



ToscanaMedica

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



Le terapie mirate dei tumori

Lucio Luzzatto

Le cure intermedie, un documento del CSR

Gruppo di lavoro CSR coordinato da Simona Dei

L'adozione della check list di Sala Operatoria nella Asl di Grosseto

M. Baldari, G. Franci, D. Zuccherelli, S. Bovenga

La PACU in un Ospedale organizzato per intensità di cure

D. Conti, R. Boccalini, U. Buoncristiano,
D. Hervatin, S. Gori, A. Pedullà

N° 7 LUGLIO-AGOSTO 2011



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ Lorenzo Bartolini scultore dell'Ottocento
F. Napoli **4**

EDITORIALE

■ Slow medicine, ovvero elogio della lentezza
A. Panti **5**

QUALITÀ E PROFESSIONE

■ Le terapie mirate dei tumori
L. Luzzatto **6**

■ De ratio virtute
S.E. Giustini **8**

■ L'adozione della check list di Sala Operatoria nella Asl di Grosseto
M. Baldari e coll. **11**

■ Il giuramento dei neolaureati
A. Panti **15**

■ Verde, ambiente e salute
M. Onorari e coll. **17**

■ La PACU in un Ospedale organizzato per intensità di cure
D. Conti e coll. **19**

■ Il sistema di allerta rapido alimenti e mangimi (SARAM) nell'Azienda Sanitaria di Firenze
G. Allodi e coll. **29**

■ Rischi per la salute da esposizione a campi magnetici a bassa frequenza (C.M. a 50Hz o ELF)
M.G. Petronio e coll. **31**

■ I giovani medici studiano tanto... e poi?
A. Panti **33**

■ Dolore, demenza e medico di medicina generale
G. Cipriani e coll. **34**

■ A proposito di adolescenza
R. Lo Parrino **35**

REGIONE TOSCANA

■ Il Panorama delle cure intermedie
Gruppo di lavoro "cure intermedie" **21**

MEDICINA LEGALE

■ Prestazioni medico-legali per gli stranieri nel territorio dell'ASL 11 e il Decreto 4 giugno 2010
D. Lepore e coll. **37**

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

■ Analisi per istotipo dell'incidenza del tumore gastrico nel Registro Tumori Toscano dal 1985 al 2005
A. Caldarella e coll. **39**

SANITÀ NEL MONDO

■ La riforma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
G. Maciocco **40**

LETTERE AL DIRETTORE

■ Le parole sono importanti
M. Macucci **42**

LIBRI RICEVUTI/LETTI PER VOI **42**

VITA DELL'ORDINE a cura di *Simone Pancani* **44**

NOTIZIARIO a cura di *Bruno Rimoldi* **45**

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI **46**

BACHECA **46**

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 XXIX n. 7 - Luglio/Agosto 2011
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

Lorenzo Bartolini, Busto di Rosa Trivulzio Poldi Pezzoli, 1828, dal Museo Poldi Pezzoli, Milano

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2011 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

Editore

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

Pubblicità

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

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Lorenzo Bartolini scultore dell'Ottocento

Autore nato vicino a Prato e con alle spalle un lungo viaggio di studio a Parigi presso lo studio di Lemot e di David, Lorenzo Bartolini abbraccia nell'arco della sua vita (1777-1850) il neoclassicismo e le prime avvisaglie romantiche, attraverso la stagione del Purismo.

A Firenze l'autore lascia tracce precise, dalla casa dove a lungo vive in Borgo Pinti, alla sepoltura in SS. Annunziata presso la Cappella di San Luca, dal Monumento Demidoff nella piazza omonima, a quelli di Vittorio Fossombroni e della contessa Zamojska nella chiesa di Santa Croce; ma la testimonianza principale dell'arte di Bartolini è conservata presso la Galleria dell'Accademia, ove è raccolta la sua vastissima gipsoteca.

Sono una serie di gessi preparatori la scultura in marmo, realizzati negli anni e che mostrano delicatezza di superficie, emozione controllata, espressività sentimentale.

La Galleria dell'Accademia di Firenze propone (fino al 6 novembre) una mostra tutta dedicata all'artista pratese dal titolo *Lorenzo Bartolini scultore del bello naturale*. Se da un lato l'autore si oppone all'imperante *bello ideale* (Canova) proprio con l'introduzione di un atteggiamento strettamente fedele alla realtà – si veda il letto crudamente disfatto della defunta contessa Zamojska – e lontano dal virtuosismo tecnico fine a se stesso, dall'altro segue le indicazioni avute da un pittore francese conosciuto in Francia, Ingres, che afferma: *Chi sa copiare tiene le redini dell'arte*.

Da qui, il concetto di *bello naturale*, il vero spunto ispiratore dell'artista. D'altro canto, Jean Dominique Ingres conosciuto nello studio di David tanti anni prima, viene ritrovato da Bartolini a Firenze negli anni 1822-4 (studio in via delle Belle Donne), risultando questa una nuova occasione per confermare certe idee di fondo in campo artistico.

Infatti, nei tanti ritratti realizzati e in parte esposti nella mostra fiorentina, si avverte questa necessità di *naturale*: *Nei ritratti la materia ha forma e movimento, quindi ha vita*.

Così, Rossini, Listz, Madame De Stael o Byron testimoniano un adeguato passaggio dal modello in gesso alla copia in marmo: l'immagine iniziale si distacca dall'estetismo neoclassico concedendo attenzione al sentimento. Tale aspetto, tra l'altro, è riconfermato anche dai ritratti (Murat, Napoleone,

Leopoldo di Lorena) contenuti nella concomitante più contenuta mostra presso le Antiche Stanze di Santa Caterina (Prato), dove sono esposte le opere conservate abitualmente nei locali del Museo Civico, da molti anni chiuso.

D'altra parte, se *la natura non si inganna mai*, come dice lo scultore, ciò avviene allontanandosi dall'ideale estetismo neoclassico arrivando al *bello naturale* attraverso *l'imitazione del vero*.

Avviene così anche grazie a Lorenzo Bartolini una iniziale, successivamente più profonda modifica dell'arte, recuperando una espressività di lontano sapore quattrocentesco, quindi riferibile alla cultura ed alla storia locale, per questo poi cara alla sensibilità risorgimentale.

Lorenzo Bartolini scultore del bello naturale

Galleria dell'Accademia, Firenze

fino al 6 novembre

orario: martedì/domenica 8,15 - 18,50



Lorenzo Bartolini, *Baccante a riposo detta Dirce*, 1845, marmo, h 60 x 110 x 47 cm., Paris, Musée du Louvre



Slow medicine, ovvero elogio della lentezza

ANTONIO PANTI

Il dilemma del dottore. Che vorrebbe battere ogni record, realizzare l'antico detto, "citius, fortius, altius", il motto di tutti i campioni, ed ha un sogno: più prestazioni, perfette per qualità, nel minor tempo possibile. Così si agisce in medicina. Ma a quello stesso medico si chiede di ascoltare i pazienti, e l'ascolto richiede tempo, come nella "medicina narrativa", e di ponderare assai prima di proporre accertamenti inutili o terapie superflue. Nel mondo della frenesia, della velocità, della sfrenata competizione, si è inopinatamente accusati di non saper sostare, di non colloquiare. È vero, da molteplici brevissimi incontri non può nascere una concreta alleanza terapeutica.

"La furia la vuol la calma", è un vecchio adagio fiorentino. E non si tratta tanto di una forma di accortezza nel fare, quanto di riconquistare un atteggiamento interiore. Lento, calmo, accogliente, sereno, equanime.

"Lentitia" significa flessibilità, duttilità, e lento è chi procede piano ma con tenacia, cautamente. "E tu lenta ginestra" ti pieghi di fronte alle avversità per poi rifiorire, umile ma tenace. Elogio della lentezza come abito di chi non ha fretta, è parco, non grida, non corre, non si scontra, preferisce ascoltare, riflettere, essere flessibile, prendersi il tempo necessario.

Alcuni colleghi, anch'io, hanno fondato una associazione per la *slow medicine*, per marcare il contrasto con la medicina di oggi ma anche per indicare una via di riflessione, un "mettere la palla al centro" per ricominciare con minor esasperazione, con toni più bassi, competitività ma anche tolleranza, per dare il giusto valore alle cose. È importante vincere la malattia almeno quanto restituire dignità, libertà e un pizzico di felicità all'uomo che soffre. L'uomo deve sentirsi compreso oltre che curato.

La lentezza implica tre virtù, la sobrietà, cioè l'abitudine a fare il necessario, non il superfluo (l'accanimento diagnostico e terapeutico è ubiquitario nella medicina moderna); il rispetto, cioè l'attitudine umana e mentale all'ascolto, alla tolleranza, all'evitare giudizi morali, a considerare il tempo del colloquio come tempo di cura, forse il più importante nel rapporto col paziente; la

giustizia, cioè la capacità e la voglia di battersi contro ogni discriminazione, di fare soltanto ciò che serve, avendo sempre in mente i diritti di tutti e della collettività.

In un pronto soccorso moderno, di quelli da 200 accessi al giorno, queste sembrano ingenue elucubrazioni; non c'è scampo alla medicina fast, anzi bisogna perseguire ritmi sempre più veloci. Con tutti i limiti delle situazioni estreme, è l'abitudine mentale alla lentezza che deve essere riconquistata. Nel grande ospedale e nella medicina generale. Anche per resistere razionalmente alle immani pressioni che ogni giorno gravano sulla sanità.

Star dietro alla vere o presunte conquiste della scienza o ai mirabolanti progressi, applicabili o no, della tecnica, costringe i medici a una continua rincorsa, in un clima sempre più enfaticizzato e illusorio verso una quasi conquistata immortalità. È eccessivo proporre una moratoria alle notizie di stampa in modo da valutare intanto quello che c'è di veramente nuovo in medicina?

Un fatto è certo, che questo cambiamento non può passare dai soli medici. Si riflette male se manca la solidità economica e si deve lottare quotidianamente per la sopravvivenza dei servizi, se latita l'impegno delle direzioni e si insiste a valutare i medici per la quantità e non la qualità dei risultati, se è carente la formazione, dimentica degli aspetti umanistici della medicina, se, infine, non sono coinvolti i professionisti, che per primi debbono essere convinti del processo di cambiamento.

I vantaggi della *slow medicine* sono evidenti: diminuire il rischio clinico, implementare la medicina narrativa e quindi la comprensione del paziente, acquistare tempo, il tempo per promuovere la salute, educare alla sanità, prevenire le malattie.

Ribelliamoci a una medicina che ci condiziona come uomini, fautrice di disaffezione. Oggi il ritmo di lavoro lo dettano alla professione politici, amministratori, giornalisti, associazioni di pazienti, aziende chimiche, magistrati. E i medici? Riconquistiamo il dominio del nostro tempo! Chi vuol fondare un'associazione per il tempo di cura? *slow medicine*.

TM



Lucio Luzzatto, specializzato in Ematol. a PV e alla Columbia Univ. di New York. Dal 1964 al 1974 è lettore e poi prof. di Ematologia all'Univ. di Ibadan in Nigeria. Dal 1974 al 1981 è direttore dell'Istituto Internazionale di Genetica e Biofisica presso il CNR di Napoli. Dal 1981 prof. di Ematol. e Dir. del Dip. di Ematol. c/o la Royal Postgraduate Medical School dell'osp. Hammer-smith di Londra. Nel 1994 diventa primo Dir. del nuovo Dip. di Genetica Umana al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York. Dal 2000 al 2004 è Dir. scientifico dell'Ist. Naz. per la Ricerca sul Cancro di Genova. Dal 2005 è Dir. Scientifico dell'Istituto Toscano Tumori.

Le terapie mirate dei tumori

Nell'ambito della medicina l'oncologia è una disciplina trasversale, poiché non riguarda un singolo organo, bensì una malattia che

può svilupparsi in qualsiasi organo del nostro corpo.

Nell'ultimo ventennio i progressi dell'oncologia sono stati più che notevoli, ma variegati: e verranno perciò diversamente valutati da specialisti diversi. Per chi si occupa di certi tipi di linfoma o di tumori del testicolo siamo passati nella maggioranza dei casi da una mortalità elevata ad una prognosi favorevole; per chi si occupa invece di tumori del pancreas dobbiamo quasi sempre ancor oggi fare professione di

molecolari dei tumori, è ormai chiaro che il cancro ha origine dalla trasformazione di una cellula normale in una cellula tumorale. Questa trasformazione, considerata in passato un po' come se fosse misteriosamente strisciante, è dovuta invece ad eventi ben precisi; la trasformazione può apparire graduale, ma è causata da eventi discreti, cioè da mutazioni di specifici geni. Come nel

DNA che ereditiamo è scritto il programma per il nostro sviluppo, così sono scritte nel DNA della cellula divenuta tumorale le proprietà di questa: il suo ritmo di crescita, la sua attività metabolica, la sua tendenza invasiva, la sua capacità di formare metastasi. Nella vastità del DNA di una cellula umana (una sequenza di 3 miliardi di basi), le differenze tra una cellula normale e una cellula tumorale sono minime, e quelle importanti potrebbero essere anche solo tre o quattro: sono state acquisite nel corso della formazione del tumore nell'organismo del paziente, e perciò le chiamiamo mutazioni somatiche.

