchi Bonaparte, la maggiore tra le sue sorelle – nel palazzo compare anche la camera da letto destinata ad una eventuale presenza fiorentina dell'Imperatore –.

Qui ha inizio la storia narrata dalla mostra che attualmente occupa il Museo degli Argenti e cioè *Lusso ed eleganza. La porcellana francese a Palazzo Pitti e la manifattura Ginori (1800-1830)*. L'esposizione accosta la produzione inizio Ottocento di due Manifatture di porcellana, la francese Sevres e la Ginori di Doccia: *Questa celebre manifattura sorge in salubre e ridente positura, a distanza di otto chilometri da Firenze, sulla destra della ferrovia che corre a Prato, nell'amena pendice di Doccia, possedimento della nobile famiglia Ginori. Terza, in ordine di data, fra le grandi officine di porcellana fondate in Europa nella prima metà del secolo XVIII, è degna di un riguardo speciale* (L.De Mauri).

Ecco fare bella mostra di sé nelle vetrine una serie di oggetti di raffinata fattura, eccellente decorazione, diversa destinazione, tra piatti, vasi, coppe, tazzine, saliere, serviti da colazione, fino a veri e propri quadri realizzati su superfici di porcellana. La mostra, attraverso un gusto collezionistico riferibile anche a Elisa Baciocchi Bonaparte, affronta un periodo particolare della storia di Firenze, se pure limitato nel tempo perché la granduchessa preferiva Lucca alla capitale e ancor più amava vivere presso la Villa Reale di Marlia e perché la sua presenza in Toscana cessa nel 1814.

Il contenuto delle vetrine in mostra testimonia una specifica passione per il bello, per l'esclusivo, per il prezioso, come veniva anche allora considerato l'oggetto di porcellana.

Il marchese Carlo Ginori sperimenta le prime realizzazioni *a terzo fuoco* nel 1735 nei laboratori annessi alla sua villa di Doccia; Sevres affonda le radici dei suoi inizi nel 1740 a Vincennes: ciascuna delle due Manifatture impone all'attenzione e al gusto i propri modelli, ad esempio la prima la tipologia del "vaso medico", la seconda il "vase jasmin" (in questo stile in mostra compaiono due eleganti vasi del 1815-20 realizzati dalla Ginori, secondo un modello di Sevres, anch'esso qui esposto e datato 1805).

Nella mostra fiorentina, compare un prezioso servi-

to di proprietà della granduchessa, con decorazioni in oro e immagini di strumenti musicali realizzato a Sevres (1809-10) e presente nelle collezioni di Pitti; compaiono un servito da tavolo decorato a "ghirlande di viti" (ancora Sevres, 1793-1802) ed uno decorato con

vedute (Ginori, 1810-23), ambedue nella collezione del Museo di Capodimonte a Napoli; dalla Manifattura di Doccia provengono, invece, una serie di piatti con monumenti e ville di Firenze (1823).

Poi, la passione per la lattiginosa e splendente porcellana, segreto strappato alla Cina ed al Giappone, sfocia anche nella riproduzione in formati diversi di quadri famosi, tratti da Andrea del Sarto, Tiziano, Correggio, Raffaello, Cristofano Allori, secondo un gusto aristocratico e internazionalista, fino ad arrivare al ritratto dello stesso Napoleone (Manifattura di Sevres) e della sorella Carolina maritata Murat. E la figura di quest'ultima ci rimanda a tanti componenti la famiglia Bonaparte che dopo la caduta dell'Imperatore – a differenza dell'obbligata Elisa – trovarono conveniente e piacevole venire a vivere a Firenze, dove poi molti (come la stessa Carolina) sono sepolti, fra le chiese di Ognissanti e di Santa Croce.

Così, al Museo degli Argenti è possibile si visitare una mostra di e sulla porcellana, ma anche illuminare un periodo significativo (seppur breve, cioè i primi trent'anni dell'Ottocento) della storia di Firenze e del suo Granducato.

Lusso ed eleganza.

La porcellana francese a Palazzo Pitti e la manifattura Ginori (1800-1830)

Palazzo Pitti, Museo degli Argenti
fino al 23 giugno

(or: 8,15-18,30 - chiuso primo e ultimo lunedì del mese)



Manifattura Dagoty, riassortito a Doccia, Servito da tè, 1810 circa. Porcellana, biscuit e pasta smaltata, Firenze, Palazzo Pitti, Museo delle Porcellane.



La nave di Teseo e altri cyborg

ANTONIO PANTI

La medicina nasce dal desiderio dell'uomo di modificare con mezzi artificiali il decorso naturale della malattia. In un celebre aforisma, Ippocrate sostiene che tre sono i fondamenti della medicina, il medico, il malato e la malattia; il malato aiuti il medico a combattere la malattia. Ma la scienza moderna sconvolge ogni paradigma. E oggi il Comitato Nazionale di Bioetica definisce "potenziamento" (*enhancement*) "l'uso intenzionale delle conoscenze e tecnologie biomediche per interventi sul corpo e sulla psiche dell'uomo al fine di modificarne, migliorandone o potenziandone, il normale funzionamento". Scomparsi il malato e la malattia, resta la medicina che, però, aiuta la persona (sana) non a superare la malattia bensì i propri limiti naturali.

Anche gli antichi Incas percorrevano enormi distanze in alta montagna masticando betel. Ma oggi le questioni sono più complesse e la distinzione fra terapia e potenziamento più ambigua e preoccupante. Non si tratta soltanto di aumentare capacità esistenti nell'uomo (il normale funzionamento, peraltro tutto da definire) ma di crearne di nuove (ad esempio mediante *chips* inseriti nel cervello), di modificare le capacità in modo trasmissibile agendo sui geni, di innalzare il livello atteso di prestazioni (normali? naturali?) dei singoli o della popolazione. Tutto ciò tocca i diritti di ognuno e costringe a una ponderata riflessione etica. Viviamo già in quell'epoca che i mass media chiamano "la realtà aumentata".

Esistono farmaci che agiscono sulla memoria, sull'attenzione e sulle *performances* cognitive. I geni possono essere modificati, ad esempio, rispetto alla sensibilità al dolore. Le stimolazioni neurali mediante microelettrodi possono potenziare i sensi, aumentare la resistenza allo stress, accelerare le reazioni, modificare il comportamento, fornire informazioni mediante collegamenti in rete. Le protesi e i supporti informatici possono aumentare forza e resistenza ben oltre la normalità statistica, oggi la biotecnologia ha raggiunto livelli impensati. Nello stesso tempo si progettano robot sempre più simili all'uomo. Non è fantascienza immaginare robot autonomi tanto che già si discute di roboetica, oppure disegnare un uomo cui sono stati cambiati o trapiantati tutti gli organi lasciandogli una "parvenza" di identità perché

se ne mantiene il luogo della coscienza, il cervello. Il massimo di artificialità per una sembianza di naturalità superdotata. Esistono movimenti che aspirano al "trans-umanesimo", cioè al superamento dei limiti biologici dell'uomo.

È incredibile il futuro che ci attende con lo sviluppo delle *conveging technologies*, la robotica, la genetica, l'informatica, le nanotecnologie, la protesica, che non sono lontane fantasie ma innovazioni sperimentate anche in Toscana. E il medico che ruolo svolge? Se il medico tutela e promuove la salute, dove se ne collocano i confini, tanto più se prevale il diritto di ciascuno alla disponibilità del proprio corpo, purché non leda diritti altrui? Tuttavia, a lume di buon senso, conviene mantenere la distinzione fra terapia e potenziamento, anche per avere un termine statistico ed epidemiologico di riferimento, la normalità appunto.

Il medico, qualora dovesse agire al fine del potenziamento, dovrebbe tutelare la *privacy* e la dignità della persona e garantire l'equità nonché l'interesse della collettività, svolgere non solo una funzione tecnica ma di garanzia. Cosa ben difficile senza un consenso sociale e un apparato legislativo, quando si fronteggiano più antinomie, quella tra naturale e artificiale, quella tra reale e virtuale, quella tra libertà (del medico, dell'individuo) e controllo (sul cittadino da parte di quale potere?). Si delinea una nuova entità costituita dalla persona e dall'apparato tecnico al quale essa affida i propri dati. E non a torto Stefano Rodotà invoca una sorta di "habeas data" come rinnovamento di quella antica garanzia al futuribile "corpo elettronico".

Ma la dignità e la libertà sono intimamente connesse alla identità personale. Narra Pausania che Teseo fu costretto a cambiare ogni pezzo della sua vecchia nave, finché tutte le parti usurate giacevano in darsena e nel mare navigava un vascello completamente rinnovato. Qual era la vera nave di Teseo? Perché le intime connessioni tra corpo e mente fanno sì che sia difficile pensare che "terapie" o "potenziamenti", quali quelli che oggi si sperimentano, mantengano l'identità della persona: un mondo di cyborg al di là di ogni futuro alla *blade runner*. Fino a che punto questi sono problemi del medico? Il futuro, come si dice, non è un posto dove andare ma un luogo da costruire. E questo riguarda anche i medici. **TM**



Mauro Breggia, laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Chirurgia Generale d'Urgenza e Pronto Soccorso presso l'Università di Siena. Dal 2000 Direttore della U.O. Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso dell'A.O. di Grosseto e dal 2005 Direttore del DEU di Grosseto. Socio fondatore e Consigliere Regionale SIMEU.

Simulation-based training pediatrico

Formarsi in un ospedale di secondo livello

L'arrivo di un paziente pediatrico critico in un dipartimento di Emergenza-Urgenza rappresenta sempre un momento di forte stress per tutti coloro che vengono coinvolti nella gestione. In particolare in un ospedale di secondo livello, in cui le risorse devono spesso essere integrate, la gestione del paziente pediatrico critico interessa più figure professionali, non sempre abituate a lavorare insieme.

Proprio dalla presa di coscienza di tali problematiche e dall'esigenza di acquisire self-confidence nella gestione d'équipe di un evento pediatrico *life-threatening* è nata la richiesta da parte del personale del Pronto Soccorso Pediatrico dell'Azienda Sanitaria di Grosseto di formarsi adeguatamente e continuamente.

La modalità formativa della simulazione sta acquisendo negli ultimi anni sempre maggiore rilievo, nonostante sia realizzata di fatto solo in pochi centri italiani.

Per simulazione si intende un modello della realtà che consente, azzerando il rischio per il paziente, di valutare, prevedere e gestire una serie di scenari, rari nella pratica clinica, che derivano dall'impostazione di determinate variabili da parte di un trainer. Questa metodologia si basa sui principi del CRM (*Crisis Resource Management*) e consente di presentare e ripetere uno scenario clinico fornendo ai discenti non solo l'opportunità di applicare conoscenze e abilità tecniche di base, ma di apprendere in maniera "pratica" *skills* non tecniche come la collaborazione in *team*, la comunicazione, l'utilizzo adeguato delle risorse e la *leadership*.

Il progetto di simulazione in area critica pediatrica è nato presso l'Azienda Sanitaria di Grosseto nel 2011 con i seguenti obiettivi: conoscere l'ambiente e gli strumenti di lavoro, acquisire abilità pratiche complesse nella gestione del paziente critico (vie centra-

li, gestione vie aeree difficili, accesso intraosseo), mantenere competenze di base ed avanzate (ventilazione, defibrillazione, drenaggio toracico), gestire efficacemente le risorse e saper attivare il *Medical Emergency Team*, distribuire ruoli e compiti, esercitare il ruolo di leader, migliorare l'efficacia della comunicazione circolare.

Le simulazioni *in situ* vengono organizzate ogni 14 giorni presso la *shock room* dell'Azienda Sanitaria Grossetana da un piccolo gruppo di medici dipendenti

che nel tempo si sono qualificati in tal senso con un percorso formativo specifico. Viene coinvolto a rotazione personale infermieristico, medico multispecialistico ed in formazione, proveniente dal Pronto Soccorso Generale, da quello Pediatrico, dalla Rianimazione e dalla Radiologia. Il ruolo di facilitatori è svolto dagli stessi Istruttori. I manichini utilizzati (lattante e pediatrico) sono *low-in-*

intermediate fidelity (Laerdal). I costi del progetto sono complessivamente ridotti sfruttando le risorse disponibili: il manichino è lo stesso usato per effettuare i corsi di *Pediatric Advanced Life Support*, la stanza adibita è la *shock room* del DEA dove vengono gestiti quotidianamente pazienti adulti e pediatrici, i mezzi tecnologici utilizzati sono una videocamera e un televisore per la riproduzione video.

Ogni sessione ha una durata media di circa 3 ore e prevede 3 fasi. La prima è rappresentata da un rapido *briefing* teorico durante il quale vengono postulati gli obiettivi della simulazione e le regole di ingaggio. Segue la fase dello scenario clinico: viene simulata una telefonata da parte del medico di postazione 118 che presenta brevemente il caso clinico inviato. Il *team* ha a disposizione qualche minuto per definire i ruoli, organizzare lo spazio, avvertire il personale appropriato. Giunto il manichino, il *team* gestisce lo scenario clinico avendo a disposizione gli stessi spazi e materiali utilizzati nell'attività clinica quotidiana. Può eseguire

MAURO BREGGIA¹, SUSANNA FALORNI²,
ALESSANDRA TUCCIO³, LAURA FARMESCHI⁴,
LUCA BERTACCA⁵, GIOVANNI SBRANA⁶

¹ Direttore del Dipartimento di emergenza-urgenza dell'Asl 9 Grosseto
² Responsabile del Pronto Soccorso Pediatrico Asl 9 Grosseto
³ Medico del Pronto Soccorso Pediatrico Asl 9 Grosseto
⁴ Medico in formazione specialistica presso la Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Siena
⁵ Medico Pediatra del Pronto Soccorso Pediatrico Asl 9 Grosseto
⁶ Medico Anestesista Rianimatore dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione Asl 9 Grosseto

procedure di routine (obiettività toracica, monitoraggio cardio-circolatorio), tecniche invasive (intubazione, drenaggio toracico), chiedere e ricevere consulenza specialistica (radiologica, cardiologica). Durante i vari tempi dello scenario simulato viene compilata una scheda di rilevazione di parametri vitali e di registrazione delle decisioni e delle azioni intraprese sulla base della sequenza ABCDEF (Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, Family) allo scopo di monitorarne l'efficacia.

Scheda di rilevazione e registrazione di parametri vitali e azioni intraprese.

Le azioni cliniche sono guidate e monitorate dalla scheda di cui sopra, mentre i parametri vitali rilevati ed i dosaggi dei farmaci sono verificati con le Pedicard, schede colorate contenenti misure e dosaggi di presidi e farmaci, in cui ad ogni colore corrisponde peso ed altezza del bambino. Tali ausili mnemonici, seguendo uno dei principi CRM, facilitano l'esecuzione delle procedure, limitando gli errori derivati dalla cattiva comunicazione e dell'ansia.

I facilitatori assistono alla scena, effettuano ripresa video, danno risposta di esami chimici o strumentali e forniscono informazioni cliniche (pressione arteriosa, sfigmia, indici di perfusione, stato neurologico, temperatura corporea). È possibile ricevere consulenza specialistica telefonica o reale (radiologica). In qualsiasi momento si può richiedere time-out per esaminare la situazione.

- Personale sanitario durante una simulazione in situ.

Al termine della simulazione il personale si riunisce nuovamente per la fase finale di *debriefing*. Dopo aver proiettato il video della simulazione appena eseguita, ogni componente del team è invitato ad espri-

mere sensazioni e sentimenti positivi e negativi. Successivamente, con l'ausilio della scheda di rilevazione e registrazione, viene eseguito un *feedback* di decisioni e azioni intraprese, con revisione del protocollo e breve pillola clinica del caso in esame. Va precisato come il *debriefing* rappresenti il momento più importante della simulazione in quanto permette di riesaminare il caso non solo e non tanto dal punto di vista delle azioni cliniche e delle *skillness* tecniche ma proprio dal punto di vista delle *skillness* comportamentali.

Nel periodo di attuazione del progetto abbiamo constatato un elevato gradimento da parte di tutti i partecipanti e la percezione di una maggiore *self-confidence* nella gestione in team del paziente critico. Abbiamo imparato ad organizzare rapidamente l'ambiente, distribuire i ruoli, gestire le risorse, comunicare efficacemente in team, collaborare con tutte le figure professionali, gestire l'ansia e l'emotività creata dall'evento.

Formarsi è non solo utile ma necessario, soprattutto nel campo dell'Emergenza Pediatrica. La simulazione rappresenta un ottimo strumento per abbattere le barriere pregiudiziali che spesso dividono i vari specialisti e per imparare a lavorare in team multidisciplinari integrandosi nelle varie competenze.

Questa metodologia formativa è efficace e realizzabile anche in centri di secondo livello e con risorse limitate. Non sono necessari, almeno inizialmente, costosi mezzi tecnologici, né ampi spazi dedicati, la componente indispensabile è la volontà di migliorare lavorando insieme per i nostri piccoli pazienti.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: aletuccio@hotmail.it

TM

	T0	AZIONI	T1	AZIONI	T3	AZIONI
A	Aperte		Aperte		Aperte	
	A rischio		A rischio		A rischio	
	Ostruite		Ostruite		Ostruite	
B	Frequenza respiratoria		Frequenza respiratoria		Frequenza respiratoria	
	Volume corrente		Volume corrente		Volume corrente	
	Lavoro respiratorio		Lavoro respiratorio		Lavoro respiratorio	
	Saturazione ossigeno		Saturazione ossigeno		Saturazione ossigeno	
C	Frequenza cardiaca		Frequenza cardiaca		Frequenza cardiaca	
	Perfusione		Perfusione		Perfusione	
	Polsi		Polsi		Polsi	
	Precarico		Precarico		Precarico	
	Pressione arteriosa		Pressione arteriosa		Pressione arteriosa	
D	Alert		Alert		Alert	
	Vigile		Vigile		Vigile	
	Painful		Painful		Painful	
	Unresponsive		Unresponsive		Unresponsive	
E	Temperatura		Temperatura		Temperatura	
F	Family		Family		Family	



Carlo Manfredi, specialista in farmacologia clinica e in pediatria, medico di medicina generale, Presidente Ordine Medici Massa Carrara. Già Presidente sottocommissione per la sperimentazione clinica del CEL Asl 1 e membro della CTR Regione Toscana.

Il bevacizumab nella degenerazione maculare retinica sarà *on label*?

La degenerazione maculare senile (*Aged-related Macular Degeneration: AMD*) è una malattia cronica progressiva che interessa il 2,3% della popolazione di età superiore a 65 anni. Il 90% circa dei pazienti con la degenerazione maculare senile in stadio avanzato è affetto dalla forma secca caratterizzata da un decorso più lento e dall'assenza di fenomeni di neovascolarizzazione. Non esistono trattamenti efficaci per la degenerazione maculare senile secca. Nella forma umida, la neofornazione di fini vasi di provenienza coroideale, dai quali fuoriesce materiale plasmatico ed ematico che determina la produzione di edema, di essudati duri e di emorragie sottoretiniche, comporta una brusca e ingravescente perdita della visione centrale con difficoltà nella guida, nella lettura dei caratteri minuscoli e nell'adattamento al buio che evolve sino alla cecità.

Gli inibitori del VEGF

La secrezione del Fattore di Crescita Vascolare Endoteliale extracellulare (VEGF) è implicata nello sviluppo dell'angiogenesi, nella regolazione della permeabilità dell'endotelio e nella chemiotassi dei leucociti e dei macrofagi. Il ranibizumab e il bevacizumab sono due inibitori del VEGF che, somministrati per via intravitreale, favoriscono la regressione dei vasi anomali presenti nella degenerazione maculare senile umida, la riduzione dell'edema della retina e il miglioramento e/o il ripristino dell'acuità visiva. I due prodotti sono stati sviluppati negli USA dalla Genentech, una ditta acquistata nel 2009 dalla Roche.

Il bevacizumab (Avastin® Roche), un anticorpo monoclonale umanizzato anti-VEGF completo, è stato approvato negli Stati Uniti nel 2004 per la terapia antineoplastica sistemica del cancro metastatico del colon.

Il ranibizumab (Lucentis® Novartis), composto dal frammento legante l'antigene (Fab) dell'anticorpo monoclonale umanizzato anti-VEGF, è stato registrato negli USA per l'uso intravitreale nell'AMD nel 2006.

Il bevacizumab non ha l'indicazione per la degenerazione maculare senile, ma il suo impiego *off-label* in questa malattia è iniziato prima del completamento degli studi di fase III del ranibizumab. Un ricercatore che aveva lavorato allo sviluppo di entrambi i farmaci aveva ipotizzato che anche il bevacizumab, dato l'identico bersaglio d'azione, fosse efficace nella degenerazione maculare senile. Gli effetti favorevoli rilevati a seguito di somministrazione del bevacizumab per via endovenosa, furono, infatti, confermati anche dopo iniezione intravitreale. Da allora l'impiego *off-label* del

CARLO MANFREDI

Medico di medicina generale

bevacizumab nella degenerazione maculare senile si è diffuso rapidamente e i suoi consumi sono rimasti elevati anche dopo la registrazione del ranibizumab.

Studi clinici sugli inibitori del VEGF

Gli studi clinici sul ranibizumab hanno dimostrato che le iniezioni intravitreali mensili prevengono la perdita della vista nel 95% dei pazienti affetti da degenerazione maculare senile umida e la migliorano in modo significativo nel 40%. Non essendo disponibili studi comparativi fra le due molecole, l'ente pubblico *US National Eye Institute* ha sponsorizzato un trial multicentrico di non inferiorità, in singolo cieco, denominato CATT, che ha randomizzato 1208 pazienti con degenerazione maculare senile neovascolare a ricevere iniezioni intravitreali di ranibizumab o di bevacizumab. Dopo un anno, i due farmaci hanno dimostrato pari efficacia nel migliorare l'acuità visiva sia a seguito di somministrazioni mensili che nell'impiego al bisogno (Tabella 1)

La percentuale di pazienti con reazioni avverse gravi con necessità di ospedalizzazione è stata però maggiore con il bevacizumab rispetto al ranibizumab. I risultati a due anni dello studio CATT hanno confermato la sostanziale sovrapponibilità del profilo di efficacia e di sicurezza delle due molecole senza osservare differenze nella mortalità totale, negli eventi aterotrombotici, nei sanguinamenti e nell'incidenza di ictus. La proporzione dei pazienti che hanno presentato una o più reazioni sistemiche gravi è risultata, inve-

ce, maggiore nel gruppo bevacizumab (Tabella 2). L'interpretazione di questo dato è difficile anche per la possibile presenza di fattori di confondimento e per la mancanza di una specifica correlazione fra gli eventi registrati e l'attività degli anti-VEGF. I due anticorpi monoclonali, dopo iniezione intravitreale, raggiungono il circolo generale. L'emivita sistemica è di circa 6 giorni per bevacizumab e di 0.5 giorni per ranibizumab. La soppressione del VEGF a livello plasmatico persiste per 28 giorni con bevacizumab ma è nettamente inferiore con ranibizumab. L'inibizione sistemica del VEGF potrebbe comportare un maggior rischio di eventi vascolari generali, ma la numerosità del campione degli studi non permette di chiarire quest'aspetto della sicurezza dei due prodotti. La proporzione di pazienti con una o più reazioni avverse sistemiche è stata maggiore con bevacizumab che con ranibizumab ma la loro natura è stata diversa da quella associata agli anti-VEGF somministrati per via generale. I fenomeni tromboembolici e l'ipertensione, segnalati dopo infusione e.v. degli inibitori del VEGF, non sono stati rilevati dopo somministrazione di ranibizumab intravitreale (Tabella 2). La percentuale di pazienti con reazioni avverse gravi con necessità di ospedalizzazione è stata maggiore con il bevacizumab rispetto al ranibizumab. Non è stata registrata una differenza sostanziale nel numero dei casi di endoftalmite fra i pazienti trattati con ranibizumab rispetto a quelli in cura con bevacizumab. La dose iniziale di ranibizumab è di 0,5 mg (0,05 ml) una volta al mese per 3 mesi consecutivi seguita da un controllo mensile

dell'acuità visiva e, in caso di perdita della vista superiore a 5 lettere (ETDRS o l'equivalente di una linea di Snellen), dosi successive intervallate da una pausa non inferiore a 1 mese. La dose di bevacizumab da somministrare per via intravitreale viene allestita a partire dalla confezione registrata per le indicazioni oncologiche. Se il frazionamento non avviene in condizioni di sterilità ottimale, si potrebbero avere infezioni dopo iniezione intravitreale del prodotto. La dimostrazione di una sostanziale equivalenza terapeutica, data la differenza di prezzo di circa 70 volte fra i due prodotti, ha rinforzato la tendenza a preferire bevacizumab (58% delle intravitreali negli USA nel 2008) sebbene il suo impiego nella degenerazione maculare senile umida sia ancora *off-label*.

L'AIFA e il bevacizumab

L'impiego del bevacizumab nella degenerazione maculare senile *off-label* è stato riconosciuto in Italia con determinazione AIFA del 23/05/2007. L'AIFA, il 18/10/2012, ha però escluso il bevacizumab dall'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del SSN per il trattamento intravitreale della degenerazione maculare senile a causa di reazioni avverse locali e sistemiche. La determinazione AIFA più recente ha riconfermato i dubbi sul profilo di sicurezza dell'uso intravitreale di bevacizumab e ne ha escluso la rimborsabilità anche per i pazienti già in terapia. Ha tuttavia richiamato l'importanza di continuare a indagare il profilo di sicurezza di tutti i farmaci utilizzati per via intravitreale (ranibizumab, pegaptanib sodico, desametazone) per valutare se la segnalazione di

Tabella 1 - Esiti sull'acuità visiva in alcuni studi su ranibizumab e bevacizumab nell'AMD.

Studio	Trattamenti	Controllo	Durata studio (anni)	Variazione media dell'acuità visiva (lettere)	
				Trattamento	Controllo
ANCHOR	ranibuzumab 0.5 mg/mese	Terapia fotodinamica	2	+7	-15
MARINA	ranibuzumab 0.5 mg/mese	Placebo	2	+11	-10
CATT a 1 anno	Bevacizumab 1.25 mg/mese	Ranibuzumab 0.5 mg/mese	1	+8	+8.5
CATT a 2 anni	Bevacizumab 1.25 mg/mese	Ranibuzumab 0.5 mg/mese	2	+7.8	+8.8

p=0.21.

Tabella 2 - Eventi avversi entro i 2 anni dall'arruolamento nello studio CATT.

Reazione avversa	Ranibizumab (n = 599) n (%)	Bevacizumab (n = 586) n (%)	P Value
Morte per tutte le cause	32 (5.3)	36 (6.1)	0.62
Eventi aterotrombotici totali*	28 (4.7)	29 (5.0)	0.89
Uno o più eventi avversi gravi	190 (31.7)	234 (39.9)	0.004
Endoftalmiti	4 (0.7)	7 (1.2)	0.38

* (emorragie sistemiche, scompenso cardiaco congestizio, eventi trombotici venosi, ipertensione arteriosa, morte per cause vascolari).

eventuali reazioni avverse possa comportare la revisione del loro profilo di rischio benefico.

Richiesta della registrazione dell'indicazione

Secondo la normativa vigente, la richiesta di ampliamento delle indicazioni di un farmaco spetta al titolare dell'immissione in commercio (AIC).

Il ranibizumab (proprietà Roche in USA con Novartis licenziataria al di fuori degli Stati Uniti) è l'unico farmaco a livello mondiale autorizzato per l'iniezione intravitteale nel trattamento della degenerazione maculare senile umida. Il bevacizumab è prodotto dalla stessa ditta, ma la documentazione per ampliarne le indicazioni, nonostante l'efficacia nella degenerazione maculare senile umida non sia inferiore a quella del ranibizumab, non è mai stata presentata. Per il SSN la registrazione dell'indicazione per la degenerazione maculare senile umida del bevacizumab sarebbe

un grosso vantaggio dato il profilo costo-efficacia più favorevole rispetto al ranibizumab.

L'impiego *off-label* va sempre scoraggiato per evitare l'uso in indicazioni non *evidence-based*. Ma, il caso del bevacizumab pone in modo chiaro la necessità di una riforma delle norme riguardanti la revisione delle schede tecniche dei farmaci. Nell'interesse primario del cittadino e dei sistemi sanitari pubblici che aspirano a disporre di trattamenti dotati della migliore efficacia, del profilo di sicurezza più favorevole e del costo minore, è auspicabile, infatti, che sia riconosciuto anche ai ricercatori indipendenti, ai sistemi sanitari e alle agenzie regolatorie il titolo di richiedenti per l'allargamento delle indicazioni di un farmaco in presenza di trial clinici dall'esito favorevole in nuove indicazioni non previste nella scheda tecnica vigente. **TM**



Nino Cartabellotta è un medico, specialista in medicina interna e gastroenterologia, riconosciuto tra i più autorevoli esperti di sanità del nostro Paese. È Presidente della Fondazione GIMBE (www.gimbe.org), Direttore Responsabile di Evidence (www.evidence.it) e autore del Blog "La sanità che vorrei" (www.ninocartabellotta.it). Ha fondato il progetto "Salviamo il nostro SSN", www.salviamo-ssn.it

Quale futuro per il Servizio Sanitario Nazionale?

Nel periodo 2012-2015 il SSN dovrà rinunciare a quasi 25 miliardi di euro, mettendo a rischio la possibilità di garantire tutte le prestazioni oggi erogate sul territorio nazionale. Se da un lato è legittimo chiedersi se tale deriva economicista può erodere il diritto costituzionale alla salute, dall'altro va ricordato che l'articolo 32 della Costituzione tutela il

nitivamente allo Stato la tutela della salute dei cittadini? In tal caso, sarà indispensabile coinvolgere tutti gli *stakeholders* per fornire risposte di sistema a cinque questioni chiave per il futuro del nostro SSN.

1. Il SSN è realmente sotto-finanziato? I dati dell'OCSE indicano che in Italia la spesa sanitaria è inferiore a quella dei più importanti paesi europei, ma al tempo stesso non esistono evidenze scientifiche che dimostrano una correlazione positiva tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti di salute delle popolazioni. Infatti, in assenza di adeguate strategie per eliminare inefficien-

ANTONINO CARTABELLOTTA

Presidente Fondazione GIMBE

diritto alla salute e non

la sanità, oggi intesa come disponibilità illimitata e tempestiva di servizi e prestazioni sanitarie, incluse quelle inefficaci e inappropriate che aumentano i rischi per i pazienti, consumando preziose risorse, ma che soddisfano il cittadino-consumatore e garantiscono consensi alla politica.

In questo contesto particolarmente critico, teatro di un conflitto istituzionale tra Stato e Regioni dai toni ormai esasperati, il nuovo esecutivo dovrà rispondere a una domanda fondamentale: il programma di Governo intende restituire defi-

ze e sprechi, le risorse aggiuntive rischiano di alimentare servizi e prestazioni inutili. Continuare a lamentare un inadeguato finanziamento del SSN, oltre a fornire un alibi per smantellarlo, liberando lo Stato di una parte consistente della spesa pubblica, spianerà inevitabilmente la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati.

2. Il modello di politica sanitaria che ha generato 21 sistemi regionali deve essere ripensato? A fronte di un diritto costituzionale che garantisce "universalità ed equità di accesso a

tutte le persone” e alla legge 833/78 che conferma la “globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini”, oggi le diseguaglianze regionali hanno raggiunto livelli inaccettabili. Pertanto, se la politica confermerà di voler tutelare l'autonomia delle Regioni, le capacità di indirizzo e verifica del Ministero della Salute sui 21 sistemi sanitari regionali dovranno essere ampliate e dotate di strumenti adeguati. In particolare, non è più differibile la definizione di standard clinico-assistenziali e indicatori di performance unitari per tutto il territorio nazionale.

