



ToscanaMedica

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



La prevenzione e la medicina di iniziativa

P. Bonanni, A. Bussotti, S. Dei, L. Gabbani,
M. Ruggeri, M.G. Santini

I farmaci per sentirsi meglio in assenza di malattie

C. Manfredi

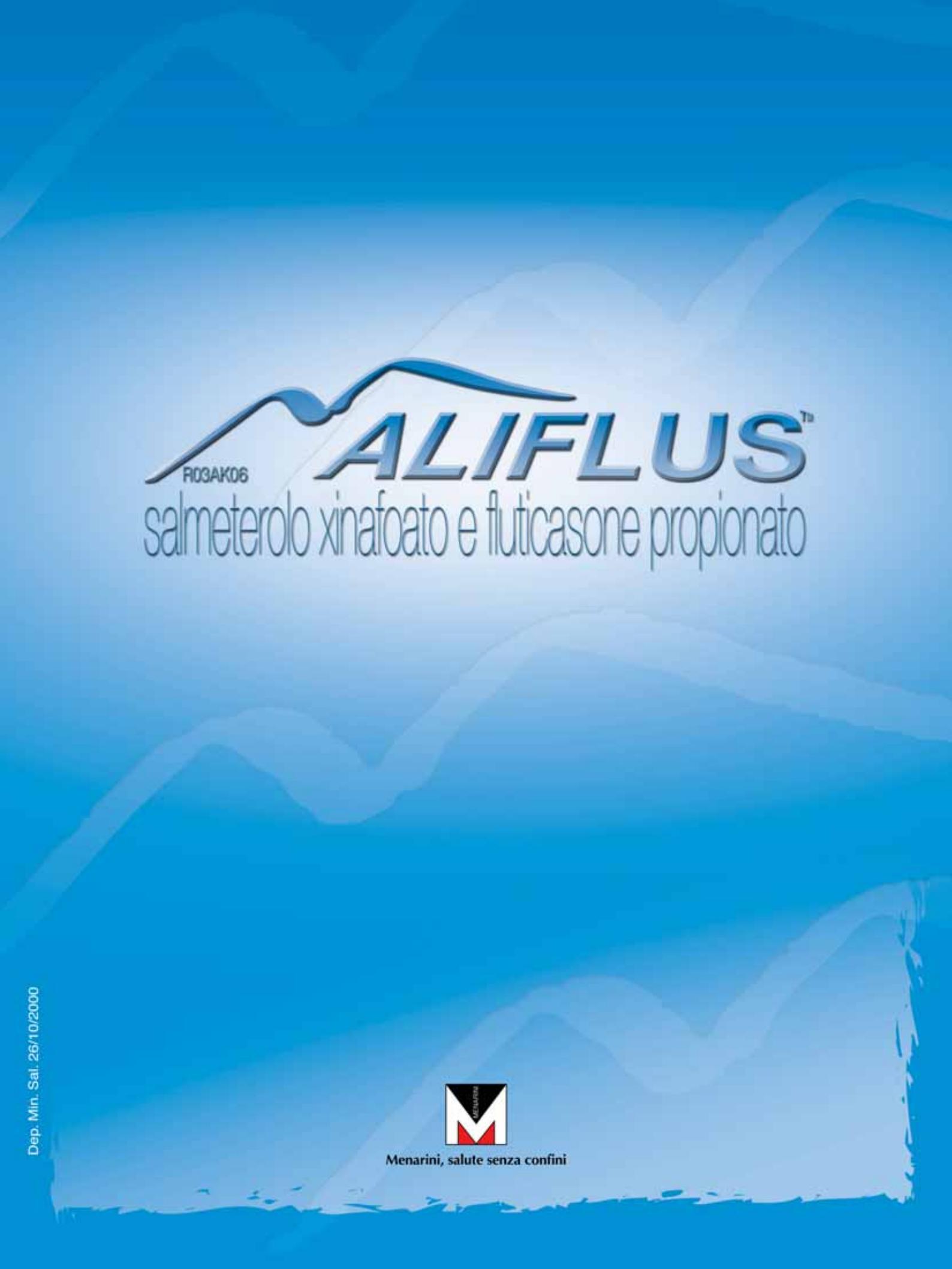
La chirurgia nel paziente anziano

S. Cardini, N. Console, A. Sarti, E. Benvenuti, De Chiara,
U. Faggi, C. Fazio, A. Franco, A. Giovane, G. Giudici,
V. Leone, D. Misuri, P. Palagi, C. Piovanelli

Lotta alla droga o lotta al drogato?

U. Nannucci

N° 7 LUGLIO/AGOSTO 2010



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Paesaggi e ritratti come metafore in Pietro Annigoni
F. Napoli **4**

EDITORIALE

- Ecco vien la finanziaria...
A. Panti **5**

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- La prevenzione e la medicina di iniziativa
P. Bonanni, A. Bussotti, S. Dei, L. Gabbani, M. Ruggeri, M.G. Santini **6**
- Un po' di iniziativa!
A. Panti **13**

QUALITÀ E PROFESSIONE

- I farmaci per sentirsi meglio in assenza di malattie
C. Manfredi **14**
- Il Sistema di allerta Rapido Alimenti e Mangimi nella Asl 10 Firenze
G. Garofalo e coll. **18**
- La Casa della Salute di Empoli: il bilancio di un anno
P. Salvadori e coll. **20**
- Anoressia nervosa
S. Bertelloni e coll. **23**
- Il bollettino biometeorologico
S. Orlandini e coll. **26**

REGIONE TOSCANA

- Sistema regionale di allerta per alimenti e mangimi (SARAM)
G. Allodi, F. Angiò, E. Balocchi, M.R. Caciolli, G. Garofalo **29**
- Dementia 2010
L. Tonelli, A. Bavazzano, M. Patanè **35**

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- L'opera d'arte, un mezzo mediatico che coniuga bellezza, cronaca ed emozioni
M. Fanfani **37**

RICERCA E CLINICA

- La chirurgia nel paziente anziano
S. Cardini e coll. **41**
- La chirurgia laparoscopica del carcinoma gastrico
F. Cianchi e coll. **43**

MEDICINA LEGALE

- Lotta alla droga o lotta al drogato?
U. Nannucci **47**

FRAMMENTI DI STORIA

- Breve storia dell'Università
D. Lippi **50**

LETTERE AL DIRETTORE

- A proposito di outlet in Sanità
N. Picchione **51**

SANITÀ NEL MONDO

- Riforma sanitaria e cure primarie in USA
G. Maciocco **54**

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

- Rimane costante l'incidenza del tumore del pancreas
A. Caldarella e coll. **56**

ENPAM E PREVIDENZA

- E la pensione si allontana
C. Testuza **57**

LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

BACHECA

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

CONVEGNI E CONGRESSI

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXVIII n. 7 - Luglio/Agosto 2010
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta

"Marina" di Attilio Bellone - Collezione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2009 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

Editore

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

Pubblicità

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

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

Gli articoli:

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

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



Paesaggi e ritratti come metafore in Pietro Annigoni

A cento anni dalla nascita, Firenze ricorda con affetto e stima il suo figlio adottivo Pietro Annigoni – milanese di origine – con una serie di iniziative.

Fra queste, *Pietro Annigoni. Frammenti di*

diario tra arte e letteratura: curata da Attilio Tori e ospitata presso “Casa Siviero” la mostra apre il vasto programma – fra l’altro, esposizioni diverse a novembre a Villa Bardini, dicembre a Siena e da gennaio 2011 a palazzo Medici Riccardi – con una attenzione dedicata al rapporto fra l’autore e la scrittura, dove le tante annotazioni diaristiche – *Gibilterra ancora una volta. E ancora una volta si riparte*.

E il cielo, m’avvedo, da sempre è fermo e teso. Per sempre testimone muto di noi viandanti – si collegano ai molti viaggi effettuati dal Maestro – tra gli altri, a New York, Dresda, Messico, India –.

Giovane artista ben conosciuto da Rodolfo Siviero, Annigoni vive stabilmente nelle stanze di quella che fu l’abitazione del Ministro italiano impegnato nel recupero delle opere d’arte trafugate durante la Seconda Guerra Mondiale, con un nudo femminile nello studio-biblioteca ed un accenno di paesaggio nella camera da letto per gli ospiti (ambidue chine Anni ‘60), ma in questi mesi (e fino al 5 settembre) affiancati da blocchi notes, fogli singoli, tavolette diverse, (provenienti dalla collezione dell’Ente Cassa di Risparmio, dalla stessa “Casa Siviero” e da alcuni privati, fra cui Rossella Annigoni) che documentano emozioni, sentimenti, modi di vivere il quotidiano proprio dell’artista Annigoni.



Pietro Annigoni

In mostra, è interessante notare come i soggetti – appunti di viaggio, frammenti di memoria resi visivi e commentati da poche righe – vivano dei diversi stati d’animo dell’autore e ne sottolineino l’andamento umorale: *L’autunno è feroce quest’anno*, avvertito

come incendio della passione; oppure *La novità smisurata delle cose ci eccita e ci avvilisce*, colta come seduzione di un ambiente di vita; e ancora *Credo di sapere che non siete altro che ricordi*, riferito con melanconia alla giovinezza; o infine, *Vi sono monti che muoiono, che si frantumano, che si sbriciolano*, che mostrano spunzoni ruvidi come di costole spezzate, partecipata presenza al respiro della natura. Nota, quest’ultima, che indica come nell’autore compaiano con ricorrenza *buche profonde* nelle quali il suo sentimento talvolta si smarrisce: *Il mio stato d’animo è spesso incline alla preoccupazione e alla tristezza*. D’altro canto, l’arte di Annigoni è dinamica, sempre pronta a riprendere il cammino momentaneamente interrotto, in quanto basata sulla curiosità intellettuale – *Importante sarebbe dir cose nuove e interessanti con vivo e comunicativo linguaggio convenzionale* – e fatta di sapienza tecnica e acume compositivo: l’atmosfera che traspare da essa rimanda direttamente alla saldezza di una lezione formale che diviene poi stile di vita e che a Firenze trova nel tendenziale uso del disegno e nell’equilibrio della composizione, un corrispettivo preciso: così dalle radici lombarde (ad esempio, la lezione accentuatamente luministica del Leonardo milanese), Annigoni approda alla cultura fiorentina (ad esempio, la rielaborazione concettuale dei soggetti).

Infatti, la figura umana ed il paesaggio, nel quale le tracce della prima affondano trasformandosi in ricordi plasmanti, sono i ricorrenti temi che affollano queste pagine esposte a “Casa Siviero”, ma provenienti da una sfera privata e personale, forse neppure destinata ad essere vista da estranei; i paesaggi, spesso, mostrandosi come ideali prosecutori della grande lezione sei-settecentesca inglese.

In conclusione, in questa arte annigoniana appaiono le *costanti di pacatezza, equilibrio, linearità, stimolo di ricerca*: per altro, parole da me già scritte in occasione di un recente omaggio espositivo a Pietro Annigoni (*Poker d’autori*, Ente Cassa di Risparmio, Sala delle Colonne, aprile/maggio 2010).

Pietro Annigoni.

Frammenti di diario tra arte e letteratura

Museo Casa Siviero (Lungarno Serristori 1, Firenze - ingresso libero). Fino al 5 settembre (sab. 10,00-14,00/15,00-19,00; dom e lun 10,00-13,00) **TM**



Ecco vien la finanziaria...

ANTONIO PANTI

Tutti gli anni, da decenni, si promettono risparmi e impegni di lotta ai due nemici dello Stato, lo spreco e l'evasione fiscale. Qualcuno scopre che il servizio sanitario appartiene alla categoria degli sprechi. E i cittadini sembrano crederci. Però questo bistrattato servizio non solo garantisce un livello di salute che altri ci invidiano, non solo rappresenta un potente fattore economico di innovazione, ma è, con l'istruzione, uno dei fondamenti della coesione sociale, del senso di appartenenza dei cittadini.

Quando questo articolo sarà pubblicato sapremo come è andata a finire la trasformazione in legge del D.L. 78. Viene in mente quello cui si erano rotti i freni in discesa e diceva: «son curioso di arrivare in fondo per sapere quel che mi son fatto». La minaccia è seria e suggerisce riflessioni importanti.

Più che i minori finanziamenti il vero problema è il blocco dei contratti e delle convenzioni, non solo e non tanto per il danno che ne deriva ai medici ma perché può spingere molti al prepensionamento quando la legge non consente di coprire il turnover né di dare incarichi a tempo determinato e i medici cominciano a scarseggiare. Inoltre il taglio ai trasferimenti agli enti locali farà pendere ancor più la spesa sul settore sanitario (in pratica più anziani poveri si ricovereranno in ospedale). Un quadro fosco per cui, se il decreto non verrà cambiato, si dovranno fatalmente chiudere servizi e non rispettare i livelli di assistenza, neppure in Toscana che è, e resta, la migliore regione in quanto a performance del servizio sanitario.

E la speculazione che ha provocato tutti questi danni? E l'evasione fiscale? Non vi sono altri mezzi per migliorare i conti senza mettere in crisi una delle poche realizzazioni di cui questo paese può andar fiero? Se Formigoni ed Errani hanno protestato insieme contro questa manovra siamo autorizzati a pensare che il disegno sia più vasto, quello di fare il cammino inverso rispetto a Obama, a favore del privato che può trarre profitti enormi da una sanità dimezzata, cui lasciare gli interventi costosi e quelli caritatevoli. Qualsiasi persona di buon senso sa che gli oneri per la sanità aumenteranno sempre, che le persone vogliono curarsi con ciò che la scienza offre e che la spesa complessiva,

se si taglia quella proveniente dal gettito fiscale, sarà "out of pocket", ma non ne diminuirà l'incidenza sul PIL.

Ma le crisi sono anche sfide. E forse qualche idea può venire per migliorare i conti senza comprimere le prestazioni e aumentare il disagio dei professionisti, forse riuscendo anche a tappare qualche falla del turnover. Insomma per tutelare i malati e non provocare smagliature nella rete assistenziale. Occorrerà recuperare l'abusato concetto di governo clinico, oltre, è ovvio, chiudere i servizi inefficienti e ricostruire su basi logiche l'assistenza territoriale; rinforzare il pilastro domiciliare della sanità modificandone l'assetto in analogia con l'ospedale mediante una forte direzione sanitaria e la costituzione di unità operative della medicina generale con un primario funzionale che contratta budget e risultati.

Ma il maggior problema della sanità sono le politiche del personale. Alcune linee traccianti potrebbero riguardare: la revisione delle tante e spesso inutili "valutazioni" costruendo un sistema di confronti premianti fondato su indicatori condivisi e su flussi di dati attendibili; l'intervento sul sistema formativo postlaurea per utilizzare subito i neolaureati preparandoli, inoltre, in modo più idoneo alle esigenze del servizio; incidere ancor più sul rapporto tra appropriatezza e sostenibilità della spesa anche creando fondi separati per l'innovazione e imponendo regole certe sull'uso dei dispositivi; utilizzare al meglio, definendone le responsabilità, le professionalità non mediche; informatizzare ciascun percorso assistenziale per rendere coerenti le raccomandazioni cliniche, le buone pratiche contro il rischio, la valutazione dei costi e dei benefici.

La legge Brunetta consente alle Regioni di legiferare sulla valutazione dei professionisti entro il dicembre di quest'anno. La Regione non può perdere l'occasione di trasformare l'ovvia tutela del personale rispetto a norme inique in una scelta politica ampia e innovativa; dare una risposta, nei limiti del possibile, alla volontà di mettere in crisi il servizio sanitario attuando una concreta concertazione con i professionisti. La sanità si fonda sul lavoro dei medici e da quello si deve partire se la si vuol mantenere al servizio dei cittadini.

TM



La prevenzione e la medicina di iniziativa

Le vaccinazioni nell'età anziana

TOSCANA MEDICA – *Quale è oggi l'importanza della patologia infettiva nell'età anziana?*

RUGGERI – L'importanza delle malattie infettive nell'anziano è veramente notevole anche se per lo più tendiamo a considerare i soggetti in età avanzata maggiormente colpiti da altri tipi di patologie come, ad esempio, tutte quelle croniche degenerative tipicamente legate all'invecchiamento.

Gli anziani invece presentano un grosso carico sia di morbosità che di mortalità legato alle malattie infettive, soprattutto quelle a carico dell'apparato respiratorio, con l'influenza e le sue temibili complicanze al primo posto. Sempre nel campo delle malattie respiratorie seguono poi come rilevanza le polmoniti (in più del 50% dei casi di natura pneumococcica), ancora oggi molto diffuse nei Paesi in via di sviluppo e la cui mortalità appare direttamente legata all'avanzare dell'età.

Il tetano, malattia forse un po' troppo rapidamente e superficialmente dimenticata, rappresenta invece ancora oggi un aspetto importante della patologia infettiva dell'anziano, di coloro cioè che per motivi essenzialmente anagrafici non sono stati sottoposti alla vaccinazione antitetanica (obbligatoria in Italia dal 1968) che, sottolineo, rappresenta ad oggi l'unico strumento disponibile di prevenzione.

Nelle classi avanzate di età ricordo poi l'importanza dell'infezione da Herpes Zoster la cui incidenza aumenta di ben cinque volte nel passaggio tra la classe dei 45 a quella degli 85 anni di vita.

Da non dimenticare inoltre l'infezione da HCV che nel nostro Paese appare particolarmente presente nei soggetti di età compresa tra i 50 e i 70 anni. In questa fascia d'età si ritrovano molte persone che hanno ormai cronicizzato una infezione contratta magari molti anni prima quando le condizioni igienico-sanitarie anche in Italia erano nettamente inferiori rispetto a quelle attuali.

Anche l'infezione da HIV è in aumento nelle

classi più anziane di popolazione, sia per l'aumento della sopravvivenza degli ammalati grazie alle terapie oggi disponibili, sia per la non osservanza di adeguate norme comportamentali anche da parte delle persone più avanti con gli anni.

PAOLO BONANNI¹, ALESSANDRO BUSSOTTI²,
SIMONA DEI³, LUCIANO GABBANI⁴,
MAURO RUGGERI⁵, MARIA GRAZIA SANTINI⁶

¹ Ordinario di Igiene dell'Università degli Studi di Firenze

² Direttore dell'Agenzia per la Continuità Assistenziale della Asl di Firenze

³ Medico di comunità ad Empoli

⁴ Direttore della SOD di Geriatria dell'Azienda "Careggi" di Firenze

⁵ Medico di medicina generale a Prato, componente della Commissione Regionale Vaccini

⁶ Direttore della UO Igiene e Sanità pubblica della Asl di Firenze

GABBANI – I soggetti anziani che arrivano al Pronto Soccorso affetti da una patologia infettiva, ad esempio una polmonite batterica, in moltissimi casi presentano le caratteristiche dei cosiddetti "anziani fragili", tipicamente soggetti ad improvvisi e spesso assai gravi peggioramenti del proprio quadro clinico e funzionale. Si tratta in

sostanza di persone spesso istituzionalizzate, con gravi problemi di deglutizione che favoriscono l'ab ingestis, sottoposte a nutrizione enterale per lunghi periodi di tempo, allettate o con severi problemi di movimento.

Vorrei inoltre ricordare due condizioni di malattia che in questi soggetti capita di osservare con sempre maggiore frequenza: le infezioni tubercolari che per lo più si manifestano in maniera clinicamente differente da quella che ci saremmo aspettata e la batteriuria sintomatica che secondo alcune casistiche relative a persone istituzionalizzate è presente addirittura nel 40% degli uomini e nel 50% delle donne.

Il problema della patologia infettiva dell'anziano è quindi veramente molto importante, soprattutto in quei casi di pazienti istituzionalizzati che necessitano di più ricoveri in ospedale e finiscono per sviluppare infezioni estremamente resistenti e di assai difficile gestione terapeutica.

SANTINI – Recentemente a queste patologie si è aggiunta anche una malattia, la enterite da *Clostridium difficile*, che era sostanzialmente indicata come malattia nosocomiale, ma che ha assunto sempre più rilevanza a causa del protrarsi delle terapie antibiotiche per infezioni delle prime vie aeree e delle vie urinarie soprattutto nei soggetti anziani

PARTECIPANO

Paolo
BonanniAlessandro
BussottiSimona
DeiLuciano
GabbaniMauro
RuggeriMaria Grazia
Santini

istituzionalizzati e non per infezioni delle prime vie aeree. Come è noto si tratta di una malattia grave a possibile letalità. Di conseguenza è quanto mai indispensabile vaccinare gli anziani per le malattie prevenibili con vaccini che hanno anche il valore aggiunto di ridurre l'utilizzo degli antibiotici, prima causa della diffusione del clostridium difficile. La Sanità Pubblica si sta impegnando insieme alle direzioni sanitarie ospedaliere a monitorare la situazione in modo da essere di ausilio anche ai medici di famiglia nella diffusione delle principali norme di prevenzione da far adottare sia a domicilio che nelle residenze per anziani.

TOSCANA MEDICA – *Si può quindi sostenere con ragionevolezza che anche la patologia infettiva acuta dell'anziano, oltre a quella cronico-degenerativa, presenta dei costi sanitari e sociali molto rilevanti?*

DEI – Certamente sì e penso che, con linguaggio medico, si potrebbe propriamente parlare di costi "acuti" e costi "cronici". I primi sono quelli legati al peggioramento complessivo della condizione clinica di molti soggetti anziani che inevitabilmente finisce per aumentare la loro fragilità spingendoli sempre

di più verso la non autosufficienza. In questo contesto rientrano tra l'altro i costi per gli accessi al Pronto Soccorso, i ricoveri ripetuti ed i prolungamenti delle degenze ospedaliere.

Quando poi la situazione peggiora si entra nel campo della cronicità con la sempre maggiore compromissione della riserva funzionale del paziente legata, ad esempio, all'allettamento prolungato, alla insufficienza respiratoria e cardiocircolatoria, alla necessità della nutrizione entrale, eccetera.

La prevenzione della patologia infettiva in queste persone appare pertanto di fondamentale importanza.

BUSSOTTI – Sempre per rimanere in tema di costi e di prevenzione delle malattie infettive, vorrei ricordare che in campo sanitario pochi interventi come le vaccinazioni hanno dimostrato un eccellente rapporto costo-beneficio: anche se gli ultimi vaccini comparsi sul mercato presentano un costo generalmente più alto rispetto a quelli di meno recente introduzione, basta considerare un qualsiasi schema terapeutico di una patologia infettiva in un soggetto anziano e con polipatologia per capire quali siano i reali vantaggi delle strategie vaccinali.

TOSCANA MEDICA – *Tra i fattori di rischio delle patologie infettive dell'anziano si può ragionevolmente comprendere anche la stessa età avanzata?*

GABBANI – L'età è senza dubbio un fattore di rischio perché l'immunosenescenza condiziona inevitabilmente la capacità della risposta immunitaria del soggetto. A questa si associano nell'aumentare il rischio di questi malati le patologie spesso presenti quali il diabete, l'insufficienza renale, le malattie respiratorie croniche, la sindrome da immobilizzazione, la malnutrizione proteico-calorica (presente secondo alcune statistiche fino nel 30-40% dei casi).

In questa situazione compromessa di fondo, anche la risposta immunitaria appare ridotta con effetto diretto nei confronti della patologia infettiva con, ad esempio, una riduzione della clearance muco ciliare ed una diminuzione dell'efficacia protettiva della barriera cutanea con il grosso problema delle piaghe da decubito.

L'immunosenescenza poi influisce anche sull'efficacia dei vaccini, limitandone le capacità di difesa, come è stato dimostrato per quello antipneumococcico che, seppure raccomandato, non ha dimostrato effetti sostanziali sulla riduzione dell'incidenza della polmonite causata da questo germe, limitandosi a ridurre le forme più gravi e quelle batteriemiche.

RUGGERI – Anche se l'immunosenescenza riduce l'efficacia dei vaccini, noi oggi non possiamo assolutamente evitare di proporli ai soggetti che paradossalmente ne hanno il bisogno maggiore, vale a dire il grande anziano e l'anziano con polipatologia. È noto infatti come l'incidenza e la letalità per polmonite aumenti notevolmente con l'età avanzata e in presenza di patologie croniche. Inoltre è stato dimostrato che uno dei fattori che maggiormente condizionano la comparsa di una polmonite è proprio

quello di esserne stati affetti nei due anni precedenti. In questo senso è fondamentale che la ricerca si sforzi di produrre vaccini con potere immunogeno sempre più elevato.

D'altra parte bisogna però riconoscere che a livello di Medicina Generale si trovano anche molte persone anziane che godono di buona o ottima salute e che si ammalano assai poco di malattie infettive.

SANTINI – In realtà oggi il concetto di anziano si è molto evoluto ed è molto diverso dal passato. Spesso l'anziano in buona salute è uno sportivo, viaggia e non si occupa solo dell'accudimento dei nipoti come succedeva in passato.

A questo proposito il viaggio e quindi l'accesso all'Ambulatorio delle Vaccinazioni Internazionali deve essere considerato un'occasione non solo per proporre alcune vaccinazioni per rischi legati al viaggio stesso, quale la febbre gialla, l'epatite A, l'antitifica, l'anticolerica, ma deve essere usata quale occasione opportuna per il richiamo della vaccinazione antitetanica o meglio difterite tetanopertosse. Bisogna infatti ricordarsi che gli anticorpi decadono nel tempo e abbisognano di richiami ogni 10 anni. In particolare la pertosse, anche se si è avuta clinicamente la malattia non è in grado di proteggere tutta la vita. In alcuni casi proprio i nonni con tosse persistente, che in realtà era pertosse, purtroppo hanno contagiato i nipotini piccoli, prima del 3° mese, prima quindi della somministrazione della prima vaccinazione. Come sappiamo la pertosse nella prima età della vita è una malattia molto grave. È per questo che quando in una famiglia si aspetta un figlio o un nipotino tutto il nucleo familiare che accudirà poi il bambino, dai nonni alla babysitter dovranno essere vaccinati con difterite, tetano, pertosse. Nell'Azienda 10 nel 2009 la metà dei casi di pertosse (22 in totale) si sono verificati in bambini di età inferiore ad un anno e quasi tutti hanno avuto necessità di ricovero ospedaliero. L'inchiesta epidemiologica ha avvalorato l'ipotesi di una esposizione nell'ambito familiare.

GABBANI – È ancora opinione molto diffusa, spesso anche tra i medici, che i vaccini siano un qualcosa esclusivamente riservato all'età pediatrica. Ovviamente non è così e il sempre maggiore tasso di invecchiamento della popolazione dovrà per forza condurre ad un ripensamento complessivo della terapia vaccinale, anche in termini di nuove formulazioni, quali ad esempio i vaccini antinfluenzali a somministrazione intradermica che sembrano dotati di una migliore risposta anticorpale rispetto a quelli tradizionali.

In senso concettuale sarebbe bene studiare strategie vaccinali da mettere in pratica prima di essere diventati vecchi con conseguente creazione di una risposta immunitaria ben più forte di quella che si potrebbe ottenere vaccinando per la prima volta persona già anziana e quindi in condizione di immunosenescenza, considerando tra l'altro che vaccinare un ultraottantacinquenne probabilmente servirebbe a poco o niente.

Secondo me sarebbe pertanto necessaria una

rivoluzione culturale che coinvolga i medici, i sistemi sanitari e le industrie farmaceutiche e che forse potrebbe trovare utili indicazioni all'interno della struttura del "Chronic Care" model.

DEI – Effettivamente il concetto di "anziano" oggi è molto diversificato evoluto rispetto al passato: non è la stessa cosa ed una cosa è parlare di settantenni in buona salute o ed un'altra di ottantenni con polipatologia.

La Medicina di iniziativa potrebbe fornire dei buoni strumenti per approcciare al meglio queste variegate classi di popolazione nel loro inevitabile e più o meno veloce avvicinarsi alla condizione di cronicità e fragilità tipica delle età avanzate della vita.

Anche nel campo della terapia vaccinale gli interventi dovrebbero essere per quanto possibile diversificati. Vaccinare i sessantacinquenni dovrebbe significare potere disporre di vaccini di costo limitato e di relativa immunogenicità, di veloce realizzazione e facile distribuibilità, per proteggere una ampia coorte di persone ancora per lo più in relativa buona salute.

Ovviamente il quadro cambia quando si devono somministrare i vaccini a classi di età più avanzate e con polipatologie associate, nelle quali la risposta anticorpale appare ridotta e che, pur numericamente meno rilevanti, assorbono tuttavia una quantità notevolissima di risorse.

In Toscana si sta lavorando ad un modello che, classificate le persone in base al loro quadro clinico, le segua nel tempo con interventi terapeutici e di follow-up mirati gestendo in questo modo anche la risposta preveniva nei confronti di eventuali patologie di carattere infettivo.

TOSCANA MEDICA – *Le strategie vaccinali all'interno del modello di assistenza alla cronicità rientrano a pieno diritto tra gli interventi della Medicina di iniziativa che è stata adesso ricordata. In questo contesto quale è il ruolo del medico di base, di quello di comunità e dello specialista?*

BUSSOTTI – In realtà le cose non stanno proprio nella maniera fino ad ora descritta. Infatti le strategie di vaccinazione dell'adulto e dell'anziano al momento attuale configurano più il modello della Medicina di attesa piuttosto che di quella di iniziativa, nel senso che nella maggior parte dei casi i medici si limitano a vaccinare coloro che espressamente si presentano con questa richiesta, andando invece magari a cercare i pazienti soltanto in occasione di qualche campagna vaccinale realizzata e pubblicizzata a livello regionale.

RUGGERI – È indubbio che in questo campo sia davvero necessario un vero e proprio salto di qualità che realmente porti i medici a contattare quei pazienti che potrebbero rappresentare il target delle vaccinazioni. Tra l'altro non dimentichiamoci che quelle da proporre nell'anziano sono in numero davvero ridotto e la campagna vaccinale contro l'influenza stagionale potrebbe rappresentare un buon momento per vaccinare, ad esempio, anche contro il

tetano (la cui copertura è piuttosto bassa nell'anziano) e lo pneumococco.

In Toscana la vaccinazione contro l'influenza stagionale ha raggiunto ormai una copertura veramente notevole con percentuali di vaccinati sovrapponibili a quelle raccomandate dall'OMS. Se per l'influenza stagionale si è raggiunto un simile risultato potrebbe essere utile impegnarsi anche per altre malattie, anche se purtroppo come ha dimostrato il caso dell'influenza H1 N1 non sempre è facile fare accettare alla popolazione nuove strategie di vaccinazione.

In questo senso molto utile a mio parere appare l'atteggiamento di quei sistemi sanitari che si stanno orientando per quanto riguarda le vaccinazioni non più verso l'obbligatorietà ma verso la scelta consapevole dei cittadini, facendo comprendere alle popolazioni senza pregiudizi e false aspettative quale sia l'utilità e il reale valore dei vaccini.

BUSSOTTI – Comunque a mio parere è di fondamentale importanza identificare le categorie a rischio e su queste concentrare i nostri sforzi nel proporre le vaccinazioni.

Faccio un esempio: se la copertura antiinfluenzale è complessivamente piuttosto buona a livello di popolazione, esiste una categoria ad alto rischio, i broncopneumopatici cronici, nella quale questo risultato appare ancora oggi oggettivamente insufficiente.

DEI – Ed ancora una volta la Medicina di iniziativa torna a dimostrare la sua utilità con la ricerca e la presa in carico di quelle persone che potrebbero beneficiare, nello specifico di questa discussione, di adeguate strategie vaccinali.

BONANNI – Io credo che nel campo delle vaccinazioni ci sia ancora bisogno di tanta formazione, soprattutto da parte dei medici che devono consigliarle.

Per questo non possono che venire bene accettate le iniziative formative come, ad esempio, quelle organizzate a livello ministeriale e proposte in tutte le Regioni e quelle gestite dalle Società scientifiche degli igienisti e dei medici di famiglia.

Accanto alla formazione bisogna però non dimenticare anche l'informazione da portare a livello di popolazione. Non bisogna infatti dimenticare che la vaccinazione viene eseguita in chiave preventiva in persone in quel momento sane e che pertanto la comparsa di seppur piccoli effetti collaterali può diminuire di molto il suo impatto positivo a livello di opinione pubblica.