Per quanto riguarda le **terapie mirate**, la cura di un malato di cancro ha sempre mirato, non da oggi, ad eliminare il tumore causando il minimo di danno al resto dell'organismo: è per questo che, ancor oggi, per la maggior parte di tumori solidi è la chirurgia che giustamente domina, e il successo della terapia dipende *in primis* da quanto è fattibile la rimozione totale e quanto sono abili le mani di chi la effettua.

LUCIO LUZZATTO

Direttore Scientifico dell'Istituto Toscano Tumori, Firenze

umiltà.

Dopo questa premessa, che implica quanto sia complessa l'oncologia, potrebbe sembrare semplicistico o arbitrario citare alcuni progressi come i più importanti. Credo però che su due di questi ci possa essere accordo: (a) *la comprensione delle basi molecolari dei tumori*, e (b) *le terapie mirate* (in inglese *targeted therapy*).

Per quanto riguarda la **comprensione delle basi**

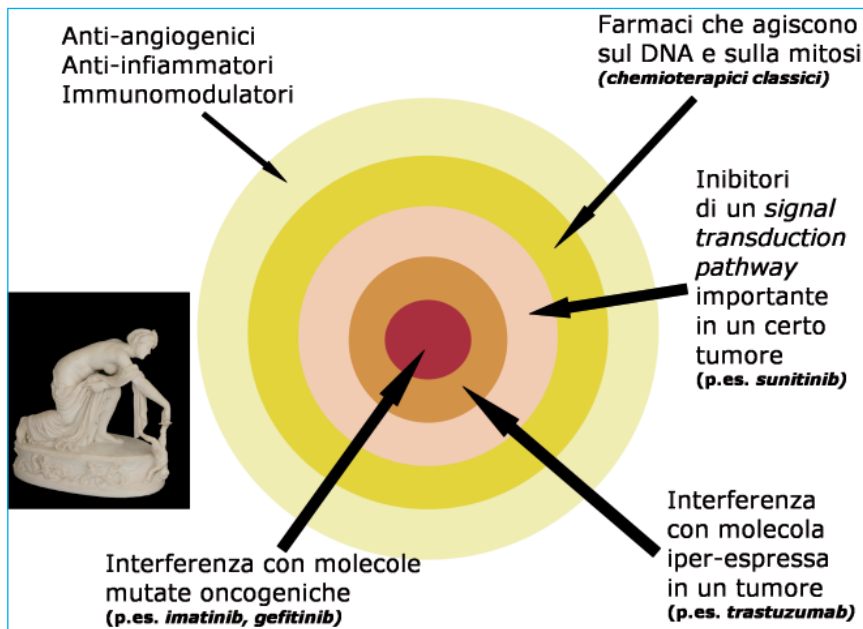


Figura 1 - Tutti i farmaci sono mirati; ma alcuni hanno una mira migliore di altri. Nel riquadro a sinistra una scultura di Teti che immerge Achille neonato nel fiume Stige per proteggerne l'incolumità; Achille era rimasto vulnerabile solo dove l'acqua non lo aveva toccato: di qui il termine tallone d'Achille. È a questa metafora che si ispira in certo modo la ricerca di bersagli sempre più precisi per la terapia dei tumori.

La resezione totale di un tumore è una terapia mirata; come lo è letteralmente la sua irradiazione, con tecnologie che sempre più affinano la mira. Ciò malgrado, il termine terapia mirata è invalso nell'uso soprattutto con riferimento a farmaci, ed in questo senso occorre definirlo. Un farmaco si può definire tanto più mirato quanto più agisce selettivamente sulle cellule tumorali rispetto a quelle normali. I farmaci anti-tumorali classici hanno preso di mira soprattutto la divisione cellulare. Così l'idrossiurea inibisce la sintesi del DNA, la ciclofosfamida lo alchila, gli antimetaboliti (dalla mercaptopurina alla gemcitabina) e le antracicline interferiscono in vario modo con la sua replicazione; gli alcaloidi della Vinca e i taxani attaccano l'apparato microtubulare del fuso mitotico. Questi farmaci puntano essenzialmente su una differenza quantitativa, perché il ritmo di proliferazione (che comprende sia la replicazione del DNA sia la divisione mitotica delle cellule) è alto nella maggior parte dei tumori rispetto ai tessuti normali. Ciò significa che la chemioterapia tradizionale già consiste di farmaci mirati: ma vorremmo che lo fossero ancora di più, e che potessimo identificare bersagli sempre più adatti allo scopo.

In questo senso l'idea che puntare su una differenza qualitativa sarebbe vantaggioso, oltre che più elegante, risale a circa mezzo secolo fa, quando si è pensato di sfruttare il fatto che la tiroide è praticamente l'unico organo umano che capta iodio per colpire i tumori della tiroide con lo iodio radioattivo. Conosciamo oggi piuttosto bene i limiti di questa terapia (detta radio-metabolica): ma il fatto che sia ancor oggi terapia standard per una buona parte dei carcinomi papillari della tiroide attesta ad un successo straordinario. In questo caso, rimasto unico, si punta in realtà su una caratteristica tessuto-specifica piuttosto che tumore-specifica. Idealmente vorremmo puntare invece al tallone d'Achille della cellula tumorale: usare cioè come bersaglio una differenza molecolare tra cellula normale e cellula tumorale, che di quest'ultima possa costituire il punto debole. Un simile approccio è concettualmente sempre più fattibile, di mano in mano che vengono delucidati in dettaglio le vie metaboliche e le interazioni tra proteine che sono alterate nei tumori. Su questo si basano gli anticorpi monoclonali come ad esempio il trastuzumab, il rituximab e il cetuximab; gli inibitori delle tirosina-cinasi come ad esempio l'imatinib, il sunitinib, il gefitinib (il bevacizumab ed altri farmaci anti-angiogenici sono un po' a parte).

Per ognuno di questi farmaci abbiamo indicazioni specifiche, anche se potranno venire allargate: ed occorre imparare precauzioni e contro-indicazioni per ognuno singolarmente. Intanto è bene tenere presenti alcuni concetti generali.

Per tutti i farmaci mirati oggi in uso (come quelli appena elencati) il bersaglio non è esclusivo del tumore: piuttosto è maggiormente espresso nel tumore, o più importante nel tumore, ma presente anche in cellule normali.

Questi farmaci vengono spesso chiamati 'biologici': alcuni lo sono, come gli anticorpi monoclonali; altri sono invece prodotti della chimica organica. Naturalmente lo stesso vale per gli anti-tumorali classici: il taxolo è biologico (si estraeva dalla corteccia del tasso), la ciclofosfamida non lo è. Stiamo attenti a non cedere alla suggestione subliminale che biologico sia sinonimo di buono o di innocuo.

I farmaci mirati hanno tossicità (anche se si preferisce parlare di effetti collaterali), talvolta di tipo insolito. Ad esempio, nessuno aveva previsto a tavolino che il bortezomib potesse causare gravi neuropatie periferiche e il trastuzumab fosse potenzialmente cardiotossico. I meccanismi di questi effetti sono svariati e complessi, ma in generale possono risalire ad una spiegazione generale: come già detto sopra (punto 1), il bersaglio è selettivo ma non del tutto.

I farmaci mirati non sono esenti dal problema della farmaco-resistenza: non è strano, perché questa può insorgere per qualsiasi farmaco attraverso vari meccanismi, alcuni dei quali ben noti. Una questione importante è però se per i farmaci mirati questo sia addirittura più probabile che per altri: in effetti ci sono motivi teorici per pensarlo, e per l'imatinib è già un dato di fatto ampiamente verificato.

Per quanto ho detto sopra potrei essere tacciato di detrattore dei farmaci mirati, ma nulla è più lontano dalla mia intenzione. Ammetto che, essendo ogni giorno a contatto diretto con pazienti che non riusciamo ad aiutare abbastanza, sono alieno dal trionfalismo. Inoltre, non è nell'interesse dei pazienti che i nuovi farmaci più mirati vengano contrapposti a quelli tradizionali: ho sentito dire con le mie orecchie: "Lì non ci vado perché usano ancora la chemioterapia". È bene ricordare che la chemioterapia tradizionale è ancor oggi un caposaldo per la guarigione del Hodgkin e nella terapia adiuvante del cancro del seno, per citare solo due esempi; al tempo stesso l'imatinib ha cambiato radicalmente il trattamento della leucemia mieloide cronica, e il cetuximab ha migliorato la prognosi del carcinoma del colon.

Ma non esito ad andare più in là. I problemi dei farmaci mirati dipendono in buona parte dal fatto che non sono mirati abbastanza (vedi Figura 1). Sono tanto convinto che il futuro sta nelle terapie mirate, che vorrei la mira fosse migliore. Fino a che scegliamo un bersaglio che è prominente nel tumore ma è presente anche in un tessuto normale la tossicità sarà inevitabile. Spero diventi chiaro a questo punto quanto stretto debba essere il rapporto tra la ricerca di terapie mirate (b) e l'identificazione di specifiche mutazioni somatiche (a). Infatti, il prodotto di una delle mutazioni somatiche che ha causato il tumore sarà, per definizione, sia presente solo nelle cellule tumorali sia importante per la vitalità del tumore: è lì che idealmente dobbiamo colpire.

In conclusione, non c'è né ci deve essere – a mio modo di vedere – alcuna soluzione di continuità tra chemioterapici tradizionali e farmaci di nuova generazione: gli uni e gli altri sono mirati, ma si sta cercando di fare in modo che la mira sia sempre più precisa, il bersaglio sempre più centrato. Ogni volta che abbiamo un farmaco nuovo meno tossico ed altrettanto o più efficace abbandoneremo quello vecchio; ma spesso avere un armamentario più ricco permetterà di mettere a punto terapie combinate, che potranno talora utilmente includere farmaci di generazioni successive, come in oncologia è sempre avvenuto. Dopo tutto la nostra missione, non dimentichiamolo, non è né contro il vecchio né contro il nuovo, bensì contro il tumore; e ancor più a favore del paziente.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: lucio.luzzatto@ittumori.it

TM



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

De ratio virtute

I medici di medicina generale italiani, nell'ambito del SSN, forniscono per l'intera popolazione le seguenti prestazioni sanitarie:

- prescrizione di farmaci (i.e. circa il 70% del consumo coperto dal

SSN);

- prestazioni diagnostiche (test di laboratorio ed esami strumentali);
- richiesta di ricoveri ospedalieri.

Si stima che nel corso di un anno un medico di medicina generale visiti circa il 65% dei propri assistiti e in tre anni il 95%

La maggior parte delle patologie croniche sono diagnosticate e/o prese in carico dai medici di medicina generale (Figura 1).

Appropriatezza ovvero come il cattivo uso del farmaco, oltre a provocare danni alla salute, può comportare costi impropri a carico del SSN e dirottare ingenti risorse che potrebbero invece essere impiegate utilmente a beneficio dei malati.

- Misura dell'adeguatezza delle terapie far-

macologiche utilizzate per trattare uno specifico stato patologico, in base a criteri di tipo clinico ed economico.

- Verifica di uno scostamento rispetto alle migliori evidenze disponibili.
- Analisi sulla variabilità prescrittiva (Figura 2).

L'appropriatezza degli atti medici rappresenta in una definizione generale la sintesi virtuosa tra bisogni sanitari, domanda e offerta.

- In modo più analitico l'appropriatezza coincide con la possibilità di erogare prestazioni efficaci ed efficienti, per-

tinenti con i bisogni sanitari, sicure, accessibili e accettabili.

- L'efficacia delle prestazioni rappresenta un compromesso tra le indicazioni della miglior letteratura (*Efficacy*) e possibilità concreta di contestualizzare questi messaggi alla singola realtà locale.

- Questa dimensione "operativa" delle prove di efficacia coincide con il termine inglese – intraducibile – "*Effectiveness*".

