



ToscanaMedica

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



Un modello toscano di prevenzione: la frattura del femore e la fragilità

A. Bavazzano, V. Boscherini, M.L. Brandi,
G. Guido, A. Mugelli, R. Nuti

Il disagio psicologico nell'endometriosi

V.V. Pontello, M. Bucci, A. Vannacci, C. Ravaldi,
M. Di Mizio, M.E. Coccia

The Pufa-Story

L. Santoiemma, L. Accettura

L'emergenza di una disciplina: la Consumer Health Informatics

M.R. Guelfi, M. Masoni

N° 6 GIUGNO 2014



Priligy[®]
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013





Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
Giovanni Colacicchi,
"Mediterraneo", 1930,
olio su tela, 63x98.
Collezione privata.

Anno XXXII n. 6 - Giugno 2014

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

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

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2014 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Mito e realtà in Giovanni Colacicchi
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 L'anno della medicina generale
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Un modello toscano di prevenzione:
la frattura del femore e la fragilità
A. Bavazzano, V. Boscherini, M.L. Brandi,
G. Guido, A. Mugelli, R. Nuti
- 13 Prevenire è meglio che curare
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14 Il disagio psicologico nell'endometriosi
V.V. Pontello, M. Bucci, A. Vannacci, C. Ravaldi,
M. Di Mizio, M.E. Coccia
- 17 Il costo del mancato trattamento
dei Disturbi Mentali Comuni (DMC)
M. Lussetti, R. De Lilla, G. Cardamone
- 18 The Pufa-Story
L. Santoiemma, L. Accettura
- 29 Mind the Gap
S. Vezzosi, M.M. Luisa
- 31 L'incontro del pediatra con l'adolescente
F. Franchini, L. Dainelli
- 33 Scienza e diritto, due mondi poco conciliabili?
A. Panti

REGIONE TOSCANA

- 21 Focolaio di epatite A in Europa
C. Pierozzi
- 24 Prestazioni odontoiatriche in Regione Toscana
Allegato A alla Delibera n° 426 del 26 maggio 2014

RICERCA E CLINICA

- 34 Anestesia spinale e scoliosi
A. Jenco, C. Barattini
- 37 Lichen scleroso vulvare
R. Rossi, A. Frizzi, G. Tinacci, A. Ermini

FRAMMENTI DI STORIA

- 39 Una nascita sull'appennino toscano-romagnolo
A. Fusi

L'INFORMATICA BIOMEDICA

- 40 L'emergenza di una disciplina: la Consumer Health Informatics
M.R. Guelfi, M. Masoni

SANITA NEL MONDO

- 42 Anacleto Dal Lago, un medico che vedeva lontano
G. Maciocco

45 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

46 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

20 BACHECA

44 LETTI PER VOI

45 PRONTO DOTTORE?

46 CONVENZIONI



FEDERICO NAPOLI

Mito e realtà in Giovanni Colacicchi

Giovanni Colacicchi,
*"Allegoria della
 Commedia e della
 Musica per un
 cinematografo",
 1948, olio encausto
 a freddo su
 masonite, 180x358.*
 Proprietà dell'Ente
 Cassa di Risparmio
 di Firenze.

A Giovanni Colacicchi (1900-1992), dopo ventidue anni dalla scomparsa, è dedicata una serie di iniziative fra mostre e concerti, fino alla fine del 2014 ospitate in varie sedi fiorentine – Accademia delle Arti e del Disegno, Casa Siviero, Lyceum, Museo del Novecento –.

Promossa tra gli altri dalla Fondazione Parchi Monumentali Bardini e Peyron e dal Kunsthistorisches Institut, un'antologica di opere tra il 1920 e il 1988 è allestita presso i locali di Villa Bardini con il titolo "Giovanni Colacicchi. Figure di ritmo e di luce nella Firenze del '900".

Presenta un pittore che pacatamente ha attraversato stagioni artistiche diverse, anche turbolente: dal binomio arte/artigianato di Chini all'impegnante formalismo di Carena e fino alla dinamica futurista.

L'autore ha vissuto gli anni in cui si è sviluppato il rinnovamento di Casorati, quelli della Firenze astratta di Magnelli e gli anni della Metafisica; come pure ha operato contemporaneamente alle esperienze di Morandi, all'affermazione in città dell'Astrattismo classico e fino al Concettuale.

Ma in tutto questo lungo arco di vita sociale e artistica, in cui ha assunto anche responsabilità pubbliche – co-fondatore della rivista "Solaria", direttore dell'Accademia di Belle Arti e critico giornalistico – Giovanni Colacicchi è sempre rimasto fedele al suo mondo poetico, dove la realtà viene filtrata dal mito mediterraneo, attenendosi a un principio generale di bellezza da rintracciare nella natura e nella descrizione del corpo umano, alla ricerca dell'essenza stessa della armonia.

Ed è in quest'ottica che, nelle composizioni pittoriche, affiora il binomio danza/musica non solo

sul piano formale, ma anche nella passione specifica che ha sorretto Colacicchi nel tempo: questo è lo spunto da cui sono partiti i curatori – Susanna Ragionieri e Mario Ruffini, con la consulenza di Carlo Sisi – per l'allestimento della mostra fiorentina a Villa Bardini.

Ne è esempio l'opera "Allegoria per un cinematografo" (1948), ricca di ritmo e di unione fra espressioni artistiche diverse, illustrativamente strutturata com'è fra danza, musica, teatro, coreografia; opera rimasta nella Sala bar del Cinema Gambrinus fino a quando ne è cambiata l'attività ed ora nella collezione dell'Ente Cassa di Risparmio.

La solarità mediterranea, la scelta di soggetti ricchi di tradizione come le nature morte (con conchiglie), oppure certe tematiche religiose trattate come antichi miti greci, si aggiungono ad evocazioni della classicità e a valenze simboliche; inoltre, la sensualità delle tante figure sintetiche nella loro descrizione anatomica, permane inalterata in opere lontane fra loro negli anni come "Fine d'estate" (1932) e "L'avvertimento" (1988).

Ancora, la continua immersione nel mito – "Argonauti", 1943 – riporta al mondo classico e a una solida tradizione formale, rapportabile all'attività di altri artisti nel Secondo dopoguerra, di fatto vissuta isolatamente e in prima persona.

Per altro, certa suggestione metafisica limitata allo spazio rappresentato, affiora in opere come "Crepuscolo australe" o "Gli esuli" (ambidue degli Anni '30): sempre, senza che Colacicchi mai sacrifichi la chiarezza comunicativa, essendo autore di una arte misurata luminosa e serena. **TM**

ANTONIO PANTI

L'anno della medicina generale

In Toscana, nel 2014, si realizzeranno importanti cambiamenti nella medicina generale: un passo avanti nell'evoluzione dell'assistenza. Infatti senza una forte medicina distrettuale, l'ospedale non regge all'urto delle cronicità e non potrebbe svolgere il suo ruolo di alta specialistica. L'idea è di costruire, a partire dalle aggregazioni funzionali dei medici di famiglia fino alle cosiddette "case della salute", un sistema di presidi distrettuali distribuiti nel territorio, strutturati secondo precisi parametri edilizi, dotati di segreteria, di servizio infermieristico, di specialisti di base, di un efficiente sistema informatico, il cui perno professionale è il gruppo dei medici generali.

Finora la medicina generale è stata negletta dalla programmazione sanitaria. Occorre invertire questa tendenza e investire nel territorio per garantire la sostenibilità del servizio di fronte all'aumento esponenziale dei costi e all'incremento della domanda. Ma non è soltanto la crisi del modello assistenziale che spinge a riorganizzare la medicina generale. Sarebbe riduttivo il solo pensarlo. Vi sono bisogni più profondi e vasti cui la sanità moderna deve rispondere e non può farlo altro che attraverso una buona medicina di famiglia che è, di fatto, il perno della sanità.

Il medico di famiglia è il principale attore della relazione col paziente. Nell'epoca della medicina ipertecnologica, fatalmente riduzionista, la fiducia reciproca, il counselling, la medicina narrativa, la disponibilità, sono gli strumenti principali per mantenere la fiducia della gente nella medicina e sono mezzi peculiari del medico di famiglia. Purtroppo ai medici manca il tempo, la risorsa più carente nella sanità. Ecco perché occorre l'ausilio del personale infermieristico e di supporto. Senza disponibilità di tempo non sarà possibile né la relazione col paziente né la raccolta dei dati sui risultati delle cure per non fondare la programmazione, come oggi avviene, sulle intuizioni degli esperti. La raccolta dei dati, la tenuta dei registri di popolazione, la valutazione post marketing dei

farmaci e dei dispositivi, non sono compiti amministrativi ma un servizio medico di alta qualità che dovrebbe eliminare le perversioni burocratiche oggi trionfanti.

Il presidio opera all'interno di un luogo fisico e funziona mediante percorsi diagnostico terapeutico assistenziali che impegnano più discipline e professionalità. Occorre un leader di percorso, scelto tra i medici di medicina generale, che coordinerà il presidio e che gestirà il budget con la direzione. Contrattare il budget è una funzione squisitamente medica perché in tal modo si individuano le risorse disponibili per l'assistenza. Non è facile per i medici imparare a gestire un budget, tanto più se è legato ai risultati del gruppo; occorre attivare con urgenza una scuola per dirigenti medici generali.

Infine i medici di medicina generale dovranno riappropriarsi di un'antica prerogativa medica, l'attenzione all'ambiente, secondo il mandato dell'OMS "la salute in tutte le politiche". E chi più del medico di famiglia può incidere nella lotta ai rischi primari e secondari, nel rilievo di quelli ambientali, nel collaborare con le autorità alla tutela della salute della collettività da cui discende, quasi invertendo il dettato costituzionale, la salute dell'individuo?

I medici di medicina generale infine sono specialisti della modernità. Chi meglio di loro pratica la medicina personalizzata e applica la scienza della complessità? Se tutti i medici possono osservare un sintomo, gli specialisti spesso lo vedono come isolato, i medici di medicina generale dovrebbero sempre valutare la persona che ha quel sintomo. Il malato prima della malattia. Dovrebbe crearsi, nella scuola di medicina generale, un corpo docente nelle materie che i medici di famiglia praticano per diffonderne la consapevolezza scientifica.

La trasformazione della medicina generale rappresenta la sfida del futuro di fronte alla crisi della sanità e agli sviluppi tumultuosi della medicina.

TM

ANTONIO BAVAZZANO¹, VITTORIO BOSCHERINI², MARIA LUISA BRANDI³,
GIULIO GUIDO⁴, ALESSANDRO MUGELLI⁵, RANUCCIO NUTI⁶

Un modello toscano di prevenzione: la frattura del femore e la fragilità

TOSCANA MEDICA – *Nel quadro complessivo della fragilità del soggetto anziano un ruolo importante è riservato alle fratture osteoporotiche del femore. Considerando anche il progressivo e significativo invecchiamento della popolazione, quali sono l'epidemiologia ed il costo economico-sociale di questa condizione?*

NUTI – Per quanto riguarda le fratture osteoporotiche del femore, che appaiono complessivamente in progressivo aumento, possiamo parlare di costi diretti legati all'ospedalizzazione dei pazienti ed alle terapie sia mediche che chirurgiche, di costi indiretti correlati in primo luogo al coinvolgimento dell'ambito familiare ed al profondo disagio personale, sia sotto il profilo emozionale che comportamentale.

Evidentemente una simile situazione richiederebbe attente modalità di intervento preventivo, visto che in Italia si parla di circa 90.000 fratture/rifratture di femore ogni anno, delle quali circa 6.000 riscontrate solo nella nostra Regione. Si tratta di eventi che colpiscono per lo più persone anziane, come si dice oggi fragili per tutta una serie di motivi di carattere sia medico che sociale, con un importante aumento della mortalità. Un'efficace azione di prevenzione sia primaria che secondaria, attuata ad ogni livello, potrebbe certamente migliorare questo stato delle cose.

BOSCHERINI – La prevenzione delle cadute nel soggetto anziano e la conseguente comparsa di eventi fratturativi necessitano di un approccio non solo di tipo sanitario ma anche e soprattutto sociale. La medicina generale conosce bene il problema e quali sono molti dei suoi determinanti, come ad esempio case spesso buie e piene di ostacoli per l'anziano, oppure cattiva igiene della persona che magari presenta calli e duri ai piedi che ne alterano pesantemente la deambulazione. Per questo l'aspetto sociale deve essere attentamente considerato, cercando nei limiti del possibile di non "fare prevenzione" costringendo gli anziani a letto come purtroppo spesso succede in certe realtà assistenziali. Questi soggetti vanno sorvegliati con attenzione perché se è vero che la caduta a terra è per loro un evento quasi "normale", altrettanto vero è che mantenere una relativa autonomia di movimento non può che migliorare la loro situazione, magari aiutandoli con la somministrazione giornaliera di piccole dosi di vitamina D che senza influenzare il metabolismo del Calcio sembrano

tuttavia capaci di potenziare il tono muscolare. Ovviamente tutto questo presuppone un intervento importante della medicina generale.

MUGELLI – Riprendendo il discorso del dottor Boscherini, vorrei sottolineare che in Italia assistiamo ad un consumo eccessivo di vitamina D, certamente comunque non legato a quelle indicazioni corrette adesso ricordate. Infatti recentemente anche la Società dei geriatri americani ha raccomandato la supplementazione con vitamina D per la prevenzione delle cadute, considerando che nell'anziano le quantità assunte con la dieta sono per lo più insufficienti, in associazione ad una generica ridotta esposizione alla luce solare.

BAVAZZANO – La fragilità a cui prima è stato fatto riferimento non è una vera e propria condizione di patologia ma una situazione di vulnerabilità favorevole alla comparsa di differenti eventi morbosi. Nei soggetti anziani bene si comprende come questi concetti possano essere adattati al fenomeno delle fratture da caduta, spesso legate a condizioni peculiari come la sarcopenia da scarso apporto nutrizionale o la ridotta capacità di movimento. In questo settore la prevenzione ovviamente dovrebbe ricoprire un ruolo di fondamentale importanza anche se purtroppo non sempre questo avviene. In Toscana ad esempio il 28% dei ricoverati nelle strutture residenziali cade a terra almeno una volta all'anno, contro percentuali molto più basse di eventi simili occorsi però in ambito domestico. Educazione al movimento, adeguati livelli di vitamina D e corretto apporto nutrizionale sono pertanto due aspetti da tenere nella massima considerazione.

TOSCANA MEDICA – *La fragilità dell'anziano non deve dunque essere considerata una malattia vera e propria?*

BAVAZZANO – Il termine fragilità ad oggi è senza dubbio molto spesso usato in modo improprio. Partendo dai pochi documenti ufficiali oggi disponibili in Italia (tra i quali molto importanti appaiono le linee-guida elaborate in materia dalla Regione Toscana), la fragilità deve essere considerata una situazione in cui i sistemi biologici di una persona si trovano a lavorare in condizioni di equilibrio precario, con una spiccata tendenza allo scompenso causato da situazioni quali ad esempio, come ricordato in precedenza, la presenza di



Antonio Bavazzano



Vittorio Boscherini



Maria Luisa Brandi

¹ Geriatra coordinatore del Centro Demenze della Regione Toscana

² Medico di medicina generale a Firenze, segretario regionale toscano della FIMMG

³ Ordinario di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Firenze



Giulio Guido

eventuali comorbidità, la deficienza nutrizionale, la riduzione dell'attività motoria, i disturbi di postura legati a danni vascolari cerebrali. A questo aspetto biologico della fragilità si associa poi quello psicosociale rappresentato, a titolo esemplificativo, dalle condizioni di solitudine, indigenza, scarsa attenzione all'igiene personale oppure banalmente dall'uso di calzature non adeguate.

La fragilità pertanto non è una malattia quanto una situazione di base sulla quale si può intervenire soprattutto con molteplici e mirate azione di prevenzione.



Alessandro Mugelli

BRANDI – La fragilità della quale mi occupo è quella dello scheletro che con il passare del tempo vede ridotta la propria massa e modificata la propria architettura. Si tratta pertanto di una fragilità ben definita e quantificabile. Quando parliamo di sarcopenia oggi non possiamo prescindere dal concetto di unità funzionale muscolo-scheletrica secondo il quale qualsiasi alterazione del muscolo, ad esempio per deficit ormonali e per scarso apporto nutrizionale, finisce inevitabilmente per ripercuotersi negativamente anche sul metabolismo delle strutture ossee con conseguente aumento della loro fragilità. Ad oggi purtroppo ancora non possiamo quantificare in termini numerici il valore della sarcopenia, al contrario di quanto invece avviene per le modificazioni dell'osso in corso di osteoporosi.

L'approccio alla fragilità ossea deve essere necessariamente multidisciplinare con interventi anche di carattere sociale ed educativo mirati con attenzione alla condizione di ogni singolo paziente. Ovviamente l'intervento medico resta di fondamentale importanza, soprattutto dal punto di vista farmacologico e nel campo ben definito delle fratture/rifratture di femore nel quale ancora oggi sono possibili le più rilevanti azioni di carattere preventivo. Per quanto riguarda infatti questo specifico tipo di frattura è possibile quantificare con esattezza quanti eventi possiamo prevenire con l'impiego di un'adeguata terapia farmacologica.

GUIDO – Anche io concordo sul fatto che le uniche fratture che noi possiamo quantificare con esattezza sono quelle del femore, quelle cioè che per lo più richiedono il ricovero in ospedale ed eventualmente la terapia chirurgica. In tutti gli altri casi di fratture da fragilità ossea, come ad esempio quelle vertebrali, che vengono gestite per lo più a livello ambulatoriale, ottenere dati epidemiologici precisi appare molto difficile: si può comunque dire che si tratta di situazioni ad oggi assai sottovalutate, almeno nel 50% dei casi.

TOSCANA MEDICA – *L'osteoporosi è allora una malattia o solamente un aspetto della fragilità complessiva del soggetto anziano?*

NUTI – In senso generale un anziano diventa fragile dal punto di vista non solo osseo, ma anche articolare, psicologico, cardiovascolare e così via, senza peraltro che si possa parlare di vera e propria malattia.

Al contrario la fragilità ossea legata ad alterazioni qualitative e quantitative dell'osso è certa-

mente una condizione di patologia per la quale ad un trauma (vedi una caduta), che in condizioni normali non dovrebbe provocare grossi problemi, segue invece un evento fratturativo. In questa ultima situazione è evidente che la prevenzione sia primaria che secondaria appare di fondamentale importanza, anche con la supplementazione con vitamina D a posologia adeguata. In particolare per la prevenzione primaria il ruolo dei medici di famiglia si dimostra insostituibile.

TOSCANA MEDICA – *Per misurare la fragilità scheletrica si ricorre alla Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC): quali sono i limiti e le corrette indicazioni all'impiego di questa metodica?*

NUTI – I fattori di rischio per l'osteoporosi e la fragilità ossea in generale sono ormai ben conosciuti e pertanto la MOC deve essere oggi richiesta seguendo criteri ben definiti di appropriatezza sia clinica che economica. I medici di famiglia che ben conoscono i propri pazienti dovrebbero essere i primi ad evidenziare la necessità di un simile esame.

GUIDO – Anche secondo me il medico di base, dopo avere evidenziato eventuali fattori di rischio o situazioni predisponenti l'evento fratturativo, dovrebbe essere il primo a richiedere la MOC. Nella mia esperienza invece molto spesso queste richieste provengono dagli specialisti come per esempio gli ortopedici, i reumatologi, gli internisti e gli endocrinologi.

BOSCHERINI – Una precisazione: secondo me la cosiddetta fragilità dell'anziano rappresenta lo stadio immediatamente precedente la non autosufficienza e per questo è molto importante intervenire a questo livello, a maggiore garanzia dello stato di salute dei pazienti e della sostenibilità dell'intero sistema.

Per quanto riguarda la MOC, è evidente che il risultato di tale esame in un soggetto di 75-80 anni verosimilmente sarà positivo, per cui mi sorgono molti dubbi sulla reale utilità della metodica. La MOC si deve invece richiedere in persone di età avanzata selezionate per un reale rischio fratturativo.

Quello che vorrei pertanto sottolineare ancora una volta è l'importanza della prevenzione: le fratture di femore non dovrebbero essere gestite dopo che si sono manifestate ma per quanto possibile prevenute e/o ritardate.

BRANDI – Concordo perfettamente con le affermazioni del dottor Boscherini. La prevenzione delle fratture da fragilità ossea non deve essere assolutamente sottovalutata. In ambito primario è necessario condurre uno stile di vita corretto che fin dall'infanzia preveda la sollecitazione delle strutture muscolari tramite una adeguata attività fisica e l'assunzione delle quantità consigliate di calcio per una ottimale mineralizzazione dell'osso.

La prevenzione secondaria inizia con il riconoscimento del soggetto potenzialmente fragile, come ad esempio le donne in età postmenopausale. A questo livello una corretta anamnesi che

⁴ Ordinario di Clinica Ortopedica dell'Università degli Studi di Pisa

⁵ Ordinario di Farmacologia dell'Università degli Studi di Firenze

⁶ Ordinario di Clinica Medica dell'Università degli Studi di Siena

evidenzi oggettivi fattori di rischio potrebbe anche non rendere necessaria l'esecuzione della MOC. A tale riguardo la carta di rischio FRAX, ancora non implementata nel nostro Paese, sarà di grande aiuto anche al Medico di Medicina Generale.

La prevenzione terziaria infine comprende tutti quegli interventi attuati dopo che l'evento fratturativo si è verificato, compresa la terapia farmacologica. A questo riguardo voglio ricordare che la vitamina D è sostanzialmente un ormone calciotropo la cui funzione principale è quella di favorire l'assorbimento del calcio e del fosfato a livello intestinale e di agire sulle cellule muscolari a contrazione rapida. Queste sono le funzioni principali caratterizzanti l'azione della vitamina D. Quanto invece viene propinato come "panacea" vitamina D" mi trova allineata.

NUTI – Dopo l'intervento della prof.ssa Brandi mi vengono in mente due domande.

La prima: è corretto trattare farmacologicamente un soggetto ottantenne con numerosi fattori di rischio che però ancora non si è fratturato, fatta ovviamente salva l'adozione di stili di vita il più possibile corretti?

La seconda: devo trattare farmacologicamente un paziente ottantenne fratturato?

Io credo che la risposta alle due domande debba essere positiva, perché se anche a quell'età le aspettative di vita sono ragionevolmente ridotte i costi umani e sociali che l'evento fratturativo comporta richiedono interventi terapeutici mirati ed efficaci. Peraltro la Nota 79 non limita il rimborso dei farmaci antifratturativi in pazienti anziani.

MUGELLI – Sono d'accordo con il prof. Nuti, però credo sia importante sottolineare, oltre alla prescrizione dei farmaci, anche la necessità ineludibile della loro corretta assunzione per il tempo necessario. Purtroppo i dati dell'ultimo monitoraggio degli indicatori di appropriatezza per i farmaci contro l'osteoporosi sono alquanto disarmanti. È stato infatti rilevato che in Italia la percentuale di pazienti con fratture di femore o vertebrali oppure in terapia prolungata con corticosteroidi che assumono molecole ad azione antiosteoporotica si aggira intorno ad uno sconcertante 30%, addirittura in calo verso il 25%. In compenso i soggetti che non rientrano nelle categorie adesso ricordate ricevono farmaci contro l'osteoporosi in ben il 95% dei casi!

Ancora altri dati significativi. Soggetti in terapia

antiosteoporotica che associano Calcio e vitamina D raggiungono uno stringato 45%, mentre l'aderenza complessiva alla terapia contro l'osteoporosi non supera il 50%. La percentuale di soggetti in trattamento occasionale con farmaci contro l'osteoporosi, condizione del tutto inefficace dal punto di vista sia farmacologico che terapeutico, raggiunge però il 13%.

Parlare di appropriatezza soprattutto economica di fronte a queste cifre mi sembra francamente inutile.

Alla luce di questi indicatori possiamo dire che esiste un ampio spazio di miglioramento nell'appropriatezza d'uso dei farmaci utilizzati nel trattamento dell'osteoporosi.