3. La modalità di organizzazione e gestione delle aziende sanitarie è adeguata? Accanto alle diseguaglianze regionali, la pianificazione, organizzazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria incontra numerosi ostacoli, in parte legati all'eterogeneità delle aziende sanitarie, in parte a modalità gestionali poco compatibili con il “prodotto salute”. Innanzitutto, l'approccio al management continua a essere guidato dagli *output* di prestazioni e non dagli *outcome* di salute; in secondo luogo, le differenti modalità di finanziamento tra aziende sanitarie che erogano gli stessi servizi generano interessi in competizione; infine, esistono resistenze ad attuare modalità sovra-aziendali di organizzazione dell'assistenza sanitaria.

4. I professionisti sanitari possono contribuire alla sostenibilità del SSN? Se l'etica del razionamento appartiene alla politica, quella della riduzione degli sprechi è indissolubilmente legata alla professionalità dei medici, con le loro prescrizioni diagnostiche-terapeutiche. Di conseguenza, tutte le categorie professionali (medici in particolare) dovrebbero identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low-value*. Tali prestazioni, infatti, riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di denaro pubblico, impossibile da identificare e contenere con i metodi utilizzati della politica. In assenza

di tale contributo professionale, i tagli lineari finiranno per privare i cittadini di un numero sempre più elevato di interventi sanitari efficaci e appropriati.

5. Quali sono le responsabilità di cittadini e pazienti? Il SSN è a disposizione delle persone che di volta in volta assumono ruoli differenti: sono pazienti, quando presi in carico per problemi assistenziali, sono utenti quando si rivolgono per informazioni, transazioni, certificazioni, sono cittadini quando contribuiscono, con il loro voto, alle scelte politiche. Oggi la progressiva involuzione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie fa il gioco della politica, perché la *customer satisfaction* è un insostituibile strumento di consenso elettorale. Inoltre, solo pochi contribuenti sono consapevoli che una domanda inappropriata concorre agli sprechi del SSN con pesanti ricadute sotto forma di imposte locali e mancate detrazioni, in particolare nelle regioni in piano di rientro.

Il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutte le persone. Mettere in discussione il SSN rischia di compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare le proprie ambizioni che, in ultima analisi, dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità.

Il prossimo 23 dicembre i cittadini italiani vogliono poter festeggiare il 35° compleanno del SSN, ma le Istituzioni hanno il dovere di confermare che la fiscalità generale concorre a finanziare un SSN realmente pubblico, equo e universalistico.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: nino.cartabellotta@gimbe.org

TM



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

La medicina è proprio difficile!

da Vobis n. 23 febbraio 2013 17/4/2013

E se partissimo dall'idea che poco o nulla di quello che facciamo in Medicina serve a qualcosa?

Sarebbe un capovolgimento di fronte, visto che, un po' per tradizione, un po' per la spinta del mercato e delle professioni, un po' perché medici e pazienti devono comunque vivere anche di illusioni, oggi le cose stanno esattamente all'incontrario. Ossia, quasi sempre i clinici partono dal presupposto che i trattamenti funzionino e che le ipotesi fisiopatologiche siano uno strumento credibile e affidabile per capire e prevedere quello che succede nel corpo e talvolta anche nella mente di un malato.

Di questo capovolgimento, che in realtà è un po' la filosofia di base dell'Evidence Based Medicine, parla in maniera molto chiara Scott K. Aberegg, medico di Salt Lake City, nello Utah, autore di un blog intitolato *Medical Evidence Blog* in un post nel quale afferma che lui questo capovolgimento lo sta già applicando.

Infatti dice di aver capito da tempo che, ad esempio, i nuovi trattamenti arrivano sulla piazza con grandi promesse e generando grandi aspettative, ma che poi nel tempo, al confronto con la pratica clinica, si dimostrano spesso decisamente meno brillanti.

Dunque, sarebbe meglio e anche più scientifico fare il contrario, ossia partire dalla cosiddetta ipotesi nulla, come si fa nei trial clinici: l'ipotesi iniziale è che un trattamento non funzioni, poi se dimostra invece di funzionare, tanto meglio.

Secondo il dottor Aberegg, ci dovrebbero essere solo due tipi di eccezione a questo atteggiamento estremamente realista:

1) **L'osservazione** degli effetti di un trattamento talmente robusti e smaccati che per non notarli bisognerebbe praticamente chiudere gli occhi. Sono quei casi in cui non si potrebbe neanche fare un trial, dal momento che non sarebbe etico, talmente evidente è l'efficacia già nella normale pratica clinica.

Il cosiddetto NNT (Number Needed to Treat – il numero delle persone da trattare perché una ne tragga un beneficio) in questi casi è piccolissimo e può addirittura coincidere con l'1. Un esempio: la colecistectomia per la colecistite settica.

2) **L'esistenza di trial privi di bias e di buona qualità** che dimostrano inequivocabilmente l'effetto di un certo trattamento rilevato su endpoint clinicamente significativi sia per il medico sia per il malato.

L'NNT in questi casi può essere maggiore rispetto a quello del caso precedente e quindi l'efficacia si palesa meno chiaramente da sola. Un esempio: l'acido acetilsalicilico per l'infarto del

miocardio.

Nella realtà attuale della Medicina, come ho detto, l'ipotesi iniziale è che i trattamenti funzionino, spesso in base a ipotesi fisiopatologiche e farmacologiche teoriche, che per i farmaci sono accompagnate da trial registrativi studiati ad hoc.

E sulla base di queste ipotesi e di questi trial non sempre realmente significativi per i malati, i trattamenti entrano nella pratica clinica. Poi nel tempo, alle volte molto tempo, alle volte un tempo infinito, forse si capirà se funzionano davvero o no.

Il dottor Aberegg vorrebbe capovolgere questo stato di cose e si sente il seguace di una sorta di nuova religione (o antireligione, a seconda di come la si vuole vedere): “una religione” afferma, “che adora l'ipotesi nulla, e i cui seguaci credono che nulla funzioni a meno che non lo vedono con i propri occhi, o a meno che non abbiano in mano un RCT convincente che dimostra che quel certo trattamento funziona”.

Si potrebbero fare molte riflessioni su questo tema, comprese quelle sull'affidabilità di un trial, dei trial registrativi, di molti trial, delle revisioni sistematiche e così via. Ma preferisco farne una sola su questa affermazione del dottor Aberegg: “nulla funziona a meno che non lo vedo con i miei occhi”, riferita al primo scenario da lui riportato, quello del trattamento con effetti robusti e smaccati. È proprio qui che si annida il problema.

Molti clinici (ma spesso anche molti pazienti) vedono comparire davanti ai loro occhi – perfino in TUTTI i casi che trattano – effetti terapeutici inesistenti, li vedono e li toccano, se ne convincono al di là di ogni ragionevole dubbio, anche quando l'NNT è ben lungi dal fatidico numero 1.

E questa loro convinzione, in assenza di qualunque altra prova, diventa una sorta di realtà parallela, difficilissima da scalzare. Altrimenti non si spiegherebbe come mai trattamenti del tutto privi di qualunque prova di efficacia continuano a essere erogati a piene mani dai terapeuti straconvinti, a essere graditi dai pazienti, a essere sovvenzionati con denaro pubblico. Questo è certamente un male, ma forse invece alla fine è anche un bene. Visto che la pratica clinica ha per larga parte l'obiettivo non di guarire ma di curare e di dare sollievo, è meglio se ha molte frecce al proprio arco, anche quelle completamente illusorie. Peccato che tutto questo accada per molti clinici in condizioni di totale inconsapevolezza, il che dà all'intero sistema caratteristiche di completa irrazionalità.

TM

Post 120 - Pratica clinica a ipotesi nulla di Danilo di Diodoro
<http://www.scire-ausl.bo.it/>

Scegliere saggiamente: il ruolo dell'Ordine



Sergio Bovenga, Direttore UOC Gestione Rischio Clinico - USL 9, Responsabile Staff Direzione Sanitaria - USL 9, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Grosseto, Componente Comitato Centrale FNOMCEO, Presidente Co.Ge.A.P.S., Componente Commissione Qualità e Sicurezza Regione Toscana, Componente Comitato Scientifico Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana.

In un editoriale sul BMJ del 2002, Ray Mohinhan scriveva “le prove degli eccessi medici nei Paesi ricchi hanno continuato ad accumularsi, con un incremento della documentazione inequivocabile sui danni e sui costi degli interventi inutili”. Sulla copertina della rivista l'unico titolo era “*Too much medicine?*”. Dall'altra parte dell'oceano gli fece eco Rita Redberd, professore all'Università della California, sulla altrettanto prestigiosa rivista JAMA, confermando sostanzialmente la tesi di un uso eccessivo della medicina e non sempre sostanziato da prove.

D'altra parte già dal 1999 la ABIM (American Board of Internal Medicine Foundation) si preoccupava del miglioramento dell'assistenza sanitaria affrontando argomenti quali, solo per citarne alcuni, il conflitto di interessi, la formazione ed il *training*, la responsabilità professionale, la gestione delle risorse ed il tema del Choosing Wisely® (scegliere saggiamente). Rispetto a quest'ultimo aspetto alcune fra le più autorevoli società scientifiche americane (cui in seguito se ne sono aggiunte molte altre) hanno indicato una serie di esami o procedure da bandire (perché inutili e/o dannose) insieme ad altre da raccomandare invitando i medici ad adeguare i rispettivi comportamenti professionali.

Ancora lo scorso febbraio 2013 sul BMJ si leggeva, a firma di Fiona Godlee che “...esiste un problema più o meno marcato di sovradiagnosi in un'ampia gamma di condizioni diffuse... Questo è rilevante perché una volta che le persone vengono etichettate con una diagnosi segue una cascata di conseguenze mediche, sociali ed economiche, alcune delle quali permanenti”. Questa volta il punto interrogativo (*Too much medicine?*) è decisamente scomparso. Non a caso già nel 2003 Ray Mohinhan, sempre sul BMJ, affermava sostanzialmente che si possono fare molti soldi dicendo ai sani che sono malati (“*Is a new disorder being identified to meet unmet needs or to build markets for new medications?*”).

Eppure tutti sappiamo da tempo che, tra i determinanti della salute, l'assistenza sanitaria occupa ovviamente un posto rilevante (incide per il 10-15%), ma certamente non l'unico essendo gli altri rappresentati dal patrimonio genetico, dalle

condizioni socio-economiche, culturali ed ambientali, dalle condizioni di vita e di lavoro, dalle reti sociali e di comunità, dagli stili di vita individuali e dall'istruzione. Quest'ultimo fattore è particolarmente importante in quanto aumenta l'autonomia della persona (*empowerment*) contribuendo a ridurre i costi (che sono molto più alti quando, all'opposto, si fa riferimento ad un approccio paternalista).

SERGIO BOVENGA

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Grosseto, Componente Comitato Centrale FNOMCeO, Direttore UOC Rischio Clinico - ASL 9 Grosseto

Se questo è lo scenario, il ruolo che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri può e deve giocare è di non poco conto e si sostanzia nella garanzia del rispetto delle norme del codice Deontologico che già da anni governano la professione ed i comportamenti professionali. Gli stralci di alcuni articoli, cui fra breve farò riferimento, si riferiscono alla edizione del Codice Deontologico attualmente vigente (revisionato nel 2006) e che tra pochi mesi sarà sostituito dal “nuovo” Codice cui sta lavorando la Commissione Deontologica Nazionale della FNOMCeO. Ho citato la data dell'ultima approvazione del Codice, prima di farvi diretto riferimento, per evidenziare come le norme siano state scritte in tempi, per così dire, non sospetti e pertanto frutto di una visione lungimirante della Professione (e del suo ruolo nella società) e non certo della contingenza quale quella attuale dettata dai tagli lineari della *spending review*.

L'art. 4, che tratta della “Libertà e indipendenza della professione” afferma che “*L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione... Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione... e ... non deve soggiacere ad interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura*”.

Già in queste prime affermazioni è evidente come la norma dia al medico la possibilità di scegliere ma, al tempo stesso, ci dice che non si tratta di una scelta arbitraria bensì basata sulle conoscenze (ovvero le evidenze) ed ispirata a valori etici. Se operata entro questi ambiti (evidenze e principi etici) la scelta deve essere esente non

solo da ogni condizionamento (esterno) ma anche da una impostazione autoreferenziale (con buona pace di chi è ancora convinto che “dall’alto” della propria esperienza professionale possa trarre in ogni occasione le giuste conclusioni).

Questi concetti sono ancora più rafforzati in un altro articolo, il 6, “Qualità professionale e gestionale”, che esplicitamente afferma: *“Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell’autonomia della persona tenendo conto dell’uso appropriato delle risorse...”*. In questo enunciato si fa esplicitamente riferimento oltre che al principio di efficacia anche a quello delle risorse. In altre parole un’efficacia che non può non tenere conto – **per dettato professionale** – anche del fattore costo.

L’articolo 13, “Prescrizione e Trattamento Terapeutico”, ribadisce che *“Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell’uso appropriato delle risorse. Sono vietate l’adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente...”*. L’obiettivo è evidentemente quello di assicurare una “Medicina sostenibile” che, secondo la definizione che ne ha dato D. Callahan è *“La medicina in grado di conseguire una condizione di stabilità economicamente supportabile, equamente acces-*

sibile e psicologicamente sostenibile, tale cioè da soddisfare la maggior parte (ma di necessità non tutti) dei bisogni e delle aspettative ragionevoli concernenti la salute”.

Appare evidente la preoccupazione costante degli estensori del Codice di Deontologia Medica, data l’incertezza della Medicina e la variabilità spesso ingiustificata dei comportamenti professionali, di vincolare l’esercizio della professione medica a conoscenze scientificamente validate, a comportamenti professionalmente adeguati (anche rispetto al ruolo sociale ricoperto dal medico) ed al rispetto della sostenibilità del sistema sanitario universalistico (tale infatti è da intendersi il costante e ripetuto richiamo ad un uso attento delle risorse della collettività).

Naturalmente lo strumento per eccellenza per essere al passo con i tempi e poter quindi scegliere e decidere saggiamente è “L’aggiornamento e la formazione professionale permanente” (art. 19). Senza mezzi termini si afferma che *“Il medico ha l’obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e gestionale-organizzativa... e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell’organizzazione sanitaria...”*. Tema quest’ultimo oltremodo attuale in ogni campo della medicina

Il tema della competenza viene richiamato

Skip to navigation | Skip to content

Home | News centre | Accessibility | Contact

General Medical Council

Regulating doctors, ensuring good medical practice

Enter!

About us | Education and training | Registration and licensing | Guidance on good practice | Concerns about

You are here: [Home](#) > [News centre](#) > [News archive](#) > [Regular checks for all UK doctors](#)

Regular checks for all UK doctors

Press Release

19 Oct 2012

Every doctor practising in the UK will be subject to regular checks to help improve the quality of patient care, it was announced today by the Secretary of State for Health.

The new system of checks - known as revalidation - will be run by the General Medical Council (GMC) and marks the biggest change in how doctors are regulated for more than 150 years.

It promises to be the most comprehensive scheme of its kind anywhere in the world with the UK's 230,000 licensed doctors expected to show they are keeping up to date and are fit to practise.

The Secretary of State for Health, Rt Hon Jeremy Hunt MP, today confirmed that the new system will start in December.

He said: 'Doctors save lives every day and making sure they are up to speed with the latest treatments and technologies will help them save even more. This is why a proper system of revalidation is so important.'

“ This is an historic day for patients and for the medical profession. We are confident that the introduction of revalidation will make a major contribution to the quality of care that patients receive. ”

Professor Sir Peter Rubin, Chair of the GMC

anche in un articolo specifico (Art. 21 “Competenza professionale”) nel quale tra l’altro, con riferimento al medico, si sottolinea come “Egli deve affrontare ogni problematica ... avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo e assicurando attenzione alla disponibilità dei presidi e delle risorse”. Ancora una volta il richiamo all’uso delle procedure “essenziali e coerenti” ed il tema dell’uso appropriato delle risorse viene ribadito quasi come un mantra per la professione.

Appare evidente, come detto all’inizio, che tali ambiziosi traguardi non possono trovare spazio in una medicina paternalistica (e spesso “difensivistica”) ma vanno ricercati e perseguiti attraverso la partnership con il paziente. Non è certamente un caso se l’Art. 33, (“Informazione al cittadino”), afferma chiaramente che “Il medico dovrà comunicare con il soggetto... al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali...”; viene usato un verbo (dovrà) che non lascia scelta ed impone inoltre di comunicare ‘con’ (e non ‘al’), privilegiando in maniera assoluta la relazione tra la persona ed il suo curante.

Il Codice Deontologico chiede un impegno “supplementare” ai medici con compiti di direzione sanitaria allorquando nell’art. 69 (“Direzione Sanitaria”) si afferma che “Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria ... deve garantire ... il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica...”; quindi un doppio mandato: non solo il rispetto del Codice come tutti ma anche una funzione di garanzia nell’esigere il rispetto di quelle stesse norme da parte di tutti i Colleghi.

Quelle descritte sino ad ora sono funzioni già previste da molto tempo per gli Ordini; ad esse se ne aggiungeranno altre allorquando la auspicata legge di riforma degli Ordini delle professioni sa-

nitarie (ed il conseguente Regolamento) andranno in porto. Nella bozza della suddetta legge è scritto, tra l’altro che gli Ordini contribuiscono al “mantenimento dei requisiti professionali” (art 1, comma 2, lettera H) aprendo così la strada al grande tema della possibile certificazione (e ri-certificazione) delle competenze professionali, tema estremamente attuale e strategico anche in virtù della libera circolazione dei cittadini e dei professionisti nell’Unione Europea che potrebbe addirittura preludere ad uno standard formativo e valutativo comune degli specialisti europei. In sostanza l’Ordine rafforzerebbe ulteriormente la sua funzione di garante della qualità professionale nei confronti dei cittadini in una sorta di percorso logico che partendo dalle conoscenze (compito dell’Università) venga poi tradotto in competenze e quindi in performance.

Solo pochi mesi fa (ottobre 2012) il Segretario di Stato per la Salute del Regno Unito annunciava che tutti i medici operanti in UK saranno sottoposti a check regolari (*revalidation*) al fine di migliorare la qualità dell’assistenza ai pazienti e, del resto, questo è anche ciò che fanno le società scientifiche più accreditate nel mondo.

La Giurisprudenza italiana e la Corte di Cassazione hanno sempre enfatizzato ed attualizzato i concetti di *autonomia, indipendenza e responsabilità* del medico, che sono i valori che i rappresentanti istituzionali della professione cercano di ribadire e tutelare in tutte le sedi (anche scendendo in piazza, come è accaduto con la manifestazione del 27 ottobre scorso a Roma).

Sta a noi, attraverso il rispetto delle norme deontologiche che ci siamo dati, essere Autori della Professione indipendenti, autonomi e responsabili. Sta al nostro Ordine essere garante del rispetto degli stessi valori. **TM**

CORSI E SEMINARI

LA PATOLOGIA VULVO-PERINEALE

Secondo Corso di aggiornamento

Firenze, 28 settembre 2013

La multidisciplinarietà dell’approccio diagnostico e terapeutico alla patologia vulvare è sottolineata dal fatto che le affezioni vulvari sono di pertinenza di molte specialità: ginecologia, dermatologia, patologia, ma anche psico-sessuologia, psichiatria e scienza della comunicazione. Questo secondo corso toscano di patologia vulvo-perineale si pone l’obiettivo di fornire ai discenti le più recenti acquisizioni sulle più importanti patologie vulvari presentate da docenti di chiara fama in campo vulvologico. Direttore del corso: Riccardo Rossi. SC Ostetricia e Ginecologia - ASL 10 Firenze - dott.riccardorossi@libero.it. Sede: Villa Castiglione, Loc Certosa Firenze. ECM: Il convegno è destinato ad un massimo di 150 medici individuati nelle discipline di: ginecologia, anatomia patologica, dermatologia, urologia, oncologia, ematologia. Il costo dell’iscrizione è pari ad euro 60,00 (lordo iva 21%), specializzandi euro 30,00 (lordo iva 21%). Segr. Org.va: eventi@menthalia.it - www.menthalia.it.

Autismo e Ossigeno-Terapia Iperbarica

Si precisa che gli autori dell’articolo pubblicato sul numero di maggio dal titolo “Autismo e Ossigeno-Terapia Iperbarica” sono Roberto Vecchione, pediatra Istituto Prosperius Firenze e Nadia Picariello, pedagoga specializzata in pedagogia relazionale, terapia relazionale-psicomotoria in acqua con soggetti autistici, Firenze.



Mauro Barni, già Vicepresidente del Comitato Nazionale di Bioetica, Ordinario di Medicina Legale dell'Univ. di Siena, ex Sindaco di Siena, già Rettore dell'Univ. di Siena.

Responsabilità del medico: un dovere o una colpa?

Mi ha particolarmente *interessato* (stavo per scrivere *emozionato*) l'appassionato, approfondito intervento dedicato, da due cardiologi toscani, Alessandro Lilli e Tiziana Giovannini, alla *responsabilità* medica (TM, n. 5 maggio 2013), il cui titolo si completa con l'accorata esortazione: *è tempo di comprendersi*.

Ed è di fronte a questa decisa e non peregrina affermazione, è più programmatica che ammonitrice, che il medico legale non può provare un moto di consenso ma anche un certo imbarazzo, per avere perseguito e troppo spesso privilegiato il confronto con i giuristi e la mimesi del loro linguaggio e non solo in sede peritale (una sede che da tempo non ho, personalmente, frequentato), per aver contemporaneamente speso molte illusorie premure per una bioetica condivisa. Il tutto a spese della dedizione alla informazione e alla formazione deontologica del medico e di una fervente, autonoma missione illustrativa, assolutamente *libera, laica e comprensibile* sui doveri anche elementari del professionista.

E pensare che l'ignoranza dei più elementari impegni come il referto, la denuncia, ad esempio, di malattie infettive, il segreto, era *motivo* di non superamento di un esame universitario di medicina legale, disciplina mortificata dal lassismo delle nuove normative didattiche!

Per non dire delle connotazioni della responsabilità professionale da conoscere e affrontare scientemente e coscientemente e non con i presunti e furbeschi usberghi di una limacciosa *medicina difensiva* giocata tra astensioni, elusioni, vittimismo.

Naturalmente, il richiamo all'atteggiamento coerente della medicina legale è particolarmente pungente, nell'articolo in questione, là dove si rimprovera l'antica e patetica aspirazione di pur illustri esponenti della mia disciplina ad acquisire una qualche patente di cultori del diritto.

Il pregio più significativo del saggio dei due valorosi cardiologi, risiede peraltro nella significativa denuncia della sempre più strabiliante instabilità giudiziaria e normativa, in tema di *biodiritto*,

che offre una visione tutt'altro che *sistematica e solida* delle "migliori strategie" in ordine alle categorie deontologiche essenziali come «il consenso informato, la comunicazione, i protocolli e le intenzioni operative», bistrattate da una giurisprudenza ondivaga, che, ad esempio, dopo aver giustamente esaltato la essenzialità del rapporto informativo e consensuale, propedeutico persino ad una retorica *alleanza terapeutica*, ha poi ripreso a precisare che del consenso si può fare tranquillamente a meno quando il trattamento anche indesiderato si risolve in un esito fausto. E tutto ciò mentre un frettolo-

so legislatore legittimava con il decreto Balduzzi (art.9) l'avvenuto rispetto da parte dell'operatore di linee-guida, non meglio precisate e comunque promosse d'ufficio a precetti protocollari, alla stregua di attenuante atta a slivellare la colpa da *grave a lieve* e come tale non perseguibile.

E ancora si domandano Lilli e Giovannini quale fine abbia fatto la decantata proposta dell'obbligo assicurativo delle ASL che doveva fare chiarezza sulla spettanza ad esse del risarcimento del danno, fatta salva la eventuale rivalsa solo in caso di colpa grave. E chi può ormai orientarsi nel pelago del *nesso causale*, che aveva trovato, dieci anni or sono, la sua rilevanza quasi di prova, solo e quando *scientificamente* risultasse come certo, oltre ogni ragionevole dubbio, mentre ora, in materia civilistica, si rispolvera *pro misero*, l'esecrato adagio del *più probabile che non*, aperto al più smodato soggettivismo?

E ancora (aggiungo, provocato da qualche accenno del provvido articolo): che senso ha questo ritorno alla gerarchizzazione balduzziana della colpa, che è un cardine "esclusivo" del processo penale, quasi del tutto sovrastato dal (già) prevalente significato delle categorie del *consenso* e della *causalità* e sostanzialmente estranea alla *valutazione civilistica*, come ha severamente precisato in un convegno aretino recentissimo il penalista Fausto Giunta?

Con la saggia incisività che gli è propria, molti di questi dubbi li ha affrontati nell'editoriale di TM, introduttivo al lavoro di Lilli e Giovannini, il Direttore Antonio Panti, di cui ammiro e condivido

MAURO BARNI

*Emerito di Medicina Legale e delle Assicurazioni,
Università degli Studi di Siena*

la coerenza deontologica, rivendicando all'Ordine il compito di informare il medico in maniera non fumosa (tanto meglio se non complicata da astrazioni e anglicismi) e di indurlo così a «smettere di vivere il timore, cercando di recuperare serenità» e di comprendere «le ragioni di ogni attore per valutarne approfonditamente le richieste ed essere in grado di farne altre» (per usare le impeccabili frasi dei due cardiologi).

Se l'Università ha bistrattato la medicina legale e la deontologia; se la Dottrina ha spaziato preferibilmente nelle atmosfere rarefatte e sofisticate della Bioetica e del Biodiritto; se la Giurisprudenza ha sempre di più ignorato la peculiarità della "tutela della salute" che sfugge tanto alle

comuni coordinate del diritto codificato quanto ad arcane suggestioni moralistiche, viepiù si impone la funzione formativa e disciplinare degli Ordini, che stanno ulteriormente nobilitando il Codice di Deontologia proprio nel senso sperato della chiarezza, della autorevolezza, della responsabilità, propedeutiche alla giustizia e alla verità; e che chiedono con forza un *potere* non tanto corporativo quanto, come altrove, istituzionale. Del resto, la deontologia è una formidabile *chance* per i medici legali, che già nella loro denominazione, sono abilitati a conoscere e far meglio conoscere dai medici le coordinate, le certezze, i limiti del Diritto.

TM

Ricerca e clinica

Toscana Medica 6/13



Il trattamento antiepilettico nel paziente neuro-oncologico

La somministrazione di una terapia antiepilettica nei pazienti con tumore cerebrale è una pratica comunemente applicata a livello internazionale.

Questa prassi trova il suo razionale nella maggiore predisposizione di questo gruppo di pazienti a soffrire di crisi epilettiche.

Il processo neoplastico infatti comporta modificazioni morfologiche e metaboliche nel tessuto nervoso interessato, in cui l'originale architettura neuronale viene persa, sostituita da neuroni disorganizzati, sofferenti ed inadeguatamente controllati dai centri superiori. Tutto questo si traduce nella perdita dei delicati equilibri tra neurotrasmettitori inibitori ed eccitatori, che comporta inevitabilmente una facilitazione alla scarica nervosa da parte di queste cellule.

Tale tendenza è così elevata che le crisi epilettiche sono oggi riconosciute come la maggiore manifestazione clinica delle neoplasie cerebrali (con un'incidenza che oscilla dal 25 al 50%, rappresentando da sole più del 4% di tutte le epilessie) e come la principale causa di accesso ai servizi ambulatoriali neurologici in fase post-operatoria.

Una simile sintomatologia può occorrere come evento di esordio della malattia (30-50% dei casi) e/o nel tempo di durata della patologia oncologica.

IDA DONNINI, STEFANIA LATORRACA,
GUIDO PECCHIOLI*, LORENZO BORDI*,
ANDREA LA LICATA, FRANCESCA PIZZO,
VALENTINA RINNOCI, FRANCESCA PESCHINI,
SANDRO SORBI

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche -
Università degli Studi - Firenze*

**SOD NCH 1, Dipartimento di Scienze Neurologiche e
Psichiatriche - Università degli Studi - Firenze*



Ida Donnini si è laureata col massimo dei voti nel 2010 c/o l'Univ. di FI con una tesi sulla terapia antiepilettica nei pazienti neuro-oncologici. Attualmente medico specializzando in Neurologia e si occupa, oltre che alle attività cliniche, anche di ricerche in particolare sulle forme di leucoencefalopatia vascolari su base genetica quale la CADASIL.

Alla luce di ciò sembrerebbe giustificato l'utilizzo di farmaci antiepilettici (FAE) a scopo terapeutico o preventivo. Tuttavia la letteratura attinente, fino ad oggi pubblicata, mette in luce come questo rap-

porto non sia così diretto, in quanto esistono dati discordanti sia riguardo alla loro efficacia nella prevenzione di un primo evento sia sull'elezione delle molecole ritenute più idonee.

È infatti da considerare che il paziente in questione si trova generalmente in politerapia con farmaci chemioterapici e antinfiammatori che possono subire interazioni con la famiglia degli induttori enzimatici dei sistemi CYP, quali gli antiepilettici di prima generazione (Fenobarbital, Fenitoina, Carbamazepina, Valproato), perdendo di efficacia terapeutica ed aumentando la propria tossicità, soprattutto a seguito dell'utilizzo delle stesse catene enzimatiche; per lo stesso motivo anche gli anticonvulsivanti possono ridurre il loro effetto, andando ad incrementare la tendenza alla farmaco-resistenza, evento molto frequente in questa categoria di pazienti (12-50%).

Nell'ipotesi dunque di una terapia antiepilettica in pazienti che abbiano presentato crisi, è importante tenere in considerazione questi fattori, e dirigere la scelta farmacologica verso molecole di seconda generazione (Levetiracetam, Oxcarbamazepina, Lamotrigina, Vigabantin e altri), che non influiscono sull'attività epatica e che in associazione sembrerebbero diminuire significativamente la ricorrenza delle crisi (fino all'88,9%).

L'utilità di un trattamento profilattico con farmaci antiepilettici in pazienti che non siano mai stati soggetti a crisi comiziali non è stata ancora dimostrata. È riconosciuto che il rischio di una prima crisi dipende dalla tipologia del tumore e dalla sua localizzazione. Dai dati che possediamo una profilassi antiepilettica non sembra modificarne la predisposizione, mentre sono aumentati gli effetti avversi legati a questi farmaci, soprattutto come già ricordato a seguito dell'interazione

farmacologica. È invece oggi ufficialmente accettata una copertura con FAE in pazienti sottoposti a craniotomia, iniziata nel periodo perioperatorio e da sospendere gradatamente dopo una settimana se le condizioni cliniche risultano stabili.