SAFFI ETTORE GIUSTINI
Medico di medicina generale, Pistoia

Semantica

Appropriatezza è un termine astratto del linguaggio comune che denota la relazione esistente fra due cose diverse. Se apriamo infatti un dizionario troviamo che l'aggettivo appropriato corrisponde ad altri termini come adeguato o conveniente, i quali, come tutti sanno, reggono il dativo. Una cosa, quindi, non può essere appropriata in senso assoluto, ma può soltanto essere appropriata o adeguata o conveniente rispetto a un'altra cosa e, in modo particolare, rispetto al raggiungimento di un determinato fine.

Giovanni Federspil

Poiché nella realtà le decisioni mediche vengono prese da soggetti che hanno funzioni sociali profondamente diverse - politici, amministratori, medici non-clinici, clinici - è indispensabile che ciascuno di questi attori sociali interpreti coerentemente il ruolo e la funzione che gli sono propri. Così, mentre spetterà ai politici e agli amministratori preoccuparsi di ridurre la spesa sanitaria in relazione alle esigenze globali della società, il clinico dovrà preoccuparsi prima di tutto del proprio malato e, pur tenendo ovviamente in considerazione le esigenze sociali e la necessità di non favorire gli sprechi, deve tendere a far sì che il paziente che gli si è affidato riceva la migliore terapia di cui necessita.

Figura 1

L'inappropriatezza come patologia del sistema

Se l'appropriatezza costituisce la condizione fisiologica ottimale per il sistema, è evidente che l'inappropriatezza costituisce la patologia da individuare e sconfiggere. La proposta di questa schematizzazione viene da un lavoro di N. Piacentini e A. Di Luccio che analizza il tema dell'inappropriatezza come una vera e propria patologia: **"Sindrome degenerativa della prescrizione diagnostico - terapeutica in Medicina Generale. Andamento cronico con riacutizzazioni locali periodiche"**

L'eziologia indicata dagli autori è assolutamente condivisibile:

- ridotta capacità del medico di medicina generale di avere una visione critica degli studi scientifici portati alla sua attenzione;
- scarsa abitudine alla ricerca costante delle informazioni che riguardano i profili di sicurezza dei principi attivi e, soprattutto, delle loro interazioni e controindicazioni;
- scarsa conoscenza ed abitudine all'utilizzo dell'EBM.

Il contatto frequente tra medico di medicina generale e informatore scientifico del farmaco è fortemente associato con prescrizioni a costi più alti e comporta maggiori probabilità che i medici esprimano opinioni che portano a prescrizioni non necessarie, rispetto ai medici che hanno contatti meno frequenti.

Anche la sintomatologia è piuttosto riconoscibile:

- elevata variabilità prescrittiva;
- predilezione dell'esperienza personale a scapito delle evidenze;
- scarso ricorso alla terapia empirica basata sull'evidenza per le piccole patologie con rinuncia frequente alla propria funzione clinica;

- irrazionale scelta della via di somministrazione.

Per quanto riguarda la terapia dell'**inappropriatezza**, gli autori indicano una soluzione basata sul meccanismo dell'**audit & feedback**, da opporre a quelle che essi stessi indicano come terapie palliative: la terapia chirurgica (*Delisting* radicale o parziale delle prestazioni mediante interventi regolatori, note AIFA) e quella medica (Terapia di prima generazione: corsi di aggiornamento).

Fin qui i modelli teorici, naturalmente da mettere a confronto con gli uomini e le donne che debbono concretizzarli. L'aspetto della comunicazione, ad esempio, è particolarmente rilevante per la buona riuscita di questi progetti. Al di qua (dal lato dell'Azienda USL) debbono esserci persone che oltre ad aver ben compreso il meccanismo formativo, abbiano rispetto per gli interlocutori (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), attraverso questo, con un'azione coerente e paziente, riusciranno ad ottenerne la fiducia necessaria. Dall'altra parte pesano anni di sollecitazioni "a risparmiare", tentativi di imporre regole, visioni, schematismi quasi mai applicabili, oltre ad un peso burocratico in talune fasi francamente inaccettabile.

Affrancarsi da questo passato necessita di impegno e di tempo.

Evidenza... quando esiste...!

1. Zone grigie: dove mancano evidenze scientifiche.
2. Le evidenze scientifiche ci sono, ma per trovarle sono necessari tempo e "amicizia" con il computer.
3. *Informazione medica resa non obiettiva* dalla promozione industriale, che influenza la ricerca, i congressi delle società scientifiche e le altre fonti di educazione e di informazione.

Elementi che influenzano l'appropriatezza d'uso di un farmaco

(Min Sal – Bollettino di informazione sui farmaci n. 4/2005)

- Correttezza della diagnosi ovvero *individuazione corretta del problema clinico nel quale l'efficacia è stata dimostrata e che rappresenta l'indicazione del farmaco*
- Indicazione: deve essere *quella per cui è stata dimostrata l'efficacia clinica del farmaco*
- Dose
- Via di somministrazione
- Durata della terapia e programmazione di una revisione periodica del trattamento
- Impiego in pazienti con controindicazioni
- Impiego in pazienti che fanno già uso di farmaci che presentano possibili interazioni con il nuovo farmaco



Figura 2

Appare conveniente l'utilizzo di fonti secondarie di informazioni (vale a dire riviste specializzate nella selezione di ricerche originali, di revisioni e di linee guida) o l'ausilio di esperti. Molte riviste secondarie (The Cochrane Collection, The NHS Centre for Reviews and Dissemination, Bandolier, Journal of Evidence Based Medicine, ecc.) sono di buona o anche ottima qualità e, quindi, particolarmente affidabili. Ma le informazioni contenute in questi database non sempre sono specificamente tarate sulle esigenze operative della medicina generale ed è spesso necessario operare anche su queste fonti una selezione critica e consapevole e dispendiosa in termini di tempo.

Come scegliere un farmaco...

- Il meno costoso all'interno della stessa classe?
- Il generico?
- Le confezioni:
 - che fanno pagare più ticket?
 - che fanno pagare meno ticket?

Il più efficace desunto da RCT con "outcome forti" e "trasferibili" nella pratica della medicina generale (verifica validità interna ed esterna)

Esistono differenze prescrittive rilevanti tra le varie ASL specie per alcune classi di farmaci

Motivi:

1. marketing;
2. mode ...;
3. influenza della medicina specialistica;
4. non adozione di linee guida;
5. ecc., ecc.

Il ricorso al concetto di **"trasferibilità delle prove scientifiche"** è giustificato dal fatto che le caratteristiche del contesto ambientale (società, livello economico e culturale, razza) in cui le prove scientifiche sono ottenute possono differire profondamente da quello in cui gli operatori sanitari sono chiamati ad applicarle per garantire una prestazione appropriata.

L'appropriatezza degli atti professionali rappresenta insomma non il semplice "trasferimento" delle prove di efficacia alla pratica clinica (a volte ciò è utopia) ma un processo di contestualizzazione delle prove di efficacia dove si tenga conto sia dei vincoli in grado di opporsi all'implementazione della qualità sia della effettiva possibilità di realizzare contromisure atte a superare questi vincoli.

• Dobbiamo diffondere riassunti commentati **da un punto di vista della pratica della medicina generale** sulle "uscite" in letteratura di studi clinici e metanalisi.

- La sintesi deve riguardare:
 - validità interna;
 - validità esterna (trasferibilità);
- Vere e false novità in tema di terapia.

Valutare "bene" si può?

- Adeguato *software* per medici di medicina generale a valle.
- RegISTRAZIONI accurate e complete da parte dei medici di medicina generale.
- Adeguati database amministrativi a monte.
- Programmi gestione dati provenienti da:
 - medici di medicina generale;
 - ASL;
 - Regione.

Post fazione

- È necessario che i gestori della Sanità anche a livello locale, prendano atto che su pazienti non preventivamente selezionati dal medico di medicina generale, i **benefici marginali di qualsiasi intervento specialistico sono assai ridotti** se non o inesistenti, a fronte di costi crescenti;
 - e sta diventando ineludibile il problema della "umanizzazione" delle cure, dovuto alla perdita di un approccio centrato più sulla persona che non sulla patologia.

La medicina di iniziativa, pur messa in pratica nell'ambito della medicina generale (MG), nonostante la storica mancanza di investimenti sul Territorio che non ha mai permesso attività infermieristiche e segretariali organizzate e strutturate, si è sempre scontrata con il grosso limite della disponibilità alla partecipazione attiva da parte del cittadino/paziente nel portare avanti il proprio progetto di Salute.

La medicina d'iniziativa, alla base del progetto assistenziale sulla cronicità, non può essere ridotta ad ambulatori per patologia, sulla falsariga di centri e servizi ospedalieri, che hanno logiche assistenziali assai diverse.

L'obiettivo assistenziale di una medicina proattiva è quello di andare ad incidere sulla riduzione del rischio di malattia e di morte, con un processo che tende a ridurre la disuguaglianza fra individui, offrendo a tutti le stesse reali possibilità di intervento per modificare il rischio. **TM**

Valutazione della corretta prescrizione del farmaco

① la non appropriatezza delle prescrizioni specialistiche si ripercuote inevitabilmente sull'attività dei medici di MG, che spesso devono trascrivere sul ricettario del servizio Sanitario nazionale i suggerimenti terapeutici e diagnostici della medicina di secondo livello.

② E' chiaro quindi che un "risanamento" del settore non può esimersi dall'impostare azioni di sensibilizzazione anche nei confronti della medicina di secondo livello.

S. Giustini, P. Mandelli; F. B. Morelli, Antonella Allori, W. Vannacci, M. Quattrocchi, A. Battaglia

Figura 3

L'adozione della Check list di Sala Operatoria nella Asl di Grosseto



Marco Baldari, specialista in Fisiatria e Malattie Infettive, ha operato per anni nel campo della Epidemiologia e della Clinica delle Malattie Infettive, sia in Italia (nel settore Sanità Pubblica ed in Ospedale) che all'estero (Nazioni Unite, European Centre for Disease Control), pubblicando diversi lavori su questi temi. Dal 2008 si occupa di Gestione del Rischio Clinico nella AUSL9 di Grosseto.

Nel marzo del 2010 a tutte le aziende sanitarie toscane è stato messo a disposizione – con l'invito ad adottarlo con tutta sollecitudine, previo eventuali ulteriori adattamenti – il modello di *Check list* di sala operatoria (CL) elaborato dal centro regionale GRC di Firenze.

Il modello Regionale rappresentava l'esito un lungo percorso iniziato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nel maggio 2004, con l'iniziativa *World Alliance for Patient Safety* (Alleanza Mondiale per la Sicurezza del Paziente), nel cui ambito si era sviluppato il programma "*Safe Surgery Saves Lives*" (Chi-

rurgia sicura salva vita), culminato nelle "*Guidelines for Safe Surgery*" (Linee Guida per una chirurgia sicura) e la "*Surgical Safety Check List*" (Check list per la sicurezza in chirurgia), sperimentata a livello internazionale nel 2008. Entrambi i documenti OMS erano infine

stati recepiti e rielaborati dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, che – nell'ottobre 2009 – aveva pubblicato il "*Manuale per la sicurezza in sala operatoria raccomandazioni e Check list*", a modifica parziale di quanto

MARCO BALDARI*, GIANLUCA FRANCI*,
DANILO ZUCCHERELLI**, SERGIO BOVENGA*
* U.O.C. Gestione Rischio Clinico (Direttore Dott. S. Bovenga)
** Direttore Sanitario USL 9

Surgical Safety Checklist

World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<small>(with at least nurse and anaesthetist)</small> <ul style="list-style-type: none"> Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes Does the patient have a: Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned 	<small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role. <input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made. Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable Anticipated Critical Events To Surgeon: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss? To Anaesthetist: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns? To Nursing Team: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns? Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable 	<small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small> <ul style="list-style-type: none"> Nurse Verbally Confirms: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed To Surgeon, Anaesthetist and Nurse: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009
© WHO, 2009

Figura 1 - La Check list proposta dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2009).

prodotto in precedenza sul tema.

Gli adattamenti di cui sopra non si sono discostati dalla impostazione originaria dei documenti OMS: la *Check list* OMS (Figura 1), in particolare, è stata di fatto semplicemente tradotta ad opera del Ministero, che ha ritenuto (Figura 2) di dovere aggiungere un solo ulteriore “controllo” ai 19 già indicati dall’OMS (quello relativo alla profilassi del tromboembolismo venoso). Quanto alla Regione Toscana, la rielaborazione a sua volta operata della *Check list* Ministeriale è stata incentrata (Figura 3) sugli aspetti grafico-ergonomici, senza aggiunta di ulteriori “controlli”. Alcuni di questi, peraltro, in quanto complessi, sono stati scomposti nelle loro componenti elementari, mentre – a fronte delle attuali linee-guida in materia di profilassi anti-trombo-embolica – il relativo controllo è stato spostato alla fase di accesso alla Sala Operatoria.