Benché sia necessario avere ulteriori informazioni per definire quale sia la durata ottimale del trattamento con i bisfosfonati, si ritiene che un'aderenza al trattamento del 49,3 sia da considerare del tutto inappropriata in quanto l'indicatore H-DB 5.4 prevede una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80% per ricavare i benefici di riduzione del rischio di fratture che questi farmaci sono in grado di fornire.

La Figura 1 dimostra inoltre che solo una aderenza (misurata come Medication Possession Rate) superiore all'80% è in grado di ridurre le rifratture di femore in soggetti che hanno avuto una precedente frattura femorale.

TOSCANA MEDICA – *Parlando di scarsa appropriatezza sia clinica che economica, il Progetto TARGET della Regione Toscana potrebbe rappresentare un utile strumento per cercare di migliorare le cose in questo campo?*

BRANDI – TARGET è un acronimo che significa "Trattamento Appropriato delle Rifratture Geriatriche in Toscana", costruito sulla considerazione che la frattura/rifrattura di femore nel soggetto anziano rappresenta un quadro clinico assolutamente tracciabile, necessitando sempre del ricovero in ospedale.

Il Progetto TARGET inserisce il paziente all'interno di una valutazione complessiva di carattere farmaco-economico in base alla quale ogni attore di spesa impegnato nell'assistenza a questi pazienti può vedere riconosciuta l'importanza "economica" del proprio operato. Questo è stato reso possibile per la possibilità di mettere in orizzontale i 6 database della Regione Toscana, mettendo così al Centro il paziente e non le varie voci di costo.

Monitoraggio degli indicatori di appropriatezza d'uso dei medicinali. I dati sono relativi al periodo gennaio-giugno 2010-2013.

Indicatore	Descrizione dell'indicatore	2010	2011	2012	2013
H-DB 5.1	Percentuale di pazienti con frattura vertebrale o di femore o in terapia con corticosteroidi in trattamento con farmaci per l'osteoporosi	30,5	31,5	28,3	25,0
H-DB 5.2	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi senza pregressa frattura vertebrale o di femore e senza pregressa terapia con corticosteroidi	96,0	95,8	95,8	96,0
H-DB 5.3	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi che associano calcio o vitamina D	46,6	48,4	49,5	45,2
H-DB 5.4	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi aderenti al trattamento	50,7	51,1	50,7	49,3
H-DB 5.5	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi occasionali al trattamento	13,1	13,3	12,8	13,0

Tabella - Da: L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale gennaio-settembre 2013.

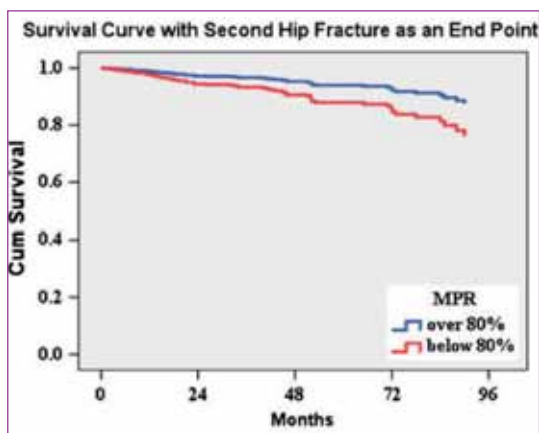


Figura 1 - Cox-regression survival curve according to medication possession ratio (MPR). (*Osteoporos Int* (2013) 24:2099-2014).

TARGET è iniziato con un una quantificazione di tutti i casi di frattura/rifrattura di femore in Toscana in pazienti oltre i 65 anni di età, per un periodo di 4 anni (fase retrospettiva). A questa ricognizione è seguito un periodo di educazione di due anni (fase educativa) nei Centri selezionati in Toscana che comprendono tutte le Unità Ortopediche della nostra Regione, con l'intento di attuare il programma delineato a livello internazionale dall'iniziativa "Capture the fracture" e teso a potenziare l'attività soprattutto degli ortopedici in senso preventivo e di gestione clinica dei pazienti fratturati di femore.

Sulla scorta dei dati ottenuti si è provveduto in seguito a costruire un'indagine prospettica quadriennale (fase prospettica), con l'idea di andare a verificare i cambiamenti in termini di terapia dopo opportuna sensibilizzazione dei medici coinvolti nella gestione di questi malati. Questo è indispen-

Che cos'è l'osteoporosi?

L'osteoporosi è una malattia caratterizzata da una bassa densità delle ossa e da modificazioni della microarchitettura ossea. Con l'aumento della porosità e fragilità delle ossa il rischio di fratture da trauma minore aumenta di pari passo. Il deterioramento del tessuto osseo procede "silenziosamente" e progressivamente. Spesso non vi sono sintomi fino alla prima frattura.

Tessuto osseo sano Tessuto osseo osteoporotico

Lo strumento Scope nei 27 Paesi UE. I punti rossi dell'Italia

PUNTI CHIAVE

- **Rischio nelle donne di 50 anni nel corso della vita: >18%**
- **Rischio FRAX >10% nelle donne di 50-89 anni: >25%**
- **Percorso di cure nelle cure primarie: specialità multiple**
- **Indicatori di qualità: nessun sistema in atto**
- **Tempo di attesa per la chirurgia dell'anca: >2 giorni**

sabile, visto che dall'analisi retrospettiva venivano trattati farmacologicamente solo il 12 % di pazienti ultrasessantacinquenni con fratture femorali.

Nelle intenzioni dei ricercatori, i risultati dello studio TARGET, eventualmente applicabile anche ad altre patologie, dovrebbero servire al decisore per una allocazione delle risorse il più appropriata possibile.

MUGELLI – La considerazione di fondo che ha portato all'elaborazione di TARGET è stata che esi-

stano oggi delle evidenze secondo le quali alcuni trattamenti farmacologici sono in grado di ridurre l'incidenza delle rifratture di femore. La Regione Toscana ha pertanto deciso di verificare l'esattezza di queste premesse, per vedere se nel tempo potessero essere identificati degli interventi economicamente sostenibili e vantaggiosi per questa popolazione di pazienti.

NUTI – Un vantaggio ulteriore del TARGET è stato anche quello di mettere in comunicazione due mondi generalmente non molto colloquianti, cioè quello degli ortopedici e quello degli internisti-endocrinologi specialisti del metabolismo dell'osso.

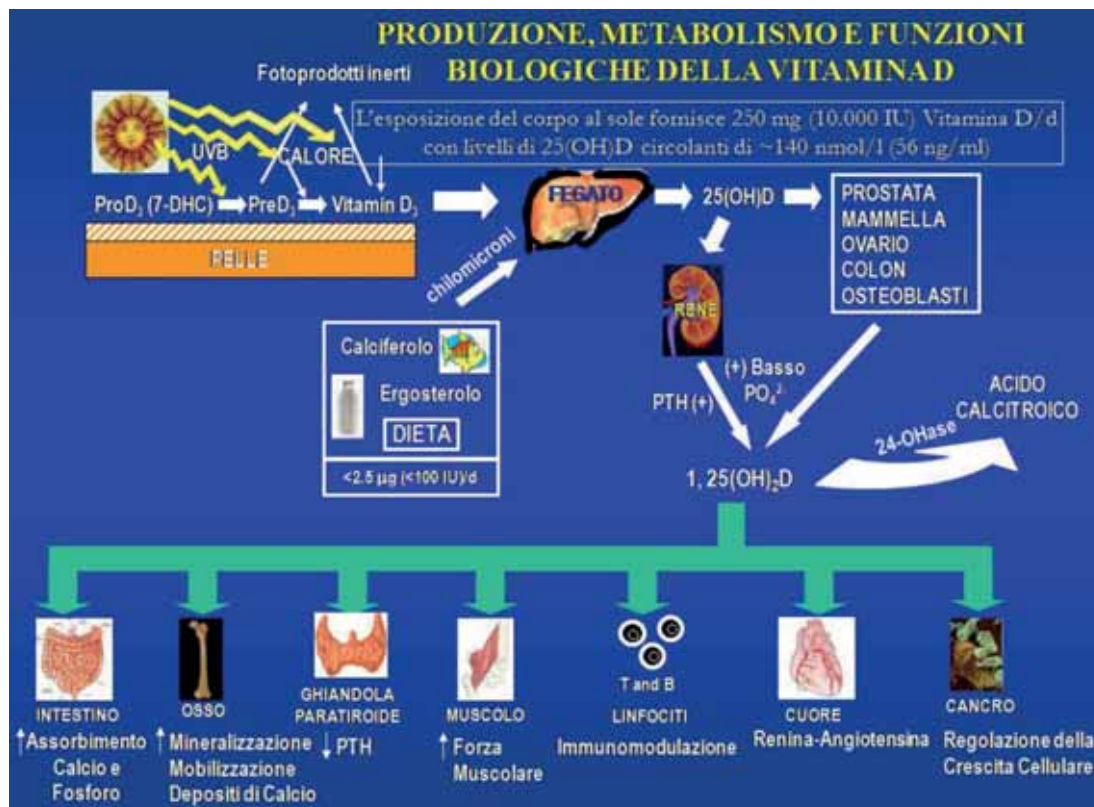
Questa collaborazione è sicuramente servita per aumentare il numero dei pazienti fratturati trattati farmacologicamente in chiave di prevenzione terziaria e per migliorarne la compliance nei confronti delle terapie proposte.

Oggi non è quindi più un'eccezione che un collega ortopedico dimetta un paziente fratturato di femore ed operato con una terapia farmacologica adeguata e bene impostata. Un simile modello assistenziale ovviamente finisce per produrre una riduzione dei costi legati a questo tipo di patologia.

GUIDO – Anche noi a Pisa abbiamo preso parte al Progetto TARGET ed abbiamo istituito un ambulatorio dedicato all'osteoporosi e alle fratture da fragilità all'interno del quale lavorano insieme l'ortopedico, il reumatologo ed il fisiatra, nell'ottica multispecialistica prima ricordata dal prof. Nuti. La potremmo considerare una vera e propria Fracture Unit e questi esempi si vanno moltiplicando nella nostra Regione.

Livelli di Prevenzione dell'Osteoporosi	
PREVENZIONE PRIMARIA Include tutte le misure adottate a livello della popolazione generale senza che venga analizzato il rischio del singolo soggetto	
PREVENZIONE SECONDARIA Mira ad una diagnosi precoce della malattia utilizzando apparecchiature oppure algoritmi in grado di stimare il rischio di andare incontro a fratture	
PREVENZIONE TERZIARIA Si rivolge ai pazienti che hanno già subito una frattura e hanno pertanto manifestato clinicamente i segni della fragilità scheletrica	

La Prevenzione dell'Osteoporosi	
Fattori Immodificabili	Fattori Modificabili
Razziali ed etnici	Bassa densità minerale
Genetici	Fumo
Sesso femminile	Magrezza
Età avanzata	Sedentarietà
Salute mentale	Basso introito di calcio
Uso di cortisonici	Deficit estrogenico
Uso di terapie antiormonali	Cadute frequenti
	Osteoporosi secondarie



TOSCANA MEDICA – Dottor Boscherini, come si posiziona il medico di medicina generale di fronte a questi modelli di integrazione polispecialistica? Le fratture/rifratture di femore potrebbero trovare adeguata considerazione all'interno del Chronic Care Model (CCM) e della medicina di iniziativa?

BOSCHERINI – A livello di medicina generale alcuni punti ormai hanno trovato una propria valenza e conferma. Il primo è quello secondo il quale un paziente fratturato deve essere trattato farmacologicamente. Secondo punto: questo tipo di intervento terapeutico deve essere protratto nel tempo perché il rischio di rifrattura alla sua sospensione risulta assai elevato. Terzo punto: la questione economica legata a queste terapie non appare in linea di massima oggi poi così tanto impegnativa.

Il problema è che ancora oggi molti pazienti fratturati che lasciano l'ospedale non ricevono indicazione ad alcun trattamento farmacologico, in associazione ad una assai bassa compliance nei confronti di queste terapie eventualmente proposte. Quest'ultima situazione è di stretta competenza della medicina generale e rientra a pieno titolo all'interno delle competenze del CCM al quale sono demandate le tematiche assistenziali medico-infermieristiche dei cosiddetti soggetti fragili.

BAVAZZANO – Io credo, da geriatra, che qualsiasi intervento prenda in carico complessivamente

un soggetto cosiddetto fragile non possa che essere di grandissima utilità. Nell'anziano e soprattutto nei grandi anziani è necessario che ad un'assistenza per così di base vengano affiancati volta per volta tutti quegli interventi legati ad un determinato settore specialistico di patologia, senza dimenticare i fondamentali aspetti di carattere socio-assistenziale quali ad esempio la solitudine, la deficienza nutrizionale o l'inappropriatezza strutturale delle abitazioni.

TOSCANA MEDICA – Alla luce di tutte queste considerazioni, quale modello assistenziale potrebbe essere identificato e proposto?

BRANDI – A parte il fatto che sarebbe ovviamente meglio non arrivare alla frattura, il paziente che comunque l'ha sperimentata dovrebbe entrare in un percorso assistenziale assai flessibile, modulato secondo le proprie esigenze, all'interno del quale necessariamente trovare tutte le professionalità in grado di gestire la situazione, in primo luogo l'ortopedico ed il medico di medicina generale. A questi si possono poi aggiungere tutti gli altri specialisti eventualmente necessari, come ad esempio i geriatri operanti sul territorio.

Quello che trovo sconcertante è il fatto che ancora oggi in Italia i medici di base non siano coinvolti a pieno titolo nell'impiego di tutti i farmaci in grado di prevenire le fratture e per questo motivo si sentono esclusi dalla questione e finiscono per

FRAX[®] WHO Rischio Di Frattura Strumento Di Valutazione

Home Strumento di calcolo T Tabelle cartacee FAQ Riferimenti

Strumento di calcolo

Rispondere alle domande riportate di seguito per calcolare la probabilità di frattura su un periodo di 10 anni con il dato della Densità Minerale Ossea (BMD).

Paese: **Italia** Nome/Cl: sui fattori di rischio

Questionario:

1. Età (Fra 40 e 90 anni) oppure Data di Nascita
Età: Data di Nascita: A: M: D:

2. Sesso Maschio Femmina

3. Peso (kg)

4. Altezza (cm)

5. Frattura pregressa No SI

6. Genitori con femore fratturato No SI

7. Fumatore abituale No SI

8. Cortisonici No SI

9. Artrite reumatoide No SI

10. Osteoporosi secondaria No SI

11. Alcol: 3 unità o più al giorno No SI

12. BMD al collo femorale (g/cm²)
Selezionare BMD

disinteressarsene, privando così i pazienti del più importante punto di riferimento clinico.

GUIDO – A Pisa in Clinica Ortopedica esiste un reparto di Traumatologia dove è stata instaurata una collaborazione molto stretta prima con gli internisti ed adesso con i geriatri. Purtroppo questo tipo di attività è molto condizionata dalla burocrazia perché, tanto per fare un esempio, le loro consulenze non vengono riconosciute all'interno del sistema DRG aziendale. Stiamo cercando di risolvere la questione anche perché i risultati di una simile sinergia sono evidenti, con tempi di intervento limitati a 48 ore dall'evento ed una buona assistenza medica sia durante il ricovero che dopo la dimissione.

NUTI – Personalmente vorrei non passasse il concetto secondo il quale l'evento fratturativo nell'anziano, persona genericamente fragile, finisce per essere considerato quasi fisiologico: non tutti gli anziani infatti cadono e non tutti quelli che cadono si fratturano con tutto quello che ne consegue in termini di peggioramento dello stato di salute e di aumento della disabilità.

TOSCANA MEDICA – Una domanda volutamente provocatoria. Ammettiamo che si riesca ad arrivare al 100% dei soggetti anziani fratturati che ricevono la terapia farmacologica in chiave preventiva. È ipotizzabile che in questo modo molti di loro non si frattureranno ulteriormente, godendo quindi di un genericamente migliore stato di salute,

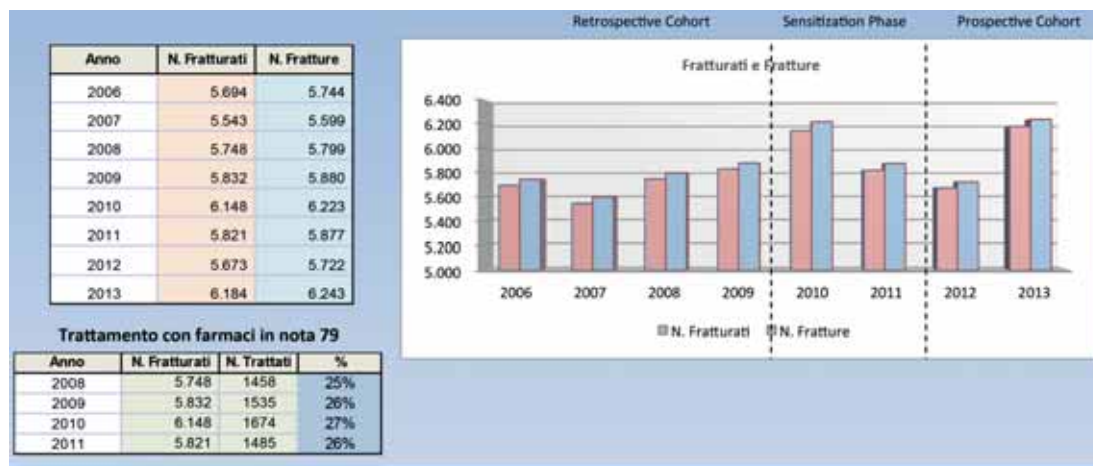
di una minore disabilità e, in linea generale, di un aumento complessivo della durata della vita. In questa condizione potrebbero sorgere dei problemi di sostenibilità economica da parte dei sistemi sanitari?

BRANDI – I numeri che stiamo ottenendo da TARGET (che terminerà nel corso di quest'anno) mi sembrano significativi.

Premettiamo che i farmaci antifratturativi prevengono le fratture da fragilità con una potenza che varia dal 30 al 70% rispetto a pazienti non trattati.

Valutando i dati del 2011 e 2012 la Regione Toscana ha speso per i costi diretti delle fratture/rifratture di femore oltre 150 milioni di Euro. All'inizio del progetto è stato valutato che dei 6000 pazienti fratturati ultrasessantacinquenni ne veniva trattato farmacologicamente solo il 12%, oggi arrivato al 26%. La spesa iniziale era pertanto circa 70.000 € all'anno e siamo arrivati oggi a 130.000 €. Se l'aderenza fosse il 100% potremo prospettare una riduzione delle rifratture intorno al 50%. Ma è sull'aderenza che dobbiamo lavorare. Non dimentichiamo che TARGET era stato pensato per quantificare in tempo reale il vantaggio della terapia farmacologica nei soggetti con frattura da fragilità in relazione alla auspicata riduzione dei costi legati alla chirurgia.

Alla luce dei dati provenienti anche da altre esperienze europee i punti sui quali appare necessario intervenire sono il coinvolgimento sempre maggiore della medicina generale in queste



problematiche, la diffusione capillare delle carte di rischio, l'identificazione certa e condivisa di obiettivi comuni da raggiungere soprattutto per quanto riguarda la prevenzione.

NUTI – Sempre per rimanere in tema di costi,

essendo quelli delle fratture nell'anziano più o meno grossolanamente sovrapponibili a quelli legati all'infarto miocardico o all'ictus cerebrale nelle medesime classi di età, non vedo perché si debba mettere in discussione la terapia farmacologica del fratturato e non quella dell'infartuato!

ANTONIO PANTI

Prevenire è meglio che curare

Purtroppo la frattura del femore è un evento abbastanza frequente, più di 80mila casi in Italia ogni anno, circa 6 mila in Toscana. Almeno il 10% di questi pazienti subisce una nuova frattura; l'assunto è che molte di queste potrebbero essere evitate.

I costi sono molto alti, circa 100 milioni di euro in Toscana, sia diretti, per la ospedalizzazione, i farmaci e la riabilitazione, sia indiretti per l'impatto invalidante delle sequele e per il necessario supporto familiare. Costi che aumentano enormemente se la persona, quasi sempre anziana e fragile, subisce un'altra frattura, il che, purtroppo, avviene con una certa frequenza. Un siffatto quadro impegna il SSN ma anche le politiche sociali e urbanistiche. Si può nuovamente cadere e fratturarsi perché le abitazioni non sono adatte, l'illuminazione carente o i marciapiedi sconnessi. Ad esempio le rifratture sono molto più frequenti nelle RSA che nei pazienti che vivono in famiglia. Sono problemi più vasti della medicina ma di cui non possiamo non tener conto. Tutto ciò rientra nel concetto di fragilità, che è una condizione, non una malattia, assai più frequente negli anziani e che ha motivazioni soggettive (la sarcopenia, il decadimento cognitivo, quello motorio ecc.) e determinanti sociali.

L'osteoporosi svolge un ruolo fondamentale nelle fratture degli anziani perché esprime una carenza del sistema scheletrico che rivela una condizione patologica che può essere prevenuta sia con mezzi farmacologici, la vitamina D, che modificando gli stili di vita attraverso la dieta, la cessazione del fumo e, più che altro, una attività fisica continuativa. Un quadro in cui l'intervento multidisciplinare dei professionisti interessati non può che fondarsi sulla consapevolezza e sulla partecipazione del cittadino. Quindi se la persona anziana fragile non è un malato, la condizione osteoporotica

deve essere considerata una patologia, studiata in alcuni casi con la densitometria ossea, e affrontata sul piano preventivo.

Purtroppo però alcune persone, più spesso anziane, cadono e si fratturano il femore. Ebbene lo studio Target, di cui hanno discusso i nostri esperti, dimostra che, mentre il trattamento ospedaliero è in Toscana generalmente efficace e pronto, successivamente il paziente quasi mai viene correttamente seguito sul piano farmacologico. Anzi accade che più spesso i farmaci attivi sul metabolismo dell'osso siano usati quando non ce n'è bisogno e non lo siano quando hanno dimostrata efficacia.

È quindi necessario riorganizzare un percorso assistenziale idoneo ad evitare le rifratture, il che rientra a pieno titolo nel modello di assistenza ai cronici affidato al medico generale. Si parte dalla medicina di iniziativa e quindi dalla prevenzione primaria, per affrontare poi il percorso della prevenzione secondaria e terziaria, che comprende, oltre alla attività fisica e riabilitativa, la obbligatoria somministrazione di farmaci.

Anche in questi casi l'appropriatezza consiste nella copertura farmacologica della maggior parte possibile dei pazienti fratturati, garantendo che la terapia sia proseguita senza interruzione. Questa è la conseguenza scientificamente più importante di questo studio che deve portare a costruire un percorso virtuoso, fondato sulla collaborazione interdisciplinare e quindi sulla soluzione del grande problema della comunicazione tra i professionisti sui problemi del paziente; inoltre a far sì che nessun professionista si senta isolato e che tutti possano contribuire alla sostenibilità del sistema. In conclusione spendiamo in Toscana circa 100 milioni per fratture e rifratture del femore. Si potrebbero risparmiare costi sociali e sofferenze umane.

TM

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

VALENTINA VIOLANTE PONTELLO, MARIANGELA BUCCI¹, ALFREDO VANNACCI²,
CLAUDIA RAVALDI³, MARISA DI MIZIO⁴, MARIA ELISABETTA COCCIA⁵

Il disagio psicologico nell'endometriosi



Valentina Violante Pontello, medico chirurgo, Spec. in Ginecologia ed Ostetricia, Ecografista di secondo livello accreditata da Royal College of Obstetricians and Gynaecologists e Fetal Medicine Foundation. Nel 2012 Master in Medicina Naturale ad indirizzo Fitoterapia. Iscritta al secondo anno del Corso di formazione in *Counseling* centrato sulla persona.

L'endometriosi è caratterizzata dalla presenza di endometrio in sede ectopica, colpisce il 10% delle donne in età fertile e può comportare infertilità e dolore pelvico. Nell'ambito del Master in Medicina Naturale abbiamo elaborato un **questionario** sulla malattia, ed in particolare sull'uso della medicina complementare e alternativa (CAM).

Hanno aderito 1074 persone. Il 76% riferisce uno o più sintomi di disagio psicologico: 66,1% disturbo ansioso, 40,3% depressione, 62,8% sindrome da affaticamento cronico, 22,2% disturbo del comportamento alimentare, 7,7% altro (Figura 1).