Un altro concetto che mi sembra doveroso sottolineare è che, pur essendo perfettamente d'accordo sulla necessità di identificare e prendere in carico i soggetti a rischio a livello di Medicina di iniziativa, non vorrei che in questo campo, come succede ormai da tanti anni, si continuasse solo a fare teoria e ben poca pratica: è infatti dimostrato anche in altri Paesi oltre l'Italia che la copertura vaccinale nelle categorie a rischio continua a rimanere desolatamente bassa.

D'altra parte sempre a livello internazionale è stato anche dimostrato che le raccomandazioni fatte per fasce di età sono molto più efficaci di quelle per patologia, come riscontrato negli USA nel caso della vaccinazione antiinfluenzale consigliata adesso dopo i 50 anni per raggiungere il maggior numero possibile di malati affetti da patologie croniche, con evidente profilo di buona convenienza della strategia adottata. Io penso che anche in Italia si dovrebbe iniziare a muoversi in questa direzione.

Perché vaccinare gli adulti?

Gli adulti hanno bisogno della vaccinazione perchè:

- Potrebbero non avere ricevuto i vaccini nell'infanzia
- Nuovi vaccini si sono resi disponibili
- L'immunità può decadere
- Gli anziani e/o i malati cronici possono essere più suscettibili alle malattie prevenibili mediante vaccino

RUGGERI – Io credo che la scommessa avanzata dal modello del “Chronic Care Model” adottato in Toscana potrebbe rappresentare un grosso passo in avanti anche rispetto all’indubbiamente interessante scelta delle fasce di età.

In un’ottica più complessiva, identificare e prendere in carico i soggetti affetti da patologie croniche ma anche a rischio per patologie infettive prevenibili con vaccino, potrebbe produrre un indubbio vantaggio per la salute individuale e collettiva consentendo inoltre, una più favorevole allocazione di risorse. In questo contesto l’informatica diviene senza dubbio uno strumento impensabile per il medico di famiglia che dovrà sempre più svolgere la propria attività in forma organizzata di gruppo nell’ambito delle note forme associative dell’assistenza primaria, nelle aggregazioni funzionali territoriali e nelle unità complesse delle Cure Primarie prevedendo il coinvolgimento anche di altre figure professionali come gli infermieri.

BUSSOTTI – La vaccinazione per fasce di età probabilmente potrebbe essere molto utile per contattare quelle persone che, seppure facenti parti di una qualche classe a rischio, appaiono proprio refrattarie ad iniziative quali appunto le vaccinazioni. Questo comunque non esclude che un ulteriore richiamo attivo e mirato non sia in seguito proponibile proprio a favore di questi soggetti.

DEI – Il “Chronic Care” Model certamente ha dei costi molto elevati che però possono essere utilmente recuperati se lo riempiamo di contenuti ed iniziative valide ed accreditate.

Faccio un esempio. La Regione Toscana ha deciso di andare ad esaminare circa 800.000 persone e di individuare al loro interno quelle affette dalle cinque patologie epidemiologicamente più rilevanti e cioè il diabete, lo scompenso di cuore, l’ipertensione arteriosa, la BPCO e l’ictus cerebrale.

Un simile intervento, estremamente complesso, verrà ad avere un costo ipotizzato di circa 4 milioni di Euro, una cifra quindi assolutamente rilevante. Questo progetto però rappresenterà il punto di partenza per costruire un vero e proprio sistema a valenza regionale di rilevamento e monitoraggio di alcune tra le più frequenti e temibili condizioni patologiche, in grado di gestire in maniera complessiva malati spesso “difficili” ed assai impegnativi.

SANTINI – Proprio per le malattie croniche prima indicate sarebbe opportuno la programmazione di vaccinazioni proprio in fase precoce della malattia cronica, quando peraltro è migliore la risposta anticorpale prima di tutto la vaccinazione antinfluenzale stagionale e la vaccinazione antipneumococcica. L’aspettativa di vita che va aumentando favorisce il cronicizzarsi di patologie, es. quelle epatiche, cardiovascolari e metaboliche per le quali sono state individuate strategie vaccinali ben precise.

Vorrei introdurre, a questo proposito, il concetto delle vaccinazioni per le “cosiddette categorie di rischio” per le quali il Calendario Regionale ha da anni predisposto precise strategie. A titolo di esempio possiamo citare: i dializzati, splenectomia, portatori di protesi auricolari e liquorali, dializzati, trapiantati o candidati al trapianto, diabetici, cardiopatici o broncopatici cronici. Ribadendo che risulta comunque fondamentale il ruolo del medico di famiglia, è molto importante che le strategie vaccinali siano condivise fra la sanità pubblica, gli specialisti, i medici ospedalieri meglio con accordi locali che facilitino anche il lavoro del medico di famiglia che ha il compito insostituibile della promozione della vaccinazione che può essere però effettuata anche presso gli ambulatori territoriali. Credo che sia molto importante l’omogeneità di messaggio fra tutti gli operatori per dare maggiore credibilità e quindi efficacia alla strategia vaccinale che deve contare sulla rete di tutti i soggetti interessati.

Vaccinazioni per proteggere gli adulti :

- Epatite A
- Epatite B
- Papilloma Virus (HPV)
- Influenza (flu)
- Morbillo, Parotite, Rosolia (MPR)
- Malattie meningococciche (meningite, sepsi)
- Malattia pneumococcica (polmonite, meningite)
- Tetano, difterite, pertosse (Tdp)
- Varicella
- Zoster

GABBANI – Se le cose funzionassero realmente a dovere, i risultati attesi dalla Medicina di iniziativa a livello di popolazione probabilmente si cominceranno ad apprezzare tra venti o trenta anni.

Il problema in questo periodo di attesa è quello di occuparsi in maniera seria ed efficace di quelle persone che non hanno beneficiato delle istanze della Medicina di iniziativa e che sono diventate vecchie e fragili con un carico di morbosità veramente rilevante.

TOSCANA MEDICA – *Costruire una strategia vaccinale mirata su una popolazione anziana richiede un'attenzione particolare, visto la inevitabilmente ridotta compliance di molti pazienti, come è stato anche recentemente dimostrato dalla bassissima aderenza alla campagna di vaccinazione contro la pandemia influenzale a fronte di un normale "successo" di quella contro la forma stagionale.*

Prof. Bonanni, esistono delle novità, per esempio nella modalità di somministrazione dei vaccini, che possano in qualche modo migliorare la compliance di queste persone? Ed ancora, a fronte delle disponibilità farmacologiche di oggi, come si potrebbe configurare un progetto vaccinale complessivo ed efficace per le vaccinazioni a livello di comunità?

BONANNI – Recentemente sono stati introdotti sul mercato dei nuovi vaccini antiinfluenzali che possono essere somministrati per via intradermica, rappresentando probabilmente un buon punto di partenza per cercare di coinvolgere il maggior numero possibile di persone nelle campagne vaccinali.

In prospettiva futura risultati in questo senso

ancora migliori potrebbero certamente derivare dallo sviluppo di vaccini mucosali che, accanto ad una indiscutibile facilità di assunzione, associano anche il grande vantaggio di essere particolarmente efficaci, essendo l'immunità mucosale soggetta ad "invecchiare" di meno rispetto agli altri tipi di immunità. Per questo motivo i vantaggi di questa via di somministrazione sono innegabili, anche in classi di popolazione di età molto avanzata che ricevano una qualche vaccinazione per la prima volta.

Purtroppo la ricerca in questo campo è ancora relativamente arretrata e ancora qualche anno sarà necessario prima di potere disporre di queste formulazioni.

Dal punto di vista organizzativo io sono ovviamente d'accordo sul fatto che sarebbe opportuno raggiungere con le vaccinazioni anche i soggetti istituzionalizzati ed i lungodegenti, applicando a queste coorti di popolazione delle linee-guida accettate e validate a livello regionale seguendo, per esempio, le indicazioni della Commissione Vaccini della quale la nostra Regione si è dotata. In questo campo di fondamentale importanza appare la sinergia tra Igiene pubblica e medici di medicina generale.

TOSCANA MEDICA – *Per riassumere, quali sono allora i vaccini che sarebbe utile proporre agli anziani?*

BONANNI – Certamente quello antiinfluenzale la cui copertura, seppure molto buona, potrebbe essere ancora migliorata. Poi direi l'antipneumococcico che, seppure apparentemente più efficace nelle infezioni invasive che nelle polmoniti, mantiene

Chi ha bisogno di essere vaccinato?

Tutti gli adulti:

- a posto con le vaccinazioni quali varicella, MPR e Tdpa?
- Ricevuta una dose di vaccino influenzale annuale?

Gruppi speciali:

- rischio di esposizione al sangue sul lavoro?
- Sopra ai 50 anni?
- Malato cronico?
- Femmina?



tuttavia una sua indubbia importanza. Il vaccino contro l'herpes zoster dovrà iniziare a godere di una giusta considerazione così come quelli contro malattie che un tempo erano appannaggio praticamente solo dell'età pediatrica come l'epatite A che oggi non è raro riscontrare in età adulta, ricordando peraltro che, sopra i 50 anni di età, l'epatite A può avere una letalità addirittura dell'1%.

Un altro vaccino che negli anni a venire dovrà essere proposto alle classi di popolazione più adulte è quello contro il morbillo, malattia che, in passato quasi esclusivamente pediatrica, compare oggi sempre più spesso nei giovani adulti, potendosi ipotizzare una sempre maggiore diffusione futura anche in comunità di persone più avanti con gli anni.

Vorrei a questo punto sottolineare l'importanza dei richiami. Partendo dalla considerazione che la capacità di rispondere ad un richiamo di una immunità precedente è molto meglio conservato nell'anziano rispetto ad una risposta immunitaria primaria, sarebbe meglio strutturare dei cicli di vaccinazioni di base in età più giovanili e comunque richiamarli in quelle avanzate, come succede in Toscana per la vaccinazione antidiftotetica + pertosse, che ormai da qualche anno viene routinariamente raccomandata nel soggetto adulto.

Purtroppo mi risulta che non dappertutto nella nostra Regione si segua questa strategia, esistendo realtà locali dove o non si organizzano del tutto i richiami decennali o si eseguono solo quelli per il tetano, cosa oggi ormai anacronistica, visto che con un'unica somministrazione si può vaccinare contro tre malattie diverse.

RUGGERI – Anche io concordo sul fatto che il morbillo debba essere seriamente preso in considerazione, visto che oggi paghiamo lo scotto delle cattive campagne vaccinali degli anni Ottanta del secolo scorso che, condotte a macchia di leopardo, hanno lasciato scoperte ampie fasce di popolazione, le stesse che magari a sessanta anni potrebbero anche contrarre la malattia con le conseguenze facilmente prevedibili.

Da non trascurare ovviamente, come già detto, le vaccinazioni antiinfluenzale, antipneumococcica ed antitetanica.

SANTINI – Come ho detto prima a proposito dei singoli vaccini proposti sarebbe utile condividere una strategia di promozione delle vaccinazioni che prenda in considerazione oltre all'età anche i singoli fattori individuali di rischio specifico al fine di predisporre un preciso piano preventivo individuale. Naturalmente risultati migliori si otterrebbero con una campagna più diffusa e articolata, magari a livello regionale.

Il ruolo della Sanità pubblica comunque è quello di favorire le interrelazioni fra tutti i professionisti coinvolti (medici di famiglia, medici specialisti, medici delle strutture ospedaliere e territoriali) nel percorso vaccinale che va dalla promozione, alla esecuzione alla sorveglianza degli eventi avversi curando la stesura di protocolli, istruzioni operative e restituzione dei dati degli eventi avversi al fine

di facilitare l'attività e favorire l'omogeneizzazione dei comportamenti.

TOSCANA MEDICA – *Esistono pochi dubbi sul fatto che il rapporto costo-beneficio delle vaccinazioni sia estremamente favorevole: ma questa osservazione non contrasta in qualche modo con l'idea prevalente in questi anni della loro non obbligatorietà?*

RUGGERI – Il rapporto costo-beneficio o meglio costo-efficacia delle vaccinazioni è generalmente vantaggioso se viene raggiunta una adeguata copertura nella popolazione target. In passato l'obbligatorietà ha prodotto in tal senso buoni risultati, soprattutto per le vaccinazioni in età pediatrica. Attualmente, in particolare per l'adulto, l'obbligatorietà appare superata. Io penso che il concetto di non obbligatorietà debba favorire il costo-efficacia delle vaccinazioni. È necessario far conoscere ai cittadini il reale valore delle vaccinazioni che dovrebbero divenire sempre di più una scelta consapevole. Voglio dire che se alla gente venisse spiegata in maniera chiara ed esauriente l'importanza delle vaccinazioni, presentandole come azione preventiva di routine, la necessità dell'obbligo verrebbe automaticamente a decadere.

SANTINI – Ormai da tempo il CDC ha indicato che la migliore strategia per aumentare l'adesione alle vaccinazioni è la chiamata attiva, cioè l'invito personalizzato chiaramente accompagnato da una idonea informazione. Se esaminiamo le coperture vaccinali dei nuovi nati a 24 mesi in Toscana si nota infatti che le ASSL che raggiungono le coperture più elevate sono proprio quelle che effettuano la chiamata attiva.

Naturalmente ancora dobbiamo imparare molto però sulla comunicazione e sulle modalità di chiamata attiva che sicuramente devono essere diversificate a seconda dell'età e del target e che dovrebbero essere condivise con medici di famiglia e specialisti che si fanno carico di questa popolazione. Dovremo in realtà imitare quanto realizzato nel Regno Unito dove la comunicazione è studiata nei minimi termini e il messaggio forte viene emanato a livello centrale. Errori nella comunicazione invece portano anche a risultati negativi, come purtroppo si è verificato per la vaccinazione pandemica.

Da anni ormai il concetto di obbligatorietà è superato in quanto ogni atto vaccinale prevede anche da un punto di vista legale una corretta informazione per la libera adesione in un percorso che vede l'instaurarsi di un rapporto di fiducia del cittadino con il personale sanitario.

DEI – Il Pap test rappresenta un esempio eclatante di questo atteggiamento virtuoso: nelle Asl dove i controlli vengono eseguiti regolarmente, qualora per problemi organizzativi non vengono rispettate le scadenze e qualche volta avvengono dei ritardi, sono le donne stesse che si rivolgono alla struttura per sollecitarli.

Questo significa che l'obbligatorietà può funzionare forse una volta, poi bisogna riconquistare le persone facendole sentire seguite e prese in carico: inserire le vaccinazioni in una sorta di "pacchetto"

assistenziale può certamente risultare di grandissimo aiuto.

Includere le differenti classi di popolazione nel modello di assistenza alla cronicità che si sta sperimentando in Toscana, vuole dire anche responsabilizzare l'opinione pubblica, fare educazione sanitaria e creare dei futuri anziani responsabili e consapevoli della difesa delle proprie necessità di salute.

TOSCANA MEDICA – Prof. Bonanni oggi si sente parlare molto dei cosiddetti “vaccini terapeutici”: in prospettiva potrebbero venire impiegati anche nell'anziano?

BONANNI – Certamente sì, visto che i vaccini terapeutici oggi in fase di sperimentazione sono tutti in-

dirizzati verso il settore antineoplastico, condizione ovviamente di grande rilevanza per le classi di età più avanzate. Le prospettive di ricerca attuali indirizzano verso la stimolazione della residua capacità del sistema immunitario di eliminare le cellule neoplastiche utilizzando antigeni tumorali specifici non presenti nelle cellule normali.

Oltre al campo delle neoplasie si stanno oggi studiando “vaccini” contro la malattia di Alzheimer e l'ipertensione arteriosa, per fare capire quali investimenti l'industria farmaceutica stia effettuando in questo settore. Non per niente è stato prospettato che il settore dei vaccini sarà quello che nei prossimi cinque anni conoscerà il massimo sviluppo, con una crescita stimata del 14%, contro l'11% del secondo settore rappresentato dall'oncologia. **TM**

Un po' di iniziativa!

ANTONIO PANTI

Oggi si fa un gran parlare di medicina di iniziativa e di Chronic Care Model per prevenire l'aggravamento delle patologie degli anziani mediante il richiamo e il monitoraggio dei soggetti a rischio. I vaccini sono tuttora la migliore espressione della medicina di iniziativa e quindi, migliorando l'offerta vaccinale, si possono ottenere importanti risultati nella lotta alle malattie infettive nell'età anziana. Infatti nella terza età queste malattie sono frequenti e spesso gravi a causa della minore capacità immunitaria e favorite da molte condizioni proprie di quell'età della vita: fragilità, patologie concomitanti, immobilizzazione, insomma una serie di condizioni che spiegano la maggiore mortalità degli anziani (basti pensare a quella in corso di influenza).

Tutto ciò comporta notevoli costi umani e sociali sia in acuzie che per i reliquati frequenti, aggravandosi spesso le condizioni di fragilità e la riserva funzionale dell'anziano. I vaccini hanno, più di molti altri farmaci, un favorevole rapporto costi-benefici e i nostri esperti hanno insistito perché migliori l'offerta vaccinale alla popolazione anziana.

I vaccini utili negli anziani sono, ovviamente, quello antinfluenzale, quello antipneumococcico, il richiamo della vaccinazione antitetanica, da offrire insieme all'antidifterico e all'antipertosse, quello per l'herpes zoster, forse anche quello per l'epatite A. È importante che l'industria farmaceutica possa offrire vaccini idonei alle caratteristiche del sistema immunitario dell'anziano e che ne favoriscano la compliance. In tal senso la predisposizione di un vaccino antinfluenzale a somministrazione intradermica rappresenta una opportunità in più.

Inserire le vaccinazioni nel modello di assisten-

za ai cronici significa compiere una duplice operazione. Da un lato ampliare l'offerta alla popolazione generale, magari abbassando l'età di concessione dei vaccini, sfruttando così l'effetto “gregge”, cioè l'attesa diminuzione della casistica a causa dell'estensione immunitaria. Dall'altro richiamare le categorie a rischio che, inaspettatamente, presentano di solito una minor copertura vaccinale. Tuttavia l'adesione alle campagne vaccinali è soggetta a molteplici fattori. Per esempio è altissima nei confronti della vaccinazione antinfluenzale, grazie anche al convincente apporto dei medici generali, è stata particolarmente scarsa nei confronti del vaccino pandemico.

Tutto ciò rientra in una discussione tuttora aperta, sull'obbligo o meno di vaccinarsi. Il vero nodo risiede nella consapevolezza raggiunta dalla popolazione. Dopo anni di faticosa educazione alla salute oggi gli *screening* sono rivendicati come diritto e come opportunità da non perdere da parte dei cittadini interessati. Lo stesso grado di adesione convinta deve essere raggiunto dalle proposte vaccinali, forse le più difficili a capire perché non provocano un beneficio immediato. Ma la consapevolezza dei cittadini nasce dall'opera dei medici, la cui formazione in tema di vaccini deve essere rinforzata. I medici debbono essere convinti assertori delle vaccinazioni e insistere perché siano praticate alla popolazione e, in particolare, nelle comunità in cui l'offerta dovrebbe essere più convincente. Occorre una linea guida regionale che definisca il percorso vaccinale negli anziani. In conclusione il modello di assistenza ai cronici non può ignorare le vaccinazioni.

TM

Si ringrazia la **Sanofi Pasteur MSD**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione



I farmaci per sentirsi meglio in assenza di malattie

La medicina si è sempre impegnata, grazie anche al progressivo sviluppo di nuovi farmaci dotati di maggiore efficacia, a combattere le lesioni, le infermità, il dolore, la sofferenza e le disabilità.

CARLO MANFREDI

Medico di medicina generale, Farmacologo clinico,
Carrara

Si è fatta tuttavia sempre più pressante la domanda di farmaci senza alcuna relazione con la presenza di malattie o di cedimenti fisici, ma collegata al desiderio di migliorare le proprie *performance*, di sentirsi meglio piuttosto che bene o di realizzare ciò che si è idealizzato come uno stato di vero benessere. Si ricorre ai farmaci per migliorare l'aspetto fisico, per raggiungere un'altezza più elevata, per perdere peso, per far ricrescere i capelli, per far cadere i peli o per non invecchiare. Si richiede l'ausilio farmacologico anche per essere intellettualmente più brillanti, per conseguire un rendimento psicofisico più efficiente in ambito professionale, ricreativo, scolastico o sportivo, per migliorare la prestazione sessuale, per sconfiggere la fatica, per dormire o per stare svegli, per ridurre l'ansia, lo stress o la depressione, per superare le difficoltà della vita, per ricercare, se non la felicità o il piacere, almeno l'assenza d'infelicità.

I farmaci che sono assunti, senza che vi sia alcun giustificato motivo di salute, per finalità legate ai modelli estetici, psicologici e funzionali prevalenti nella società sono detti '*lifestyle drugs*', ma anche *life-enhancement drugs*, *vanity drugs*, *quality of life drugs* e *smart drugs*. I contraccettivi orali rappresentano l'archetipo dei *lifestyle drugs* (impiego di farmaci senza alcuno scopo curativo in donne sane e fertili) e sono ora usati anche per evitare flussi mestruali in periodi non desiderati o per limitarne il numero a quattro o perfino meno in un anno.

Si considera nella definizione di *lifestyle drugs* anche l'utilizzo di farmaci per contrastare condizioni derivanti da scelte o responsabilità personali come la disassuefazione dal fumo, la perdita di peso o l'abbassamento dei lipidi plasmatici da parte di chi segue una dieta incongrua.

Caratteristiche rilevanti dei '*lifestyle drugs*':

1. uso consapevole per il raggiungere uno stato di migliore benessere;

2. assenza di una malattia o di disturbo medico che ne giustifichi l'assunzione;

3. prevalente impiego al di fuori delle indicazioni previste dalla scheda tecnica;

4. frequente reperibilità dei prodotti su alcuni siti internet o al

mercato illegale.

Il fenomeno legato al consumo di *lifestyle drugs* sta assumendo sempre maggiore rilevanza economica e sociale e rappresenta una sfida per la medicina e per la sanità perché implica un'idea diversa di trattamento farmacologico che rivoluziona il rapporto medico paziente tradizionale.

Classificazione dei *lifestyle drugs*

Tutte le molecole potrebbero rientrare o meno nella definizione di *lifestyle drugs* secondo l'impiego che ne è fatto. Esistono tuttavia farmaci per i quali le autorità regolatorie hanno approvato un'indicazione che rientra nella definizione di *lifestyle drugs*. La finasteride, un inibitore specifico della 5alfa-reduttasi di tipo 2, l'enzima che catalizza la conversione del testosterone in diidrotestosterone, utilizzata per il trattamento dell'ipertrofia prostatica, è stata in seguito registrata per l'alopecia androgenica, una condizione che non è considerata comunemente una malattia. Anche il minoxidil, un antipertensivo alfa-bloccante, è stato approvato per l'alopecia. Tutte le altre molecole approvate per indicazioni specifiche, quando siano impiegate per le finalità proprie dei *lifestyle drugs*, ricadono nell'uso *off label*.

Il sildenafil (Viagra®), inizialmente registrato per il trattamento della disfunzione erettile maschile correlata al diabete e alle lesioni al midollo spinale, è diventato in seguito un rimedio per risolvere qualsiasi disturbo dell'erezione, anche momentaneo e non dovuto a cause vascolari. Il sildenafil diventa un *lifestyle drugs* quando è assunto per migliorare ed esaltare le prestazioni sessuali per problemi emotivi e da stress correlati a preoccupazioni personali, sociali ed economiche o semplicemente per avere maggiori sicurezze rispetto alle proprie aspirazioni in assenza di disfunzione erettile. In ambito giovanile è talora assunto

dopo cocaina o altre droghe psicostimolanti quale complemento di una visione puramente meccanicistica della relazione sessuale. La flutamide, un farmaco non steroideo dotato di azione antiandrogena selettiva la cui indicazione è il trattamento del carcinoma della prostata è spesso prescritto *off label* per il trattamento dell'irsutismo e dell'alopecia nella donna. Fra i *lifestyle drugs* assunti da soggetti sani per aumentare memoria, attenzione, concentrazione, capacità di apprendimento e di memorizzazione, ma anche per rallentare o prevenire l'invecchiamento del cervello e conseguentemente delle sue funzioni vitali, assumono una veste particolare le *smart drugs*.

Infatti, le *smart-drugs*, letteralmente “droghe furbe”, comprendono anche una serie di composti dotati di effetti psichedelici che inducono particolari percezioni, sensazioni, emozioni e processi mentali. Dato che sono intenzionalmente assunti per queste loro presunte caratteristiche, devono più opportunamente essere considerate sostanze d'abuso.

Infine, i *lifestyle drugs* adottati per migliorare la *performance* sportiva rientrano, a seconda delle modalità d'uso, nel *doping sportivo*.

Lifestyle drugs e benessere psichico

L'uomo, per raggiungere più facilmente uno stato di benessere, è sempre stato attratto dall'impiego di sostanze che producono uno stato immediato di piacere o di franca euforia, che riducono le sensazioni spiacevoli (ansia e tensione), che migliorano l'interazione sociale e il tono dell'umore e che favoriscono l'accoppiamento sessuale. L'infelicità, la malinconia, la tristezza e la demoralizzazione legate a comuni esperienze di vita provocano una sofferenza di variabile intensità di solito temporanea che rappresenta un aspetto del fisiologico processo adattativo alla ricerca del proprio equilibrio. Non si tratta di una patologia ma di sentimenti che la maggior parte delle persone possono provare, anche se, spesso, preferirebbero non avvertirli. Il confine fra assenza e presenza di malattia resta molto sfumato e dipende dal genere di appartenenza, da fattori socio culturali, ambientali, religiosi ed etnici. Normalità e patologia si dispongono lungo un *continuum* che rende spesso difficile una separazione netta fra le due situazioni. Può essere arduo stabilire con sicurezza quando l'infelicità, al pari della depressione, richiede un trattamento farmacologico. La sempre più diffusa prevalenza di disagi esistenziali nella popolazione ha favorito l'assunzione di psicofarmaci in situazioni emotive di sofferenza psicologica piuttosto che in vere condizioni psichiatriche.

La riservatezza, la paura di parlare da un palcoscenico o da un podio, il disagio di stare in mezzo alla folla sono caratteristiche proprie della timidezza. Solo se il timore eccessivo e irrazionale di fare “brutta figura” si associa ad ansia anticipatoria (“paura della paura”) e a condotte di evita-

mento per non essere sottoposti al giudizio degli altri e al disagio procurato dalla situazione sociale o dalla prestazionale temuta, la timidezza interferisce significativamente con il funzionamento in ambito relazionale, lavorativo e familiare e diventa fobia sociale. In tal caso la prescrizione di un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI) può evitare problemi molto gravi. Tuttavia, se qualsiasi difficoltà legata alle frequentazioni di situazioni pubbliche si considera alla stessa stregua della fobia sociale, si spiana la via all'assunzione di SSRI, come *lifestyle drugs*.

Le persone che assumono SSRI sono sollevate dalla responsabilità di farsi carico delle condizioni reali dell'esistenza e delle vere fonti del disagio che trae spesso origine da complessi problemi sociali, culturali, ambientali e relazionali. Non sfruttano pertanto pienamente le risorse umane psicologiche ed esistenziali di cui dispongono e riescono a sentirsi adeguate solo in presenza del farmaco.

La preoccupazione per un difetto, un'imperfezione o un'alterazione nell'aspetto fisico può assumere un significato e una rilevanza che dipendono non solo da fattori individuali ma anche ambientali. Il soggetto può preoccuparsi esageratamente o essere turbato per un difetto lieve come ad esempio la perdita di capelli, la presenza di acne, di rughe, di cicatrici, di macchie vascolari o di peluria eccessiva, oppure, può focalizzare la propria attenzione su forma o dimensioni di una parte del corpo, come il naso, il seno, gli occhi, le orecchie, la bocca o i glutei. In situazioni socio-culturali nelle quali è valorizzata in modo esasperato l'immagine fisica, le preoccupazioni per un difetto immaginario o di minima entità dell'aspetto somatico possono essere così ingigantite da travalicare i limiti di un coinvolgimento normalmente accettabile e la sofferenza può divenire tale da interferire con il funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti della vita sfociando nella dismorfofobia. Nella dismorfofobia adolescenziale, la sensazione, che può essere rifiutata o vissuta con angoscia, più o meno marcata, di essere particolarmente brutti, impresentabili, deformi e ripugnanti in relazione alla trasformazione puberale, è transitoria, mentre nella dismorfofobia è irriducibile. Per mascherare il proprio difetto si ricorre spesso a *lifestyle drugs* o a trattamenti di tipo chirurgico. Alcuni soggetti, di solito di giovane età, pur essendo dotati di un fisico atletico, si considerano gracili e cercano ossessivamente di aumentare la loro muscolatura. Una preoccupazione patologica per la struttura muscolare aumenta la probabilità di ricorrere all'uso di steroidi anabolizzanti e spesso contribuisce in maniera decisiva allo sviluppo di una dipendenza verso queste molecole. I pazienti affetti da dismorfofobia possono essere indotti a ricercare trattamenti con la tossina botulinica ampiamente utilizzata per correggere le rughe di espressione del volto ma anche per l'iperidrosi ascellare.

L'asserita presenza soggettiva d'iperidrosi non confermata dall'obiettività ha portato allo sviluppo di una forma di assuefazione psicologica al suo impiego per la quale è stato coniato il neologismo di 'botulinofilia', un aspetto da considerare nell'impiego di questa tossina come *lifestyle drug*.

Lifestyle drugs e attività sportiva

Nel tentativo di migliorare il proprio stato di forma fisica e la propria competitività, molti sportivi assumono supplementi dietetici contenenti proteine, aminoacidi, creatina, zuccheri, vitamine e sostanze di erboristeria. Alcuni prodotti proposti come supplementi nutrizionali, potrebbero contenere farmaci non dichiarati in etichetta, compresi gli steroidi anabolizzanti. Il fabbisogno di vitamine è generalmente assicurato da un'alimentazione varia ed equilibrata, ricca di frutta e verdura fresche. Non è dimostrato che i supplementi di vitamine possano migliorare il rendimento sportivo o ridurre la stanchezza muscolare, qualunque sia l'attività fisica svolta. L'eccesso di vitamine liposolubili può comportare effetti tossici da accumulo. Il fenomeno più rilevante in ambito sportivo e ricreazionale è, tuttavia, rappresentato dall'assunzione di anabolizzanti steroidei (AS). Gli AS sono usati per aumentare le masse muscolari e la forza contrattile, prolungare i periodi di allenamento, migliorare le *performance* atletiche e avere una forte carica agonistica sia a livello fisico che psichico (per "sentirsi invincibili").

I culturisti impiegano gli AS per ottenere uno sviluppo armonico del volume delle masse muscolari compatibile con un aspetto fisico statuario. Fra le reazioni indesiderate degli AS sono da ricordare nelle femmine gli effetti virilizzanti quali irsutismo, acne, ipertrofia clitoridea, regressione della linea di attacco dei capelli, modifiche del timbro della voce, e nel maschio la riduzione del volume testicolare, l'inibizione della spermatogenesi, l'ipertrofia della prostata e la ginecomastia. Nei soggetti di età inferiore ai vent'anni si può verificare un'accelerazione della maturazione scheletrica con arresto prematuro della crescita.

A livello epatico, oltre ad alterazioni della funzionalità, si possono sviluppare gravi complicazioni come la peliosi epatica e l'epatoma. Gli AS causano frequentemente acne e untuosità della pelle e dei capelli, aumento della pressione arteriosa e alterazioni del profilo lipidico che procurano un incremento del rischio d'ictus e d'infarto.

Sono stati descritti anche effetti comportamentali tra i quali l'insorgenza di psicosi acuta, sindrome maniaco-depressiva, fluttuazioni dell'umore e della libido, comparsa di un comportamento aggressivo, di ostilità, d'impulsi distruttivi e di fenomeni di dipendenza.

La prescrizione e i lifestyle drugs

La disponibilità d'informazioni ampie e facilmente reperibili su internet ha favorito la pro-

gressiva affermazione del concetto di autonomia e di *empowerment* del cittadino ed ha incoraggiato la sua tendenza all'auto-diagnosi e al desiderio di procurarsi liberamente i trattamenti che ritiene necessari. Quest'atteggiamento culturale suscita nel cittadino un sentimento di frustrazione e di privazione della propria libertà qualora le norme vigenti rendano difficoltoso l'accesso ai farmaci desiderati per l'impossibilità di ottenere la prescrizione. La vendita di *lifestyle drugs* su internet, un fenomeno che sta assumendo proporzioni epidemiologicamente rilevanti, permette di eludere la prescrizione medica.