In linea con quanto descritto le Linee guida della Regione Toscana per la Diagnosi e il trattamento delle epilessie del 2009 raccomandano:

Raccomandazione 13 I/A: *Non è indicato l'utilizzo di Fenitoina, Carbamazepina, Fenobarbital e Valproato nei pazienti con nuova diagnosi di neoplasia cerebrale per prevenire una prima crisi epilettica.*

Raccomandazione 14 III/B: *Nei pazienti con neoplasia cerebrale con crisi epilettiche è indicato l'uso di farmaci antiepilettici per ridurre il rischio di crisi successive.*

Raccomandazione 15 I/A: *Nei pazienti con neoplasia cerebrale che non abbiano avuto crisi epilettiche la profilassi con Fenitoina, Carbamazepina, Fenobarbital e Valproato è indicata solo se il soggetto è sottoposto a craniotomia in quanto tali farmaci hanno mostrato la capacità di prevenire le crisi nel periodo perioperatorio.*

Raccomandazione 16 I/A: *Nei pazienti che non hanno avuto crisi epilettiche dopo una craniotomia è indicato ridurre progressivamente fino alla sospensione i farmaci antiepilettici dopo 7 giorni dall'operazione, in particolare se il paziente è stabile e mostra eventi avversi al loro utilizzo.*

Sintesi 11: *Fenitoina e fenobarbital possono interagire con numerosi chemioterapici e causare una riduzione della loro efficacia o, viceversa, un aumento della loro tossicità. In considerazione di queste osservazioni è consigliabile utilizzare nei pazienti con neoplasia cerebrale ed epilessia i farmaci antiepilettici di più recente introduzione con minori potenzialità d'interazione farmacocinetica (in particolare il Levetiracetam).*

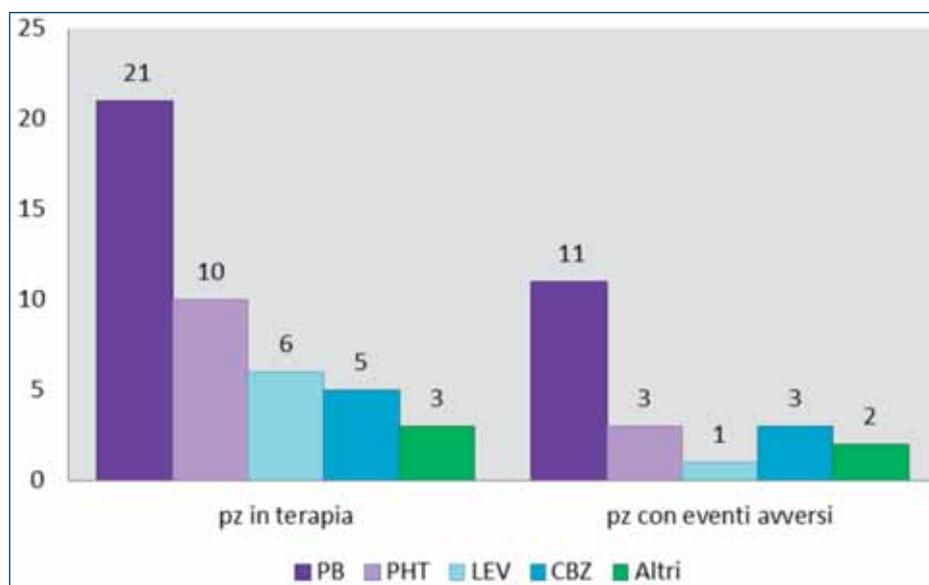


Figura 1 - Confronto nella popolazione in studio tra le diverse classi di farmaci antiepilettici assunti e numero di reazioni avverse ad essi associate

Abbreviazioni: PB= Fenobarbital, PHT= Fenitoina, LEV= Levetiracetam

Da gennaio 2010, nel contesto del Gruppo Oncologico Multidisciplinare di neurologia dell'AOUC di Firenze, è iniziato uno studio che ha coinvolto 30 pazienti afferenti al *Centro di Riferimento Regionale per le Epilessie* (SOD di Neurologia 3 dell'AOU di Careggi) e all' *Ambulatorio di Neuro-oncologia* (SOD di Neurologia 1 dell'AOU di Careggi), di età maggiore ai 18 anni, con diagnosi radiologica di Glioma ad alto grado, Glioma a basso grado e Meningioma, in trattamento con FAE (farmaci antiepilettici).

Il primo scopo dell'indagine è stato quello di analizzare in questa popolazione la tollerabilità ed i possibili eventi avversi della terapia antiepilettica in corso.

In accordo con i dati di letteratura, da un punto di vista epidemiologico, i pazienti avevano in media 60 anni e per l'80% erano affetti da neoplasia di tipo gliale. Quasi la metà di essi era stata soggetta almeno ad un episodio ictale, e risultavano manifestarsi con tale sintomatologia prevalentemente i tumori occupanti il lobo Frontale (50%), Parietale e Temporale.

In questo campione è stato necessario indagare fin da subito l'adesione della nostra struttura ospedaliera alle linee guida (precedentemente riportate), vagliando i diversi punti da esse trattati. Riguardo l'inizio di una terapia con farmaci antiepilettici, da quanto esposto, risulta evidente una discordanza. Tutta la popolazione studiata assumeva anticonvulsivanti, ma valutando chi realmente si trovava a rischio di crisi (ovvero coloro che erano stati soggetti a fenomeni comiziali, quelli che si trovavano nel periodo perioperatorio e chi in corso di trattamento radioterapico), risultavano idonee 18 persone su 30 totali, vale a dire solo il 60% dell'intero campione.

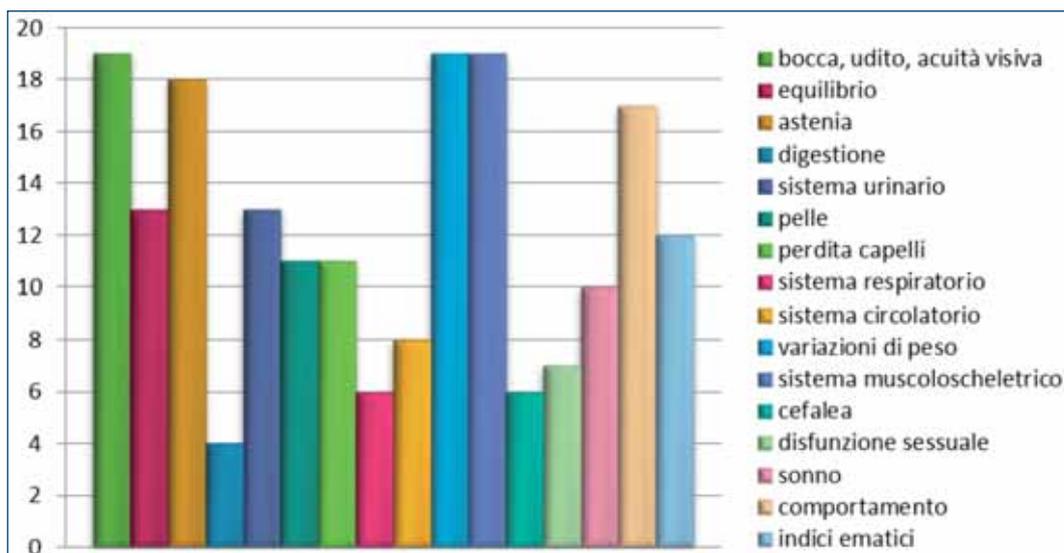
I farmaci prescritti come prima scelta erano prevalentemente Fenobarbital (70%) e Fenitoina (30%) nonostante più della metà dei pazienti riceventi tali trattamenti fossero contemporaneamente sottoposti a chemioterapia, e dunque, seguendo la Sintesi 11.11, più a rischio di effetti collaterali e di diminuzione di efficacia terapeutica, per l'utilizzo dello stesso sistema di enzimi epatici CYP. Alla luce di ciò, studiando i pazienti che avevano presentato fenomeni epilettici, in più della metà (55%, pari al 20% dell'intero campione) è stata registrata una refrattarietà alla terapia, dato in linea con la letteratura.

Nei 17 casi che non avevano mai presentato crisi epilettiche sono state invece indagate tutte le tipologie di molecole somministrate, e si è rilevato come mancasse una scelta universalmente condivisa sia dei farmaci che delle rispettive posologie (considerando che 4 avevano avuto la prescrizione di un doppio farmaco, 13 assumevano Gardenale con dosaggio oscillante tra 100-200mg/die, 3 Fenitoina con prescrizione variabile tra 200-300 mg/die, 2 Levetiracetam a 1000 e 500mg/die, e 1 Carbamazepina 400mg/die).

In entrambi i gruppi infine è stata posta attenzione alla frequenza degli effetti collaterali in relazione ai principi attivi assunti. In totale l'80% di questi pazienti era stato vittima di eventi avversi che si erano associati prevalentemente con l'utilizzo delle molecole di vecchia generazione, mentre Levetiracetam si dimostrava più tollerabile, in accordo con quanto esposto precedentemente (Figura 1).

Un secondo obiettivo dello studio è stato quello di analizzare le caratteristiche fisico-psichico - cognitive del campione in esame utilizzando scale di valutazione attentamente selezionate per questa tipologia di pazienti (Figura 2).

Figura 2 - Tipologie di disturbi indagati e loro frequenza nella popolazione in studio



I dati raccolti hanno permesso di disegnare il profilo che segue:

- nessun paziente è risultato deficitario da un punto di vista cognitivo o mancante di consapevolezza circa la propria condizione;

- solo il 13% del campione presentava altre patologie concomitanti, essendo quindi portatore di una lieve comorbidità;

- mediamente il 40% è stato colpito da disturbi così sintetizzabili:

- sul piano fisico sono stati riferiti principalmente fenomeni di calo della vista, aumento di peso, dolore o disagio osteo-articolare, sensazione di peso agli arti e stanchezza;

L'assunzione di un numero maggiore ad uno di FAE si associava significativamente alla presenza di disturbi cutanei (fotosensibilità, prurito, secchezza, reazioni papulo-eritematose).

Disturbi dell'equilibrio si sono presentati prevalentemente in chi aveva sofferto di eventi avversi a FAE, in particolare è stato individuato un rapporto statisticamente significativo con la somministrazione di Levetiracetam. Questo farmaco, dai risultati dell'indagine, sembra legato anche alla presenza di disturbi dell'apparato circolatorio ed alla disfunzione sessuale. Il presente dato sembra contraddire la precedente letteratura, tuttavia è necessario sottolineare che solo uno dei sei pazienti trattati con Levetiracetam si trovava in monoterapia, per cui non è possibile trarre valide conclusioni in proposito.

- Per quanto concerne la sfera caratteriale ed emotiva, il 57% del campione ha riferito nervosismo, irritabilità, irrequietezza e depressione. Alla specifica scala di valutazione HADS otto pazienti sono stati registrati come affetti da disturbi d'ansia e cinque come depressi, evidenziando come questi non fossero una caratteristica peculiare della casistica studiata.

Prescindendo dal presente risultato, è comunque fondamentale nel paziente neuro-oncologico valutare attentamente gli aspetti psicologici; in letteratura è segnalato un importante abbassamento del tono dell'umore (legato alla consapevolezza della propria malattia, alla possibile disabilità, al disagio ed alla perdita di speranza) che si calcola possa sfociare in vera e propria depressione nel 15-95% dei casi, riducendo la sopravvivenza ed aumentando le complicanze.

L'epilessia è una patologia che compromette notevolmente la qualità della vita ed è evidente come la sua presenza legata a neoplasia cerebrale possa avere un grave impatto negativo sulla salute del paziente.

I risultati di questo studio sottolineano la necessità di porre una specifica attenzione alla prevenzione ed alla terapia di questo disturbo, utilizzando farmaci antiepilettici adeguati alle particolari esigenze del malato neuro-oncologico. Questi infatti si colloca all'interno di un percorso multispecialistico definito da un Gruppo Oncologico Multidisciplinare (costituito da neurologo, neurochirurgo, oncologo, radioterapista, radiologo, anatomo-patologo, psichiatra e psicologo) che si prefigge di seguirlo costantemente dal momento della diagnosi, attuando una piena sinergia tra gli operatori.

In questo contesto il neurologo si trova davanti ad importanti decisioni:

- valutare la reale indicazione ad iniziare un trattamento con FAE. Relativamente a questo punto al 40% del campione in analisi è stato proposto di sospendere la terapia perché ritenuta non necessaria;

- scegliere, là dove si debba procedere al trattamento, il farmaco più idoneo, tenendo in considerazione le interazioni farmacologiche e gli effetti collaterali in cui è possibile incorrere (nel 60% dei pazienti studiati è stato a tal proposito necessario modificare il tipo o il dosaggio del farmaco).

Inoltre, dai risultati preliminari ottenuti valutando le caratteristiche fisiche, psichiche e cognitive di questi pazienti, emerge il nuovo obiettivo di acquisire una più specifica analisi di valutazione di questi parametri in diversi momenti del percorso multidisciplinare (alla diagnosi, dopo eventuale intervento chirurgico e dopo ogni importante fase terapeutica con ripetuti *follow-up*). Questi studi futuri potrebbero essere molto utili per comprendere l'impatto globale delle varie terapie. In particolare la modulazione della terapia antiepilettica, elemento imprescindibile della gestione multi specialistica del paziente neuro-oncologico, potrebbe essere effettuata non solo per controllare le crisi e ridurre al minimo gli eventuali effetti collaterali, ma anche in base alle modificazioni della sfera neuro-cognitiva, al fine ultimo di migliorare la qualità di vita del paziente.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: ida.donnini@gmail.com

TM

CONVENZIONI

Il **Centro Zen**, Fisioterapia ed Estetica, sito in Via Paganini 28 a Firenze, offre uno sconto del 20% ai medici e ai loro familiari.

Tel. 055.4379758; sito:www.centrozen.it; e-mail: centrozen.fisioterapia@gmail.com

Obiettivi di appropriatezza prescrittiva

Pubblichiamo l'allegato A della Delibera di Giunta Regionale n°201 del 25/03/2013 "Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie Toscane per farmaci e dispositivi medici per l'anno 2013" con il quale vengono individuati i parametri per un corretto e appropriato uso di medicinali e dispositivi.

Farmaceutica territoriale

1) Farmaci presenti nelle Liste di trasparenza

1.1 L'incidenza dei farmaci presenti nelle Liste di Trasparenza deve rappresentare, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, su base annua, almeno il **72%** del totale delle confezioni erogate in regime convenzionale;

2) Inibitori della pompa acida (ATC=A02BC)

2.1 L'impiego dei farmaci inibitori della pompa acida (codice ATC= A02BC) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, entro il limite di **18** unità posologiche all'anno per assistito pesato;

3) Inibitori della HMG CoA reduttasi (Statine), (ATC=C10AA)

3.1 Per gli inibitori della HMG CoA reduttasi (codice ATC=C10AA) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il **92%** del totale delle unità posologiche del gruppo C10AA;

4) Adesione alla terapia a base di Inibitori della HMG CoA reduttasi associati e non associati, (ATC=C10AA e C10BA)

4.1 Dei pazienti trattati con Inibitori della HMG CoA reduttasi associati e non associati, a livello regionale ed in ogni singola Azienda, minimo il **45%** deve essere trattato con almeno **290** unità posologiche all'anno;

4.2 La percentuale dei pazienti trattati con farmaci a base di Inibitori della HMG CoA reduttasi associati e non associati, con prescrizioni superiori a **420** unità posologiche all'anno non deve superare il **2%** dei pazienti

5) Sostanze modificatrice dei lipidi, associazioni (ATC=C10B)

5.1 L'impiego dei farmaci Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni (ATC=C10B) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale

ed in ogni singola Azienda USL, entro il limite di **30** unità posologiche per 100 abitanti (popolazione pesata) all'anno;

6) Inibitori selettivi della serotonina, (ATC=N06AB)

6.1 L'impiego dei farmaci Inibitori Selettivi della Serotonina (ATC=N06AB) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, su base annua, entro il limite di **30** Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die;

6.2 Gli inibitori selettivi della serotonina, erogati in regime convenzionale, a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il **90%** del totale delle unità posologiche del gruppo N06AB.

7) Altri antidepressivi, (ATC=N06AX)

7.1 L'impiego dei farmaci Altri antidepressivi (ATC=N06AX) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, su base annua, entro il limite di **7** Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die;

7.2 Gli altri antidepressivi, erogati in regime convenzionale, a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il **90%** del totale delle unità posologiche del gruppo N06AX.

8) Adesione alla terapia a base di farmaci antidepressivi (ATC=N06A)

8.1 Dei pazienti trattati con Antidepressivi, a livello regionale ed in ogni singola Azienda, massimo il **15%** deve essere trattato con meno di tre confezioni all'anno;

8.2 La percentuale dei pazienti trattati con farmaci Antidepressivi, con prescrizioni superiori a **450** Dosi Definite Giornaliere (DDD) all'anno non deve superare il **2%** dei pazienti

9) Farmaci ad azione sul Sistema renina-angiotensina (ATC=C09)

9.1 L'impiego dei farmaci Antagonisti dell'Angiotensina II associati e non associati (codici ATC C09C e C09D) erogati in regime convenzionale, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, su base annua, entro il limite del 30%, in termini di unità posologiche, del totale delle unità posologiche erogate del gruppo terapeutico Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina (codice ATC=C09);

10) Antagonisti dell'angiotensina II non associati ed associati (ATC=C09C, C09D)

10.1 Per gli Antagonisti dell'angiotensina II non associati ed associati (codici ATC=C09C e C09D) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 90% del totale delle unità posologiche dei gruppi C09C e C09D;

11) ACE inibitori non associati ed associati (ATC=C09A, C09B)

11.1 Per gli ACE inibitori non associati (codice ATC=C09A) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 99,5% del totale delle unità posologiche del gruppo C09A;

11.1 Per gli ACE inibitori associati (codice ATC=C09B) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 90% del totale delle unità posologiche del gruppo C09B;

11.1 Per i farmaci a base di Perindopril non associato e associato (codici ATC=C09AA04 e C09BA04) erogati in regime convenzionale, i farmaci generici unbranded devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche dei gruppi C09AA04 e C09BA04;

12) Derivati diidropiridinici (ATC=C08CA)

12.1 Per i Derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

13) Antibiotici (ATC=J01)

13.1 L'impiego dei farmaci Antibiotici (codice ATC=J01) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, su base annua, entro il limite di 19 Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die;

13.2 L'incidenza delle confezioni iniettabili non deve superare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, il 20% delle confezioni totali di antibiotici (codice ATC=J01) erogati in regime convenzionale;

13.3 Per i Fluorochinoloni (codice ATC=J05MA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di dosi erogate, almeno il 95% del totale delle dosi del gruppo J05MA;

14) Farmaci che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione (ATC=M05B)

14.1 Per i farmaci Bifosfonati associati e non (ATC=M05BA e M05BB) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di dosi erogate, almeno il 75% del totale delle dosi dei gruppi M05BA e M05BB;

14.2 All'interno della classe dei Farmaci che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione (ATC=M05B) erogati in regime convenzionale i bifosfonati (ATC=M05BA) devono rappresentare su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di dosi erogate, almeno il 70% del totale delle dosi del gruppo M05B;

15) Farmaci Nota 79

15.1 Dei pazienti trattati con farmaci soggetti a nota AIFA 79, a livello regionale ed in ogni singola Azienda, minimo il 55% deve essere trattato con almeno 290 unità posologiche all'anno;

15.2 Dei pazienti con 65 anni e + che hanno avuto un ricovero per frattura di femore e sono stati trattati con farmaci soggetti a nota AIFA 79, a livello regionale ed in ogni singola Azienda, minimo il 70% deve essere trattato con almeno 290 unità posologiche all'anno;

16) Terapia del dolore

16.1 Il consumo dei farmaci a base di morfina associata e non associata, erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, a livello regionale ed in ogni singola Azienda, su base annua non deve essere inferiore a 7 milligrammi pro-capite calcolato sulla popolazione pesata;

16.2 Il consumo di farmaci a base di morfina

associata e non associata sul totale dei farmaci per la terapia del dolore severo erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve rappresentare a livello regionale ed in ogni singola Azienda, su base annua, almeno il 10% in termini di dosi erogate. Si precisa che ai fini del calcolo sono considerate le molecole individuate nella scala OMS per la cura del dolore severo;

6.3 Il consumo dei farmaci per la terapia del dolore severo erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, a livello regionale ed in ogni singola Azienda, su base annua, non deve essere inferiore a 2,5 ddd per mille abitanti/die. Si precisa che ai fini del calcolo sono considerate le molecole individuate nella scala OMS per la cura del dolore severo;

17) Adrenergici per aerosol (ATC=R03A)

17.1 Il consumo di farmaci classificati con codice ATC R03AK = Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie, erogati in regime convenzionale, a livello regionale ed in ogni singola Azienda, su base annua, deve rappresentare al massimo il 50% delle dosi dei farmaci Adrenergici per aerosol (ATC=R03A);

17.2 Il consumo di farmaci a base di Salmeteterolo associato erogati in regime convenzionale, su base annua, deve mantenere un'incidenza percentuale sul totale gruppo R03AK = Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie, non inferiore a quella registrata, a livello di singola Azienda, per l'anno 2012; Relativamente all'assistenza farmaceutica convenzionata saranno oggetto di monitoraggio i seguenti indicatori:

18.1 Incidenza del numero di pazienti con spesa trimestrale superiore a 300 euro;

18.2 Numero di molecole erogate per pazienti con età superiore a 80 anni;

Farmaceutica ospedaliera

19) Eritropoietina (ATC=B03XA01)

19.1 Per i farmaci a base di Eritropoietina (ATC=B03XA01) erogati in distribuzione diretta, DPC o utilizzati all'interno dei presidi sanitari, i farmaci biosimili devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di Unità Internazionali (UI) erogate, almeno il 65% del totale delle UI del gruppo B03XA01; ai fini del calcolo si considerano le sostanze a base di eritropoietina alfa, eritropoietina teta ed eritropoietina zeta;

19.2 Per i farmaci a base di Eritropoietina (ATC=B03XA01) erogati in distribuzione diretta, DPC o utilizzati all'interno dei presidi sanitari, i farmaci a base di eritropoietina beta devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di Unità

Posologiche erogate, massimo il 15% del totale delle UP del gruppo B03XA01;

20) Somatropina (ATC=H01AC01)

20.1 Per i farmaci a base di Somatropina (ATC=H01AC01) erogati in distribuzione diretta, DPC o utilizzati all'interno dei presidi sanitari, i farmaci biosimili devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di Unità Posologiche (UP) erogate, almeno il 50% del totale delle UP del gruppo H01AC01;

21) Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA)

21.1 Per i farmaci a base di Filgrastim (ATC=L03AA02) erogati in distribuzione diretta, DPC o utilizzati all'interno dei presidi sanitari, i farmaci biosimili devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di Unità Posologiche (UP) erogate, almeno il 90% del totale delle UP del gruppo L03AA02;

21.2 I farmaci a base di Filgrastim (ATC=L03AA02) erogati in distribuzione diretta, DPC o utilizzati all'interno dei presidi sanitari devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, in termini di Unità Posologiche (UP) erogate, almeno il 70% del totale delle UP del gruppo L03AA = Fattori di stimolazione delle colonie;

22) Antibiotici (ATC=J01)

22.1 L'incidenza delle confezioni iniettabili non deve superare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, il 45% delle Unità posologiche totali di antibiotici (codice ATC=J01) somministrati in regime di ricovero o ambulatorialmente. Dal calcolo sono esclusi gli antibiotici somministrati in sale operatorie e in rianimazione.

23) Fattore VIII (ATC=B02BD02 e B02BD06)

23.1 L'incidenza del numero di Unità Internazionali di Fattore VIII a base di DNA ricombinante non deve superare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, il 60% delle Unità Internazionali totali di Fattore VIII (ATC= B02BD02 e B02BD06);

24) Fattore IX (ATC=B02BD04 e B02BD09)

24.1 L'incidenza del numero di Unità Internazionali di Fattore IX (ATC = B02BD04) non deve essere inferiore, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, al 35% delle Unità Internazionali totali di Fattore IX e Nonacog (ATC= B02BD04 e B02BD09);

25) Albumina (ATC=B05AA01)

25.1 Il consumo di farmaci a base di albumina a livello regionale ed in ogni singola Azienda, su base annua, non deve superare i 300 mg per abitante

25.2 Monitoraggio del consumo di farmaci a base di albumina per giornata di degenza per ogni singola Azienda sanitaria;

Relativamente all'assistenza farmaceutica in erogazione diretta saranno oggetto di monitoraggio i seguenti indicatori:

26) Farmaci Oncologici (ATC=L01)

26.1 Spesa media per paziente trattato con riferimento ai soli farmaci erogati direttamente.

26.2 Incidenza percentuale dei farmaci appartenenti al gruppo L01X (farmaci ad alto costo) sul totale della classe L01;

26.3 Monitoraggio della percentuale di rimborsi da Onco Aifa per le singole specialità medicinali rispetto ai consumi rilevati nel flusso FES;

27) Farmaci anti tnf_ alfa (ATC =L04AB)

27.1 Spesa media per paziente trattato con riferimento ai soli farmaci erogati direttamente;

27.2 Spesa per disciplina di erogazione;

28) Farmaci antivirali per il trattamento da HIV (ATC=J05A)

28.1 Spesa media per paziente trattato con riferimento ai soli farmaci erogati direttamente;

Dispositivi medici**1 Consistenza e qualità dei dati**

1.1 La spesa rilevata nel flusso DES deve avere una copertura almeno del 95% rispetto alla spesa rilevata nei modelli CE per le voci relative ad acquisti dispositivi;

1.2 Il numero di record con codice RDM corretto deve rappresentare, a livello regionale e in ogni singola Azienda sanitaria, almeno il 95% del totale dei record che prevedono la rilevazione di dispositivi iscritti alla Repertorio dei Dispositivi Medici;

1.3 Il numero di record con campi disciplina e progressivo divisione corretto deve rappresentare a livello regionale ed in ogni singola Azienda su base annua, almeno il 90% del totale dei record inviati nel flusso DES;

2 Monitoraggio gare dispositivi

Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di utilizzo indicati nelle procedure pubbliche di acquisto relativamente a: Stent DES Protesi

d'anca primo impianto Pace maker, defibrillatori ed elettrocateri

3. Attivazione monitoraggio

Relativamente all'utilizzo di dispositivi medici saranno oggetto di monitoraggio i seguenti indicatori:

3.1 Numero di prodotti utilizzati per CND (ultimo livello) al fine di valutare la variabilità aziendale;

3.2 Spesa per dispositivi medici per giornata di degenza: l'analisi effettuata a livello di singola disciplina;

3.3 Monitoraggio del consumo di siringhe, guanti e dispositivi di assorbimento per giornata di degenza;

3.4 Monitoraggio della spesa e del consumo delle seguenti categorie di dispositivi:

H0202 Suture chirurgica aperta;

H0203 Suture per videochirurgia;

K0101 Trocar e kit monouso;

K0102 Strumentario monouso per chirurgia mini-invasiva;

K0202 D.M. per chirurgia con generatore a ultrasuoni;

K0203 D.M. per chirurgia con generatore a radiofrequenza;

L1303 Forbici pluriuso per chirurgia robotica;

L1304 Pinze pluriuso per chirurgia robotica;

L1399 Strumentario pluriuso per chirurgia robotica;

T0302 Protezioni per chirurgia robotica;

3.5 Monitoraggio dell'incidenza della spesa per acquisti fuori gara per singola CND, sul totale della spesa, il monitoraggio riguarda solo i dispositivi per i quali esistono gare attive.

Farmacovigilanza

Raggiungimento del GOLD STANDARD dell'OMS uguale a 300 Segnalazioni per milione di abitanti.

Raggiungimento di 100 Segnalazioni per 100.000 Giornate di Degenza (Giornate di degenza ordinarie + degenze in Day Hospital).

Dispositivovigilanza

Raggiungimento uguale a 150 Segnalazioni per Milione di abitanti.

Raggiungimento di 15 Segnalazioni per 100.000 Giornate di Degenza (Giornate di degenza ordinarie + degenze in Day Hospital).



Indicazioni e consigli per difenderti dalle ondate di calore.

Regione Toscana

Estate anziani



Gli effetti delle ondate di calore possono provocare danni alla salute, in particolare alle persone della terza età, più esposte ai disturbi provocati dalle temperature elevate.

Segui una serie di piccoli accorgimenti e consigli per star bene.

In casa

- scegli le prime ore del mattino per rinfrescare i locali dell'abitazione;
- impedisce l'ingresso dei raggi solari con tende alle finestre, persiane, veneziane e scuri per controllare la temperatura delle stanze;
- soggiorna nelle zone più fresche della casa e preferisci gli ambienti ventilati;
- cerca di trascorrere poco tempo ai piani alti delle abitazioni con tetti e solai non bene isolati e nelle zone esposte al sole: non ricevono la giusta areazione;
- limita l'uso dei fornelli e del forno che tendono a riscaldare l'ambiente domestico;
- lavati con acqua tiepida: rinfresca e dà una sensazione di benessere;
- privilegia l'uso di un condizionatore d'aria, ma è buona regola non abbassare eccessivamente la temperatura rispetto all'esterno per evitare bruschi sbalzi termici;
- se usi ventilatori meccanici non indirizzarli direttamente sulle persone e regolali in modo che l'aria circoli in tutto l'ambiente;
- bevi molti liquidi e preferisci bevande non alcoliche e senza caffeina. Adotta un'alimentazione leggera a base di frutta, verdura, pesce e conserva gli alimenti;
- a letto evita coperte e pigiami aderenti, meglio un lenzuolo.

Fuori casa

- evita di uscire nelle ore calde della giornata (dalle 11 alle 17) ed evita l'esposizione diretta al sole;
- preferisci i vestiti di colore chiaro, non aderenti e possibilmente di cotone e lino (evita fibre sintetiche). Non dimenticare occhiali da sole e cappello;
- se svolgi attività fisica, programmala al mattino presto o dopo il tramonto;
- trascorri più tempo possibile in ambienti climatizzati (negozi o altri luoghi pubblici).

In auto

- se l'auto non ha climatizzatore, evita di viaggiare nelle ore più calde della giornata;
- se hai parcheggiato l'auto al sole, prima di iniziare il viaggio, ventila l'abitacolo per abbassare la temperatura interna;
- se devi fare un lungo viaggio porta dell'acqua con te, potrà essere utile soprattutto nel caso di code o rallentamenti;
- non lasciare persone o animali, nemmeno per brevi periodi, nell'auto parcheggiata al sole;
- se l'auto è climatizzata, prima di fermarsi per la sosta, regola la temperatura su valori di circa 5°C inferiori a quella esterna;
- usa tendine parasole;
- evita di orientare le bocchette della climatizzazione verso il conducente e i passeggeri.

Uso dei farmaci

- leggi attentamente le modalità di conservazione riportate sulle confezioni dei farmaci.
- Qualora non fossero esplicitate, conserva i farmaci nella loro confezione, lontano da fonti di calore e da irradiazione solare diretta e, comunque, a temperatura inferiore ai 30°C;
- il caldo può potenziare l'effetto di molti farmaci utilizzati per la cura dell'ipertensione e di molte malattie cardiovascolari. E' opportuno quindi effettuare un controllo più assiduo della pressione arteriosa ed eventualmente richiedere il parere del medico curante.
- Ogni decisione sulla terapia deve essere presa sempre in accordo con il medico alla luce di ogni singola situazione clinica.

Consiglio Sanitario Regionale

Consulenze intraoperatorie: raccomandazioni regionali

Nella seduta del 9-04-2013 il CSR ha espresso parere favorevole (43/2013) alla proposta di raccomandazioni relative alla consulenza anatomo-patologica in corso di interventi chirurgici.

Si sottolinea che le singole aziende sanitarie devono individuare, sulla base della casistica chirurgica, i presidi ospedalieri che necessitano di una consulenza-anatomo patologica intraoperatoria.

Nel caso di centri Spoke, deve essere individuata una modalità di comunicazione tempestiva con i centri HUB di anatomia patologica.

Il principale fattore sensibile di questa tipologia di consulenze è il tempo, sia come percorso facilitato fra sala operatoria e laboratorio di ana-

tomia patologica, che come tempo di refertazione. Per aumentare la tempestività, l'anatomia patologica deve conoscere la "lista operatoria" con giusto anticipo ed il quesito diagnostico dovrà essere ben definito.

Il medico patologo fornirà tutte le valutazioni sia di ordine macroscopico che microscopico.