Una utente lamenta un calo della libido, per il dolore "ogni volta è un trauma", il rappor-

to sessuale perde quindi la connotazione della gioia dell'unione con il compagno e diventa fonte di ansia. Un'altra dice "provo ansia nel gestire i rapporti sessuali con il mio partner". In altri casi, la malattia investe la *relazione di coppia* su più ambiti: "Provo difficoltà al rapportarmi col partner data la mia difficoltà nei rapporti intimi".

Ci si interroga su cosa porterà il futuro, soprattutto in relazione alla *possibilità di avere figli*: "provo un senso di affaticamento, un disagio psicologico, paura di non riuscire ad avere figli".

La paura è un tema ricorrente: "lievi attacchi di panico notturno, poca fiducia nel sistema sanitario e grossa paura dei dottori, paura che dentro avanza ancora roba, difficoltà a con-

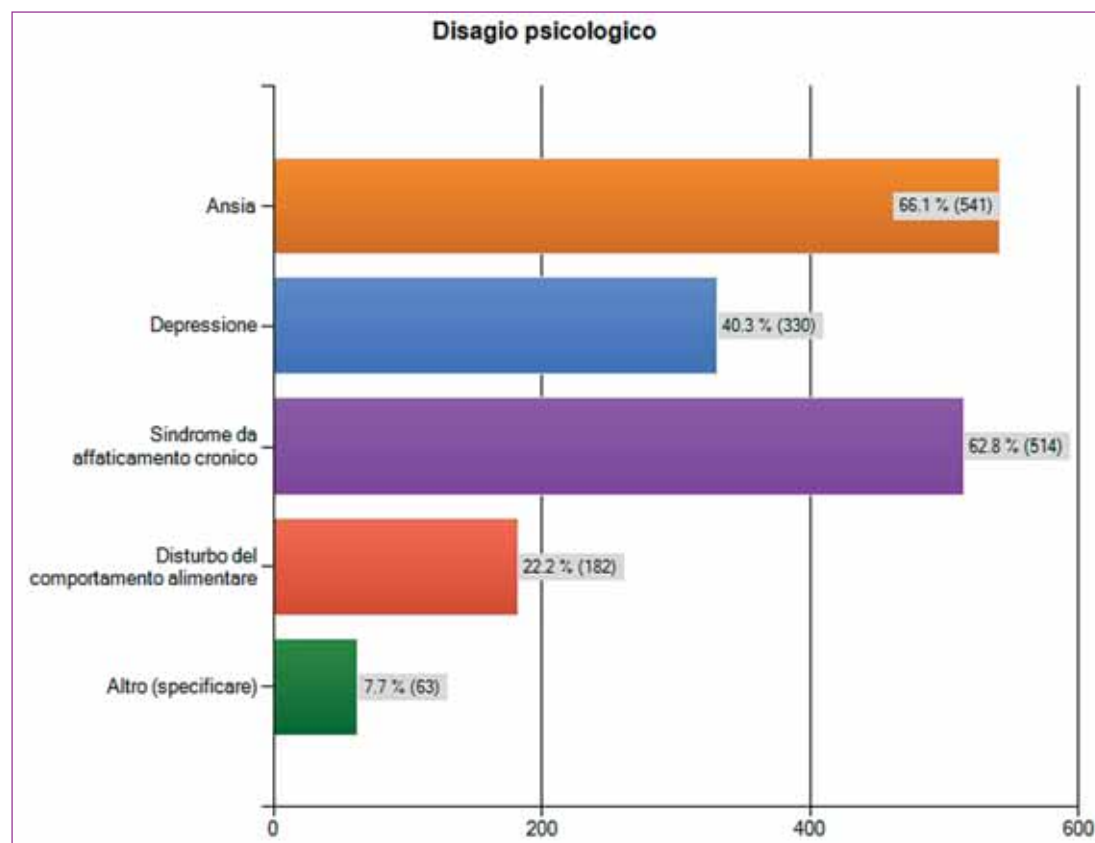


Figura 1

¹ Psicologa e Psicoterapeuta, Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona, Firenze

² Medico Chirurgo, Specialista in Tossicologia Medica, Centro di Medicina Integrativa, Firenze

³ Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria, Psicoterapeuta, Presidente CiaoLapo ONLUS

⁴ Presidente Associazione Progetto Endometriosi ONLUS

⁵ Medico Chirurgo, Specialista in Ginecologia ed Ostetricia, Professore associato, Dipartimento di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino, AOU Careggi

centrarmi, difficoltà a dormire...paura paura e terrore!”.

Viene lamentato un *senso di inadeguatezza* legato alla malattia e una difficoltà nel gestire i *rapporti sociali*: “senso di incompletezza, di non essere una donna”; “PAURA PER 10 GIORNI AL MESE DI NON SODDISFARE LE ASPETTATIVE SOCIO LAVORATIVE”; “disadattamento sociale dovuto alla mancanza di comprensione e conoscenza della malattia da parte degli altri”.

Alcune lamentano *di non essere né ascoltate né capite*, come se la malattia fosse immaginaria: “il disagio più grande è stato passare 20 anni a dire che stavo male e nessuno mi credeva, in questi anni ho passato l’inferno”. In alcuni casi si sente tenute in *scarsa considerazione dal proprio medico*: “nessun aiuto e nessuna comprensione, i medici sconoscono l’argomento, anche alcuni ginecologi! Minimizzano tutto...”.

Un soggetto esprime rabbia, per una *diagnosi* arrivata tardivamente: “rabbia, perché i medici non hanno capito subito il problema e mi curavano per i dolori come se fossero calcoli renali”. L’importanza di avere una diagnosi viene ribadita da diverse testimonianze: “finalmente dopo anni ho capito cosa avevo, visto che tutti mi dicevano che avevo solo la cistite e

che ero pazza”; “Ero più depressa prima perché nessuno capiva perché stavo male, dopo è stata una liberazione”.

Emerge la *difficoltà nell’accettazione di sé ed il bisogno di ascolto* su un piano profondo: “spesso mi sento in ansia e faccio fatica a confrontarmi sul lato emotivo della malattia con chi mi sta intorno”.

Di questi 819 soggetti, il 41,6% ricerca un **supporto specifico**: 48,4% psicoterapia individuale, 5% la psicoterapia di gruppo, 10,3% counseling, 15% gruppi di automutuoaiuto, 29% terapia con psicofarmaci, 25% altro (Figura 2).

Chi non si rivolge alla psicoterapia, trova un conforto nella *condivisione* nel forum online dell’Associazione Progetto Endometriosi “la mia terapia è seguire l’associazione APE. Le altre malate sono le uniche a capire”; “purtroppo non ho nessun supporto, se non leggere su internet altre esperienze”. Qui emerge il *ruolo terapeutico dello stare in gruppo*, trovare persone con cui condividere emozioni e stati d’animo è una efficace strategia di coping.

Alcune cercano il *supporto dei familiari*: “mi ha aiutato la mia famiglia”. Altre si rifugiano nella *spiritualità*: “buddismo: ricercare il moti-

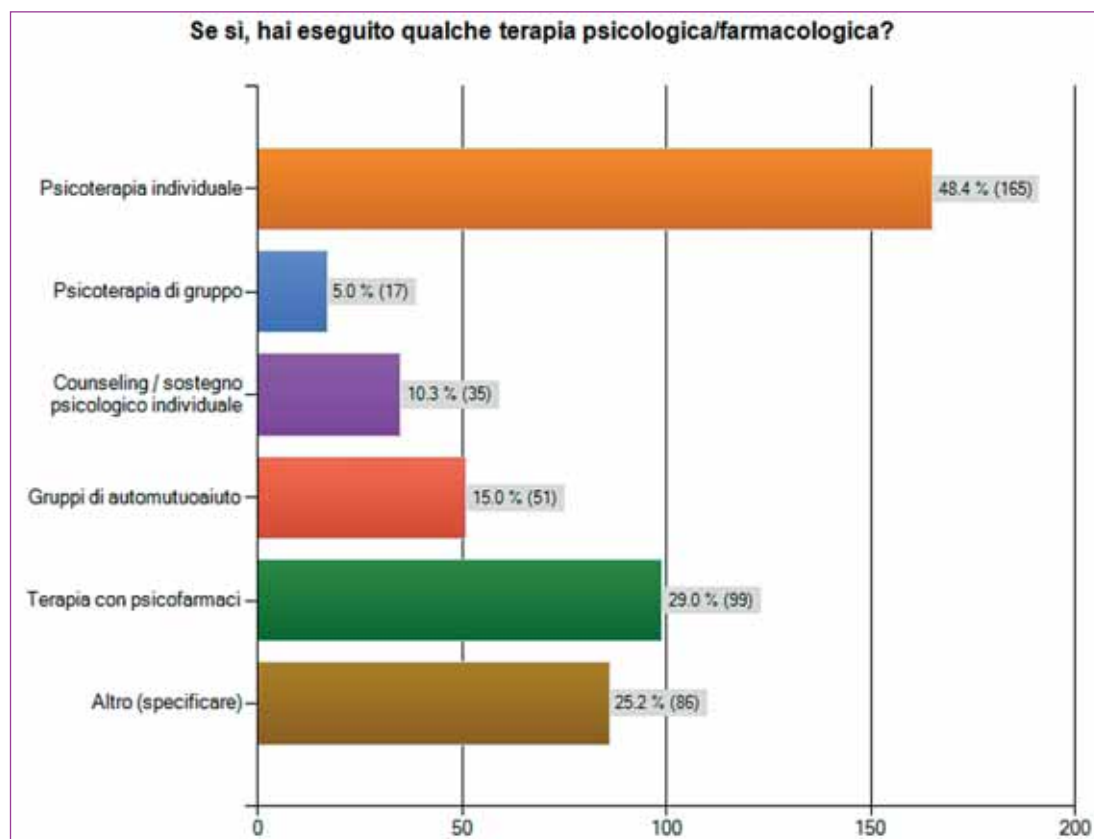


Figura 2

vo per cui la malattia mi aggredisce in questo modo così forte, il modo in cui si sviluppa penso dipenda da noi, per cui trovare delle risposte dentro di me mi ha aiutato molto, tanto da riuscire ad avere un bambino in modo naturale”.

Altre ancora praticano il “*pensiero positivo*” o cercano la risposta *nell'autostima e nella cura di sé*: “basta solo comprensione, aiuto economico, morale, e soprattutto riconoscimento della malattia e non sottovalutarla perchè tanto non si muore!”; “Fiori di Bach, tisane, e volersi tanto bene”.

Emerge infine il ruolo terapeutico *dell'accettazione di sé e della malattia*, un concetto centrale nell'approccio centrato sulla persona: “momenti di sconforto, superati grazie a chi mi è vicino ed all'accettazione della malattia”.

Il 27,1% dei 1074 soggetti, che hanno risposto al questionario si cura con la **CAM**, di questi il 53% ha iniziato dopo la diagnosi. I motivi di questa scelta: al primo posto l'assenza di effetti collaterali, seguono il controllo del dolore, il maggior tempo per il paziente, la sfiducia nella medicina ufficiale ed infine la fecondazione assistita (Figura 3).

Alcune testimonianze: “*La medicina fa fatica a considerare l'essere umano come tale*. Fa

tante prove, errando e non chiedendo scusa”.; “Per l'approccio di “*interezza*” che viene utilizzato, perché la medicina convenzionale tende a trattare i sintomi, mentre con la medicina alternativa si può agire *sulla persona nel suo complesso*”.

Questo dato conferma che il bisogno di trovare uno *spazio di ascolto* viene accolto tramite un approccio olistico. La CAM su questo è avvantaggiata: il primo motivo è che per natura considera mente e corpo come unità inscindibili, il secondo è che viene praticata nel privato, e quindi non è costretta dai tempi del sistema pubblico.

In conclusione, il disagio psicologico nell'endometriosi è un problema concreto e consistente. Il counseling centrato sulla persona potrebbe essere un efficace strumento di aiuto, in quanto le pazienti riferiscono il bisogno di essere ascoltate in modo empatico, accolte e capite, ma soprattutto di accettare sé stesse, con tutto quello che la malattia comporta. In particolare, partecipare a gruppi di automutuoaiuto potrebbe essere particolarmente gradito alle donne, che ricercano un supporto tra pari.

TM

info: valepontello@gmail.com

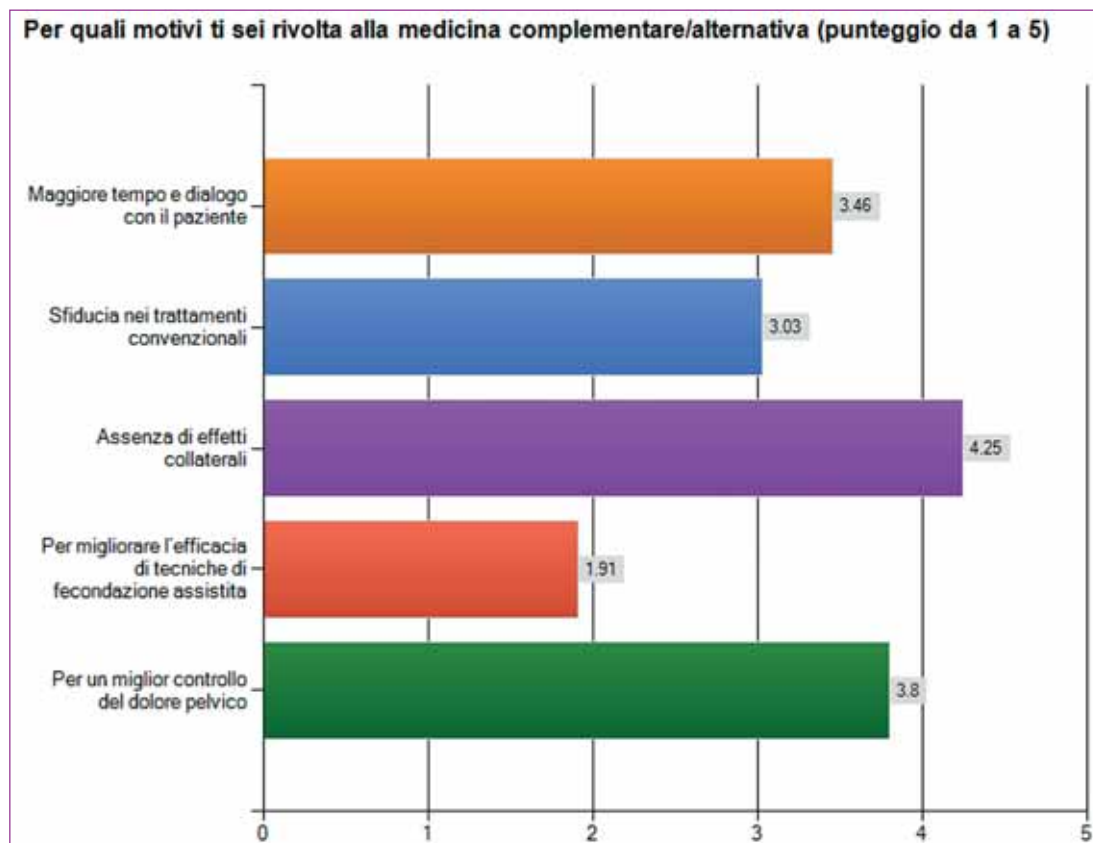


Figura 3



Marco Lussetti, Medico psichiatra e psicoterapeuta. Responsabile di modulo presso l'U. F. Salute Mentale Adulti di Grosseto. Dal 1998 (prima a Genova, poi a Grosseto) gestisce gruppi per il trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia. Ha curato la traduzione del manuale di Andrews sui disturbi d'ansia ed è coautore di un recente manuale per il trattamento cognitivo comportamentale.

MARCO LUSSETTI, RITA DE LILLA¹, GIUSEPPE CARDAMONE²

Il costo del mancato trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (DMC)

È possibile ridurlo?

Nel suo recente libro *Thinking fast and slow*, il premio Nobel Daniel Kahneman spiega i nostri comuni errori di ragionamento, come l'avversione al rischio di perdere. Non seguendo il calcolo delle probabilità, ad esempio, rinunciamo facilmente all'opportunità di vincere € 10 per il rischio di perderne 5. Lord Layard si è domandato invece cosa può costare il **non** trattare i Disturbi Mentali Comuni (DMC) e ha presentato nel 2006 le sue conclusioni a Tony Blair nel *"The depression report. A new deal for depression and anxiety disorders"*. Sintetizzando i dati delle linee guida Nice (l'Istituto per l'Eccellenza Inglese) afferma che in Inghilterra si spendeva più per i *benefits* dati a chi soffriva di disturbi mentali comuni, che per i sussidi di disoccupazione e solo poche persone possono usufruire del trattamento cognitivo comportamentale, spesso indicato come cura di prima scelta. Ha così ottenuto un cospicuo finanziamento per costruire una nuova rete di servizi capaci di trattare psicologicamente i disturbi mentali comuni a livello di popolazione. *The Guardian* gli attribuisce il soprannome di "Zar della felicità".

Il gruppo di lavoro di Gavin Andrews, consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha usato i dati dello studio di popolazione *Australian National Survey of Mental Health and Well-being*, per simulare scenari nei quali i più importanti disturbi psichici sono trattati secondo le migliori evidenze cliniche e ha calcolato la conseguente riduzione in termini di anni vissuti con disabilità (YLD). Nella Tabella 1 vengono riassunti i risultati di efficienza che si potrebbero ottenere se venissero introdotti in maniera ottimale i trattamenti cognitivi con l'attuale tasso di

trattamento, oppure con una copertura ottimale del disturbo nella popolazione. L'introduzione di tecniche basate sull'evidenza non solo renderebbe il sistema sanitario più efficiente, ma, per disturbi come la distimia, ne dimezzerebbe la spesa complessiva.

La riduzione dei costi è da anni una delle priorità della politica statunitense. Hanno osservato che, a parità di patologia fisica, le persone con un disturbo mentale comune richiedono più visite, esami e cure del resto della popolazione. Un trattamento ottimale può quindi ridurre i costi sanitari. Già nel 1995 Salvador-Carulla aveva osservato che i costi del trattamento del disturbo di panico erano più che compensati da una riduzione dei costi sanitari complessivi: il così detto *effetto offset*.

Cummings e collaboratori, negli anni 60 del secolo scorso, hanno ottenuto alla Kaiser Permanente (una delle più importanti *Health Maintenance Organization*) una riduzione del 62% dell'utilizzazione delle cure mediche dopo l'introduzione di interventi comportamentali. La stretta collaborazione fra medicina di base e terapeuti comportamentali negli USA ha permesso inoltre di affrontare problemi complessi come la comorbidità dei disturbi mentali comuni con altri disturbi cronici e di offrire il trattamento comportamentale anche per problemi non strettamente psichiatrici come il dolore cronico.

Nel Dipartimento di Salute Mentale di Grosseto è attivo dal marzo 2012 un progetto pilota di *collaborative care* con un nucleo di medicina primaria per il trattamento della depressione, secondo un modello presentato in un preceden-

Tabella 1 - Efficienza espressa in Aus \$ per YLD (costo totale per il trattamento del disturbo in milioni di AUS \$) da Andrews e coll., 2004.

	Situazione attuale (SA)	Trattamento ottimale	Trattamento ottimale + copertura ottimale
Distimia	14.217 (70,8)	3.858 (28,3)	3.517 (35,3)
DAG	7.761 (112,3)	5.048 (118,2)	5.004 (205,1)
Schizofrenia	196.070 (739,9)	107.482 (668,2)	107.482 (668,2)

¹ Medico di medicina generale, Coordinatrice Modulo Medicina d'Iniziativa, Grosseto

² Psichiatra, Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, USL 9 Grosseto

te articolo (TM 10/11 pg. 12). Un infermiere, appositamente formato, collabora nel setting del Medico di Medicina Primaria per fornire ai pazienti con un disturbo depressivo un auto aiuto assistito sulla depressione. Il modello prevede una *stepped care* con l'offerta di trattamento cognitivo comportamentale (o interpersonale) di gruppo e individuale, seguendo le indicazioni delle linee guida NICE sui disturbi mentali comuni. Nello studio pilota di fattibilità sono state trattate 14 persone con una riduzione signifi-

cativa della depressione (misurata dal PHQ-9: una scala autosomministrata). Quattro persone hanno avuto un trattamento farmacologico e solo due assumevano ancora il farmaco alla fine dell'intervento. I primi risultati sono incoraggianti, non solo per il "guadagno" in salute, ma per la possibilità di offrire un intervento psicologico breve, come alternativa a un più lungo (e costoso) intervento con antidepressivi. **TM**

Info: mlussettisv@gmail.com

LUIGI SANTOIEEMMA, LORA ACCETTURA¹

The Pufa-Story

Ovvero: malgrado la quasi assonanza fra i Puffi e la Pluffa di Harry Potter, la cosa è seria...

Il "prequel": negli ultimi anni il regime di rimborsabilità degli acidi grassi Omega3 nel paziente con pregresso infarto del miocardio è cambiato più volte. Seguono delle sintetiche note di quanto accaduto e l'attuale quadro regolatorio.



Luigi Santoiemma, medico di medicina generale e farmacologo di Bari. Componente Commissione Appropriatezza prescrittiva, Regione Puglia.

NOTE STORICHE (per gentile concessione del dr G.D'Ambrosio - Bisceglie (BA))

18.11.04	Nota 13: omega-3 concedibili in pazienti con "pregresso infarto del miocardio"
26.03.07	Nota 13: omega-3 concedibili in pazienti con "pregresso infarto del miocardio"
06.11.11	Nota 13: scompare il riferimento agli omega-3 nei pazienti con pregresso infarto
14.11.12	Nota 13: compare l'annotazione "La presente nota <u>non</u> si applica alla prescrivibilità dei PUFA-N3 nell'indicazione 'Prevenzione secondaria in soggetti con pregresso infarto del miocardio'"
28.02.13	AIFA annuncia NON rimborsabilità (C)
09.04.13	Nota 13: scompare l'annotazione
16.04.13	TAR Lazio sospende determina AIFA 28.02.13 (A)
08.05.13	AIFA recepisce sentenza TAR ma ricorre al Consiglio di Stato
25.05.13	C.D.S. accoglie il ricorso AIFA (C)
05.12.13	Nota 94: prescrivibilità limitata degli omega 3 nel post-infarto (A)

L'attuale quadro regolatorio di rimborsabilità

Nota 13

La prescrizione degli Omega-3 è a carico del SSN solo per le seguenti indicazioni:

- alcune dislipidemie familiari:
 - iperlipidemia familiare combinata (terapia di 2° livello);
 - iperchilomicronemie e gravi ipertrigliceridemie (trattamento di 1° e 2° livello);
- iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica moderata e grave per livelli di Trigliceridi ≥ 500 mg/dL.

Nota 94

La prescrizione di omega-3 PUFA con contenuto di EPA (*acido eicosapentaenoico*) + DHA (*acido docosaesaenoico*) Esteri Etilici 85% minimo pari a 850 mg/g (Esapent, Eskim, Seacor) è a carico del SSN in caso di:

- ricovero per sindrome coronarica acuta con (SCA-STE) o senza (SCA-NSTE) innalzamento del tratto ST;
- sofferta sindrome coronarica acuta con (SCA-STE) o senza (SCA-NSTE) innalzamento del tratto ST nei precedenti 90 giorni.

Nei pazienti con SCA-STE è necessaria la presenza di:

¹ Medico in Formazione in medicina generale, Modugno (BA)

- sopraslivellamento del tratto ST di almeno 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue o blocco di branca sinistra di recente (<24 ore) insorgenza;

- alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico.

Nei pazienti con SCA-NSTE è necessaria la presenza di:

- alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico.

La durata del ciclo di trattamento rimborsabile è di:

- 12 mesi nei pazienti con frazione di eiezione alla dimissione ospedaliera >40%;

- 18 mesi nei pazienti con frazione di eiezione <40% alla dimissione ospedaliera.

Un giorno, in studio, il Tutor MMG e la tirocinante in Corso di Formazione in medicina generale

Tirocinante: «OssantoCielo, Dottore, non ci capisco più niente! Sono otto anni e più che i poveri Acidi Grassi Polinsaturi non trova-

no pace. Anche il paziente dell'altro giorno, il signor Domenico, in venti giorni gli abbiamo detto che, no, adesso non poteva più averli con la ricetta rossa, poi sì, glieli abbiamo dati ma, dopo pochi altri giorni, no, daccapo senza ricetta rossa. Insomma, che confusione!».