Il numero dei siti che offrono direttamente al consumatore i farmaci di prescrizione medica è cresciuto velocemente e si è esteso a comprendere analgesici, ansiolitici (es. benzodiazepine), antidepressivi (es. fluoxetina), psicostimolanti (es. metilfenidato), anoressizzanti (es. fentermina) e *lifestyle drugs*. Sebbene alcuni siti *web* mettano a disposizione un supporto medico, i cosiddetti '*cyber doctors*', o prevedano l'applicazione di questionari diagnostici per garantire una base minima di appropriatezza, la maggior parte di essi vende farmaci senza alcuna prescrizione medica e senza che sia richiesta una visita medica sebbene si tratti spesso di molecole potenzialmente a rischio per la salute pubblica, poiché soggette a restrizioni delle autorità regolatorie di molti paesi o gravate da un profilo di rischio sfavorevole.

Inoltre la domanda dei *lifestyle drugs* può trovare un ostacolo nell'indisponibilità da parte della classe medica a redigere le prescrizioni desiderate a causa della non corrispondenza fra le indicazioni previste in scheda tecnica e l'impiego che ne è proposto. Il medico è, inoltre, orientato per la sua formazione al trattamento della malattia e meno propenso a considerare le esigenze proposte dai soggetti che aspirano a ottenere la prescrizione di *lifestyle drugs*.

Farmaci e profili di beneficio/rischio

I farmaci producono sia benefici sia effetti indesiderati. Questi ultimi possono essere giustificati solo se l'impiego del farmaco è finalizzato al recupero dello stato di salute secondo valutazioni legate alla realtà clinica del singolo paziente. Alcuni *lifestyle drugs* sono sostanze che possono dare dipendenza o rientrano fra le sostanze illecite d'abuso o sono inserite nelle liste dei farmaci sottoposti al controllo anti-doping, quindi il loro uso va sconsigliato. Inoltre non esistono in genere studi che abbiano valutato l'efficacia dei *lifestyle drugs* e, in assenza di "evidenze" anche di tipo comparativo, nessuno può sapere se essi sono più efficaci di eventuali interventi non farmacologici. È un dato costante che la disponibilità di farmaci tende a rendere meno probabile l'adozione di trattamenti non farmacologici, perfino in situazioni in cui le prove di efficacia siano a sfavore del farmaco. Di molti farmaci sono noti gli effetti indesi-

derati che essi procurano alle dosi utilizzate nelle indicazioni approvate, ma non si conoscono quelli a essi attribuibili quando siano assunti come *lifestyle drugs*. Assumere farmaci per ottenere vantaggi non sempre dimostrati in soggetti peraltro sani, significa, infatti, esporsi a dei rischi ignoti specialmente per la tossicità cronica e ritardata. Informazioni ambigue o false, forme di pubblicità indiretta da parte di sportivi o di personaggi dello spettacolo, contribuiscono a creare nel pubblico una fiducia nell'efficacia e innocuità dei farmaci usati per motivi legati al benessere o allo stile di vita e a favorirne l'impiego. È necessaria un'azione urgente e vigorosa per contrastare l'utilizzo incontrollato dei *lifestyle drugs* e per regolamentare e contenere il fenomeno dell'approvvigionamento di farmaci *on-line*.

Sono necessari interventi a livello legislativo e devono essere implementati programmi di educazione del pubblico all'uso del farmaco con i seguenti obiettivi:

1. rinforzare la consapevolezza che un farmaco può comportare dei benefici ma che espone sempre a dei potenziali rischi;
2. riaffermare che la corretta valutazione del rapporto rischio/beneficio è sempre da riferire alle caratteristiche del singolo soggetto;
3. per una decisione ponderata la visita e il giudizio del medico è sempre indispensabile.

La sfida lanciata dall'acquisizione diretta dei farmaci sul *web* impone la revisione della definizione della visita medica nell'era di internet. Resta difficile stabilire in quali circostanze essa possa avvenire *on-line* e se questo mezzo possa produrre una prescrizione appropriata e valida visto che è difficile immaginare che possa surrogare il rapporto umano e l'empatia che s'instaura durante la visita.

Conclusioni

Il miglioramento dello stato di salute della popolazione misurato in termini obiettivi (maggiore durata della vita, minore incidenza di gravi malattie e di disabilità) ha paradossalmente comportato un parallelo peggioramento della percezione soggettiva di benessere riferito dai singoli individui.

Le sostanze che producono uno stato immediato di piacere o di euforia, che riducono le sensazioni spiacevoli (ansia e tensione), che migliorano l'interazione sociale e il tono dell'umore innescano molto più facilmente, per le loro proprietà grati-

ficanti, la tendenza a reiterare la loro assunzione entro poco tempo e inducono la perdita della capacità di controllo del loro uso. La ricerca della felicità è un'esigenza esistenziale connaturata con l'uomo il quale ha tuttavia sempre sperimentato che a nessuno è consentito di raggiungere uno stato di grazia permanente, perché l'organismo umano non può mantenerlo troppo a lungo e non può resistere a un eccesso di felicità.

Nella società attuale si è affermata la ricerca esasperata dell'efficienza, della competitività e del successo che induce a ricercare farmaci per un impiego legato allo stile di vita e non alla salute. Anche la suggestione contribuisce ad alimentare il mito che circonda l'impiego dei *lifestyle drugs*. Il solo pensiero di assumere una sostanza alla quale si attribuisce la capacità di migliorare la propria efficienza dà una grande carica psicologica. Al di là dell'efficacia reale, che spesso può far difetto, l'essenziale è essere convinti che sia efficace. La tentazione di far uso di farmaci va combattuta anche nell'ambito delle attività ludiche e sportive nelle quali l'impegno per una competizione leale rappresenta un'esperienza di carattere formativo.

L'uso di *lifestyle drugs* nei momenti difficili della vita, per migliorare l'efficienza fisica e cognitiva, per contrastare i processi d'invecchiamento, più che risolvere o rimandare i problemi, può al contrario, depauperare la capacità che l'uomo ha di affrontarli. La tendenza a prescrivere e a impiegare un *lifestyle drug* nelle situazioni di difficoltà esistenziali può portare alla cronicizzazione di disturbi psicopatologici non riconosciuti. La prescrizione di *lifestyle drugs* senza una valutazione critica delle conoscenze disponibili sulla sua efficacia e sulla sua tollerabilità, sulle motivazioni e sulle caratteristiche del soggetto è sempre controindicata. Deve esserci sempre un'indicazione che il medico possa approfondire e valutare, consapevole che di ogni *lifestyle drug* è sempre possibile fare abuso, che può nascondere rischi a lungo termine, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali. I pazienti con problemi psicologici volontariamente sono indotti a trascurare i rischi e a negare gli effetti avversi dei trattamenti o ad accettarli proporzionalmente alla valutazione che essi stessi fanno della gravità della situazione nella quale si trovano.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: carlo.manfredi@mdtech.it

TM

7th AVUS MEETING AND POST-GRADUATE COURSE IN ULTRASOUND TECHNIQUES ADRIATIC VASCULAR ULTRASOUND SOCIETY EFSUMB ACCREDITED EUROSON SCHOOL EVENT

Il convegno si terrà dal **23 al 25 settembre 2010** presso la Vittoria Centro Congressi, Viale Baccelli 2, 51016 Montecatini Terme. Info: tel. 0572/913388, email: vittoria@vittoriacongressi.it. Presidente del Congresso: Dott. Sergio Castellani.

Il Sistema di allerta Rapido Alimenti e Mangimi nella Asl 10 Firenze

Pubblichiamo i dati delle Asl 10 ad integrazione di quelli toscani riportati nelle pagine regionali.

L'attivazione del sistema di allerta regionale è avvenuta tramite la deliberazione della Giunta Regionale n° 1069 del 25 ottobre 2004 (Linee guida per la organizzazione del Sistema di Allerta Rapido per Alimenti e Mangimi, **SARAM**) e successivamente aggiornata con delibera Giunta Regionale Toscana n° 405 del 18 maggio 2009.

Il SARAM è strutturato come un network, le cui caratteristiche fondamentali sono la comunicazione e la rapidità con la quale le informazioni vengono trasmesse all'interno dei vari soggetti che costituiscono la rete.

In questo modo, qualora si profili la necessità di adottare delle misure cautelative, esse potranno svolgersi con la massima tempestività.

Una organizzazione così strutturata risponde peraltro ai canoni adottati dal Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF - Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi), sistema ideato dalla Commissione Europea.

Allerta anno 2009 - Regione Toscana

Nell'anno 2009, delle 197 totali segnalazioni di allerta, 90 hanno riguardato l'ambito IP, mentre 107 l'ambito VET mostrando quindi un andamento in linea con gli anni 2007 e 2008.

Dati 2009 relativi alla ASL 10 - Firenze

Relativamente all'anno 2009 nella Asl 10 abbiamo analizzato la natura dei contaminanti più frequenti contenuti nei prodotti di origine sia animale (afferenti quindi al settore della Veterinaria, **VET**) che di origine non animale (afferenti al settore della sanità pubblica, **ISP**) (Tabella 1).

Da sottolineare, inoltre, che si sono riscontrati molteplici casi di etichettatura non conforme, che a volte includevano casi in cui in etichetta non veniva riportata la presenza di allergeni.

Esaminate la modalità di attivazione delle allerta si è visto che in circa il 65% dei casi le allerta sono scattate in seguito ad un controllo ufficiale, mentre nel restante 35% dei casi, la modalità di attivazione è stata conseguente ad autocontrollo ed a segnalazione da parte di un consumatore, in modo equamente distribuito.

In circa il 40% dei casi, il prodotto oggetto della allerta è risultato completamente esitato al consumatore finale, mentre nel 29% dei casi il prodotto è in parte esitato al consumatore finale ed in parte è stato ritirato.

Appare evidente che quando l'allerta è stata attiva-

ta direttamente dall'Operatore del Settore Alimentare (**OSA**) a seguito di procedure di autocontrollo, la rapidità dell'informazione generata e la rapidità di intervento ha, nella maggior parte dei casi, consentito il raggiungimento di ottimi risultati in termini di efficacia d'intervento e quindi di tutela della salute del consumatore. Questo a testimoniare anche il buon funziona-

mento, da parte di molti OSA, dei sistemi di tracciabilità dei prodotti e di richiamo dei prodotti non conformi. Risultati analoghi in termini di efficacia non sempre sono ottenuti nei casi di allerta generate a seguito di controllo ufficiale di tipo analitico; in tali casi, infatti, il tempo che generalmente intercorre tra la commercializzazione del prodotto "non conforme" e gli esiti analitici a seguito dei quali l'allerta viene attivata è tale che il reperimento dei prodotti (specialmente nel caso dei prodotti "freschi") è risultato quasi sempre impossibile, in quanto, per la maggior parte dei casi, esitati al consumatore finale totalmente o comunque in quantitativi rilevanti rispetto al totale. Le verifiche sul processo di gestione allerta alimentare effettuate in sede di audit interni, hanno dimostrato il sostanziale rispetto della procedura specifica, che prevede la chiusura dell'intervento entro le 72 ore dalla notifica.

Si possono considerare punti di forza del sistema, il fatto che i vari soggetti che formano la rete abbiano raggiunto un ottimo livello di comunicazione e il fatto che l'informazione tra i vari nodi del sistema segua schemi predefiniti e precisi.

Tra i punti di debolezza, invece, è d'uopo annoverare il fatto che talvolta le allerta sono state attivate con una tempistica non utile a prevenire l'immissione sul mercato dei prodotti ed a consentirne il ritiro in tempi congrui.

Spunti di miglioramento

Sicuramente migliorabili gli aspetti relativi alla comunicazione dei quantitativi dei prodotti non conformi immessi sul mercato superando l'attuale sistema nel quale ogni produttore indica i quantitativi in modalità non standardizzate (es.: spesso viene indicato solo il numero complessivo dei "colli" di trasporto senza che sia dato di conoscere il numero delle singole unità di prodotto destinate alla vendita presenti all'interno di ogni "collo", altre volte viene indicato il peso complessivo, etc.).

Questo aspetto consentirebbe di ottenere una maggiore accuratezza nella gestione delle allerta, individuando con precisione i quantitativi delle confezioni (o il peso esatto) dei prodotti venduti e di quelli accantonati e restituiti.

G. GAROFALO*, G. ALLODI**

* Responsabile Settore Igiene Pubblica. Dipartimento di Prevenzione - ASL 10, Firenze

** Medico specializzando - Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze

Tabella 1

Settore competente	Agenti maggiormente presenti		
VET	Listeria monocytogenes	Istamina	Salmonella
Totale allerta: 33	4 casi	4 casi	5 casi
ISP	Ogm	Infestanti	Corpo estraneo
Totale allerta: 48	4 casi	5 casi	3 casi

Al fine di migliorare l'efficacia del sistema, da parte del soggetto notificante dovrebbe essere fatta una valutazione molto attenta del reale ed oggettivo pericolo per la salute del consumatore in modo tale da attivare il sistema solamente nei casi appropriati, evitando ad esempio l'attivazione del sistema di allerta ed il ritiro di interi lotti a seguito dell'occasionale rinvenimento di un corpo estraneo di qualsivoglia natura all'interno della confezione del prodotto.

Infine, al fine di migliorare l'accesso alle notizie

da parte dei consumatori (la salute dei quali è il reale ed unico scopo del sistema), sarebbe opportuno regolamentare la tipologia delle informazioni da pubblicizzare. Citiamo, solo per esemplificare: il marchio commerciale del prodotto con il nome del produttore o importatore nei casi di richiamo o ritiro dal mercato; immagini delle confezioni di vendita, per i prodotti confezionati od altro che si ritenga utile ai fini di una rapida individuazione del prodotto da parte dell'acquirente.

TM

CONVEGNI E CONGRESSI

DOLORE, ANSIA E DEPRESSIONE

La Sezione Toscana della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, organizza il Convegno dal titolo "Dolore, ansia e depressione: dialogo fra mente e corpo", che si terrà il **18 settembre 2010**, ore 9,00 presso il Cenacolo della Basilica di Santa Croce a Firenze. Comitato Scientifico: M. Rosselli, P.P. Rossi, M. Bruscoli, M.G. Sarti, A. Cossidente, A. Suman, G. Loverso, M. Montezemolo, L. Fei, G. Chiarini, P.M. Martellucci - Segreteria Organizzativa: FIMO srl Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze - Tel. 055.68000389 - Fax 055.683355 Per maggiori informazioni n.alberti@fimo.biz - info@iformpsi.it

LA MEDICINA NARRATIVA TRA TEORIA E PRASSI

Le parole della cura. Medici e psicologi a confronto. Medicina Narrativa: Medici e psicologi a confronto. Il convegno si terrà il **24 settembre 2010** a Careggi, orario 9-17.30. Segreteria scientifica: Enrica Ciucci (Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze), Mario Milco D'Elis (Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze). enrica.ciucci@unifi.it; delios@unifi.it - Segreteria organizzativa: Antonella Galardi: antonella.galardi@unifi.it

7TH ANNUAL MEETING AIP ON BRAIN AGEING AND DEMENTIA

Sede: Perugia, **30 Settembre - 1 Ottobre 2010** - Palazzo dei Priori e Palazzo Murena - Responsabili Scientifici: Prof.ssa Patrizia Mecocci, Prof. Marco Trabucchi - Informazioni: Promo Leader Service Congressi - PLS Group - via della Mattonaia, 17 50121 Firenze - tel. 055 2462201 - sito web: www.psicogeriatraia.it - e-mail: aip@promoleader.com - Ecm: in fase di accreditamento per Medici Chirurghi e Psicologi

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA:

Direttori del Corso: M. Caremani (UOC Malattie Infettive) e F. Magnolfi (UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva) Azienda USL 8 - Arezzo - Sede e data del Corso: Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) 30 settembre - **2 ottobre 2010** - Per informazioni rivolgersi alla Segreteria organizzativa: Ultrasound Congress - Tel 0575.380513 - 348.7000999 - Fax 0575.981752 - E-mail: info@ultrasoundcongress.com - Http://www.ultrasoundcongress.com

LE NUOVE SFIDE DELLA MEDICINA CARDIOVASCOLARE NEL III MILLENNIO

L'Associazione Mogli dei Medici organizza questo convegno che si terrà il giorno **2 ottobre p.v.** presso la Scuola dei Marescialli dei Carabinieri in Piazza Stazione a Firenze con orario 8.30-13.00. Parteciperanno il Prof. G. Masotti, Prof. G.F. Gensini il dr. A. Ungar e la dr.ssa D. Lippi. Venerdì 1 ottobre alle ore 16.30 presso il Salone dei 500 a Palazzo Vecchio si terrà l'inaugurazione del convegno. Info: Sig.ra Parenti (3280349465), Sig.ra Pengue (3281091748), A. Tinacci (3355439724)

CHIRURGIA OFTALMOPLASTICA

La Società Italiana di Chirurgia Oftalmo-Plastica (SICOP) organizza il Congresso Nazionale sul tema: "Approccio multidisciplinare alla chirurgia oftalmoplastica" che si svolgerà il giorno **9 ottobre 2010** presso il Plesso Didattico dell'Università di Firenze in Viale Morgagni 40. Il congresso si articolerà in cinque sessioni: tumori periorbitali, estetica, chirurgia riabilitativa, orbita, vie lacrimali. Presidente del congresso: Lelio Baldeschi. Segreteria scientifica: Marco Puccioni e Nicola Santoro. Per ulteriori informazioni consultare il sito internet: www.sicopweb.it.

ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO IN ADOLESCENTOLOGIA

Il convegno si terrà il **9 ottobre 2010** presso l'Ordine dei Medici di Firenze in Via G.C. Vanini 15 con orario 9.00-17.00. Nella giornata ci saranno due sessioni: la mattina: Adolescenti, salute e sport e il pomeriggio dalle ore 14.00 Adolescenti, famiglia e scuola. Parteciperanno Dr. Bertelloni, Prof. Gensini, Dr. Panti e Dr. Langiano. Relatori: P. Cimbelli, G. Cotena, M. Menabuoni, F. de Stefani, V. pennati, E. Slanzi, G. Bellini, M. Ruffinelli, E. Filippini. Segr. Org.va dr.ssa Pisano cell. 3384315377, Segr. scientifica Prof. F. Franchini cell. 3396040475. Ingresso gratuito ma è richiesta la iscrizione alla email: seminari_firenze@libero.it.

LA GRAVIDANZA NELLA PROCREAZIONE ASSISTITA

Il convegno si terrà **sabato 23 ottobre p.v.** con orario 9-15.30 presso l'Hotel Hilton Garden Inn Firenze, in Via S. Pertini 2/9 a Firenze, tel. 055.42401. Relatori: Carolina Becattini, Maria Elisabetta Coccia, Francesca Gensini, Federico Mecacci, Lucia Pasquini, Gianfranco Scarselli, Giulia Scaravelli. Segr. Scientifica C. Becattini Segr. Org. va tel. 055.33611, gnozzi@newrours.it

La Casa della Salute di Empoli: il bilancio di un anno

Introduzione

La Casa della Salute Sant'Andrea di Empoli (CDS) è stata inaugurata il 24.10.08. Da allora la struttura è cresciuta e le attività aumentate. È oggi possibile effettuare un primo bilancio utilizzando indicatori di processo e di esito, atti a valutare non solo le risorse impiegate ma anche e soprattutto l'appropriatezza delle cure fornite.

La struttura

La CDS è formata da 5 medici di medicina generale, 3 infermieri, 1 assistente sociale e personale amministrativo. Nella stessa struttura si trovano altre attività sia della AUSL che del volontariato come: ambulatorio per i disturbi del comportamento alimentare, educazione alla salute, Lega Italiana Lotta Tumori, Associazione Diabetici e Pubbliche Assistenze, Famiglie del Ser.T. È collegata fisicamente con la postazione di continuità assistenziale che ne assicura un servizio alla popolazione di 7 giorni su 7, 24 ore al giorno. I collegamenti telefonici sono effettuati con tecnologia *voip* (voice over internet protocol) che permette di parlare attraverso la rete internet. Nei piani sottostanti è presente una farmacia comunale oltre ad attività private quali una palestra ed un centro di fisioterapia.

Tale struttura si trova nelle vicinanze di un centro commerciale e direzionale in posizione leggermente decentrata rispetto al centro storico della città anche se nelle immediate vicinanze dello svincolo della strada di grande comunicazione Firenze - Pisa - Livorno e con una ampia capacità ricettiva come parcheggio auto.

Indicatori e risultati

Tutti i dati presentati si riferiscono ad un confronto tra il 2008 ed il 2009. I tassi sono calcolati su popolazione pesata per età, secondo le varie

pesature proposte dal P.S.R.¹ e rapportati a 1000 assistiti. I periodi temporali confrontati variano con l'indicatore considerato.

La Figura 1 mostra il numero di scelte in carico ai medici di medicina generale. Ad un iniziale calo è seguita una netta ripresa, indice di gradimento da parte dei cittadini della struttura e dei servizi erogati.

La Tabella 1 mostra gli altri indicatori. La farmaceutica evidenzia un leggero aumento della spesa procapite compensata però da un maggior scostamento dal budget aziendale e da tutti gli altri parametri che indicano una appropriatezza prescrittiva.

Sul versante delle attività infermieristiche è stata valutata la richiesta di prelievi ematici,

che è risultata diminuita, la percentuale di adesione dei pazienti in TAO² al protocollo aziendale che è risultata aumentata e la percentuale di guarigione delle lesioni cutanee pure aumentata.

Anche questi indicatori denotano un viraggio delle attività verso l'appropriatezza.

Altre aree tipiche della collaborazione Medico - Infermiere sono quelle di presa in carico dei codici bianchi, che risultano infatti diminuiti negli accessi al pronto soccorso dell'ospedale (che pure dista solo 500 metri), ma aumentati presso la struttura superando le 50 prestazioni negli ultimi 5 mesi del corrente anno.

Di seguito sono riportate le prenotazioni CUP effettuate da questa struttura (direttamente dai medici di medicina generale e dal personale amministrativo), confrontate con quelle effettuate con la stessa modalità nel periodo precedente. Sono messi a confronto i primi 10 mesi del 2008 contro i primi dieci mesi del 2009. Si può notare come a fronte di un aumento medio delle prenotazioni del 62% per ciascun medico di medicina generale della AUSL, dato già confortante di per sé, per la

PIERO SALVADORI¹, CLAUDIO BALDINI²,
ELEONORA PAVONE³, CHIARA MANNUCCI⁴,
ANTONIO FANCIULLACCI⁵, NEDO MENNUTI⁶

PAOLO CELLINI, ROBERTO BANFI,
ERICA FALASCHI, LUIGI ROSSI,
LOREDANA LAZZARA, CARLA CIAMPALINI,
ALDA ARETINI, LUCIANO FANCIULLACCI,
DUNIA ISOLANI, FABIO FONTANELLI,
DAVID COLETTA, P. CHECCHI, GENNI PASQUINI,
JMENEZ C. DOMINGO, MICHELA FRANCHINI,
LUISA CATTANEO, VALTER LELLI,
GRAZIELLA PANCANTI, FABIO FALCHI,
FRANCESCO GIUFFRÈ⁷

¹ UOC Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali

² UOC Professioni Sanitarie Territoriali

³ UOC Assistenza Farmaceutica, Informazione Scientifica sul Farmaco

⁴ UOC Assistenza Sociale

⁵ MMG Referente per la CDS

⁶ Rete Territoriale

⁷ Gruppo di Progetto CDS
AUSL Empoli

¹ Piano Sanitario Regionale.

² *TAO = in trattamento con farmaci anti coagulanti orali.

Figura 1 - numero di assistiti in carico per mese/anno

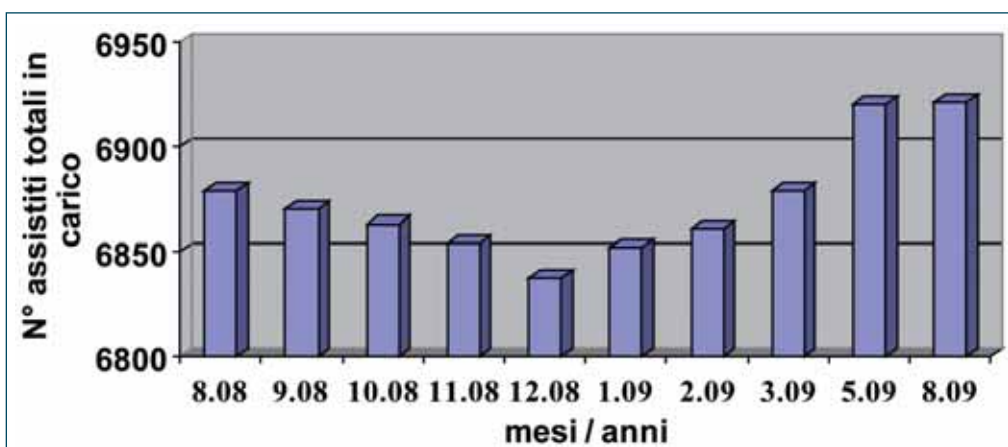


Tabella 1 - indicatori della attività farmaceutica

Indicatore	Periodi di tempo paragonati	2008	2009	% di scost. to in + o in -
Farmaceutica				
Spesa pro capite	gen-ago 2008 Vs gen-ago 2009	101,67	102,71	+ 1
Scostamento dal budget aziendale		- 6 %	- 22 %	- 16
ricette pro-capite		6,16	6,5	+ 5,2
costo ricetta		16,52	15,81	- 4,5
sartani		15,90%	14,70%	- 8,2
genericabili		n.d.	65%	
di cui:				
PPI		90%	94,20%	+ 4,20
Calcio antagonisti		67,20%	76,30%	+ 9,10
Ace inibitori non associati		98,10%	98,30%	+ 0,20
Ace inibitori associati a diuretici		88,40%	89,70%	+ 1,30
statine		78,30%	77,40%	- 0,90
fluorochinoloni		60,10%	72,70%	+ 12,60
macrolidi		93,80%	95,30%	+ 1,50
antidepressivi SSRI		95,20%	94,50%	- 0,70
antidepressivi SNRI		n.d.	88%	
Infermieristica				
N° prelievi ematici richiesti	Gen-giu 2008 Vs gen-giu 2009	4998	4538	- 9,3
% di paz. TAO* che rispettano il protocollo aziendale		69,5 %	75%	+ 5.5
% di guarigione lesioni cutanee da compressione		15	18	+ 3
Prenotazioni CUP				
N° prenotazioni CDS	Gen-ott 2008 Vs gen ott. 2009	2165	6264	+ 289
media AUSL per MMG		115,12	186,04	+ 62
media CDS per MMG		433	1252,8	+ 289
Servizio sociale				
N° pazienti con presa in carico sociale	Prevalenti all'11.11	177	285	+ 63
Tasso per 1000 ass.ti		26	41,3	+ 63

Tabella n° 2: indicatori di attività territoriale ed ospedaliera.

	N° eventi/mese*1000			importo eventi/mese*1000		
	1°sem.08	1°sem.09	Incr. %	1°sem.08	1°sem.09	Incr. %
specialistica	1299	1423	+10	15.973	16.543	+ 3,4
Accessi impropri P.S.	26	7	-73			
Tasso ricovero	11,3	10,7	-5	34.538	33.655	- 2,6
Accessi ADI ADP	15	16	+7	296	316	+ 6,3
Prestazioni agg.ve (esl.vacc)	7	8	+10	68	68	0,0
Vaccinazioni (escl. infl.za)	3	10	+288	16	61	+ 73,8

Casa della Salute Sant'Andrea di Empoli (CDS) tale attività risulta quasi triplicata. Ciò denota che i cittadini trovano subito il soddisfacimento al loro bisogno di prenotazione per attività specialistica e di contro il medico di medicina generale può esercitare una maggiore attività di controllo e coordinamento delle necessità specialistiche dei propri assistiti.

Anche l'attività del segretariato sociale e della presa in carico si sono modificate con la presenza dell'Assistente Sociale direttamente all'interno dei vani ed attività della CDS. Si evidenzia infatti un aumento nella presa in carico pari al 63%. Questo dimostra una maggiore sensibilità della medicina del territorio al disagio sociale. Le segnalazioni effettuate presso i locali della CDS dalla sua apertura ad oggi sono state 41, delle quali ad oggi 26 risultavano situazioni già conosciute e con progetto in atto, ma 15 risultavano sconosciute ai servizi. Tale dato va interpretato nell'ottica del lavoro per la emersione del disagio sociale non "diagnostico" direttamente dalla rete classica dei servizi.

Gli altri indicatori esaminati sono riportati

nella Tabella 2. Si può notare come la specialistica (visite + prestazioni diagnostiche), gli accessi domiciliari, le prestazioni aggiuntive e le vaccinazioni (escluse le campagne anti-influenzali) abbiano avuto un trend positivo. Negativo il tasso di ricovero ed in particolare i codici di accesso bianco ed azzurro al pronto soccorso.

Conclusioni

Questi andamenti indicano come la Casa di Cura Sant'Andrea di Empoli possa essere considerata una fra le possibili risposte organizzative del territorio alle situazioni socio sanitarie che mutano. Infatti tutti i dati prodotti mostrano la vocazione domiciliare ed ambulatoriale e quindi territoriale di tale struttura nel senso della presa in carico, del follow up della cronicità e della appropriatezza.

Nuovi e più approfonditi calcoli saranno necessari per avallare il trend di dati sopra esposto, ad esempio l'interazione con il servizio di Continuità Assistenziale.

TM

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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

Anoressia nervosa

Aspetti clinici e di laboratorio per la pratica in medicina del territorio

Introduzione

I *disturbi del comportamento alimentare* (DCA) sono un gruppo di condizioni, estremamente complesse e strettamente intercorrelate tra loro, che comportano una progressiva e significativa compromissione del benessere psico-fisico e delle relazioni sociali dell'individuo.

Il nucleo psicopatologico, comune alle diverse forme, è un insieme di percezioni e convinzioni distorte riguardo all'alimentazione e al peso corporeo, associate alla paura di ingrassare e ad un profondo disagio per il proprio aspetto fisico. In genere inizialmente la persona cerca di far fronte a questi disagi con una dieta, che è spesso il fattore scatenante della patologia. I DCA riconoscono alla loro base un mosaico di fattori causali: genetici, biologici, familiari, vitali (es. traumi, lutti) e psicologici (insoddisfazione per il corpo, perfezionismo, bassa autostima, difficoltà a riconoscere e regolare le emozioni, difficoltà nel controllo degli impulsi e nelle relazioni interpersonali); di particolare rilievo sono poi i fattori socio-culturali (l'ideale di magrezza, il culto per l'immagine, la pressione per prestazioni e risultati elevati). Il DCA viene spesso elaborato come una sorta di "soluzione" rispetto ad una situazione di profonda sofferenza. Tuttavia, nessuno dei vari elementi eziologici può, da solo, scatenare la malattia ed influenzarne il decorso. Per questo è sempre necessario un approccio multidisciplinare sia per la piena comprensione sia per la gestione di queste patologie. Nell'adolescenza il DCA con *caratteristiche cliniche più gravi* è l'*anoressia nervosa* (AN). Dato l'incremento di questa forma, una particolare attenzione dovrebbe essere posta ai comportamenti alimentari e ai rapporti con il cibo da parte dei medici delle cure primarie che hanno in "care" soggetti adolescenti, in quanto una diagnosi e un inquadramento clinico precoce possono influire sulla programmazione del percorso terapeutico e sull'outcome.

Note epidemiologiche

Come accennato, l'AN (prevalenza ~1-2%) è una patologia tipica dell'età adolescenziale (picco di esordio 14-17 anni), che predilige il sesso femminile (rapporto femmine/maschi = 9/1-3/1). Vi è comunque una differente prevalenza in rapporto all'età tra i due sessi (prepubertà o prime fasi della pubertà 1/1; media adolescenza 1/10; tarda adolescenza o giovane adulto 1/20). Tali differenze dovrebbero essere tenute ben presenti anche perché si sta verificando un abbassamento della soglia d'insorgenza dei DCA, con la comparsa sempre più frequentemente del disturbo in età prepubere, dove la differenza di sesso è meno significativa.