Anche la versione regionale della *Check list* – come quella ministeriale – è stata peraltro, molto opportunamente, proposta alle Aziende Sanitarie con l’invito a procedere ad ulteriori adattamenti, laddove opportuni a fronte del contesto locale.

Allo scopo, lo Staff della U.O.C. Rischio Clinico di Grosseto ha ritenuto dunque indispensabile – anche a fronte delle raccomandazioni EPOC in materia di strategie – iniziare sottoponendo alla

attenzione degli Operatori Sanitari interessati l’intero contenuto del Manuale Ministeriale (e filmati a corredo) ed il modello di *Check List* elaborato dalla Regione. Tanto nel corso di una serie di riunioni-presentazioni, durante le quali questi documenti sono stati analizzati e discussi nel dettaglio con i chirurghi e gli infermieri di Sala Operatoria raccogliendone molteplici suggerimenti.

Si noti che a TUTTI gli operatori di sala operatoria è stata offerta questa opportunità, e la partecipazione è stata molto elevata, in ciascuno dei cinque nosocomi aziendali della USL 9.

L’impegno per lo staff della UOC Rischio Clinico è stato totalizzante, in quanto si teneva a concentrare il processo de quo in un arco temporale contenuto, per giungere sollecitamente alla adozione generalizzata di una *Check list* dal contenuto condiviso in tutti i nosocomi Aziendali. Lo sforzo organizzativo ha dato buoni frutti: lo strumento che ne è sortito è più aderente alle necessità operative rispetto a quello di partenza, e la strategia adottata ha garantito grande coinvolgimento degli Operatori, che ora vedono la *Check list* come un *proprio* prodotto, che risponde a precise necessità di sicurezza per il paziente e di eticità e serenità per i sanitari.

I suggerimenti ricevuti e riversati nel modello Aziendale di *Check list* (Figura 4) afferiscono –

Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria - Ottobre 2009

Checklist per la sicurezza in sala operatoria		
Sign In →	→ Time Out	→ Sign Out
<i>I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</i>	<i>I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</i>	<i>I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</i>
1) Il paziente ha confermato: - identità - sede di intervento - procedura - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)	<input type="checkbox"/> 1) tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con il proprio nome e funzione	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: 1) nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?)
2) Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile	<input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto posizionamento	2) il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto
3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati	Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: <input type="checkbox"/> 3) chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?	3) il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)
4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento	<input type="checkbox"/> 4) anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?	4) eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
Identificazione dei rischi del paziente: 5) Allergie: no si	<input type="checkbox"/> 5) infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?	5) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria
6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? no si, e la strumentazione/assistenza disponibile	6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non applicabile	6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio
7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)? no si, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili	7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? si <input type="checkbox"/> non applicabile	Dati del paziente Nome e Cognome _____ Data di nascita ____/____/____ Procedura eseguita _____

La checklist non ha valore esecutivo, pertanto sono consigliate integrazioni e modifiche per l'adattamento alle esigenze locali.

governo clinico  sicurezza dei pazienti

40

Figura 2 - La *Check list* nella versione proposta dal Ministero della Salute (2009).

con riferimento al modello Regionale - a quattro principali esigenze:

1. necessità di rendere il linguaggio adottato nella *Check list* il più chiaro ed inequivoco possibile;
2. ridurre il numero dei dati da trascrivere allo stretto indispensabile;
3. chiarire formalmente la matrice delle responsabilità;
4. aggiungere ulteriori controlli in fase di accesso alla sala operatoria

In merito al primo punto, il linguaggio adottato è stato opportunamente rivisto, nel contempo perseguendo anche le finalità di cui al punto tre. Si è mirato dunque non solo al massimo di chiarezza, ma altresì a sottolineare il diverso ruolo (e la diversa responsabilità) del Coordinatore della *Check list* nella fase di accesso in sala operatoria rispetto alle due fasi successive. A riguardo infatti il Manuale Ministeriale si presta ad interpretazioni non univoche (per esempio laddove recita “ *il sign in... richiede la presenza di tutti i componenti della équipe*” e poi, nel filmato a corredo, lo si vede espletare dai soli Coordinatore ed anestesista, prima dell'ingresso del paziente nella sala operatoria).

Merita particolare sottolineatura il fatto che in fase di *sign in* (accesso alla sala) – e contra-

riamente alle due fasi successive – il Coordinatore della *Check list* deve provvedere *personalmente* ad operare una serie di verifiche, per le quali dunque il relativo segno di “spunta” apposto sulla *Check list* avrà un significato diverso rispetto a quanto vale per i controlli che vengono materialmente operati da altri attori, e che il Coordinatore si limita a registrare come avvenuti. Va inoltre sottolineato come – qualora le verifiche che il Coordinatore opera *in proprio* dessero esito negativo – il segno di spunta che esso è comunque tenuto ad apporre sulla *Check list* a testimonianza di ciascun controllo operato, NON è da equivocarsi con l'**esito** del controllo medesimo. Si pensi al caso della verifica di marcatura del sito da operare: se il Coordinatore rilevasse che la marcatura è assente, si ritiene che il segno di spunta sulla *Check list* vada comunque apposto, purché ne sia chiaro il significato (e purché, nella fattispecie, ne consegua una immediata segnalazione dell'anomalia da parte del Coordinatore che la rileva alla intera équipe operatoria, la quale dovrà mettere in atto comportamenti idonei a garantire comunque la sicurezza del paziente).

Sulle responsabilità del Coordinatore e sul significato dei segni di spunta da esso apposti sulla *Check list* si sono incentrate moltissime osservazioni, catalizzate dal suggerimento – da parte

WHO Check list di sala operatoria

(adattata dal Centro Gestione Rischio Clinico, Regione Toscana)



ACCESSO SALA (da leggere ad alta voce)

Prima dell'anestesia

- Identificazione paziente
- Identificazione e contrassegno sito chirurgico
- Verifica farmaci e presidi anestesiológicos
- Corrispondenza tipo di intervento con lista operatoria

Consenso informato

- Intervento
- Anestesia

Profiliassi ATE

- Sì
- Non applicabile

Monitoraggio

- Pressione arteriosa
- Ossimetria
- ECG

Allergie

- Sì
- No

Esistono difficoltà nella gestione delle vie aeree

- Sì, sono state approntate specifiche misure
- No

Rischio di emorragia > 500 ml (7ml/kg per i bambini)

- Sì, sono stati previsti adeguati accessi venosi e fluidi da infondere
- No

TIME OUT (da leggere ad alta voce)

Prima dell'incisione

- Presentazione operatori
- Anagrafica (corrispondenza con lista operatoria)
- Tipo intervento
- Sito / lato
- Corretto posizionamento paziente

Briefing su possibili eventi avversi

Revisione chirurgica

- Operazione di routine o eventuali criticità
- Prevedibilità perdite di sangue

Revisione anestesiológica

- Presenza aspetti critici relativi al paziente

Revisione infermieristica

- Correttezza processi sterilizzazione
- Conteggio strumenti, garze e taglianti

Somministrazione antibiotico

- Sì
- Non applicabile

Immagini diagnostiche visualizzate

- Sì
- Non applicabile

USCITA SALA (da leggere ad alta voce)

Prima che il paziente lasci la sala operatoria

Conferma verbale su:

- Registrazione tipo intervento
- Conteggio strumenti, garze e taglianti
- Etichettatura corretta eventuali campioni (incluso il nome del paziente)
- Segnalazione problemi con dispositivi
- Passaggio di consegne con segnalazione di eventuali criticità

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Intervento:

NUMERO NOSOLOGICO

EQUIPE OPERATORIA

Data / /

I Operatore:

II Operatore:

Anestesista:

Strumentista:

Infermiere:

Compilatore:

Questa checklist non vuole essere esaustiva. Sono possibili integrazioni e adattamenti ai vari contesti aziendali.

Figura 3 - L'adattamento della Check list operato dalla Regione Toscana (2010).

di alcuni – che il Coordinatore stesso *firmasse* in calce la *Check list* stessa. Molto si potrebbe discutere sulla opportunità di ciò (contrasto con lo *spirito* della *Check list*, potenziale de-responsabilizzazione della *équipe* rispetto al Coordinatore in merito ai controlli, burocratizzazione, *ansiogenicità*, ecc.).

Poiché peraltro sono evidenti anche i risvolti positivi di tale firma, abbiamo optato per adottarla, provvedendo (al fine di far prevalere i pro ai contro di tale scelta) a:

a) scandire meglio (anche graficamente) le 3 fasi della *Check list*, prevedendo la possibilità che operatori diversi svolgano le funzioni di Coordinatore durante dette fasi con riferimento ad un unico paziente;

b) precisare formalmente le responsabilità (e le *non-responsabilità*) del Coordinatore e della *Équipe* Chirurgica in toto nella applicazione della *Check list*, nonché il significato di ciascun “segno di spunta” apposto su quest’ultima; il che ha richiesto la adozione di una Procedura Applicativa diffusa in allegato al modello di *Check list* aziendale.

Per ridurre il numero di dati da inserire nella *Check list*, si è ritenuto preferibile ritornare alla impostazione Ministeriale, che non prevede la trascrizione sulla *Check list* del numero nosologi-

co del paziente e della composizione della *équipe* operatoria. Dette trascrizioni risulterebbero infatti ridondanti a fronte dei dati comunque presenti in cartella clinica e della logistica delle nostre sale operatorie.

Last but not least, i nostri operatori hanno richiesto di vedere inseriti/spostati nella Fase 1 (accesso) della *Check list* due controlli ulteriori:

a) la verifica della assenza/avvenuta inattivazione di *pacemakers* (e simili) dei quali il paziente da operare fosse portatore: questi dispositivi porrebbero gravi problemi all’utilizzo dei bisturi elettrici;

b) la verifica della disponibilità – in sala operatoria – delle “immagini” diagnostiche relative al paziente: la impostazione Ministeriale (e Regionale) prevedeva tale verifica al *Time Out* (cioè ad anestesia già indotta); i nostri operatori hanno invece ritenuto fondamentale anteporla alla fase di *Sign in*, cioè a paziente ancora sveglio, perché la eventuale non-disponibilità di immagini (a seguito di disguidi logistici di varia natura) potrebbe impedire l’intervento chirurgico programmato e non essere risolvibile in tempi rapidi. In tale evenienza essendo ovviamente preferibile annullare l’intervento PRIMA di avere indotto l’anestesia. **TM**

WHO Check list di sala operatoria
Adattamento a cura del Centro Reg. Toscano GRC ed UOC GRC AUSL9 - GR

1 ACCESSO (PRIMA di pratic. event. anestetici)

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: _____
Intervento: _____

Verifica identità paziente
 Verif. presenza e sede contrassegno sito chirurgico
 Verif. corrispondenza tipo intervento con lista operat.
 Verif. disponibilità documentazione (incluso IMMAGINI)
 Verif. assenza/inattivazione pacemakers e similia
 Verif. disponib. farmaci ed event. presidi anesteticiol.

Consenso informato
 Verifica presenza c.i. all' ANESTESIA (se prevista)
 Verifica presenza c.i. all' INTERVENTO

ProfessATE
 SI : e' già stata programmata (ed iniziata, ove prescritto)
 NO: non e' prescritta o non e' stata correttamente eseguita

Monitoraggio	Predisip.	Non necess.
Pressione Arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ossimetria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergie
 SI e l'anestesista ne e' consapevole e lo rammenta all'equipe
 NO

Esistono difficoltà nella gestione delle vie aeree
 SI, e sono state approntate specifiche misure
 NO / Non e' un problema per l'intervento

Rischio di emorragia > 500 ml (7ml/kg per i bambini)
 SI, e sono stati predisip. accessi venosi e fluidi da trasfond.
 NO / Non e' un problema per l'intervento

2 TIME OUT (da leggere ad alta voce)

Prima dell'incisione

Identificazione reciproca equipe operatoria avvenuta
 Confermata anagrafica pz. (e corrisp. lista operatoria)
 Confermato tipo di intervento
 Confermato Sito / Lato
 Confermato posizionamento adeguato del paziente

BRIEFING SULLE EVENTUALI CRITICITA' ATTESE

Revisione chirurgica
 Esposte all'equipe eventuali criticita' chirurgiche
 Riferito su probabilita' eventuali emorragie

Revisione anestesilogica
 Esposte all'equipe eventuali criticita' anestesilogiche

Revisione infermieristica
 Confermata correttezza processi sterilizzazione
 Confermata predisip. conteggio strum., garza, taglienti

Somministrazione antibiotico
 SI
 Non applicabile

Immagini diagnostiche visualizzate
 SI
 Non applicabile

3 USCITA SALA (da leggere ad alta voce)

Prima che il paziente lasci la sala operatoria

Confirma verbale su:	SI	Non appl.
Conteggio strumenti, garze e taglienti verificato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etichettatura campioni biologici avvenuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il tipo di intervento eseguito e' stato confermato	<input type="checkbox"/>	
Il passaggio di consegne e' avvenuto (con segnalazione eventuali criticita')	<input type="checkbox"/>	
Non ci sono problemi con dispositivi di Sala Operat. (o, se si, sono stati segnalati)	<input type="checkbox"/>	

Il coordinatore della checklist (barrare fase/i e firmare)

1 2 3 _____
 1 2 3 _____

DATA

INTERVENTO ESEGUITO

MB1016

Figura 4 - La Check list adottata nelle sale operatorie degli Ospedali Aziendali AUSL9 di Grosseto (2010).