Tutor: «Sei giovane, e ancora non conosci gli imperscrutabili percorsi dell'Alfa...».

Tirocinante: «Dottore non scherzi e non prenda in giro la massima Autorità Sanitaria nazionale e, piuttosto, mi dica se funzionano nel post infarto o no».

Tutor: «Fino a poco fa ero convinto di sì, ma che ti devo dire... Proviamo a riguardare un po' di letteratura recente e poi ne riparliamo. Guarda, ho appena rintracciato queste due metanalisi».

Nota degli Autori: *quelle che seguono sono due revisioni di letteratura e metanalisi sugli omega3-PUFA, di recente pubblicazione. Si tratta di revisioni sistematiche di impianto solido e ben condotte. Ovviamente non rappresentano tutta la letteratura disponibile sull'argomento.*

Association Between Omega-3 Fatty Acid Supplementation and Risk of Major Cardiovascular Disease Events

A Systematic Review and Meta-analysis

Evangelos C. Rizos, Evangelia E. Ntzani, Eftychia Bika et al. *American Medical Association*. 2012; 308 (10): 1024-1033.

RISULTATI:

- **Assunzione di omega-3 PUFA con la dieta**

Non eseguita una sintesi statistica dei due studi open-label, condotti da uno stesso gruppo di ricerca su pazienti europei, consigliando dosi di omega-3 PUFA maggiori di 1 g in prevenzione secondaria, per la discrepanza nei risultati ottenuti, non spiegabile sulla base delle caratteristiche specifiche degli studi.

- **Assunzione di supplementi di omega-3 PUFA**

- **aumento non statisticamente significativo del rischio relativo** di ictus e **riduzione non statisticamente significativa del rischio relativo** di mortalità per tutte le cause e per cause cardiache, morte improvvisa e infarto miocardico.
- **riduzione del rischio assoluto** per ciascun outcome analizzato **non statisticamente significativo**.

L'analisi per sottogruppi (studi in cieco, dosaggio di omega 3-PUFA, tipo di prevenzione, presenza di ICD) non mostra differenze rispetto all'analisi complessiva.

PUNTI DI FORZA:

- Revisione sistematica di studi randomizzati, controllati utilizzando un'altra dieta o placebo, e attuati in prevenzione primaria o secondaria delle malattie cardiovascolari.
- Metanalisi cumulativa (effetto dell'intervento nel tempo) e studio per sottogruppi (tipo di prevenzione, presenza di ICD) e metaregressioni (dosaggio di omega 3).
- Solo 3 studi con un numero di partecipanti ≤ 60.
- Calcolo di RR (rischio relativo) e RD (riduzione di rischio assoluto) con intervallo di confidenza del 95%.
- Analisi della eventuale eterogeneità degli studi (Cochrane Q test e indice di eterogeneità di Higgins I²), da cui si rileva bassa/media eterogeneità.
- Assenza di *publication bias* (errore dovuto a selezione degli studi pubblicati).
- Studi finanziati non soltanto da industrie farmaceutiche.

LIMITI:

- Criteri di selezione degli studi non chiaramente definiti.
- Randomizzazione condotta in tutti gli studi, ma descritta solo in 12.
- Mancanza di una valutazione di qualità di ciascuno studio, di cui almeno 4 ad elevato rischio di *bias*.
- Possibile *language bias* (errore da selezione di studi pubblicati in inglese).
- Influenza della terapia di base (ad es. statine e non solo) sui risultati ottenuti.
- Co-somministrazione di EPA/DHA → impossibilità di analizzare gli eventuali effetti specifici di ciascun componente.
- Studi su periodi di trattamento anche inferiori a 2-3 anni.
- Necessaria una metanalisi con approccio *individual patient data* per determinare la correlazione tra l'effetto dell'intervento e (ad esempio) la dose, l'aderenza alla terapia, l'apporto basale e il rischio di malattia.

Efficacy of Omega-3 Fatty Acid Supplements (Eicosapentaenoic Acid and Docosahexaenoic Acid) in the Secondary Prevention of Cardiovascular Disease

A Meta-analysis of Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Trials

Sang Mi Kwak, Seung-Kwon Myung, Young Jae Lee et al. *Arch Intern Med.* 2012; 172 (9): 686-694

RISULTATI:

- **Aumento non statisticamente significativo del rischio relativo** di TIA e ictus e **riduzione non statisticamente significativa del rischio relativo** di mortalità per tutte le cause e per cause cardiache, morte improvvisa, infarto miocardico, eventi cardiovascolari, angina e angina instabile, insufficienza cardiaca congestizia.

L'analisi per sottogruppi (durata del trattamento [$< o >$ di 2 anni], dosaggio di omega 3-PUFA [$< o >$ 1.7 g/die], qualità metodologica degli studi, uso solo di olio di pesce come trattamento, provenienza dei partecipanti [Stati Uniti, Asia, Europa occidentale, Europa orientale], area geografica [entroterra o zona costiera], storia di patologia cardiovascolare [malattia stabile o instabile, patologia cardiaca, malattia coronarica, precedente infarto miocardico, ICD] uso concomitante di medicinali [agenti ipolipemizzanti, farmaci non ipolipemizzanti, antiplastrinici], tipo di placebo [olio, olio di oliva, olio di girasole, olio di mais, non olio]) *non mostra differenze* rispetto all'analisi complessiva.

8 studi hanno preso in esame anche gli **eventi avversi** ed in particolari gli eventuali problemi gastrointestinali (diarrea, flatulenza, nausea, vomito e dolori addominali), rilevando un rischio relativo di 1.19 (IC=95%, 0.95-1.49). Uno solo di questi studi ha riportato un rischio relativo pari a 1.60 (IC=95%, 0.54-4.73) di sanguinamento gastrointestinale.

PUNTI DI FORZA:

- Revisione sistematica e metanalisi di studi randomizzati, controllati con placebo, in doppio cieco, effettuati in prevenzione secondaria.
- Metanalisi cumulativa (effetto dell'intervento nel tempo) e studio per sottogruppi (durata del trattamento, dosaggio di omega 3-PUFA, qualità metodologica degli studi, uso solo di olio di pesce come trattamento, provenienza dei partecipanti, area geografica, storia di patologia cardiovascolare, uso concomitante di medicinali, tipo di placebo).
- Criteri di selezione degli studi chiaramente definiti.
- Calcolo di RR (rischio relativo) con intervallo di confidenza del 95%.
- Analisi della eventuale eterogeneità degli studi (indice di eterogeneità di Higgins I^2), da cui si rileva media eterogeneità (assente solo nell'analisi di tutte le cause di mortalità, cause di morte di origine cardiaca, infarto miocardico non fatale).
- Valutazione di qualità di ciascuno studio con la scala di Jadad: punteggio medio 4.4 (6 studi con punteggio 5, 7 con 4 per inappropriati metodi di randomizzazione e 1 con 3 punti per la mancata descrizione di perdite al follow up).
- Assenza di *publication bias*.

LIMITI:

- Co-somministrazione di EPA/DHA → impossibilità di analizzare gli eventuali effetti specifici di ciascun componente.
- Popolazione soprattutto occidentale.
- Inclusione di studi su campioni di piccole dimensioni (da 59 a 500 partecipanti).
- Studi su periodi di trattamento anche inferiori a 2-3 anni.
- Finanziamento degli studi solo da casa farmaceutica.
- Possibile *language bias*.
- Necessaria una metanalisi con approccio *individual patient data* per determinare la correlazione tra l'effetto dell'intervento e (ad esempio) la dose, l'aderenza alla terapia, l'apporto basale e il rischio di malattia.

Tirocinante: «Sembrirebbe, quindi, che l'uso di omega 3 nella riduzione di eventi cardiovascolari non permetta di conseguire esiti statisticamente significativi, sia in prevenzione primaria che secondaria...».

Tutor: «Le metanalisi indicano questo e sono solide. Però, però, oltre ai risultati è sempre il caso di guardare i limiti di un lavoro, semprché non l'abbiamo buttato via dopo aver letto materiali e metodi e aver concluso che si tratta di una "ciofecca"... E, direi, che l'ultima criticità riportata in ogni lavoro, ovvero la necessità di un approccio "*individual patient*

data" è importante, specie quando si deve correlare un effetto con una serie possibile di variabili...».

Tirocinante: «Dottore, lei sta ciurlando nel manico e sta eludendo la domanda!».

Tutor: «Cara, se volevi risposte sempre nette e facili problemi da risolvere, dovevi fare un altro mestiere e non il medico, di medicina generale per giunta. Per ora, tieniti strette le note 13 e 94, poi si vedrà...».

TM

info: santoiemmaluigi@libero.it

BACHECA

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



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

COSTANZA PIEROZZI

Focolaio di epatite A in Europa

La situazione in Toscana al 31 dicembre 2013

I fatti

- **Aprile 2013** - vengono segnalati, tramite il Sistema di informazione europeo per le malattie trasmesse da alimenti e acqua (EPIS-FWD) e il sistema di allerta rapido della Commissione Europea (EWRS), due cluster internazionali di Epatite A, il primo che coinvolgeva pazienti del Nord Europa (cluster probabilmente legato al consumo di frutti di bosco congelati di importazione extra UE) il secondo in turisti di rientro dall'Egitto. I primi di Maggio sono stati inoltre segnalati casi di Epatite A in turisti stranieri che avevano soggiornato in Nord Italia.

- **Maggio 2013** - la ULSS 4 della Regione Veneto attiva il sistema di allerta rapido per alimenti a seguito del riscontro del virus dell'Epatite A in una confezione integra di frutti di bosco congelati, dello stesso tipo e lotto consumato da 4 persone che hanno sviluppato Epatite A e prelevato dall'abitazione degli stessi. Il genotipo del virus isolato dagli alimenti è risultato essere identico al genotipo del virus isolato dai casi umani ed è stato denominato **GENOTIPO OUTBREAK (IA KF182323)**. Lo stesso genotipo viene isolato da 3 casi irlandesi senza storia di viaggi in Italia.

- Il Settore Igiene Pubblica della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, analizzando i dati SIMI e SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta) evidenzia un aumento dei casi toscani di Epatite A (nell'anno 2011 erano stati segnalati 25 casi, nell'anno 2012 19, al 31 Marzo 2013 21 casi erano già presenti nel database regionale).

- **Maggio-Giugno 2013** - a seguito dell'evidenza dell'aumento di casi anche a livello nazionale, il Ministero della Salute attiva un sistema rapido di segnalazione dei nuovi casi ed invita i servizi di Igiene degli Alimenti e Sicurezza Alimentare a trasmettere le notizie relative ai controlli effettuati sul prodotto finito e sulla materia prima. È istituita una task-force costituita da membri del Ministero (Direzione Generale per l'Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Direzione Generale della Prevenzione) Istituto

Superiore di Sanità e IZS della Lombardia e Emilia Romagna.

- **Ottobre 2013** - 2 Asl Toscane emettono rispettivamente una segnalazione di allerta e un'informazione per attenzione a seguito dell'isolamento del virus in due prodotti aperti prelevati in abitazioni di casi di Epatite A.

- **Ottobre-Dicembre 2013** - il Ministero della Salute diffonde un avviso in cui invita gli utilizzatori di frutti di bosco congelati a trattarli termicamente mediante bollitura a 100°C per almeno 2 minuti.

- **Marzo 2014** - la Norvegia segnala nel suo territorio casi di Epatite A con lo stesso genotipo.

I casi toscani

In Toscana al 31 Dicembre 2013 sono stati segnalati (dati SEIEVA) **129** casi di Epatite A in residenti e 2 casi in non residenti, di cui uno ha consumato il pasto sospetto in Toscana ed uno in altra regione ma è stato ricoverato in un ospedale toscano.

L'età media dei casi è **35** anni (range 3-92) con una distribuzione fra maschi e femmine pressoché identica (**49,6%** femmine, **50,4%** maschi) (Figura 1).

A Settembre, soprattutto in Toscana, si è avuto un improvviso quanto inatteso aumento delle segnalazioni, il che ha indotto il Ministero a prolungare le operazioni di sorveglianza. Infatti a Settembre si sono avuti **27** casi (il **21%** del totale) e comunque, in Toscana, i casi degli ultimi 4 mesi del 2013 sono stati il **49,6%** dei casi dell'intero anno (Figura 2).

I fattori di rischio

Le notizie relative agli alimenti consumati e a eventuali altri fattori di rischio rilevano che:

- 1) 59** persone (**45,7%**) dichiarano di aver consumato frutti di mare, **17** delle quali (**28,8%**) asseriscono che i frutti di mare erano crudi o comunque poco cotti.

- 2) 17** persone (**13,1%**) hanno bevuto acqua di pozzo.

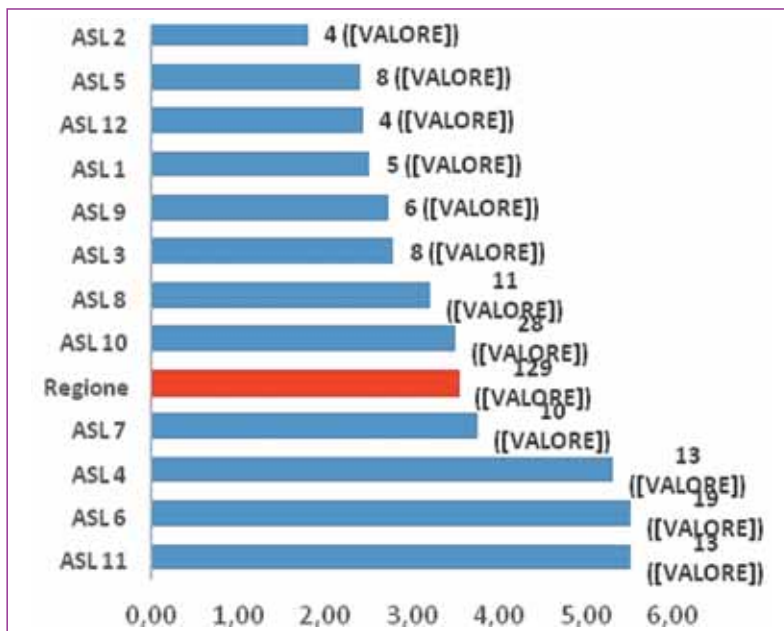


Figura 1 - Numero di casi e tasso di notifica per Asl - Anno 2013 (n=129)



Figura 2 - Distribuzione delle segnalazioni di Epatite A in Toscana per mese. Anno 2013 (dati SEIEVA) (n=129)

3) 30 persone (23,2%) hanno trascorso un periodo di tempo, a distanza compatibile con i tempi di incubazione previsti per la malattia (15-50 giorni) in paesi considerati "a rischio", di cui 16 in Marocco (53,3%) e 4 in India.

4) 37 persone hanno dichiarato di aver consumato frutti di bosco congelati (28,6%) contro una percentuale italiana di 59,6%.

La tipizzazione degli stipti

40 sieri di casi toscani di Epatite A sono stati inviati all'Istituto Superiore di Sanità per il sequenziamento dell'RNA virale. Il GENOTIPO OUTBREAK è stato riscontrato in 30 casi; di questi 16 hanno dichiarato di aver consumato frutti di bosco congelati; dei 16 casi 6 avevano consumato SOLO frutti di bosco, 10 vedevano come fattore di rischio associato anche il consumo di molluschi.

I controlli sugli alimenti

I Servizi di Igiene degli Alimenti e Sicurezza Alimentare hanno effettuato 9 prelievi ufficiali (presso supermercati o magazzini di vendita all'ingrosso) di frutti di bosco congelati (in tutti il virus era assente) e 4 prelievi di campioni aperti casalinghi (in 2 di questi è stata rilevata la presenza del virus).

I dati al 30 Aprile 2014

Al 30 Aprile 2014 la Toscana aveva inserito nella piattaforma SEIEVA 20 nuovi casi di epatite A (anno 2013 33 casi segnalati al 30/04/2013). Di questi, 6 (30%) hanno consumato frutti di bosco congelati.

I dati italiani

Il Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - CNESPS



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

dell'Istituto Superiore di Sanità ha emesso in totale 5 rapporti di aggiornamento sul numero di casi e sugli studi che la task force ha effettuato per individuare gli alimenti correlati. L'ultimo rapporto emesso risale al 24 Marzo e prende in considerazione i casi verificatisi dal 01/01/2013 al 28/02/2013.

In totale dal 1 gennaio 2013 al 28 febbraio 2014 sono stati segnalati in Italia **1.463** casi di Epatite A. Dei 1.463 casi di Epatite A segnalati, **161** presentano la "sequenza outbreak", **55** presentano una sequenza non outbreak. Per il resto dei casi o non è stato reso disponibile il campione per il sequenziamento (1.200) o è attualmente in corso (47).

Nel totale del campione, **681** casi riportavano l'informazione relativa al consumo dei frutti di bosco, e di questi il **59,5%** (405/681) ha dichiarato di averli consumati (Figura 3).

Nel confronto tra le percentuali italiane e quelle toscane si rileva come, a partire da settembre 2013, mese per il quale la differenza tra il valore toscano e quello italiano è eclatante, le percentuali della Toscana sono sempre stati superiori a quelle italiane.

Ciò può essere dovuto alla sensibilità che le Aziende USL toscane hanno dimostrato nei confronti del problema per cui il livello delle attività di sorveglianza è rimasto alto.

In totale sono stati identificati **15** lotti di frutti di bosco confermati (*lotto confermato=lotto per il quale l'analisi di laboratorio abbia consentito di accertare la presenza da virus HAV in almeno un campione*) e **44** lotti di frutti di bosco sospetti (*lotto sospetto=lotto di frutti di*

bosco consumato da almeno un paziente con Epatite A con esordio clinico nel corso del 2013, esclusi i lotti confermati) prodotti da **11** ditte di confezionamento diverse tra il 07/02/2012 ed il 07/11/2013.

Nell'analisi di tracciabilità del prodotto frutti di bosco congelati la task-force ha appurato che sono state effettuate **830** transazioni commerciali facenti capo complessivamente a **331** fornitori in **25** Paesi EU ed extra EU (dati riferiti al 31/01/2014). Il numero medio di transazioni commerciali a monte di ciascun lotto confermato o sospetto era di **56,6** (min. 4; max 70). Le analisi di tracciabilità dell'alimento sembrano escludere l'ipotesi di una contaminazione per effetto di un singolo ingrediente contaminato all'origine o durante la fase di processazione. I fornitori comuni a più lotti e/o ditte di confezionamento caratterizzano al massimo non oltre il 43% dei lotti e delle ditte di confezionamento.

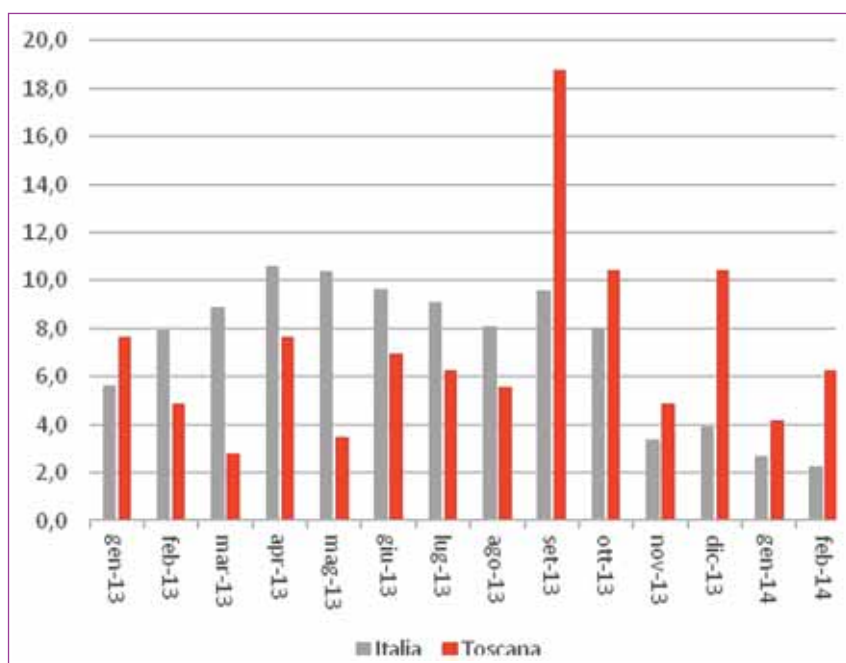
Per chi volesse saperne di più:

EPICENTRO Il portale dell'epidemiologia per la Sanità: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/epatite/aggiornamenti.asp>.

EFSA (European Food Safety Authority) **ECDC** (European Centre for Disease Prevention and Control): <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/ROA-Hepatitis%20A%20virus-Italy%20Ireland%20Netherlands%20Norway%20France%20Germany%20Sweden%20United%20Kingdom%20-%20final.pdf>.

MINISTERO DELLA SALUTE http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1533.

Figura 3 - Distribuzione per mese delle percentuali di casi sul totale dei casi segnalati dal 01/01/2013 al 28/02/2014. Confronto tra le percentuali italiane e quelle toscane. (n Italia = 1463, n Toscana = 144).



Prestazioni odontoiatriche in Regione Toscana



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Pubblichiamo l'allegato A alla Delibera n° 426 del 26 maggio 2014

Assistenza odontoiatrica: linee di indirizzo per l'implementazione dell'offerta odontoiatrica in Toscana." con il quale si indicano le modalità di erogazione e le linee di indirizzo alle Aziende USL per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche nel SSR.

Premessa

Tra i servizi offerti dal Servizio sanitario nazionale, l'assistenza odontoiatrica rappresenta un'area che necessita di incisivi interventi per favorire il superamento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure determinate dall'insufficienza dell'offerta pubblica e dagli alti costi delle prestazioni offerte in regime privato.

La normativa nazionale in materia è costituita principalmente dal D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dal DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Il DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), allegato 2B, prevede che "le prestazioni di odontoiatria sono erogate limitatamente alle fasce di utenti ed alle condizioni indicate dall'articolo 9, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni".

L'articolo 9, comma 5, del citato D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) disciplina l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica, limitatamente ai programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

La deliberazione del Consiglio regionale n. 163 del 8 ottobre 2003 (DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", allegato 2B - modalità assistenziali relative alla specialità di odontoiatria) ha approvato il Progetto odontoiatria, che ha confermato ed esteso gli interventi previsti dalla normativa nazionale, prevedendo:

1) interventi di prevenzione (prenatale, primaria e secondaria)

2) tre livelli di prestazioni sanitarie, ovvero:

I livello - prestazioni finalizzate alla cura delle urgenze odontoiatriche, alla intercettazione di patologie gravi, alla attività protesica e ortodonzia intercettiva, da erogarsi con le modalità di partecipazione alla spesa previste dalla normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

II livello - prestazioni di odontoiatria conservativa e ortodonzia intercettiva, da erogarsi esclusivamente a favore di soggetti in condizioni di disagio economico/sociale (per reddito di nucleo familiare, vulnerabilità sanitaria, handicap in situazione di gravità) a

fronte di una partecipazione alla spesa come da normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

III livello - prestazioni del II livello ed ulteriori prestazioni di alta specialità, da erogarsi a tutti i cittadini residenti a tariffe concordate;

La DCR 163/2003 ha inoltre previsto, come livello di assistenza aggiuntivo regionale, l'erogazione di protesi gratuite per soggetti in condizioni di disagio economico e sociale.