SILVANO BERTELLONI (Pediatria, Presidente Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza)^o,
GIOVANNI GRAVINA (Endocrinologo)*,
FILIPPO MURATORI (Neuropsichiatra Infantile)[^],
ROSSELLA PAOLICCHI (Psicologa e Psicoterapeuta)*,
LORETTA PENNACCHI (Dietista)*,
SILVIA MAESTRO (Neuropsichiatra Infantile)[^],
ELENA BRUNORI (Pediatria)[^],
PIERO RAGLIANTI (Neuropsichiatra infantile)*,
CHIARA MONTALTO (Neuropsichiatra Infantile)[^],
SILVIA GHIONE (Medico specializzando in Pediatria)^o,
ELEONORA DATI (Medico specializzando in Pediatria)^o,
GIAMPIERO I. BARONCELLI (Pediatria)^o

^o Sezione di Medicina dell'Adolescenza, UO. Pediatria II, Dipartimento Materno-infantile, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana - Pisa

* Centro Arianna per i Disturbi del Comportamento Alimentare, AUSL 5 - Pisa

[^] U. O. NPI 3: Psichiatria dello Sviluppo, IRCCS Stella Maris - Pisa

Le classi sociali più a rischio sono quelle medio-alte dei paesi occidentali, ma si sta ormai assistendo alla diffusione a tutte le fasce di popolazione e alle persone di origine extra-occidentale. Stanno inoltre aumentando le forme atipiche [*disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati* o ED-NOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified)] e tentativi di dimagrimento non necessari tra gli adolescenti. In USA, un recente studio ha messo in evidenza che il 60% delle ragazze e il 30% dei ragazzi ha cercato di perdere peso nel mese precedente l'indagine. In Italia, è stato dimostrato in un campione di oltre 5500 adolescenti (età 12-21 anni) che l'11% dei soggetti era a rischio per DCA con una percentuale abbastanza simile tra femmine (11.5%) e maschi (10.2%). Da quest'ultima indagine è inoltre emerso come elementi cognitivi quali l'attenzione al corpo e alla sua immagine (in passato presenti dalla media adolescenza) insieme a sensazioni di insoddisfazione e di inadeguatezza interessino fasce di età sempre più basse; queste variazioni nella espressione di vissuti psicologici potrebbero essere connesse con le modificazioni nel biologico (*anticipo dei tempi della pubertà*) e nel sociale (*ritardo dell'acquisizione di ruoli adulti*) che caratterizzano attualmente l'adolescenza.

Criteri diagnostici

La diagnosi di anoressia nervosa si basa sul rilievo di specifici criteri codificati nel DSM-IV (Tabella 1). Tali criteri possono tuttavia essere non del tutto adeguati, in particolare in età evolutiva, in quanto non tengono conto delle caratteristiche di un soggetto in fase di crescita, delle caratteristiche del disturbo nei maschi e delle alterazioni endocrine sempre presenti in queste persone. Nell'inquadramento clinico, il medico deve quindi tenere presenti anche i criteri proposti dall'ICD-10 (Tabella 2) – almeno fino a quando non sarà disponibile il DSM-V – soprattutto quando ci si trovi a valutare un soggetto in fase pre-adolescenziale o adolescenziale.

Valutazione clinica

Clinicamente, il calo ponderale è l'elemento cardine per la diagnosi di anoressia nervosa. Il medico deve quindi cercare di quantificare la riduzione di peso o dell'indice di massa corporea (BMI, kg/m²), il periodo di tempo in cui questa è avvenuta e le strategie utilizzate per raggiungerla. A questo proposito si dovrebbero stabilire accuratamente le modalità con cui si è attuata la restrizione dell'intake calorico (salto dei pasti, riduzione delle porzioni; selezione del tipo di cibi, etc.); la presenza o meno di condotte eliminatorie (eccessi-

va attività fisica, vomito, uso di lassativi, farmaci, etc.) o l'associazione di ambedue i comportamenti. In un adolescente che non ha ancora raggiunto la statura adulta, il primo segno può essere un rallentamento o un arresto della crescita staturale.

Come anticipato, si deve porre particolare attenzione alle forme cosiddette “sottosoglia” o “parziali”, cioè che non rispondono a tutti i criteri di Tabella 1, ma che hanno problematiche cliniche altrettanto serie, specie in età pre- e puberale (Tabella 3), valutare la possibile presenza di comorbidità psichiatrica o individuare situazioni sociali a rischio (abusi sessuali, omosessualità, abuso di alcool o sostanze, alcuni tipi di sport, ADHD, etc.).

In Tabella 4, sono riportati i principali segni e sintomi dell'anoressia nervosa. Le varie manifestazioni sono la conseguenza della perdita di peso e del grave stato di denutrizione e, eventualmente, dei mezzi utilizzati per mettere in atto le condotte eliminatorie (vomito, lassativi, etc.). Anche se alcuni di tali segni e sintomi ricordano l'ipotiroidismo, come conseguenza di un'alterazione nel metabolismo periferico degli ormoni tiroidei (“low T3 syndrome”), è opportuno ricordare che questa situazione non deve essere ovviamente trattata con tiroxina in quanto indice di un adattamento dell'organismo allo stato di denutrizione.

Tabella 1 - Anoressia Nervosa: Criteri diagnostici

DSM IV (APA 1994)

- Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (cioè un peso corporeo < 85% rispetto al valore normale e/o un BMI < 17.5 kg/m²).
- Intensa paura di acquistare peso e/o “di diventare grassi” (anche quando si è sottopeso).
- Percezione alterata del proprio peso o del proprio aspetto fisico, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della condizione di sottopeso.
- Nelle femmine post-menarca, amenorrea secondaria (assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi).
- Sottotipi:
 - “Restricting type”: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione;
 - “Binge eating/purging type”: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Tabella 2 - Anoressia Nervosa: Criteri diagnostici

ICD-10 (WHO 1992)*

- Peso corporeo di almeno il 15% al di sotto del peso minimo normale o BMI < 17.5 kg/m². *Nei soggetti prepuberi, mancato incremento di peso.*
- Perdita di peso autoindotta (selezione cibi, condotte eliminatorie, eccesso attività fisica, uso di farmaci).
- Alterata percezione dell'immagine corporea.
- Alterazione dell'asse ipotalamo ipofisi-gonadi (*nelle donne: amenorrea; nei maschi: perdita di interesse sessuale e/o impotenza*). *Possibile aumento di cortisolo e GH; anomalie nel metabolismo periferico degli ormoni tiroidei.*
- *Nei soggetti prepuberi: ritardo e/o arresto della pubertà: arresto di crescita, amenorrea primaria (femmine), mancato incremento del volume testicolare (maschi).*

* in corsivo le caratteristiche aggiuntive rispetto ai criteri del DSM-IV.

Tabella 3 - Disturbi della condotta alimentare non altrimenti specificati (EDNOS)

- Per il sesso femminile, tutti i criteri per l'anoressia nervosa presenti, ma ciclo mestruale rimane regolare.
- Tutti i criteri per l'anoressia nervosa sono soddisfatti, ma il peso attuale è nella norma nonostante una significativa perdita di peso.
- Tutti i criteri per la bulimia nervosa sono soddisfatti, ma le abbuffate e le condotte eliminatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi/settimana per 3 mesi.
- Disturbo dell'alimentazione incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate, ma in assenza delle regolari condotte eliminatorie tipiche della bulimia nervosa.
- Soggetti di peso normale, che si dedicano regolarmente ad inappropriate condotte eliminatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo.
- Soggetti che ripetutamente masticano e sputano, senza deglutire, grandi quantità di cibo.

Tabella 4 - Segni clinici e sintomi presenti nell'anoressia nervosa

Sintomi	Segni
• Confusione mentale, difficoltà di concentrazione • Particolare sensibilità al freddo • Eccessiva copertura con abiti ampi • Astenia, facile faticabilità, apatia, letargia • Cefalea, vertigini, lipotimia • Stipsi (anche importante) • Gonfiore addominale/senso di ripienezza/gastralgia • Flatulenza, dolori addominali • Tintinnii, sincopi, lipotimie • Amenorrea (primaria o secondaria) • Ridotto interesse sessuale • Disturbi del sonno (risvegli precoci mattutini) • Aumentata attività fisica (in particolare al mattino) • Infertilità (scarsamente riportata dall'adolescente) • Palpitazioni • Poliuria • Crisi tetaniche	• Riduzione BMI • Emaciazione • Regressione/assenza sviluppo puberale • Arresto di crescita staturo-ponderale • Cute secca/Capelli sottili/Alopecia • Lanugo (dorso, braccia, viso) • Ipercarotenemia (palme di mani e piedi) • Calli dorso delle mani • Acrocianosi/Edemi • Tumefazione ghiandole salivari (se vomito) • Erosioni dentali • Petecchie • Ipotermia • Bradicardia, ipotensione • Ipotrofia e debolezza muscolare (prossimale) • Riduzione riflessi tendinei • Irritabilità, difficoltà ideazione, depressione

In Tabella 5, sono riassunti le principali indagini di laboratorio utili per il monitoraggio dell'anoressia nervosa. Si deve tenere presente che nessuna valutazione strumentale è patognomonica, per cui la diagnosi è sempre e solo eminentemente clinica. Tuttavia, le indagini strumentali sono importanti, oltre che per monitorare le complicanze

della denutrizione, anche per discutere con la persona affetta da anoressia nervosa il programma terapeutico, focalizzandolo alla risoluzione di alterazioni organiche piuttosto che sul solo recupero del peso corporeo. In Tabella 6, sono poi riassunte le patologie mediche e psichiatriche che entrano in diagnosi differenziale.

Tabella 5 - Anoressia nervosa: parametri di laboratorio utili nel monitoraggio del disturbo

parametri	Elementi di rilievo messi in evidenza dall'indagine di laboratorio
Emocromo	Leucopenia, piastrinopenia, anemia di grado variabile
Glicemia	Valori ridotti in grado variabile, possono contribuire ai disturbi neuro-psichici.
Elettroliti	In particolare, si possono riscontrare deficit di potassio, sodio e calcio; magnesio e fosforo possono risultare ridotti oltre che per la denutrizione, per diarrea o abuso di diuretici. I livelli sierici possono risultare normali per redistribuzione idrica.
Transaminasi	Aumentate per steato-epatosi e anche per abuso di alcol/farmaci.
Proteine	Ridotte, a volte iperalbuminemia in conseguenza dell'ipovolemia.
Creatinina	Aumentata per disidratazione e emoconcentrazione.
Ferritina	Aumentata, per contrazione microcircolazione e sequestrazione di ferro dalle emazie.
PCR/VES	Normali o ridotte, escludono cause infiammatorie alla base della malnutrizione.
Esame urine	Pseudodiabete insipido.
ECG	aumento intervallo QT corretto, bassi voltaggi, aritmie (può essere utile un'ecografia cardiaca per documentare un versamento pericardico).
Densitometria ossea	Riduzione della densità ossea di grado variabile, in rapporto alla sede esaminata e al periodo di amenorrea.
Bioimpedenziometria	Riduzione della massa grassa e della massa magra, alterazione dello stato di idratazione cellulare.
Indagini endocrine	LH, FSH, 17β-estradiolo (o testosterone nel maschio), FT3, TSH, IGF1, leptina: ridotti come conseguenza dello stato di denutrizione.

Tabella 6 - Anoressia Nervosa: Diagnosi differenziale

Patologie mediche	Patologie Psichiatriche
• Malattie infiammatorie croniche intestinali • Malattia celiaca • Patologie endocrine (<i>ipertiroidismo, ipotiroidismo, panipopituitarismo, malattia di Addison</i>) • Diabete mellito • Tumori cerebrali/Neoplasie occulte	• Depressione • Disturbi affettivi • Disordine ossessivo-compulsivo • Schizofrenia • Abuso di sostanze • Disordini paranoici

Conclusioni

L'anoressia nervosa e le altre forme di DCA sono in aumento nella popolazione adolescenziale, come verifichiamo anche dal costante incremento di richiesta di assistenza per forme più o meno gravi di DCA presso i nostri centri.

I professionisti delle cure primarie (pediatri di famiglia, medici di medicina generale) hanno un ruolo fondamentale nella diagnosi precoce, anche se questi disturbi risultano ancora troppo spesso misconosciuti tanto che è segnalato un ritardo diagnostico in molti soggetti. Semplici questionari da utilizzare in ambulatorio possono essere di ausilio per superare questo ritardo e permettere un'individuazione più precoce degli adolescenti

con DCA (Tab. 7).

I medici delle cure primarie hanno inoltre il compito di accompagnare i singoli individui nelle varie fasce di età promuovendo un'alimentazione fisiologicamente equilibrata e attivando precocemente i percorsi (in termini di strutture e figure specialistiche) più idonei ad aiutare gli adolescenti fin dalle prime manifestazioni cliniche evocative di un DCA.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: s.bertelloni@ao-pisa.toscana.it

TM

Tabella 7 - Lo screening per DCA in ambulatorio in 5 punti* (MCDGC)

- Ti ritieni **Malato/a** in quanto ti senti a disagio per essere "troppo pieno/a"?
- Sei preoccupato/a per il fatto di perdere il **Controllo** su quanto mangi?
- Sei **Dimagrito/a** più di 6 kg negli ultimi 3 mesi?
- Pensi di essere **Grasso/a** mentre gli altri dicono che sei troppo magro/a?
- Ritieni che il **Cibo** domini la tua vita?

* 1 punto per ogni "sì": un totale ≥ 2 suggerisce di approfondire la valutazione per DCA

Il bollettino biometeorologico

Un utile strumento a supporto della sorveglianza attiva della persona anziana fragile

La biometeorologia è una scienza multidisciplinare che ha radici molto antiche, ma le relazioni tra condizioni meteorologiche e salute umana stanno divenendo sempre più evidenti a causa anche dei recenti mutamenti del clima. Proprio per questo motivo, le Organizzazioni e gli Enti che si occupano di salute a livello globale, nazionale o locale, si stanno organizzando attraverso i servizi di previsione biometeorologica. In Italia ne sono attivi alcuni finalizzati all'emissione di bollettini a cadenza

quotidiana o settimanale, che forniscono allerte su scala regionale o nazionale in caso di ondate di calore. Anche all'estero si contano alcune esperienze analoghe ed esistono enti che diffondono previsioni biometeorologiche a livello continentale, con un dettaglio prognostico che tuttavia risente della scala di riferimento troppo estesa e quindi non rappresenta un valido supporto di prevenzione e soccorso

in caso di criticità a livello locale.

Il Laboratorio Meteosalute (www.biometeo.it), sviluppato del Centro Interdipartimentale di

SIMONE ORLANDINI¹, PATRIZIO NOCENTINI²,
MARTINA PETRALLI¹, MARCO MORABITO¹,
LORENZO CECCHI¹, NICOLA CARUSO²,
LORENZO CATANIA¹, DANIELE MANNINI¹

¹ Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia - Università degli Studi di Firenze

² Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Settore Integrazione Socio Sanitaria e Non Autosufficienza - Regione Toscana.

Bioclimatologia dell'Università di Firenze (CIBIC, www.cibic.unifi.it) grazie al supporto del Servizio Sanitario della Regione Toscana, ha quindi un carattere di unicità, rappresentando l'unico servizio biometeorologico operativo per tutti i giorni dell'anno che mira ad una previsione dettagliata su tutti i comuni della Toscana. L'obiettivo è quello di supportare i singoli distretti Socio-Sanitari, in modo da organizzare interventi mirati e puntuali, fondamentali in un territorio come quello toscano ricco di microclimi diversi che generano condizioni biometeorologiche ampiamente eterogenee.

Il bollettino biometeorologico a supporto del servizio di sorveglianza attiva dei soggetti anziani "fragili" nasce nell'estate del 2004, dopo i noti eventi dell'ondata di calore del 2003, dall'esigenza della Regione Toscana di promuovere maggiori azioni di sostegno e fornire assistenza sanitaria e supporto concreto alle persone anziane. Il bollettino, specifico per ogni singolo comune toscano ed oggi attivo per tutto l'arco dell'anno, riporta il livello di rischio per caldo o freddo, indicazioni relative ai valori termici previsti nelle 48 ore, ed informazioni relative ad ulteriori condizioni biometeorologiche rilevanti per la salute (ad es. gelate, vento forte, elevate escursioni termiche, ecc.) (Figura 1).

Dopo questi primi anni di servizio, il CIBIC e la Regione, al fine di migliorare le informazioni contenute nel bollettino biometeorologico e per renderle meglio adatte alle diverse realtà assistenziali regionali, hanno elaborato uno specifico questionario di valutazione diretto ai referenti

dei distretti socio-sanitari toscani. Il questionario ha ottenuto risposte da 27 dei 34 referenti. Il primo dato che emerge dal questionario proposto è l'apprezzamento generale del servizio di previsione biometeorologica, in particolare per quanto riguarda la segnalazione dei giorni critici per la salute. Il bollettino biometeo viene letto quotidianamente da tutti i referenti che hanno risposto al questionario e le informazioni contenute sono ritenute di facile comprensione. Inoltre il 94% delle risposte indica che le informazioni fornite sono effettivamente utilizzabili per pianificare interventi sanitari aggiuntivi per i soggetti monitorati. Un risultato molto importante riguarda gli interventi da eseguire in base alle allerte individuate tramite il bollettino: queste vengono utilizzate per interventi socio-sanitari straordinari (68%) secondo una certa gradualità nei livelli di allerta (75%), anche se non si riscontra una particolare attenzione nell'articolazione di diverse tipologie di interventi sanitari sulla base delle informazioni aggiuntive contenute nel bollettino.

I referenti hanno giudicato le informazioni contenute sul bollettino utilizzando una scala a 5 livelli (1 = inutile; 5 = molto utile). Le informazioni riguardanti l'eventuale verificarsi di giorni critici e l'indicazione della temperatura apparente massima vengono considerate le più utili (Figura 2), così come l'ora in cui si verificherà la temperatura apparente massima e l'indicazione del rischio di elevati tassi di umidità (utilità effettiva per il 96% dei referenti); un ottimo grado di apprezzamento è espresso anche per l'indicazione della presenza

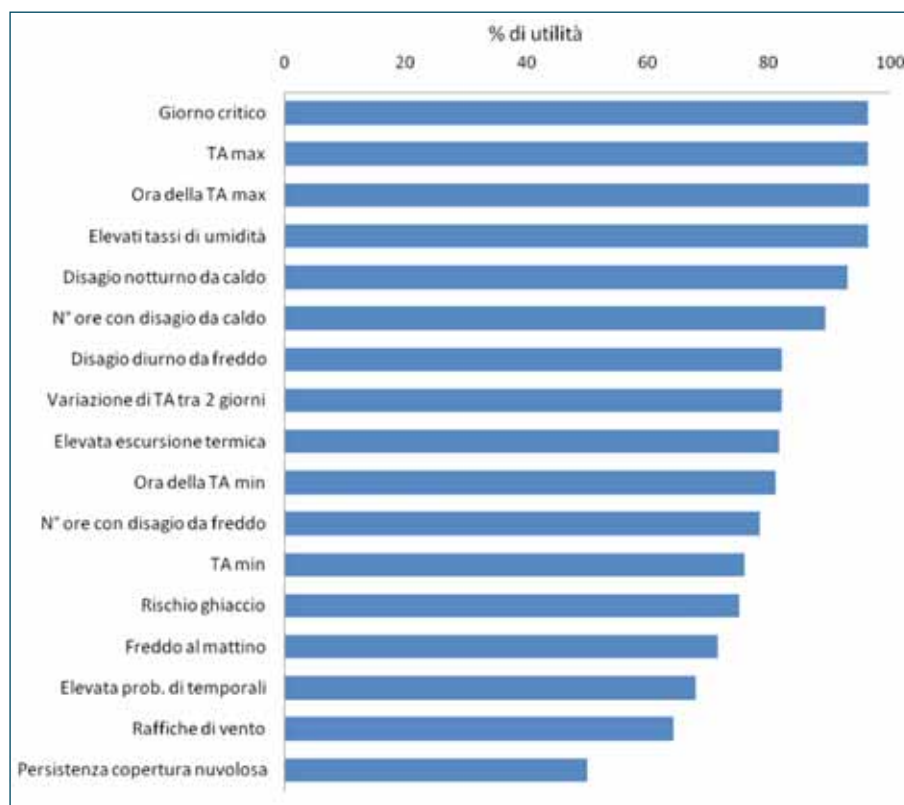


Figura 1 - Esempio di bollettino di previsione delle condizioni biometeorologiche inviato quotidianamente ai referenti dei distretti socio sanitari toscani.

di disagio notturno da caldo (93%) e disagio diurno da freddo (82%). Utile viene, poi, considerata anche l'indicazione sul numero di ore con disagio da caldo (89%) e la variazione termica prevista tra un giorno e il successivo (81-82%).

Gli avvisi riguardanti le giornate più fredde riscontrano un interesse leggermente inferiore, ma risultano comunque molto apprezzati: l'ora in cui viene prevista la temperatura percepita minima è risultato il dato più utile per quanto riguarda le informazioni sul freddo, con una percentuale di utilità effettiva dell'81%, seguita del numero di ore con disagio da freddo (78%) e dal valore della temperatura apparente minima prevista (76%); una percentuale inferiore di apprezzamento, ma

comunque sempre superiore al 70%, è attribuita all'informazione sul rischio di ghiaccio (75%) e sul freddo nelle prime ore del mattino (72%). In generale tutte queste informazioni sono utilizzate dagli operatori per effettuare interventi socio-sanitari (68%) come telefonate giornaliere o visite a domicilio per i soggetti monitorati.

Il bollettino di previsione biometeorologica fornito dal CIBIC ha riscontrato, quindi, un ampio consenso da parte dei referenti che hanno risposto al questionario, evidenziando una sua reale utilità e dimostrandosi un ottimo servizio a supporto delle attività operative dei distretti socio-sanitari toscani.

TM



Figura 2 - Percentuale del grado di utilità effettiva delle informazioni riportate sul bollettino ("Utilità effettiva" comprende le risposte da "3 - abbastanza utile" a "5 - molto utile" dalla scala di valutazione a 5 livelli utilizzata dai referenti).

Sistema regionale di allerta per alimenti e mangimi (SARAM)

L'attivazione del sistema regionale di allerta per alimenti e mangimi ha rappresentato la risposta a livello regionale alla necessità di poter disporre di un sistema in grado di garantire lo scambio rapido delle informazioni sulle misure e azioni da attivare in relazione ad alimenti e mangimi, che rappresentano un grave rischio, diretto o indiretto, per la salute umana, animale e per la salubrità dell'ambiente; tali azioni possono comportare il ritiro dal commercio di un prodotto alimentare insalubre, sia nel caso si siano riscontrate non conformità in fase di autocontrollo, che di controllo ufficiale, sia nel caso si siano verificate e segnalate intossicazioni legate al consumo del prodotto.

Il SARAM si fonda su una rete i cui nodi sono denominati "punti di contatto", che permette una

rapida comunicazione delle informazioni necessarie a mettere in atto le opportune misure cautelative (Figure 1, 2).

G. ALLODI¹, F. ANGIÒ², E. BALOCCHINI³,
M.R. CACIOLLI⁴, G. GAROFALO⁵

¹ Università di Firenze - Dipartimento di Sanità Pubblica

² Referente del punto di contatto SARAM Regione Toscana

³ Responsabile Settore Igiene Pubblica Regione Toscana

⁴ Settore Igiene Pubblica Regione Toscana

⁵ Responsabile Settore Igiene Pubblica ASL 10 Firenze

Le notifiche di allerta rappresentano solo una parte delle segnalazioni che giungono al SARAM, in quanto all'interno di esso coesistono varie tipologie di segnalazioni:

1. Segnalazioni

di allerta o alert notification: contengono le informazioni relative ad alimenti o mangimi che rappresentano un grave rischio per la salute del consumatore e richiedono un intervento immediato in quanto il prodotto sospetto o pericoloso è entrato nel territorio regionale. Le segnalazioni di allerta sono sempre precedute da una analisi del rischio effettuata dalla Azienda USL, o dall'operatore del settore alimentare o dalla commissione europea.

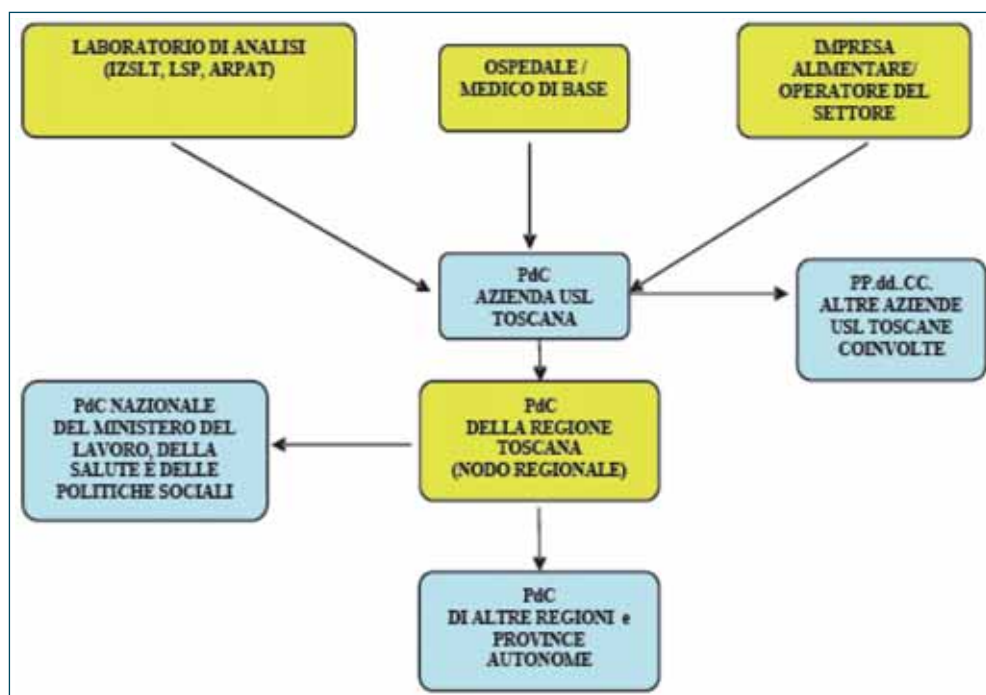


Figura 1 - Flusso informativo per allerta Interna.

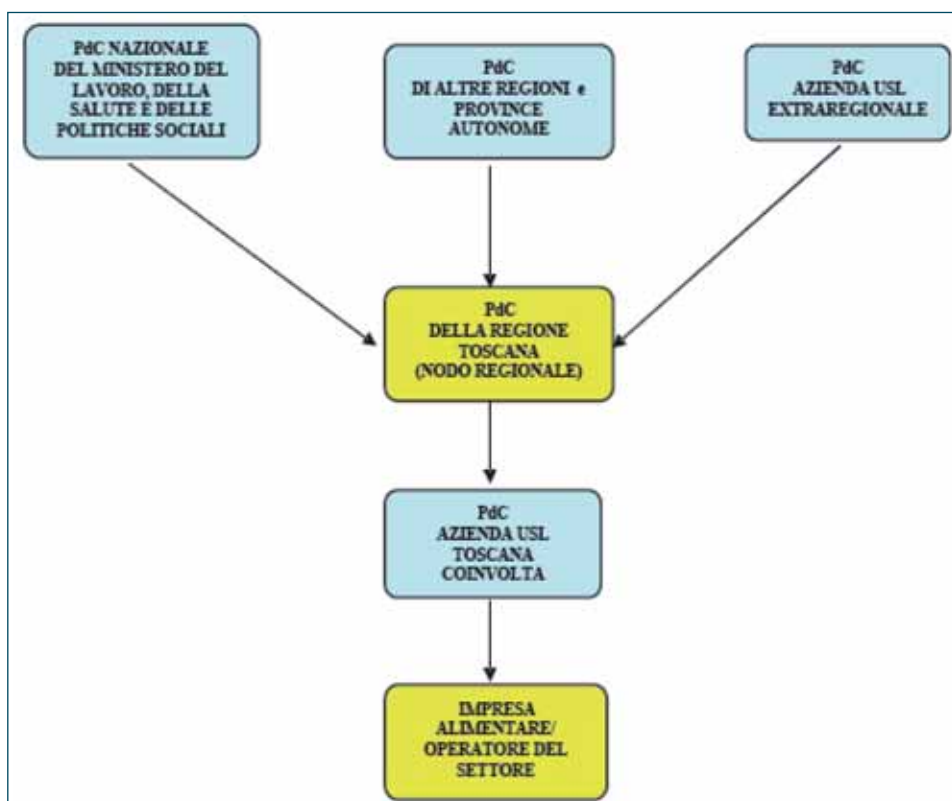


Figura 2 - Flusso informativo per allerta Esterna.

2. Segnalazioni per informazione o information notification: sono solitamente relative a prodotti non presenti sul mercato, o qualora non sussistano le condizioni affinché tali prodotti possano arrecare grave danno al consumatore e/o agli animali, per i quali non è necessario adottare misure immediate. La segnalazione si concretizza nella comunicazione al punto della rete interessato per il tramite del Nodo Regionale competente sull'impresa alimentare e al Punto di Contatto Nazionale.

3. Informazioni di carattere generale o

new: recano notizie di interesse generale sulla sicurezza degli alimenti e dei mangimi allo scopo di diffondere le conoscenze e le informazioni riguardo a particolari problematiche igienico sanitarie e vengono diffuse a tutti i membri della rete a fini epidemiologici o statistici.

Nel periodo 2004-2008 le segnalazioni di allerta hanno costituito la porzione preponderante all'interno delle segnalazioni complessive. Fonte: Punto di contatto SARAM Regione Toscana (Tabella 1).

Lo stesso andamento si è confermato nell'anno

Tabella 1

Anni	Tipo di segnalazione						TOTALE
	Segnalazione di allerta		Segnalazione per informazione		Informazione		
	Valori assoluti	%	v.a.	%	v.a.	%	
2004	148	55,6	95	35,7	23	8,7	266
2005	179	63,5	76	26,9	27	9,6	282
2006	148	70,5	24	11,4	38	18,1	210
2007	101	65,1	8	5,2	46	29,7	155
2008	126	76,8	13	8,0	25	15,2	164

2009, in cui le **197** segnalazioni totali erano così suddivise:

- Segnalazione di allerta: **148**
- Segnalazione per informazione: **13**
- Informazione: **36**.

Nel periodo 2004-2008 si è visto che, sul totale delle allerta riscontrate, mentre nel primo triennio le allerta provocate da alimenti di origine non animale (di competenza Igiene Pubblica - **IP**) sono state le più numerose, nei due anni successivi sono prevalse le allerta provocate da alimenti di origine animale (di competenza veterinaria - **VET**) (Tabella 2).

Tabella 2

Anni	Settore		
	Alimenti non origine animale (IP)	Alimenti origine animale (VET)	Totale
2004	95	53	148
2005	101	78	179
2006	78	70	148
2007	37	64	101
2008	57	69	126

Lo stesso trend si è mantenuto nel **2009**, anno in cui delle **197** totali segnalazioni di allerta, **90** hanno riguardato l'ambito IP, mentre **107** l'ambito VET.

Tipologia di contaminante

Più di un quarto delle segnalazioni totali, nel 2009, ha mostrato una contaminazione microbiologica (51 su 197).

Nell'ambito delle segnalazioni di competenza del settore veterinaria, il contaminante più frequente è stato di tipo microbiologico, mentre tra le

allerta afferenti al settore igiene pubblica il contaminante più rappresentato è stato "altra contaminazione chimica".

Per quanto riguarda la tipologia del contaminante, prevalgono nettamente, come negli anni precedenti, i contaminanti chimici e microbiologici con dati significativi relativi all'infestazione parassitaria e da micotossine.

Da segnalare ben 14 casi di confezionamento scorretto e altrettanti di etichettatura scorretta.

Dato significativo è il costante decremento delle adulterazioni, da 120 nel 2004 a 3 nel 2008 e a 1 nel 2009 (Tabelle 3-4, Figura 3).

Segnalazioni per provenienza del prodotto

Per quanto concerne la provenienza dei prodotti oggetto delle segnalazioni, nel 2009 si è riscontrato che su un totale di 197 prodotti, 95 avevano provenienza italiana, 29 provenivano dal Sud Europa e 28 dall'Asia.