Il monitoraggio di questa attività è affidato ai responsabili delle U.O.C. di anatomia patologica. Per quanto attiene la valutazione degli esami differiti e dei falsi positivi o negativi, dovranno essere oggetto di discussione collegiale multidisciplinare.

Questa metodologia di lavoro potrà consentire il miglioramento della qualità del servizio ed il monitoraggio del rischio clinico.

Trattamento del dolore in Pronto Soccorso

Il sintomo dolore rappresenta uno dei motivi più comuni per cui le persone si rivolgono al Pronto Soccorso ed è quindi una delle cause di possibili attese, generalmente associate ad ansia e insoddisfazione se la "presa in carico" del problema non è immediata.

Per rispondere a questo problema il Piano Sanitario Regionale 2008 -2010 indica che "ogni Pronto Soccorso deve essere dotato di un protocollo per il trattamento del dolore, immediatamente successivo al triage, anche a gestione infermieristica".

Obiettivo del protocollo è quello di una tempestiva valutazione del dolore e di un suo eventuale rapido trattamento. Le modalità operative coinvolgono, oltre ai medici, anche l'infermiere di P.S. ed eventuali specialità dove il paziente può essere inviato in regime di fast track.

Con parere n. 48/2013 il CSR ha approvato una "proposta di protocollo operativo" per il trattamento del dolore in P.S.. Per il personale infermieristico coinvolto in questa nuova attività viene previsto uno specifico percorso formativo. Il protocollo esclude tutti i casi per i quali il codice di priorità garantisce una valutazione precoce del paziente e si riferisce solo ai quadri clinici del dolore ai quali viene assegnato un grado di priorità medio bassa (codici verdi).

In sintesi l'operatività si articola in:

Valutazione del dolore

Viene indicato l'uso di alcune scale visuoanalogiche, verbali e basate su espressioni (scala delle

facce di Wong Bach), che mostrate al paziente consentono di raccogliere informazioni sul sintomo dolore e di rivalutarlo a distanza. Il dato raccolto viene convertito secondo la scala numerica NRS adottata dalla Regione Toscana nelle linee guida del triage.

Trattamento del dolore

Ai soggetti che soddisfano i criteri di inclusione l'infermiere di triage, in base all'età e all'intensità del dolore, somministrerà per via orale paracetamolo e/o ibuprofene, oppure un oppioide secondo uno schema dettagliato nel protocollo.

Rivalutazione dopo terapia analgesica

Da eseguire dopo un massimo di 30' dalla terapia.

Nel caso di risposta assente l'infermiere avvertirà il medico.

Trattamento definitivo

Il medico a cui spetta la gestione del paziente in P.S. valuterà il paziente e procederà a richiedere eventuali approfondimenti diagnostici. Alla dimissione di ogni paziente il medico si assicurerà della risoluzione del sintomo dolore, prescriverà eventuale terapia analgesica fino a quando il paziente non possa essere rivalutato dal proprio medico.

Raccolta dati

Tutti i dati verranno registrati dall'infermiere di triage sul programma di gestione informatizzata delle attività.

Regione Toscana

Il diario del cittadino online.

Con la Carta Sanitaria Elettronica scrivi il tuo diario sanitario e inserisci i vecchi esami online. Liberi scaffali e cassetti di casa e i tuoi dati sono al sicuro.

Attivala alla Asl o in farmacia



numero verde
800 004 477

Con la Carta sanitaria elettronica (Cse) scrivi il diario del cittadino online.

È un'area personale presente nel tuo Fascicolo sanitario elettronico dove puoi scrivere direttamente dati sanitari, informazioni che ritieni utili (stile di vita, vaccinazioni, farmaci e promemoria per controlli medici) e inserire documenti (referti di esami effettuati in strutture non convenzionate, referti archiviati in casa o precedenti all'attivazione del fascicolo).

Per accedervi devi aver attivato la Cse presso l'azienda sanitaria o nelle farmacie dedicate e aver ricevuto il codice Pin per l'identificazione sicura online.

Collegati a www.regione.toscana.it/cartasanitaria, installa sul computer il lettore smart-card acquistabile anche presso l'azienda sanitaria, inserisci la Cse e con il Pin di accesso entra nel tuo fascicolo sanitario elettronico.

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici online in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria

Esordio della tiroidite di Hashimoto in un'ampia casistica di soggetti in età evolutiva



Salvatore Seminara, professore Associato dell'Univ. di FI. Coordinatore del Corso Integrato di Pediatria Gen. e Specialistica della Facoltà di Med. e Chir. dell'Univ. di FI. Direttore della Scuola di Spec. in Pediatria dell'Univ. di FI. Resp. della SOD di Auxoendocrinologia dell'AOU Meyer. Autore di 234 pubblicazioni prevalentemente su temi di Endocrinologia Pediatrica ed Auxologia.

L'esordio della tiroidite di Hashimoto è generalmente insidioso e sfumato. I segni e sintomi all'inizio sono scarsi e la malattia può decorrere a lungo in modo monosintomatico o asintomatico. Vi sono, infatti, numerosi casi in cui pur essendo già presenti alterazioni infiammatorie notevoli a carico della tiroide o la presenza di anticorpi anti tiroide in circolo, la funzione della ghiandola rimane normale o solo lievemente alterata, senza alcuna manifestazione clinica. È quindi importante identificare le manifestazioni anamnestiche, semeiologiche, laboratoristiche (endocrinologiche ed immunologiche) ed ecografiche che possono accompagnare l'esordio della malattia.

A questo proposito abbiamo studiato un'ampia casistica di pazienti affetti da Tiroidite di Hashimoto seguiti per molti anni presso la SOD di Auxoendocrinologia dell'AOU Meyer di Firenze, nelle cui cartelle cliniche sono stati ricercati le manifestazioni d'esordio della malattia o quelle che avevano generato il primo sospetto clinico.

MATERIALI E METODI

La casistica studiata comprende 206 pazienti, 48 maschi (23,3%) e 158 femmine (76,7%) con un rapporto femmine:maschi di 3,3:1. L'età dei soggetti studiati va da 1 mese a 19 anni e 5 mesi con una media di $12,5 \pm 2$ anni.

Dalla cartella clinica di ognuno di questi pazienti sono stati rilevati i parametri d'esordio della malattia utili per il nostro studio: l'anamnesi mirata (presenza di familiarità per tiroidite di Hashimoto o altre patologie tiroidee o malattie autoimmuni), i dati auxologici, l'esame obiettivo completo con particolare attenzione alla tiroide e alle possibili manifestazioni periferiche collegate, gli esami di laboratorio e quelli strumentali.

La determinazione di TSH, FT3, FT4, anticor-

pi antitireoglobulina e antitireoperossidasi era stato effettuato su un prelievo di sangue venoso eseguito al mattino, dopo un digiuno notturno di circa 12 ore.

S. SEMINARA, G. BONCIANI, G. ANZILOTTI, F. RICCI, P. SCALINI, M. ANTONELLO

Dipartimento di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino, Università degli studi di Firenze. SOD di Auxoendocrinologia AOU Meyer Firenze

TSH (range di riferimento 0,85-4,5 μ UI/ml), FT3 (range di riferimento 2,45-5,77 pg/dl), FT4 (range di riferimento 0,80-1,80 ng/dl), anticorpi antitireoperossidasi (range di riferimento < 35 UI/ml) e anticorpi antitireoglobulina (range di riferimento < 40 UI/ml) sono stati dosati con immunoassay enzimatici.

La valutazione ecografica è stata effettuata per studiare dimensioni, caratteristiche ed ecogenicità nella tiroide e con la tecnica colorDoppler è stata determinata distribuzione ed entità del flusso vascolare.

RISULTATI

L'età di esordio è risultata inferiore ai 5 anni (6%) in 12 pazienti, tra i 5 e i 10 anni in 59 (28%) e oltre i 10 anni in 135 (66%). Essendo quest'ultimo gruppo il più numeroso è stato suddiviso a sua volta in varie fasce (Figura 1): l'età più frequente all'esordio è stata quella tra i 12 e i 13 anni.

La familiarità (Figura 2) è risultata negativa in 50 pazienti (25%), positiva per tiroidite di Hashimoto in 69 pazienti (33%), positiva per altre patologie della tiroide e altre malattie autoimmuni in 84 bambini (41%), in 3 bambini (1%) non è stato possibile indagare questo dato perché adottati.

In 46 pazienti (22%) sono state evidenziate anche altre malattie autoimmuni e/o sindromi presenti in associazione alla tiroidite di Hashimoto, di cui: 1 sindrome di Turner, 7 sindrome di Down, 3 alopecia, 1 gastrite autoimmune, 1 congiuntivite Vernal, 2 artrite idiopatica giovanile, 1 morbo di Addison, 3 vitiligine, 16 diabete mellito di tipo 1 e 22 celiachia; 9 erano affetti contemporaneamente da 2 o 3 patologie autoimmuni.

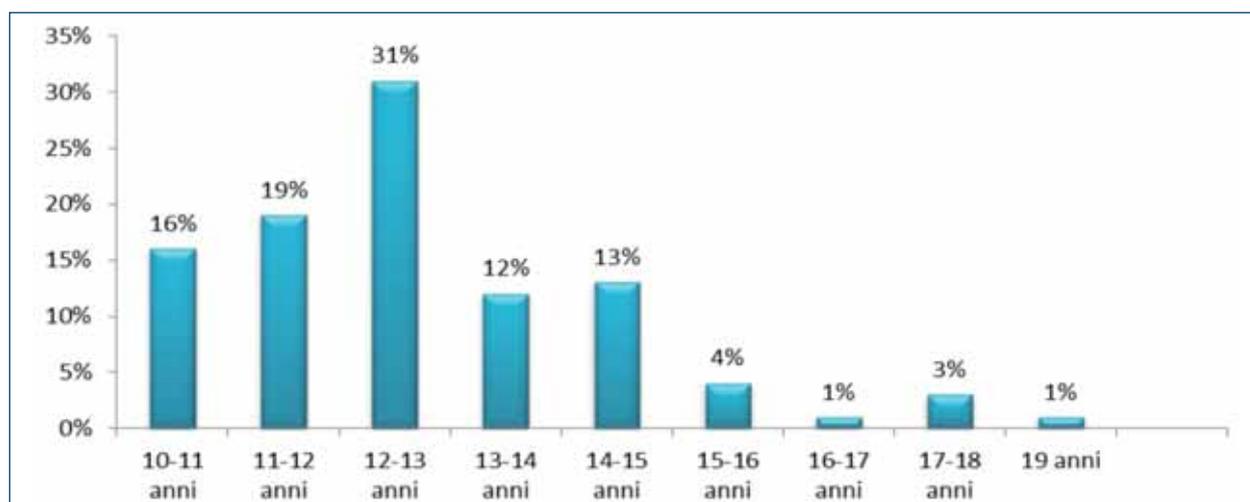


Figura 1 - Suddivisione in fasce del gruppo di età maggiore di 10 anni

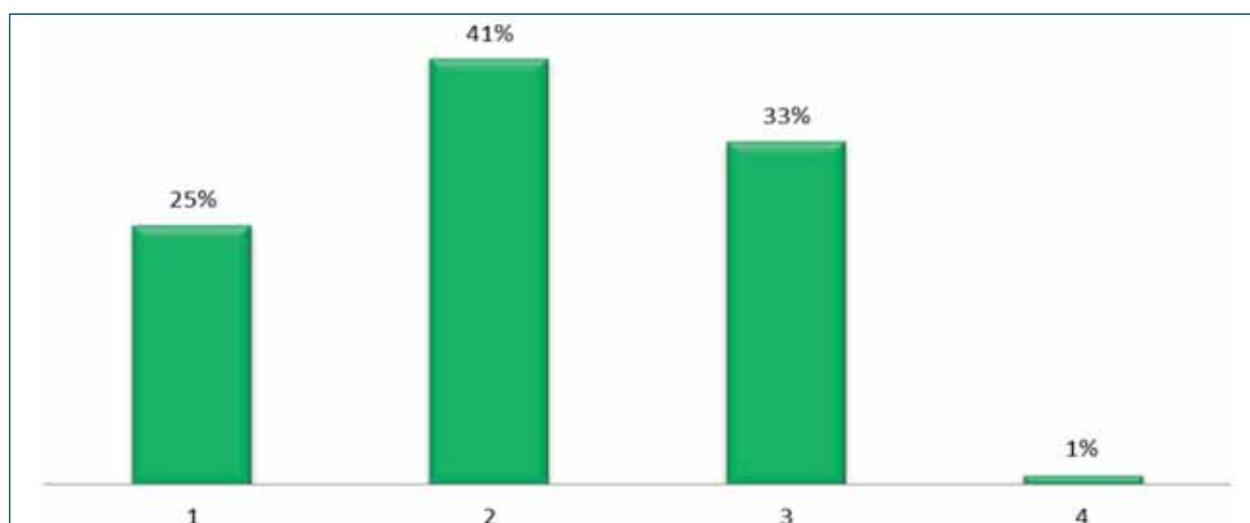


Figura 2 - Analisi della familiarità: 1 negativa, 2 positiva per altre patologie della tiroide o malattie autoimmuni, 3 positiva per tiroidite di Hashimoto, 4 anamnesi non disponibile

L'esame ecografico della tiroide (Figura 3) è risultato:

- negativo in 34 pazienti (17%);
- con positività lieve, ovvero con sola ipoecogenicità e lieve iperafflusso vascolare, in 45 bambini (22%);
- con positività marcata, cioè con ipoecogenicità diffusa, iperafflusso vascolare e conformazione mammellonata con multiple ipodensità, in 127 soggetti (61%).

All'esordio gli esami ematici (Figura 4) presentavano una funzionalità tiroidea normale o eutiroidismo in 99 pazienti (48%), mentre 107 presentavano una funzionalità alterata (52%). Di questi 7 erano in ipotiroidismo (3%), 88 in ipotiroidismo subclinico (43%), 7 in ipertiroidismo (3%) e 5 in ipertiroidismo subclinico (2%).

Gli autoanticorpi antitiroidei (Figura 5) sono risultati negativi in 41 soggetti (20%), mentre in 165 erano positivi (80%), di cui 109 positivi sia agli antiTPO che agli antiTg (53%), 35 positivi solo agli antiTPO (17%) e 21 positivi solo agli antiTg (10%).

Tutte queste categorie sono state raggruppate per studiare le combinazioni di funzionalità tiroidea, presenza degli autoanticorpi, familiarità e risultati ecografici.

L'associazione più rappresentata (56 pazienti con frequenza del 28%) è quella con la presenza di tutte e quattro le manifestazioni considerate: funzionalità tiroidea alterata, autoanticorpi positivi, familiarità per tiroidite e l'ecografia con pattern ipoecogeno disomogeneo e iperafflusso. Quasi altrettanto frequente è la combinazione dei parametri: anticorpi alterati, familiarità ed ecografia positive in eutiroidismo, accertata in 54 pazienti (27%). A seguire abbiamo osservato la presenza in 14 bambini (7%) di funzionalità alterata, anticorpi ed ecografia positivi.

Considerando due manifestazioni le combinazioni più significative sono risultate quelle tra anticorpi ed ecografia alterati, presenti in 19 soggetti (9%) e tra funzionalità tiroidea alterata e familiarità positiva per tiroidite, soprattutto se associati al sesso femminile, ritrovati in 14 pazienti (7%).

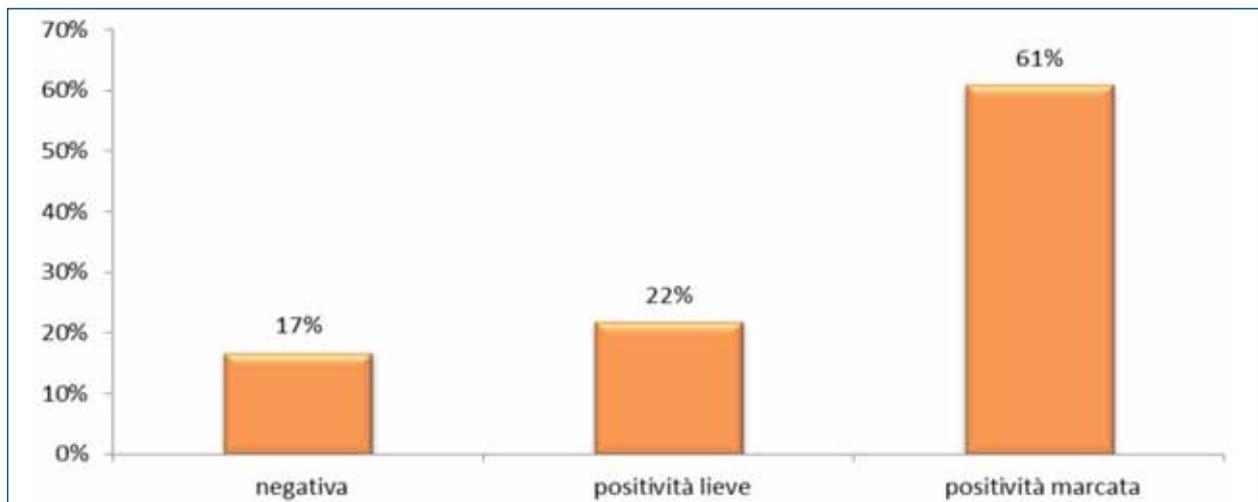


Figura 3 - Risultati dell'ecografia nella nostra casistica

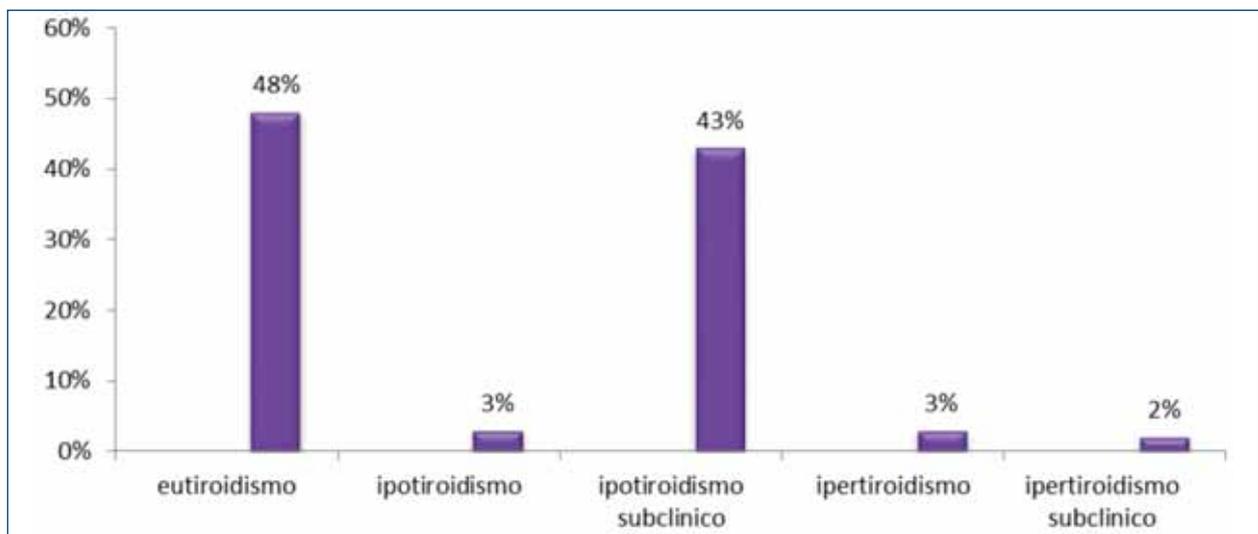


Figura 4 - Funzione tiroidea all'esordio

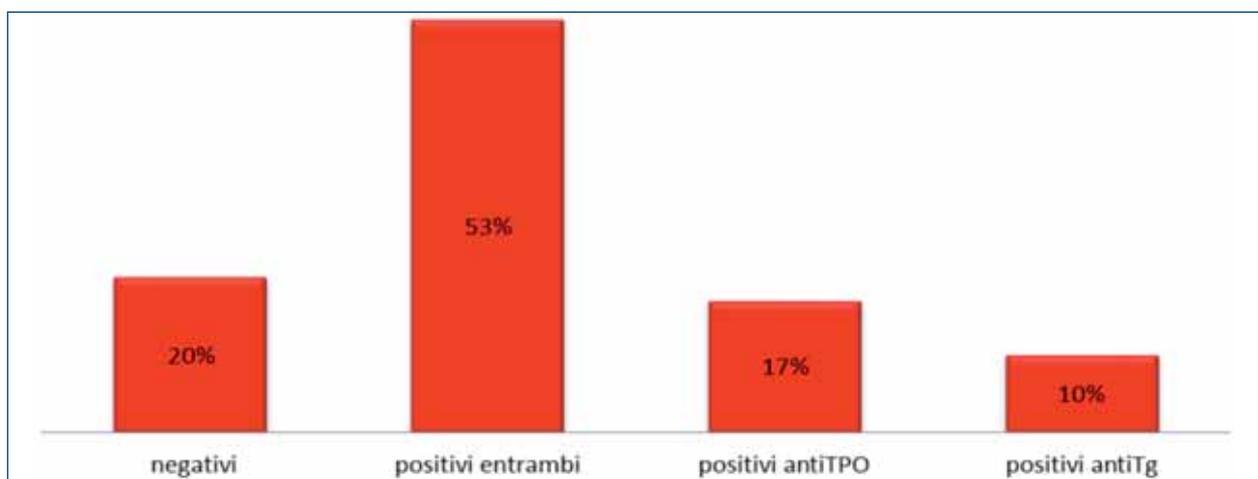


Figura 5 - Risultati delle analisi immunologiche

Infine la sola funzionalità tiroidea alterata non è stata riscontrata in nessun paziente, come la sola familiarità per tiroidite, che infatti prese singolarmente non permettono di fare diagnosi di tiroidite

di Hashimoto. La sola positività agli autoanticorpi è stata riscontrata in 2 bambini (1%), mentre la sola positività all'ecografia è stata accertata in 8 pazienti (4%).

DISCUSSIONE

In accordo con i dati presenti in letteratura, il nostro studio conferma che la tiroidite di Hashimoto all'esordio è più frequente nelle femmine in età puberale con funzionalità tiroidea ancora normale o al massimo con ipotiroidismo subclinico, quindi senza segni e sintomi della malattia e che i due elementi più rilevanti per una diagnosi precoce di tiroidite di Hashimoto, da soli o in associazione, sono la positività agli autoanticorpi e il caratteristico pattern ecografico. Tra i due è più significativa una positività marcata all'ecografia.

Inoltre, i nostri dati mostrano che le manifestazioni più frequenti all'esordio assieme alla positività agli autoanticorpi antitiroidei e ad un ca-

ratteristico pattern ecografico sono la familiarità e la funzionalità tiroidea alterata; tutti e quattro, da soli o in combinazione, possono essere presenti prima delle manifestazioni cliniche. Il loro rilievo quindi nella pratica medica permette una diagnosi precoce e un opportuno follow up dei pazienti, per instaurare una terapia adeguata appena necessaria in modo da evitare conseguenze sulla salute, sulla crescita e sullo sviluppo dei soggetti in età evolutiva.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: seminara@unifi.it; s.seminara@meyer.it

TM



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

Il diabete e il piede... o il piede diabetico nell'assistenza primaria

Antefatto

Tra le complicanze che si associano al diabete, il "piede" è tra le più frequenti, serie e costose.

Sebbene sia raro che un singolo medico di medicina generale (mmg) assista ad un evento di *amputazione* in uno dei suoi pazienti diabetici (l'incidenza/anno è di 6-8 casi per 1.000 pazienti diabetici, quindi la frequenza attesa è di 1 caso/mmg/10-13 anni), molte sono le considerazioni che ci stimolano ad una maggiore attenzione nei riguardi di questo problema.

- Il 40/60% di tutte le amputazioni non traumatiche degli arti inferiori sono eseguite su pazienti affetti da diabete.
- L'85% delle amputazioni diabetiche sono precedute da ulcere.
- 4 ulcere su 5 nei soggetti diabetici sono determinate da traumi esterni.
- La prevalenza varia tra il 4 e il 10% nella popolazione diabetica.
- Approssimativamente il 40-60% di tutte le amputazioni non traumatiche degli arti inferiori sono eseguite su pazienti

diabetici.

- Il rischio di una seconda amputazione è del 50% in tre anni e la mortalità nei pazienti amputati è molto elevata.

È dimostrato da molti studi clinici che il tasso di amputazioni può essere abbattuto del 50% se si applicano le seguenti regole:

1. ispezione regolare del piede e valutazione dell'idoneità della calzatura in soggetti ad alto ri-

SAFFI ETTORE GIUSTINI*, FEDERICA PAOLACCI**

* Medico di Medicina Generale Asl n. 3 Pistoia - eCCM Modulo Montale
** Infermiere eCCM

Piede diabetico ... Come identificare i soggetti a rischio

- Quattro ulcere su cinque nei soggetti diabetici sono determinate da traumi esterni (vale a dire l'80-90% delle lesioni), in pratica da *calzature inadeguate o che calzano male!*



schio durante la visita periodica;

2. educazione del paziente all'autocura del piede;

3. identificazione dei soggetti a rischio (diagnosi precoce di vasculopatia periferica e neuropatia);

4. trattamento aggressivo della patologia non ulcerativa;

5. continuo *follow-up* del paziente in caso di pregressa ulcera;

6. il più importante fattore di rischio per lo sviluppo di ulcere è la presenza di *neuropatia sensitivo-motoria periferica* (responsabile dal 70 al 100% delle lesioni), la cui prevalenza nella popolazione diabetica è in genere elevata, ma variabile dal 30 al 70% a seconda la tipologia dei pazienti studiati e i criteri diagnostici utilizzati;

7. la *vasculopatia periferica* (definita come indice di Winsor alterato <0,8-0,9), presente nel 10-20% dei diabetici, è responsabile del 10% delle ulcere diabetiche.

Pazienti diabetici a rischio generico di ulcere

- Diabetici con neuropatia periferica e ipoestesia.
- Diabetici con arteriopatia ostruttiva periferica.
- Diabetici incapaci di eseguire una normale toilette del piede.
- Pazienti con precedenti ulcerazioni degli arti inferiori.
- Pazienti con pregresse amputazioni.
- Diabetici neuropatici con dismorfismi del piede.
- Con ischemia critica.
- Con difficoltà economiche e privi di educazione sanitaria minima.

- Appartenenza a classi socio-economiche disagiate.

Fattori principali che concorrono a determinare le lesioni

- Alterazioni della sensibilità per lesioni legate alla neuropatia diabetica.
- Alterazioni circolatorie (micro e macroangiopatia).
- Calzature.
- Traumi ripetuti.
- Patologie ortopediche associate.
- Edemi arti inferiori.

Principali agenti lesivi esogeni

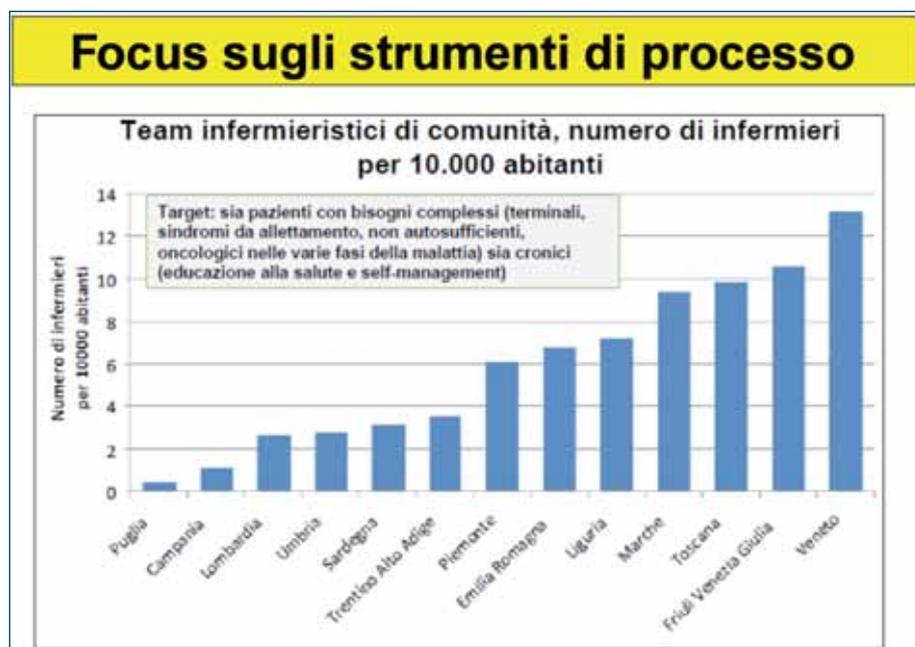
- Meccanici (traumatismi generati dalla stazione eretta o dalla marcia, lesioni da taglio, dalle calzature o dalle unghie delle dita vicine).
 - Termici (borse dell'acqua calda, pediluvii, scaldi sulla sabbia).
 - Chimici (callifughi, macerazione da sudore o creme).
- Infezioni micotiche o batteriche.

Cosa deve fare il team di assistenza primaria: l'integrazione per grandi risultati!

L'efficienza del Chronic Care Model è basata sull'interazione fra operatori che lavorano in maniera proattiva nel processo di cura di un paziente informato e consapevole esecutore del proprio trattamento, attraverso richiami periodici personalizzati.

Si viene così a configurare il passaggio da una passiva *medicina di attesa* alla *sanità di iniziativa*.

Il Chronic Care Model si pone con un approccio metodologico strutturato e al centro dell'attenzione c'è il rapporto medico di medicina generale



Infermieri di comunità per Regioni.

- infermiere - paziente che si esplica con un'assistenza personalizzata per educare e potenziare nel malato le capacità di autocura e gestione della propria salute, determinando una presa in carico globale, restando confermato il ruolo strategico della famiglia in tutto il percorso assistenziale.

È opportuno mantenere un livello di attenzione elevato sulla capacità dell'infermiere ad assistere questo tipo di paziente - "impaziente", attraverso piani formativi specifici soprattutto indirizzati alla gestione della relazione terapeutica e supportati da opportuni strumenti.

In Italia operano circa 50.000 medici di medicina generale, nel Regno Unito ve ne sono 35.000 ma utilizzano 150.000 infermieri di famiglia.

Piede diabetico... Cosa deve fare il team di assistenza primaria: poco tempo per grandi risultati!

1) Fornire sempre al paziente diabetico consigli comportamentali sull'autocura del piede.

2) Interrogare il paziente sulla presenza di disturbi che possono far sospettare una neuro- o vasculopatia periferica, vale a dire la presenza o la comparsa agli arti inferiori di: parestesie, senso di freddo, astenia, dolori durante il cammino (claudicatio), crampi muscolari.

3) **Visitare** i piedi dei pazienti diabetici:

- tutti i pazienti con diabete mellito devono essere sottoposti ad un esame completo del piede almeno una volta all'anno;

- l'ispezione dei piedi nei pazienti ad elevato rischio deve essere effettuata ad ogni visita.

Cosa osservare

La presenza di deformità, secchezza della cute (entrambi segni di neuropatia), macerazione interdigitale, presenza di microlesioni, ulcere, infezioni, unghie incarnite.

Cosa obiettivare

- Temperatura cutanea (col dorso della mano): se fredda, possibile vasculopatia, se molto calda, possibile neuropatia.

- Riflesso di Achille (ridotto o assente se neuropatia).

- Sensibilità superficiale (col diapason o più semplicemente col monofilamento).

- Pervietà delle arterie pedidia (sul dorso del piede) e malleolare posteriore mediale (ramo della tibiale posteriore, situata posteriormente al malleolo interno).