Il giuramento dei neolaureati

Il 28 marzo 2011 si sono iscritti all'Ordine Fiorentino 110 giovani colleghi

Sintesi dell'intervento del Presidente Antonio Panti

Cari colleghi, con l'iscrizione all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri si diventa medici a tutti gli effetti di legge e si completa il periodo formativo di base. Inizia oggi la formazione professionale che prosegue per tutta la vita. Per comprendere questo concetto e dare un senso concreto all'iscrizione all'Ordine occorre riflettere sulla storia sociale e politica e sui progressi della scienza e della tecnica nell'ultimo secolo.

Gli Ordini sono stati costituiti nel 1910; praticamente cento anni fa. La contemporanea celebrazione dei 150 anni di unità d'Italia ci obbliga a ricordare quanto sia cambiato il nostro paese e, nello stesso tempo, come si sia incredibilmente evoluta e tuttora evolva la medicina. Ma il nucleo forte della riflessione riguarda le radici etiche della medicina sulle quali le successive generazioni di medici hanno costruito una professione diversa e tuttavia uguale.

Ieri, in questa stessa sala, abbiamo consegnato una medaglia ai laureati nel 1960. Cosa lega queste due cerimonie, quella di ieri e questa di oggi? Abbiamo dato questo riconoscimento ai nostri anziani colleghi perché hanno sostenuto con la loro professionalità, in questo straordinario mezzo secolo, il cambiamento epocale della medicina, mantenendone i valori di servizio dell'uomo, studiando sempre e contribuendo a che tutti i cittadini, anzi qualunque essere umano, potesse essere aiutato nella malattia, nella sofferenza, con la prevenzione, la cura e, più che altro, col prendersi cura. È quello che pronunciando il giuramento vi impegnate a fare. A voi spetta garantire la continuità dei valori di una professione di alto prestigio sociale e di grande qualità etica.

Di come era l'Italia e il mondo un secolo or sono e di quali strabilianti mutamenti sociali, economici e politici, di quali progressi e quante terribili atrocità, di quante scoperte che hanno cambiato la vita degli uomini, dall'informatica, all'aviazione, alla radio, alla televisione, dal radar all'energia atomica non importa parlare oltre. Ancora più incredibili sono stati i progressi della medicina. E non pensiamo all'ultimo secolo, i Rx, l'ECG, i vaccini, l'insulina, la gran mole delle conoscenze biologiche e fisiopatologiche. La mia generazione è nata con la penicillina che ha sostanzialmente cambiato la medicina; la mortalità prevalente per malattie infettive ha ceduto il posto alla cronicità. La medicina ha sconfitto millenari flagelli, il vaiolo, la sifilide, la polio, la tbc. E pensate ai trionfi dell'ane-

stesiologia nella lotta al dolore e nel consentire i travolgenti sviluppi della moderna chirurgia. E la contraccezione, che ha scisso il nesso tra sessualità e procreazione, una delle più grandi rivoluzioni della storia. Quasi nessun farmaco di cinquanta anni fa è oggi in uso e l'armamentario di medicinali di cui disponete ha cambiato la vita alla gente. Ciascun medico è come se si fosse laureato più volte durante la sua vita professionale.

Per voi è naturale, ma non lo era fino a pochi decenni fa, guardare dentro il corpo umano con ogni sorta di macchinario, trapiantare organi, usare farmaci sempre più efficaci, costosi e rischiosi, predire anomalie congenite nel feto, superare l'infertilità di una coppia, prolungare la "quasi vita" di un malato inguaribile, o modificare chimicamente una personalità turbata. Insomma la medicina è ormai assai più che una branca delle scienze naturali. La medicina è una pragmatica che si avvale di scienze e si attua in un mondo di valori. Una prassi perché rivolta a tutto l'uomo, corpo e psiche, fondata sulle evidenze della scienza, che opera nel contesto di ciascuna vita individuale.

Riflettete anche sui sei anni di studi che avete concluso. Un tempo breve ma sufficiente per introdurre nella prassi chirurgica la robotica, per fondare, per mezzo della genetica, un nuovo paradigma rispetto alla definizione di rischio e alla possibilità di terapie personalizzate. E i farmaci biologici, le nanotecnologie, le neuroscienze? Vi accingete ad affrontare un'avventura meravigliosa, quella della conoscenza dell'uomo, una sfida intellettuale in cui è facile perdersi e finire per preferire essere guidati piuttosto che sapere voi stessi.

E allora tentiamo di dare il senso di questa continuità, dal tempo di Ippocrate di cui tra poco leggeremo il giuramento, fino all'ultimo secolo e ai prossimi decenni. Il significato di professare la medicina. Fare il medico è cosa ben diversa dal possedere le nozioni per farlo. Sarebbe bastevole la medicina virtuale dei computer e dei robot. Essere laureati è diverso dall'essere professionisti; occorre essere iscritti all'albo e non soltanto aver completato gli studi. La medicina che avete imparato cambierà e molto, più di quanto sia accaduto alla nostra generazione. Prepariamoci, sviluppando doti morali; l'unico modo di esercitare la medicina è averne introiettato i valori e l'etica.

Studiare sempre, essere sempre desiderosi di apprendere, non basta. Per la prassi assistenziale, curare e prendersi cura, occorre conoscere il conte-

sto in cui si esercita la professione. Il medico è per definizione un uomo colto, che ha saputo trasformare le cognizioni in parte integrante della sua personalità morale. E quindi è consapevole di alcuni mutamenti antropologici. Che oggi il malato è diventato un cittadino esigente. Che la malattia si evolve nella cronicità ribaltando il tradizionale parametro acuzie, guarigione, morte, sì che spesso non si muore né si guarisce, ma si invecchia affetti da patologie plurime. Che la tecnologia ha trasformato il lavoro del medico e modificato i risultati della medicina, divenendo dominante anche nel rapporto tra medico e paziente. Infine che la società si attende oggi miracoli dalla medicina e reagisce alle delusioni accusando i medici.

Tuttavia l'uomo che soffre ha bisogno di aiuto e finché ciò accadrà cercherà il medico. Un ruolo sociale fondamentale e una grande sfida. Purtroppo poco vi siete soffermati sulla relazione col paziente durante il corso di studi. Se non saprete ascoltare, comprendere e conquistarvi l'amicizia del paziente, sarete buoni meccanici ma cattivi medici, onesti praticanti ma non veri professionisti. Questa carenza della professione è la causa principale delle critiche poste oggi alla medicina e dello strano fenomeno per cui, proprio nei momenti dei suoi maggiori trionfi, la medicina appare distante dalla gente e i giornali sono colmi di critiche ai medici, spesso chiamati in causa per risarcire danni reali o presunti. L'ascolto del paziente, la medicina narrativa, l'empatia restano il cardine della relazione che è condizione della riuscita di qualsiasi intervento curativo. Qualsiasi forma di scienza, qualsiasi sofisticata tecnica, non può né potrà mai prescindere dal rapporto umano.

E altri problemi vi troverete davanti, quali il rapporto con le altre professioni sanitarie, le questioni della medicina difensiva e della malpractice, il rispetto del budget che vi sarà assegnato per curare i vostri malati; e poi leggi sempre più intrusive, come quelle sulla PMA e sul testamento di vita, alcune già dichiarate incostituzionali, che tentano di condizionare la libertà decisionale del cittadino e quella di giudizio del medico. Tuttavia esercitare la medicina è ancora la più bella professione del mondo. Una professione che esige totale dedizione, curiosità insaziabile, amore per il prossimo e indignazione di fronte alle ingiustizie che impediscono a tutti i pazienti di fruire dello stesso livello di cure.

Tra poco leggeremo il giuramento ma voglio sottolineare due articoli del Codice che esprimono i valori in campo nell'esercizio della professione. L'articolo 3 DOVERI DEL MEDICO recita: *"Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzione di età, di religione, nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera."* Il Codice deontologico si inserisce nell'ambito dei valori che ispirano la Costituzione della Repubblica; la tutela della salute di ogni individuo,

senza alcuna distinzione, (per questo nessun medico ha mai denunciato un immigrante clandestino) e il rispetto della dignità e della libertà di ciascuno di decidere per sé.

Inoltre l'articolo 6 QUALITÀ PROFESSIONALE E GESTIONALE recita: *"Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure, nel rispetto della autonomia della persona, tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure"*. Il medico deve conoscere bene la sua disciplina, studiare sempre!, per garantire l'efficacia delle cure, evitare ogni dolore inutile e, nello stesso tempo, tutelare la sicurezza del paziente. Il medico deve rispettare la volontà e la autodeterminazione del cittadino per mezzo del consenso informato, che rende lecito l'agire del medico che l'iscrizione all'albo solo legittima. Il terzo valore canonico è l'attenzione all'uso delle risorse, la giustizia, oggi ancor più necessaria di fronte al peso dei determinanti di salute quali rischi primari e, fra questi, delle disuguaglianze economiche, culturali e sociali come causa di malattia.

Ecco quindi perché esiste l'Ordine. La professione può essere esercitata solo da laureati che abbiano superato l'esame di abilitazione e siano iscritti all'albo. Lo Stato affida a un Ente pubblico indipendente, l'Ordine, la tenuta dell'albo per dare garanzia ai cittadini che gli iscritti siano effettivamente medici, aggiornati e non sottoposti a procedimenti penali o disciplinari. I procedimenti disciplinari nascono dalla inosservanza o dalla infrazione delle norme del Codice deontologico. E il Codice, la cui stesura spetta agli stessi Ordini, raccoglie le norme di comportamento che i medici debbono osservare in aggiunta a quelle cui sono sottoposti in quanto cittadini. Essere iscritti all'Ordine significa offrire ai cittadini una duplice garanzia, scientifica e morale.

Quindi leggete il codice e chiedete se avete incertezze, prima di sbagliare. L'Ordine è a vostra disposizione. Anche per tanti problemi di pratica quotidiana. Infine l'Ordine vi garantisce una serie di servizi, compreso il nostro giornale, Toscana Medica, e le News settimanali. Il nostro è un Ordine efficiente che tutela la professione, colpendo i medici che infrangono le norme deontologiche e che si lasciano sedurre dalle sirene dell'industria farmaceutica.

Il futuro è vostro e avete davanti un avvenire entusiasmante se saprete mantenere vivi i valori antichissimi della professione, se saprete adeguare costantemente le vostre competenze ai progressi della scienza e della tecnica, se saprete mantenere in ogni aspetto della vita professionale i valori della giustizia, dell'amore verso i malati e del rispetto della dignità e della libertà della persona. In questo simbolico cambio di testimone un forte e caldo augurio di buon lavoro e di una vita serena e colma di successi.

TM

Verde, ambiente e salute

Il verde urbano è una componente fondamentale del benessere quotidiano e della sostenibilità urbana per i benefici che esso fornisce alla popolazione. Nel suo complesso esso assolve svariati compiti con effetti sia a livello biologico che psicologico, tutti ricollegabili al miglioramento della qualità della vita.

Le strutture arboree, arbustive e tappezzanti, insieme a piazze e strade, configurano gli spazi aperti della città determinando il quadro paesaggistico urbano, che assume funzione estetica, storica, naturalistica e ambientale. Le piante inserite nel contesto urbano hanno, infatti, la capacità di depurare l'aria, fissare gas e particolato aerodisperso, diminuire l'inquinamento acustico e svolgere un'azione termoregolatrice del microclima cittadino.

Incrementare le aree a verde pubblico, sia creandone delle nuove, sia valorizzando quelle esistenti e recuperando quelle degradate, costituisce un provvedimento di per sé sempre auspicabile nella gestione di una città. Da un punto di vista ambientale e sanitario, è fondamentale operare una scelta oculata delle specie da introdurre e pianificare una corretta e attenta manutenzione.