I prodotti, come ben visibile nella tabella sottostante, provengono principalmente dal territorio nazionale, con eccezione del pesce che in 13 casi su 40 proviene dall'Europa del Sud, delle carni in 4 casi su 22 provengono dall'Asia ed infine noci, nocciole e snack che provengono in 5 casi su 14 dall'Asia (Tabella 5, Figura 4).

Confrontando i dati con quelli del periodo 2005-2008, appare evidente che i prodotti provenienti dall'Asia nel corso degli anni sono in significativo aumento (Tabelle 6-7).

Nell'anno 2009 il maggior numero di notifiche sono partite dal Ministero Salute, dalle Regioni Emilia Romagna e Lombardia seguite poi dalla Regione Veneto, che costituiscono le aree geografiche dove è situata la maggior parte della produ-

Tabella 3 - REGIONE TOSCANA - Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi. Segnalazioni per tipo di contaminante - Anno 2009.

Tipo di contaminante	SETTORE		
	Igiene Pubblica (IP)	Veterinaria (VET)	Totale
Altra contaminazione chimica	16	26	42
Contaminazione microbiologica	14	37	51
Micotossine	10	1	11
Adulterazione	1		1
Infestazione parassitaria	8	8	16
Confezionamento scorretto	5	9	14
Etichettatura scorretta	10	4	14
Altre biotossine		7	7
Non determinato / altro*	4	5	9
Residui di medicinali veterinari	1	2	3
Residui fitosanitari	5		5
Cambiamenti organolettici	3	1	4
Effetto avverso/reazione allergica	3	5	8
Corpi estranei	10	2	12
Totale	90	107	197

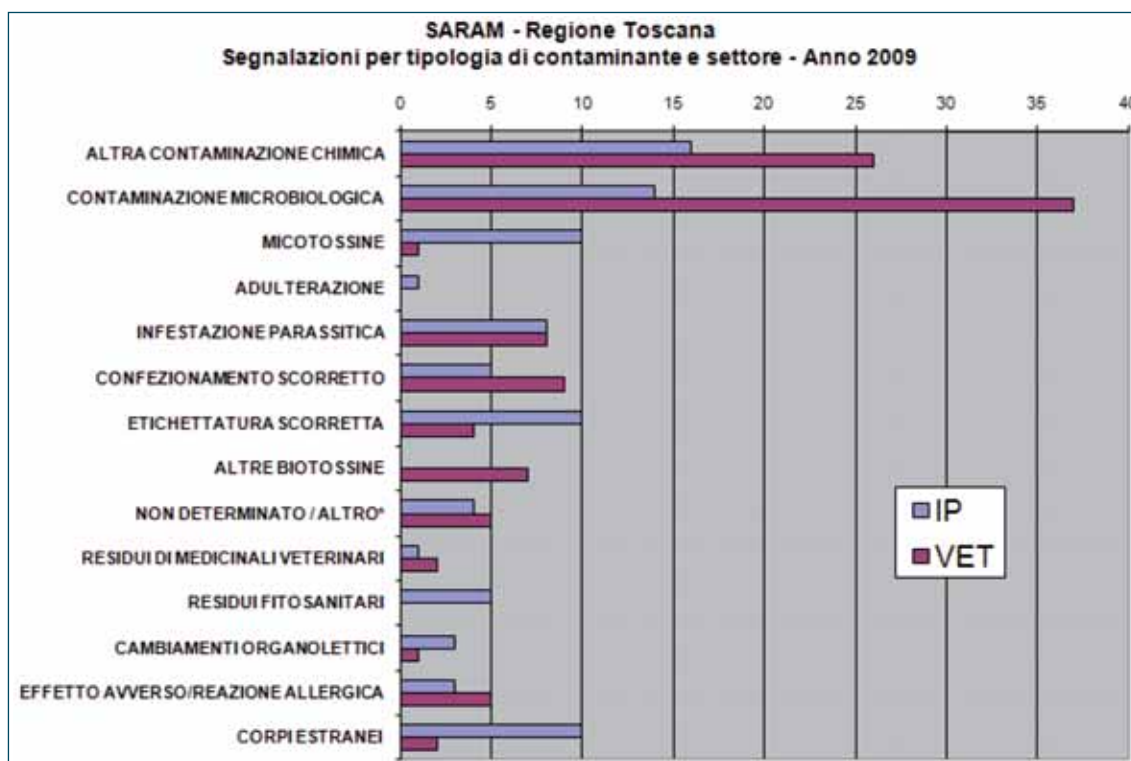


Figura 3 - REGIONE TOSCANA - Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi. Segnalazioni per tipo di contaminante - Anno 2009.

Tabella 4 - REGIONE TOSCANA - Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi. Segnalazioni di allerta per prodotto e contaminante.

	MIGRAZIONI	MERCURIO	SOLFITI	ALTRI CHIMICI*	LISTERIA	MONOCYTOGENES	ESCHERICHIA COLI	MUFFE	SALMONELLA	ALTRI MICROBIOLOGICI**	ALTRE BIOTOSSINE	ADULTERAZIONE	MICOTOSSINE	CAMBIAMENTI ORGANOLETTICI	CORPI ESTRANEI	PARASSITI	OGM	MEDICINALI VETERINARI	RESIDUI FITOSANITARI	EFFETTO AVVERSO/ REAZIONE ALLERGICA	CONFEZIONAMENTO SCORRETTI	ETICHETTATURA ASSENTE/INCOMPLETA	SCORRETTA	DOCUMENTAZIONE FALSA/ERRATA	NON DETERMINATO	TOTALE
PESCE		12		1	5						4				1	6				3						32
CIBI DIETETICI				1														1	1	1		3				7
CEREALI E PRODOTTI DA FORNO				1									1		4	2	3				1	1				13
CARNE				2	5					1					1						1				1	11
PIATTI PRONTI															2											2
BEVANDE NON ALCOLICHE										3				1							1					5
MOLLUSCHI				2		5					1													1		9
ERBE E SPEZIE								1																		1
LATTE E LATTICINI					1									1							1	1				4
MATERIALE PER USO ALIMENTARE	3																1									4
NOCI, NOCCIOLE, SNACK									3				4		1	2						3				13
PRODOTTI A BASE DI CACAO, CAFFÈ, TÈ	2										1											2				5
CROSTACEI			1	2																	1					4
GRASSI E OLI																										1
ADDITIVI										1			1	1							1					4
CONSERVE, SOTT'OLI				1	2					1									1	1						6
FRUTTA E VERDURA													2		1				1		1					5
FORMAGGI									1	1																2
MANGIMI				2					6				1													9
PASTA									1				1		1	3										6
SALSE E SUGHI								1	1													1				3
GELATI E DESSERT					1										1											2
TOTALE	5	12	1	12	14	5	2	12	7	5	1	10	3	12	13	4	1	3	5	8	11	1	1	1	1	148

* Cadmio, oli minerali, nitriti, arsenico, diossina

** no test BSE, batteri, materiale estraneo sospeso, stafilococco, pseudomonas aeruginosa.

Tabella 5 - REGIONE TOSCANA - Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi. Segnalazioni per provenienza del prodotto - Anno 2009.

	ITALIA	NORD EUROPA	SUD EUROPA	EST EUROPA	ASIA	AMERICHE	AFRICA	ALTRO	TOTALE
PESCE	5	7	13	4	6	2	1	2	40
CIBI DIETETICI	4	2	2			1			9
LATTE E LATTICINI	3	1							4
CARNE	16	1	1		4				22
CEREALI E PRODOTTI DA FORNO	9	1			1	2	1		14
MOLLUSCHI	8		3		3	2			16
BEVANDE NON ALCOLICHE	5		1			1			7
PIATTI PRONTI	2	1							3
ERBE E SPEZIE					1	1			2
NOCI, NOCCIOLE, SNACK	7				5	2			14
MANGIMI	8					1			9
GRASSI E OLI	1					2			3
MATERIALE PER USO ALIMENTARE	2				2			1	5
PRODOTTI A BASE DI CACAO, CAFFÈ, TÈ	2	2		1					5
FRUTTA E VERDURA	3		2		3				8
PASTA	6								6
ADDITIVI	1	2	2		1	1			7
CONSERVE, SOTT'OLI	5		1		1	1			8
CROSTACEI		2	2						4
ALTRO / MISTI*			1						1
FORMAGGI	4								4
SALSE E SUGHI	3				1				4
GELATI E DESSERT	1		1						2
TOTALE	95	19	29	5	28	16	2	3	197

* medicinale veterinario

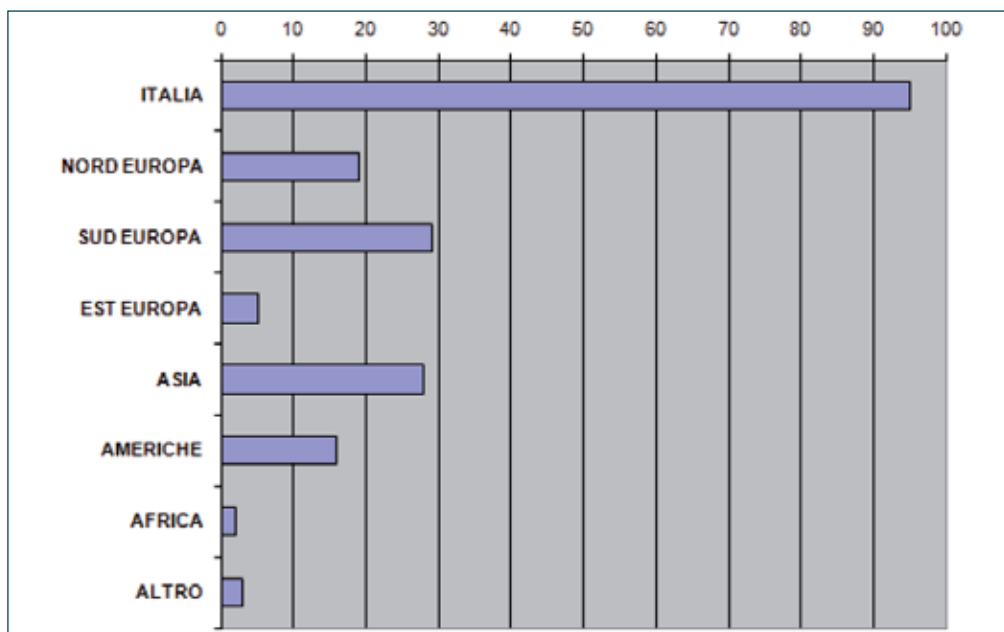


Figura 4 - REGIONE TOSCANA - Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi. Segnalazioni per provenienza del prodotto - Anno 2009.

Tabella 6 - Segnalazioni per zona di provenienza del prodotto. Toscana, anni 2005-2008.
Fonte: Punto di contatto regionale SARAM.

PROVENIENZA PRODOTTI	2005		2006		2007		2008	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Italia	231	81,9	115	54,8	88	56,8	99	60,4
Nord Europa	11	3,9	30	14,3	8	5,2	15	9,1
Sud Europa	16	5,7	22	10,5	25	16,1	18	11
Asia	20	7,1	23	10,9	21	13,5	21	12,8
America	2	0,7	16	7,6	11	7,1	6	3,7
Africa	2	0,7	3	1,4	-	-	-	-
Est Europa	-	-	1	0,5	2	1,3	3	1,8
Altro	-	-	-	-	-	-	2	1,2
TOTALE	282	100	210	100	155	100	164	100

Tabella 7 - REGIONE TOSCANA - Sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi. Segnalazioni per tipologia e provenienza - Anno 2009

Soggetto segnalatore	TIPOLOGIA			
	segnalazione di allerta	segnalazione per informazione	informazione	totale
Ministero Salute	21	4	11	36
Reg. Abruzzo		1		1
Reg. Campania	2			2
Reg. Emilia R.	21		8	29
Reg. Lazio	8		1	9
Reg. Liguria	7			7
Reg. Lombardia	21		3	24
Reg. Marche	1			1
Reg. Piemonte	8			8
Reg. Puglia	2			2
Reg. Sardegna	1		1	2
Reg. Sicilia			2	2
Reg. Umbria	5			5
Reg. Veneto	18	1	2	21
Prov. Bolzano	4		1	5
USL 1	5			5
USL 2			2	2
USL 3	2	1	1	4
USL 4		4	1	5
USL 5	2			2
USL 6	7		3	10
USL 7	1			1
USL 9	1			1
USL 10	5			5
USL 11	3	2		5
USL 12	3			3
TOTALE	148	13	36	197

zione agro alimentare.

In assoluto il maggior numero di segnalazioni di allerta si è avuto per non conformità riguardanti i prodotti della pesca (36) per presenza di mercurio, parassiti (larve di anisakis); seguono le allerta riguardanti noci, nocciole e snack (13), principalmente per presenza di micotossine, mentre le

allerta riguardanti cereali e prodotti da forno (13) sono dovute principalmente alla presenza di corpi estranei nella confezione del prodotto o all'interno del prodotto stesso e la presenza di OGM nella materia prima. La *Listeria monocytogenes* ha causato la maggior parte di allerta riguardanti i prodotti a base di carne.

Dementia 2010

Uno studio pubblicato dall'Università di Oxford¹ nel 2010 ha stimato in 26 miliardi di Euro, o l t r e l' 1, 2 % del PIL, la spesa sostenuta dall'economia britannica per assistere i cittadini affetti da Demenza. Questa cifra, riferita agli 820.000 casi conosciuti, porta ad un costo annuo di 31.575 Euro per ciascun caso, il corrispettivo di un salario medio. Per raffronto è stato calcolato che il costo annuo totale di un paziente affetto da Cancro è di 6.850 Euro, quello di un paziente affetto da Ictus di 5.450 e quello di un paziente cardiopatico di 3.945.

Nella maggioranza dei casi la Demenza è attribuibile ad una progressiva degenerazione dei neuroni di cui non si conoscono le cause e per cui non esistono attualmente significative possibilità di cura. La Demenza è strettamente correlata all'invecchiamento: la prevalenza nella popolazione è minima nelle età giovanili ed in quelle di mezzo, e assume un andamento di crescita esponenziale a decorrere dai 60 anni. La **Tabella 1** riporta i valori percentuali della Demenza nelle principali classi di età. Si

può vedere come, a decorrere dalla sesta decade di vita, la prevalenza raddoppi, o quasi, ogni quinquennio.

LUIGI TONELLI*, ANTONIO BAVAZZANO**,
MICHELE PATANÉ°

* Consiglio Sanitario Regionale

** Centro Regionale per l' Assistenza a Pazienti con Disturbi Cognitivi

° Facoltà di Economia, Università di Siena

La “pandemia” di Demenza riguarda tutti i Paesi dove è in atto la Transizione Demografica, cioè il passaggio da una popolazione con alti

tassi di natalità e di mortalità ad una popolazione con tutti e due i tassi in progressiva riduzione. Questo diverso regime demografico comporta un crescente aumento di prevalenza delle fasce più anziane di popolazione, e di conseguenza un maggiore carico di Demenza.

L'Italia è uno dei Paesi più coinvolti dalla Transizione Demografica, con un saldo di popolazione, al netto della variabile immigrazione, che si approssima ad essere negativo. Applicando le percentuali di Tabella 1 alla popolazione calcolata dall'ISTAT per i prossimi decenni si può stimare che il numero di persone anziane ed il conseguente carico di Demenza avranno valori non molto distanti da quelli riportati in **Tabella 2**.

Moltiplicando per i casi attesi in Italia il costo medio annuo di malattia calcolato dall'Università di Oxford, si può prevedere un costo complessivo per l'economia italiana di 36 miliardi e 700 milioni di Euro nel 2010 (l'1,58% del PIL), di 57 miliardi e 500 milioni di Euro nel 2030 e di 84 miliardi e 500 milioni di Euro nel 2050.

Queste previsioni contribuiscono a far ritenere che l'Italia rischi nel futuro di non riuscire a mantenere un “welfare” pari a quello attuale e forse già si avvertono i primi segni della crisi in arrivo: mentre una società etica richiede che gli affetti da Demenza ricevano tutte le cure necessarie, di qualsiasi tipo, la

Tabella 1 - Percentuale di casi di Demenza per classe di età

Classe età	% Demenza
60-64	0,6%
65-69	1,6%
70-74	3,5%
75-79	7,4%
80-84	15,7%
85-89	26,2%
90-94	41,0%
>95	46,3%

Tabella 2 - Popolazione anziana e casi di Demenza stimati. Anni 2010, 2030 e 2050. Pop.= Popolazione per anno e per classi di età. Dem.= soggetti affetti da Demenza.

classi età	Pop.2010	Dem. 2010	Pop.2030	Dem. 2030	Pop.2050	Dem. 2050
60-64	3.684.382	22.106	4.823.143	28.939	3.642.751	21.857
65-69	3.155.739	50.492	4.373.703	69.979	3.782.652	60.522
70-74	3.023.563	105.825	3.602.723	126.095	4.073.641	142.577
75-79	2.524.699	186.828	3.012.315	222.911	4.157.191	307.632
80-84	1.889.263	296.614	2.558.545	401.692	3.659.133	574.484
85-89	1.157.855	303.358	1.602.491	419.853	2.601.176	681.508
90-94	324.912	133.214	911.073	373.540	1.373.270	563.041
95+	140.155	64.892	380.223	176.043	707.677	327.654
Tutti	15.900.568	1.163.329	21.264.216	1.819.052	23.997.491	2.679.276
Pop.Gen.	60.224.114		62.128.993		61.716.517	

letteratura segnala che già ora talvolta questo non accade.

Facendo riferimento alla Toscana, Regione più “vecchia” dopo la Liguria - indice 2 di vecchiaia pari al 190% mentre la media nazionale è del 130%, indice di dipendenza pari a 50,2% con quota di ultrasessantacinquenni a carico della popolazione in età lavorativa del 34%, a fronte del 28% nazionale - il dato atteso per Demenza è quello riportato in **Tabella 3**.

Per la Demenza, una speranza può venire dai futuri avanzamenti della ricerca sanitaria. Tuttavia fa pensare il fatto, rivelato dallo studio di Oxford, che in una Nazione con forte e antica vocazione scientifica come la Gran Bretagna i finanziamenti pubblici e privati destinati alla ricerca medica siano così distribuiti: il 71% va alla ricerca sul Cancro, il 20% alle

malattie del cuore e, rispettivamente, il 6% ed il 4% alla Demenza ed all'Ictus.

Per quanto riguarda la Regione Toscana, da molti anni il Governo Clinico delle Demenze è oggetto di studi basati essenzialmente sull'integrazione tra competenze sanitarie e competenze sociali. Attualmente molte Commissioni lavorano per la ricerca di strumenti e per la costruzione di specifiche Linee Guida. La letteratura medica ha recentemente evidenziato l'importanza di una diagnosi tempestiva e di un intervento precoce. Pertanto una delle priorità è quella di avviare il percorso clinico-assistenziale fin dal sistema delle Cure Primarie.

Note

¹ <http://dementia2010.org/>

² http://www.irpet.it/index.php?page=infotoscana_popolazione&menu=off

Tabella 3 - Popolazione anziana e casi di Demenza stimati. Anni 2010 e 2050. Pop.= Popolazione per anno e per classi di età. Dem.= soggetti affetti da Demenza.

classi età	Pop.2010	Dem.2010	Pop. 2050	Dem.2050
60-64	242.913	1.457	232.926	1.398
65-69	219.066	3.505	240.605	3.850
70-74	204.574	7.160	264.509	9.258
75-79	174.301	12.898	275.621	20.396
80-84	140.617	22.077	242.146	38.017
85-89	87.948	23.042	171.767	45.003
90-94	26.055	10.683	89.136	36.546
95+	10.710	4.959	44.915	20.796
pop. 60+	1.106.184	85.781	1.561.625	175.262
tutta la pop.	3.708.189		3.967.996	

Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE,

UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI

(Seconda parte, prima parte nel numero precedente)

Benozzo Gozzoli coinvolge la dinastia medicea nel tema biblico del Corteo dei Magi e promuove la legittimazione aristocratica.

Benozzo
Gozzoli

Lorenzo e Giuliano de' Medici col precettore



Sigismondo
Malatesta

Galeazzo
Maria Sforza

Cosimo
de' Medici

Carlo, figlio illegittimo
di Cosimo

Piero
il Gottoso

Il Mago giovane
Lorenzo il Magnifico

Benozzo Gozzoli (1420-1497):
Corteo dei Magi,
Palazzo Medici Riccardi, Firenze.

Cosimo fu membro illustre e animatore della compagnia fiorentina dei Magi che si riuniva nella sagrestia di San Marco e curava la messa in scena di una rievocazione dell'arrivo dei Magi nella ricorrenza dell'Epifania. L'opera di Benozzo Gozzoli svela l'obiettivo di coinvolgimento di casa Medici nel tema biblico.

In testa al corteo è rappresentato il mago giovane, in cui si riconosce il ritratto idealizzato di Lorenzo il Magnifico; nella bardatura del cavallo si ritrovano espliciti riferimenti agli emblemi medicei. Fra i personaggi che seguono si individuano i ritratti da almeno tre generazioni della famiglia Medici; spicca fra tutti

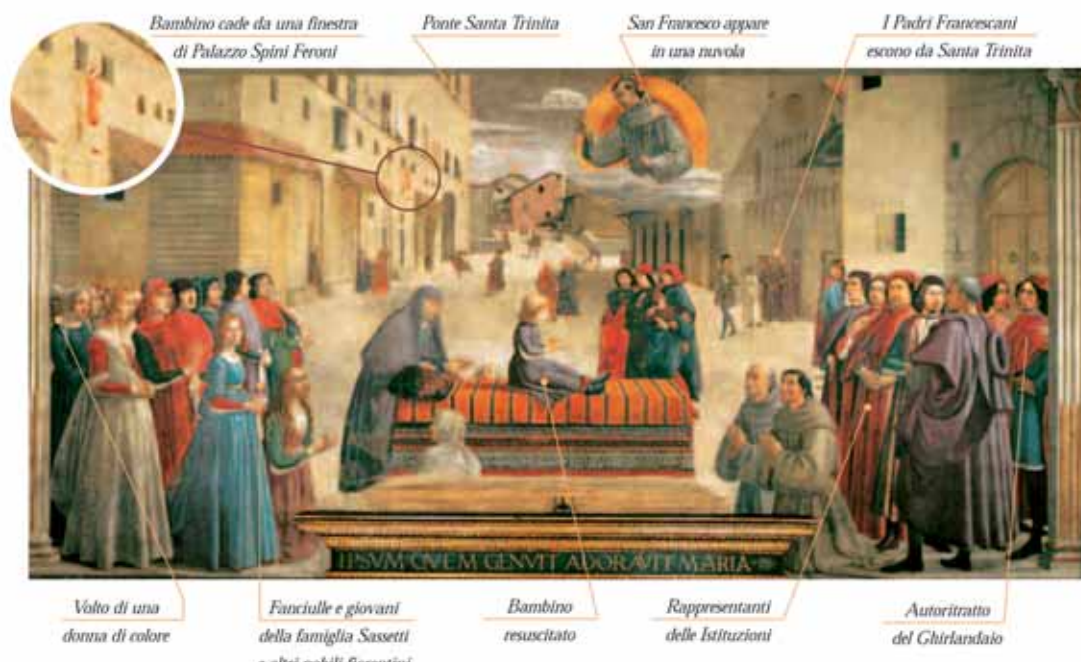
Piero il Gottoso, padre di Lorenzo, il primo del corteo su un cavallo bianco e in splendida veste; alla sua destra, su una mula, Cosimo il Vecchio, vestito di nero, si lascia ritrarre in una scena biblica senza dare troppo nell'occhio; era nel suo stile una proverbiale prudenza nell'esporsi!... Rappresentati anche personaggi di nobili famiglie italiane come i Malatesta e gli Sforza. Da qui discende l'obiettivo di legittimazione aristocratica di casa Medici simile a quella degli altri signori delle corti italiane. L'artista ha inserito anche la sua immagine che appare evidente con la scritta sul cappello: "OPUS BENOTII".



Beato Angelico (1395ca-1455):
Adorazione dei Magi,
Museo di San Marco, Firenze.

L'opera decora la cella di meditazione e di preghiera destinata in San Marco a Cosimo de' Medici. Il primo Re che bacia i piedi al bambino pittorico raffigura Cosimo che presiedeva in San Marco la prestigiosa confraternita dei Magi. Il secondo Re genuflesso è Piero il Gottoso, il terzo Giovanni, fratello di Piero. Nel linguaggio pittorico si legava in tal modo casa Medici al tema biblico e se ne rafforzava il prestigio.

Il Ghirlandaio è lo scenografo dell'alta borghesia fiorentina. La cronaca, illustrata attraverso le opere d'arte, è anche un'occasione per promuovere l'immagine dei committenti.



Domenico Ghirlandaio (1449-1494):

Resurrezione di un fanciullo, caduto da una finestra, ad opera di san Francesco, Firenze, Santa Trinita.

Un bambino cade da una finestra di Palazzo Spini Feroni, di fronte a Santa Trinita.

In primo piano il bambino resuscitato da san Francesco e la cerimonia di ringraziamento.

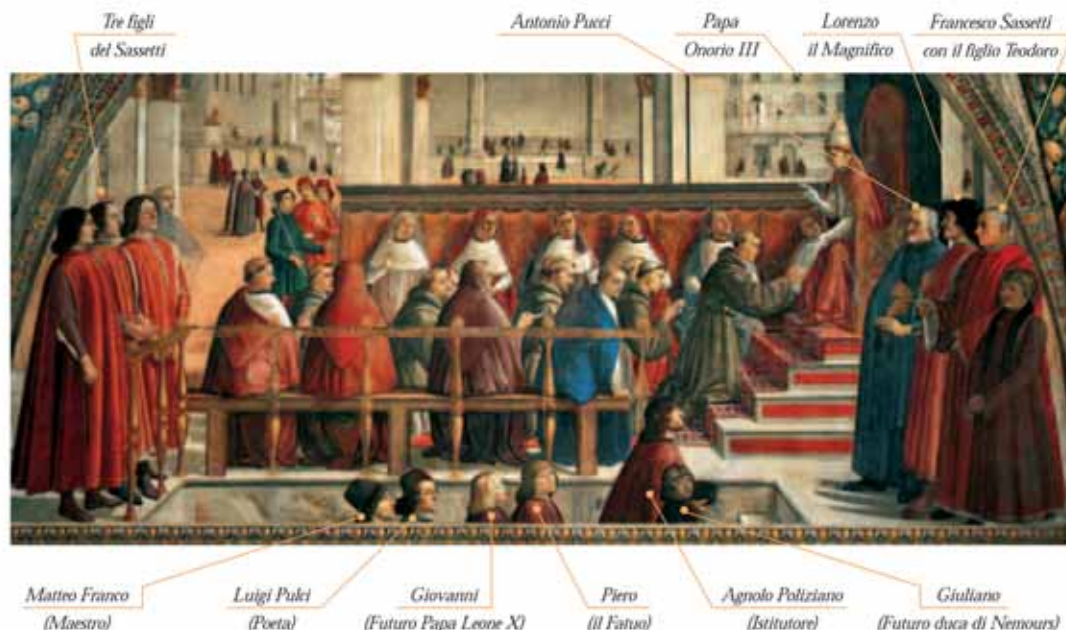
Il Ghirlandaio raffigura luoghi e costumi della Firenze del '400 con grande attenzione ai particolari e alla moda del tempo; è indicato come lo scenografo dell'alta borghesia fiorentina.

A destra i componenti della famiglia Sassetti, i membri delle botteghe artigiane e i dignitari delle istituzioni.

L'ultimo personaggio a destra vicino alla colonna è lo stesso Ghirlandaio.

A sinistra fanciulle e giovani della famiglia Sassetti, preziosamente vestiti, ostentano in mano fazzoletti ricamati; simbolo di uno status di nobiltà e riaggiunto benessere, oltre che oggetto utile per l'igiene personale. Seguono personaggi delle nobili famiglie degli Albizi, Acciaiuoli e Strozzi, tutti in posa per i loro ritratti.

Il Ghirlandaio sottolinea che la Firenze dell'epoca è già una città multietnica: in fondo al gruppo appare il volto inconfondibile di una donna di colore.



Domenico Ghirlandaio (1449-1494):

La conferma della regola, Cappella Sassetti, Firenze, Chiesa S. Trinita.

Si tratta del solo ritratto autentico e databile di Lorenzo il Magnifico. Assiso sul trono Papa Onorio III riceve gli umili monaci nell'atto di confermare la regola francescana. Alla destra di Lorenzo il Magnifico l'anziano Antonio Pucci, alla sinistra Francesco Sassetti, direttore generale della banca dei Medici. Sono raffigu-

rati, mentre salgono le scale, i figli di Lorenzo: il primo, Giuliano, futuro Duca di Nemours, accanto a lui l'istitutore Agnolo Poliziano. Alle spalle il fratello maggiore Piero, detto il Fatuo, segue il piccolo Giovanni futuro Papa Leone X, raffigurato ancora con i biondi e lunghi capelli che di lì a poco, all'età di 7 anni e mezzo, riceveranno la tonsura, segno tangibile di quella dignità che lo avrebbe avviato alla carriera prelatizia. Concludono il corteo altri due personaggi intimi del Magnifico, il

Maestro Matteo Franco e il Poeta Luigi Pulci. L'opera innalza i legami di casa Medici con la chiesa e la concordia con le famiglie fiorentine dei Pucci e dei Sassetti. Il Papa dorme con gli occhi del Magnifico Lorenzo si commentava all'epoca. Papa Innocenzo VIII, lasciando perdere le regole sui limiti d'età, nominò cardinale il tredicenne Giovanni, figlio di Lorenzo, futuro Papa Leone X. Nomina provvidenziale, il Papa avrebbe conservato il patrimonio dei Medici durante l'esilio dal 1494 al 1512.

L'arte, fonte di pubblicità commerciale, palese o occulta!...

Giovanni Agostino da Lodi (1467-1525):

Cena di Emmaus.

La tavola è apparecchiata secondo gli evoluti costumi della Venezia fine 400. Cristo risorto appare al centro del tavolo, sui lati i due pellegrini: "E avvenne che stando a tavola con essi prese il pane, e lo benedisse, e lo spezzò e ad essi lo porse" (Lc XXIV, 30).

Sono raffigurati con particolare evidenza l'oste e i quattro figli che servono a tavola. L'oste ostenta la sua mano in primo piano sul tavolo, vuole forse significare simbolicamente la sua partecipazione a quel convivio. "La mano che è con me sulla tavola..." così dice Gesù alludendo ai commensali. Con l'opera d'arte il committente evidenzia se stesso e la sua attività commerciale, nasce la pubblicità, palese o occulta!...



Giovanni Agostino da Lodi (1467-1525):

La Vocazione di Pietro e Andrea, Roma, Palazzi Vaticani, Cappella Sistina.

Gli artisti, nel rappresentare episodi a carattere sacro, inseriscono brani di vita quotidiana e immagini dei committenti, conoscevano bene il valore dell'arte come mezzo di propaganda! Alle spalle di Pietro e Andrea, inginocchiati davanti a Cristo, compaiono i delegati inviati da Firenze per togliere l'interdi-

zione papale sulla città; sono raffigurati anche i membri della colonia fiorentina a Roma, dove fecero costruire una Chiesa dei fiorentini e aprirono succursali delle loro attività commerciali. In prima fila un giovanetto ostenta un prezioso fazzoletto che simboleggia l'elevato status sociale del gruppo di cui fa

parte. Al centro, con la barba bianca, l'umanista Argyropulos, alla sua destra Giovanni Tornabuoni, rappresentante a Roma della banca medicea e tesoriere di Papa Sisto IV. L'arte, già informazione e promozione d'immagine, diviene anche un efficace mezzo pubblicitario di personaggi ed eventi politici.

L'omaggio di nobili signore fiorentine oscurato da Maria e Elisabetta.



Domenico Ghirlandaio (1449/1494):

*Nascita di san Giovanni,
Firenze, Santa Maria Novella.*

Elisabetta, cugina di Maria, dopo la nascita di Giovanni riposa in letto. L'artista, seguendo precise istruzioni imposte dal committente Giovanni Tornabuoni, sembra attribuire maggiore importanza al ritratto di alcune nobili signore appartenenti alla famiglia che alla scena biblica. In primo piano una aristocratica fanciulla stupendamente vestita tiene in mano un raffinato fazzoletto, simbolo di elevato status sociale. La donna più anziana, col capo velato, è Lucrezia Tornabuoni, madre di Lorenzo il Magnifico.