Tenendo conto della classificazione dell'offerta di cui alla DCR 163/2003, la Giunta regionale ha dettato negli anni successivi disposizioni per l'ampliamento dell'offerta dell'assistenza odontoiatrica, anche in raccordo con i soggetti privati: in particolare, la DGR 861/2004 ha proposto una modalità organizzativa nella quale l'azienda sanitaria, previa selezione ad evidenza pubblica, stipula accordi con soggetti privati per l'erogazione a tariffa concordata delle prestazioni previste dal nomenclatore regionale (terzo livello); la DGR 234/2007 ha previsto, inoltre, la possibilità per i soggetti privati di esercitare l'attività utilizzando le strutture e le attrezzature pubbliche e con la successiva DGR 550/2007 tale facoltà è stata riconosciuta con priorità di accesso agli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Sulla base di una rilevazione effettuata nell'anno 2011 in ordine allo stato di attuazione della DCR 163/2003 e dall'analisi dei flussi informativi relativi alla specialistica ambulatoriale è emerso che:

- l'esecuzione delle prestazioni di terzo livello di cui alla DCR 163/2003 è stata assicurata in modo esiguo e disomogeneo sul territorio regionale;

- salvo le esperienze consolidate principalmente nelle Aziende USL n. 10 di Firenze e n. 11 di Empoli, risultano largamente disattese le disposizioni che indirizzano all'attivazione di collaborazioni con strutture o professionisti privati per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche alle tariffe concordate previste dal Nomenclatore tariffario regionale;

Alla luce di tale rilevazione e in attuazione della DGR 75/2014 (Azioni prioritarie del sistema socio-sanitario regionale per il 2014), si ritiene necessario dare nuovo impulso all'ampliamento dell'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche, con l'obiettivo di favorire l'accesso alle cure da parte dei cittadini toscani, con particolare riferimento alle fasce più deboli in relazione all'età o alle condizioni socio-economiche. Infatti, il perdurare della crisi economica comporta un aumento dei casi di rinuncia alle cure odontoiatriche o di abbandono



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

dei percorsi di cura già intrapresi. Nell'ambito di tale intervento, si ritiene, inoltre, necessario favorire il miglioramento dei percorsi assistenziali per soggetti portatori di handicap in situazione di gravità (articolo 3, legge 5 febbraio 1992, n.104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

A tal fine, con il presente atto, la Giunta regionale intende avviare un percorso di sviluppo dell'offerta pubblica di prestazioni odontoiatriche con l'obiettivo di garantire l'erogazione di tali prestazioni come livello essenziale di assistenza regionale attraverso le strutture del SSR.

Infatti, si ritiene rafforzare anche per tale forma di assistenza i valori del servizio sanitario pubblico e universalistico, ampliando l'offerta e migliorando la qualità delle prestazioni per tutti i cittadini, in considerazione della particolare contingenza economica e sociale e della evoluzione demografica della realtà toscana.

Si considera opportuno avviare tale processo con una fase sperimentale di 3 anni nella quale misurare l'effettivo fabbisogno di strutture, tecnologie e personale in vista della strutturazione dell'offerta pubblica a sistema. In tal senso, in questa fase le ulteriori risorse professionali potranno essere acquisite attraverso forme di collaborazione con professionisti privati, che forniranno le loro prestazioni all'interno delle strutture pubbliche. Al termine della sperimentazione, il sistema sanitario regionale potrà dimensionare le risorse necessarie in base all'esperienza fatta ed al relativo impatto economico, procedendo alle opportune acquisizioni.

Le modalità organizzative di implementazione dell'offerta odontoiatrica dovranno essere assicurate, nel primo anno di attuazione dei progetti, almeno in una zona distretto di ciascuna Azienda USL tendendo ad interessare, a partire dal secondo anno di attività, ogni zona distretto presente sul territorio aziendale. Nel contempo, deve essere incentivato l'utilizzo ottimale dei riuniti presenti in ogni azienda USL.

Considerando il percorso già intrapreso dalle aziende sanitarie in attuazione delle sopra richiamate deliberazioni, si ritiene che in una prima fase le esperienze ed i modelli di collaborazione con i professionisti privati già in essere dovranno essere progressivamente ricondotti al modello regionale sopra descritto.

1. Definizione delle prestazioni sanitarie, modalità di accesso e compartecipazione alla spesa sanitaria

Il progetto odontoiatria approvato con la DCR 163/2003, come sopra accennato, ha articolato sia la tipologia di prestazioni da assicurare ai cittadini residenti, che le modalità di accesso e partecipazione alla spesa in tre livelli assistenziali, dando luogo, come rilevato nell'esperienza applicativa, ad un sistema composto da numerose variabili dove la ricerca di un equilibrio ottimale ha generato una elevata complessità interpretativa.

Nell'obiettivo di regolare più chiaramente accesso, appropriatezza e compartecipazione alla spesa, si ritiene opportuno passare ad un sistema di più facile applicazione che valorizzi i criteri di semplificazione e di equità.

In tal senso, si ritiene di ridefinire l'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche come descritto nell'allegato B della presente deliberazione.

Fatto salvo quanto più avanti specificato per il trattamento delle urgenze e l'intercettazione di patologie gravi - prestazioni di cui all'allegato B dal codice 89.7 al codice 76.2 -, le prestazioni odontoiatriche sono assicurate a tutti i cittadini toscani con compartecipazione totale alla spesa, ovvero con il pagamento dell'intera tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, salvo i casi in cui ricorrano condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria.

Si evidenzia che la visita specialistica è assicurata a tutti gli assistiti in regime di compartecipazione alla spesa sanitaria salvo i casi di esenzione e di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Le condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria e le relative modalità di compartecipazione alla spesa sono individuate secondo i criteri di seguito indicati, in modo da assicurare una più ampia ed equa inclusione dei soggetti che per motivi di disagio socio-economico non potrebbero accedere altrimenti alle cure odontoiatriche e dei cittadini portatori di patologie che possono interferire o essere aggravate dal problema odontoiatrico.

Condizioni di vulnerabilità sociale:

a) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con ISEE fino a 8000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione;

b) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con ISEE tra 8.000 euro e 14.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche secondo le modalità di compartecipazione previste per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale (pagamento del ticket salvo i casi di esenzione).

I presenti criteri di vulnerabilità sociale saranno rivalutati al termine del primo anno di sperimentazione, per apportare eventuali interventi correttivi sulla base dei dati di costo e di accesso rilevati.

Condizioni di vulnerabilità sanitaria:

- soggetti con handicap in situazione di gravità (articolo 3 legge 104/1992);

- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata:

1) patologie rare o croniche (di cui al DM 329/1999 e successive modificazioni.), come già individuate dalla DGR 861/2004, ovvero:

- Cardiopatie congenite ed acquisite (cod. 002/745-746)
- Coartazione aortica (cod. 002.447.1)
- Endocardite Batterica Subacuta (cod. 002.397)
- Endocardite batterica cronica (cod. 002.397)
- Cirrosi epatica (cod. 008.571.5)
- Colite ulcerosa (cod. 009.556)
- Leucemia linfatica acuta e cronica (cod. 048.204)
- Leucemia mieloide acuta e cronica (cod. 048.205)
- Mieloma multiplo (cod. 048.203)
- Trisomia 21 (cod. 051.000)

- Infezioni da HIV (cod. 020.042;020.42 + 079.53; 020.V08)
- Pazienti in trattamento radioterapico per neoplasie del distretto cefalico.

I soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Le prestazioni necessarie per il trattamento delle urgenze e per l'intercettazione di patologie gravi - prestazioni di cui all'allegato B dal codice 89.7 al codice 76.2 - sono assicurate a tutti i cittadini toscani con pagamento del ticket, secondo la normativa vigente in materia di compartecipazione, salvo quanto previsto per i casi di esenzione e, comunque, di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Le rimanenti prestazioni sono assicurate a tutti i cittadini toscani con compartecipazione totale alla spesa, ovvero con il pagamento dell'intera tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, salvo i casi in cui ricorrano le condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria.

Modalità di accesso

L'accesso alle prestazioni odontoiatriche è previsto dalla normativa vigente come "libero accesso", ovvero senza la prescrizione medica.

L'accesso alla visita specialistica odontoiatrica può avvenire solo su prenotazione tramite CUP; essa potrà essere erogata presso le strutture pubbliche o con altra modalità, secondo le soluzioni organizzative previste dall'azienda sanitaria (v. paragrafo 4). Successivamente alla visita, viene compilato il piano di cura tramite il quale l'odontoiatra, valutate le necessità dell'utente, garantisce le prestazioni appropriate secondo le modalità sopra indicate.

Le aziende sanitarie garantiscono presso le strutture ambulatoriali odontoiatriche, nelle ore di apertura, e presso il pronto soccorso nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, l'erogazione delle prestazioni urgenti per il trattamento del dolore e le prestazioni assicurate con le competenze immediatamente disponibili.

2. Prevenzione mirata ai soggetti in età evolutiva

Le due principali malattie di interesse odontoiatrico, carie e malattia parodontale, sono considerate vere e proprie patologie comportamentali. Atteggiamenti e comportamenti individuali si radicano nei primi anni di vita e nella loro definizione hanno un ruolo importante la famiglia, la scuola e i servizi pubblici di informazione.

Si riafferma, pertanto, l'opportunità di proseguire l'importante investimento nei programmi di prevenzione rivolti ai soggetti in età evolutiva (0-14 anni) interessanti la prevenzione prenatale, la prevenzione primaria e la prevenzione secondaria.

Prevenzione prenatale e perinatale

I progetti aziendali devono prevedere azioni specifiche di prevenzione ed interventi di educazione all'igiene orale nell'ambito dei corsi di preparazione al parto. Per le puerpere non in prima gravidanza, gli interventi di prevenzione prenatale costituiscono, inoltre, un'opportunità per l'inter-

cettazione di eventuali figli in età evolutiva da avviare agli interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Azioni di prevenzione primaria

Rispetto alle indicazioni operative fornite alle aziende sanitarie con la deliberazione della Giunta regionale n. 537/2006 "PSR 2005 - 2007 Odontoiatria un percorso sostenibile - indirizzi alle Aziende Sanitarie per la prevenzione in età evolutiva", si proseguono:

a) interventi di educazione alla salute quali:

- interventi di educazione alla salute e campagne di informazione mirate alla popolazione delle scuole materne ed elementari, al personale docente e direttivo, ai genitori, da effettuarsi nei plessi scolastici del territorio regionale con l'uso di apposito materiale informativo;

b) interventi specifici di sanità di iniziativa da realizzare con i pediatri di libera scelta, in quanto tutori e promotori della salute in età evolutiva, mediante iniziative di:

- profilassi sistemica (secondo lo schema di protocollo OMS-APA)
- motivazione alla igiene orale e fluoroprofilassi locale.

I pediatri di famiglia durante l'esecuzione dei bilanci di salute provvedono ad effettuare una valutazione e segnalazione dei rapporti dentoscheletrici a carie nei bilanci di salute a 3 e 6 anni.

Azioni di prevenzione secondaria

Con riguardo agli interventi di sigillatura, le raccomandazioni OMS e del Ministero della Salute assegnano validità ed importanza alla sigillatura dentale ed il Servizio Sanitario Toscano ha recepito tali indicazioni nell'ambito del Progetto regionale Odontoiatria in età evolutiva realizzato nel periodo 2006/2008 sulla base di un accordo stipulato con le organizzazioni rappresentative degli odontoiatri affinché i professionisti privati eseguissero nei propri studi le visite e gli interventi di sigillature su tutti i bambini della classe di età individuata per l'anno di riferimento.

Gli interventi di sigillatura dei molari permanenti previsti nell'ambito del Progetto regionale odontoiatria in età evolutiva realizzato nel periodo 2006/2008 hanno ottenuto un'adesione inferiore al 30% della popolazione interessata.

Nel primo semestre del 2011 è stata compiuta a livello regionale, ad opera del Centro di collaborazione dell'OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità di Milano, una rilevazione epidemiologica che ha consentito la valutazione del suddetto progetto. La valutazione è stata condotta su un campione di bambini nati nell'anno 1999 mettendo a confronto soggetti sottoposti ai primi interventi di sigillatura dei molari permanenti con bambini della medesima classe di nascita non aderenti alle iniziative di prevenzione regionale.

Si ritiene opportuno segnalare, ai fini delle progettualità aziendali, i seguenti elementi emersi in esito alla rilevazione:

- potenziare i canali di comunicazione per migliorare la partecipazione delle famiglie ed estendere l'intervento svolto da parte dei pediatri in occasione dei bilanci di salute;
- individuare e valorizzare, tra gli operatori, gli



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

igienisti dentali, che rappresentano il profilo professionale dedicato agli interventi di prevenzione;

- valutare la fattibilità di un progetto educativo nelle scuole con l'obiettivo generale del mantenimento della salute orale e l'obiettivo specifico dell'intervento di sigillatura dei primi molari;
- valutare l'opportunità di mirare gli interventi di sigillatura sulle fasce di bambini in condizioni effettive di rischio di lesione cariose piuttosto che effettuare le prestazioni sull'universalità degli utenti così da assicurare una migliore razionalizzazione delle risorse economiche ed una maggiore appropriatezza dell'azione di prevenzione.

Alla luce dell'esperienza svolta e delle osservazioni sopra riportate, si prevede l'erogazione di una visita di screening gratuita ai cittadini residenti al compimento del settimo anno di età con l'obiettivo di individuare precocemente le malocclusioni e di sviluppare gli opportuni piani di cura. Tale azione si configura come intervento di sanità d'iniziativa e si attua attraverso la chiamata attiva da parte dell'azienda sanitaria dei ragazzi che, nel territorio di competenza, costituiscono di anno in anno la popolazione di riferimento in base all'età. Le modalità di tale intervento dovranno essere definite dalle aziende sanitarie nelle rispettive progettualità.

Le prestazioni odontoiatriche (compresi gli interventi di sigillatura) sono erogate ai soggetti in età evolutiva (0-14) secondo i criteri di compartecipazione riportati al paragrafo 1.

Gli interventi di prevenzione dovranno essere mirati ad ottimizzare la percentuale della popolazione infantile interessata con particolare coinvolgimento delle categorie svantaggiate per condizione economica e sociale.

Trattamenti ortodontici

I trattamenti ortodontici, come classificati dal Nomenclatore tariffario regionale, sono erogati, sulla base dell'indice di gravità internazionalmente riconosciuto (IOTN), secondo le seguenti modalità:

- trattamenti con IOTN di 1°, 2° e 3° grado: le prestazioni sono erogate a completo carico dell'utente;
- trattamenti con IOTN di 4° grado: le prestazioni sono erogate nei casi di vulnerabilità sociale e sanitaria secondo le relative modalità di compartecipazione previste al paragrafo 1. In tutti gli altri casi, i cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa;
- trattamenti con IOTN di 5° grado: le prestazioni sono erogate nei casi di vulnerabilità sociale e sanitaria secondo le relative modalità di compartecipazione previste al paragrafo 1. In tutti gli altri casi, i cittadini sono tenuti al pagamento del ticket salvo i casi di esenzione previsti dalla vigente normativa per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale.

Tutte le aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di ortodonzia per gli IOTN di 4° e 5°.

3. Erogazione dei presidi medici individuali

Ai sensi del DPCM 29/11/2001 sono esclusi dai livelli essenziali di assistenza i materiali degli apparecchi ortodontici e delle protesi dentarie, che rimangono a carico degli assistiti.

Al fine di omogeneizzare i comportamenti delle aziende sanitarie sul territorio regionale e di favorire

il raggiungimento di economie di scala, si prevede che i dispositivi protesici siano acquisiti dalle aziende stesse mediante procedure di evidenza pubblica per Area vasta. Tra i criteri di partecipazione alle predette procedure si richiede la disponibilità da parte del fornitore ad assicurare una percentuale gratuita di manufatti protesici in una percentuale compresa tra il 10 ed il 15%.

Gli eventuali risparmi derivanti da sconti applicati dai produttori sui costi dei manufatti, dovranno essere destinati dalle aziende sanitarie all'alimentazione di un fondo aziendale per il finanziamento delle protesi gratuite da erogarsi come livello aggiuntivo di assistenza, con le modalità di seguito riportate.

Le protesi dentarie sono garantite in regime di gratuità nei casi di vulnerabilità sociale per i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con ISEE fino a 8.000 euro e nei casi di vulnerabilità sanitaria.

Per tutti gli altri cittadini, i dispositivi protesici sono assicurati all'intero costo del manufatto.

I presenti criteri di erogazione delle protesi saranno rivalutati al termine del primo anno di sperimentazione, per apportare eventuali interventi modulativi, sulla base dei dati di costo e di accesso rilevati.

4. Implementazione dell'offerta odontoiatrica

Nella fase di sperimentazione, le aziende sanitarie procedono all'implementazione dell'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche, attraverso l'ottimizzazione dell'offerta pubblica e l'attivazione di collaborazione con professionisti privati.

L'ottimizzazione dell'offerta pubblica è erogata attraverso medici dipendenti e specialisti ambulatoriali interni; con riferimento a questi ultimi, le aziende possono eventualmente utilizzare gli strumenti normati dal vigente accordo integrativo regionale (incarico straordinario).

A tal fine, le aziende sanitarie sono invitate a presentare progetti di implementazione dell'offerta odontoiatrica secondo le seguenti indicazioni.

I progetti devono prevedere, quali contenuti minimi:

- la descrizione delle modalità con le quali viene garantita l'erogazione delle prestazioni urgenti (analgesia e primo soccorso) nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7;
- l'aumento dell'offerta di prestazioni odontoiatriche, come riportate nell'allegato B;
- interventi di prevenzione e chiamata attiva secondo gli indirizzi di cui al precedente paragrafo 2;
- l'erogazione di trattamenti ortodontici almeno per gli IOTN di 4° e 5° grado;
- l'erogazione di dispositivi individuali secondo le indicazioni di cui al paragrafo 3;
- interventi di sviluppo o miglioramento dei percorsi assistenziali per soggetti portatori di handicap in situazione di gravità (articolo 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate);
- l'individuazione di uno specifico centro di costo per il monitoraggio dell'impatto economico derivante dall'attuazione del progetto;

- piano finanziario, con indicazione della destinazione del contributo regionale (risorse umane, tecnologiche, strutturali).

Qualora, ai fini dell'implementazione dell'offerta complessiva di prestazioni, l'azienda ricorra all'attivazione di collaborazioni con professionisti privati, devono essere osservati i seguenti requisiti:

- individuazione dei professionisti attraverso il coinvolgimento degli ordini professionali;
- erogazione delle prestazioni secondo le modalità di compartecipazione alla spesa ed i criteri di accesso di cui al par. 1;
- remunerazione dei professionisti da parte delle aziende.

Per l'erogazione delle prestazioni di alta specialità i progetti possono prevedere il coinvolgimento delle aziende ospedaliere universitarie definendone gli aspetti assistenziali ed economici. Ogni azienda individua un responsabile scientifico ed un responsabile organizzativo del progetto, quest'ultimo da individuarsi tra i medici delle Attività Sanitarie di Comunità.

La durata dei progetti è di 3 anni. In relazione alle azioni previste, il progetto deve indicare i risultati attesi per ciascuna annualità, con relativi indicatori di realizzazione. A tal fine, la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, anche con il supporto dell'ARS e del MeS, fornirà una proposta di indicatori di processo ed esito.

Ai fini della predisposizione del progetto, deve essere utilizzato lo schema di cui all'allegato C, attraverso il quale si chiede di specificare, tra le altre cose, per ciascuno dei contenuti minimi sopra indicati il contesto e l'offerta attuale e gli obiettivi da raggiungere.

5. Modalità di presentazione, valutazione e finanziamento dei progetti aziendali

Presentazione

I progetti devono essere presentati dalle direzioni aziendali o dai Coordinamenti di Area vasta, nel caso di progetti di questo ambito, entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto, utilizzando l'apposito schema di progetto di cui all'allegato C.

Valutazione

I progetti saranno esaminati entro 45 giorni dalla scadenza del predetto termine da un gruppo tecnico di valutazione composto da:

- il responsabile dell'Area di coordinamento Sistema sanitario regionale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, che la presiede;
- il responsabile del settore competente della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- tre esperti della materia individuati dalla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Il gruppo tecnico valuta la conformità dei progetti rispetto al contenuto minimo ed ai requisiti di cui al paragrafo 5; in esito alla valutazione può chiedere adeguamenti al soggetto proponente. Il Gruppo tecnico rimane in vigore fino alla data di conclusione dei progetti, al fine di valutarne i risultati intermedi (1 anno) e finali (3 anni); gli esperti partecipano al gruppo tecnico a titolo gratuito.

Il gruppo tecnico nella fase di valutazione, potrà confrontarsi con le Organizzazioni professionali e sindacali interessate.

A seguito della valutazione del gruppo tecnico in merito alla sussistenza del contenuto minimo ed al rispetto dei requisiti, con decreto del responsabile dell'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale vengono assegnate alle aziende proponenti le risorse regionali ad esse destinate con il presente atto (allegato D), con erogazione contestuale della prima quota, come di seguito quantificata.

I progetti devono essere avviati a far data dal 1 gennaio 2015; in caso contrario, la Regione procederà al recupero della quota erogata.

Le aziende proponenti sono tenute a presentare una relazione sui risultati intermedi e finali del progetto, in relazione alle attese formulate in fase di progettazione, che saranno valutate dal sopra richiamato gruppo tecnico. La relazione finale dovrà contenere un'ipotesi di modalità e tempi di trasferimento delle attività realizzate nell'ambito del progetto e del relativo modello organizzativo nell'assetto dell'assistenza odontoiatrica a regime.

A conclusione dei progetti il Gruppo tecnico definirà un report di valutazione complessivo sui risultati raggiunti a livello regionale, al fine di valutare gli interventi da adottare per la strutturazione dell'offerta a regime.

Le valutazioni intermedie e finali saranno svolte in raccordo con le direzioni aziendali.

Finanziamento

Le risorse disponibili per il finanziamento dei progetti aziendali sono € 2.500.000,00 per il 2014, € 1.250.000,00 per il 2015 e € 1.000.000,00 per il 2016.

Una parte delle risorse disponibili per la prima annualità, pari a € 120.000,00, è destinata all'assegnazione di una quota premiale ai progetti presentati congiuntamente da due o più aziende USL (€ 10.000,00 a ciascuna azienda USL co-proponente).

Ad ogni azienda USL proponente viene assegnato per ciascuna annualità un quantitativo di risorse per l'attuazione del progetto (V. allegato D), risultante dalla somma delle seguenti quote:

- quota fissa, uguale per tutte le aziende, pari al 2% delle risorse complessive disponibili per l'anno di riferimento;
- quota commisurata all'indice di accesso al Fondo Sanitario Regionale.

Alle AOU coinvolte viene corrisposta dalle aziende USL proponenti una quota delle risorse assegnate, in base all'entità delle attività per esse previste nell'ambito dei progetti.

I costi di progetto eccedenti le risorse stanziare a livello regionale si intendono a carico dell'azienda proponente.

Le risorse saranno liquidate con le seguenti modalità:

- 40% del totale con il decreto di assegnazione delle risorse;
- 40% del totale a seguito della valutazione dei risultati intermedi del progetto (1 anno);
- 20% del totale a seguito della valutazione dei risultati finali (3 anni).



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Stefania Vezzosi, dietista. Laurea magistrale in Scienze delle professioni sanitarie tecniche assistenziali. Attualmente, membro del Consiglio Direttivo dell'Associazione Nazionale Dietisti - ANDID e responsabile del Gruppo di Studio ANDID "Salute Pubblica". Dal 2003 si occupa di malnutrizione per difetto e gestione del rischio nutrizionale nelle organizzazioni socio-sanitarie.

STEFANIA VEZZOSI, MARIA LUISA MASINI¹

Mind the Gap

La malnutrizione nelle strutture socio-sanitarie



La malnutrizione per difetto è un argomento del quale in Toscana si è molto parlato soprattutto da quando, nel febbraio 2008, la Regione Toscana ha formalmente adottato, con uno specifico atto deliberativo, la **Buona Pratica per la prevenzione del Rischio Nutrizionale**. Questa è stata elaborata dalle scriventi per conto di ANDID-Associazione Nazionale Dietisti e, successivamente, condivisa con il Centro per la Gestione del Rischio Clinico fino alla sua approvazione.

È quindi per noi particolarmente interessante, dopo oltre cinque anni dalla predisposizione di quel documento, leggere una recente pubblicazione editata dal *Social Care Institute for Excellence* che ribadisce la necessità di adoperarsi affinché le persone ricoverate in ospedale o residenti in RSA o al proprio domicilio riescano ad assumere una quantità di cibo adeguata ai loro bisogni nutrizionali, ricevendo tutto l'aiuto di cui necessitano per alimentarsi in modo soddisfacente e sicuro. In questo documento si sottolinea che tale impegno rappresenta un tratto imprescindibile del rispetto della dignità delle persone e della qualità dell'intero percorso assistenziale.