- Indice di Winsor: questo test è indicato se il paziente è diabetico da >20 anni, o ha >45 anni o ha segni di vasculopatia periferica (soffi, ipo-asmia arterie periferiche, claudicatio).

- Se sono presenti sintomi/segni gravi di neuro- o vasculopatia, è necessario programmare gli opportuni approfondimenti: visita neurologica

e/o elettromiografia, ecocolordoppler arti inferiori.

- L'esame obiettivo del piede, dopo idonea formazione, può essere eseguito in 10 minuti, tenuto conto che costituisce una parte considerevole dell'intero esame obiettivo del paziente diabetico e che fornisce notevoli informazioni sullo stato di avanzamento di due gravi complicanze della malattia (neuropatia e vasculopatia).

Conclusioni

Superare il dualismo *ospedale / territorio* ci sembra un aspetto culturale dagli importanti riflessi pratici: le strutture ospedaliere come i presidi territoriali sono *da intendersi* come luoghi di erogazione di cure di unico servizio sanitario regionale deputato a soddisfare, in momenti diversi e in situazioni differenti, il bisogno assistenziale del cittadino malato.

In questa prospettiva il personale sanitario si adopererà a prestare la propria opera nel contesto più adatto alle necessità socio-assistenziali soprattutto nei pazienti affetti da cronicità.

È evidente che del processo di cura del paziente con piede diabetico potrà avvenire soltanto se saremo messi in condizione di *andare a cercare / scovare / trovare* quei malati che solo raramente accedono all'assistenza primaria, agli ambulatori dei medici di medicina generale, perché fragili, soli e spesso con basso livello socioeconomico.

In questo aspetto dell'assistenza primaria, peculiare della *sanità di iniziativa* ci potrà molto aiutare una formazione multidisciplinare e l'integrazione multiprofessionale con una particolare attenzione all'infermiere *dedicato* e preparato nella gestione dei sistemi di allerta e di richiamo.

Piede diabetico ... cosa non fare...

- Camminare a piedi nudi (rischio di ferite).
- Utilizzare sandali, che lascino le dita scoperte (rischio di ferite).
- Utilizzare solette di plastica o in gomma o calzature con materiali impermeabili.
- Utilizzare elastici stretti, calze autoreggenti, calzini rammendati.
- Tagliare le unghie troppo corte (rischio di ferirsi con le forbicine).
- Pulire la cute con alcool o con disinfettanti, specie se colorati (potrebbero mascherare un'eventuale piccola ferita).
- Farsi curare il piede dal callista (rischio di infezioni).
- Usare callifughi chimici o lamette da barba o lime metalliche, per trattare i calli.
- Scaldare i piedi (quando sono freddi) con fonti dirette di calore, quali, ad esempio, borse d'acqua calda, stufe elettriche (rischio di scottature).

TM

Il corretto uso dei supplementi nutrizionali orali



Sebastiano Giallongo, medico chirurgo, Direttore della S.O.S. Nutrizione Clinica dell'Azienda Sanitaria di Firenze, Coordinatore Didattico per la Toscana della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo, Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Firenze.

La prescrizione del supporto nutrizionale

I supplementi nutrizionali orali, comunemente chiamati integratori, sono *prodotti a fini medici speciali* che costituiscono una fonte concentrata di macro e micronutrienti e contengono, in alcuni casi, anche principi attivi naturali ad azione nutraceutica.

Vengono somministrati allo scopo di integrare una dieta giornaliera non adeguata a coprire i fabbisogni proteico-calorici quando si voglia ripristinare un adeguato stato nutrizionale nel paziente malnutrito o si voglia prevenire la perdita di massa magra e grassa in un soggetto a rischio di malnutrizione.

Spesso tra gli integratori vengono erroneamente annoverati anche gli addensanti e l'acqua gelificata che, in realtà, non hanno nessuna valenza nutrizionale e sono solo *adiuvanti* da aggiungere all'acqua e agli alimenti frullati. Il loro uso, che dovrebbe essere sempre preceduto da una valutazione foniatrica e logopedica, è riservato ai pazienti affetti da disfagia di varia origine e permette di evitare la nutrizione enterale assicurando adeguati apporti nutrizionali per os, grazie alla possibilità di modulare la consistenza, l'omogeneità e la viscosità del bolo, riducendo così il rischio di broncopneumonia ab ingestis.

Prima di ricorrere all'uso degli ONS, dovrà essere effettuato un corretto *counseling nutrizionale* teso ad incoraggiare l'incremento degli *intakes* ricorrendo all'uso di alimenti naturali che facciano parte

della *storia alimentare* del paziente. A questo proposito al soggetto malnutrito o a rischio di malnutrizione verrà consigliato il consumo di cibi ad elevato contenuto calorico e/o proteico (dolci, uova, latte e derivati ecc...), l'inserimento di snacks tra i pasti principali e l'aggiunta alle varie ricette di condimenti ad elevata densità calorica (latte intero, panna, burro, margarina, mascarpone, parmigiano ecc...).

La prescrizione di supplementi nutrizionali orali dovrà essere effettuata solo quando, a causa di patologie primarie o concomitanti, risulti

impossibile incrementare gli apporti di macro e micronutrienti attraverso la *fortificazione* della dieta naturale, in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- indice di massa corporea (BMI) inferiore a 18,5;
- involontaria perdita di peso superiore al 10% negli ultimi 6 mesi;
- BMI inferiore a 20 con involontaria perdita di peso superiore al 5% negli ultimi 3 mesi;
- insufficiente o assente alimentazione naturale negli ultimi 5 giorni o nei cinque giorni successivi;
- ridotta capacità di assorbimento o elevata perdita di nutrienti a livello intestinale;
- fabbisogni nutrizionali incrementati a causa di patologie condizionanti una condizione di ipercatabolismo;

SEBASTIANO GIALLONGO*, CLAUDIA MANDOLA**

* Direttore S.O. Nutrizione Clinica Azienda USL 10 Firenze

** Tirocinante S.O. Nutrizione Clinica Azienda USL 10 Firenze

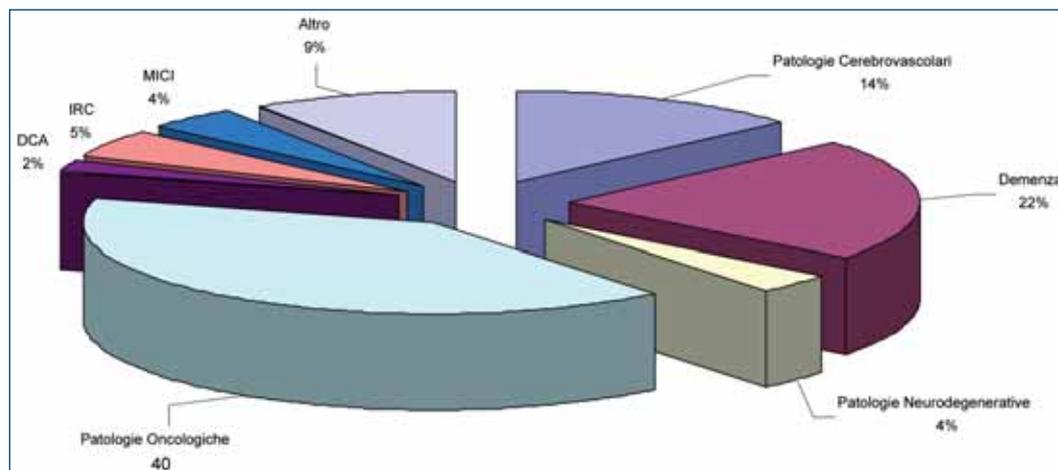


Figura 1 - Pazienti in integrazione orale.

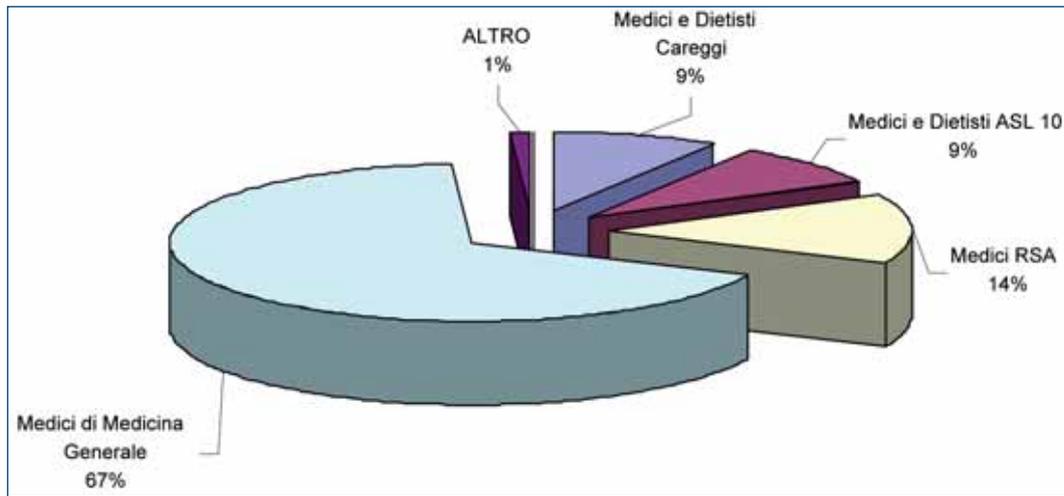


Figura 2 - Prescrittori.

- malnutrizione in soggetti candidati ad intervento chirurgico.

È importante sottolineare che l'uso dei supplementi nutrizionali orali non può essere lasciato alla libera scelta del paziente ma dovrà sempre conseguire ad una prescrizione medica specialistica e dovrà presupporre una precisa valutazione iniziale del paziente e un monitoraggio periodico dello stato nutrizionale; solo in questo modo sarà possibile evitare il rischio di *inappropriatezza* che consegue alla non precisa quantificazione dei fabbisogni e al mancato aggiornamento del piano nutrizionale.

In realtà i dati della letteratura evidenziano che molto spesso, soprattutto nei pazienti anziani istituzionalizzati, l'uso dei supplementi nutrizionali orali avviene senza controllo medico, con dosaggi che non conducono ad un inquadramento nutrizionale preliminare, e senza alcuna rilevazione della quantità di prodotto effettivamente assunto.

Inoltre molti piani nutrizionali non sono oggetto di rivalutazione e vengono mantenuti immutati anche in soggetti che avrebbero bisogno di una rimodulazione degli apporti o che, in alcuni casi, andrebbero svezzati, con un conseguente incremento della spesa sanitaria non giustificato da esigenze cliniche.

A tale proposito è opportuno ricordare che i costi legati all'integrazione nutrizionale costituiscono quasi il 30% della spesa complessiva annuale di un Servizio di Nutrizione Clinica che effettui anche prestazioni di nutrizione artificiale enterale e parenterale.

Molto opportunamente in Inghilterra le Linee Guida del Febbraio 2006 del National Institute for Health and Clinical Excellence (*Nutritional Supports in Adults*), sottolineano la necessità di ridefinire i percorsi prescrittivi ed autorizzativi in modo che la terapia nutrizionale sia non solo realmente aderente alle esigenze cliniche dei pazienti ma risulti anche *costo-efficace* e tenga conto degli aspetti gestionali ed economici correlati con fornitura dei supplementi nutrizionali orali.

Il consumo di supplementi nutrizionali orali nell'Azienda Sanitaria di Firenze

Nel primo semestre del 2012, i piani terapeutici attivati presso l'Azienda Sanitaria di Firenze sono stati 868 per gli ONS e 418 per gli adiuvanti nutrizionali (addensanti e acqua gelificata).

I pazienti in integrazione orale avevano un'età media di 78 anni, mentre quelli in trattamento con adiuvanti di 85 anni; entrambi i gruppi erano per la

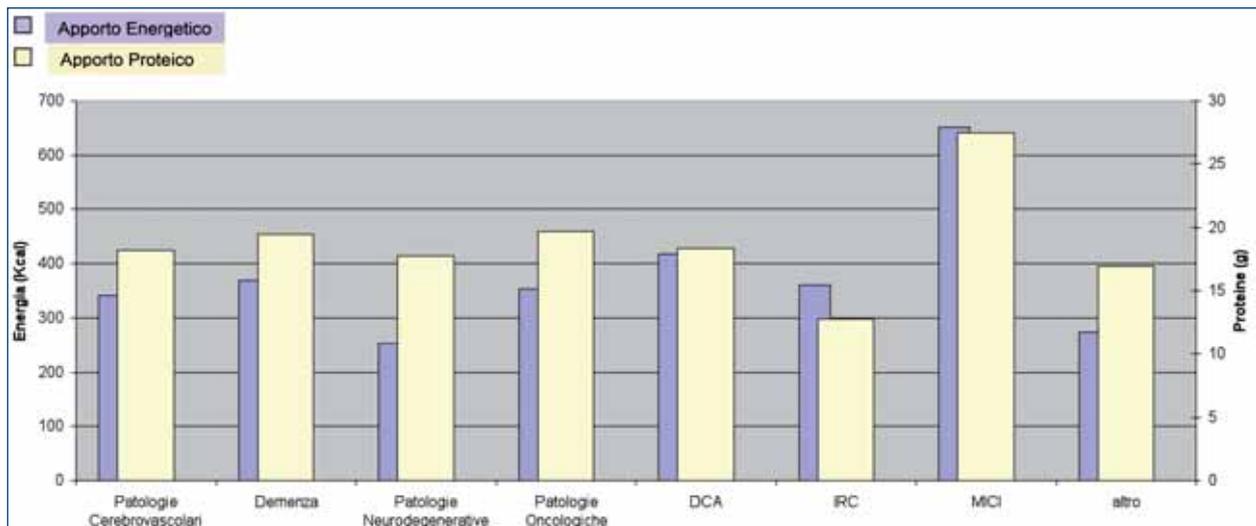


Figura 3 - Apporti energetici e proteici.



maggior parte costituiti da soggetti di sesso maschile (71%).

Il 40% dei pazienti che utilizzavano integratori era affetto da malattie oncologiche, il 22% da demenza, il 14% da patologie cerebrovascolari, il 5% da insufficienza renale cronica, il 4% da malattia infiammatoria cronica intestinale e il 2% da disturbi del comportamento alimentare (Figura 1).

I principali prescrittori sono risultati i medici di medicina generale, da cui proveniva il 67% delle richieste, seguiti dai medici operanti presso le Residenze Sanitarie Assistenziali con il 14%; le prescrizioni degli specialisti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi e dell'Azienda Sanitaria di Firenze ammontavano entrambe al 9% (Figura 2).

Considerato che i dati riguardavano nuovi pazienti presi in carico nel semestre, e che quindi si trattava di piani nutrizionali iniziali, potrebbe sembrare eccessiva la quota di richieste provenienti dai medici di medicina generale e dalle RSA, considerato che le Linee Guida della principali società scientifiche di nutrizione clinica auspicano che la prima prescrizione venga fatta da un medico specialista che sia anche in grado di fare un inquadramento preliminare del paziente.

In realtà è probabile che molte delle richieste di supplementi nutrizionali orali redatte dai medici di famiglia siano in realtà la trascrizione di indicazioni terapeutiche provenienti da specialisti o dietisti.

L'apporto medio in termini di energia e proteine assicurato dai supplementi nutrizionali orali era pari rispettivamente a 309 Kcal e 24 grammi, con valori più elevati nei pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche intestinali (Figura 3).

Questo dato appare in accordo con le indicazioni delle principali società scientifiche britanniche di nutrizione clinica che nelle recenti Linee Guida Unificate del 2012 *Managing Adult Malnutrition in the Community* sottolineano come i benefici clinici legati al consumo di supporti nutrizionali orali si realizzino con apporti energetici compresi tra 300 e 900 Kcal assicurati per almeno tre mesi.

Comunque le posizioni delle istituzioni scientifiche non sono del tutto univoche; ad esempio l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, negli indirizzi procedurali per l'attuazione della nutrizione artificiale domiciliare, sostiene che *"l'apporto nutritivo dell'integratore deve rappresentare almeno il 50% dei fabbisogni previsti"*.

In realtà ogni paziente ha esigenze diverse che non permettono di intervenire in modo standardizzato in tutti i casi e rendono necessaria una precisa valutazione dei fabbisogni e della quota di energia e nutrienti assunta con l'alimentazione naturale.

Iter prescrittivo nell'Azienda Sanitaria di Firenze

A partire dal Luglio 2012, allo scopo di incrementare il livello di appropriatezza delle prescrizioni, tutti i piani di integrazione nutrizionale vengono attivati dalla Struttura Organizzativa Aziendale Nutrizione Clinica o direttamente, previa visita ambulatoriale del paziente, o mediante autorizzazione della richiesta redatta su un apposito modulo dal medico curante o da un medico specialista.

Al fine di disporre di un preciso quadro dello stato nutrizionale del paziente, sulla richiesta devono essere riportati la diagnosi clinica, l'anamnesi nutrizionale, la valutazione antropometrica (almeno il peso e l'altezza) e i principali parametri ematologici comunemente utilizzati come "indicatori" dello stato nutrizionale.

La durata del piano viene stabilita dalla Nutrizione Clinica Aziendale in base alle condizioni del paziente e alla periodicità del monitoraggio previsto; l'eventuale rinnovo dei piani avviene con le stesse modalità previste per l'attivazione iniziale, dopo una rivalutazione delle condizioni cliniche e nutrizionali da parte della struttura specialistica aziendale o del medico richiedente.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: sebastiano.giallongo@asf.toscana.it



Alessandro Barchielli, laureato in Medicina e chirurgia, spec. in Medicina del lavoro, in Igiene e medicina Preventiva ed in Statistica Sanitaria. Direttore della SOS di Epidemiologia della Azienda Sanitaria Firenze. Consulente dell'Osservatorio epidemiologico della ARS della Toscana.

Uso degli antibiotici nella profilassi perioperatoria nella Asl 10 - Firenze

Uno studio osservazionale basato su dati clinici informatizzati

Evidenze scientifiche, emerse negli ultimi decenni, dimostrano in maniera inequivocabile che, per interventi chirurgici di elezione ed in assenza di particolari fattori di rischio, la profilassi antibiotica è in grado di apportare una riduzione, in valore assoluto ed in termini di patogenicità, dei ceppi resistenti ospedalieri e della spesa relativa al consumo di antibiotici.

A tal proposito, è opportuno sottolineare che la profilassi antibiotica non deve essere considerata come un tentativo di sterilizzazione dei tessuti, ma un presidio aggiuntivo usato in un momento critico finalizzato a ridurre la carica microbica contaminante il campo operatorio a livelli che non possano sovrapporre le difese dell'ospite.

Quindi, va somministrata solo se indicato, scegliendo il farmaco più appropriato (Box 1), e deve essere limitata al periodo perioperatorio.

Nella Asl 10, su mandato della Direzione Sanitaria Aziendale, è stata fatta una valutazione retrospettiva delle prescrizioni di antibiotici in relazione all'intervento chirurgico nel periodo gennaio-agosto 2011. Dagli archivi delle cartelle cliniche informatizzate (programma ARGOS) dei 5 ospedali (Mugello, Serristori, Santa Maria Annunziata, Santa Maria Nuova, San Giovanni di Dio) della Azienda Sanitaria Firenze (ASF) sono state

estratte le seguenti variabili relative a pazienti con trattamento chirurgico: identificativo del paziente, ospedale e reparto di trattamento, data dell'intervento, farmaci somministrati, via e data di somministrazione e durata della terapia. In base all'intervallo tra le date di somministrazione di antibiotico e di intervento, le prescrizioni sono state suddivise in: effettuate lo stesso giorno dell'intervento (utilizzata come *proxy* della profilassi *short term*), nei giorni precedenti, nei giorni

successivi. Dalla SDO corrispondente sono state estratte le seguenti variabili: data di nascita del paziente, diagnosi di dimissione e relativo DRG, tipologia e modalità di ricovero (riclassificato in DH/DS, ordinario programmato ed ordinario urgente). Nel periodo dello studio sono stati estratti dall'archivio ARGOS 4.963 ricoveri con intervento chirurgico. Per 3.717 (74,9%) di questi pazienti, con 8.167 somministrazioni di antibiotici, è stata trovata la relativa SDO. La maggior causa di esclusione è stata la mancata o errata registrazione dell'identificativo del paziente in uno dei 2 archivi utilizzati. La presente analisi è riferita ai 2.936 pazienti operati in specialità presenti in più ospedali (*chirurgia generale, ortopedia ed urologia* presenti rispettivamente negli ospedali n.5, 4 e 2). La casistica analizzata è descritta nella Tabella 1. Rispetto ai pazienti ricoverati nella stessa specialità si evidenzia una

ALESSANDRO BARCHIELLI¹, TERESA BROCCA²
ANTONIA ROSA MARSEGLIA³
MARGOT CHIAROMONTE²

¹ SOS di Epidemiologia - Azienda Sanitaria 10 Firenze

² Dipartimento del farmaco - Azienda Sanitaria 10 Firenze

³ Direzione Sanitaria Aziendale - Azienda Sanitaria 10 Firenze

Box 1 - FATTORI CHE CONDIZIONANO LA SCELTA DELL'ANTIBIOTICO A SCOPO PROFILATTICO

I batteri responsabili delle infezioni del sito chirurgico

La sede dell'intervento

Le caratteristiche farmacocinetiche dell'antibiotico

La presenza di eventuali allergie ad antibiotici

La tossicità intrinseca del farmaco e le sue possibili interazioni

L'efficacia dimostrata in studi clinici controllati randomizzati

Gli effetti sull'ecosistema

Il costo

età media dei pazienti più elevata per i ricoverati in urologia nell'Ospedale 3 ed in quelli ricoverati in chirurgia generale ed in ortopedia nell'Ospedale 4.

La tipologia di ricovero è riportata nella Tabella 2. Nell'insieme i trattamenti chirurgici in regime di ricovero ordinario urgente sono la modalità più frequente per le specialità di ortopedia (56%) e chirurgia generale (42%); mentre i ricoveri ordinari programmati rappresentano la modalità più frequente in urologia (78%). I trattamenti in regime DH/DS rappresentano circa il 23%-25% in ortopedia chirurgia generale e sono poco superiori al 10% in urologia, con variazioni anche consistenti tra ospedali.

Il 50% dei 2.309 pazienti con ricovero ordinario è stato sottoposto a profilassi antibiotica solo nel giorno dell'intervento (*proxy* della profilassi *short term*) ed il 14% dei casi è stato sottoposto sia a profilassi nel giorno dell'intervento che a somministrazione di antibiotici nei giorni precedenti (Figura 1).

La profilassi *short-term* varia dal 39% in orto-

pedia, al 49% in chirurgia generale ed al 72% in urologia. Come atteso, è più elevata negli interventi programmati (59%), che in quelli urgenti (42%). Nell'insieme della casistica gli antibiotici più utilizzati (Figura 2) sono le cefalosporine di 1^a generazione (44%), seguite da quelle di 3^a generazione (18%) e dalle associazioni penicilline+inibitori enzimatici (13%).

La classe di antibiotici utilizzati presenta una ampia variazione tra i presidi ospedalieri analizzati (Tabella 3), ad esempio l'uso delle cefalosporine di 3^a generazione varia dal 3,3% dell'Ospedale 5, al 51,6% dell'Ospedale 1. L'attenzione all'uso di questa classe di antibiotici è giustificata dal fatto che le Linee Guida Nazionali sull'antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto (http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_AntibioticoP_Unico_2008.pdf) sconsigliano di utilizzare tali antibiotici, efficaci sui patogeni multiresistenti, a scopo profilattico, riservandoli agli usi terapeutici (Box 2). Infatti, a scopo

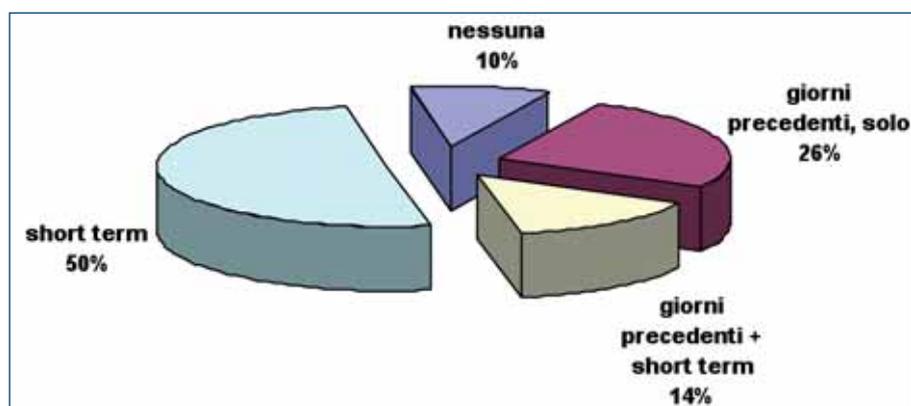


Figura 1 - Tipologia profilassi antibiotica preoperatoria, ricoveri ordinari nelle specialità di chirurgia generale, urologia e ortopedia

Tabella 1 - Numero dei ricoveri studiati, ed età media dei pazienti, suddivisi per ospedale e specialità

SPECIALITA'	Ospedale 1		Ospedale 2		Ospedale 3		Ospedale 4		Ospedale 5		TOTALE	
	Ricov. n°	età media	Ricov. n°	età media								
Chirurgia Generale	306	60,5	253	62,5	273	63,3	123	66,0	362	61,9	1.317	62,3
Ortopedia	289	64,0			403	66,8	124	67,6	254	63,5	1.070	65,4
Urologia					277	70,8			272	68,2	549	69,5
totale	595	62,2	253	62,5	953	67,0	247	66,8	888	63,8	2.936	64,8

Tabella 2 - Numero ricoveri, e relativo peso medio dei DRG trattati, studiati suddivisi per ospedale, specialità e tipologia di ricovero.

SPECIALITA'	Regime ricovero	Modalità ricovero	Ospedale 1		Ospedale 2		Ospedale 3		Ospedale 4		Ospedale 5		Totale
			Ric. n°	DRG Peso medio	Ric. n°								
Chirurgia Generale	dh/ds	-	123	0,8	115	0,8	17	1,2	19	0,8	53	0,9	327
	ordinario	Urgente	88	1,9	92	2,5	151	2,4	51	1,8	172	2,3	554
		Programmato	95	2,1	46	2,3	105	3,3	53	1,6	137	1,9	436
Ortopedia	dh/ds	-	118	0,8			58	0,8	37	1,0	29	0,9	242
	ordinario	Urgente	117	2,6			266	2,3	52	2,6	165	2,1	600
		Programmato	54	3,2			79	3,0	35	3,4	60	2,6	228
Urologia	dh/ds	-					25	0,9			33	0,9	58
	ordinario	Urgente					27	1,3			36	1,4	63
		Programmato					225	1,3			203	1,3	428

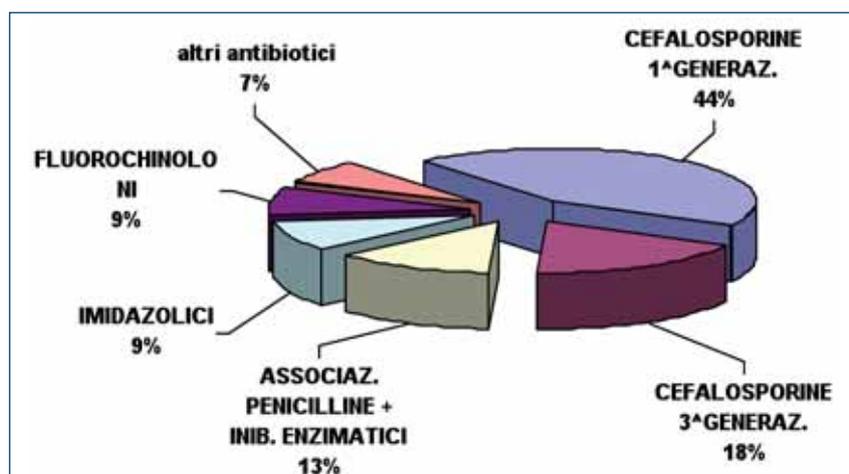


Figura 2 - Antibiotici utilizzati nella profilassi preoperatoria, somministrati il giorno dell'intervento nelle specialità di chirurgia generale, urologia e ortopedia

profilattico si raccomanda di utilizzare, alla dose terapeutica medio-alta e per e.v., antibiotici che non presentino particolari fenomeni di resistenza (cefalosporine di 1 e 2 generazione, lincosamidi e gentamicina).

Nella nostra analisi, l'uso di tale classe di antibiotici è fortemente influenzato dal *setting* di ricovero in cui viene effettuato l'intervento, variando dal 12,7% al 36,5%. Il diverso comportamento prescrittivo tra gli ospedali studiati, con un uso di gran lunga più elevato nell'ospedale 1, permane comunque anche stratificando l'analisi per *setting* di ricovero. L'analisi stratificata per specialità di trattamento evidenzia che l'uso delle cefalosporine di 3ª generazione varia anche in relazione a tale parametro. È infatti più elevato in ortopedia (32%), per una prescrizione superiore al 90% nell'Ospedale 1, seguita dalla chirurgia generale (13%), dove l'uso più elevato si osserva nell'Ospedale 3 (33%). Le dif-

ferenze tra ospedali permangono anche restringendo l'analisi ad alcuni specifici DRG, utilizzati come traccianti della attività di chirurgia generale e di ortopedia (Tabella 4).

In sintesi lo studio evidenzia un uso disomogeneo delle diverse di classi di antibiotici nella profilassi preoperatoria tra i 5 ospedali della Asl 10. In particolare l'uso di cefalosporine di 3ª generazione, il cui uso nell'antibioticoprofilassi perioperatoria è sconsigliato dalle linee guida nazionali, presenta valori elevati in alcuni ospedali e specialità. Tali differenze permangono anche restringendo l'analisi a situazioni cliniche simili (approssimate da uno stesso DRG), fatto che fa supporre che le differenze siano dovute ad un diverso orientamento terapeutico dei chirurghi, piuttosto che a diversità cliniche dei pazienti, che giustificano tale utilizzo.

La presente analisi rinforza l'importanza che le strutture operative della Direzione Sanitaria

Tabella 3 - Uso delle cefalosporine di 3ª generazione (%) nella profilassi antibiotica preoperatoria, nelle specialità di chirurgia generale, urologia e ortopedia, totale e suddivisa per ospedale, per setting e per specialità di trattamento

Ospedale trattamento	Cefalosporine di 3ª generazione (%)						
	Totale	Setting trattamento			Specialità trattamento		
		DH/DS	Ordinari non programmati	Ordinari programmati	Chirurgia Generale	Ortopedia	Urologia
Ospedale 1	51,6	54,5	54,7	44,1	4,4	92,9	--
Ospedale 2	14,4	9,4	25,0	12,2	14,4	--	--
Ospedale 3	11,8	9,2	19,5	9,7	32,6	1,0	3,0
Ospedale 4	4,8	4,7	6,7	3,3	12,2	0,0	--
Ospedale 5	3,3	4,5	5,4	1,4	6,2	2,3	0,7
Totale	18,0	25,6	36,5	12,7	13,3	32,0	1,8

Tabella 4 - Uso delle cefalosporine di 3ª generazione (%) nella profilassi antibiotica preoperatoria in alcuni DRG trattati nelle specialità di chirurgia generale ed ortopedia, totale e suddivisa per ospedale

DRG	DESCRIZIONE	Ospedale 1	Ospedale 2	Ospedale 3	Ospedale 4	Ospedale 5	Totale
494	Colecistomia laparoscopica senza esplor. coledoco	16,7	23,8	46,7	33,3	11,4	21,9
162	Interventi per ernia inguinale/femorale, età > 1, s.c.	0,0	2,2	50,0	11,1	0,0	6,3
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto	90,1	0,0	0,0	0,0	-	31,5

Aziendale sviluppano, con il coinvolgimento dei professionisti delle specifiche discipline, procedure mirate alla definizione di modalità di comportamento omogenee tra le varie unità chirurgiche degli ospedali aziendali, in accordo con quanto indicato dalle linee guida nazionali. Come è previsto dalle Linee Guida, è inoltre opportuno che in ogni realtà locale venga effettuato un monitoraggio delle specie bat-

teriche responsabili delle complicanze infettive postoperatorie e della loro sensibilità agli antibiotici utilizzati in profilassi.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: alessandro.barchielli@asf.toscana.it

TM

Box 2 - CEFALOSPORINE DI 3^a GENERAZIONE:

Motivi per cui non sarebbero indicate nella profilassi

Hanno scarsa attività contro stafilococchi, streptococchi, enterococchi ed anaerobi.