Il Ghirlandaio introduce le nobili signore in modo del tutto virtuale: non partecipano alla scena biblica, sono distaccate dal contesto, in forma irrigidita guardano distrattamente altrove! Un vero e proprio spot pubblicitario secondo il moderno linguaggio. L'artista, esaudito l'obbligo promozionale, introduce con forza evocativa il tema biblico e pone in risalto una ragazza giovanissima con una veste mossa dal rapido entrare in scena, quasi a passo di danza, in testa ha un cesto di frutta e in mano due fiasche, verosimilmente d'acqua. La giovane appare disancorata dalla scena promozionale:

fissa lo sguardo con quello di Elisabetta, è vestita come lei di celeste; la sola a contrapporre alla statica astrattezza degli altri personaggi un gioco di veli, pieghe, movimenti e simbologie rimane l'elemento centrale di questa natività.

La ragazza che guarda Elisabetta non è una comune ancella che porta doni dalla villa al seguito delle nobili dame fiorentine, come talora viene identificata. L'artista lascia indovinare questa presenza con un linguaggio da cui traspare il testo evangelico della Visitazione di Maria (Lc, 1, 39). Appena Elisabetta ascolta la voce di Maria, già in stato avanzato di gravidanza, che entra nella casa esulta: "benedetta tu fra le donne e benedetto il frutto del tuo grembo, a che debbo che la madre del mio Signore venga a me?" (Lc, 1, 42).

E' Elisabetta a salutare per prima in Maria la madre del redentore, così come sarà Maria a prendere per prima in braccio Giovanni. L'opera si completa con l'immagine di una giovane balia che sta allattando, mentre la lavatrice, con accanto una bacinella, protende le mani verso il bambino per il rituale bagno.



La chirurgia nel paziente anziano

L'incremento della popolazione anziana nei paesi industrializzati ha determinato l'aumento delle patologie età-correlate con notevoli ripercussioni sui sistemi assistenziali. Dal punto di vista dei ricoveri ospedalieri, questo ha comportato un aumento netto del numero di pazienti ultrasessantacinquenni le cui necessità di assistenza una volta dimessi vengono trasferite sulle strutture territoriali, sulle residenze e sulle famiglie, entrando talvolta in un circuito perverso di re-ricoveri, spesso in unità a minore intensità di cura, dove si assiste al rapido esaurimento delle riserve funzionali (il cosiddetto "scompenso a cascata").

Tutto questo ha contribuito a diffondere la considerazione che il paziente anziano sia "poco remunerativo" per le strutture assistenziali e di difficile collocazione in strutture ospedaliere sempre più orientate verso ricoveri brevi e percorsi di *fast-track*.

Gli ultrasessantacinquenni residenti nella Zona Firenze della ASL 10, dove si trova il P.O. di Santa Maria Nuova, rappresentano il 26% della popolazione contro il 22% delle altre zone con Indice di Vecchiaia (popolazione 65+ anni/popolazione 0-14 anni x 100) pari a 231 contro 160 delle altre zone e Indice Dipendenza Anziani (popolazione 65+ anni/ popolazione 20-64 anni x 100) è 44 contro 35 della restante popolazione ASL.

Sono stati considerati 1323 pazienti consecutivi sottoposti a intervento chirurgico presso la U.O. di Chirurgia Generale del P.O. di Santa Maria Nuova negli anni 2007-2008 e si è fatto riferimento esclusivamente a quanto riportato sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

I pazienti di età > 65 anni sono risultati essere 667 (50.4%) di cui 397 (30%) di età maggiore a 75 con prevalenza del sesso maschile (56%). La patologia infiammatoria e traumatica risultavano più rappresentate nelle decadi inferiori di età, quel-

la degenerativa e neoplastica nelle maggiori. Le Tabelle I e II descrivono la presenza e frequenza di comorbidità. Tale dato sicuramente sottostima

l'incidenza reale delle polipatologie in quanto esso è correlato all'accuratezza della compilazione della SDO. Il tasso di ricovero in Terapia Intensiva (I.C.U.) limitatamente ai pazienti ultrasessantacinquenni, è stato del 13.3% dopo chirurgia d'urgenza e del 12.1% dopo chi-

rurgia d'elezione. Tali valori di utilizzo della I.C.U. che possono sembrare eccessivi, vanno visti alla luce dell'alto numero di pazienti ASA III e ASA IV e della mancanza di una vera e propria P.A.C.U. (*Post Anesthesia Care Unit*) prevista invece nel blocco operatorio di imminente realizzazione.

L'invecchiamento (*aging*) si accompagna alla "fragilità" (*frailty*). La fragilità è definita come una ridotta capacità dell'organismo a mantenere l'omeostasi di fronte a stress fisici ed ambientali, con conseguente aumentato rischio di morbidità e mortalità (Tabella III). La "fragilità" è una sindrome in cui il soggetto è fortemente a rischio di diventare disabile. Il paziente di interesse "geriatrico" è quindi "diverso" da quello adulto: l'anziano fragile ha di solito un'età molto avanzata, una

S. CARDINI*, N. CONSOLE*, A. SARTI**,
E. BENVENUTI***, DE CHIARA*, U. FAGGI*,
C. FAZIO*, A. FRANCO**, A. GIOVANE*,
G. GIUDICI*, V. LEONE*, D. MISURI*,
P. PALAGI*, C. PIOVANELLI*

* U.O. Chirurgia Generale Ospedale Santa Maria Nuova - Firenze

** U.O. Anestesia e Rianimazione Ospedale Santa Maria Nuova - Firenze

*** U.O. Geriatria Ospedale Santa Maria Annunziata - Firenze

Tabella I - INCIDENZA COMORBIDITA > 65 anni

Nessuna	259 (38%)
1 (singola)	262 (32%)
2 (due comorbidità presenti in contemporanea)	126 (19%)
3 (tre comorbidità presenti in contemporanea)	6 (0,8)

Tabella II - FREQUENZA COMORBIDITA > 65 anni

Cardiopatia ipertensiva/ scompenso	233 (35%)
Aritmia	59 (9%)
Cardiopatia ischemica	37 (5,5%)
BPCO	35 (5,4%)
Diabete	29 (4%)
Obesità	4 (0,6%)

ridotta riserva funzionale perché affetto da una comorbidità a substrato cronico, può essere già disabile lieve o a rischio di diventarlo, ha una polifarmacoterapia con il relativo incremento delle reazioni avverse a farmaci, presenta una ridotta compliance farmacologica con un elevato rischio iatrogeno e spesso mostra una condizione socio-economico-ambientale critica.

Tabella III - *Sindrome da fragilità*

Stato di salute psicofisica estremamente instabile
Elevato rischio di rapido peggioramento delle condizioni generali e delle capacità funzionali in corso di eventi acuti, anche di modesta entità
Elevato rischio di ospedalizzazioni ripetute
Elevato rischio di complicanze
Guarigione dopo un evento acuto tardiva e spesso incompleta
Elevato rischio iatrogeno
Elevato rischio di cadute e fratture
Necessità di lunghi periodi di tempo per il raggiungimento della stabilizzazione clinica ed ancor più per un soddisfacente recupero funzionale
Elevato rischio di perdita della autosufficienza e di istituzionalizzazione
Elevata mortalità

Questo è il contesto in cui chirurgo e anestesista sono chiamati a prendere decisioni difficili sul giudizio di operabilità e sulle tecniche di intervento in caso di elezione e di urgenza.

I classici strumenti di valutazione preoperatoria (esami di laboratorio e classe A.S.A.) definiscono il rischio generico nei confronti della anestesia generale ma non sono specifici per il paziente geriatrico. Analogamente, strumenti più complessi come l'APACHE e il POSSUM indicano semplicemente che il paziente anziano e con polipatologie è un paziente a maggior rischio senza tener conto delle altre specificità del paziente geriatrico ad eccezione di età e comorbidità.

Il Comprehensive Geriatric Assessment (C.G.A.) con il suo acronimo italiano V.M.D. (Valutazione Multidimensionale) si è dimostrato lo strumento più adeguato di approccio al paziente anziano. La VMD (Tabella IV) permette di identificare e definire i diversi problemi di ordine clinico, funzionale, cognitivo/comportamentale, socio-economico ed ambientale che affliggono il paziente anziano. Ciascuna di queste dimensioni, deve essere correttamente valutata e affrontata con competenza al fine di produrre una prognosi ed un programma "globale" per il paziente. Il risultato della valutazione contribuisce a fornire al chirurgo e all'anestesista gli elementi per la pianificazione percorso chirurgico nei suoi particolari aspetti: dall'indicazione operatoria, alle strategie chirurgico-anestesiologiche, alla definizione dell'iter riabilitativo fino alla dimissione.

Una integrazione alla VMD nel caso di pazienti oncologici, è rappresentata dal P.A.C.E. (Preo-

perative Assessment of Cancer in Elderly), Tabella V. Sorprendentemente nel PACE gli elementi con maggiore peso prognostico relativamente a mortalità operatoria e a rischio di riospedalizzazione sono: la valutazione del BADL (Basic Activities of Daily Living) e la valutazione del IADL (Instrumental Activities of Daily Living). È ormai noto in ambito geriatrico che a parità di numero di malattie, chi ha un livello funzionale migliore è a minore rischio di ammalarsi (di nuove malattie o andare incontro alla riacutizzazione di malattie croniche) e di morire.

Il diffondersi negli ultimi 15 anni della chirurgia miniinvasiva ha mostrato la sua efficacia e tollerabilità anche in soggetti anziani. Tuttavia pur prescindendo dalle note controindicazioni assolute alla chirurgia mininvasiva, che sono indipendenti dall'età, il caratteristico accumulo di comorbidità del paziente anziano fa sì che spesso anche controindicazioni relative (glaucoma, patologia respiratoria, cardiopatia, obesità, deformità scheletriche e anchilosi) possano assumere la rilevanza delle assolute, riducendo di fatto l'applicabilità della tecnica al soggetto geriatrico.

Da citare infine il problema della dimissione e del follow up: è esperienza diffusa che spesso le condizioni del paziente dimesso si aggravano una volta a domicilio. In quest'ottica l'applicazione di programmi di sorveglianza sociosanitaria domiciliare, hanno mostrato di consentire l'individuazione e il trattamento precoce del deterioramento dello stato funzionale, della depressione, dell'affaticamento e del disagio socio-familiare, consentendo il prolungamento della sopravvivenza il miglioramento della qualità di vita e la riduzione dei re-ricoveri.

Tabella IV - *Valutazione geriatrica multidimensionale*

Valutazione antropometrica, socioeconomica e demografica
CIRS (Cumulative Index Rating Scale)
MMSE (Mini Mental State Examination)
GDS (Geriatric Depression Scale)
ADL (Activities of Daily Living)
IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
LSNS (Lubben Social Network Scale)
SF-12 Health Survey
Farmaci assunti
Stato nutrizionale

Tabella V - *P.A.C.E. (Preoperative Assessment of Cancer in Elderly)*

n° comorbidità
MMS (Mini Mental Status)
GDS (Geriatric Depression Scale)
BFI (Brief Fatigue Inventory)
PS (Performance Status)
ADL (Activities of Daily Living)
IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
ASA (American Society of Anesthesiology)

Da quanto detto emerge la necessità di un diverso approccio in ambito chirurgico all'“anziano fragile”, nei confronti del quale l'attuale organizzazione socio-sanitaria è assolutamente carente. Il chirurgo e l'anestesista dovrebbero essere affiancati, fin dalle prime fasi di ricovero, dai componenti da una Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) che andrebbe costituita in ogni ospedale per acuti. L' U.V.G., composta da geriatra, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, è in grado di costruire un percorso pensato per il singolo paziente utilizzando scale di valutazione che permettono agli operatori di parlare un medesimo linguaggio. Tale Unità potrebbe seguire tutto il percorso chirurgico dell'anziano: dalla fase intraospedaliera fino ed oltre la dimissione pianificando e prevedendo le necessità sia una volta dimesso verso il proprio domicilio che verso le strutture riabilitative e residenziali domiciliari nell'ottica di una precoce mobilitazione e riabilitazione.

Il più efficace esempio di sinergia tra geriatria e chirurgia è il modello “orto-geriatrico” della British Geriatric Society (BGS) ove in ambito ortopedico è attuato un percorso nel quale il paziente viene preso in carico dal geriatra fin dal momento in cui giunge al pronto soccorso per una frattura del femore.

Il modello consulenziale ha infatti ampiamente dimostrato la propria inadeguatezza nel fronteggiare le più frequenti complicanze geriatriche, come il *delirium*, poiché spesso esse necessitano di un trattamento ambientale oltre che farmaco-

logico e questo è possibile soltanto in ambito geriatrico. Anche l'aspetto idratativo-nutrizionale, la mobilitazione precoce, la rimozione rapida del catetere urinario necessitano di una tensione ed una attenzione che va oltre il semplice suggerimento espresso nella cartella clinica. Principalmente il trattamento delle maggiori complicanze internistiche postoperatorie (cardio-respiratorie, cerebrovascolari etc.) vedono il geriatra in prima linea nel trattamento del paziente post chirurgico. Il geriatra, poi, è una figura in grado per la formazione che ha acquisito, di interfacciarsi ed inserirsi nella rete territoriale per colmare quello iato che esiste spesso tra ospedale e territorio, finendo per favorire la continuità assistenziale secondo un modello concreto e fattibile.

La scarsa e non corretta utilizzazione delle risorse offerte dalla geriatria nei vari servizi aziendali all'interno del nostro Sistema Sanitario (specialmente nelle regioni del Centro e Sud Italia) è inspiegabile alla luce delle evidenze chiare della Letteratura in molti *setting*, quale, ad esempio, quello chirurgico. È quindi auspicabile un maggiore coinvolgimento futuro del geriatra in tutte quelle realtà in cui un approccio geriatrico sia in grado di modificare in modo significativo la prognosi del paziente.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: sergio.cardini@asf.toscana.it

TM

La chirurgia laparoscopica del carcinoma gastrico

Verso un nuovo gold standard?

ASPETTI GENERALI

L'enorme successo ottenuto dalle tecniche laparoscopiche nel trattamento di gran parte delle affezioni benigne del tratto gastrointestinale, ha fatto emergere la possibilità di applicare questo tipo di chirurgia anche nell'ambito della patologia neoplastica. Affinché questo possa avvenire nel rispetto assoluto dei principi di radicalità oncologica ormai da tempo acquisiti con la chirurgia aperta, è necessario dimostrare, mediante studi clinici appropriati, quattro punti

fondamentali:

1) una pari adeguatezza dal punto di vista oncologico della chirurgia laparoscopica nei confronti di quella aperta, ed in particolare la possibilità di una pari linfadenectomia, stadiativa e/o terapeutica, ed integrità dei margini di resezione chirurgica;

2) la fattibilità tecnica dell'approccio miniinvasivo, valutato

in termini di tempi operatori, perdite di sangue, complicanze intra- e perioperatorie e tasso di conversione;

FABIO CIANCHI*, NATALIA BATTISTI*,
BENEDETTA BADI*, GIACOMO TRALLORI**,
ANDREA BONANOMI***, ETLEVA QIRICI*,
GIULIANO PERIGLI*

* SOD Endocrinochirurgia e Chirurgia Mininvasiva, AOU Careggi, Firenze

** SOD Gastroenterologia 2, AOU Careggi, Firenze

*** Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze.

3) i medesimi vantaggi dimostrati dalla laparoscopia in altri campi, ed in particolare la riduzione sia del dolore postoperatorio che del ricovero ospedaliero con un conseguente più rapido ritorno all'attività lavorativa;

4) l'assenza di qualsiasi impatto negativo della laparoscopia sulla sopravvivenza a lungo termine dei pazienti.

La grande maggioranza degli studi disponibili in letteratura hanno riguardato, fino ad oggi, il trattamento laparoscopico del carcinoma coloretale: la quantità dei dati clinici è tale che, ad oggi, è possibile affermare che la chirurgia laparoscopica di questa neoplasia, in mano a chirurghi esperti, offre gli stessi risultati in termini di sopravvivenza della chirurgia aperta insieme a tutti i sopracitati vantaggi dell'approccio miniinvasivo stesso. Proprio per questi motivi, la chirurgia miniinvasiva del carcinoma coloretale può essere considerata a pieno merito il *gold standard* di trattamento di questa neoplasia.

Un numero assai inferiore di studi e quindi di dati sono invece attualmente disponibili per quanto concerne la chirurgia laparoscopica del carcinoma gastrico. Se da un lato questa constatazione deriva sicuramente dal fatto della maggiore difficoltà tecnica di questo tipo di chirurgia, dall'altro l'approccio laparoscopico viene a costituire un'ulteriore complicazione di un decennale dilemma nella chirurgia del carcinoma gastrico, ovvero l'estensione della linfadenectomia. Mentre, infatti, ampie casistiche di autori orientali hanno da tempo dimostrato un netto vantaggio in termini di sopravvivenza dopo linfadenectomie estese tipo D2 o D3, gli studi degli autori occidentali, ovvero europei o statunitensi, hanno quasi sempre fallito nel dimostrare il vantaggio di tali linfadenectomie rispetto alla più limitata D1. Le differenze tra i risultati degli studi orientali e quelli occidentali sono tali da aver fatto sorgere il dubbio dell'esistenza di una diversità biologica

tra le neoplasie gastriche in queste due aree geografiche o, in alternativa, di una diversa tipologia dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Presupposto fondamentale è che quindi la tecnica laparoscopica sia in grado di riprodurre gli stessi risultati, anche se con le differenze sopracitate, della chirurgia aperta.

Se all'inizio dell'era laparoscopica si considerava minima la possibilità di trattare il carcinoma gastrico con questa tecnica, attualmente questo atteggiamento è sicuramente cambiato o addirittura capovolto. Questo cambiamento è fondamentalmente legato a due fattori: da un lato il continuo sviluppo di nuovi materiali e strumenti laparoscopici e dall'altro il progressivo training laparoscopico in chirurgia gastrica effettuato per patologie benigne o nei carcinomi estremamente iniziali, i cosiddetti *early gastric cancer* (EGC). Per primi gli autori orientali hanno dimostrato l'adequatezza oncologica della chirurgia laparoscopica nel trattamento dell'EGC in associazione a tutti i vantaggi offerti dall'approccio miniinvasivo. Successivamente, altri studi, sia asiatici che europei, hanno riportato risultati oncologici della chirurgia miniinvasiva del tutto sovrapponibili a quelli della chirurgia aperta anche nei casi di carcinoma gastrico avanzato. Se quindi la chirurgia laparoscopica non può considerarsi ancora il *gold standard* per il trattamento del carcinoma gastrico, analogamente a quanto è avvenuto per il carcinoma coloretale, vi sono tutti i presupposti perché lo possa diventare in breve tempo.

ESPERIENZA OPERATORIA

Pazienti e metodi

Presso la SOD di Endocrinochirurgia e Chirurgia Mininvasiva dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (Direttore Prof. Fabio Cianchi), 13 pazienti (6 maschi 3 e 7 femmine, età mediana: 70 anni, range: 52-87) sono stati sottoposti a chirurgia laparoscopica per carcinoma gastrico nel

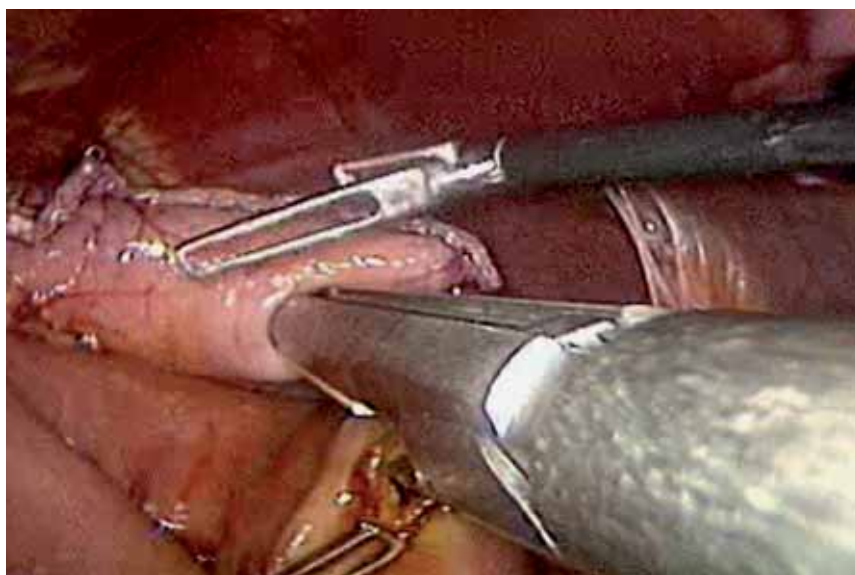


Figura 1 - Anastomosi gastro-digiunale mediante suturatrice meccanica

periodo Gennaio 2008 - Giugno 2009. Tutti i pazienti sono sottoposti ad uno staging preoperatorio comprendente una esofagogastrosopia per la conferma istologica della neoplasia e la marcatura mediante inchiostro del suo limite superiore, una ecoendoscopia per la stadiazione parietale della neoplasia stessa ed una ecografia o TAC addome per la stadiazione intraddominale. In 11 casi la neoplasia era localizzata a livello della regione antro-pilorica per cui è stata eseguita una gastrectomia subtotale mentre in 2 casi la neoplasia era localizzata a livello del corpo gastrico per cui è stata eseguita una gastrectomia totale.

Escludendo due pazienti affetti da displasia di alto grado (Tis) ed un paziente con EGC nei quali è stata eseguita una linfadenectomia D1, negli altri casi la linfadenectomia è stata di tipo D2 secondo le linee guida della Associazione Giapponese per il Carcinoma Gastrico (JGCA).

Tecnica chirurgica

Dissezione gastrica, affondamento del duodeno e linfadenectomia D2.

L'intervento inizia con il distacco colon-epiploico ed omentectomia seguiti dalla dissezione del legamento gastrocolico, divisione dei vasi gastroepiploici sinistri e dei vasi gastrici brevi con asportazione dei linfonodi della grande curvatura gastrica (linfonodi del gruppo 4). I vasi gastroepiploici destri vengono sezionati tra clips in modo da consentire l'asportazione completa dei linfonodi infrapilorici (gruppo 6). A questo punto viene sezionato il bulbo duodenale mediante suturatrice meccanica. L'arteria gastrica destra è divisa tra clips all'origine dell'arteria epatica propria, permettendo l'asportazione dei linfonodi soprapilorici (gruppo 5). Si procede quindi alla linfadenectomia anteriore del peduncolo epatico (gruppo 12a) estesa all'arteria epatica propria e comune

(linfonodi del gruppo 8) fino all'origine dell'arteria gastrica sinistra (gruppo 7) che viene sezionata. A questo punto è possibile completare la linfadenectomia al tripode (gruppo 9), all'origine dell'arteria splenica (gruppo 11) e lungo tutta la piccola curvatura gastrica (gruppo 3). Il legamento epato-gastrico viene aperto fino allo iato esofageo permettendo l'asportazione dei linfonodi paracardiali destri (gruppo 1). Nella gastrectomia totale è prevista l'asportazione anche dei linfonodi paracardiali sinistri (gruppo 2) dopo sezione di tutti i vasi gastrici brevi.

Ricostruzione dopo gastrectomia subtotale

Nella gastrectomia subtotale la seconda ansa digiunale è scelta per l'anastomosi gastro-digiunale latero-laterale (Figura 1) che può essere effettuata secondo Billroth II o su ansa alla Roux-en-Y. Lo stomaco resecato e la linfadenectomia "en bloc" vengono estratti attraverso un ampliamento dell'accesso ombelicale (massimo 4-6 cm).

Ricostruzione dopo gastrectomia totale

Per la gastrectomia totale, dopo la dissezione gastrica e la chiusura del moncone duodenale, si esegue la preparazione dell'esofago addominale allo iato esofageo. Non si esegue la splenectomia di principio. Lo stomaco, non ancora diviso dall'esofago, permette la trazione sull'esofago stesso e facilita l'anastomosi esofago-digiunale latero-laterale meccanica secondo Orringer (Figura 2). Si procede a questo punto alla sezione dello stomaco. L'ampliamento dell'incisione ombelicale permette l'estrazione del pezzo operatorio e l'esecuzione dell'anastomosi digiuno-digiunale latero-laterale al piede dell'ansa alla Roux-en-Y.

Risultati

In tutti i pazienti le procedure sono state com-

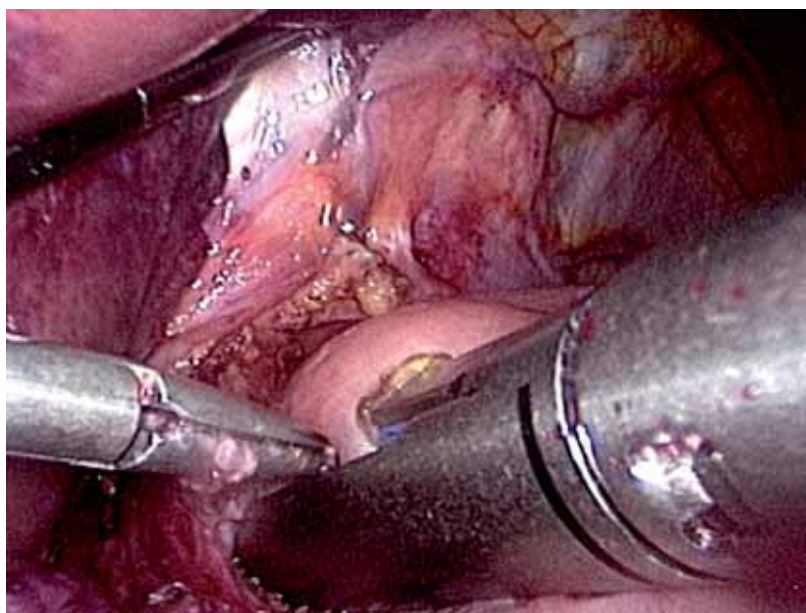


Figura 2 - Anastomosi esofago-digiunale latero-laterale sec. Orringer

pletate senza conversioni né complicanze intraoperatorie. La durata media complessiva degli interventi è stata di 270 minuti (range 195-370 minuti). Per la gastrectomia subtotale distale la durata media è stata 251 minuti (range 195-300 minuti), mentre per le due gastrectomie totali la durata media è stata di 342 minuti (315 e 370 minuti). La perdita di sangue intraoperatoria è stata sempre inferiore ai 150-200ml. Il sondino nasogastrico è stato rimosso in III giornata alla ripresa della peristalsi intestinale. Lo studio *per os* con mezzo di contrasto, eseguito in VI giornata, ha evidenziato la perfetta tenuta delle anastomosi esofago-digiunali.

La mortalità intraoperatoria è stata nulla, mentre la morbilità è stata del 15,3% (due pazienti); in un paziente si è manifestata una fistola pancreatica risolta mediante drenaggio locale in 15 giorni; in un altro paziente affetto da leucemia mieloide cronica si è verificata un'emorragia a livello dell'anastomosi gastro-digiunale trattata mediante posizionamento di clip emostatiche per via endoscopica. Escludendo questi due casi sopra descritti, la degenza post operatoria è stata compresa tra gli 8 ed i 12 giorni.

Per quanto riguarda la stadiazione istopatologica delle neoplasie, in due casi è stata riscontrata una displasia ad alto grado (*Tis*) ed in un altro caso un carcinoma intramucoso (EGC); negli altri 10 casi si trattava di neoplasie invasive e più precisamente: 3 in stadio Ib, 1 in stadio II, 4 in stadio IIIa, 1 in stadio IIIb ed 1 in stadio IV.

Il numero medio di linfonodi asportati è stato di 24 con un range compreso tra 17 e 38. Da notare che il minimo numero di linfonodi asportato è stato in occasione delle tre gastrectomie subtotali con linfadenectomia D1 eseguite per neoplasia non invasiva (diagnosi preoperatoria di displasia severa) ed EGC. Escludendo questi tre pazienti, il numero medio di linfonodi asportati dopo dissezione D2 è stato di 26.

Solo una paziente, affetta da neoplasia in stadio IV, presenta attualmente ripresa di malattia a livello peritoneale.

DISCUSSIONE

I primissimi studi riguardanti il trattamento laparoscopico dell'EGC, hanno evidenziato un tasso di mortalità e morbilità per questo tipo di chirurgia del tutto sovrapponibili se non, in alcuni casi ridotti, rispetto a quelli riportati per la chirurgia aperta. Inoltre, i vantaggi ottenuti in genere per la chirurgia mininvasiva di altri distretti, sono stati riscontrati anche nella chirurgia laparoscopica dello stomaco, ed in particolare, una riduzione del dolore postoperatorio, una migliore funzionalità respiratoria, un rapido recupero della funzionalità intestinale e della alimentazione orale e una riduzione della durata del ricovero ospedaliero.

La nostra esperienza ha confermato i risultati

riportati in letteratura, con un tasso di morbilità del tutto accettabile e soprattutto una significativa riduzione dei tempi di degenza rispetto alle procedure aperte grazie alla riduzione del dolore postoperatorio e alla precoce ripresa dell'alimentazione orale. I tempi operatori sono risultati, per la gastrectomia subtotale del tutto sovrapponibili a quelli descritti da altri autori in letteratura, mentre per la gastrectomia totale risultano ancora significativamente più lunghi. Quest'ultimo dato è da imputare alla maggiore difficoltà tecnica della procedura e quindi ad una curva di apprendimento sicuramente più lunga rispetto a quella della gastrectomia subtotale.

Dal punto di vista oncologico, i numerosi studi riguardanti la chirurgia laparoscopica dell'EGC hanno dimostrato l'adequatezza della linfadenectomia e soprattutto la sovrapponibilità dei risultati a lungo termine della laparoscopia con quelli della chirurgia aperta, in particolare per le resezioni gastriche distali. Meno sistemati e numerosi sono gli studi attualmente disponibili sul trattamento del carcinoma avanzato. L'unico studio prospettico e randomizzato sul confronto della gastrectomia subtotale con la chirurgia aperta nel carcinoma gastrico avanzato è quello condotto da Huscher e coll. Gli autori riportano una perfetta sovrapponibilità dei risultati sia a breve che a lungo termine delle due procedure, sottolineando tuttavia i vantaggi della tecnica laparoscopica in termini di riduzione sia delle perdite ematiche che dei tempi di ricovero ospedaliero. Questi risultati sono stati confermati da studi caso-controllo più recenti e dalla nostra preliminare esperienza. In particolare è da sottolineare l'adequatezza della linfadenectomia nella tecnica laparoscopica con una media complessiva di 23 linfonodi asportati. Se poi si considerano i 10 casi in cui è stata eseguita una linfadenectomia D2, la media sale a 26 linfonodi che rappresenta un sicuro indice di adeguatezza oncologica.

CONCLUSIONI

La nostra esperienza conferma la fattibilità tecnica, l'efficacia e la sicurezza della chirurgia mininvasiva gastrica, anche nel caso di gastrectomia totale. I vantaggi, rispetto alla tecnica aperta, consistono essenzialmente in una più precoce ripresa dell'alimentazione orale ed una più rapida dimissione ospedaliera. Anche dal punto di vista oncologico non sembrano esserci differenze significative con la chirurgia aperta: in particolare il numero di linfonodi asportati è risultato adeguato sia per una corretta stadiazione che per una finalità terapeutica.

Bibliografia

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

TM



Lotta alla droga o lotta al drogato?

Con Il DPR 9 ottobre 1990 n. 309, le pene per i delitti in materia di stupefacenti furono elevate: reclusione da *sei a venti anni e multa da 26.000 a*

260.000.