Quando si progetta l'allestimento di nuove aree verdi ed il recupero di quelle già esistenti, risulta

fondamentale l'assenza di nocività. Questo significa, ad esempio, evitare di scegliere specie con spine sui rami e/o sulle foglie, specie urticanti o con parti velenose (come tasso, oleandro, maggiociondolo), specie arboree con polline ad elevato contenuto allergenico (cipresso, betulla, nocciolo, carpino, ontano), nonché erbe appartenenti a graminacee, parietaria e composite, anch'esse particolarmente allergizzanti.

Alcune di queste nocività sono particolarmente note e monitorate nel tempo. L'articolazione funzionale regionale di Aerobiologia del Dipartimen-

to Provinciale ARPAT di Pistoia coordina la rete toscana di monitoraggio aerobiologico costituita da stazioni di campionamento colloca-

te a Firenze-Careggi, Pistoia, Montecatini Terme e Lido di Camaiore, e partecipa ai network nazionali di settore (Figura 1).

Ogni settimana si elabora per la Toscana un bollettino dei pollini e delle spore fungine aerodisperse di interesse allergologico, che viene reso disponibile sul sito web dell'Agenzia: www.arpat.toscana.it/aria/pollini-e-spore-fungine/ar_pollini_



Marzia Onorari è laureata in Scienze Biologiche e specialista in Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia. È responsabile dell'Articolazione di Aerobiologia di ARPAT. Ha partecipato a numerosi progetti in collaborazione con primari istituti di ricerca, a numerosi convegni e congressi come relattrice, ha effettuato diverse pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali.

M. ONORARI¹, D. SCALA¹, F. VANNUCCI²

¹ ARPAT Toscana

² Azienda USL3 Pistoia

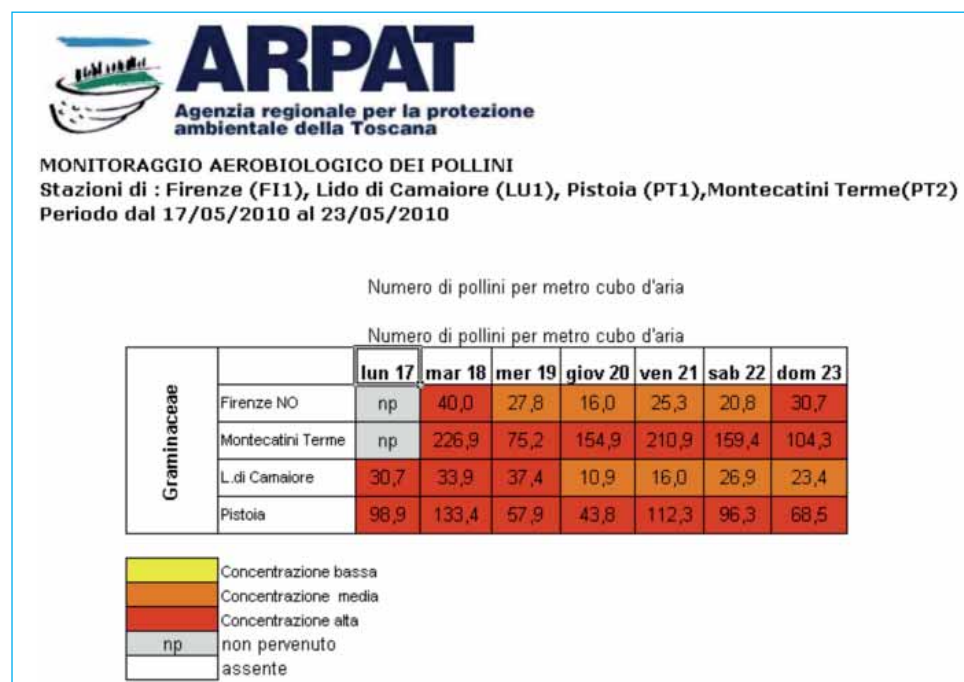


Figura 1



bollettino.html. I dati sono prodotti in conformità alla Norma UNI 11108:2004 “Metodo di campionamento e di conteggio dei pollini e delle spore fungine aerodisperse”, garantendo il riconoscimento di 40 tra famiglie e generi di granuli pollinici e di 13 spore fungine.

Per rendere fruibile l'informazione anche a coloro che non dispongono di un accesso web, i dati delle stazioni di Firenze, Pistoia, Montecatini e Lido di Camaiore, grazie alla collaborazione esistente con le Aziende sanitarie locali e con il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia (CIBIC), vengono diffusi anche alle farmacie e integrati da un commento dell'allergologo. Il bollettino settimanale può essere richiesto all'indirizzo mail: aerobiologia.pt@arp.at.toscana.it.

Il monitoraggio aerobiologico dei pollini e delle spore fungine può essere utile alla gestione delle patologie allergiche in fase diagnostica-etiological ed in quella terapeutica e preventiva. Tramite queste informazioni è possibile, infatti, individuare l'inizio e la fine della pollinazione in un certo territorio e quindi limitare la somministrazione dei farmaci al paziente allergico al periodo nel quale il polline si trova in atmosfera. Calendari pollinici generali, riferiti ad ampie zone climatiche, non tengono conto infatti della presenza reale delle specie botaniche né della estrema variabilità stagionale, di breve e lungo periodo.

È ormai scientificamente accertato, ad esempio, che gli stessi cambiamenti climatici abbiano una forte influenza sulla salute dell'uomo (IPCC - Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007),

comprensiva in particolare di un impatto negativo sui pazienti allergici che possono presentare una sintomatologia accentuata e per periodi prolungati a causa del precoce inizio della stagione pollinica, della durata più estesa della fioritura, dell'aumento di allergenicità e di produzione pollinica, nonché a causa della comparsa di nuove specie non originarie del territorio.

I calendari dei pollini e delle spore possono aiutare i medici di medicina generale e gli specialisti allergologi nella diagnosi, orientando la creazione di appropriati pannelli per le prove allergologiche cutanee, e la scelta degli estratti di pollini e spore fungine, sulla base di quelli che sono presenti nel territorio dove i medici operano. Conoscendo i periodi di fioritura e le eventuali variazioni annuali si può ben correlare la sintomatologia che il paziente riferisce con i risultati delle prove allergiche

giungendo così a formulare diagnosi di pollinosi, a gestire in maniera specifica la terapia farmacologica e i vaccini antiallergici, individuando altresì pratiche comportamentali di prevenzione mirate alle reali esposizioni dei pazienti, sia nell'ambiente outdoor che in quello indoor.

Allo scopo di favorire tali conoscenze, ARPAT ha predisposto il CD **Verde, ambiente e salute - Approccio multidisciplinare alla gestione del verde per la promozione della salute**, che integra informazioni di diversa natura, ambientale e sanitaria.

Si tratta di una risorsa che contiene schede botanico-sanitarie per oltre 100 specie arboree ad uso ornamentale e 7 calendari pollinici delle principali famiglie allergeniche nonché, relativamente al caso studio del Comune di Firenze, mappe (statiche e dinamiche) della distribuzione delle piante nell'intero territorio comunale e in prossimità di scuole e giardini pubblici. È stato anche realizzato l'opuscolo divulgativo “**Verde e salute**” che riprende i diversi argomenti (pollinosi, cambiamenti climatici, inquinamento atmosferico, tecniche di monitoraggio aerobiologico, schede e foto botanico-sanitarie, calendari pollinici, etc.).

Le due pubblicazioni sono a diffusione gratuita e possono essere richieste all'indirizzo web www.arp.at.toscana.it/publicazioni.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.onorari@arp.at.toscana.it

TM

La PACU in un Ospedale organizzato per intensità di cure



Duccio Conti, laurea in Medicina e Chirurgia. Tesi di laurea: "Valutazione dell'analgia post-operatoria in un settore chirurgico". Univ. di FI. Spec. in Anestesia e Rianimazione con tesi di specializzazione: "Impiego del bispectral index EEG per il monitoraggio della sedazione in terapia intensiva". Dal 2007 inizio attività c/o l'Osp. S. Maria Annunziata (OSMA). Dal Marzo 2009 responsabile della PACU-OSMA

La PACU (*Post Anesthesia Care Unit*) è una struttura inserita nell'ambito di un blocco operatorio, o nelle immediate vicinanze dello stesso, dotata di personale qualificato ed attrezzature idonee al monitoraggio e trattamento postoperatorio dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Nel mondo ed in particolare negli USA, rappresenta la zona di degenza obbligata nel periodo postoperatorio. In Italia la maggior parte delle strutture ospedaliere non hanno una PACU ed il recupero dopo l'intervento si svolge nei reparti chirurgici di degenza o in Terapia Intensiva (TI).

L'ospedale di S. Maria Annunziata è un ospedale di 2° livello dove vengono effettuati circa cinquemila interventi chirurgici annui. In occasione dei lavori di ristrutturazione che hanno portato alla centralizzazione delle sale, si è ricavato un ambiente idoneo con 4 posti letto dotati delle attrezzature previste (Figura 1,2). La PACU è attiva dal 1° Aprile 2009, aperta nelle ore diurne dalle 08:00 alle 19:00 per 5 giorni settimanali. Vi sono ammessi:

1. pazienti selezionati durante la preospedalizzazione o il *breafing* anestesiológico, in base al tipo di intervento o patologia associata;
2. pazienti operati in regime di urgenza;
3. pazienti con complicanze intraoperatorie.

DUCCIO CONTI^o, ROSSANA BOCCALINI*,
UMBERTO BUONCRISTIANO[§],
DIONISIO HERVATIN*, STEFANO GORI[^],
ARMANDO PEDULLÀ^o

^o Dirigente Medico - U.O. Anestesia e Rianimazione - Responsabile medico PACU - Ospedale Santa Maria Annunziata - Azienda Sanitaria Firenze

[§] Direttore struttura complessa U.O. Anestesia e Rianimazione - Ospedale Santa Maria Annunziata - Azienda Sanitaria Firenze fino Ottobre 2010

^o Direttore FF U.O. Anestesia e Rianimazione - Ospedale Santa Maria Annunziata - Azienda Sanitaria Firenze

* Infermiere U.O. Terapia Intensiva - Ospedale Santa Maria Annunziata - Azienda Sanitaria Firenze

[^] Infermiere Coordinatore Terapia Intensiva - Ospedale Santa Maria Annunziata - Azienda Sanitaria Firenze

Il responsabile è un medico della UO che provvede alla stesura di protocolli e procedure, raccoglie la documentazione degli eventi avversi e sentinella, si occupa dell'archiviazione dati e della loro elaborazione. La sua presenza non è fissa e continua a svol-

gere altri ruoli istituzionali nell'organizzazione della Unità Operativa. Ogni paziente ha come medico di riferimento colui che ha eseguito l'anestesia. Il medico rianimatore di turno interviene nei casi clinicamente complessi che fanno prevedere un successivo ricovero in Terapia Intensiva. Un anestesista dedicato alla medicina perioperatoria è comunque reperibile nel blocco chirurgico fino alla dimissione in reparto di degenza dell'ul-



Figura 1



Figura 2

timo paziente. L'infermiere professionale proviene dall'organico della Terapia Intensiva ed è diretto dal Coordinatore infermieristico dell'area critica, è la figura centrale dell'organizzazione ed è presente con un turno antimeridiano ed uno pomeridiano. Si distacca dalla turnazione della Terapia Intensiva in modo da garantire continuità e ciò è consentito grazie alla dotazione aggiuntiva di 3 unità all'organico infermieristico. Lo stesso prende contatto con l'operando il giorno che precede l'intervento, lo informa sul percorso perioperatorio consegnandogli, al termine dell'incontro un opuscolo informativo. L'infermiere accoglie il paziente che proviene dalle sale operatorie ed esegue le prescrizioni terapeutiche indicate dall'anestesista in cartella clinica (Cartella clinica su richiesta all'indirizzo e-mail). Ha autonomia terapeutica nel trattamento del dolore, della nausea e vomito (PONV), del brivido e dell'ipotermia in accordo con i protocolli ospedalieri e gestisce la compilazione della scala di White per la dimissione che avviene per atto medico. Inoltre mantiene i contatti con i parenti durante la degenza e rivaluta il paziente la mattina successiva in reparto di degenza.

In 18 mesi di attività sono stati ammessi 1657 pazienti di età media 72 anni, sottoposti ad interventi di chirurgia generale, urologica, plastica, ginecologica ed ortopedica. Essi rappresentano il 20% del totale degli interventi chirurgici. Il tempo di degenza medio è stato di 2,4 h. I pazienti, classificati secondo l'ASA (*American Society of Anesthesiology*) score, sono in prevalenza ASA 2 (41 %) e 3 (40%). I ricoveri programmati sono stati l'80% mentre quelli urgenti il 20%.