Eppure, la malnutrizione per difetto, ancora oggi – in Toscana come nel resto d'Italia – rimane un problema non rilevato, sottovalutato e spesso considerato – anche dagli stessi operatori sanitari – un "non problema", una "naturale" ed inevitabile conseguenza associata al fluire degli anni o ad una qualsiasi patologia. Così, migliaia di persone vulnerabili (target fragili, quali anziani, persone affette da patologie oncologiche o candidati ad interventi di chirurgia maggiore o affette da patologie neurologiche o cardio-cere-

brovascolari) continuano ad aggravare la propria condizione a causa di un'alimentazione insufficiente o inappropriata, all'interno delle proprie case ma anche all'interno di organizzazioni socio-sanitarie accreditate e anche certificate.

Queste considerazioni ci portano perciò a guardare con diffidenza ai "tagli lineari" effettuati ai programmi alimentari e ai servizi di ristorazione in molte strutture in nome e per conto di quelle *disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati*: non più snack fra i pasti, marmellata o yogurt per la prima colazione; nessuna possibilità di fruire di un pasto alternativo se non presenti al momento della distribuzione; sempre più difficile attuare una terapia dietetica o un supporto nutrizionale orale o artificiale anche in caso di accertata necessità.

La nostra inquietudine diventa perciò sconcerto a fronte di alcune affermazioni rilasciate dal Ministro della Salute durante una sua intervista: "si può recuperare moltissimo dalla centralizzazione degli acquisti, **moltissimo anche dai pasti magari marginali per la cura: dai pasti** alla lavanderia, alla pulizia, tutto ciò che è accessorio".

I dietisti non dovrebbero essere i soli a sapere che i pasti – soprattutto in situazioni di fragilità e in specifiche condizioni patologiche – non sono e non possono essere considerati un "aspetto marginale della cura".

Da oltre trent'anni ce lo hanno dimostrato autorevoli uomini e donne di scienza (Marinos Elia e Rebecca Stratton per tutti) presentando ricerche di ottimo livello. Riteniamo quindi molto significativa e da prendere come modello l'iniziativa dei colleghi inglesi *Mind the Hunger Gap: stamp out missing meals in the UK*. Questo slogan (mutuato dal famoso *Mind the gap* – attenzione al vuoto – presente nella metro di Londra per avvertire passeggeri del pericoloso spazio presente tra la banchina e la porta del treno) è il leitmotiv di una campagna di sensibilizzazione attuata dalla *British Dietetic Association* al fine di rendere chiara e visibile a tutti l'entità del problema malnutrizione: una situazione inquietante che, senza esitazione, i colleghi inglesi definiscono una **"vergogna nazionale tenuta troppo spesso nascosta"**.

I dati epidemiologici relativi alla prevalenza e all'incidenza della malnutrizione nelle struttu-

¹ Associazione Nazionale Dietisti - ANDID Regione Toscana

re sanitarie e assistenziali e le sue conseguenze su mortalità, morbosità, durata della degenza, qualità della vita e costi sanitari sono talmente imponenti da farci considerare quantomeno "sconveniente" l'assegnazione di ulteriori risorse pubbliche finalizzate ad indagare l'entità del problema senza aggiungere nulla di nuovo a quanto già sappiamo: la malnutrizione per difetto, anche in Italia, è un fenomeno rilevante per frequenza e gravità in tutti i setting considerati, soprattutto quando si parla di persone anziane.

La Regione Toscana – ci risulta l'unica in Italia – ha dato indubbiamente un contributo significativo alla gestione del problema attraverso l'inserimento della *Buona Pratica per la prevenzione del rischio nutrizionale* nei requisiti autorizzativi di esercizio e i criteri di accreditamento delle strutture sanitarie. Purtroppo a questo atto non sono seguite azioni altrettanto puntuali da parte delle organizzazioni sanitarie per realizzare quanto previsto.

Altrettanto sottovalutata risulta nel nostro Paese anche la relazione alimentazione/rischio clinico; al contrario, in occasione di una nostra recente trasferta a Londra alla *National Patient Safety Agency*, abbiamo potuto verificare come il 20% degli incidenti segnalati nel corso di un anno nelle organizzazioni sanitarie inglesi e classificati con danno grave, moderato o lieve siano correlati proprio ai trattamenti nutrizionali attuati o, più spesso, non attuati.

Evidentemente la segnalazione degli eventi avversi correlati alla nutrizione (malnutrizione, polmoniti *ab ingestis*, problematiche correlate alla gestione della nutrizione artificiale, ecc.) rappresenta ancora in Italia un traguardo troppo ambizioso e mancano ancora nel personale sanitario sensibilità e consapevolezza su questo specifico rischio, proprio come i dietisti della BDA hanno ben sottolineato: *The main thing we've learnt from leading the project is how difficult it is to get malnutrition on the agenda for other health and social care professionals*. Allora, anche in Toscana, più che continuare a "dare numeri" c'è necessità di agire per contribuire così a migliorare la salute e la qualità di vita dei cittadini e ridurre i costi evitabili, anche quelli "inutili" correlati ad un uso improprio delle risorse.

Quanto realizzato dai colleghi inglesi e la *Buona Pratica per la Prevenzione del Rischio Nutrizionale* deliberata dalla Regione Toscana indicano chiaramente la direzione da seguire.

Non c'è bisogno di alta tecnologia: per la valutazione dello stato nutrizionale è sufficiente un metro a nastro e una bilancia pesa-persone (spesso non disponibile e considerata assolutamente non interessante da un'assistenza sempre più "tecnologica"). L'OMS individua infatti nell'antropometria il metodo più applicabile, economico, non invasivo e affidabile per stimare la funzionalità, lo stato di salute e la sopravvi-

venza, nella pratica clinica e nella ricerca epidemiologica.

C'è bisogno però di dietisti per contrastare quella che anche noi appare come una **vergogna nascosta**.

Parlare della scarsità o della totale assenza di personale dietista nei contesti socio-sanitari non deriva certo da una volontà corporativistica quanto piuttosto dalla necessità di tutelare l'effettiva qualità dell'assistenza erogata, senza trascurare l'esigenza di valutare l'impatto economico delle risorse umane impegnate nell'assistenza.

A tale proposito, riportiamo alcuni dati contenuti in due documenti molto recenti:

1) il Report *Cost-benefit analysis of dietary treatment* elaborato da *SEO Economic Research*, affiliato alla Facoltà di Economia dell'Università di Amsterdam (novembre 2012):

- i vantaggi del trattamento nutrizionale non consistono solo nel miglioramento della qualità della vita del paziente ma anche nel risparmio sui costi sanitari rispetto alle cure ospedaliere e alla utilizzazione di farmaci. Ogni euro speso nel trattamento nutrizionale fa risparmiare 4 euro su altri costi sanitari: il lavoro del dietista si paga da solo;
- la consulenza dietetica è *cost-effective* specialmente se confrontata con altri trattamenti;

2) l'articolo pubblicato sul *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* - giugno 2013 *Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital malnutrition*:

- l'intervento nutrizionale nei pazienti malnutriti è una strategia a basso rischio, *cost-effective* per migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera;
- i benefici dell'intervento nutrizionale nel miglioramento di outcomes clinici fondamentali (riduzione delle complicanze, riduzione della degenza ospedaliera, riduzione delle riammissioni, costo dell'assistenza e, in molti studi, mortalità) è ben documentato.

Crediamo dunque sia davvero arrivato il momento, anche in Italia, di prendere decisioni ed agire per promuovere una "Alleanza contro la malnutrizione" che dovrà necessariamente coinvolgere tutti gli attori che hanno ruolo e responsabilità nella programmazione sanitaria e nel processo assistenziale della nutrizione (manager, dietisti, infermieri e altro personale addetto all'assistenza, medici, ricercatori, aziende di ristorazione, farmacisti, pazienti/familiari/caregiver) perché il diritto alla salute passa anche attraverso la capacità di fare ciascuno la propria parte.

TM

info: stefdietitian@gmail.com



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

FABIO FRANCHINI, LAURA DAINELLI¹

L'incontro del pediatra con l'adolescente

Insieme all'adolescente entrano nello studio del medico anche, magari celati, i suoi problemi esistenziali. Il pediatra, che conosce l'esistenza di immancabili problemi e conflitti, soprattutto con i familiari, deve in questa situazione sempre sentire un *debito d'amore* per l'adolescente.

Il pediatra che in passato ha sempre *fatto paura* ai bambini e ragazzi, oggi, con l'adolescente in particolare, si deve porre come un medico aperto e moderno; potrà magari tenere il colloquio sul divertente, sull'ironico in modo che il giovane si apra ai suoi problemi e non tema di parlare.

Sarà molto difficile che il ragazzo venga da solo per una visita medica di questo tipo. Saranno sempre i genitori a portare l'adolescente per esporvi i loro problemi. A questo punto, non sapremo dove penderà la bilancia, e dovremo domandarci se i problemi saranno dell'adolescente o della sua famiglia, tenendo all'inizio un comportamento imparziale.

È indubbio infatti che nell'adolescenza vengono meno i problemi legati alle malattie, ma si fanno prepotentemente avanti i problemi legati alla nuova personalità del giovane; ci rendiamo conto che, mentre i primi sono curabili con i farmaci, i nuovi problemi si risolvono con molta riflessione ed anche *grandissima sofferenza da parte dei genitori stessi* che hanno la sensazione di perdere il controllo e l'obbedienza dell'adolescente.

La visita medica di un adolescente trascurerà l'esame fisico del giovane per privilegiare il colloquio.

Spesso in uno studio medico è comune assistere a rapporti distorti da un'exasperata medicalizzazione, svuotati dal modo freddo e impersonale di portare avanti la visita, tutta tecnica e niente umanità, impoveriti dall'impazienza di concludere in fretta per lasciare posto a chi preme dietro la porta dello studio. Questo non può accadere quando il pediatra ha a che fare con un adolescente e la sua famiglia. Può darsi che l'impegno che richiede l'adolescente non si adatti ad alcuni pediatri: è chiaro che, durante una visita ad un adolescente, con problemi esistenziali non si può avere fretta. Quante volte si sente dire: "Mi hai rotto"! In questo caso conviene non ascoltare nemmeno i problemi di un adolescente.

Nostro compito è creare fin dai primi contatti uno stretto rapporto con la famiglia, il papà e la mamma, dei quali non possiamo trascurare di arricchire le conoscenze per aiutarli ad avere col figlio un rapporto più sereno ed equilibrato. Questa è una competenza pediatrica nuova: per

questa visita occorre più tempo del consueto, e spesso una volta sola non è sufficiente. È chiaro che in questi casi non possiamo fare una visita "tutta tecnica e niente umanità", perché in questa occasione l'umanità viene fuori; i problemi esistenziali del giovane sono tanti. Quindi sono prestazioni che richiedono tempo, e nessun medico, dovrà mai, comunque, trattare l'adolescente in modo freddo ed impersonale perché c'è gente che preme alla porta dello studio: questo sarebbe addirittura dannoso.

Il concetto che il pediatra non è un medico di famiglia è superato. Una volta si diceva: "tu sei un pediatra, non sei il medico di famiglia: tu devi interessarti solo del bambino".

Credo invece che oggi, se vogliamo conoscere e trattare con l'adolescente, dobbiamo entrare nella famiglia, noi dobbiamo tenere uno stretto rapporto con la famiglia del giovane; essa è quella che ci serve per capire l'atmosfera in cui vive il ragazzo, e questo comunque lo facciamo inconsapevolmente seguendo negli anni il bambino fino alla pubertà.

Durante la visita potrebbe essere necessario parlare separatamente ai componenti della famiglia e comunque sempre all'adolescente da solo; oppure la visita può essere effettuata dapprima tutti insieme, poi separatamente con l'adolescente: a volte non è sufficiente una sola visita.

La tecnica della visita pediatrica dell'adolescente

Nello studio medico è molto importante osservare il comportamento dei componenti della famiglia:

- l'ingresso;
- lo spogliarsi del ragazzo;
- la visita;
- la rivestizione;
- il modo di ascoltare i consigli del medico;
- interazioni di altri presenti, funzioni materne svolte da altri, ecc.

Infatti, l'osservazione di certi comportamenti è di per sé una valutazione psicologica: potrà essere più spesso la madre che tiene il discorso mentre il padre sta in disparte; spesso in nostra presenza potranno essere esposti con veemenza i problemi che sono molto spesso legati alla scuola, ecc.

È importante ripetere quanto detto sopra: da come si muove il ragazzo nello studio, forse noi possiamo già fare una valutazione psicologica. C'è il ragazzo che sta fermo e non apre bocca;

¹ Counselor

oppure il ragazzo che parla spontaneamente con voi; c'è poi il ragazzo irrequieto che si muove da tutte le parti e alza la voce nei confronti dei genitori. È importante anche la successione dell'ingresso, chi spoglia il ragazzo o se si spoglia da solo, chi assiste alla visita, se poi si riveste da solo o viene rivestito; non è infrequente vedere dei ragazzi di 13-14 anni che sono rivestiti dai genitori. Questo non è un esame obiettivo, ma ripeto che questo modo di vedere la famiglia ed il ragazzo serve molto per giudicare se il comportamento è normale e le risposte alle vostre domande sono quelle giuste.

Fin dal primo incontro il pediatra deve:

1. definire il proprio ruolo, dimostrando attenzione verso i problemi dell'adolescente;

2. precisare la confidenzialità delle comunicazioni, specificando che non ha intenzione di dirle ad altri senza il consenso del ragazzo. Fanno ovviamente eccezione situazioni gravi come propositi di suicidio o di fuga;

3. mantenere la propria identità. L'adolescente si aspetta che il medico sia un adulto e con molta esperienza;

4. evitare il paternalismo.

Valutazione comportamentale dell'adolescente attraverso le seguenti domande su questi temi:

a) rapporti familiari: (che tipo di persone sono tuo padre e tua madre; hanno o hanno avuto problemi di convivenza?);

b) amicizie: (sono strette o casuali, c'è una persona con cui ti confidi su tutto, vedi amici di scuola, a casa tua o loro, fuori casa, che attività hanno i tuoi amici, che attività avete insieme?);

c) sessualità: (hai mai avuto un ragazzo/ragazza, stai bene con lui/lei, hai mai avuto rappor-

ti con lui/lei);

d) scuola: (a quale livello ti sembrano la tua scuola, i tuoi compagni e i tuoi insegnanti?);

e) progetti futuri: (scuola, lavoro, matrimonio, come ti immagini a 25 anni?);

f) tempo libero: (come lo occupi, hai un'attività preferita, interessi particolari, frequenti gruppi di altri ragazzi, feste?);

g) lavoro: (hai mai lavorato, hai lavorato a tempo pieno, sei stato retribuito o no?).

Per sapere come il "cliente" si comporta in campo sessuale di contraccezione, di prevenzione delle malattie veneree, di fumo, di consumo di alcol e di droghe, bisogna dimostrarsi molto distaccati, ovvi, comprensivi, mai moralizzanti. Se i comportamenti emersi sono rassicuranti, anche se con qualche piccola deviazione, deve rimanere nella segretezza, qualora il dialogo sia stato privato. Se si scopre qualcosa di allarmante, se ad esempio, si ha il sospetto dell'uso di droghe o di una depressione che può portare al suicidio, bisogna, ovviamente, avvertire i genitori, suggerendo l'intervento degli specialisti.

In seguito però è fondamentale che il giovane senta che il pediatra è dalla sua parte, che è il suo avvocato. Il medico potrà apparire, in tal caso, in contrasto con i genitori, ma anche questo può essere utile, in quanto, conquista la fiducia dell'adolescente, sarà in grado di aiutare gli stessi genitori. Infatti, è bene ripetere che, mentre cresce il figlio, devono crescere con lui i suoi genitori che si goveranno dei consigli del pediatra, se essi dovranno "ammmainare alcune bandiere", questo non è segno di debolezza, ma di maturazione.

TM

Info: prof.f.franchini@virgilio.it

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
 amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedita@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



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

ANTONIO PANTI

Scienza e diritto, due mondi poco conciliabili?

Questa è una piccola rivista di una lontana provincia dell'impero ma che non può sottrarsi a tentare di riflettere sui grandi problemi che affliggono la medicina moderna, che evolve in modo travolgente mentre il diritto sembra assai più lento e disorientato. Ci rendiamo conto che fin troppi problemi la scienza pone alla legge, ma forse una pausa di riflessione potrebbe evitare sentenze dannose nel consueto silenzio del legislatore, incerto tra ricerca del consenso, vincoli di bilancio e un minimo di senso della giustizia. (Riconosciamo però che la medicina procura fin troppi guai alla prassi politica e all'esercizio del diritto e basti pensare allo scambio di provette con la conseguente gravidanza assistita di una donna con embrioni geneticamente di altra coppia).

Facciamo qualche esempio in ordine sparso. Ancora nel 2014 il pretore di Lecce ordina alla Asl di somministrare (sic!) la cura Di Bella con la motivazione che un "certificato medico faceva emergere miglioramenti sul piano sintomatico interrompendo la progressione della malattia". Non vi è riscontro del seguito del caso né del fatto che una simile percezione aneddotica era già considerata antiscientifica ai tempi di Galeno. E le tante sentenze "Stamina", l'ultima, posteriore all'opposizione dei medici bresciani, in cui il solito magistrato "antiscienza complottistica" ha chiamato quale proprio perito niente meno che il collaboratore di Vanoni già indagato dai magistrati torinesi! Il TAR Lazio invece aveva ordinato al Ministero della Salute di cambiare la commissione perché i componenti (tutti esperti di fama e quindi soggetti a essere intervistati) avevano già espresso il proprio pensiero sul caso Stamina.

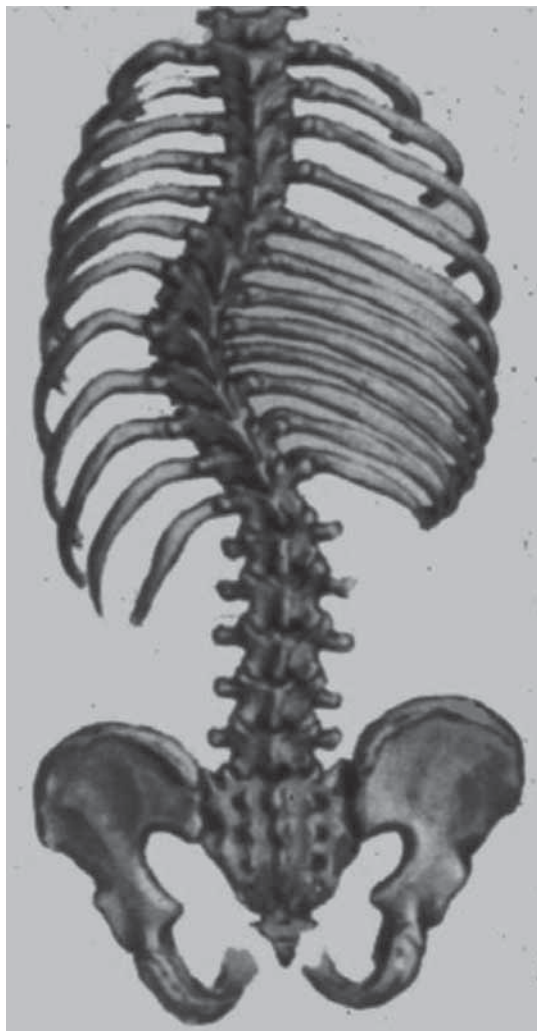
Nessuno ha mai letto tre gradi di sentenza conclusi nello stesso modo. Una variabilità nei diversi gradi di giudizio sullo stesso caso che non sarebbe tollerata in nessun ospedale. Nonostante l'asserita competenza dei giudici nel valutare le perizie è indubbio che quando il diritto è debitore alla scienza perché chiamato a giudicare in campi non suoi, occorre collegare i valori giuridici a procedure più attendibili.

Tanto più che ambiti di riflessione condivisa ne esistono e non pochi. Quando una donna congela il proprio tessuto ovarico ventenne per utilizzarlo con maggior libertà dopo qualche decennio in cui ha potuto fare carriera (il social freezing) cosa dice il diritto? O cosa fare nelle fasi terminali delle grandi insufficienze d'organo? È o no accanimento terapeutico l'uso di farmaci costosissimi che garantiscono poche settimane di vita di scarsa qualità umana?

Sorgono allora spontanee alcune domande. Possono i giudici giudicare la scienza? Possono giudicare l'uso delle tecniche in relazione all'interesse leso o al danno di qualcuno, ma non sono abilitati a decidere cosa è scienza. In sintesi non possono essere abilitati a individuare la prestazione cui qualcuno ha diritto. Il diritto negato a ricevere la cura Stamina non è lesione al diritto alla cura ma tutela rispetto alla truffa. Di ciò o i magistrati divengono competenti o di fatto affidano il giudizio a un collegio peritale indipendente, cioè non scelto da loro. I magistrati non posseggono parametri di giudizio su una scienza perennemente rinnovata. Quindi i giudici non dovrebbero avvalersi di periti se non di quelli selezionati per la loro indipendenza. In conclusione la medicina moderna, consapevole della propria potenza, si dedica allo studio della sicurezza del paziente. Ebbene, nessuno ha pensato al rischio giudiziario né vi ha costruito intorno una prassi simile al rischio clinico. Chi protegge il malcapitato che incappa nella "lawsuit lottery" come la chiamano negli USA?

Ogni giorno la medicina apre nuove frontiere promettenti ma pericolose sia sul piano pratico che del rispetto dei diritti. Occorre ritrovare una capacità di ragionare insieme perché di un giusto diritto c'è bisogno per definire gli ambiti consentiti di una scienza che potrebbe superare, mediante una tecnologia tanto potente quanto impersonale, i limiti della libertà. Ma, nello stesso tempo, un diritto autoreferenziale potrebbe proteggere il passato, assicurare la stregoneria, esercitarsi senza aver compreso i profondi cambiamenti della medicina moderna. **TM**

Anestesia spinale e scoliosi



La scoliosi è una deformità strutturale della colonna vertebrale, dovuta ad una lesione dei suoi elementi costitutivi (vertebre e dischi) e caratterizzata dalla presenza di **alterazioni anatomo-patologiche strutturate** e quindi **non riducibili (dismorfismo)**.

La Scoliosis Research Society definisce la scoliosi come una curva (di più di 10° Cobb) sul piano frontale.

La **deformazione scoliotica** si realizza nei tre piani dello spazio: frontale, trasversale e sagittale.

Nel **piano frontale** si manifesta l'*inclinazione laterale*, che comporta l'allontanamento di un certo numero di vertebre dalla linea mediana; questa modificazione dà origine ad una *curva laterale* (o più curve laterali, a vari livelli), caratterizzata da un *apice* (dove la vertebra apicale è la più scostata dall'asse mediano) e da *vertebre limitan-*

ti, alle estremità della curva, dove le articolazioni intervertebrali ritornano verso la linea mediana. I corpi vertebrali, inoltre, vengono sottoposti ad una compressione verticale dal lato della concavità della curva, risultandone alla lunga schiacciati ed assumendo una *forma trapezoidale* sul piano frontale.

Nel **piano trasversale** si realizzano la *rotazione* e la *torsione*, che si associano al movimento di inclinazione laterale. Il corpo vertebrale ruota verso la convessità della curva, l'arco posteriore verso la concavità, ma in modo meno accentuato, essendo frenato dalle apofisi articolari e dal complesso muscolo-legamentoso. La forza che tende a spostare l'apice della curva nel verso della convessità determina lo spostamento consensuale del corpo vertebrale ed un aggravamento ulteriore della rotazione.

Ciò è anche causa del *gibbo costale*, e della *prominenza costale anteriore controlaterale* (scoliosi dorsali), o del *rigonfiamento lombare* (scoliosi lombari), concorde alla convessità (Figura 1).

Le strutture vertebrali posteriori inibite nella loro crescita, possono essere la causa della rotazione e sul **piano sagittale** della *tendenza alla lordosi* del rachide scoliotico.

Le conseguenti **gravi deformazioni della gabbia toracica** possono causare una diminuzione dei volumi e delle capacità polmonari, favorendo *affezioni croniche broncopolmonari* ed *ipertensione polmonare cronica*, con insorgenza tardiva di *cuore polmonare*.