Lo spettro d'azione più ampio sui gram-negativi non determina una maggiore attività in profilassi.

Rapporto costo/beneficio sfavorevole.

Ampio consenso in letteratura contro il loro uso in profilassi.

L'importanza dell'approccio interdisciplinare nei disturbi alimentari

Intervenire precocemente nei disturbi del comportamento alimentare (DCA) risulta spesso difficile. I pazienti non ne parlano volentieri o non ne parlano affatto, e spesso i primi a non rendersi conto della presenza di un problema sono proprio i familiari.

Il precoce riconoscimento dei sintomi e un intervento tempestivo, potrebbero limitarne il rischio di cronicità e le complicanze fisiche e psicologiche.

I disturbi del comportamento alimentare comprendono quelle sindromi caratterizzate da un'alterazione durevole e persistente dei comportamenti alimentari e delle condotte connesse col cibo, che portano ad assunzione e assorbimento inadeguati degli alimenti, e compromettono il funzionamento psicosociale e il benessere fisico dell'individuo.

L'esordio è tipicamente adolescenziale ma sempre più di frequente si registrano forme infantili precoci (8-9 anni) o tardive (25-40 anni).

I disturbi del comportamento alimentare si presentano sotto varie forme e manifestazioni, ma nonostante le differenze, questi disturbi hanno tutti un nucleo psicopatologico comune, caratterizzato da un'eccessiva importanza per l'alimentazione, il peso e la forma corporea e da atteggiamenti auto-prescrittivi e convinzioni distorte nei confronti del

cibo: tutta la vita della persona ruota intorno ad esso, perdendo ogni contatto con la realtà.

Alla base dell'insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare vi è una serie di fattori scatenanti, che danno l'illusione di poter spostare sul cibo il controllo che si pensa di non avere sulla propria vita. Infatti, queste persone sono spesso insicure, perfezioniste, eccessivamente preoccupate del giudizio altrui, sempre insoddisfatte del

proprio corpo, con difficoltà a relazionarsi con i propri familiari e con le persone in generale.

Molte volte la malattia inizia con una dieta:

resistere alla tentazione del cibo rinforza il senso di autocontrollo e l'autostima, se poi amici e conoscenti esprimono apprezzamenti per la forma fisica migliorata, si è incoraggiati a continuare.

Ovviamente, non tutte le persone che si mettono a dieta rischiano di ammalarsi, ma questo può accadere quando si associano fattori o eventi specifici predisponenti che possono far precipitare la situazione in senso psicopatologico.

Con il protrarsi della dieta poi, la sensazione di benessere scompare e cominciano a manifestarsi i primi sintomi della malattia: depressione, distacco



Rossano Bisciglia, laureato in Psicologia c/o l'Univ. di FI, specializzando in psicoterapia cognitivo comportamentale presso l'Ist. Miller di Genova (sede di Firenze). Psicologo presso Centro Clinico Disturbi Alimentari e Obesità dell'Istituto Miller di Firenze. Direzione: Prof. Aldo Galeazzi e Prof. Davide Dettore, Responsabile: dott.ssa Susanna Pizzo.

ROSSANO BISCIGLIA

Psicologo presso Centro Clinico Disturbi Alimentari e Obesità dell'Istituto Miller di Firenze

emotivo, fobia del cibo, percezione distorta dell'immagine e bisogno ossessivo di controllare forma e peso del corpo, paura di ingrassare, eccessivo esercizio fisico, irregolarità del ciclo mestruale o amenorrea, disturbi del sonno, intolleranza al freddo, cefalee, vertigini, ecc.

Queste persone giudicano se stesse quasi esclusivamente dal peso, dalle forme corporee e dall'abilità nel controllare questi aspetti, spostando in avanti gli obiettivi prefissati, l'autostima ne risente negativamente, riflettendosi sulla vita relazionale della persona.

La componente sociale gioca un ruolo molto importante: i modelli pubblicitari e televisivi, proponendo il confronto con chi sembra incarnare perfezione corporea, sollecitano una sorta di insoddisfazione per il proprio corpo che diventa, così, uno strumento manipolabile e plasmabile, simbolo di autocontrollo, realizzazione e sicurezza di sé.

Tuttavia, la società fornisce solo la cornice di riferimento entro cui situare il disturbo, che necessita di fattori o eventi specifici perché si scateni.

I disturbi del comportamento alimentare sono, infatti, un disturbo multifattoriale, causato da fattori biologici, psicologici, individuali, culturali e familiari, motivo per cui, è consigliabile usare un approccio interdisciplinare: psicologico, alimentare e medico, con un'équipe di lavoro formata da psicologo/psicoterapeuta, nutrizionista e medico (cardiologo, endocrinologo, gastroenterologo, ecc.).

I principali obiettivi di questo tipo di trattamento sono il recupero del normopeso, la modificazione delle abitudini alimentari e degli assetti cognitivi disfunzionali e la cura di complicanze mediche, po-

nendo particolare attenzione allo stato fisico, all'indice di massa corporea (BMI), alle funzioni cardiovascolari e vascolari periferiche, alle funzioni tiroidee, alle manifestazioni dermatologiche, ecc.

Per quanto riguarda la psicoterapia, la più efficace nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, sia nel breve che nel lungo termine, sembra essere quella cognitivo-comportamentale (CBT), che permette di modificare le convinzioni errate e distorte circa l'alimentazione, le forme e il peso corporeo, e di modificare i comportamenti alimentari sbagliati.

In particolare, nella psicoterapia cognitivo-comportamentale, si preferisce intervenire sugli elementi che rafforzano e mantengono il nucleo patologico: schemi di autovalutazione, pensieri e preoccupazioni su peso, corpo e alimentazione, dieta ferrea, eccessiva attività fisica, assunzione di farmaci dimagranti o di ormoni tiroidei, abbuffate, comportamenti compensatori, misurarsi parti del corpo, guardarsi spesso allo specchio/evitare di guardarsi e di esporre il proprio corpo, ecc.

L'obiettivo della psicoterapia cognitivo-comportamentale è di rendere le persone consapevoli del modo in cui il cibo viene usato per gestire le emozioni, per riconoscere cosa scatena emotivamente queste reazioni e per imparare come evitare che ciò si ripeta.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: centro.dca@istitutomiller.it

TM



Simone Serantoni, spec. In chirurgia vascolare, master I livello in riparazione tissutale, master II livello in chirurgia dei linfatici, Coordinatore Regionale Toscana Associazione Italiana Ulcere Cutanee, Responsabile Centro Vulnologico e Referente équipe Chirurgia 2, Casa di Cura Villa Fiorita - Prato.

L'integrazione fra pubblico e privato al servizio del paziente

Il Centro Vulnologico (CEV) della Casa di Cura Villa Fiorita di Prato

Le ulcere degli arti inferiori sono considerate un po' la cenerentola delle patologie e spesso la loro gestione grava sulla famiglia. Se-

condo i dati epidemiologici attuali, tali lesioni colpiscono dallo 0,1 al 3% della popolazione; l'8% delle ulcere vasco-

lari non sono guarite a cinque anni dall'insorgenza, anche se trattate in modo adeguato.

Il *Centro Vulnologico (CEV)* si occupa di questa problematica dal 2003, sviluppandosi nel corso degli anni in base alle risorse disponibili e uniformandosi ai percorsi riconosciuti dalle società scientifiche.

È situato presso gli ambulatori della Casa di Cura Villa Fiorita di

SIMONE SERANTONI*, TIZIANA PROCACCI*,
LUCA GAZZABIN*, GUGLIELMO FORGESCHI**

* Équipe Chirurgia Generale 2, Centro Vulnologico Casa di Cura Villa Fiorita, Prato

** Direttore Sanitario Casa di Cura Villa Fiorita, Prato

Prato e si avvale dei reparti di degenza della casa di cura stessa. Il team è formato da 3 chirurghi e 4 infermieri, tutti esperti formati in wound care. Il Centro stesso è sede di studio e di corsi di aggiornamento in vulnologia.

Ogni paziente in terapia viene costantemente seguito dal chirurgo che lo prende in carico in modo tale che vi sia sempre la stessa figura di riferimento; per ogni seduta vengono medicati circa 15 pazienti, per un totale di circa 50 pazienti alla settimana. Le visite filtro o di arruolamento sono svolte durante gli ambulatori di chirurgia, ma in spazi riservati, in quanto per il primo *assessment* si impiegano dai 45 minuti ad un'ora di tempo.

Nel 2012 sono state effettuati: 200 prime visite, 4395 medicazioni, e 128 interventi (*debridement*, innesti, amputazioni minori). Tutti i trattamenti, sia ambulatoriali che in regime di ricovero, sono in convenzione con il SSN. I pazienti vi accedono contattando direttamente il CEV con la richiesta del medico di medicina generale (mmg) e la visita viene eseguita entro due settimane dalla prenotazione.

Dopo la visita il paziente può essere:

1. preso totalmente in carico;
2. inquadrato con l'indicazione di un percorso diagnostico o terapeutico: le lesioni più semplici, di dimensioni contenute, vengono inviate al curante o ai servizi territoriali con un piano terapeutico e la programmazione di periodici controlli. In qualsiasi momento può essere contattato nuovamente il CEV per variazioni della terapia o per un nuovo *assessment*. Anche le lesioni in fase di guarigione sono indirizzate ai Servizi Assistenziali territoriali per la guarigione definitiva.

Fondamentale è quindi l'interazione con il Territorio, con il cui ausilio possono essere seguiti il maggior numero di casi.

Il primo step è l'*assessment* sia della lesione che del paziente: spesso le ulcere non sono una patologia isolata, ma il segno di una o più patologie. Prevede l'esame clinico, con raccolta dei dati anamnestici, associata al primo studio del circolo, con rilevamento delle pressioni arteriose periferiche ed ecocolordoppler mirato. In caso di segni d'infezione, si esegue un tampone batteriologico.

Il sanitario che ha preso in carico il paziente ne diviene, insieme al medico di medicina generale, il case-manager.

Viene data indicazione per ulteriori accertamenti, sia ematochimici che strumentali, o per ulteriori consulenze (internistica, diabetologica, cardiologica, etc.): oltre alle vasculopatie, cardiopatia, diabete, ipertensione, insufficienza renale sono frequentemente presenti e devono essere sempre trattate; le comorbidità, se non compensate, ritardano sempre la guarigione della lesione. Anche per le lesioni vasculitiche e le neoplastiche vengono presi accordi con le strutture di riferimento in accordo con i percorsi ospedalieri.

Il paziente è quindi al centro di un network

dove le varie figure sanitarie e i percorsi sono coordinati dal *case-manager*.

L'approccio terapeutico prevede:

1. *trattamento della lesione*

- ambulatoriale, mediante medicazioni avanzate e bendaggio. Il bendaggio viene ritenuto fondamentale e viene applicato a tutte le lesioni, comprese quelle arteriose, dove viene confezionato *ad hoc*.

- chirurgico, attraverso il ricovero in Casa di Cura, sempre in convenzione con il SSN. Viene eseguito sempre in anestesia, con tecnica valutata di volta in volta: dalla locale, alla subaracnoidea, alla plessica/troncolare ecoguidata, alla generale. Dal *debridement*, con rimozione della carica necrotica utilizzando strumenti dedicati quali l'idroblasturi o il lavaggio pulsato, si procede poi all'innesto cutaneo (omologo, autologo, con sostituto dermico o con cute bioingegnerizzata). Può essere integrato dalla terapia con pressione topica negativa.

2. *trattamento della patologia vascolare*

La terapia medica dell'arteriopatìa si basa sull'impiego dei prostanoïdi, ed è in genere complementare al trattamento chirurgico della lesione. Per il trattamento chirurgico ed endovascolare vengono presi accordi diretti con le figure di riferimento dell'Ospedale, utilizzando i percorsi concordati.

L'insufficienza venosa viene trattata direttamente presso la Nostra struttura secondo i più aggiornati principi chirurgici ed emodinamici, utilizzando anche tecniche complementari alla chirurgia come la scleroterapia ecoguidata e l'obliterazione laser. L'obiettivo non è il trattamento delle varici, ma solo dell'ipertensione venosa periferica in funzione della lesione cutanea. Nei pazienti anziani l'intervento può essere "costruito" a seconda della necessità, evitando un'eccessiva invasività.

In accordo con l'U.O. Diabetologia dell'Ospedale di Prato, in questo caso *case-manager* del paziente, viene eseguito anche il trattamento chirurgico del piede diabetico (amputazioni minori o comunque di piede) secondo le attuali indicazioni delle linee guida in proposito.

Nell'attività chirurgica del Centro rientrano anche le amputazioni maggiori, alle quali viene dedicata particolare attenzione, soprattutto nello studio pre-operatorio, in modo da scegliere l'intervento più idoneo.

Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse, si è cercato di erogare il servizio in base alle possibilità di *setting* assistenziale, anche sul territorio, per cui, ad esempio, le tipologie delle medicazioni da utilizzare sono in genere concordate con gli operatori del Territorio. L'obiettivo della Casa di Cura è, in accordo con i moderni *target* gestionali, il valore della qualità del servizio generato, mirando al mantenimento di un centro ad alta affluenza dove concentrare le competenze e le risorse con beneficio per il paziente e per la spesa pubblica.



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".

Multimorbosità. La sfida

“**L**a più comune condizione cronica sperimentata dagli adulti è la multimorbosità, la coesistenza di più malattie croniche. Nei pazienti con malattia coronarica, per esempio, questa unica condizione è presente solo nel 17% dei casi. Tra gli ultra-65enni, quasi 3 su 4 persone hanno

più di una malattia cronica, e tra i pazienti adulti più giovani il rapporto è di 1 su 4. Gli adulti affetti da più di una malattia cronica sono i maggiori utilizzatori dei servizi sanitari a tutte le età e sono responsabili di più di due terzi della spesa sanitaria. Nonostante la predominanza della multimorbosità, i rimborsi assicurativi sono legati ai codici diagnostici dell'*International Classification of Diseases*, che non contempla la multimorbosità. Gli specialisti si occupano delle singole malattie e le misure di qualità non prevedono le conseguenze negative dell'applicazione di interventi multipli necessari per aderire alle linee guida delle singole malattie.

Per garantire un'assistenza sicura e efficace per gli adulti con malattie croniche multiple – in particolare dei milioni di “baby boomers” che entrano negli anni del declino della salute e dell'aumento dell'uso dei servizi sanitari – la sanità deve cambiare il suo focus centrato finora sulla gestione di innumerevoli singole malattie. Per allinearsi con la realtà clinica della multimorbosità, l'assistenza deve evolvere da un orientamento basato sulla malattia a un orientamento basato sulla persona, ricercando gli obiettivi di salute di quel determinato paziente con un unico set di rischi, malattie e priorità”. (...) “L'approccio centrato sul paziente confligge con l'attuale tendenza di ridurre la variabilità utilizzando linee-guida basate

su processi assistenziali di singole malattie. L'alternativa è indubbiamente più complessa, ma dobbiamo prendere atto che l'attuale approccio nei

confronti dei paziente con malattie croniche multiple è costoso, gravoso, con benefici incerti e potenziali danni, e insostenibile. Ciò che è buono per una singola malattia può non essere buono per pazienti con malattie multiple”.

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

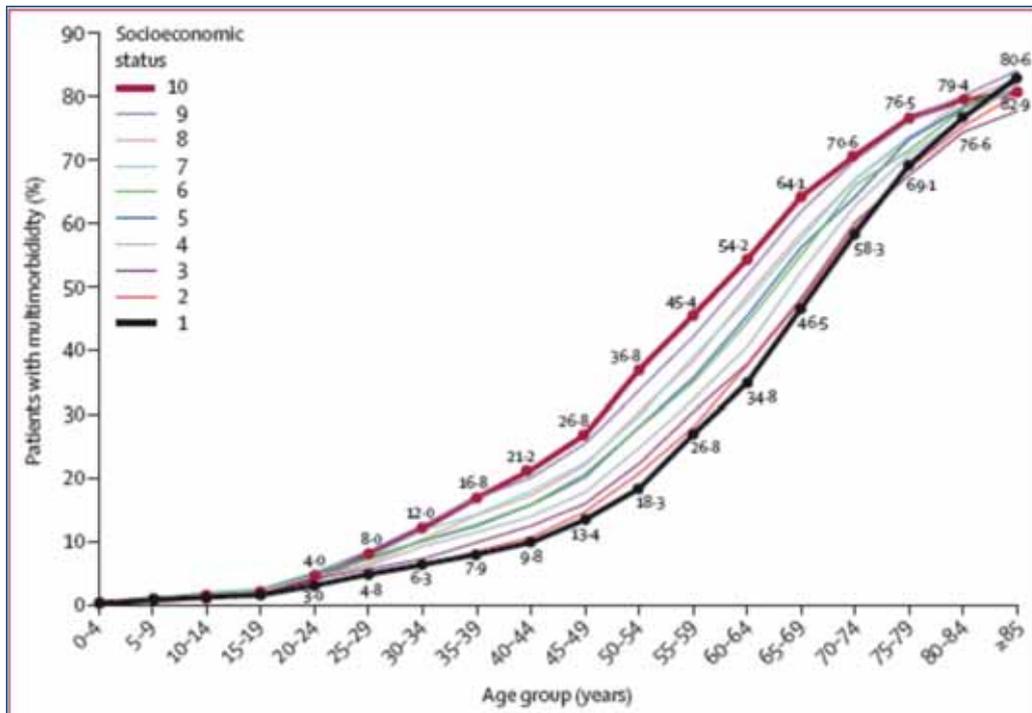


Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

Figura 1 - Prevalenza della multimorbosità in relazione all'età e alla condizione socio-economica (linea nera: più ricchi; linea rossa: più poveri).

Così scrive JAMA, in un articolo dal titolo “*Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition-Multimorbidity*”¹. Concetti analoghi si ritrovano in articolo del BMJ “*Better management for patients with multimorbidity*”²: “ Con l’aumento della longevità cresce sempre più il numero delle persone che vive con più malattie croniche e c’è bisogno di un nuovo modello assistenziale per questi pazienti. Questo modello deve tener conto dell’insieme di problemi sanitari, emotivi e sociali che i pazienti devono affrontare, specialmente nelle aree più svantaggiate dal punto di vista socio-economico”.

L’associazione fra deprivazione socioeconomica e prevalenza di malattie croniche è ben documentata da numerose evidenze. I dati dell’ampio studio pubblicato su Lancet, “*Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*”³, evidenziano come soggetti relativamente giovani residenti nelle aree maggiormente deprivate subiscano un carico di multimorbosità sovrapponibile a quello di persone di 10-15 anni più anziane viventi in aree più abbienti, come evidenzia la **Figura 1**, dove due curve – la rossa, i pazienti più poveri e la nera, i pazienti più ricchi – hanno andamenti molto diversi, esprimendo ciascuna la percentuale di soggetti con multimorbosità in differenti fasi della vita. Ad esempio, nella fascia di età 60-64 anni la percentuale di pazienti affetti da malattie croniche multiple è del 54,2% tra i più poveri e del 34,8 tra i più ricchi.

Il gradiente socioeconomico diventa poi particolarmente accentuato nei casi di comorbosità fisica e mentale, soprattutto se si tratta di depressione e di esposizione al dolore, a ulteriore conferma della spiccata vulnerabilità sanitaria dei gruppi di popolazione economicamente più svantaggiati. La **Figura 2** descrive la comorbosità in pazienti con quattro comuni malattie croniche – Malattia coronarica, Diabete, Broncopneumopatia cronica ostruttiva, Cancro – in relazione alla differente condizione socio-economica. Se prendiamo in esame il diabete si nota, ad esempio, che la prevalenza della malattia è maggiore tra i più poveri e che la comorbosità della depressione e delle condizioni dolorose è quasi doppia tra i più poveri rispetto ai più ricchi (rispettivamente 21% vs 13% e 28% vs 14%).

La “scoperta” della multimorbosità sta avendo un effetto dirompente, mettendo a nudo tutti i limiti della medicina clinica specialistica, arroccata su un modello (“biomedico”) che lungi dall’essere la soluzione dei problemi dei pazienti con malattie croniche, è diventato una parte importante del problema.

Lo aveva intuito da tempo un grande maestro della sanità pubblica come Barbara Starfield che così scriveva nell’ultimo articolo scritto prima della sua scomparsa: “È vero che le malattie croniche rappresentano la grande massa del peso assistenziale dei sistemi sanitari, ma il dato più preoccupante non è

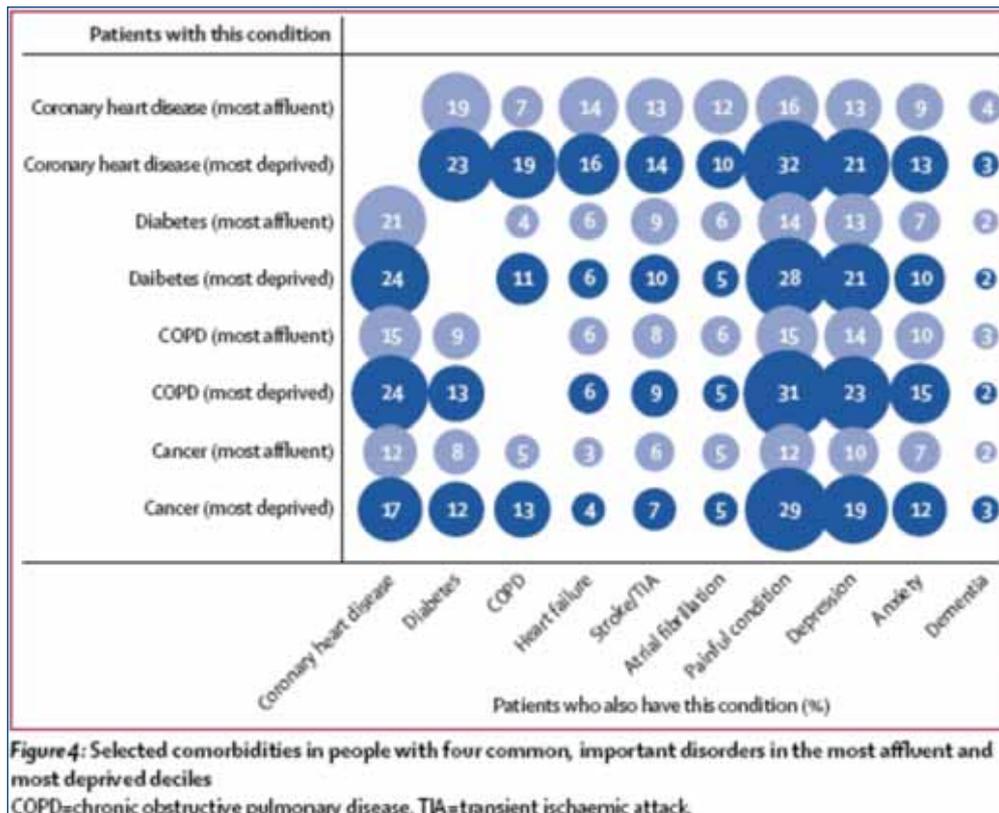


Figura 2 - Comorbosità in pazienti con quattro comuni malattie croniche (Malattia coronarica, Diabete, Broncopneumopatia cronica ostruttiva, Cancro) in relazione alla differente condizione socio-economica (most affluent: più ricchi - most deprived: più poveri).

¹ Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition-multimorbidity. JAMA 2012; 307 (23): 2493-94.

² Roland M., Paddison C., Better management for patients with multimorbidity BMJ 2013;346:f2510 doi: 10.1136/bmj.f2510

³ Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37-43.

la quantità delle singole patologie croniche, ma la **“comorbidità” e la “multimorbidità” che sono diventate la regola**, piuttosto che l'eccezione. L'importanza della multimorbidità è provata da studi che dimostrano la sua associazione con l'incremento dei ricoveri ospedalieri, per situazioni che potrebbero essere prevenute con cure primarie di buona qualità, e con l'aumento dei costi. Ciò che rende più costosa l'assistenza è legata in parte alla multimorbidità da malattie croniche e in parte alla **maggiore condizione di vulnerabilità sociale, familiare e economica dei pazienti**. (...) Le persone hanno problemi di salute, ma le malattie rappresentano solo una parziale spiegazione dei loro problemi di salute. Noi dobbiamo conoscere di quali problemi di salute le persone soffrono, indipendentemente dall'etichetta della malattia che i professionisti gli hanno attaccato. Il miglioramento e se possibile la risoluzione dei problemi (e all'inverso il peggioramento di questi) sono **vere e proprie misure di outcome**, e i medici che sono in grado di riconoscerli e risolverli dovrebbero essere ricompensati per questo. (...) Già William Osler, oltre un secolo fa, riconosceva che è più importante conoscere **“quale tipo di paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha un paziente”**. Un approccio focalizzato sulla persona (*person-focused*), rispetto all'approccio dominante

focalizzato sulla malattia (*disease-focused*) è il più adatto alla gestione delle malattie croniche perché è maggiormente in grado di affrontare il modo con cui più malattie interagiscono tra loro e riconoscere le condizioni di vulnerabilità sociale, familiare e economica dei pazienti che aggravano i loro problemi di salute. (...) Abbiamo bisogno di linee guida adatte per l'assistenza focalizzata sulle persone piuttosto che sulla malattia. Solo i medici di medicina generale possono comprendere ciò, perché essi non si occupano dei singoli organi, come fanno gli specialisti, e perché ogni giorno sperimentano questa realtà nel loro lavoro. **Per questo i medici di medicina generale devono difendere i sistemi sanitari basati sulle cure primarie, perché questa è l'unica speranza per ottenere una maggiore equità attraverso appropriati interventi medici. Essi hanno anche un'altra responsabilità, che è quella di richiamare l'attenzione sulla follia di fornire l'assistenza in modo verticale, malattia per malattia.** (...) È tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per muovere l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni; per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo”⁴. **TM**

⁴ Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011, 10:15.

Ricordo del prof. Fausto Meliconi

Ho conosciuto Fausto Meliconi a Careggi nella primavera del 1967, quando mi ricevette nel suo studio e mi propose di entrare a far parte della Soprintendenza sanitaria, di cui aveva l'incarico da pochi mesi, avendo sostituito il prof. Carlo Bifulco, storico dirigente sanitario dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti riuniti.

Accettai con entusiasmo e da allora è iniziata la nostra fraterna amicizia, che ci ha accomunato perché basata su un rapporto di leale collaborazione e di reciproca stima, nonché sulla condivisione dei fondamentali valori etici.

Per anni abbiamo diretto, con impegno e con orgoglio, i servizi igienico-organizzativi del grande ospedale fiorentino quando ne furono Presidenti il dott. Enzo Pezzati e il dott. Ugo Bertocchini. L'Istituzione comprendeva il policlinico di Careggi con Villa Ognissanti, l'ospedale pediatrico Anna Meyer, il secolare presidio di Santa Maria Nuova e il recente Santa Maria dell'Annunziata. Ne facevano parte eminenti clinici, tra cui Alfiero Costantini, Emiliano Panconesi e Francesco Ragazzini, illustri primari, tra cui Goffredo Giannardi, Filippo Pasquinelli, Francesco Di Lollo, Aldo Bolletti, Carlo Marino, Pier Luigi Alfonsi, nonché esperti amministratori, tra cui Alberto Fontanelli e Renato Ceccarelli.

Negli anni '70, sotto la soprintendenza del prof. Meliconi, sono stati aperti i primi reparti di rianimazione e di unità coronarica, e gli innovativi dipartimenti di emergenza. Nello stesso periodo furono organizzati ed avviati gli stabilimenti di Santa Maria dell'Annunziata e il Nuovo San Giovanni di Dio, per coprire le richieste di assistenza ospedaliera nella fascia sud del comprensorio di Firenze.

Non sono molti i colleghi sopravvissuti di quella generazione ospedaliera che lo abbiano conosciuto personalmente. Credo che tutti abbiano potuto apprezzare la dedizione e la competenza con cui ha affrontato le responsabilità della direzione ospedaliera, l'equilibrio e la correttezza con cui esercitava il suo ruolo professionale, la ponderatezza e la capacità di dialogo nel dirimere i problemi di lavoro.

Con il trascorrere degli anni si susseguono le generazioni dei medici e sempre più si attenua la memoria dei tempi passati, nonché la presenza di coloro che li hanno vissuti. Con questo scritto ho voluto prospettare a chi legge la nostra rivista il ricordo di un uomo onesto e laborioso, che ha dedicato per trenta anni la sua professionalità, quale medico di Sanità pubblica, all'Ospedale regionale di Careggi.

Sandro Boccadoro

Manfredo Fanfani
Una storia di aureole e di cappelli

Quarta parte (Terza parte nel numero precedente)



Jan Steen (1626-1679):
"La fanciulla ammalata".
Rijksmuseum, Amsterdam.



E' raffigurata una fanciulla sofferente con la testa abbandonata su un cuscino, fiduciosa del suo medico, vestito con i simboli del suo status professionale: ampio mantello e berretto in testa. Tale opera viene talora identificata come "l'ammalata d'amore", te-

ma tanto caro all' iconografia dell'epoca; si tratta viceversa di una fanciulla affetta da reumatismo articolare acuto, come evidenziano il pallore, la sofferenza da stato febbrile e le tumefazioni delle articolazioni delle mani descritte con perizia e realismo dal-

l'Artista. Le tumefazioni articolari sono messe in particolare evidenza sulla mano sinistra caduta inerte sul ginocchio. Il Medico si sofferma a tastare il polso, sta forse avvertendo tachicardia e qualche aritmia legate alla concomitante compromissione

reumatica del cuore. Il medico non ha alcun strumento ma tanta umanità, è un missionario che si attarda oltre la competenza sulle sofferenze altrui, rappresenta il prototipo del medico di famiglia e della medicina di relazione.



**Jan Steen (1626-1679):
"L'ammalata d'amore".
Alte Pinakothek, Monaco.**

Il medico, anche nell' intimità della casa, non rinuncia a certificare il suo status professionale attraverso l'abbigliamento: mantello, guanti e cilindro in testa, come prescrivono i galatei e la tradizione.

Questa volta l'Artista ha descritto una vera ammalata d'amore e lo sottolinea attraverso la ricchezza dei particolari: la lettera dell'amato che tiene in mano, lo sguardo perso nei propri pensieri, la testa inclinata a indicare la malinconia; è la fine di un'amore richiamato anche dalla presenza del cupido sopra la bussola della porta.

L'ammalata d'amore ha lasciato sul tavolo il limone, amorevolmente sbucciato dai familiari, un rimedio contro la nausea. La presenza di un cane è un sotteso richiamo alla fedeltà, in questo caso disattesa.

Il nastro rosso che brucia tra le ceneri di un piccolo braciere (usanza popolare per accertare la gravidanza) e i quadri a contenuto erotico appesi alla parete con il significato di "clavis interpretandi" tipico della pittura fiamminga, stanno a significare che l'ammalata d'amore è in gravidanza!