Le complicanze trattate durante la degenza sono state le seguenti: PONV (9,65%), brivido (18,34%), ipotensione (5,85%), ipertensione (2,59%), aritmie (3,13%), emorragia (2,89%), broncospasmo (0,54%), dispnea e/o tachipnea (0,66%), desaturazione ($\text{SaO}_2 < 90\%$) (8,40%).

Discussione

Non vi è in letteratura un consenso unanime riguardo al rapporto tra il numero di posti-letto

rispetto al numero di sale operatorie, alle dimensioni dell'area, agli orari ed al numero di sanitari. Molte società scientifiche consigliano di adeguarli all'attività delle sale operatorie. La PACU risulta essere sottodimensionata per numero di posti letto in quanto sono ammessi il 20% dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Nonostante ciò sia legato ai vincoli architettonici dell'ospedale, vi è comunque la possibilità di offrire più opzioni di assistenza al paziente complesso nell'immediato postoperatorio. In questo senso va a colmare, almeno in parte, un vuoto assistenziale che esiste in molte realtà ospedaliere. Inoltre, in alcuni casi ha permesso di stabilizzare il paziente critico con complicanze perioperatorie importanti evitando il ricovero in Terapia Intensiva. La realizzazione della PACU è coincisa con la trasformazione organizzativa in ospedale per intensità di cure. È assolutamente in linea con lo spirito che anima questo profondo cambiamento e rappresenta una diversificazione della offerta di "high care" dedicata, nel caso della PACU, all'assistenza intensiva dei pazienti postoperati. È un modello organizzativo snello, a basso costo di gestione, che aumenta la sicurezza per il paziente operato e valorizza con nuove responsabilità la figura professionale dell'infermiere. Lo stesso oltre alle tipiche attività di accettazione, presa in carico, sistemazione, sorveglianza segue il paziente nel percorso perioperatorio integrandosi con il Servizio di Accoglienza Perioperatorio Ospedaliero (SAPO). In questo la PACU diventa un modello organizzativo ed acquista un ruolo centrale nel processo di cura che inizia con la preospedalizzazione, ha la centralità operativa nell'immediato postoperatorio e si conclude nel reparto di degenza. Con la sua trasversalità di intervento rappresenta la tipica struttura organizzativa orientata alle esigenze di intensità di cure che il nuovo ospedale deve garantire al paziente.

Info: duccio.conti@asf.toscana.it

TM

Il panorama delle cure intermedie

Documento a cura del Gruppo di lavoro "Cure intermedie", approvato con parere 22/2011

1. INTRODUZIONE

Con il parere n. 66 del 7 dicembre 2010 il Consiglio Sanitario Regionale ha istituito un gruppo di lavoro finalizzato ad approfondire il tema delle cure intermedie con le seguenti finalità:

- effettuare una ricognizione preliminare sullo stato attuale delle cure intermedie in Toscana;
- fornire un glossario di riferimento utile a tracciare le diverse tipologie di attività riconducibili alle cure intermedie e i ruoli che assumono le diverse professioni coinvolte.

Abbiamo svolto il compito attraverso confronto interprofessionale, approfondimenti in gruppi, analisi delle esperienze internazionali, benchmarking fra le esperienze in atto a livello nazionale, contatti con i vari contesti aziendali toscani.

In questo breve documento riportiamo la sintesi del nostro lavoro suddivisa in alcuni capitoli, nella quale vengono proposte delle linee di sviluppo delle cure intermedie in Toscana.

Il documento comprende:

- Un glossario comune.
- Un percorso condiviso.
- Possibili strumenti di valutazione e comunicazione.
- Le strutture territoriali.
- Bibliografia ragionata e commentata.

2. GLOSSARIO

Il gruppo di lavoro ha formulato un glossario che permettesse di condividere, attraverso un linguaggio comune, i concetti fondamentali del sistema di cure intermedie.

Ci si è interrogati sulla definizione dei bisogni di salute dei pazienti che accedono alla rete dei servizi integrati di cure intermedie, sulle caratteristiche e finalità dei servizi erogati e sui ruoli degli operatori coinvolti.

Il confronto tra i professionisti del gruppo ha permesso di individuare alcuni principi, sotto forma di parole chiave, **di seguito evidenziati nel testo**, che trovano conferma nella letteratura.

II BISOGNO di SALUTE

Le cure intermedie sono prevalentemente destinate a:

- pazienti già ricoverati in reparti per acuti, che non possono essere dimessi a domicilio, avendo ancora bisogno di **ulteriore stabilizzazione clinica, monitoraggio continuo e/o consolidamento e aggiustamento della terapia**;
- soggetti, prevalentemente anziani assistiti al domicilio o istituzionalizzati, nella maggior parte dei casi affetti da **patologie cronico degenerative**, che presentano un **aggravamento** delle condizioni di salute in seguito a un **evento acuto**;
- malati in dimissione che non sono in condizioni

di poter essere adeguatamente assistiti a domicilio per **insufficienti garanzie di supporto familiare o sociale**;

- pazienti con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per un recupero a breve termine, che necessitano prevalentemente di **interventi di riattivazione funzionale** in ambiente protetto;
- pazienti oncologici e non che necessitano di **protezione e assistenza specialistica continuativa**, non più rispondenti alle terapie specifiche volte alla guarigione o in fase di aggravamento di malattia, che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

- Pazienti con problemi cronici riacutizzati che hanno completato il percorso diagnostico della fase acuta.
- Soggetti con bisogno socio-sanitario.
- Pazienti che necessitano di interventi di riattivazione funzionale.
- Pazienti che necessitano di cure ad alta complessità assistenziale (vedi documento su intensità di cure).

LE PECULIARITÀ dei SERVIZI

I servizi erogati all'interno del sistema di cure intermedie:

- sono disegnati per facilitare:
 - la transizione del paziente dall'ospedale al proprio domicilio;
 - la transizione verso la massima indipendenza funzionale possibile;
 - la transizione dei pazienti dal domicilio ad un ambiente protetto;
- sono finalizzati al **massimo recupero funzionale** e al **precoce rientro dei pazienti al domicilio**;
- hanno una durata limitata nel tempo (di solito 1-2 settimane, non oltre le 6 settimane);
- si avvalgono di strumenti di **valutazione multidimensionale** dei pazienti e della predisposizione di un **piano di assistenza individuale** strutturato;
- prevedono la pianificazione del percorso di **dimissione** verso la rete dei servizi territoriali per quei pazienti che **al termine della degenza** necessitano di **continuità assistenziale**;
- prevedono **percorsi educativi** per aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia; procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
- si basano sull'**integrazione di più professionisti** che utilizzano gli stessi criteri di valutazione, strumenti operativi condivisi e protocolli comuni;
- garantiscono la **comunicazione** efficace delle informazioni relative al paziente.

- Recupero funzionale dei pazienti per favorire il rientro o la permanenza al domicilio.
- Presa in carico multiprofessionale.
- Adozione del PAI (piano di assistenza individuale).
- Interventi limitati nel tempo.
- Pianificazione delle dimissioni dall'ospedale.
- Percorsi educativi per pazienti e famiglie.
- Interazione e comunicazione interprofessionale e multidisciplinare.

LE FINALITÀ

- Evitare ricoveri ospedalieri impropri.
- Evitare inapproprietezza nei tempi di degenza.
- Limitare l'istituzionalizzazione.
- Ridurre ricoveri ripetuti e accessi inappropriati al PS.
- Realizzare l'integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio.

3a. IL PERCORSO

Il paziente può trovarsi al proprio domicilio (singolo o collettivo come RSA), oppure in ospedale.

Nel primo caso il MMG attiva il percorso delle cure intermedie avvalendosi di un centro di coordinamento che svolge funzioni organizzative.

Se le cure intermedie sono erogabili e fruibili al domicilio (singolo o collettivo), dove si trova il paziente, queste vengono lì attivate, secondo un modello organizzativo-gestionale simile a quello dell'ADI.

Se invece le cure intermedie non sono fruibili al domicilio il paziente dovrà essere avviato verso setting territoriali che le erogano.

Nel caso del paziente ricoverato in ospedale che necessita di cure intermedie, prima della dimissione il Medico ospedaliero che in quel momento ha la responsabilità clinica del paziente dovrà condividere con il MMG che ha in carico il paziente, una valutazione clinica dalla quale potrà scaturire la decisione di attivare il percorso delle cure intermedie, avvalendosi come nel primo caso delle funzioni organizzative del centro di coordinamento e di altre figure professionali deputate a questo (medico di comunità, del. 1205/2009).

Se le cure intermedie sono erogabili e fruibili al domicilio (singolo o collettivo), dove si trovava il paziente prima del ricovero, queste vengono lì attivate.

Se invece le cure intermedie non sono erogabili e fruibili al domicilio il paziente dovrà essere avviato verso setting territoriali che erogano cure intermedie.

Una volta che il periodo delle cure intermedie si sia concluso verrà ripristinato il livello standard delle cure domiciliari. Il paziente che aveva usufruito delle cure intermedie presso un setting territoriale tornerà al proprio domicilio.

Al centro di coordinamento sono affidati compiti organizzativo gestionali in particolare coordinamento, comunicazione raccolta e registrazione dei flussi informativi relativi alle cure intermedie erogate (linee tratteggiate).

Anche se non si configurano specificatamente come cure intermedie il MMG potrà avvalersi anche di percorsi diagnostici terapeutici alternativi al ricovero (linee verdi).

In ogni momento sia dal domicilio che dal setting territoriale che eroga cure intermedie può essere necessario l'attivazione di un percorso di emergenza urgenza che interrompe quello delle cure intermedie (linee rosse).

Questi i punti fondamentali e inderogabili condivisi dal gruppo sul percorso:

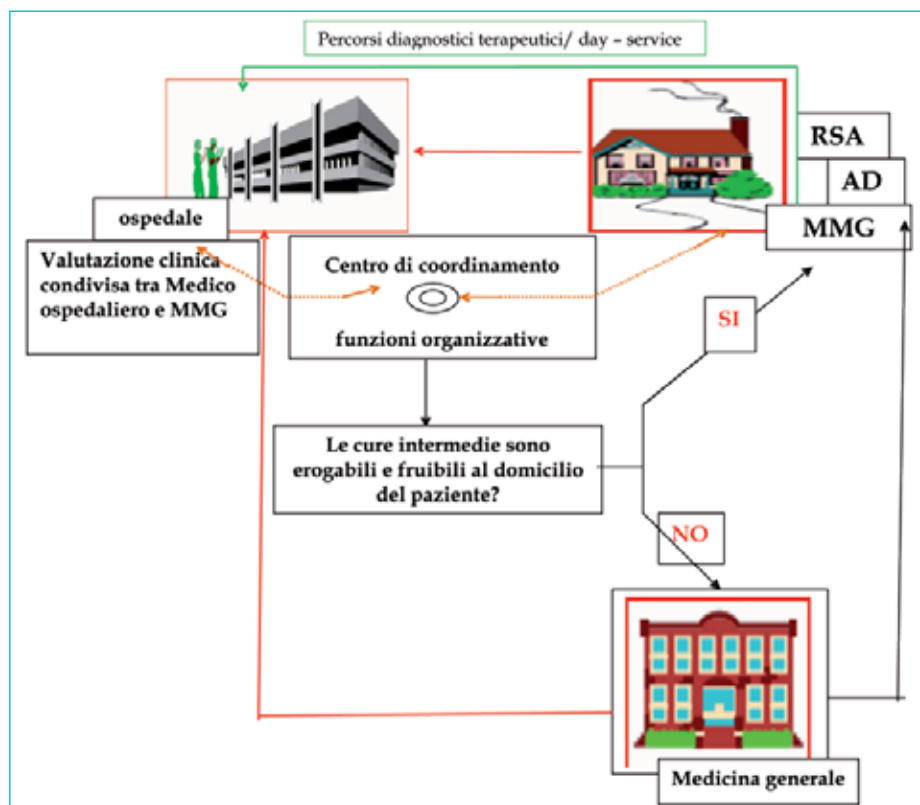


Figura 1 - Setting territoriali (strutture dedicate, RSA...) che erogano cure intermedie.

- Unico centro di coordinamento per accesso alle cure intermedie, pianificazione delle risposte, gestione dei percorsi.
- Criteri e strumenti di valutazione e di accesso condivisi.
- Tempistica rigorosa.
- Comunicazioni informatizzate.

3b. PERCORSO CURE INTERMEDIE

Paziente che necessita di cure sanitarie ad intensità superiore alle domiciliari standard che non sono previste in quelle erogate nell'ospedale per intensità di cura (Figura 1).

Nelle due figure successive vengono esplicitate in modo più analitico le varie fasi con specifiche ulteriori sul percorso solo domiciliare e sul percorso Ospedale/Territorio (Figure 2 e 3).