Le **alterazioni vertebrali e del rachide nel suo complesso**, diventano col tempo tanto



Figura 1



Achille Jenco, Laurea in Medicina e Chirurgia a FI e specializzato in Medicina dello Sport e in Ortopedia e Traumatologia, sempre con il massimo dei voti. Coltiva da sempre l'amore per la musica e la poesia (scrive e pubblica poesie e racconti brevi) e per gli approfondimenti scientifici necessari alla professione, nel tempo rimasto libero da quello consacrato ai suoi pazienti, ai suoi affetti familiari ed ai pochi sceltissimi amici.

¹ Dirigente medico Anestesia e Rianimazione Lunigiana, Azienda USL 1 di Massa e Carrara.



Figura 2a



Figura 2b



Figura 2c

più gravi quanto più precoce sia stato l'esordio della scoliosi e nonostante le accentuazioni siano successivamente alquanto modeste, nell'età giovanile ed adulta, il peggioramento interviene sempre a distanza, con la comparsa di *spondiloartriosi* solitamente assai marcata.

Tali complicanze tardive della scoliosi possono porre importanti problematiche, qualora si renda indispensabile sottoporre l'individuo, che ne è affetto ormai da lungo tempo, a pratiche anestesilogiche, così da consentirgli di sostenere interventi chirurgici a causa di altre patologie.

Scopo di questo lavoro è di affrontare in particolare modo le difficoltà ed i necessari **adattamenti della tecnica anestesilogica**, durante l'effettuazione di un'*anestesia peridurale o subaracnoidea*. Ciò a causa non solo dell'indurimento o calcificazione artrosica dei tessuti molli da attraversare con l'ago da spinale (essenzialmente i legamenti gialli), ma anche e soprattutto della deviazione sul piano frontale della colonna intesa globalmente e della torsione-rotazione sul piano trasversale delle singole unità vertebrali.

Questo impone degli adattamenti per quanto riguarda il punto d'ingresso e la direzione

dell'ago introduttore, come evidente dall'esempio sotto riportato (Figure 2a, 2b e 2c).

L'**anestesia spinale o subaracnoidea** è considerata da molti cultori della materia come il prototipo delle anestesi loco-regionali.

Essa consiste nell'iniezione del farmaco anestetico nello spazio subaracnoideo, dove entra in contatto con le radici spinali e determina il blocco della conduzione nervosa. Di norma è caratterizzata da agevole esecuzione e basse percentuali di fallimento, rapidità d'azione, ottime proprietà anestesilogiche ed analgesiche, grande efficacia di miorelaxamento, scarsità di complicanze e di effetti collaterali indesiderati (che, insieme alle poche controindicazioni, non sono oggetto del presente lavoro).

È considerata la procedura d'elezione per gli interventi sulla parte inferiore dell'addome (chirurgia delle ernie o a carico dell'apparato genito-urinario) e per gli interventi di ortopedia e traumatologia degli arti inferiori.

L'iniezione viene di solito praticata nella zona lombare, nello spazio tra L2 ed L3 od ancora più in basso, sulla linea mediana, utilizzando come punti di reperi la linea bisiliaca ed i processi spinosi delle due vertebre elette (Figure 3 e 4).

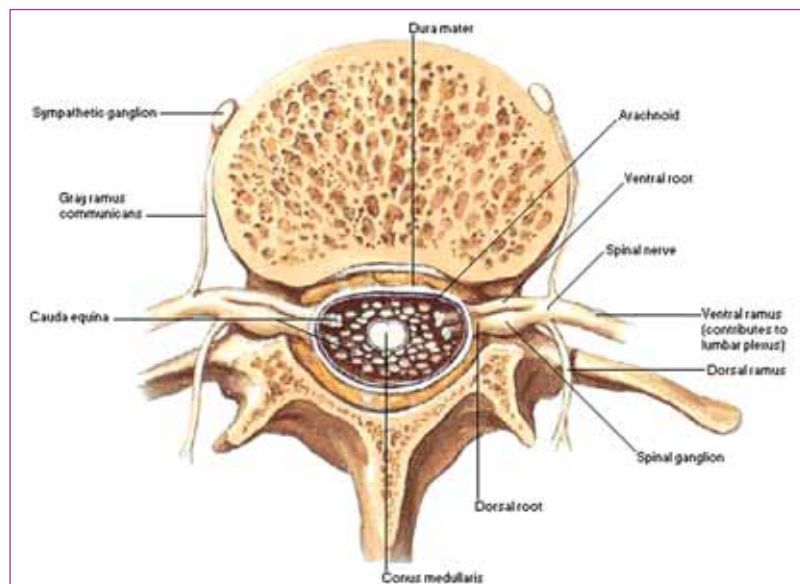


Figura 3

Per la realizzazione pratica, il paziente viene posizionato sul letto operatorio in decubito laterale (in posizione fetale) o seduto, con le gambe fuori dal letto ed i piedi appoggiati su di uno sgabello, con il collo ed il tronco per quanto possibile flessi e le braccia attorno ad un cuscino.

L'ago introduttore viene infisso nello spazio prescelto e fatto procedere, con cauta delicatezza, in profondità, fino al raggiungimento del legamento giallo, che tende ad ostacolarne l'avanzamento.

Il superamento di questo viene avvertito dalla sensibilità tattile dell'operatore nella percezione di uno scalino o di uno "scatto" e viene verificato dalla comparsa, nel cono dell'ago, di reflusso di liquor cefalorachidiano. A questo punto viene iniettato il farmaco anestetico, che viene scelto dal medico anestesista in base alle sue proprietà chimico-fisiche e farmacodinamiche, nonché secondo le preferenze personali, dettate dalla pro-

pria esperienza.

In linea generale esistono *anestetici isobarici* e *iperbarici*, con riferimento al peso specifico del liquor. Ciò consentirà, a secondo del tipo di intervento chirurgico in programma e mediante opportuni posizionamenti del paziente, di far fissare l'anestetico alle strutture nervose desiderate (principalmente quelle sensitive deputate all'inervazione del territorio oggetto di intervento), realizzandone un blocco già reversibile, ma anche selettivo (**anestesia subaracnoidea selettiva** e **superselettiva**), con minimo coinvolgimento delle radici controlaterali e di quelle anteriori motrici omolaterali al distretto da operare.

Grazie all'anestesia, quindi, gli impulsi dolorosi non verranno trasmessi (in quanto bloccati) ai centri corticali e sub-corticali, evitando così che il paziente possa avvertire dolore durante l'intervento ed anche che si scatenino le consuete reazioni (endocrine, cardio-vascolari e metaboliche) dell'organismo allo stress.

A causa delle menzionate alterazioni anatomico-patologiche, rilevabili nelle colonne vertebrali affette da scoliosi e segnatamente nelle scoliosi inveterate e dell'anziano (circa il 5% dei nostri accessi), sarà molto spesso necessario, come già detto, identificare ed adottare le **tecniche** e le **soluzioni più idonee**, per risolvere le immancabili difficoltà di esecuzione della pratica anestesologica in oggetto.

Riteniamo di poter escludere a priori l'ausilio dell'**ecografia**, pur utilissima nell'espletamento di altre tecniche di anestesologia loco-regionale (plessica ascellare, interscalenica, tronculare, ecc.), proprio per le alterazioni tessutali, squisitamente di natura artrosica, rinvenibili nei tratti di colonna vertebrale, su cui il medico anestesista si trova ad operare.

Pure abbiamo finora valutato di non voler indulgere all'utilizzo di **tecniche TC** o **Rx-guidate con l'amplificatore di brillantezza**, essenzial-

mente per ridurre l'esposizione del paziente e degli operatori alle radiazioni ionizzanti e non da ultimo per motivazioni economiche.

Di solito preferiamo, quindi, per semplicità di attuazione e comunque per la grande affidabilità e successo riscontrati, ricorrere all'integrazione delle competenze specialistiche tra il medico anestesista ed il medico ortopedico, attraverso una consulenza combinata, preventiva all'atto anestesilogico e durante la sua esecuzione.

I due specialisti potranno di sicuro utilmente avvalersi in via preliminare dello studio degli esami Rx del rachide, che a nostro parere vanno sempre inseriti negli accertamenti pre-operatori di routine, in presenza di scoliosi gravi ed inveterate. Quindi potranno, se necessario, continuare ad interagire nella fase ispettiva e palpatoria della colonna vertebrale, che come di consueto prelude all'esecuzione dell'atto anestesilogico vero e proprio.

Grazie ad un'occasionale esperienza, che dopo qualche tentativo fallito è stata coronata da successo, proprio per la felice collaborazione raccomandata e sempre auspicabile tra le due professionalità mediche coinvolte, abbiamo scelto di introdurre la suddetta **consulenza combinata** nei nostri protocolli pre-operatori nei casi selezionati, con grande soddisfazione in primis per il paziente, ma anche per gli operatori, in termini di miglioramento dei risultati e di riduzione dei tempi tecnici e dei costi eventuali.

Ci auguriamo di poter riuscire ad estendere anche ad altre fasi della pratica medica quotidiana, il proliferare di occasioni d'incontro tra gli addetti ai lavori, consapevoli che la collaborazione, la semplicità e l'umiltà, spesso riescono a conseguire inenunciabili benefici, con buona pace della utilissima, costosa e super moderna tecnologia. **TM**

Info: aj64@libero.it



Figura 4



Riccardo Rossi, specializzato in Ostetricia e Ginecologia c/o l'Univ. di Firenze. Dirigente Medico presso S.O.C. Ginecologia dell'Ospedale S.M. Annunziata Asl 10 di Firenze, dove è responsabile della Chirurgia Ambulatoriale Ginecologica. Si occupa di Isteroscopia, Colposcopia e Vulvoscopia. Consulente ISPO di Firenze per la Colposcopia.

RICCARDO ROSSI, ALFIO FRIZZI¹, GALLIANO TINACCI², ANGELA ERMINI³

Lichen scleroso vulvare

Approccio terapeutico con plasma ricco di piastrine autologo

Il Lichen Scleroso è una dermatosi cutaneo-mucosa caratterizzata da modificazioni croniche del trofismo della maturazione epiteliale unitamente ad alterazioni del connettivo. Nell'area anogenitale sono interessate da tale patologia, principalmente, il clitoride e le piccole labbra; a seguire le grandi labbra e l'area perineale.

Il Lichen Scleroso può manifestarsi a qualunque età anche se predilige il periodo peri e post-menopausale.

Il sintomo prevalentemente segnalato è il prurito, datante anche molto tempo; seguono il bruciore, il dolore spontaneo, la dispareunia, la disuria e la secchezza cutaneo-mucosa.

La vulva ha un colorito bianco madreperlaceo con superficie atrofica; le piccole labbra possono presentare vari gradi di atrofia fino alla totale fusione con incappucciamento del clitoride. Il vestibolo è rigido e sclerotico; l'introito vaginale appare ridotto; non di rado il quadro si estende al perineo ed al perineo evocando una figura ad "8".

Il Lichen Scleroso è considerato un'entità nosologica a genesi multifattoriale. Il coinvolgimento del sistema immunitario cutaneo sembra essere presente nelle diverse fasi evolutive della malattia: in soggetti geneticamente predisposti l'azione di antigene provocherebbe una peculiare risposta immunitaria cutanea con attivazione di linfociti T e macrofagi in grado di produrre citochine ad attività collagene-sintetica.

Istologicamente il Lichen Scleroso è caratterizzato dalla presenza nel derma di un infiltrato infiammatorio, disposto a banda, costituito da linfociti, cellule dendritiche e macrofagi, in cui si assiste ad un'atrofia dell'epidermide, che diventa piatta, ed al progressivo ispessimento del derma dovuto alla sclerosi, cioè all'aumentata deposizione di fibre collagene.

Per la collocazione del Lichen Scleroso nell'ambito delle dermatosi immunomediate, si usa correntemente, nel piano terapeutico, l'applicazione di corticosteroidi di elevata e media potenza (capaci di azione immunosoppressiva) con dosi di attacco e poi di mantenimento uniti ad abbondante uso di creme emollienti; tali presidi farmacologici devono avere una continua e, spesso, perenne somministrazione.

Studi retrospettivi hanno dimostrato, mediante una revisione istologica del tessuto non

neoplastico adiacente al tumore, un'associazione tra Lichen Scleroso e carcinoma a cellule squamose del 45-60%. Questi dati non hanno dimostrato un nesso causale fra le due patologie; solo studi prospettici potrebbero chiarire il grado di rischio associato al Lichen Scleroso. Un tale studio della nostra Scuola di Firenze ha dimostrato come non solo l'incidenza di Carcinoma vulvare invasivo in una coorte di donne affette da Lichen Scleroso sia statisticamente più elevata che nelle donne libere da malattie (RR 246.6), ma anche che la corticosteroidoterapia topica, per quanto necessaria ed efficace nel controllo della malattia, non sembra ridurre il rischio di evoluzione verso il carcinoma.

Lo scopo di questo approccio terapeutico rigenerativo nel Lichen Scleroso è quello di ridurre o eliminare la sintomatologia e migliorare le caratteristiche di atrofia e sclerosi della malattia vulvare.

La metodica si basa sulla somministrazione in via infiltrativa dermica di plasma ricco di piastrine autologo in pazienti affette da Lichen Scleroso vulvare.

Il plasma ricco di piastrine è costituito da piastrine ad alta concentrazione, ricche di fattori di crescita (PDGF, EGF, IGF e TGF- β) che vengono progressivamente liberati nei tessuti dai loro α -granuli in seguito alla loro fisiologica attivazione; è stato ampiamente dimostrato, sia in vivo che in vitro, che tali fattori stimolano la rigenerazione tissutale e modulano la risposta infiammatoria locale.

Il trattamento è stato condotto, dopo approvazione del Comitato di Bioetica della Asl 10 di Firenze, presso la Chirurgia Ambulatoriale dell'Ospedale Santa Maria Annunziata (Servizio di Colposcopia e Patologia Vulvare) in regime totalmente ambulatoriale.

La diagnosi è stata effettuata dopo vulvoscopia e punch biopsy, con invio del materiale biologico al Servizio di Anatomia Patologica del nostro Presidio Ospedaliero.

La paziente, una volta letto e firmato il consenso informato, è stata sottoposta presso la Struttura Trasfusionale a donazione autologa di sangue intero da cui è stata preparata la dose terapeutica di plasma ricco di piastrine.

La paziente è stata invitata a compilare un sintetico questionario sulla qualità di vita lega-

¹ S.O.C. Ostetricia e Ginecologia

² U.O. Anatomia Patologica - Ospedale S.M. Annunziata Asl 10 di Firenze

³ Struttura Trasfusionale

ta alle attuali e pregresse problematiche vulvari che ha ripetuto al termine del ciclo terapeutico.

La nostra sperimentazione, iniziata nel febbraio 2011, include 28 pazienti con un'età compresa fra 35 e 80 anni; solo 6 avevano effettuato corticosteroidoterapia in precedenza.

Sono state effettuate foto delle lesioni prima e dopo il trattamento, con ripetizione del prelievo biotipico vulvare al termine dello studio.

Dopo l'infiltrazione vulvare tutte le pazienti hanno potuto lasciare l'ambulatorio e tornare in breve tempo alle loro attività.

Nel corso del trattamento con plasma ricco di piastrine, e maggiormente a fine ciclo, si è osservato una scomparsa quasi totale della sintomatologia pruriginosa e della sensazione di secchezza cutaneo-mucosa; è anche nettamente diminuito il dolore spontaneo con parallelo miglioramento/ripresa dell'attività sessuale. La compliance delle pazienti è da considerarsi buona/ottima con netto miglioramento della quali-

tà di vita sessuale e di relazione.

Ispezzivamente la cute vulvare appare più elastica e soffice, riacquisendo un colorito roseo simile alla normalità; il vestibolo risulta meno rigido e sclerotico con l'introito vaginale più compiacente. (Figure 1 e 2)

Da un punto di vista istopatologico si osservano significative variazioni nei quadri biotipici post trattamento: a livello epidermico sono variamente attenuati l'iperortocheratosi e i distacchi dermo-epidermici, mentre nel derma si ha una progressiva diminuzione della flogosi, dell'edema e delle teleangectasie (Figure 3 e 4).

In base alla nostra sperimentazione, ancora in corso con sempre nuovi arruolamenti, si può affermare che i fattori di crescita di origine piastrinica appaiono un nuovo ed intrigante presidio terapeutico nel trattamento del Lichen Scleroso Vulvare; ci conforta in questo l'ottima compliance delle pazienti, sia nel percorso terapeutico che nel follow up, unita al basso costo



Figura 1 - Quadro clinico di Lichen Scleroso Vulvare pre-trattamento con plasma ricco di piastrine.



Figura 2 - Stesso caso clinico post trattamento.

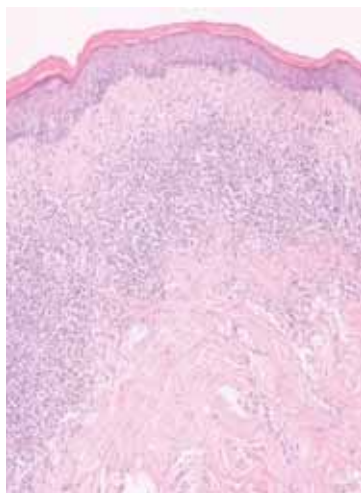


Figura 3 - Quadro istopatologico di Lichen Scleroso Vulvare pre-trattamento con plasma ricco di piastrine.



Figura 4 - Quadro istopatologico post-trattamento.

e alla sicurezza della terapia (donazione autologa). L'effettuazione della metodica in completo regime ambulatoriale è un ulteriore vantaggio da non sottovalutare.

È nostra intenzione proporre una nuova sperimentazione con il plasma ricco di piastrine includendo altre dermatosi vulvari resistenti o meno alla terapia standard. Restano alcuni problemi aperti: è corretta la tempistica di somministrazione adottata? Sarà necessario un

booster, e quando? Solo in caso di ricomparsa della sintomatologia? È adeguato il suddetto follow-up?

Una risposta a queste domande si potrà avere solo dall'implementazione del nostro studio e dall'eventuale coinvolgimento di altri Centri di Patologia Vulvare. **TM**

Info: dott.riccardorossi@libero.it; angela.ermيني@asf.toscana.it

FRAMMENTI DI STORIA

ALDO FUSI

Una nascita sull'appennino tosco-romagnolo

Dalla valigetta del dottore nasce quest'altra storia.

Sono stato per tre anni medico condotto nel Comune di Palazzuolo sul Senio, paese piccolino 1100 abitanti, quasi tutti nel paese, con poche case sparse sull'Appennino che i locali chiamano Alpe.

Gente sincera di poche parole, ossequiosa e rispettosa. Grandi distese di castagneti che sono la risorsa del luogo. Gente abituata alle abbondanti nevicate dell'inverno e al calore e ai colori della primavera dell'estate e dell'autunno. Il sacerdote allora era Don Angelo Livi che poi negli anni verrà nominato Monsignore dal Vescovo e chiamato a dirigere la Parrocchia di San Lorenzo in centro.

L'ambulatorio è in comune al piano terreno. Un pomeriggio alle 16 sto tornando da una visita e incontro la signora Lidia Menghetti, che è l'ostetrica del paese e che mi dice: «venga con me, sto andando da una donna che abita fuori dal paese a 400 metri, perché il marito mi ha fatto sapere che ha forte mal di testa e dolore alla pancia e la donna è quasi al termine della gravidanza».

Arriviamo presto e ci sono due case separate dal fossato dove scorre l'acqua. Un ponte vero e proprio non c'è. Sono state messe tre assi di

legno. Attraversiamo e siamo nella stanza della donna. Misuro la pressione che è 175/90. L'ostetrica la visita e dice: «Bisogna andare all'ospedale perché questa è una crisi ipertensiva del terzo trimestre della gravidanza e può essere pericolosa per la mamma e soprattutto per il feto».

Il marito viene inviato in bicicletta alle scuole elementari perché il bidello che si chiama Chillino è anche l'autista dell'ambulanza. Mentre la nonna in casa ci prepara un caffè d'orzo, arriva l'ambulanza. I due uomini di casa e due della casa accanto mettono la donna su un materasso e tenendolo ai quattro angoli attraversano il fossato e la mettono sul lettino dell'ambulanza. Anch'io e la signora Lidia saliamo e andiamo all'ospedale di Marradi.

Lì c'è il dr. De Pasquale, che io conosco già perché due mesi fa ha operato di appendicectomia mia moglie una domenica sera.

Lui fa il chirurgo, l'ostetrico, l'ortopedico, il dentista e forse anche altro.

Non c'è l'anestesista ma l'infermiera Emilia somministra il protossido d'azoto.

Il dr. De Pasquale mi chiede di aiutarlo nell'intervento e dopo pochi minuti con il taglio cesareo nasce un bel maschietto che la Signora Lidia lava, veste, e mostra a tutti.

Fu un momento bellissimo di gioia. **TM**



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



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

MARIA RENZA GUELF, MARCO MASONI

L'emergenza di una disciplina: la Consumer Health Informatics

Questo contributo, che dà il titolo alla Rubrica, descrive le macroaree oggetto di studio della Consumer Health Informatics e definisce il consumer.

Nel precedente contributo di Toscana Medica abbiamo illustrato come sino agli anni ottanta l'uso dell'informatica in campo sanitario era rivolto alla gestione di informazioni e della conoscenza a supporto della clinica e coinvolgeva prevalentemente il ruolo del medico (*Medical Informatics*). La disciplina era infatti diretta alla progettazione di sistemi informatici focalizzati sulle esigenze e sui bisogni di coloro che gestiscono i processi di diagnosi e cura più che dei pazienti.

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

La *Biomedical Informatics* (BMI) è il settore interdisciplinare che studia e analizza l'uso efficace

di dati biomedici, informazioni e conoscenza per indagini scientifiche, problem solving e decision making, guidati dall'impegno di migliorare la salute umana.

Tra le sue aree di applicazione e sperimentazione c'è la *Consumer Health Informatics* (CHI). Tale area si dedica all'informatica dal punto di vista del "consumatore" e del paziente. Il focus è sulle strutture informative e sui processi che conferiscono autorità e responsabilità ai consumatori rendendoli capaci di gestire in modo appropriato la propria salute. Al centro dell'attenzione si trovano le necessità informative dei consumatori, la progettazione e realizzazione di metodi per rendere l'informazione accessibile ai cittadini e la modellazione e integrazione delle loro preferenze all'interno di sistemi di gestione dell'informazione sanitaria.

Lo sviluppo dell'*Information Technology*, del consumismo e una maggiore simmetria del rapporto medico-paziente sono forze che hanno agito in sinergia per promuovere un sistema sanitario in cui i cittadini possono utilizzare le nuove tecnologie telematiche per ottenere un accesso appropriato all'informazione e gestire la propria salute in modo tale da utilizzare le risorse sanitarie

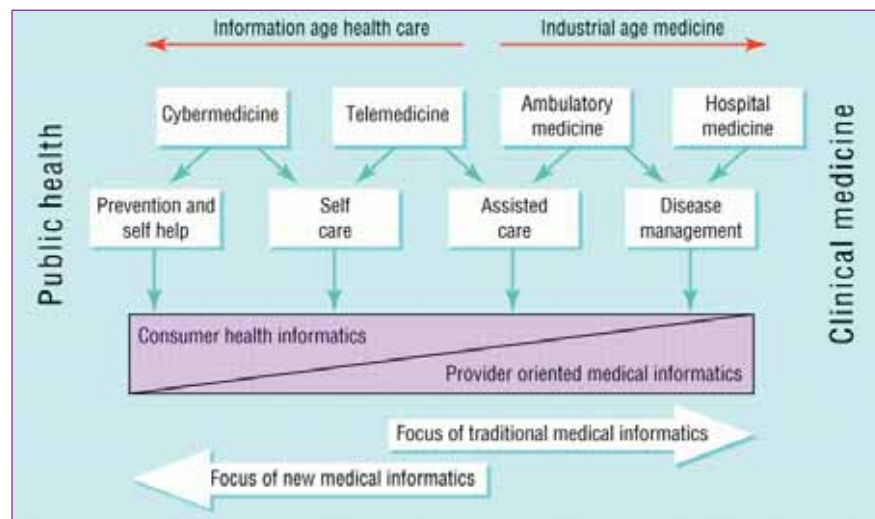


Figura 1 - *Consumer Health Informatics* (da Eysenbach G *Consumer Health Informatics* BMJ 2000; 320:1713).

in modo più efficiente. La Figura 1 mostra chiaramente la collocazione della CHI che, a partire da una assistenza sanitaria maggiormente centrata sul paziente, sposta il focus dal professionista sanitario, o da coloro che gestiscono da un punto di vista generale l'assistenza sanitaria, al consumer.