La legge 21 febbraio 2006 n. 49 applicava le medesime sanzioni a chi avesse senza autorizzazione introdotto, acquistato, ricevuto ecc. o comunque illecitamente detenuto senza autorizzazione le medesime sostanze, quando non fossero destinate ad uso esclusivamente personale. La stessa legge diminuiva da un terzo alla metà le sanzioni per i fatti che avessero ad oggetto le sostanze contemplate dalla Tab. II sez. A, B e C dell'art. 14 (relative a medicinali utilizzabili per trattamento del dolore severo in corso di patologia neoplastica e degenerativa). Veniva abolita la differenziazione di trattamento penale tra le sostanze delle tabelle I e III e quelle delle tabelle II e IV. Stesse pene sono previste per l'illecita produzione e commercializzazione di sostanze chimiche di base utilizzabili nella produzione clandestina. Per i delitti di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (associazione tra tre o più persone) la pena è, per chi dirige il gruppo, della *reclusione non inferiore a venti anni*; per i partecipanti, della *reclusione non inferiore a dieci anni* (art. 74 dpr 309/90); le pene aumentano ove ricorrano le aggravanti previste dalla norma. Come si è fatto notare in dottrina (1) la "ridefinizione del concetto "sostanze stupefacenti" scaturito nell'unificazione delle tabelle, attribuendo indistintamente a tutte un medesimo disvalore di base indipendentemente dalla indubbia, effettiva diversa pericolosità dei vari tipi di stupefacenti" ha comportato una equiparazione sanzionatoria verso le pene più alte "anche per quelle sostanze che precedentemente erano considerate di minore pericolosità sociale.

La recentissima legge ha pertanto comportato un ulteriore sensibilissimo inasprimento penale per il settore in esame.

L'efficacia concreta delle misure

L'insieme di queste provvidenze normative consente di affermare che i delitti di droga sono quelli

che più efficacemente e implacabilmente vengono accertati e perseguiti.

La dimostrazione dell'efficacia di queste misure è documentata dalla percentuale della popolazione carceraria per delitti in materia di stupefacenti, rispetto al totale

UBALDO NANNUCCI

Magistrato, Ex Procuratore Capo c/o Pretura Circondariale di Firenze

degli altri.

Per limitarci alla casa circondariale di Sollicciano, al febbraio 2008, su 720 detenuti erano ristretti per reati di droga 322 persone. Pari ad oltre il 44%. Il dato dimostra l'efficacia della repressione e l'incidenza del problema droga sul panorama complessivo della criminalità di maggiore spessore, cui pressoché esclusivamente si applica la misura del carcere.

L'effetto pratico dell'azione repressiva sul fenomeno nel suo complesso

Quali effetti hanno prodotto queste misure? In altre parole, può dirsi che un apparato sanzionatorio ed un insieme organizzativo a livello di forze di polizia e di magistratura così imponente è riuscito, se non a debellare, a diminuire concretamente il fenomeno della diffusione delle sostanze stupefacenti, con particolare riguardo a quelle di maggiore nocività sociale? E a tutelare in modo apprezzabile la comunità specialmente giovanile dal contatto con la droga?

Nella realtà toscana, possiamo ricordare i dati enunciati nella relazione tenuta dal presidente ff. della Corte di Appello di Firenze il 26 gennaio 2008. Nella tabella relativa al confronto dei principali reati negli ultimi due anni, si rileva che le denunce per reati in materia di stupefacenti sono aumentate del 5,1% nel 2006/2007, rispetto al corrispondente periodo 2005/2006. Se si eccettuano i furti a carico di ignoti, il numero delle denunce per questa categoria di reati è il più alto in senso assoluto (4.600 rispetto a 4.376 del periodo precedente).

La situazione a livello nazionale

Informazioni di estremo interesse sul fenomeno della tossicodipendenza nel suo insieme sono contenute nella *Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze - anno 2006 - redatto dal Dipartimento*

della prevenzione e della comunicazione del Ministero della Salute. Da tale studio si apprende che nel corso del 2006 sono stati presi in carico dai servizi pubblici per le tossicodipendenze 171.353 soggetti tossicodipendenti. I nuovi utenti sono 35.766, pari al 20,9% del totale. Il 71,3% degli utenti in carico nel 2006 ha assunto primariamente eroina, mentre l'uso primario di cannabinoidi e di cocaina ha riguardato, rispettivamente, il 9,6% e il 14% dei soggetti trattati. Lo stesso studio rivela che mentre il ricorso all'eroina dal 1991 al 2006 è diminuito (passando dal dato di partenza del 90,01% al 71,3%), quello di cocaina è aumentato (dall'1,3% del 1991 al 14,4% del 2006), mentre l'impiego di cannabinoidi è rimasto stabile intorno al 10%.

È bene tenere presente che questi dati riguardano esclusivamente i soggetti che si sono rivolti per assistenza ai Servizi pubblici per la tossicodipendenza.

Il numero oscuro degli individui che abitualmente si dedicano è ovviamente impossibile da determinare, ma non è arrischiato supporre che si tratti di un multiplo di quello costituito dai soggetti seguiti dal SERT.

A questo punto dell'analisi occorre prendere atto di un dato non positivo. L'enorme dispendio di energie e di mezzi impiegati dallo Stato e dalle Forze dell'Ordine, nelle sue varie articolazioni, non ha né contenuto, né ostacolato il fenomeno della diffusione, dello spaccio, del mercato internazionale di stupefacenti. Gli ingenti guadagni che il commercio di queste sostanze consente, rendono affatto inutili ed aleatori i pur relevantissimi successi degli organi cui la repressione è affidata, ed irrilevanti i sequestri di sostanze che con grande frequenza risultano pubblicizzati dalla stampa.

Tutto ciò potrebbe costituire una scelta consapevole e responsabile ove potesse sostenersi che la campagna di repressione abbia davvero trattenuto qualche giovane dall'avvicinarsi a questa esperienza di vita.

Non è purtroppo così. L'esperienza giudiziaria insegna che ben poco incide, sulla motivazione che spinge un ragazzo o una giovane a provare l'emozione che altri loro propongono, il timore dei rischi penali che in un futuro lontano potrebbero derivare per l'eventualità di trasformarsi in uno spacciatore. Ogni ragazzo che indulge a questa tentazione lo fa per la curiosità di dimostrare a se stesso e agli altri di esser capace del gesto, con l'intima convinzione di non diventare affatto un consumatore abituale, e di poter interrompere in qualsiasi momento questa fugace avventura.

È probabile che in moltissimi casi specialmente quando è il fumo la prima esperienza, questa previsione sia giusta; e che in effetti in un altissimo numero di casi questo percorso sia bloccato sul nascere. Certamente, comunque, non influisce sulla decisione il timore penale. Piuttosto l'educazione ricevuta, la consapevolezza del rischio fisico e psicologico, la maturità della persona.

Ma per quelli che cadono, e che non sanno sfuggire alla voglia di ripetere, quale aiuto offre l'apparato sanzionatorio?

Il problema vero sta in questa domanda: riesce il sistema penale ad impedire d'autorità l'accesso alla droga, per chi non ha sufficienti antidoti psicologici che lo preservino dalla reiterazione? La risposta è assolutamente ovvia. Chi non ha riserve sull'uso, ed anzi ne è interessato, ha molti modi di ottenere quanto ricerca. E non sono le offerte che mancano. Tra l'altro v'è l'espedito di far credito al candidato tossicomane, con atto che può apparire di mera amicizia, e che si trasforma in un vincolo opprimente e ineluttabile, fonte spesso di autentico terrore fisico per il caso d'insolvenza.

La domanda che, quindi, ogni persona attenta agli aspetti umani della tragedia che si consuma addosso al giovane deve porsi è: davvero, per aiutare questa persona, serve cercar di ostacolare il contatto con la polvere, quando si sa in anticipo che nulla lo potrà impedire? Se si dà per certo che chi non ha difese protettive interne non potrà essere salvaguardato contro se stesso dal mondo che lo circonda, e che lucra ingenti guadagni grazie alla sua debolezza, è davvero fare opera di caritatevole solidarietà costringere questo soggetto a dipendere da strutture criminali, che finiscono con l'essere suoi padroni e suoi aguzzini?

La condizione del tossicomane

Una volta che la gustosa esperienza di una o due volte imprigiona il soggetto, il ragazzo perde il suo essere persona, e diventa da un lato succube del suo fornitore, dall'altro fonte di rischio per i suoi amici, compagni, fidanzate, fratelli.

E quando la piccola cessione non basta a corrispondere il prezzo, si presenta, inevitabile, la tentazione di ricorrere ad altri mezzi, o altri espedienti. Il furto, la vendita del corpo, la rapina magari con la minaccia della siringa. Si apre in altre parole la strada criminale. Il suo piccolo spaccio, o suoi ancora contenuti delitti, sono alimento che nutre le grandi entrate della criminalità organizzata.

Un'idea diversa

Nel gennaio 1998, all'inaugurazione dell'anno giudiziario il procuratore generale della Corte di Cassazione Ferdinando Zucconi Galli Fonseca si esprime sull'argomento in questi termini: *come in ogni altro Stato, la proibizione non riesce a stroncare il mercato clandestino, gli stupefacenti sono abbondantemente reperibili e purtroppo facilmente accessibili ai giovani. Finché non sono incarcerati o non accettano di essere accolti in comunità terapeutiche i tossicomani sono abbandonati a se stessi, vittime del ricatto degli spacciatori, destinati alla devastazione fisica e psichica e non di rado alla morte, indotti nella maggior parte dei casi a trasformarsi essi stessi in delinquenti per affrontare i costi altissimi dell'acquisto della droga. Si può dire che la delinquenza dei tossicodipendenti, che tanto preoccupa*

la Popolazione, è più conseguenza del regime proibitivo che degli effetti psichici prodotti dal consumo degli stupefacenti. La diffusione delle droghe è in espansione, e tutto ciò che può servire a combattere il fenomeno non deve essere tralasciato. È necessario intensificare per quanto possibile l'attività di prevenzione, in primo luogo a livello scolastico, così com'è necessario rafforzare le iniziative dirette a contrastare la produzione delle materie prime. Ma occorre anche agire muovendo dalla constatazione che l'azione repressiva si dimostra di per sé sola – nel nostro come in ogni altro Paese – insufficiente a debellare il traffico illecito degli stupefacenti: fonte di enorme potere economico per le grandi organizzazioni criminali internazionali, che ne traggono sempre più forti capacità di corruzione e di infiltrazione nell'economia e nella finanza degli Stati, e perfino nella politica dei paesi istituzionalmente più deboli. Tutto ciò deve far considerare con grande attenzione le nuove impostazioni criminologiche e terapeutiche condotte in alcuni paesi, mediante iniziative non di liberalizzazione del commercio, ma di somministrazione controllata delle droghe sulla base di prescrizioni mediche, inserita in programmi di assistenza e reinserimento sociale dei tossicomani.

Queste considerazioni appaiono tuttora di estrema attualità. Naturalmente una proposta di tal natura solleva l'immediata opposizione di chi agita la bandiera dell'intransigenza assoluta. Ma il problema non è quello di difendere posizioni ideologiche per fedeltà a dei principi astratti. Il problema vero, di carattere morale prima che giuridico, è se per una questione di immagine dell'autorità dello Stato sia giusto sacrificare ed abbandonare nelle mani della delinquenza dei cittadini inermi, che vivono uno stato di perdita di identità e di dignità per effetto di una legislazione che preferisce compiacere se stessa, e gli uomini politici che ne fanno sfoggio, facendone pagare le conseguenze a persone che, sia pure colpevolmente, si trovano in una condizione di patologia psicofisica che viene non difesa, ma aggravata e ribadita dalla ostentata severità delle norme. Una severità che compiace la vanità del mondo politico, che ostenta i suoi buoni principi senza curarsi dei loro perversi effetti, mentre punisce e ribadisce le condizioni di servitù in cui, per quei paludati principi, lascia vivere e morire degli individui che non hanno, né sanno, né possono difendersi da sé, né recuperare la dignità di persone.

E poiché lo Stato, pur nella sua ostentata purezza di intenzioni, consente poi che ad un certo numero di persone venga somministrato uno stupefacente – il metadone – che poco si distingue quanto agli effetti da quelli più temuti, pare pretestuoso negare ingresso ad una possibilità di sperimentazione di somministrazione controllata di quella sostanza, che più di ogni altra risulta distruttiva della personalità di chi ne fa uso, utilizzando le metodiche che già erano previste dall'art. 16 della legge 1041/54. Registro, identificazione dell'acquirente, prescrizione sanitaria.

Sul piano individuale i più immediati e diretti effetti sono intuitivi.

A) Il tossicodipendente sarebbe liberato dalla schiavitù che lo lega al proprio fornitore e potrebbe ricevere a prezzo di costo quanto è costretto ad acquistare sul mercato criminale.

B) Si ridurrebbe in misura rilevante il pericolo di morte o lesioni, per assunzione di composti manipolati ed infetti.

C) Si ridurrebbe considerevolmente se non affatto scomparire il rischio di diffusione di AIDS e di infezioni epatiche.

D) Si consentirebbe ai Servizi, cui l'elenco dei soggetti dovrebbe essere accessibile, di entrare in contatto con tali persone per sollecitare, ove possibile, forme di assistenza e di aiuto psicologico e terapeutico, anche al fine di una riabilitazione e recupero personale, magari offrendo opportunità lavorative nei casi che lo consentissero, prima che si instauri una situazione di cronicità.

E) Si ridurrebbe considerevolmente la necessità di degradarsi offrendo per soldi se stessi.

Sul piano sociale si ridurrebbe considerevolmente:

A) l'area della criminalità dipendente da comportamenti delittuosi di tossicodipendenti, che, per quanto di impossibile quantificazione, pare fornire un consistente contributo alla criminalità di strada furti e rapine - quasi sempre di impossibile persecuzione;

B) l'entità degli utili della grande criminalità organizzata, la quale verrebbe privata di una fonte di arricchimento considerevole della quale si serve per inquinare l'intera vita sociale, inserendosi nelle attività produttive con danno degli imprenditori onesti;

C) l'afflusso di soggetti stranieri, attratti sistematicamente dalle possibilità di guadagno che il commercio di droga offre a livello internazionale;

D) l'enorme carico di spese che lo Stato sostiene per una guerra che non può vincere, liberando uomini e risorse per combattere altre forme di criminalità, quali il sistema delle estorsioni che rappresenta una vera emergenza nazionale in tanta parte del meridione; senza dire che, ovviamente, il sistema punitivo non potrebbe essere smantellato per i casi in cui le regole previste non venissero osservate, o per le sostanze escluse dalla somministrazione.

Ma soprattutto lo Stato-persona darebbe prova di grande civiltà di pensiero e di sentimenti, dimostrando che l'individuo che è caduto in una condizione di inferiorità spirituale e civile non viene abbandonato a se stesso e condannato a perdersi sempre più tra le maglie di una giustizia ottusa quanto disumana, ma viene concretamente aiutato a ritrovare una sua personalità di cittadino senza pronunciare condanne morali o anatemi ideologici, e senza condizionare l'assistenza a rinunce che il soggetto non può o non vuoi fare, fin quando non avrà maturato la scelta che da quella condizione è possibile e desiderabile uscire.

TM



Breve storia dell'Università

Alla fine del XII secolo, Ugolino Gosia, professore di Diritto nell'Università di Bologna, riassume il rapporto che lo legava ai suoi studenti, con l'espressione *Presum et subsum*, "io li comando e li ubbidisco". In effetti, erano gli stessi *discipuli* che si occupavano, allora, del reclutamento dei docenti, esercitando un controllo costante sul loro valore e sulla regolarità del loro insegnamento e anche sulla loro vita privata. *Studium* e *Universitas*: le caratteristiche delle Università medievali, in particolare di quella di Bologna, che non a caso è stata presa come modello dalla storiografia, costituiscono un punto di vista esemplare, per seguire l'evoluzione sociologica dell'insegnamento superiore e dei suoi rapporti con la società. Organizzate in *facoltà* e *nazioni*, rispettivamente divisioni amministrative e di solidarietà nazionale, erano rappresentate dal *rettore*, uno studente custode degli statuti, e godevano di importanti privilegi, primo fra tutti la *Constitutio Habita*, con cui, dal 1158, si assicurava la protezione a chi viaggiasse per ragioni di studio: l'Imperatore, con questo decreto, creava uno spazio legale in cui l'Università era indipendente dagli altri poteri e stabiliva la sua forma di *governance*. Nella circolare di fondazione dello *Studium* di Napoli, voluto da Federico II nel 1224, per la prima volta, compare il termine "facoltà", in tutta la pregnanza etimologica, che si declina nell'attitudine a fare, quindi nel diritto, poi nelle sostanze, che danno il mezzo di fare. Durante il XIII secolo, lo *jus ubique docendi*, concesso dall'autorità papale a Parigi e a Bologna, poneva l'Università sotto il controllo della Chiesa, che rivendicava in questo modo il controllo sull'istruzione superiore, per garantire l'ortodossia del corpo docente. Le Università fornivano un insegnamento e lo sanzionavano, attraverso il conferimento di titoli, che erano una assoluta garanzia: dopo la *licentia docendi*, comparvero successivamente il baccalaureato e il dottorato, ma la spesa richiesta per conseguire il dottorato era spesso così elevata, che molti studenti, non interessati all'insegnamento, si fermavano al grado inferiore, che comunque garantiva l'accesso a cariche pubbliche di prestigio. Accanto agli studenti ricchi o nobili, si configuravano i *pauperes studentes*, che

erano sostenuti nelle spese di sostentamento dai Collegi: in realtà, erano ancora gli studenti, che sostenevano personalmente la *collecta* per il maestro e quella per gli ambienti ed i bidelli. Il problema del pagamento dei lettori fu discusso a lungo: il loro impegno

doveva essere considerato lavoro intellettuale o lavoro manuale? E se la *scientia* è *donum Dei*, può essere trasmessa in cambio di denaro? Con quali mezzi, allora, gli insegnanti avrebbero potuto mantenersi? La Chiesa ribadì in due Concili la necessità che una prebenda ecclesiastica avrebbe dovuto assicurare il mantenimento degli insegnanti, mentre altri sostennero che la gratuità della *scientia* dovesse essere distinta dal lavoro del docente, che, invece, meritava adeguato compenso. In questa prospettiva, l'insegnante poteva farsi pagare attraverso le *collectae* degli studenti, che, versando un proprio contributo, avevano conquistato il diritto di scegliere il *magister*.

I dibattiti all'interno delle Facoltà di Teologia risparmiarono le Facoltà di Medicina e di Diritto, che trassero innegabile vantaggio dalla crisi: la proibizione, inoltre, da parte della Chiesa, dell'esercizio e, successivamente, dello studio della Medicina a personale ecclesiastico, determinò la formazione di un medico laico, che, educato nelle Università, godeva del titolo di *doctus atque peritus*. Attraverso questa normativa, il medico universitario diventava protagonista di una privilegiata ascesa sociale. La costituzione di vere e proprie dinastie di professori nel Quattrocento venne ottenuta con una strategia politica: figli e nipoti dei maestri erano esentati dai costi degli esami e a Bologna, dove il collegio dei professori era appannaggio di esponenti della città, si stabilì, nel 1397, che il titolo di dottore sarebbe stato conferito solo a un bolognese all'anno. Nello stesso tempo, si decideva che questa regola non valesse per figli, fratelli e nipoti dei *doctores*, arrivando, in pratica, alla ereditarietà delle cattedre. Poiché si assunsero il carico degli stipendi dei docenti, le città vollero il diritto di selezionarli, indicando anche il programma da svolgere. Molti universitari accettarono questo ruolo conservatore che veniva loro assegnato, per cui persero ogni valore l'autonomia dell'Università, il libero sviluppo dell'insegnamento, la dignità stessa del docente. Nelle

DONATELLA LIPPI

Docente di Storia della Medicina,
Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze

Facoltà di Medicina, l'incompatibilità tra attività fisiche e intellettuali sopravvisse, nel segno del conservatorismo e il carattere libresco e teorico dell'insegnamento medico si accentuò. L'opposizione dell'Umanesimo tra *otium* e *negotium* (vita libera da impegni vs. occupazione pubblica) contribuì, ulteriormente, a screditare la figura del professore, a cui si sostituivano quelle dell'accademico e del cortigiano, concorrendo ad approfondire il divario tra scienza e insegnamento. L'obiettivo di rileggere il rapporto assistenza-didattica-ricerca sarebbe stato riproposto tra le ambizioni delle Facoltà mediche solo all'indomani della Rivoluzio-

ne francese, legato alle necessità del diritto alla salute e del diritto allo studio: negli stessi anni, il vecchio Kant, dopo la salita al trono di Federico Guglielmo III, nella sua opera "Il conflitto delle Facoltà" (1798), reagiva alla crisi delle università tedesche, rivendicando la libertà di pensiero e di parola contro gli arbitri dell'assolutismo e riconoscendo la straordinaria specificità della Facoltà di Medicina, per la quale suprema legge sono i libri creati dalla natura ("aus der Natur geschöpfte Bücher").

Testo tratto da "Il Sole 24 Ore - Sanità"
n. 10 di marzo 2010

Lettere al direttore

Toscana Medica 7/10



A proposito di outlet in Sanità

Il presidente del nostro Ordine e direttore di questo periodico affronta spesso temi di vario e notevole interesse. Nel numero 4/10 è la volta della remunerazione dei medici. Per molti anni gli Ordini professionali hanno stabilito tariffe minime in nome della dignità professionale e della qualità delle prestazioni.

Queste motivazioni mi sono apparse sempre poco credibili. Quando iniziai a esercitare - metà degli anni 60 - la quota capitaria della Mutua Coldiretti era di 1050 lire/anno contro quella dell'INAM che variava da 3200 (braccianti agricoli) a 4500 (vecchi e bambini). Avevo il sospetto che, essendo il potere ordinistico e sindacale in mano a medici "cittadini", poco importasse dei medici di campagna anche se soggetti spesso a un lavoro più stressante (all'epoca dovevo fare parti distocici, raschiamenti, avulsioni dentarie, piccola chirurgia e curare a domicilio anche le malattie più gravi). Attualmente una visita specialistica è remunerata in convenzione con circa 15 euro: l'Istituto privato convenzionato ne dà il 50% al medico. Cioè un cardiologo - ad esempio - visita per 7 euro ovviamente lordi.

Chi non accetta queste condizioni in regime convenzionato evita le visite ed esegue solo prestazioni strumentali più remunerative. È verosimile che la Regione, incapace di contenere l'elevato numero di prestazioni (non raramente superflue: accade anche per le strutture della ASL), tenti la via delle tariffe basse per cercare di contenere la spesa sanitaria in continua e non sempre giustificata crescita. Dunque, una visita non avendo concreto uso e consumo di costose attrezzature (come se la preparazione e il cervello fossero macchinari trascurabili) deve valere poco.

Mi sembra una via molto discutibile che può condizionare alla fine un aumento della spesa sia privata (un rapporto medico-paziente insoddisfacente come può essere l'esecuzione di un esame senza la conclusione

clinica specialistica può indurre a rivolgersi a uno specialista privato) sia pubblica (non raramente un esame strumentale tira l'altro quando manca un parere clinico specialistico). La dignità professionale non sta nella remunerazione anche se la "stima sociale" di un professionista è spesso correlata con l'entità della sua parcella.

Il mercato della Sanità segue le regole di tutti i mercati a cominciare da quella della domanda e offerta. Se poi una prestazione di 7 euro sia qualitativamente eguale o magari superiore a quella pagata dieci o più volte tanto, poco importa. Messe da parte, dunque, le motivazioni etiche o professionali e assodato che chi accetta certe condizioni economiche non può sentirsi esentato da prestazioni professionali ottimali, rimane almeno un dubbio: la tanto decantata importanza della clinica (sia per la salute del malato sia per razionalizzare la spesa) è solo uno dei tanti slogan?

Chi ha il governo della Sanità dovrebbe considerare attentamente situazioni a rischio di degrado che hanno un certo interesse nella buona gestione della Sanità. Quattrini e professionalità non sono necessariamente interdipendenti ma forse un limite di degenza dovrebbe essere rispettato.

Il mio sospetto è che chi ha un ruolo decisionale è poco interessato a certe problematiche e che non siamo ancora entrati nell'ottica del grande problema della spesa sanitaria che rischia di sommergerci: né alcuni di noi medici forse troppo larghi nel ricorrere a indagini costose né chi amministra la Sanità che spesso ricorre a rimedi facili ma del tutto inefficaci e talora controproducenti. Degradare la clinica specialistica è poco utile. Serve a rafforzare l'idea già tanto diffusa negli utenti (non so più come chiamarli) che per essere trattati bene bisogna ricorrere al privato (non convenzionato) ed eseguire molte e costose indagini talvolta più utili a chi le esegue che a chi le subisce.

TM

Una scelta attuale per
una terapia al passo con i tempi



Gli originali

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

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

Core 2003;2:30-2

Gli originali **Pfizer**

CARDIOVASCOLARE

NORVASC
amlodipina besilato

CARDURA
doxazosin

Esapent
olio di semi di pesce purificato

Fragmin
dalteparina sodica

IBUSTRIN
indobufene

Accuprin
dumiprin

ACCURETIC
dumiprin cloridrato-bisacodilato

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Zoloft
sertralina

Xanax
alprazolam

Halcion
triazolam

SERMION
nicergolina

EDRONAX
reboxetina

ANTIBATTERICI

ZITROMA
Aztitromicina

DIFLUCAN
fluconazolo

Zimox
amoxicillina triidrato

LINCOCIN

AMPLITAL

CLEOCIN
clindamicina fosfato

DALACIN
clindamicina

DALACIN-T
clindamicina

FANS

FELDENE Family
piroxicam

CORTICOSTEROIDEI

Medrol Family
metilprednisolone

INTEGRATORI

Neovis flu

Neovis PLUS





Riforma sanitaria e cure primarie in USA

Il primo allarme lo lanciò JAMA nel 2002, con una serie di articoli dedicati al tema “*Innovation in Primary Care*”, il cui primo contributo¹ si concludeva così: “Un sistema di cure primarie è essenziale, ma per sopravvivere e rifiorire le cure primarie devono cambiare drasticamente. Per usare le parole di Donald Berwich: ‘Noi stiamo portando l’ambulatorio del 19° secolo nel 21° secolo. È ora di mandarlo in pensione’”. I motivi della crisi erano da ricercare soprattutto nell’incapacità della disciplina di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni assistenziali, in particolare quelli collegati alle malattie croniche, garantendo *comprehensiveness & accountability*, che significa dare risposte assistenziali articolate e complesse, dalle vaccinazioni e gli screening agli interventi proattivi nel campo del diabete e dello scompenso cardiaco, utilizzando sistemi oggettivi di valutazione dei risultati, e presidiando *coordination & continuity*, mettendo al centro degli interventi il paziente.

Sullo stesso tema torna nel 2004 il New England Journal of Medicine con un articolo dal titolo “*The Future of Primary Care Medicine*”² che ribadisce la necessità di un cambiamento di rotta nel campo della gestione delle malattie croniche da parte delle cure primarie: “Se questi cambiamenti non avverranno – e non avverranno in fretta – la pratica della *Primary Care Medicine* sembra destinata a diventare campo

d’azione degli infermieri e di altre professionalità non mediche”.

Il New England nel 2006 dedica l’editoriale alla domanda “*Primary Care - Will it Survive?*”³. La disciplina è a rischio d’estinzione a causa della disaffezione dei medici

(eccessivo carico di lavoro, insufficienti compensi, se confrontati con quelli di altri specialisti): i neolaureati disertano sempre più le scuole di specializzazione in *Family Medicine* (nel 2005 solo il 41% dei posti disponibili è stato ricoperto - Figura 1); ancora più preoccupante è la tendenza degli specializzandi in medicina interna a privilegiare la carriera di sub-specialisti o di hospitalist, rispetto a quella di generalista (altra figura di medico impegnata nelle cure primarie): nel 1998 oltre il 50% degli specializzandi si indirizzava verso il ruolo di *primary care physician*, nel 2005 solo il 20%, Figura 2.

La questione del ruolo delle cure primarie all’interno del sistema sanitario americano torna con forza dopo l’approvazione della riforma Obama, approvata dal Congresso lo scorso marzo.

La ragione è evidente per due fondamentali motivi:

a) a partire dal 2014, negli anni a venire una platea di circa 35 milioni di americani uscirà dalla condizione di “non-assicurato” e dovrà affidarsi alle cure di un *primary care physician* (attualmente solo

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di sanità pubblica. Università di Firenze.

Figura 1 - USA. Posti disponibili e posti effettivamente coperti nelle scuole di specializzazione di *Family Medicine* (numeri assoluti e %). 1994-2006.



un'esigua minoranza di "non assicurati" si rapporta stabilmente con un medico di famiglia);

b) il governo americano con la recente riforma punta a contenere la spesa sanitaria, a ridurre i larghi margini di inappropriately, di iniquità e di inefficienza che affliggono la sanità USA, a migliorare gli outcome di salute della popolazione, contrastando in particolare la diffusione delle malattie croniche (in primis obesità e diabete); tutti obiettivi destinati a fallire senza il supporto di un solido sistema di cure primarie, come evidenziano recenti articoli pubblicati su Health Affairs e JAMA.

Health Affairs, la più importante rivista USA di politica sanitaria, dedica il numero monografico di maggio 2010 a "Reinventing Primary Care". Uno degli articoli della monografia⁴ invita il governo a potenziare la rete delle cure primarie raddoppiando gli investimenti, portando la percentuale della spesa per questo settore al 10-12% delle spese sanitarie totali; una proposta condivisa dall'agenzia governativa Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)⁵ e da altri centri di ricerca (come il Patient-Centered Primary Care Collaborative⁶) che – sulla base di esperienze realizzate in varie realtà del paese – sostengono che l'incremento della spesa in cure primarie è da una parte controbilanciato da risparmi derivanti dalla riduzione degli accessi nei dipartimenti di emergenza e dei ricoveri ospedalieri e dall'altra accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

L'editoriale di JAMA del 21 aprile 2010 ("The Primary Care Physician and Health Care Reform"⁷) mette in evidenza una forte contraddizione: molti studi, tra cui numerosi confronti internazionali, dimostrano l'utilità e i benefici della Primary care, ma negli USA è sempre più difficile convincere i medici neo-laureati a iscriversi a una scuola di specializzazione che forma primary care physician (ovvero: medici di famiglia, pediatri, internisti generalisti). L'articolo conferma i dati del New England del 2006: nel 2010 solo il 44% dei posti di Family medicine è stato ricoperto; un po' meglio è andata per gli internisti generalisti (54%) e per i pediatri (70%). Il motivo di questa disaffezione è essenzialmente economico: il salario medio annuale di un primary care physician

è intorno ai 200 mila dollari, contro i 350 mila di un dermatologo. Questo è il momento delle scelte, sostiene JAMA. Si può decidere di non fare niente, ma allora è certo che il numero dei primary care physician continuerà a declinare, con serie conseguenze per la tenuta del sistema sanitario americano. L'alternativa è convincere il 50% dei neo-laureati a percorrere la carriera del primary care physician, annullando il gap salariale tra questa disciplina e le altre specialità.

Ma ciò non è sufficiente. È necessario anche incidere sulla formazione e sui livelli di responsabilità di questi medici. "I primary care physician – affermano gli autori – devono diventare leader nell'impegno di evitare ospedalizzazioni prevenibili per pazienti con malattie croniche, eliminare procedure chirurgiche e radiologiche inappropriate, e aiutare le persone a morire con la minima sofferenza e senza la spesa di enormi quantità di risorse".

Tutto ciò servirà a convincere i giovani medici a scegliere la carriera di primary care physician? Oppure il fascino delle moderne tecnologie catturerà comunque le loro menti e i loro cuori? È impossibile dare una risposta, una cosa però è certa: "se il gap salariale non sarà colmato e se il ruolo dei primary care physician non sarà rafforzato, c'è poca speranza che il sistema sanitario possa fornire un'assistenza di alta qualità, a un costo sostenibile, per la popolazione americana".

TM

Note

¹ K. Grunbach, T. Bodenheimer, A primary care home for Americans, JAMA 2002; 288: 889-93.

² M.E. Whitcombe, J.J. Cohen, The future of primary care medicine, NEJM 2004, 351:710-12.

³ T. Bodenheimer, Primary Care – Will it Survive?, NEJM 2006, 355: 861-64.

⁴ R.L. Phillips, A.W. Bazemore, Primary Care and why it matters for US health system reform, Health Affairs 2010; 29: 806-10.

⁵ Medicare Payment Advisory Commission. Accountable care organizations. Chap. 2 in: Report to the Congress: Improving incentives in the Medicare program. Washington (DC). 2009.

⁶ Patient-Centered Primary Care Collaborative. Evaluation/evidence of PCMH. Washington (DC). 2009.