All'esterno un giovane sta consegnando qualcosa a una domestica.





Un suggestivo quadro di ospitalità verso il medico in visita che, nel rispetto della tradizione, porta ampio mantello, guanti in mano e cilindro in testa anche nell'intimità della casa. La credenza che il cappello appoggiato sul letto sia



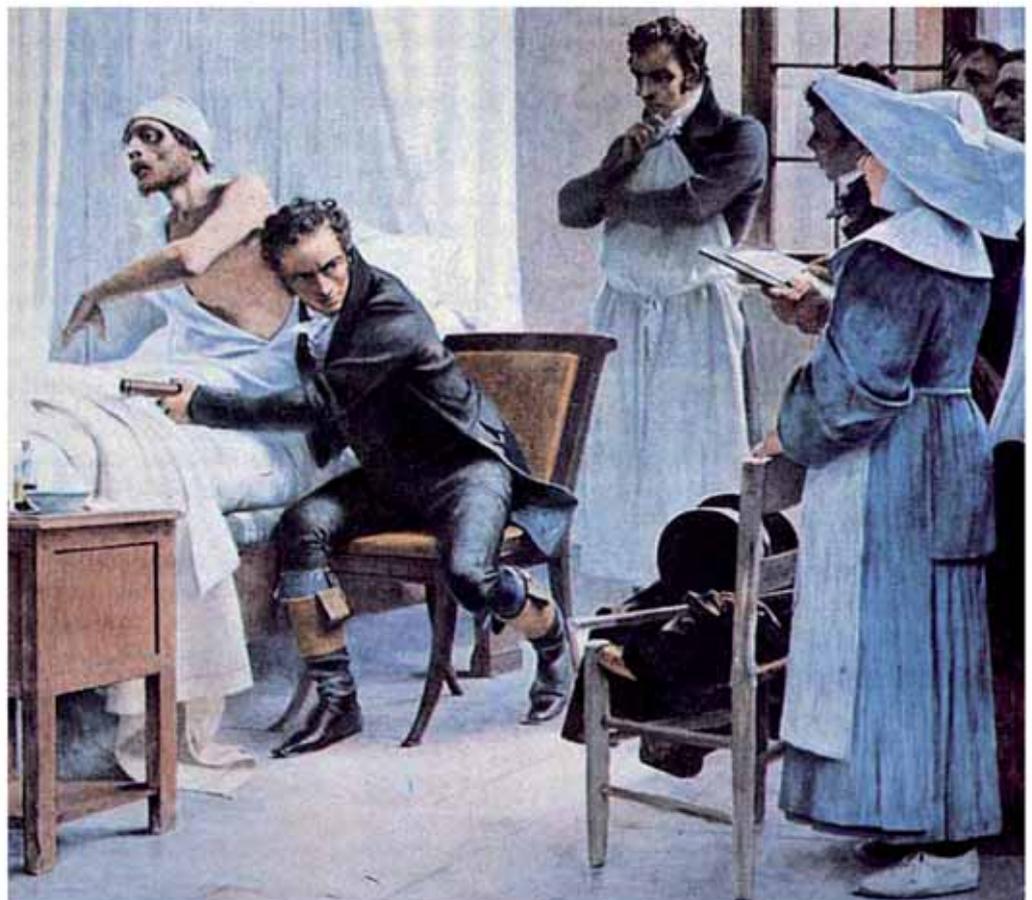
di malaugurio sembra avere origine dalla cattiva abitudine di qualche medico che, poco rispettoso dei galatei, sedendosi al capezzale dell'ammalato si toglieva il cappello e lo appoggiava sul posto più a portata di mano...il letto

del malato! Il cappello sul letto si collegava pertanto alla presenza del medico e, quindi, della malattia. In primo piano, sulla sedia, il vaso con le urine, che il medico ha certamente già esaminato con attenzione.

**Jan Steen (1626-1679):
"Il Medico di famiglia".**

**Laënnec, all'Hopital Necker,
ascolta un paziente di fronte
ai suoi allievi.
Pittura murale di Chartran
(la Sorbonne, Parigi).**

Il Dott. Laënnec è intento ad ascoltare il torace di un paziente, tiene in mano lo stetoscopio da lui ideato come prezioso strumento di ausilio in tale indagine. La nuova tecnica di ascoltazione rendeva impossibile rispettare la consuetudine di tenere il cappello in testa! Una solerte suora porge una sedia per appoggiare il simbolico cappello, che resta così a far parte del contesto scenografico.





F.D. Hardy (1827-1911):
"Bambini che giocano a fare il Medico".
 Albert and Victoria Museum, Londra.

Mentre i tre assistenti, intenti a preparare le pozioni medicinali, sono tutti a capo scoperto, il bambino che fa il medico, ripreso nel-

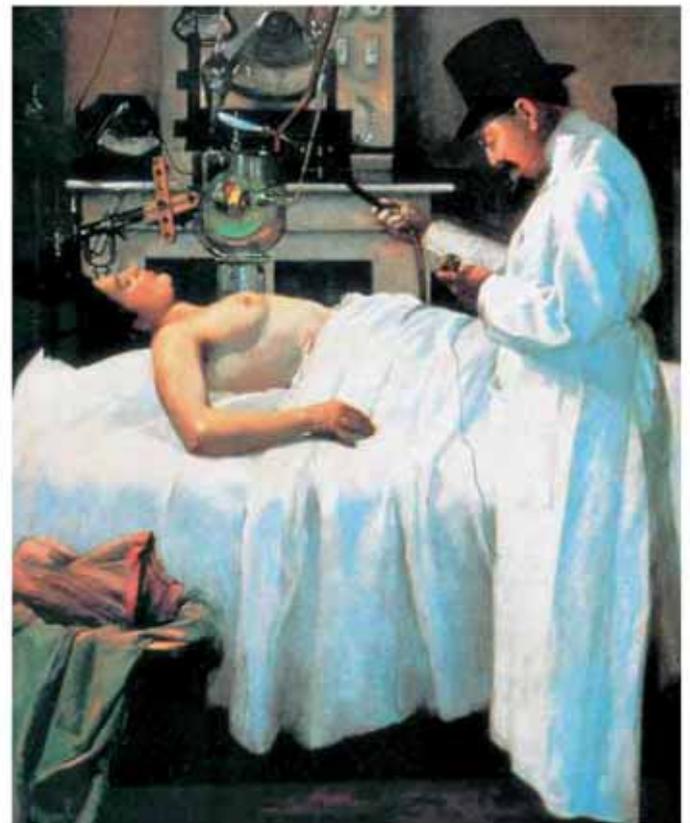
l'atto di tastare il polso alla bambola ammalata, porta il berretto in testa sottolineando il suo diverso status professionale.



G. Chicotot (1907):
"Primi tentativi di cura del tumore della mammella con raggi X".
 Musée dell'Assistance Publique, Parigi.

L'iconografia dei primi Novecento dedica spazio al nuovo volto della medicina, alla tecnologia emergente e all'immagine del medico simboleggiata da un nuovo look, il camice bianco. Come in tutte le consuetudini culturali e le sovrapposizioni tipiche dei periodi di transizione, il medico, raffigurato accanto a uno dei primi apparecchi per Roentgenerapia, indossa il camice bianco, nuovo simbolo della sua immagine professionale, ma porta ancora in testa il cilindro, simbolo di status della precedente iconografia ottocentesca! Questa sovrapposizione può apparire emblematica espression-

ne dell'incertezza di quel Medico nel cambiare i simboli del suo status: camice bianco o cappello in testa? L'uso del camice bianco si è nel tempo inflazionato, non rappresenta più con immediatezza lo status professionale del medico e della medicina! I medici devono riflettere sulle perplessità di quel lontano collega e sulla opportunità di "rimettersi il cappello in testa", come si usa dire metaforicamente, per recuperare immagine, prestigio e quei valori culturali, etici e filosofici che facevano del medico un profondo conoscitore dell'uomo e delle umane cose.



Un augurio alle nuove generazioni affinché nascano con il cappello in testa e crescano con i cappelli in testa!

E' significativo come lo studente, nel momento in cui si iscrive a una facoltà che gli aprirà le porte della professione, senta il bisogno, come prima cosa, di mettersi in testa il cappello goliardico, simbolo del futuro status professionale. Non è ca-

suale che il goliardo degli studenti di medicina sia di colore rosso, come rosso era il cappello dei santi Cosma e Damiano. A onore dell'Arte medica non si tratta di santi che esercitavano la medicina, bensì di due medici in odore di santità!



Certificazione obbligatoria per attività sportiva

Un altro esempio di inutili "medicalizzazioni" della società. Un altro esempio di come si può rendere insopportabile lo stato sociale.

Nella logica di rendere tutto sempre più difficile e di complicare la vita ai cittadini, il Governo Monti ha emanato un decreto che va a colpire chi vorrebbe rilassarsi con una sana attività sportiva.

Viene infatti prevista, per chi pratica sport a livello amatoriale in contesto organizzato, una certificazione obbligatoria a cadenza annuale con ECG ed eventuali altri esami, se di età superiore a 55 anni uomini o 65 anni donne ed affetti da qualche patologia. Tale cadenza può addirittura abbassarsi e sono necessari esami e consulenze specialistiche per chi sia affetto da patologie croniche conclamate diagnosticate. Viene imposto un controllo sanitario che, per attività volontarie, amatoriali, non agonistiche, sicuramente non dannose per gli altri, dovrebbe essere demandato alla sola scelta dell'interessato, senza interventi coercitivi da parte dello Stato.

Complicandone l'accesso, si inducono le persone a non intraprendere o ad abbandonare un'attività sportiva, portando ad un aumento della sedentarietà che va a provocare od aggravare quelle patologie contro cui si dice di voler agire.

A tal proposito, dopo il danno, risulta una beffa la dichiarazione del Ministro Balduzzi che si augura di aver incentivato la pratica sportiva e

combattuto la sedentarietà!!

Il fatto di dover presentare una certificazione alle società sportive stimola ad effettuare un'attività fisica in forma autonoma, ove nessun controllo è possibile, esponendo però il praticante a maggiori rischi in quanto al di fuori di un *ambiente protetto*.

Come è avvenuto con l'aumento dei ticket sanitari, per il quale si stima che nel 2012 circa 1.8 milioni di cittadini italiani abbiano abbandonato il SSN rinunciando ad esami visite ed analisi, adesso si fa una cosa analoga con lo sport.

Inoltre il fatto che, per un'attività sportiva amatoriale, occorra presentare una certificazione annuale oltre un'età stabilita se concomitano alcune patologie o addirittura con cadenza inferiore in presenza di patologie croniche diagnosticate, implica che le società sportive vengano a conoscenza del fatto che un loro iscritto è affetto da qualche forma morbosa più o meno grave. Non sono un giurista, ma ho molte perplessità sulla legittimità di tale provvedimento sotto il profilo della privacy.

Massimo Bindi

Aiuto Corresponsabile Ospedaliero
Medicina Interna - Azienda Ospedaliera Pisana

La tecnologia e il buon medico

Egregio direttore, nel numero 4/2013 nell'editoriale "Troppa folla attorno alla morte" parla di "contrasto" tra il rifiuto della morte e l'immagine di un morente trafitto da sonde e tubi!

Al contrario vi vedo una perfetta sintonia: in una società che nasconde e rifiuta la morte, viene fatto tutto il possibile per rinviarla, anche perché (come da Lei ricordato) per ogni morte spesso si cerca il colpevole ("deceduto per errore dei medici?").

Ivan Illich sostiene che la "morte naturale" non esiste più, forse è quella che ci coglie in buona salute!

Con l'idea che "c'è sempre qualcosa da fare" (espressione per me molto ambigua) le malattie

non hanno più il loro naturale decorso, siamo ormai in grado di modificarlo quasi sempre: se applichiamo un respiratore artificiale ad un paziente ne evitiamo il decesso, ma da quel momento i controllori dell'evento morte siamo noi e quindi ne siamo i responsabili.

Dopo che per secoli la morte si è fatta beffe della medicina e dei medici è arrivato il momento del riscatto: ora è il medico che controlla la morte, anche se non per sempre.

Lei lamenta che attorno all'evento morte si facciano avanti figure che con la medicina non hanno niente in comune (giudici, filosofi, politici...), ma questo è la logica conseguenza del fatto che la medicina è andata oltre il compito che ha avuto per

secoli: fare diagnosi, cura e prognosi, il controllo della morte è stato acquisito negli ultimi decenni ed è facile capire che non può essere cosa che riguarda solo i sanitari.

Chi è il medico per decidere se e quando una persona deve o non deve vivere?

Siamo al delirio dell'onnipotenza tecnologica? Solo chi sa controllare la morte può decidere cosa fare. Quando e a chi "staccare la spina"?

La morte naturale è quella che noi evitiamo con i nostri interventi che, spesso, iniziano o prolungano uno stato di sofferenza che la malattia, nel suo naturale decorso, non avrebbe prodotto o avrebbe terminato.

Forse è anche per il timore inconscio che un altro possa decidere se, quando ed in che modo devo morire che alcuni ricorrono all'eutanasia: della mia morte decido io, senza altre inutili sofferenze.

"Prolungare una vita che sappiamo ormai perduta" non può rientrare nello *spending review* (come Lei si domanda in modo provocatorio), ma non mi sembra nè etico, nè logico.

L'invadenza della medicina sulla morte può suscitare (e lo fa) un profondo senso di paura.

È possibile un passo indietro, quando "non c'è più niente da fare" sedare il dolore, fare uscire il medico e far entrare il prete o chi per lui?

La risposta è nel titolo dei successivi articoli dello stesso numero di Toscana medica:

"Le nanotecnologie applicate alla medicina"; "Capnografia/capnometria e sforzi rianimatori";

"Misurare le attività di *nutrizione artificiale a domicilio*"; "Utilità e vantaggi di un sistema di *tele-monitoraggio* nell'insufficienza respiratoria cronica".

La tecnologia fa e promette controlli sempre

più stringenti, anche da grande distanza ed interventi sempre più incredibili: leggo su internet "primo paziente con arto bionico guidato da "app" del telefonino"; "Cnr. Ecco il microchip biocompatibile che studia e modifica le reti neurali"!

L'informatica sta avviando una rivoluzione tecnologica in medicina di cui nessuno conosce i punti di arrivo: già ora sta arrivando a dei traguardi che solo 10 anni fa non potevamo pensare.

Le "tecnologie sofisticate, costose" e talvolta inutili, migliorano la vita e la allungano cioè: possiamo invecchiare sempre più con le conseguenze che Lei spesso mette in evidenza (con particolare riferimento al costo del mantenere una popolazione sempre più senescente).

In questo quadro di tecnologia che non sembra aver fine, che promette quasi l'immortalità, come può il medico aiutare il morente a trovare la sua buona morte?

A proposito di tecnologia... che ne pensa delle rimozioni chirurgiche a scopo preventivo tipo mastectomie, prostatactomie per prevenire i tumori? È iniziata una nuova nemesi tecnologica?

Alberto Rossi

Dirg. 1° livello - U.O. Pediatria S.M. alla Gruccia
Montevarchi Asl 8 - Arezzo

Il dibattito è appassionante. Siamo di fronte ad una delle più drammatiche tra le antinomie della medicina moderna. La tecnologia condanna l'umanità del medico? Si può trovare una sintesi perché la tecnologia resti un meraviglioso strumento innestato sugli antichi valori deontologici?

Italia terra di missione. Secondo Emergency

I poliambulatori italiani di Emergency rischiano di creare percorsi paralleli e ghezzanti per una fetta della popolazione, percorsi riservati e anomali che negano con la loro stessa presenza l'assioma di un diritto, l'accesso alle cure, che è diritto proprio perché a disposizione certa di tutti.

Nel suo recente intervento a "Che tempo che fa" di Rai 3 il fondatore di Emergency, Gino Strada, pone un punto di vista ben preciso sul ruolo del terzo settore e nello specifico delle organizzazioni umanitarie nell'attuale quadro sociale e politico del nostro paese. **Sono molti gli italiani, oltre agli stranieri, che raggiungono gli ambulatori gratuiti di Emergency a Palermo come a Marghera, dice. Lo fanno per farsi visitare, chiedere orientamento sanitario o spesso**

semplicemente lamentare di non essere in grado di pagare il ticket richiesto. La richiesta è tale che è in programma l'apertura di altre due strutture, una a Napoli e una Polistena, altre seguiranno. L'organizzazione umanitaria è chiamata ad agire dando assistenza ai bisognosi, nella prassi di Emergency lo deve fare anche offrendo prestazioni specialistiche che devono essere sempre di alto livello. La sopravvivenza dell'Organizzazione è supportata proprio da un finanziamento diffuso, generoso, indispensabile per compiere un lavoro importante, anche se rappresenta solo un granello di sabbia nella spiaggia desolata di un bisogno generale. Una povertà sociale che avanza, in un quadro in cui non è più opportuno essere orgogliosi del nostro Servizio sanitario. Strada avanza quindi un forte richiamo alla solidarietà tra poveri,

che dai tempi delle Società di Mutuo Soccorso ha dimostrato di poter fare grandi cose.

Condividendo gli aspetti principali del quadro di riferimento, credo sia opportuno iniziare una discussione su quale sia la risposta più opportuna che noi affezionato al valore costituzionale di un SSN veramente universale dovremmo fornire. La mia opinione è che la soluzione migliore per un Servizio pubblico che intenda sottrarsi alle proprie responsabilità sia poter godere proprio di un privato sociale che si occupi del lavoro più impegnativo, che si prenda cioè carico delle fasce più deboli della popolazione, spesso le più malate perché in condizioni socio economiche peggiori e comunque nei confronti delle quali possono esistere maggiori barriere di tipo culturale e linguistico e quindi più difficoltà organizzative. **La creazione di poliambulatori privati pongono quindi un primo dubbio: rappresentano la creazione di percorsi paralleli e ghezzanti per una fetta della popolazione, percorsi riservati e anomali che negano con la loro stessa presenza l'assioma di un diritto, l'accesso alle cure, che è diritto proprio perché a disposizione certa di tutti?**

Un poliambulatorio staccato dal territorio, corpo estraneo alla struttura dei servizi pubblici, al ruolo del medico di base come parte del territorio, può contribuire a minarne la forza? Come operatore del terzo settore preferisco pensare ad un'azione umanitaria che stia a fianco del sistema sanitario pubblico senza sovrapporsi, che non ne calpesti il terreno, che lo stimoli, che lavori per includere l'utenza lontana e ingiustamente esclusa. Un'azione, inoltre, che sappia offrire testimonianze e dati base per fondare un ragionamento sull'opportunità di un intervento pubblico forte in risorse e qualità, a beneficio di tutti. Fattori oggettivi che denuncino violazioni, deviazioni, inefficienze a cui le Istituzioni siano chiamate a provvedere.

Non sono forse proprio le spalle forti di un servizio pubblico sano, inoltre, le uniche in grado di garantire qualità delle prestazioni e formazione professionale? Non sono questi aspetti a grande rischio in un privato che vive nella precarietà dell'aiuto volontario diffuso e nella

dipendenza dall'appetibilità mediatica del proprio logo e della propria immagine? Discutiamo allora se sia opportuno richiamare una solidarietà tra poveri per offrire le medesime prestazioni che spetterebbero ad un medico di medicina generale o ad uno specialista, attribuendo un ruolo fondamentale ed essenziale ad aiuti per loro natura incerti come il cinque per mille o la donazione via cellulare.

Non è meglio immaginare un approccio umanitario che muovendosi a stanare la marginalità informi dei diritti esistenti, colleghi ai servizi, porti alle istituzioni dati e testimonianze per rendere incontrovertibili le ragioni dell'universalità del diritto? **La carità può essere l'opposto del diritto, scalfirlo e indebolirlo, sgretolarne le fondamenta.** Le Società di Mutuo Soccorso erano una nobile via di scampo per auto soddisfare bisogni a cui lo Stato non voleva o non aveva strumenti per dare risposta. Sono passati centocinquanta anni dal loro inizio, quaranta dalla loro sostanziale scomparsa, e nel frattempo abbiamo conquistato una Costituzione secondo cui è dovere dello Stato rimuovere le ingiustizie sociali e garantire il diritto alla salute a tutti coloro che siano presenti sul nostro territorio, cittadini e non.

Per ottenere tutto questo puntiamo i piedi, noi operatori del terzo settore, operatori sanitari, politici che hanno la possibilità di decidere per tutti o semplici cittadini.

Apriamo un confronto sereno su questi e sugli altri temi che investono il ruolo e l'operatività delle organizzazioni umanitarie, appare necessario in un momento storico-politico così delicato. Ovviamente non dovrà mancare Gino Strada, con il quale siamo certi di condividere presupposti e obiettivi.

Da Saluteinternazionale.info. Pubblicato il 22.4.1913. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/italia-terra-di-missione-secondo-emergency/>.

Marco Zanchetta

Giurista, coordinatore a Firenze di Medici per i Diritti Umani

Ancora sul percorso chirurgico ospedale per intensità di cure

Prendiamo spunto dall'articolo di un rappresentativo gruppo di studio, sul percorso chirurgico nell'ospedale per intensità di cure (Toscana medica, febbraio 2013) per comunicare alcune riflessioni.

Innanzitutto formuliamo sinceri complimenti ai colleghi che hanno saputo cogliere con estrema attenzione e concretezza i segnali di rinnovamen-

to in atto nella sanità, ed hanno così elaborato un algoritmo destinato a fungere da guida alla nostra pratica clinica.

L'esigenza di contrazione della spesa sanitaria ci obbliga a ricoveri sempre più brevi per patologie che sostanzialmente non sono mai cambiate nella loro entità.

L'insidia è invece aumentata perché, ricovero

breve non vuol dire ricovero meno impegnativo. La necessità di *conoscere* bene il paziente all'accettazione in reparto anzi diventa un obbligo imprescindibile.

Nel nostro reparto di chirurgia del Valdarno, cerchiamo, da qualche anno di attuare questi cambiamenti metodologici, dedicando molta attenzione alla visita ambulatoriale, durante la quale viene compilata la cartella clinica e somministrato un consenso realmente informato. I riscontri di questa impostazione, sono finora molto soddisfacenti.

Ci permettiamo comunque di segnalare alcune riflessioni.

- Bisognerebbe trasmettere alle aziende la consapevolezza dell'importanza della fase perioperatoria ricordando che l'applicazione di questi percorsi, mal si coniuga con i tempi da loro programmati per le visite ambulatoriali. La qualità comunque ha un costo.

- Pari validità dovrebbero rivestire i controlli successivi alla dimissione che dovrebbero essere parte integrante del percorso.

- Sarebbe auspicabile che il programma ideato facesse parte integrante del fascicolo sanitario elettronico e quindi consultabile ed aggiornabile con criteri di tracciabilità da tutti gli operatori. La spesa iniziale sarebbe ampiamente recuperata in

termini di abbattimento del rischio clinico e delle relative conseguenze sul contenzioso. In questo percorso il coinvolgimento del territorio sarebbe fondamentale. La valutazione dei pazienti sarebbe agevolata e si eviterebbero inutili ripetizioni in caso di ricoveri iterativi. Da non trascurare in termini scientifici la possibilità di raccogliere ed esaminare in maniera rapida i dati ottenuti.

- Non vedremmo male un coinvolgimento degli infermieri per la parte di competenza, nel percorso di dimissione del paziente.

- L'attivazione di questo progetto sarebbe una giusta mediazione fra la *slow medicine* e la medicina narrativa da riservare alla fase preoperatoria e la *fast-surgery* che potrebbe esserne la naturale conseguenza. Il percorso inoltre ben si porrebbe nel solco del miglioramento qualitativo dell'assistenza iniziato con le procedure di accreditamento.

Concludiamo rinnovando i complimenti ai colleghi estensori del lavoro che hanno altresì dimostrato con la loro professionalità che le riflessioni generate da chi ogni giorno è presente sul campo, inevitabilmente favoriscono la vera qualità.

Giuseppe Pinto, Francesco Renzi
Chirurgia Ospedale del Valdarno

Gravidanza e ciclo vitale della famiglia

I cambiamenti psicofisici che avvengono durante la gravidanza, e successivamente col parto e l'allattamento sono tanto intensi e radicali che in donne più predisposte, possono portare all'insorgere di disturbi psicologici dell'adattamento o a quadri ansioso-depressivi. In particolare i disturbi ansioso-depressivi insorti nell'ultimo trimestre della gravidanza sono legati ad un maggior rischio di sviluppare depressione post-partum e necessitano quindi di un sostegno psicologico costante (che nei casi più gravi dovrà essere affiancato da una terapia farmacologica). Oltre al sostegno individuale e specialistico alla donna non va tralasciato quello alla famiglia, perché è proprio all'interno di essa che stanno avvenendo cambiamenti enormi, parallelamente ai cambiamenti della futura mamma.

Sta cambiando l'intero assetto familiare: i genitori diventano nonni, i figli diventano genitori, fratelli e sorelle diventano zii, ognuno acquisisce un nuovo ruolo, che dovrà essere integrato con quelli vissuti fino ad allora: siamo di fronte ad una nuova fase nel ciclo di vita della famiglia, che si ripercuote su almeno tre generazioni: i genitori, impegnati con la fase del nido vuoto (cioè quando i figli se ne vanno di casa e i genitori si ritrovano

da soli), i figli impegnati nella formazione della coppia e poi nascita dei loro figli, e quest'ultimi che con il loro arrivo diventano i nuovi membri del sistema. La nascita di un figlio è dunque un evento critico, perché ogni componente abbandona lo stato precedente (genitore, figlio, fratello) per acquisirne uno nuovo, ma mentre l'acquisizione del ruolo è automatica (diventare genitori, nonni o zii è automatico con la nascita del bambino), l'acquisizione psicologica e l'integrazione delle nuove modalità di comportamento con le vecchie, non è altrettanto automatica.



Avviene una vera e propria crisi, che per intensità e sconvolgimento è sovrapponibile a quella adolescenziale e che si ripercuote nel rapporto col partner e con gli altri familiari. La crisi, tuttavia, non va intesa solo in senso negativo, ma al contrario è una spinta al cambiamento e alla differenziazione dalla famiglia, è un'occasione di crescita, che può sfociare sia nella maturazione personale, che nella regressione: l'esito dipende dalle risorse che ha a disposizione la persona coinvolta, sia intrapsichiche che familiari; è per questo che far

riflettere sui propri pensieri e sulle proprie paure, sottolineare i cambiamenti emotivi e riconoscerli è un passaggio importante per tenere la situazione sotto controllo e poterla gestire con la sufficiente tranquillità e consapevolezza; inoltre fornire informazioni corrette dal punto di vista scientifico è molto importante per promuovere la piena salute della donna e in senso lato della famiglia.

Elena Gualdani

Psicologo dello sviluppo e dell'educazione, Arezzo

Letti per voi

Toscana Medica 6/13



Il Centro sociale di Lastra a Signa

Leonora Biotti, Gavino Maciocco

Masso delle Fate Edizioni

Leonora Biotti e Gavino Maciocco raccontano in questo libro la storia del Centro sociale di Lastra a Signa. Una cronaca interessante e completa che dimostra come nell'evoluzione demografica che porta a un continuo incremento del numero delle persone anziane in continuo mutare delle loro esigenze e dei contesti familiari l'intuizione degli anni 70 di un vero domicilio comunitario che superi la concettualizzazione più segregante della RSA sia fortemente anticipatoria e quanto mai attuato.

Non esistono molte esperienze di questo tipo di soluzione abitativa per gli anziani che, inoltre, nasce e sopravvive in un contesto comunitario accogliente e comprensivo. Ecco perché questo piccolo libro è uno stimolo per tutti coloro che debbono affrontare questo grande problema sociale e antropologico del prevalere della popolazione anziana con tutte le sue trasformazioni e le sue richieste.

Antonio Panti

Il sapore di una fragola

Da un'idea di Patrizia Trimboli, in collaborazione con Paolo Lagazzi e Luigi Fontanella, stampato in proprio 2012, edizione fuori commercio.

Il 10 maggio 2013 si è svolto nell'aula magna della Facoltà di Medicina di Firenze la presentazione del libro "Il sapore di una fragola", nato da un'idea di Patrizia Trimboli, che ha presentato la rinascita verso una completa e profonda consapevolezza di sé attraverso la comprensione del dolore.

Di particolare interesse è stato inoltre il video introdotto da Silvia Pecorini sull'Ospedale poetico realizzato, a costo zero, con la collaborazione dei ragazzi dell'Istituto d'Arte, in cui viene illustrato come attraverso la collaborazione entusiasta e fattiva di giovani generosi e motivati siano stati realizzati negli spazi dedicati ai malati ed all'attesa, affreschi, immagini e presidi diversi che rendano meno drammatica la presenza in ospedale.

L'intervento più affascinante è stato quello del Professor Marino Biondi che ha percorso in un'esauriente carrellata su molti scrittori conosciuti come tali, che sono anche medici da Carlo Levi a Mario Tobino, che hanno trovato il loro grande risalto nello studio dell'uomo come entità unificata di anima corpo e mente.

Sarebbe interessante una riflessione proprio su questo, di come cioè vi sia una stretta e profonda identità fra queste due maniere di affondare la vita, perché sia che si inizi dalla mente e dall'anima o si inizi dal corpo, la interezza dell'uomo non può essere né scissa né spezzata.

Cristina Nesti Favelli
Medico chirurgo, Firenze

BACHECA

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



Finalmente un museo a Santa Maria Nuova

Sarà l'ospedale di Santa Maria Nuova ad ospitare presumibilmente dal 2014 un museo degli strumenti medici e chirurgici utilizzati nel secolo scorso, che saranno esposti nei sotterranei di quello che probabilmente è il più antico ospedale ancora in funzione del mondo: un gioiello di architettura rinascimentale fondato da Folco Portinari nel 1288 e in cui ancor oggi vengono ricoverati più di 3.000 pazienti all'anno e oltre 35 mila ricevono le prime cure al pronto soccorso.

È stata firmata il 16 aprile scorso, tra il direttore dell'Azienda sanitaria di Firenze Paolo Morello e il presidente del Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità Antonio Panti, la convenzione con la quale si procederà al completamento della catalogazione dei beni storico artistici presenti a Santa Maria Nuova e al Serristori di Figline e con cui si gettano le basi per l'esposizione del

patrimonio raccolto. L'esposizione avverrà, ultimato il restauro, nei sotterranei dell'ospedale del centro cittadino di Firenze, là dove si trovano le celebri vasche in pietra databili 1585 che presumibilmente servivano alla famiglia Portinari per tinggiare la lana con cui fece la propria fortuna ed intorno alle quali, tra il 1505 e il 1507, pare che Leonardo abbia compiuto i suoi celebri disegni anatomici.

Il museo degli strumenti medico scientifici andrà ad affiancare l'esposizione delle oltre 750 opere d'arte - da Andrea Della Robbia a Ghiberti, da Andrea Del Castagno a Dello Delli - conservate nell'ospedale per la quale è prevista la realizzazione di un percorso museale che non intralci la preziosa e qualificata erogazione di prestazioni mediche.

Il Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità, a cui l'Asl 10 affida oggi

per 3 anni questo lavoro di valorizzazione del patrimonio artistico e scientifico di Santa Maria Nuova e del Serristori di Figline, con un impegno annuo di 25 mila euro, è stato costituito nel 1998 dal Comune e dalla Provincia di Firenze, dall'Università, dall'Azienda sanitaria e dalle Aziende ospedaliere universitarie Careggi e Meyer proprio per la tutela, valorizzazione e conservazione di quanto testimonia il progresso medico-sanitario. Dal 2007 il Centro svolge questo ruolo sull'intera Area vasta centro che comprende anche le Asl di Empoli, Prato e Pistoia. In questi 15 anni ha promosso giornate di studio sul patrimonio storico e artistico delle istituzioni sanitarie, catalogando numerosi fondi archivistici. La Regione Toscana negli ultimi anni ha costituito un Comitato regionale per i patrimoni storici.