Osservando la figura è interessante notare come nell'odierna società dell'informazione, la CHI sia molto più vicina alla disciplina della Sanità Pubblica rispetto alla medicina ospedaliera e ambulatoriale.

Il concetto di *consumer* si afferma in concomitanza a una maggiore simmetria nella relazione medico-paziente, in cui quest'ultimo assume a sé maggiore responsabilità nella gestione del proprio benessere e delle patologie. Il *consumer* non è solo colui che agisce secondo propri fini come fruitore di servizi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura, ma anche colui che si adopera per un membro della famiglia, un amico o un comune cittadino. Il concetto di paziente è più ristretto e si intende colui che ha instaurato una relazione di partnership con uno specifico professionista sanitario.

Il concetto di CHI presuppone, da una parte la consapevolezza di chi fornisce l'assistenza sanitaria di poter utilizzare le tecnologie telematiche per migliorare la qualità dei servizi assistenziali e di ridurre i costi e dall'altra quella di avere di fronte un cittadino avente una maggiore capacità di autodeterminazione e in grado di gestire autonomamente problemi di salute (*citizen empowerment*). È difficile definire in lingua italiana il concetto multilivello di "empowerment", che rinvia ad un incremento delle capacità e delle potenzialità della persona che acquisisce maggiore consapevolezza e autodeterminazione. Riteniamo tale concetto strettamente legato a quello di educazione sanitaria, poiché senza una minima alfabetizzazione e cognizione non è possibile assumere alcuna corretta decisione.

Una scarsa alfabetizzazione sanitaria è infatti spesso responsabile di:

- un'incorretta utilizzazione dei servizi sanitari per la prevenzione;
- un tasso più alto di prestazioni non necessarie e di ospedalizzazioni;
- una minore capacità di riferire/riconoscere il proprio stato di salute e di seguire le prescrizioni e le indicazioni del medico.

Un importante oggetto di studio della Consumer Health Informatics è pertanto la tematica dell'alfabetizzazione in ambito sanitario (*e-health literacy*). Per *literacy* si intende la capacità di leggere e scrivere, di cercare, capire e usare le informazioni, mentre il termine *health literacy* presuppone la comprensione di informazioni sanitarie per prendere decisioni in merito alla salute. Il concetto di *e-health literacy* viene definito come "la capacità di ricercare, interpretare e valutare le informazioni circa il proprio stato di salute mediante risorse elettroniche e di applicare le conoscenze ottenute".

Una importante area di studio della CHI è il *Personal Health Record* (PHR). Se riteniamo il cittadino capace di gestire autonomamente proble-

mi di salute, allora è essenziale la presenza di una cartella sanitaria in cui i dati e le informazioni siano mantenute personalmente dal paziente (PHR), a differenza di ciò che accade per le cartelle cliniche ospedaliere che sono mantenute interamente da chi fornisce l'assistenza sanitaria.

Studiare come favorire l'accesso da parte del cittadino a informazioni sanitarie online aventi elevato livello qualitativo è un'altra importante macroarea della CHI. L'attenzione al funzionamento dei motori di ricerca che spesso vengono utilizzati dagli utenti in presenza di una carenza informativa e la valutazione della variabile qualità dell'informazione recuperata in rete sono argomenti cruciali per informare e decidere in modo appropriato. Il controllo della qualità riguarda quattro aspetti fondamentali: la formazione del paziente, il favorire l'autoregolamentazione dei fornitori di informazioni sanitarie, stimolare la crescita di associazioni terze che valutano l'informazione e infine l'applicazione di sanzioni nel caso di disseminazione di informazioni fraudolente.

Altro argomento di studio della CHI è lo sviluppo di sistemi esperti di ausilio ai pazienti nei processi decisionali. I sistemi esperti precedentemente dedicati ai professionisti sono stati modificati per essere adattati all'uso da parte dei pazienti, incorporando esigenze e valori personali, e si sono rivelati molto utili per sostenere quest'ultimo, accompagnando o meno dal medico, a prendere delle decisioni sulle cure a partire dalle sue preferenze.

Le ultime macroaree della CHI riguardano i sistemi di home care e di tele-monitoraggio, il cui scopo è favorire il rapido recupero dello stato di salute e ridurre la percentuale di riospedalizzazioni anche mediante sistemi di controllo remoto.

La tabella seguente riassume le principali macroaree di studio della CHI.

Tabella 1- Macroaree di studio della CHI

Area di studio della Consumer Health Informatics
e-health literacy
Personal Health Record
Accesso a risorse sanitarie online di qualità
Sistemi esperti
Sistemi di Home care e di telemonitoraggio

Da queste macroaree emerge chiaramente come la CHI rappresenti una disciplina di confine, con numerose intersezioni e sovrapposizioni con la Sanità Pubblica, l'Informatica, la Scienza della Comunicazione, le Scienze Psicologiche e Sociali e l'Educazione Sanitaria.

Siamo consapevoli che qualsiasi suddivisione di una disciplina in macroaree possa generare insoddisfazione nell'esperto o far pensare a una mancanza di eshaustività per non avere incluso determinati argomenti. D'altronde ogni tassonomizzazione, comunque necessaria per esprimere in modo compiuto e ordinato determinati concetti, è il risultato di una scelta e rappresenta una semplificazione di una realtà assai più complessa. **TM**

Info: r.guelfi@med.unifi.it

GAVINO MACIOCCO

Anacleto Dal Lago, un medico che vedeva lontano

A 91 anni è scomparso uno dei fondatori del Cuamm (Medici con l'Africa)



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".



Anacleto Dal Lago e don Mazzucato con Julius Nijerere, Presidente della Tanzania.

Quando si dice "leader visionario" si pensa subito a qualcuno con grandi capacità di trascinamento e di comunicazione. Anacleto Dal Lago, che ci ha lasciati lo scorso 13 aprile all'età di 91 anni, non era un trasciatore, tanto meno un grande comunicatore. Era una persona timida, schiva e silenziosa, ma pochi come lui hanno esercitato una così potente leadership

visionaria nel campo della cooperazione sanitaria internazionale.

Anacleto Dal Lago è stato il primo medico del Cuamm a partire per l'Africa – ospedale missionario di Nkubu, in Kenya – con la moglie Bruna, nel 1955. Negli anni 50 e 60 i medici partivano per le "missioni" con l'idea di svolgere un servizio utile per popolazioni partico-

larmente bisognose, ma in genere non si ponevano il problema del ruolo "politico" della loro presenza. Su stimolo di Anacleto Dal Lago, i medici del Cuamm di Kenya e Uganda, riuniti nel convegno di Nyeri (Kenya, 1968), si posero questo problema, proponendo importanti modifiche all'assetto delle strutture in cui prestavano servizio. Sostennero l'ingresso di esponenti delle comunità locali nelle amministrazioni degli ospedali missionari e spinsero per l'integrazione di questi con le strutture pubbliche e con i piani sanitari dei governi africani, nell'ottica di poter garantire l'accesso ai servizi sanitari anche alle fasce più povere della popolazione.

La stessa "visione" si ripropose quando Dal Lago nel 1970 tornò in Italia e andò ad affiancare don Luigi Mazzucato alla direzione del Cuamm. Il Cuamm doveva svolgere un ruolo "politico", promuovendo un modo nuovo di cooperare, integrando l'attività ospedaliera con l'assistenza di base e la prevenzione. Era il concetto "visionario" di *primary health care* che si affermerà alcuni anni dopo, nel 1978, con la Dichiarazione di Alma Ata.

La foto a corredo di questo articolo raffigura Dal Lago e don Mazzucato con Julius Nyerere, presidente della Tanzania dal 1964 (anno dell'indipendenza del paese) al 1985. In Tanzania il Cuamm ha realizzato la sua più vasta e riuscita esperienza di integrazione con le strutture pubbliche e con il piano sanitario di un paese africano, ottenendo il riconoscimento di un presidente, certamente "visionario" come Nyerere.

"Visionaria" era anche l'idea di una organizzazione, come il Cuamm, fortemente incarnata nella Diocesi di Padova, ma al tempo stesso libera, aperta, pluralista e mai dogmatica, attenta ai bisogni delle popolazioni – quelle più vulnerabili – e non alle convenienze di una parte.

Anacleto Dal Lago era persona schiva e silenziosa, ma sempre presente e decisiva in tutti i momenti importanti e nelle innumerevoli situazioni critiche che hanno costellato la lunga vita del Cuamm. E generazioni di medici hanno sperimentato quanto preziosi fossero i suoi giudizi, i suoi ragionamenti rigorosi e suoi consigli. La struttura direzionale del Cuamm aveva in lui un punto di riferimento solido e competente. "Il "tecnico" insuperabile – ricordano a Padova nel giorno della scomparsa – che ha fatto crescere e reso grande e stimato Medici con l'Africa Cuamm in Italia, in Africa e ovunque presente nel mondo". La sua lungimiranza è stata messa più volte alla prova e i fatti, addirittura la storia, gli hanno dato ragione.

Dal Lago fece parte della Direzione del Cuamm fino al 2000, anno che coincideva con

l'anniversario dei 50 anni di vita dell'organizzazione, che fu celebrato con un convegno tenuto il 26 novembre dello stesso anno. Per l'occasione fu elaborato un documento dal titolo "Africa nel 21° secolo. Salute per tutti?". Un documento che richiese quasi un anno di lavoro collettivo, che Anacleto rivisitava e correggeva di continuo, fino a giungere alla versione conclusiva che è a tutti gli effetti il suo testamento politico.

"Dobbiamo dire grazie e dare riconoscimento a questa splendida figura di servitore umile e straordinario della "nostra" missione a difesa dei più poveri e per la giusta causa del diritto alla salute per tutti", così si conclude la nota del Cuamm.

Ciao Anacleto, e grazie anche per averci insegnato che non si può essere bravi volontari se non si è bravi medici e che non ci può essere carità se non c'è giustizia.

"Nei 50 anni della storia del Cuamm sono partiti più di mille medici, per curare malati e organizzare servizi sanitari. Nel futuro altri partiranno per svolgere queste funzioni, ma ciò non è sufficiente se cure e servizi non sono accessibili a tutti, se i poveri vengono discriminati, se molti per curarsi vanno in rovina. *Accessibilità dei servizi ed equo finanziamento del sistema sanitario sono il nuovo terreno in cui il Cuamm intende impegnarsi, con due linee di azione principali:*

- garantire un supporto a lungo termine a ospedali e servizi territoriali contribuendo a coprire i costi ricorrenti e favorendo la crescita delle risorse umane locali;
- stimolare e sostenere forme eque dei sistemi sanitari costruite sulla solidarietà e la condivisione del rischio.

Siamo consapevoli che il Cuamm non può percorrere da solo questa strada. Sono obiettivi di lunga portata e difficili da raggiungere, che richiedono la disponibilità di ingenti risorse finanziarie e il concorso di molteplici attori: i governi e le comunità locali, il governo italiano, le agenzie internazionali, le chiese, altre ONG impegnate nella cooperazione sanitaria internazionale. Il Cuamm mette a disposizione le proprie risorse e la propria esperienza, ma sente anche il bisogno di *confrontarsi sui criteri da adottare*, in vista di un cammino così impegnativo".

Da "Africa nel 21° secolo. Salute per tutti?"

TM

Info: gavino.maciocco@alice.it

LETTI PER VOI

Ciò che si deve, ciò che si può

ALFREDO ZUPPIROLI

Bulgarini Editore

“Mi sono deciso a iscrivermi a Medicina mettendo in secondo piano l’amore per la filosofia, quando ha prevalso il desiderio di mettere in pratica il sapere accademico”. Questo è l’incipit delle “Trame della cura”, il breve testo che Alfredo Zuppiroli, notissimo collega e esperto in bioetica, ha pubblicato per l’editore Bulgarini e che tiene fede a questa dichiarazione di intenti: mantenere il gusto per la riflessione ma cimentarlo con la pratica quotidiana della professione. Infatti il libro è un tentativo, assai riuscito, di coniugare le narrazioni dei pazienti, colte dal vivo nel loro vissuto individuale e familiare, con l’esperienza di un vecchio medico che le sa comprendere nel loro valore umano e sociale. È l’unico modo, questo ripercorrere e riflettere sulla realtà della sofferenza, dei bisogni, delle aspirazioni dei pazienti, per ripensare i concetti di salute e di malattia, per affinare la consapevolezza di quante immani trasformazioni, della scienza, della tecnica e della società, ai medici è dato di vivere. E opportunamente il libro è diviso in due parti, la prima dedicata ai problemi della cura e del prendersi cura della persona, quindi alla grande questione del recupero della relazione umana, la seconda alla cura nella società e per la società. Infatti il medico opera nella società e quindi non può né deve trascurare nel suo agire la grande questione della sostenibilità del servizio sanitario, insomma non assumere l’equità a misura concreta delle proprie scelte che debbono essere “sagge” come suggeriscono ormai molte società scientifiche. Ma il medico opera anche per la società e non può sottrarsi alla cura della collettività e allora porre attenzione all’ambiente, ai rischi primari, alle disuguaglianze e alle discriminazioni tuttora presenti anche nel nostro paese. Ciascun collega può ritrovare la sua esperienza nelle storie dei pazienti, che Alfredo riporta con grande vivezza. E forse ognuno rivive un lacerante dilemma che si aggiunge al disagio che i medici vivono per le grandi e inaspettate trasformazioni della scienza e dell’organizzazione della sanità. Come risolvere la tensione tra ciò che il medico “deve” fare per deontologia professionale e ciò che in concreto “può” fare, travolto dalla burocrazia, dalle costrizioni economiche, dalle richieste miracolistiche, dall’invasione di magistrati e politici? E ciò che oggi si chiede al medico è compatibile con il millenario valore del prendersi cura, mentre la società sembra oscillare tra giovanilismo e superomismo? I modelli di comunicazione informatica cambiano ormai anche l’epistemologia della medicina. Come ritrovare la gerarchia dei valori? La risposta di Zuppiroli è fermissima: il medico compia comunque il suo dovere. Se all’orizzonte appare una nuova medicina, il rapporto con l’uomo non cambia e alla scelta di aiutare la persona nella sofferenza il medico deve restare fedele.

*Antonio Panti***La tela del ragno**

ELISABETTA MAGNELLI FOSSOMBRONI

Edizioni Effigi

Nella seconda metà del Settecento, una dei periodi più alti della civiltà occidentale, quando gli uomini sembrano davvero avviarsi verso la libertà dalle costrizioni delle autorità religiose o civili, “osare di conoscere” come incitava Kant, e si manifesta ovunque l’anelito alla autonomia rispetto a ogni vincolo, nella piccola e provinciale Arezzo un giovane di nobile e ricca famiglia fugge dalla casa paterna, dove gli sono garantiti i diritti della primogenitura, per seguire la passione e il desiderio di vivere la sua vita non quella che gli era destinata ma che non apprezza né vuole. Ma il generoso tentativo riesce solo in parte perché la società gli stringe intorno una rete che lo impiglia in tutte le contraddizioni dell’epoca, tra riti massonici, vita di corte, rigidità di costumi, frequentazioni rischiose, in un’epoca ancora chiusa e codina. Elisabetta Magnelli Fossombroni ha ritrovato alcune carte di famiglia, scarse vestigia di una vita avventurosa e esemplare, che ha saputo ricostruire e, in parte, romanzare col piglio di storia e di narratrice. “La tela del ragno”, pubblicato dalle edizioni Effigi, suo primo romanzo, unisce la descrizione storica attenta, la cronaca di costume e la fantasia dell’invenzione, con una scrittura scorrevole e leggibilissima. Così ha trovato finalmente fama e memoria un uomo ingiustamente dimenticato dopo una vita travagliata e breve, un oblio censorio in nome della ragion di stato che questo romanzo infine svela.

Antonio Panti

Se il medico deve mantenere il figlio altrui...

Per il pasticcio di un medico di famiglia, una donna sposata che non voleva avere bambini per le precarie condizioni economiche, prese un cerotto per la menopausa al posto di quello anti-concezionale e la gestazione proseguì fino alla nascita del bambino. Ora, per il Tribunale di Milano, il medico dovrà contribuire a mantenere il nuovo nato per 20 anni: la sentenza 16021 del 10 marzo 2014 condanna il professionista a versare in tutto 117 mila euro per concorrere all'istruzione del giovane; non oltre, poiché, data la condizione disagiata della famiglia si suppone che il ragazzo non frequenterà atenei. Sul tema è intervenuto Antonio Panti, Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, medico di famiglia ed esperto di temi etici con la nota che segue. "La sentenza milanese suscita qualche stupore. Non vi è dubbio che il medico abbia compiuto un errore professionale dal

quale è seguita una conseguenza non voluta che può essere valutata come "danno" nella misura in cui una gravidanza indesiderata comporta ambascie, spese, cambiamenti nei programmi di vita della coppia. Qualcuno potrebbe chiedersi perché la signora, di fronte a una gravidanza non voluta, non abbia abortito. Una domanda improponibile perché vuol indagare sulla coscienza individuale. Allora la gravidanza come causa di danno: risarcibile? E perché? "È funesto a chi nasce il dì natale", è stato detto, ma non credo che Leopardi possa fare giurisprudenza. Altresì, anche se non voluti, i figli "so piezz'e core". Può essere risarcita la nascita? Altra domanda difficile. Comunque il nesso causale tra l'agire del medico e la gravidanza indesiderata forse c'è davvero e quindi le spese ad essa connesse e il disagio morale sarebbero degni di risarcimento. Ma il medico è

stato condannato a mantenere materialmente questo figlio che, tuttavia, ha un padre biologico ed è frutto del rapporto di coppia, anche se in questo caso volto soltanto al mero ristoro della concupiscenza. Insomma una sorta di "sangiuseppizzazione" del medico, che diventa padre putativo ed espia la sua colpa pagando in euro il sostentamento del bebè. Sul piano deontologico non vedo infrazioni, sul piano civilistico il ragionamento del magistrato qualche perplessità la lascia. Tra l'altro perché limitare l'istruzione del pupo ai venti anni (un giudizio classista!) perché le condizioni familiari non consentiranno mai la frequenza universitaria? E se il bimbo si rivelasse un genio e dovessimo un giorno ringraziare il medico per il suo benefico errore? Ultima citazione: "diligite justitiam qui judicatis terram"! Il padre Dante ha sempre ragione".

PRONTO DOTTORE? ...

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

Uomo: Pronto? Mi sa che c'ho un dolore intercostiero. Ma se poi fosse il cuore?

Donna: Pronto? Tesorino caro, vorrei disdettare un appuntamento di endo-incrinologia. Perché ho trovato una dottoressa più vispa che sta ad Arezzo!

Donna: Pronto? Mia figlia si è messa con un operaio. Vorrei venire da voi in cura perché mi sta venendo una specie di erezione cutanea.

Uomo: Pronto? Dottore, troviamo una soluzione perché io sono stufo di giocare le partite di calcetto col pannolone. Poi alla fine i miei com-

pagni se ne accorgono e io che figurina ci faccio?

Donna: Pronto? Dottore? Il mio bimbo ha il naso tutto intasato. Senta, sono tre giorni che gli do l'aspirina fosforescente, ma...n on gli può mica segnare l'argonauta?

Uomo: Pronto? Devo andare al pronto soccorso perché il mio dottore ha detto che ho un occhio lesbico.

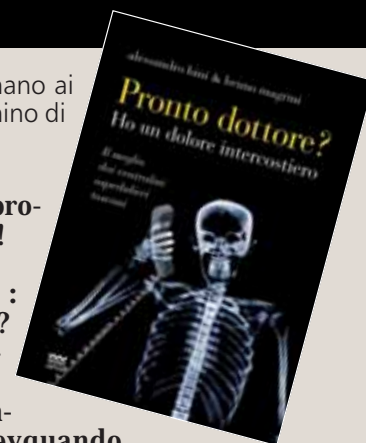
Donna: Quando muoio mi faccio cromare!

Donna: Pronto? Il mio medico mi ha detto che ho delle sistole... ma grandi, eh... extra! L'ha anche

scritto, proprio extra!

Donna: Pronto? Sono stata messa in stato interessante quando ero in spiaggia...

Uomo: Pronto, sono sempre quello dei criceti. Io vivavo avvertiti, peggio per voi! Questi sono sempre di più, evio ora li libero! Poi se tra un paio di mesi Firenze sarà sommersa dai criceti, sarà solo colpa vostra, sia chiaro!



Le donne medico e la medicina di genere

Chiostrò del Maglio, Caserma "F. Redi" - Firenze, Venerdì 6 giugno 2014

Il convegno nazionale, promosso dalla FNOMCeO e dall'Ordine di Firenze, si è tenuto lo scorso 6 giugno presso la ex Scuola di Sanità Militare di Firenze, forte dell'interesse suscitato dalla precedente sessione del 2011. La sua finalità è stata di diffondere la consapevolezza su incidenza e decorso di molte patologie, con sintomi, storie naturali, risposte alle terapie ed esiti diversi nella donna e nell'uomo.

Per molti anni – spiega Teresita Mazzei, Professore Ordinario di Farmacologia Oncologica all'Università di Firenze, e Componente del Comitato Scientifico del Convegno – la Medicina si è posta in maniera neutrale rispetto al genere. La ricerca medica, e la sperimentazione clinica, sono stati invece un'attività "al maschile", dal punto di vista della scelta degli argomenti, dei metodi, delle popolazioni, dell'analisi dei dati. Questa "doppia via" ha creato, nel tempo, quello che si definisce un "bias" di genere, un pregiudizio nei confronti della donna. La "medicina di genere" è il tentativo di porre rimedio a questo errore di fondo, approfondendo il concetto di diversità tra i sessi per poi applicarlo nelle varie branche della

scienza medica. L'obiettivo è quello di garantire a ciascuno, uomo o donna che sia, il miglior trattamento possibile, sulla base delle evidenze scientifiche.

Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma sono più esposte alle malattie, passano la maggior parte della vita in condizioni peggiori degli uomini e generalmente assumono più farmaci. Secondo l'ultima indagine quinquennale ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", le donne sono affette con maggior frequenza degli uomini da quasi tutte le patologie croniche: osteoarticolari, neurodegenerative, diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi, cefalea, malattie neoplastiche e varici. Diverso è il modo di reagire ai farmaci tra uomini e donne, ma finora i farmaci sono stati testati quasi esclusivamente sugli uomini, nonostante le donne presentino una maggiore incidenza di effetti avversi e di interazioni farmacologiche.

Il significato del titolo del convegno è duplice:

1. La Medicina di Genere è argomento di ricerca ed assistenza portato avanti prevalentemente

da ricercatrici donne, il più spesso laureate in Medicina e Chirurgia o in altre lauree sanitarie.

2. La letteratura nazionale e internazionale ha ampiamente e inequivocabilmente dimostrato che le donne medico sono più empatiche, hanno una naturale propensione all'ascolto e a farsi carico delle problematiche dei propri pazienti, contribuendo fattivamente a cercare di risolverle. Probabilmente questo è il motivo per il quale la Medicina di Genere è ad oggi appannaggio prevalente di ricercatrici donne.

"Noi donne abbiamo il cuore grande, ma spesso trascuriamo il nostro, di cuore – ha affermato Emilia Grazia De Biasi, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato –, che era presente al Convegno. È importante che la Politica, ma anche la Ricerca e la Farmaceutica entrino in un'ottica di genere. La grande spinta alla salute non può prescindere dalla consapevolezza che il mondo è fatto da uomini e da donne".

CONVENZIONI

AUDIBEL SRL

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

ARGENTI CENTOSTELLE GIOIELLI

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

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

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

Una vacanza intelligente

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

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

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

Adenuric[®]

(febuxostat)



Manfredo Fanfani

LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

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

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

Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista

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