⁷ R.H. Brook, R.T. Young, The Primary Care Physician and Health Care Reform, JAMA 2010, 303: 1535-6.

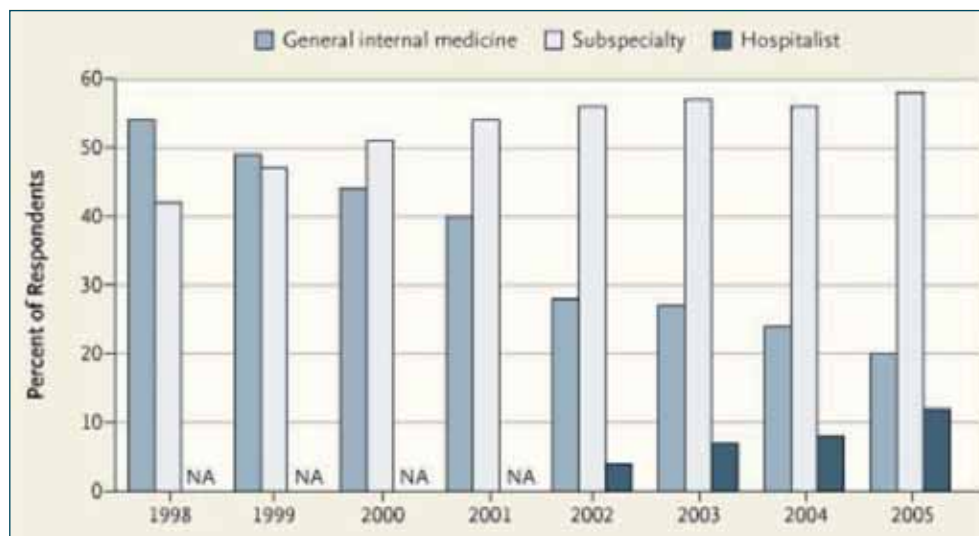


Figura 2 - USA. Proporzioni di specializzandi di medicina interna al 3° anno che scelgono la carriera di generalisti, subspecialisti e hospitalist. Anni 1998-2005.



Rimane costante l'incidenza del tumore del pancreas

Dati recentemente pubblicati documentano una diminuzione dell'incidenza del tumore del pancreas negli ultimi anni, rilevabile soprattutto negli uomini.

In Toscana tuttavia non risultano evidenti modifiche nel trend di incidenza. Il grafico riportato mostra i tassi di incidenza del tumore del pancreas del Registro Tumori della Regione Toscana dal 1985 al 2005, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (X 100.000); l'andamento medio nel periodo risulta stabile, con un trend simile nei due sessi (con un cambiamento percentuale annuo – APC – del tasso non significativo, APC: + 0.6 sia negli uomini che nelle donne). Nell'area coperta dal Registro Tumori della Regione Toscana, nel periodo 2003-2005, sono stati diagnosticati, in media ogni anno e ogni 100.000 soggetti, 18,1 nuovi casi di tumore del pancreas sia fra gli uomini che fra le donne;

questa neoplasia è risultata al nono posto in termini di frequenza nella popolazione maschile (2,5% del totale delle diagnosi tumorali) e all'ottavo nella popolazione femminile (3,1% del totale delle diagnosi tumorali) (www.ispo.toscana.it).

Tra i fattori di rischio per questo tipo di tumore sono stati indicati l'abitudine al fumo, l'abuso di alcolici, fattori dietetici, la presenza di diabete; in Toscana il decremento nel numero di fumatori, in particolare fra gli uomini, non sembra ancora aver influenzato l'andamento dell'incidenza del tumore del pancreas, a differenza di quanto recentemente documentato in altri paesi occidentali.

A. CALDARELLA, C. SACCHETTINI,
G. MANNESCHI, G. ROMEO, L. NEMCOVA,
A. CORBINELLI, T. INTRIERI

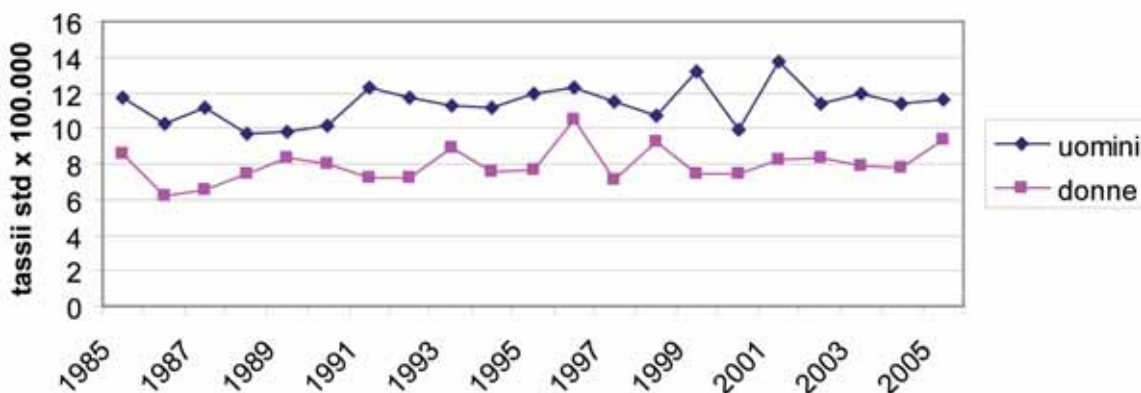
UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva,
ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica

Bibliografia

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

TM

RTRT: Tumore del pancreas, incidenza per sesso



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



E la pensione si allontana

La manovra finanziaria, recentemente presentata dal governo, avrà certamente effetti dirompenti sull'amministrazione pubblica e, riteniamo che avremo tempo e modo di assistere ad ulteriori interventi strutturali.

La problematica previdenziale è stata investita, come sempre accade quando si è alla ricerca di soldi, da un vero e proprio ciclone. Non sono bastate sette riforme in 15 anni, si continua a cambiare "le carte in tavola" proprio in un settore che abbisognerebbe di tranquillità in quanto coinvolgente coloro, come i medici, che già entrati nel mondo del lavoro con tanta difficoltà avrebbero diritto di aspettarsi un futuro positivo per la loro vecchiaia.

Ma il metodo seguito dal governo, (un decreto legge di urgenza con scadenze previste fra sei mesi!) fa intendere che l'obiettivo è solamente quello di far paura e spingere una massa di dipendenti pubblici, che posseggono già i requisiti, di abbandonare il proprio posto, che non prevedendosi copertura, determinerà un risparmio immediato nel bilancio dello Stato, ma un aggravio futuro per gli istituti previdenziali di cui non si è in grado, oggi, di poter pensare cosa potrà accadere in futuro.

I medici, a qualunque attività dedichino il loro lavoro dovranno pensare anche a questo se non vorranno essere sommersi, negli anni futuri dall'insicurezza e dalla precarietà.

LE FINESTRE DI USCITA

Per tutti i dipendenti che dal 1° gennaio 2011 matureranno i requisiti, d'età e di contribuzione utili, secondo il calendario delle "quote" previste dalla riforma Prodi del 2006, sarà necessario attendere 12 mesi dalla maturazione del diritto per ottenere la pensione sia di vecchiaia ancorché conseguita con 40 anni di contributi ovvero con 65 anni d'età, sia d'anzianità. Si tratta della cosiddetta "finestra mobile" che di fatto fa crescere di un anno l'età per ottenere il trattamento pensionistico.

Tutti coloro che maturino i requisiti ovvero li abbiano già raggiunti in passato potranno, comunque, andare in pensione alla scadenza delle normali precedenti finestre di uscita ancorché queste ricadano nel corso di 2011.

Un esempio riguarda coloro che maturano i requisiti del pensionamento d'anzianità nel secondo semestre del 2010 e la cui finestra è prevista dal 1° luglio 2011: per costoro resta l'uscita per quella

data indipendentemente dalla nuova regola introdotta dal decreto.

Al contrario chi maturasse i requisiti nel marzo 2011 potrà andare in pensione solamente dal 1° aprile 2012.

Ricordiamo che dal 2015 queste criteri di uscita si accresceranno ulteriormente essendo stata prevista dal precedente riordino previdenziale una clausola di aumento di tre mesi all'anno in correlazione alla speranza di vita.

Da calcoli prospettici dal 2050 occorreranno almeno 70 anni per andare in pensione!

LA VECCHIAIA PER DONNE

Per le dipendenti del pubblico impiego, e per adesso, incomprensibilmente, solo per loro, viene previsto uno "scalone" da vertigine per andare in pensione di vecchiaia.

Il vecchio limite dei 60 (con almeno 20 anni di contribuzione) già modificato per il 2010 e 2011 a 61, dal 2012 diviene di 65 anni.

Per le donne sembra di dover inseguire una chimera irraggiungibile e la certezza va a bricioli.

Resta, sempre, la possibilità di andare in pensione d'anzianità con le "quote", così come per tutti gli altri dipendenti uomini e ottenere la pensione, assimilata alla vecchiaia, con 40 anni di contribuzione indipendentemente dall'età.

Ricordiamo, anche, la precedente eccezione (legge n. 243/2004) che consentiva, e consente sino al 2015 di ottenere la pensione con 57 anni d'età e 35 anni di contribuzione con, tuttavia, il non modesto sacrificio di avere una pensione più bassa essendo calcolata con il sistema contributivo anziché con il più favorevole sistema di calcolo retributivo di cui sarebbero state oggetto.

LA FINESTRA PER I TOTALIZZATI

La totalizzazione è lo strumento che permette di raggiungere i requisiti pensionistici sommando, e senza oneri, come è invece per la ricongiunzione, i vari spezzoni previdenziali versati in fondi diversi. È una condizione favorevole specie per i professionisti medici che hanno attivato, nel tempo, contributi in varie casse previdenziali (Inpdap, Inps, Enpam, ecc.)

Anche per costoro il decreto legge ha previsto che il primo assegno pensionistico non spetterà più dal mese successivo alla presentazione della domanda ma ben 18 mesi dopo.

Cioè la finestra mobile prevista per i lavoratori autonomi iscritti all'Inps.

CLAUDIO TESTUZZA

Medico Chirurgo, Esperto di Previdenza, Roma

LA BUONUSCITA A RATE

Verosimilmente, avendo considerato che le nuove regole d'uscita avrebbero determinato un esodo piuttosto numeroso dal pubblico impiego (si pensa a circa 100.000 dipendenti), il legislatore ha voluto impedire il fallimento immediato dell'Inpdap che non è in possesso della massa economica necessaria a pagare da subito i trattamenti di fine servizio: indennità premio di servizio, IPS, per i medici delle aziende sanitarie.

Allora ne ha previsto il pagamento a rate:

- una prima rata di importo sino a 90 mila euro lordi, sarà pagata secondo l'attuale calendario e cioè dopo 105 giorni dall'uscita dal lavoro per i pensionamenti di vecchiaia, decesso, inabilità e limiti di servizio, e 270 giorni per le altre cause (dimissioni, pensioni d'anzianità, destituzione);
- una seconda rata di importo sino a 150 mila euro lordi sarà pagata dopo 12 mesi dalla prima.
- una terza rata, per l'ammontare residuo, sarà data 24 mesi dopo la prima rata.

Sono salvati dalle nuove disposizioni coloro che sono collocati a riposo entro la data del 30 novembre 2010 e abbiano presentato domanda di dimissioni, debitamente accolte entro la data di entrata in vigore del decreto legge (31 maggio 2010) e coloro che vanno a riposo per limiti d'età entro il 30 novembre 2010.

DALLA LIQUIDAZIONE AL TFR

Per tutti i dipendenti pubblici, dal 1° gennaio 2011, la liquidazione sarà calcolata con il sistema del Tfr.

Si chiude così una situazione doppia che consentiva ai dipendenti in servizio sino al 31 dicembre 2000 di avere la liquidazione secondo il sistema del Tfs (IPS per i medici) e a quelli assunti dal 1° gennaio 2001 cui già si applicava la disciplina del Tfr.

Fermo restando che per i più anziani la novità colpirà gli anni dal 2011 in poi, mentre per gli anni precedenti il calcolo sarà fatto con il sistema della liquidazione (l'80% dello stipendio lordo degli ultimi 12 mesi diviso 15, per ogni anno di servizio ovvero riscattato presso l'Inadel, con l'arrotondamento ad un anno per periodi superiori ai sei mesi), il calcolo del Tfr prevede l'applicazione dell'aliquota di accantonamento del 6,91%, pari a quella che versano le imprese private, rivalutata annualmente con una quota fissa dell'1,5% e una quota variabile consistente nel 75% dell'indice Istat.

INVALIDITÀ CIVILE

Il decreto legge introduce requisiti più severi per chi aspira a ottenere l'assegno mensile di invalidità civile.

Accanto a interventi per rendere meno facile il fenomeno dei "falsi invalidi", a partire dalle domande presentate dal 1° giugno 2010 la percentuale di invalidità richiesta sale dal 74% all'80%. Non ci sono novità per la percentuale di invalidità dl 100% (invalidità totale) poiché in questo caso non si parla più di assegno di invalidità civile ma di pensione di inabilità.

Quando si può andare in pensione

Nel sistema retributivo si può andare in pensione d'anzianità:

	Dipendenti	Autonomi
1/7/2009-2010	Quota 95 (60+35/59+36)	Quota 96 (61+35/60+36)
2011-2012	Quota 96 (61+35/60+36)	Quota 97 (62+35/61+36)
Dal 2013	Quota 97 (62+35/61+36)	Quota 98 (63+35/62+36)

In pensione di vecchiaia: 65 anni d'età per gli uomini e 61 anni per le donne nel 2010/11 e 65 anni dal 2012; con almeno 40 anni di contribuzione indipendentemente dall'età.

Date di accesso al pensionamento

LE FINESTRE 2010

Pensionamento d'anzianità

Requisiti entro il 30 giugno
dal 1° gennaio dell'anno successivo

Requisiti entro il 31 dicembre
dal 1° luglio dell'anno successivo

Pensionamento di vecchiaia

o con 40 anni di contribuzione

Requisiti entro il primo trimestre dal 1° luglio

Requisiti entro il secondo trimestre dal 1° ottobre

Requisiti entro il terzo trimestre dal 1° gennaio dell'anno successivo

Requisiti entro il quarto trimestre dal 1° aprile dell'anno successivo

Chi matura i requisiti dal 2011 potrà andare in pensione solamente 12 mesi dopo dalla maturazione del diritto.

Dal 2015 è previsto un accrescimento di un trimestre della data della "finestra". **TM**

ERRATA CORRIGE

In riferimento al prospetto che elenca le Unità di Valutazione Alzheimer in Toscana, pubblicato sul n. 5 di maggio 2010 si precisa che per quanto riguarda la zona di EMPOLI, è operativa una Unità di Valutazione Alzheimer, che è attiva presso il Dipartimento delle Fragilità dell'Ospedale di San Miniato, tel. 0571.705577.

Patrizio Nocentini

Dirigente Responsabile del Settore Integrazione Socio Sanitaria e Non Autosufficienza



La Liquirizia

Saverio Macrì

Ezechielli Editore

Dolce radice dal sapore antico, la definisce Saverio Macrì, che in pensione dopo 50 anni spesi al servizio dei cittadini di Arezzo, si dedica a trasferire in agili libretti (il primo era dedicato al peperoncino) l'amore per la sua terra. E, in effetti, in questo breve ma intenso testo, pubblicato da Ezechielli di Arezzo si leggo-

no notizie storiche e aggiornamenti scientifici su questa leguminacea dalle molte proprietà e di molteplici usi e, nello stesso tempo, traspare l'amore per una terra, la Calabria, ricca di bellezze e di antiche tradizioni.

Bruno Rimoldi

Immagini del bambino e dell'adolescente nel Rinascimento

Ivan Nicoletti e coll.

Nicomp Laboratorio Editoriale Editore

“Percorsi evolutivi dell'arte toscana” è il sottotitolo di quest'ultima fatica di Ivan Nicoletti, uno dei fondatori dell'auxologia clinica, che con Sara Ugolini e altri collaboratori ha esplorato questo aspetto, finora poco conosciuto, del contributo del rinascimento fiorentino all'emergere della figura del bambino e dell'adolescente come oggetto di studio e di considerazione peculiare e specifica. L'umanesimo non poteva proseguire nel con-

siderare il bambino come un piccolo adulto ma tendere, per la propria natura filosofica, ad individuarne le diverse fasi dello sviluppo somatico per farne oggetto di studio (e di rispetto) sul piano psicologico. Il testo affronta la questione da molteplici angolature, artistiche, psicologiche e antropologiche ed è corredato da un apparato iconografico esplicativo.

Antonio Panti

La sfida della sanità americana

Gavino Maciocco e coll.

Pensiero Scientifico Editore

Gavino Maciocco, insieme a alcuni collaboratori, ha pubblicato per il Pensiero Scientifico Editore questo ultimo saggio che raccoglie il suo lungo e documentatissimo lavoro sul sistema assistenziale americano. Un sistema che lascia sorpresi noi europei che stentiamo a comprendere perché la nazione più ricca e potente del mondo, quella in cui sono collocati gli ospedali più avanzati e innovativi, da cui provengono la massima parte delle scoperte scientifiche mediche e che più spende in ricerca con i migliori risultati, abbia invece un sistema sanitario iniquo e inefficiente. In termini di salute tutte le statistiche pongono gli USA al di sotto dei migliori stati europei e la nostra piccola To-

scana almeno in questo può insegnare molto al gigante americano. Il libro di Gavino rende ragione di questa situazione e appaga ogni curiosità. Un libro da leggere attentamente perché è un buon antidoto contro critiche ingiuste e pericolose. Il governo vuol ridurre ancora i costi della sanità italiana, meno del 10% del PIL, di fronte all'incidenza del 18% sul PIL della sanità americana. Se l'impegno ippocratico di voler curare tutti i pazienti con le stesse possibilità offerte dalla moderna medicina ha ancora un valore per i medici, la lettura di questo libro di Maciocco e collaboratori è una ottima base di riflessione.

Antonio Panti

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

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

B.D.A. Computer & Software

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

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



Certificati di malattia telematici

In merito alla nuova procedura per l'inoltro telematico all'INPS dei certificati di malattia dei lavoratori dipendenti, fermo restando che le regole operative stanno per essere emanate dalle autorità competenti (Ministero, INPS, Regioni e ASL), l'Ordine ritiene opportuno ricordare che l'obbligo dell'inoltro telematico riguarda tutti i medici del SSN, sia dipendenti che convenzionati e non soltanto i medici di medicina gene-

rale. Pertanto le sanzioni previste dalla legge per i casi di mancato adempimento, che arrivano fino al licenziamento, sono applicabili a tutti i medici del SSN. A questo proposito, in Toscana, le ASL si stanno organizzando per dotare tutti i medici del SSN, sia dipendenti che convenzionati, di un lettore di smart-card, che insieme alla tessera sanitaria del medico, sarà in grado di identificare immediatamente che il professio-

nista certificatore fa parte del SSN e abilitarlo così alla certificazione telematica. L'Ordine raccomanda, pertanto, a tutti i propri iscritti dipendenti e convenzionati con il SSN di seguire attentamente l'evolversi della procedura, che l'Ordine continuerà a monitorare per fornire, sulla base delle indicazioni emanate dagli organismi preposti, le informazioni opportune.

CINEFORUM ALL'ORDINE DEI MEDICI DI FIRENZE

Nei giorni giovedì 14-28 ottobre e 11-25 novembre 2010 alle ore 20,30 l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze proietterà quattro film sul tema del profilo della professione e sui confini tra terapia e "cura". Il progetto si concentra sulla costruzione di opportunità di miglioramento della pratica medica e dell'assistenza attraverso la "manutenzione" del sapere professionale personale. Ingresso libero. Info: 055.496522 int 3.

Programma

DATA	FILM
Il profilo della professione	
Giovedì 14 ottobre	Camilla
Giovedì 28 ottobre	Un medico, un uomo
I confini tra terapia e "cura"	
Giovedì 11 novembre	Wit. La forza della mente
Giovedì 25 novembre	Lo spazio bianco

BACHECA

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

OFFERTE DI LAVORO IN SPAGNA

- La società "Bologna Health Jobs" ricerca medici per la Spagna da inserire nelle strutture ospedaliere del Servizio sanitario pubblico. In particolare, sono richiesti specialisti in Pediatria (in Galizia), Urologia e Cardiologia (nelle regioni Castilla La Mancha e Extremadura). Per ulteriori informazioni consultare il sito internet della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici: www.fnomceo.it.

SOSTITUZIONI

- Odontoiatra si rende disponibile per sostituzioni durante i mesi estivi in studi di Firenze, Prato e Pistoia. Cell. 345.2662517.
- Il Dott. Durmo Rexhep, laureato ed abilitato, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni dei medici di MG/guardia medica/servizi sportivi/ servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi/a Firenze e in Provincia. Tel. 3401585962.
- dr.ssa Martina Moneglia 110\110 e lode marzo 2009 tesi in psichiatria borsa post laurea in medicina interna disponibile nel mese di luglio agosto e settembre per sostituzioni medici di famiglia in Firenze, Prato, Scandicci bagno a Ripoli, San Casciano Cell. 328.6976438.
- Daino Alfredo è disponibile per sostituzioni a specialisti in ginecologia e ostetricia in Livorno e prov. tel. 347.3321710.



**BANCA
CR FIRENZE**





Le problematiche dei medici del lavoro

L'Ordine dei Medici di Firenze ha recentemente approvato un documento che riguarda i medici del lavoro e le problematiche connesse alle loro funzioni, alla luce delle disposizioni del Decreto Legislativo 81/2008 e delle iniziative intraprese dai datori di lavoro pubblici e privati per reclutare e selezionare i medici competenti. In particolare, l'Ordine di Firenze affianca, condivide e sostiene le preoccupazioni già espresse dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e già rappresentate ai Mi-

nisteri competenti che riguardano, in primo luogo, il ricorso da parte delle amministrazioni pubbliche alle aste al ribasso per reclutare i medici del lavoro, introducendo così un elemento che, oltre ad essere lesivo della dignità del medico, rischia di abbassare notevolmente il livello di qualità delle prestazioni. La legge, infatti, attribuisce al medico del lavoro importanti profili di responsabilità e voler ridurre questo tipo di impegno professionale ad un mero servizio in appalto appare una soluzione perico-

losa in primo luogo per i lavoratori. Inoltre nel documento viene denunciato il rischio rappresentato da soggetti "intermediari" che offrono "pacchetti" di prestazioni di medicina del lavoro, nell'ambito dei quali l'opera professionale del medico diventa una semplice componente, senza il riconoscimento del rilievo e delle responsabilità che gli competono. Anche qui siamo di fronte ad una prassi che, in definitiva, può portare a soluzioni di scarsa qualità che, quindi, non tutelano sufficientemente i lavoratori.



Certificati medici: solo dopo la visita

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici informa che è stato portato all'esame della Camera dei Deputati un disegno di legge che, fra l'altro, contiene un articolo che interpreta autenticamente la norma sulle sanzioni per i medici per false attestazioni o certificazioni. Si ricorderà, infatti, che il recente Decreto Legislativo 150/2009 prevede pesanti sanzioni per i medici che rilasciano

certificati non veritieri, comprendendo nel novero anche quelli rilasciati a seguito di dati non direttamente constatati dal medico né oggettivamente documentati. La Circolare del Ministero della Funzione Pubblica del 28 aprile scorso aveva precisato che la responsabilità del medico ricorre solo quando vengono rilasciati certificati attestanti dati clinici non desunti da visita, in coerenza con la buona pra-

tica medica. Il disegno di legge che adesso è all'esame del Parlamento intende conferire valore di legge al principio contenuto nella Circolare ministeriale. Con il risultato che, se da un lato vengono attenuati i rischi per il medico di incorrere in una certificazione sanzionabile, dall'altra viene imposta per legge l'obbligatorietà della visita medica preliminare ad ogni tipo di certificazione.

Prestazioni e iscrizione all'ONAO SI

Il 9 febbraio 2010 i Ministeri vigili hanno definitivamente approvato il nuovo Statuto della Fondazione ONAO SI, dopo un iter durato oltre anno. Il nuovo Statuto ha esteso la possibilità per la Fondazione di fornire ulteriori prestazioni in aggiunta allo scopo primario che rimane "il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione, entro i limiti di bilancio, degli orfani, siano essi figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti (di seguito denominati orfani), di medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, contribuenti obbligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte". La Fondazione, infatti, potrà, una volta assicurate le prestazioni ed i servizi di cui sopra, e nei limiti delle compatibilità di bilancio, erogare prestazioni:

- a) ai figli del contribuente vivente, il quale si trovi in situazioni di bisogno;
- b) ai figli dei contribuenti anche in caso di decesso del genitore non contribuente;
- c) ai contribuenti in condizioni di disagio economico, sociale e professionale al fine del loro recupero lavorativo.

Inoltre la Fondazione può erogare prestazioni assistenziali ai contribuenti disabili e agli ex contribuenti, se indigenti e qualora non fruitori di prestazioni di altri Enti previdenzia-

li. Lo Statuto ha anche modificato gli organi della Fondazione che adesso sono il Comitato di Indirizzo, che verrà eletto direttamente da tutti i contribuenti ed i cui compiti sono l'elaborazione degli indirizzi programmatici, l'approvazione dei bilanci e l'elezione del Consiglio di Amministrazione composto da 9 membri tra cui il Presidente, che ha la funzione di gestire la Fondazione. L'attuale Consiglio di Amministrazione ha già approvato il 31 marzo u.s. il regolamento elettorale per il Comitato di Indirizzo, che è ora all'esame dei Ministeri vigili; subito dopo l'approvazione da parte di questi si procederà al rinnovo degli organi. Un'altra novità, infine, sono i termini per l'iscrizione volontaria.

Infatti la Fondazione ONAO SI prevede due tipi di contribuenti: quelli obbligatori, che sono i medici e gli odontoiatri dipendenti pubblici, e quelli volontari che sono tutti gli altri medici e odontoiatri che non sono dipendenti pubblici. Il nuovo Statuto prevede alcuni termini perentori per i medici e gli odontoiatri che desiderano iscriversi all'ONAO SI come contribuenti volontari. In particolare è previsto che i medici e gli odontoiatri neo-iscritti (cioè iscritti all'Albo dopo il 9 febbraio 2010), possono iscriversi volontariamente all'ONAO SI entro 5 anni dalla data di iscrizione all'Albo. Scaduto questo termine, l'iscrizione non è più possibile. Per coloro che, invece, sono iscritti all'Albo da prima

del 9 febbraio 2010, è possibile diventare contribuenti volontari ONAO SI presentando domanda entro un anno dall'entrata in vigore del nuovo Statuto e, cioè, entro l'8 febbraio 2011. Anche in questo caso, decorso il termine, non è più possibile iscriversi. Infine, per i medici e gli odontoiatri che sono stati in passato contribuenti obbligatori (cioè sono stati dipendenti pubblici) e adesso non lo sono più, è previsto che possano chiedere di rimanere iscritti all'ONAO SI come contribuenti volontari se presentano domanda entro 2 anni dalla data della cessazione della contribuzione obbligatoria. L'Ordine invita tutti i propri iscritti a considerare i numerosi vantaggi che derivano dall'iscrizione all'ONAO SI, a fronte di un contributo molto vantaggioso. L'attività dell'ONAO SI, infatti, ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione dei figli dei medici e degli odontoiatri contribuenti obbligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione tramite contributi in denaro o accoglienza presso le proprie strutture residenziali. Si tratta, quindi, in sostanza di una forma di "assicurazione" complementare di tipo assistenziale, a tutela dei figli e delle famiglie dei medici e degli odontoiatri. Per ulteriori informazioni, consultare il sito: www.onaos.it.



DM sugli stupefacenti

Il 3 aprile 2010 la Gazzetta Ufficiale ha pubblicato il decreto del Ministero della Salute su "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni, con sostituzione della tabella II sezione D del testo Unico". Il decreto conferma le disposizioni delle ordinanze 16 giugno, 2 luglio e 8 ottobre 2009 in materia di semplificazione della prescrizione dei medicinali analgesici oppiacei per la terapia del dolore grazie all'*eliminazione del ricettario speciale*. Il DM introduce un iter più agevole per tutti: medici, farmacisti e soprattutto pazienti. Ne deriva che l'iscrizione nella tabella II sezione D delle composizioni medicinali indicate dalle citate ordinanze, da temporanea diventa definitiva, con la sostituzione della tabella del Testo Unico con quella allegata al decreto (e che pubblichiamo su queste pagine).

Permane l'obbligo per i farmacisti, previsto dalle ordinanze, di inviare entro la fine di ogni mese, all'Ordine provinciale competente per territorio, una comunicazione riassuntiva del nu-

mero delle confezioni prescritte su ricettario personale del medico e dispensate nel mese precedente, distinte per forma farmaceutica e dosaggio limitatamente alle ricette effettivamente spedite e contenenti la prescrizione delle seguenti composizioni medicinali:

- Composizioni per somministrazioni a uso diverso da quello parenterale, contenenti codeina, diidrocodeina e loro Sali in quantità, espressa in base anidra, superiore a 100 mg per unità di somministrazione o in quantità percentuale, espressa in base anidra, superiore al 2,5% p/v (peso/volume) della soluzione multidose.

- Composizione per somministrazione rettale contenenti codeina, diidrocodeina e loro Sali, in quantità, espressa in base anidra, superiore a 100 mg per unità di

somministrazione.

- Composizioni per somministrazione orale contenenti ossicodone e suoi Sali in quantità espressa in base anidra superiore a 10 mg per unità di somministrazione o in quantità percentuale, espressa in base anidra, tale da superare il 2,5% p/v della soluzione multidose.

- Composizioni per somministrazione rettale contenenti ossicodone e suoi Sali in quantità, espressa in base anidra, superiore a 20 mg.

- Composizione per somministrazione a uso diverso da quello parenterale contenenti fentanyl, idrocodone, idromorfone, morfina, ossimorfone.

- Composizioni per somministrazione ad uso transdermico contenenti buprenorfina.

TABELLA II - SEZIONE D

Ricetta da rinnovarsi volta per volta.

I medicinali contrassegnati con ** sono inclusi nell'allegato III bis.

COMPOSIZIONI per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale, contenenti acetildiidrocodeina, etilmorfina, folcodina, nicocodina, nicodicodina, norcodeina e loro sali in quantità, espressa in base anidra, superiore a 10 mg fino a 100 mg, per unità di somministrazione o in quantità percentuale, espressa in base anidra, compresa tra l'1% ed il 2,5% p/v (peso/volume), della soluzione multidose; composizioni per somministrazione rettale contenenti acetildiidrocodeina, etilmorfina, folcodina, nicocodina, nicodicodina, norcodeina e loro sali in quantità, espressa in base anidra, superiore a 20 mg fino a 100 mg per unità di somministrazione;

COMPOSIZIONI per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale contenenti codeina** e diidrocodeina** in quantità, espressa in base anidra, superiore a 10 mg per unità di somministrazione o in quantità percentuale, espressa in base anidra, superiore all'1% p/v (peso/volume) della soluzione multidose; composizioni per somministrazione rettale contenenti codeina**, diidrocodeina** e loro sali in quantità, espressa in base anidra, superiore a 20 mg per unità di somministrazione;

COMPOSIZIONI per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale contenenti fentanyl**, idrocodone**, idromorfone**, morfina**, ossicodone**, ossimorfone**

COMPOSIZIONI per somministrazioni ad uso transdermico contenenti buprenorfina**;

COMPOSIZIONI di difenossilato contenenti, per unità di dosaggio, come massimo 2,5 mg di difenossilato calcolato come base anidra e come minimo una quantità di solfato di atropina pari all'1 per cento della quantità di difenossilato;

COMPOSIZIONI di difenossina contenenti, per unità di dosaggio, come massimo 0,5 mg di difenossina e come minimo una quantità di atropina pari al 5 per cento della quantità di difenossina;

COMPOSIZIONI che contengono, per unità di somministrazione, non più di 0,1 g di propiram mescolati ad una quantità almeno uguale di metilcellulosa;

COMPOSIZIONI per uso parenterale contenenti:

CLORDEMETILDIAZEPAM (DELORAZEPAM)

DIAZEPAM

LORAZEPAM

MIDAZOLAM

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

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

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr.
50 100 4785

VACO 05-05

Manfredo Fanfani

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

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



Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