Deontologia e valorizzazione della spiritualità

Documento approvato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze il 6 maggio 2013

Il Codice Deontologico obbliga il medico *"alla tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e al sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera"*.

Questo obbligo è sempre stato fondante dell'etica medica. Si tratta oggi di porre l'accento sull'empatia che deve caratterizzare la relazione col paziente, affinché il medico non soltanto rispetti i convincimenti della persona ma ne sappia valorizzare e stimolare la dimensione etica, spirituale o religiosa per favorirne la reazione positiva alla malattia e alla cronicità.

Oggi la salute va intesa non solo come stato di benessere cui orientare l'impegno individuale e sociale, ma anche come risorsa per la crescita delle persone e della comunità, sul piano emozionale, intellettuale, economico ed etico. Occorre andare oltre il dettato costituzionale della "tutela" della salute, per impegnare le istituzioni e la società alla "promozione" della

salute.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Firenze intende aprire una riflessione sul rapporto fra paziente e terapeuta di fronte alla sempre più frequente evenienza che tale relazione si debba costruire in presenza di diverse visioni del mondo, ideologie, opinioni e credenze; la deontologia impone al medico, come metodo di lavoro, un atteggiamento culturale laico di considerazione, rispetto e tolleranza per i principi e i valori di ogni persona umana. Garantire ad ognuno il rispetto dei propri orientamenti onde esercitare responsabilmente le proprie scelte, secondo il principio di autodeterminazione, senza che alcuno possa imporre ad altri i propri valori, trova un importante spazio applicativo proprio nel rapporto tra medico e paziente, così che la diagnosi e il trattamento siano proposti e discussi al fine di favorire la prospettiva terapeutica migliore, anche attraverso l'integrazione con la visione del mondo e il sistema di valori della persona.

Ciò risponde al crescente bisogno di superare il riduzionismo tecnologico della medicina moderna per recuperare il senso ed il

valore della dimensione esistenziale di ogni esperienza di sofferenza, di disagio e di malattia. Il recupero della Medicina Narrativa vuol rimettere in primo piano il soggetto, promuovendo una *forma mentis* negli operatori che porti a guardare ogni persona come unica e peculiare, non riconducibile a distribuzioni statistiche, per offrire ulteriori strumenti per favorire la reciproca comprensione, valorizzando la dimensione spirituale e contribuendo, nell'incontro che è alla base dell'alleanza terapeutica, al benessere del paziente e al suo coping positivo.

L'attenzione alla "storia" del paziente, alla sua dimensione soggettiva, alle sue esperienze, abitudini, comportamenti, valori e preferenze, secondo un atteggiamento laico del medico, costituisce un elemento ineliminabile dell'agire del medico anche per superare sia l'attenzione prevalente all'aspetto "fisico" e "organico" della malattia, che tuttavia mostra una debolezza sempre maggiore anche alla luce dei dati forniti dalle neuroscienze, sia comportamenti irrazionali o illusori che rispondono spesso alla mancanza di comunicazione tra medico e paziente.

41° Campionati Italiani Tennis Medici

Si svolgeranno dal 14 al 21 SETTEMBRE 2013 presso il prestigioso circolo Hermitage dell' Isola d'Elba nella splendida cornice del golfo della Biodola.

Per tale evento sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e *tutti i livelli di gioco* (con gare di campionato, di contorno e tabelloni di consolazione). È inoltre occasione per una settimana di relax e mare con la famiglia.

Per l'iscrizione e la prenotazione alberghiera consultate il sito web: www.amti.it

Paolo Frugoni

Il Dott. Peirano eletto Presidente della LILT Firenze

Il Consiglio Direttivo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Firenze, nella seduta del 19 aprile scorso, a seguito delle dimissioni dalla carica di Presidente della D.ssa Ida Cip-

parrone per motivi personali e familiari, ha conferito la nomina al Dott. Alexander Peirano, il quale ha scelto la D.ssa Eleonora Nesi Frescobaldi come suo Vice. L'Ordine esprime sentite congratulazioni

al Dott. Peirano, Presidente della Commissione Odontoiatri di Firenze, per l'importante incarico e formula i migliori auguri di buon lavoro in favore dell'Associazione e dei pazienti assistiti.

Rinnovo casella PEC

Stanno arrivando ai medici fiorentini avvisi da parte della società Aruba sulla prossima scadenza della validità della casella PEC attivata nel 2010 su indicazione dell'Ordine. Ogni collega che riceve

questo avviso può quindi seguire la procedura indicata da Aruba per il rinnovo e la sua casella PEC verrà rinnovata per ulteriori tre anni. Come tre anni fa, al momento della prima attivazione, anche questo

rinnovo sarà gratuito per gli iscritti all'Ordine di Firenze, in quanto i costi per il rinnovo saranno a carico dell'Ordine.

Remunerazione specializzazioni anni 80-90

Quella dei medici che dagli anni 80 in poi hanno frequentato le scuole di specializzazione senza percepire la borsa di studio o percepiscono una di importo non adeguato, è un'annosa questione che periodicamente torna alla ribalta, soprattutto grazie alle iniziative di alcune associazioni esperte in "class action" che contattano ripetutamente i medici invitandoli ad aderire a ricorsi legali collettivi. Fermo restando il diritto del medico di decidere autonomamente e

liberamente se e tramite chi fare ricorso, l'Ordine si permette di ricordare che: - ogni azione legale, promossa individualmente o collettivamente, comporta comunque un esborso anticipato di denaro per le spese legali; - nessuno può garantire con certezza assoluta l'esito favorevole della causa; - i tempi della giustizia, com'è ben noto, sono lunghi e soggetti a tre gradi di giudizio; - le situazioni dei medici non sono tutte uguali e l'esito favorevole di una vertenza non signifi-

ca di per sé che tutte quelle simili abbiano lo stesso esito; - i tentativi di sanare questa annosa vicenda con "leggi di sanatoria" generalizzata non sono finora mai andati in porto per mancanza di copertura finanziaria. L'Ordine, quindi, non sollecita né scoraggia alcuna iniziativa. Si limita a ricordare i pro e i contro di una azione legale, in modo che il medico possa prendere una decisione in modo quanto più consapevole.

Strage dei Georgofili: il riconoscimento ai medici

Domenica 26 maggio a Palazzo Sacratì Strozzi a Firenze, si è svolta la cerimonia di consegna delle onorificenze a quanti si sono prodigati nei soccorsi, nelle indagini e nell'informazione nei momenti immediatamente successivi all'attentato di via dei Georgofili del 27 maggio 1993. All'iniziativa, voluta in occasione del ventennale della strage dall'Associazione tra i familiari delle vittime, erano presenti il Presidente del Senato Pietro Grasso, il Presidente della Regione Toscana Enrico Rossi e la Presidente dell'Associazione Giovanna Maggiani Chelli. In particolare, una targa di riconoscimento è stata tributata ai medici che in quella tragica notte, con dedizione e spirito di servizio, assicurarono i soccorsi e l'assistenza sanitaria alle vittime. La targa è stata ritirata dal Presidente dell'Ordine dei Medici di

Firenze, dr. Antonio Panti, in nome e per conto di tutti i colleghi e resta esposta nella sede dell'Ordine dei

Medici a testimonianza dell'impegno civile, sociale e professionale dei medici fiorentini.





Ricerca europea sulle Medicine Complementari

Sul sito internet della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO) è stata pubblicata la relazione finale del Gruppo di Lavoro del Consorzio "CAM-brella" concernente "Lo Status Giuridico e la Regolamentazione

delle Medicine Non Convenzionali in Europa". Il Consorzio "CAM-brella" (la cui sigla è l'acronimo di "Complementary and Alternative Medicine") è la prima rete di eccellenza sulle Medicine Complementari costituita sotto l'egida di un

programma pluriennale di finanziamento per la ricerca nella storia dell'Unione Europea. Per approfondire: www.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=97801.

Ricerca sulla disabilità alla mano

L'Istituto Politecnico di Torino sta svolgendo una ricerca relativa agli ausili per disabili, coordinata dalla d.ssa Donatella Vanoli, medico di medicina generale di Biella. Nell'ambito di tale ricerca, gli studenti hanno necessità di raccogliere dati sulla disabilità alla mano in Italia e per fare ciò

hanno bisogno della collaborazione dei medici di medicina generale, che sono maggiormente in grado di offrire informazioni e dati (ovviamente in forma anonima) sui propri pazienti. La D.ssa Vanoli, quindi, chiede la collaborazione dell'Ordine dei Medici per invitare i medici di famiglia a partecipare a

questa ricerca. Coloro che fossero disponibili e interessati, possono compilare il questionario al seguente link: <http://obsurvey.com/S2.aspx?id=8c70a213-5d85-4ca6-b691-c4dc547ec549>. Si ringraziano i colleghi per la collaborazione.

Il "Good Standing" lo fa solo il Ministero

Il "certificato di onorabilità professionale", altrimenti detto "Good Standing", è un documento che deve essere presentato dal medico o odontoiatra italiano che si reca a lavorare all'estero all'Autorità sanitaria del Paese straniero. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha precisato che l'Autorità italiana competente a

rilasciare tale certificato è esclusivamente il Ministero della Salute. Pertanto i medici e gli odontoiatri che hanno bisogno di ottenere tale certificato per recarsi all'estero, dovranno richiederlo al Ministero della Salute e non più all'Ordine dei Medici. Il modulo per presentare la domanda e le relative istruzioni sono disponibili sul sito

internet del Ministero alla voce "Certificato di onorabilità professionale": http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2972&area=professionisanitarie&menu=riconoscimento. In alternativa, la modulistica da presentare al Ministero è disponibile presso la sede dell'Ordine.

La FNOMCeO a fianco dei medici fiscali

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici è a fianco dei medici fiscali per cercare di risolvere la drammatica situazione venutasi a creare a seguito della decisione dell'INPS di sospendere le visite fiscali d'ufficio per il settore privato. "Il provvedimento dell'INPS - hanno commentato i rappresentanti

FNOMCeO - determina una insostenibile riduzione del lavoro dei medici fiscali, retribuiti con un contratto atipico, ma vincolati da gravose incompatibilità che rendono impossibile lo svolgimento di altre significative attività anche libero professionali". La FNOMCeO ha già richiesto l'attivazione urgen-

te di un tavolo interministeriale che recepisca le problematiche e che intervenga revocando immediatamente la decisione dell'INPS nell'interesse dell'appropriatezza delle prestazioni e del contenimento delle spese reali, al di là di ogni cosmesi di bilancio.



Rilevazione sull'attività in intra-moenia

Sul sito internet del Ministero della Salute www.salute.gov it è stata pubblicata la relazione svolta dall'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale, sull'esercizio dell'attività intra-moenia nel 2011. Nel monitoraggio sono state approfondite due tematiche di particolare rilievo: l'intra-moenia allargata e il numero dei dirigenti medici che svolgono l'attività libero professionale, con

evidenza delle specifiche modalità di esercizio. Dall'analisi condotta emerge che nella quasi totalità delle Regioni viene svolta l'intra-moenia allargata, con la sola eccezione della Regione Toscana e della Provincia Autonoma di Bolzano; in media, il 52% dei medici con rapporto esclusivo esercita la libera professione intra-muraria, di cui il 56% la esercita all'interno degli spazi aziendali, il 26% al

di fuori della struttura ed il 18% svolge attività libero professionale sia all'interno che all'esterno delle mura aziendali (ad esempio attività in regime ambulatoriale svolta presso il proprio studio professionale ed attività in regime di ricovero svolta all'interno degli spazi aziendali). Relazione integrale sul sito del Ministero.



Certificati del Pediatra di Famiglia

Il certificato medico è un documento che attesta l'esistenza di fatti e condizioni di natura sanitaria delle persone cui il certificato si riferisce e che abbiano rilevanza giuridica o amministrativa.

All'art 24 del codice deontologico dei medici si legge che "il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati".

Rilasciare una certificazione è quindi un obbligo per il medico, ma negli ultimi anni la richiesta non solo è diventata sempre più frequente, ma spesso impropria in quanto non sempre legata a fatti e condizioni di natura sanitaria, rilevandosi un atto puramente formale con disagio per i genitori che lo devono richiedere e per i professionisti che lo devono rilasciare. Ne sono un esempio lampante le numerose richieste per l'attività sportiva non agonistica fatta dalla scuola con moduli "in bianco" non riempiti, come previsto dalle normative, e spesso con firme del Dirigente scolastico fotocopiata.

La FIMP toscana ha pertanto ritenuto utile condividere con la Regione non solo l'elenco delle certificazioni previste dalle Convenzioni Nazionali e Regionali per la Pediatria (e quindi gratuite per il paziente) ai fini di evitare inutili contenziosi con gli assistiti, ma anche di fare il punto sulle certificazioni inutili, in particolare in ambito scolastico, dove ogni Circolo Didattico ha fatto "autonomamente" regolamenti diversi.

Una menzione a parte spetta per il certificato di riammissione alla scuola dopo un'assenza, in quanto si fa riferimento a leggi e norme vecchie che a loro tempo rappresentavano l'unica arma di prevenzione contro le malattie infettive, ma che oramai sono superate dalle attuali conoscenze scientifiche e da una prevenzione delle malattie in comunità che riconosce strumenti migliori quali il rispetto di corrette norme igienico-sanitarie, l'esecuzione delle vaccinazioni e gli altri interventi di profilassi specifica qualora se ne ravvisi la necessità. Tutte queste attività vengono attualmente svolte con ottimi risultati dagli Uffici di Igiene in collaborazione con la Pediatria di Famiglia.

La presentazione del certificato di riammissione a scuola dopo assenze della durata di più di 5 giorni, previsto dal DPR 1518/67, è considerata una pratica obsoleta dalle attuali conoscenze scientifiche: il periodo di contagiosità delle malattie infettive è maggiore durante la fase di incubazione piuttosto che dopo la comparsa delle manifestazioni cliniche e per molte malattie contagiose la contumacia prevista è di durata inferiore a 5 giorni.

Per i suddetti motivi, alcune Regioni (Piemonte, Lombardia e Liguria) hanno abolito il certificato medico di riammissione scolastica, ed è in atto anche l'iter nazionale per arrivare ad una abolizione di tali certificazioni su scala nazionale: in tal senso si è pronunciata la Conferenza Stato Regioni fin dal 2004.

Ci auguriamo che il documento, una volta condiviso con l'ufficio scolastico regionale, porti ad una riduzione di richieste improprie di certificazione.

Un altro punto importante è rappresentato dalla condivisione di quali certificazioni devono essere soggette ad IVA. 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:

a) se la prevalente finalità della prestazione medica è a tutela della salute dell'interessato o della collettività, il compenso è esente da IVA;

b) se invece la prevalente finalità della prestazione è di natura accertativa o peritale o medico-legale, cioè la loro principale finalità è di far ottenere un beneficio economico o sociale all'interessato, allora il compenso è soggetto ad IVA.

Sia che il certificato sia esente che assoggettato ad IVA, è obbligatorio che venga emessa la relativa fattura che deve riportare alcuni dati essenziali:

- data e numero progressivo (che deve ricominciare da 1 ad ogni anno solare);
- partita IVA del medico;
- dati del cliente - Codice Fiscale;
- descrizione prestazione;
- titolo di esenzione IVA (per prestazioni esenti): art. 10 n. 18 DPR 633/1972.

Per prestazioni esenti IVA oltre

77,47 € va apposta la Marca da bollo da 1,81 €

Nel caso il medico decida di rilasciare gratuitamente una certificazione, non è obbligatorio emettere la fattura in quanto, trattandosi di lavoro autonomo per il quale vige il principio di cassa, ogni prestazione professionale assume rilevanza fiscale solo quando il compenso viene incassato.

Al riguardo bisogna ricordarsi che la gratuità di un certificato a pagamento deve essere un'eccezione e non la norma, per non incorrere in contestazioni fiscali.

Di seguito il documento approvato dal Comitato Regionale per la Pediatria del 24/01/2013

Certificati previsti dalla Convenzione

I certificati previsti dalla convenzione nazionale e che devono essere rilasciati gratuitamente dal Pdf sono esplicitamente menzionati nell'ACN 2009 all'art. 44 punto 2 comma g) ed h)

- Certificato di riammissione a scuola dopo malattia di oltre cinque giorni (**il rientro a scuola il 6° giorno non richiede certificato**). I giorni festivi sono conteggiati solo se sono a cavallo del periodo di malattia (esempi: 1) inizio malattia venerdì, il rientro a scuola fino al mercoledì successivo non richiede il certificato, dal giovedì successivo in poi sì; 2) inizio malattia martedì, il rientro a scuola il lunedì successivo non richiede il certificato, dal martedì successivo sì).

- Certificato di assenza del genitore dal lavoro per malattia del figlio.

- Certificato di attività sportiva in ambito scolastico con **richiesta compilata e firmata dal dirigente scolastico in cui sia specificato se si tratta di attività parascolastiche svolte in orario extracurricolare, o se si tratta di partecipazione ai "Giochi della Gioventù" e "Campionati studenteschi" nelle fasi successive a quelle di istituto e precedenti quella nazionale (cioè quella provinciale e regionale), ai sensi del DM 28.02.1983.**



Certificati non previsti dalla Convenzione

Tutti i certificati non esplicitamente previsti dalla Convenzione o da altri Accordi Regionali o Aziendali sono da considerare in regime di libera professione e quindi il pediatra ha diritto a richiedere un compenso.

A. Certificati esenti da IVA:

- certificato d'idoneità all'attività sportiva non agonistica fuori dall'ambito scolastico;
- certificato di attività ludicomotoria (tale certificazione pur non essendo prevista da specifiche normative è spesso richiesta dalle Società sportive);
- certificato anamnestico per campi scuola o case vacanze; soggiorni marini/montani;
- relazione sulla storia clinica del bambino;
- certificato per patentino;
- certificato di sospensione temporanea dalla frequenza del nido o scuola materna per patologia (specificando "a tutela della salute");
- certificato di ammissione all'Asilo Nido (non esiste nessuna legge che preveda questo certificato, se proprio l'asilo lo esige è a pagamento);
- certificato di esonero dall'educazione fisica per patologia*;
- certificato per l'assunzione di

farmaci nell'orario scolastico*;

- certificato per diete specifiche a seguito di patologie*.

* *Queste tipologie di certificazioni vengono spesso rilasciate gratuitamente per abitudine consolidata, nell'ottica di andare incontro al paziente e alla sua famiglia.*

B. Certificati soggetti ad IVA (21%):

- certificato di patologia per graduatorie per usi di legge;
- certificati per uso assicurativo;
- certificato per invalidità civile;
- certificato di idoneità al lavoro di minori (*legge 977/67 d.lgs 345/99*);
- certificato di malattia per il ricupero di corsi o lezioni di attività sportiva;
- altri certificati ad uso privato.

Certificazioni inutili

Spesso al pediatra vengono richieste certificazioni non legate a situazioni sanitarie, in tali circostanze non è necessaria una certificazione medica e può essere sufficiente una dichiarazione da parte dei genitori; proprio per questo non dovrebbero nemmeno essere chiamati certificati.

Esempi di "certificati" inutili:

- certificato per assenza da scuola per vacanza, settimana bianca, ecc... (è sufficiente la dichiarazione che attesti che l'assenza non era dovuta a cause sanitarie);
- certificati per diete per motivi religiosi o per non gradimento di cibi;
- certificati di esonero dalla mensa in assenza di patologie specifiche;
- certificati per uscita anticipata dalla scuola;
- certificati per la frequenza scolastica di bambini portatori di apparecchi gessati/medicazioni.

Attestazioni

In occasione di una visita ambulatoriale, il genitore può richiedere un attestato di accompagnamento del bambino presso lo studio medico. In questi casi si tratta di un attestato e non di un certificato, per cui può essere rilasciato anche dal personale di studio purché su carta intestata. Tale attestazione è rilasciata gratuitamente.

Stefano Castelli

Pediatra di Famiglia Viareggio

Valdo Fiori

Pediatra di Famiglia di Firenze

Pier Luigi Tucci

Pediatra di Famiglia di Firenze

Presto un vaccino quadrivalente contro l'influenza

Per la prima volta l'Agenzia europea per i farmaci, l'EMA, autorizzerà la realizzazione di un vaccino quadrivalente, attivo quindi contro 4 ceppi di virus circolanti dell'influenza stagionale. Il nuovo vaccino affiancherà la versione trivalente (3 ceppi) a partire dalla prossima stagione influenzale 2013/2014. Nel trivalente saranno presenti i tre cep-

pi A/California/7/2009 (H1N1), A/Victoria/361/2011(H3N2) e B/Massachusetts/2/2012. Nel quadrivalente, oltre a questi tre, ci sarà anche un altro ceppo del virus di tipo B, il B/Brisbane/60/2008. "La decisione di prevedere anche un vaccino quadrivalente dipende dal fatto che in alcuni Paesi del mondo, in questa stagione influenzale, sono circolati due ceppi del virus

B. Circa la composizione del trivalente, i ceppi H1N1 e H3N2 sono gli stessi della stagione 2012-2013, mentre il ceppo B/Massachusetts è leggermente diverso. Quest'anno, infatti, il vaccino proteggeva contro il B-Wisconsin, che è comunque simile", conferma Gianni Rezza, epidemiologo dell'Istituto superiore di sanità.

Rapporto sugli eventi sentinella

Sono 1723 le segnalazioni di eventi sentinella (eventi avversi particolarmente gravi e potenzialmente evitabili, che possono comportare la morte o un grave danno al paziente) accaduti nelle strutture del Servizio sanitario nazionale (SSN) tra il 2005 e il 2011. L'evento più segnalato (22,3%) è la "morte o grave danno per caduta di paziente", seguito dal "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" (15,7%). L'evento ha comportato la morte del paziente nel 36,8% dei casi, mentre si è verificato un

trauma grave nel 14,4% dei casi e un reintervento chirurgico nel 10,3%. Gli eventi segnalati si sono verificati principalmente nei reparti di degenza (38,4%), seguiti dalla sala operatoria (19,6%), e l'area di assistenza maggiormente interessata è stata la medicina generale (13,0%), seguita da ostetricia e ginecologia (11,2%). Sono questi alcuni dei risultati illustrati nel 4° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella, che ha analizzato tutti gli eventi sentinella forniti - su base volontaria - dalle

strutture del SSN e raccolti nel SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli eventi sentinella in sanità) dal settembre 2005 al dicembre 2011. Il Rapporto è a cura del Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria, del Ministero della Salute. Per approfondire: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=999.



Consenso informato in odontoiatria

Il difetto del consenso informato non attiene né alla validità del contratto d'opera professionale né alla diagnosi della situazione del paziente ed alla scelta della terapia, bensì alla scelta del trattamento sanitario necessario per l'attuazione della stessa. A sostenerlo è la Cassazione con la sentenza n. 8527, Seconda sezione Civile dal 8 aprile scorso. I giudici erano stati chiamati a decidere sulla vicenda di una paziente rivoltasi ad uno studio odontoiatrico per una visita di controllo a causa di una algia alle arcate inferiori. Durante la visita il dentista "si era limitato a

limare alcuni denti e a rilevare il calco dell'arcata dentale, prospettando la necessità di più interventi operatori". Ma la paziente sostiene di non aver mai conferito nessun incarico al dentista anche perché non ha mai firmato il consenso informato, dice, e per questo decide di non pagarlo. Il dentista si rivolge all'autorità giudiziaria. Il giudice di pace dà ragione alla donna, ma il tribunale accoglie le tesi del dentista condannando la donna. Sentenza che la donna non accetta e ricorre in Cassazione continuando a sostenere che non aveva mai conferito l'incarico scritto, attraverso

il consenso informato, al dentista. Di parere diverso i giudici della Corte Suprema che chiariscono che il difetto del consenso informato, se può eventualmente giustificare una domanda risarcitoria relativa al trattamento sanitario già posto in essere (la limatura dei denti) e per il quale la paziente non era stata in condizioni di valutarne il rischio, di certo non motiva l'azzeramento ab-origine dell'incarico. In sostanza il contratto disciplina il rapporto tra le due parti mentre il consenso informato legittima il trattamento del sanitario.

Contro i maltrattamenti

Altre 5 ASL entrano nel progetto regionale del "Codice Rosa", portando così a 10 il numero di aziende sanitarie toscane che applicano il protocollo di tutela delle vittime di violenze e maltrattamenti. Entro il 2014, il progetto del Codice Rosa dovrebbe coprire tutto il territorio toscano. Le nuove aziende, che hanno aderito al progetto dall'inizio del 2013, sono la 5 di Pisa, la 6 di Livorno, la 11 di Empoli, l'azienda ospedaliero universitaria di Careggi e quella del Meyer. Vanno ad aggiungersi alla 9 di Grosseto, capofila regionale, che ha avviato il progetto già dal

2010, la 2 di Lucca, la 4 di Prato, la 8 di Arezzo e la 12 di Viareggio, che sono partite dal 1° gennaio 2012. Nel 2012, nelle 5 aziende in cui il Codice Rosa era in funzione, sono stati trattati 1.455 casi di maltrattamenti e abusi su adulti e minori. Il dato, pur se rappresentativo di sole 5 aziende, è, in tutta la sua drammaticità, rilevante e permette di avvicinarsi alla comprensione della vera dimensione del fenomeno. Sul totale dei dati rilevati riferito agli adulti, 1.248 sono casi di maltrattamento, 44 di abuso sessuale e 22 di stalking. È necessario ricordare che il progetto non è

rivolto solo alle donne, ma anche ai bambini, agli immigrati, alle vittime di atti omofobici, agli anziani. Altra fascia debole, i bambini: i dati delle 5 aziende del 2012 fanno emergere 113 casi di maltrattamento e 28 casi di abuso sessuale su minori. Per contrastare questo fenomeno, sono attivi da tempo nell'azienda ospedaliero universitaria Meyer l'Osservatorio per i diritti del bambino in ospedale e il Gruppo sull'abuso all'infanzia e all'adolescenza, G.A.I.A., creato per aiutare i minori vittime di abusi e maltrattamenti che giungono all'osservazione clinica.

Valutazione dei rischi nello studio

A far data dal 1° giugno 2013 tutti i titolari di studio medico o odontoiatrico che occupano fino a 10 lavoratori devono effettuare la valutazione dei rischi secondo le procedure standardizzate previste dal Decreto Interministeriale del 30/11/2012. Il Documento di Valutazione dei Ri-

sch (DVR) deve avere data certa e ciò può essere garantito tramite auto-spedizione via Pec o via raccomandata indirizzata al proprio studio, oppure con presentazione e timbratura all'ufficio postale. Tale documento deve essere conservato all'interno dello studio e, essendo

un documento di natura dinamica, va aggiornato qualora intervengano modifiche significative nell'organizzazione del lavoro o nelle procedure. Per ulteriori informazioni e per scaricare lo schema di DVR, consultare il sito internet dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it.

La futura madre ha diritto ad essere informata

Chi è in attesa di un figlio ha diritto di essere informato dal medico circa le condizioni del feto. È quanto ha stabilito la Corte di Cassazione - sezione III civile - con la sentenza del 22 marzo 2013 n. 7269. La vicenda riguarda una donna che durante la gravidanza aveva effettuato alcuni esami per accertare eventuali malformazioni del feto. Dal momento che dall'ecografia morfologica non era risultata niente di anomalo, la gestante non aveva ritenuto opportuno sottoporsi all'amniocentesi. Il bam-

bino era poi nato con una grave malformazione che aveva portato la donna a citare in giudizio il ginecologo, sostenendo che se fosse stata a conoscenza della patologia non avrebbe portato a termine la gravidanza. La Suprema Corte ha riconosciuto espressamente il diritto della futura madre ad essere informata circa le condizioni di salute del nascituro, e dunque di eventuali malformazioni del feto, a prescindere dalla sua volontà o meno di abortire. "Non v'ha dubbio - osserva il giudice di legittimità

- che il primo bersaglio dell'indebitamento del medico è il diritto dei genitori di essere informati, al fine, indipendentemente dall'eventuale maturazione delle condizioni che abilitano la donna a chiedere l'interruzione della gravidanza, di prepararsi psicologicamente e, se del caso, materialmente, all'arrivo di un figlio menomato". Da qui - ad avviso della Suprema Corte - la legittimità della richiesta di risarcimento dei danni derivanti dalla nascita, e dunque del danno biologico e del danno economico.



Polo oncologico a Careggi

È stata inaugurata la nuova piastra diagnostico terapeutica di Careggi, che costituisce il cuore tecnologico del nascente polo oncologico che sarà progressivamente attivato nel corso del 2013. All'inaugurazione erano presenti il Presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, l'Assessore al Diritto alla Salute Luigi Marroni, il Direttore Generale di Careggi Valtere Giovannini, il Rettore dell'Univer-

sità di Firenze, Alberto Tesi, medici e personale di Careggi. "Questo progetto rende il nostro ospedale unico a livello nazionale - ha sottolineato Valtere Giovannini - Con questo nuovo edificio a completamento dell'offerta terapeutica in ambito oncologico, Careggi completa la sua dotazione tecnologica, mettendo a disposizione dei pazienti le più moderne attrezzature chirurgiche integrate con le più

innovative tecnologie radianti". La nuova struttura è destinata a unificare le varie attività destinate alla lotta ai tumori, attualmente sparse in varie aree dell'ospedale. Il valore complessivo della piastra diagnostico-terapeutica del polo oncologico, finanziato interamente con fondi regionali, è di oltre 19 milioni di euro.

Medicina del Lavoro

I Ministeri della Salute e del Lavoro, insieme alle Regioni, all'INAIL e alle società scientifiche della medicina del lavoro, hanno concordato una procedura informatica condivisa per la raccolta e la trasmissione dei dati sanitari e

di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria. Il sistema informatico è entrato in funzione a partire dal 22 maggio sul sito dell'INAIL www.inail.it, dove è disponibile anche il manuale d'uso. Considerato che si tratta di un pro-

getto ancora in fase sperimentale, i Ministeri hanno assicurato che l'eventuale mancato rispetto della scadenza del 30 giugno per l'invio dei dati da parte dei medici del lavoro non esporrà ad alcuna sanzione.

Valutazione delle ASL toscane

Sono migliorati su oltre il 65% degli indicatori i risultati presi in esame dal MeS, il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che ogni anno per conto della Regione valuta le performance delle aziende sanitarie toscane. Si è ridotta la mortalità per tumori e quella per malattie cardiocircolatorie, è diminuito il ricorso inappropriato all'ospedale, è aumentata l'efficacia della sanità d'iniziativa, conti-

nua a calare la spesa farmaceutica. Quest'anno viene presentata l'indagine telefonica sui servizi distrettuali in generale, e sulla medicina generale, sanità di iniziativa e comunicazione ed informazione sui servizi, in particolare. I risultati mostrano una buona soddisfazione da parte dell'utenza: il livello di soddisfazione nei confronti della medicina di base è molto positivo e supera l'80% (oltre il 90% per quanto riguarda visite domiciliari

e chiarezza delle informazioni). Ugualmente, il progetto della Sanità di Iniziativa continua a dare i suoi frutti: i pazienti che partecipano al progetto confermano di apprezzare l'assistenza ricevuta, in particolare per quanto concerne le informazioni ricevute e il monitoraggio dello stato di salute. Per approfondire: <http://performance.sssup.it/toscana/index.php>.

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

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

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

Manfredo Fanfani

Una storia
di aureole e di cappelli



QUANDO L'ABITO
NON FACEVA IL MONACO,
MA FACEVA IL MEDICO

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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

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