4. STRUMENTI DI VALUTAZIONE / COMUNICAZIONE

Valutazione

Un'adeguata strategia per la gestione delle dimissioni difficili dall'ospedale o per l'individuazione dei pazienti che, dal proprio domicilio, necessitano di un percorso di cura in ambiente protetto, deve passare per un inquadramento delle problematiche del paziente già dal momento dell'accettazione in reparto o della presa in carico da parte del MMG.

Uno strumento predittivo, che permetta di individuare pazienti ad alta complessità e a rischio di dimissione protetta e consenta di allertare precocemente i set-

ting territoriali che erogano cure intermedie, dovrebbe possedere queste caratteristiche fondamentali:

- identificazione del paziente che accede alle cure intermedie;
- rapidità e semplicità di compilazione;
- definizione dei meccanismi di uscita e del passaggio in carico ad altri servizi.

Due esempi possono essere la scala BRASS (utilizzata a Firenze) e l'indice di Flugelman (utilizzato ad Arezzo) (Figure 4 e 5).

Sia l'indice di Flugelman che la Brass presentano le caratteristiche di utilizzabilità (predittive) sia per il MMG che per l'ospedale per essere indicative di un percorso complesso in una rete di cure intermedie.

L'indice di Flugelman è forse preferibile per la maggiore semplicità.

Il riscontro di un rischio 'medio' proprio della scala Brass non risulta inoltre particolarmente utile in fase di ingresso nel sistema.

Esempi di vita vissuta

In uno studio pilota in corso di pubblicazione, effettuato presso l'ASL 8 di Arezzo, dal primo settembre al 31 ottobre 2007 sono stati esaminati i pazienti ricoverati presso le U.O. di Medicina Interna e di Medicina Interna e Geriatria dell'Ospedale San Donato di Arezzo, sottoponendoli a valutazione multidimensionale e raccogliendo informazioni anagrafiche, funzionali, cliniche e prognostiche.

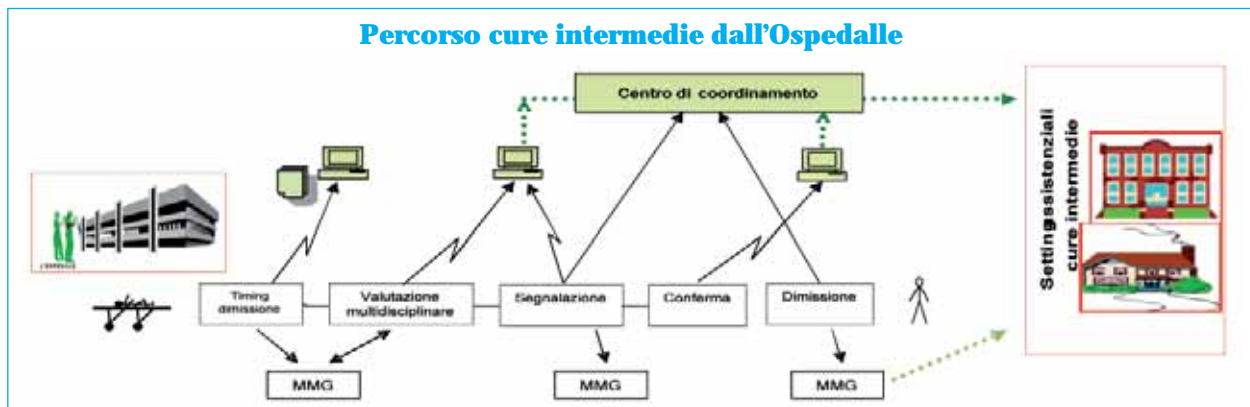


Figura 2 - Un unico centro di coordinamento territoriale facilita la dimissione ed aumenta il numero di risposte appropriate.

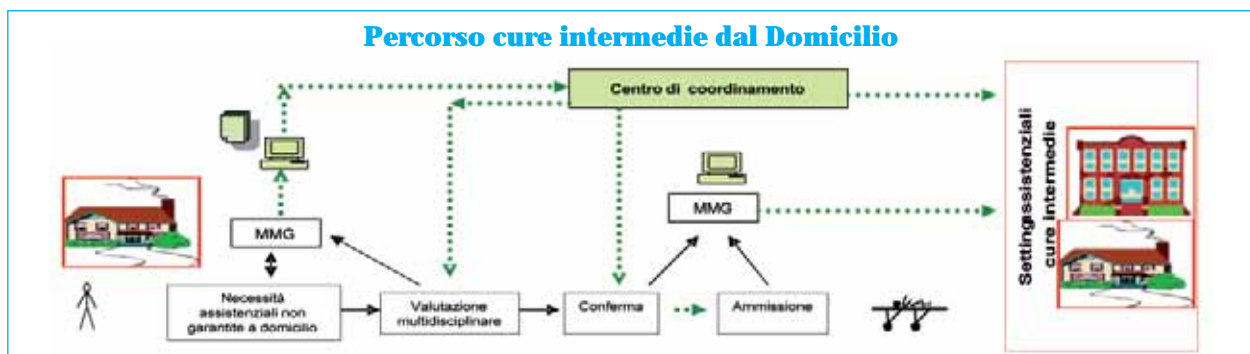


Figura 3 - Un unico centro di coordinamento territoriale riduce i ricoveri ospedalieri ed aumenta il numero di risposte appropriate.

Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)	
Cerciare ogni aspetto che viene rilevato.	
<p>Età (una sola opzione)</p> <p>0 = 55 anni o meno 1 = 56 – 64 anni 2 = 65 – 79 anni 3 = 80 anni e più</p> <p>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)</p> <p>0 = Vive col coniuge 1 = Vive con la famiglia 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = Vive solo senza alcun sostegno 5 = Assistenza domiciliare/residenziale</p> <p>Stato funzionale (ogni opzione valutata)</p> <p>0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)</p> <p>Dipendente in:</p> <p>1 = Alimentazione/nutrizione 1 = Igiene/abbigliamento 1 = Andare in bagno 1 = Spostamenti/mobilità 1 = Incontinenza intestinale 1 = Incontinenza urinaria 1 = Preparazione del cibo 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali 1 = Capacità di gestire il denaro 1 = Fare acquisti 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p>Stato cognitivo (una sola opzione)</p> <p>0 = Orientato 1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta 2 = Disorientato in alcune sfere* sempre 3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta 4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre 5 = Comatoso</p> <p style="text-align: right;"><i>*sfere: spazio, tempo, luogo e sé</i></p>	<p>Modello comportamentale (ogni opzione osservata)</p> <p>0 = Appropriato 1 = Wandering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro</p> <p>Mobilità (una sola opzione)</p> <p>0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula</p> <p>Deficit sensoriali (una sola opzione)</p> <p>0 = Nessuno 1 = Deficit visivi <u>o</u> uditivi 2 = Deficit visivi <u>e</u> uditivi</p> <p>Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)</p> <p>0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = Uno negli ultimi 3 mesi 2 = Due negli ultimi 3 mesi 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)</p> <p>0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici</p> <p>Numero di farmaci assunti (una sola opzione)</p> <p>0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci</p> <p style="text-align: right;">PUNTEGGIO TOTALE _____</p>
Punteggio	Indice di rischio
0-10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione
≥ 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

Figura 4

Indice prognostico di Flugelman*	
Mobilità	Autonomo (1), con aiuto (2), in carrozzina (3), allettato (4)
Ulcere da pressione	Assenti (1), Superficiali (2), Profonde (3)
Comunicazione	Parla e comprende (1), comprende soltanto (2), non comprende (3), comportamento aggressivo e pericoloso (4)
Famiglia	Famiglia capace di fornire assistenza (1), necessità di sostegno familiare (2), famiglia incapace/non collaborante nella cura del paziente (3), senza famiglia (4)
Sfinteri	Controllo (1), incontinenza urinaria (2), incontinenza globale (3)
Alimentazione	Autonoma (1), con aiuto (2), enterale/parenterale (3)
Assistenza	Non necessita di cure mediche (1), necessita cure mediche o infermieristiche saltuarie (2), necessita cure mediche o infermieristiche 2 volte a settimane (3), necessita cure mediche o infermieristiche quotidiane (4)
*Per lo score si tratta di somma Score ≥ 17 Individua pazienti con prognosi sfavorevole	

Figura 5

La complessità del paziente è stata indagata attraverso parametri di tipo medico, sociale e infermieristico, come esplicitato in tabella.

I pazienti con IF•17 avevano degenza media significativamente superiore, grado di comorbilità più elevato e più facilmente presentavano declino cognitivo.

Inoltre mostravano maggiore "fragilità sociale", intesa come situazione in cui la persona fosse priva di sostegno familiare adeguato o proveniva da RSA.

Tra gli indicatori di complessità infermieristica, invece, è da notare come il gruppo con indice prognostico peggiore fosse significativamente più incontinente o cateterizzato oltre che più frequentemente allettato e con lesioni da pressione rispetto al gruppo di controllo (Tabella 1).

Considerando inoltre la modalità di dimissione quale indicatore indiretto di complessità, la popolazione con IF \geq 17 mostrava maggiore mortalità ospedaliera rispetto al gruppo con IF $<$ 17 e richiedeva più frequentemente l'attivazione della dimissione in modalità protetta in termini di invio in Ospedale di Comunità o Residenza Sanitaria Assistenziale.

La popolazione con IF $<$ 17, al contrario, veniva dimessa in modo ordinario in una percentuale significativamente superiore.

Comunicazione

Gli aspetti comunicativi sono risultati i più critici e con un valore cruciale nella realizzazione di una vera rete assistenziale fra i vari livelli dei servizi e le varie fasi del percorso delle persone.

Esiste un software diffuso su tutto il territorio regionale per il monitoraggio della non autosufficienza: potrebbe essere usato come sistema di supporto informatico della rete delle cure intermedie, come strumento di registrazione dei dati e di comunicazione fra i professionisti e le strutture.

Si evidenziano comunque alcune necessità di cui tener conto in fase organizzativa, dalle quali dipende la reale utilità di questo strumento informatico:

- integrazione con i gestionali di cartella clinica dei MMG;
- integrazione con i gestionali ospedalieri;
- gestione della privacy;
- individuazione di strumento rapido e facile di comunicazione come può essere la posta elettronica;
- individuazione di 'esperti' con funzioni di supporto per sfruttare al meglio le diverse esperienze attualmente in essere.

5. LE STRUTTURE

Nella nostra regione le soluzioni adottate per rispondere al tipo di bisogno di salute precedentemente

descritto sono molto diverse nelle varie ASL: si ricorre a ricoveri in case di cura con letti gestiti da medici di famiglia, in strutture di riabilitazione, in ospedali di comunità, in RSA (ricoveri temporanei), in centri diurni. La scelta praticata dalle varie Aziende è sostanzialmente condizionata dall'offerta prevalente nelle diverse realtà e ciò determina a livello regionale un quadro molto eterogeneo, fermo restando che ovunque la responsabilità clinica è della Medicina Generale.

In questo quadro eterogeneo nel quale vengono fornite le risposte di cure intermedie adeguate è fondamentale per la sicurezza del paziente garantire **standard minimi** affinché, anche all'interno del percorso assistenziale per specifiche patologie, indipendentemente dalla struttura di ricovero, i pazienti possano ricevere lo stesso tipo di trattamento qualitativamente e quantitativamente adeguato al bisogno di salute.

Eccoli in sintesi, nell'attesa di definirli più accuratamente con altri atti successivi:

- assistenza infermieristica sulle 24 ore;
- gestione interdisciplinare;
- responsabilità clinica medica definita;
- disponibilità accertamenti diagnostici in loco o per canali preferenziali;
- standardizzazione della documentazione e degli strumenti di codifica e di monitoraggio del percorso;
- condivisione strumenti informatici lungo tutto il percorso e tra tutti i professionisti interessati.

Omissis...

6. GLI OPERATORI

Lo svolgimento delle attività previste dai percorsi assistenziali all'interno del sistema di cure intermedie presuppone il lavoro in team multidisciplinare dei medici di medicina generale (MMG), dei professionisti sanitari dell'assistenza e della riabilitazione, il pieno coinvolgimento degli operatori socio-sanitari e degli specialisti.

Il MMG assume il ruolo di responsabile clinico e coordinatore degli interventi sanitari del paziente, sulla base del piano di assistenza individuale. Spetta a lui, in virtù del rapporto di fiducia con il paziente, la responsabilità complessiva della diagnosi, terapia, prevenzione, riabilitazione e dei risultati complessivi dell'attività clinica e assistenziale del team.

Il MMG assume dunque un ruolo determinante anche rispetto alla funzione di governo clinico del sistema,

quale funzione di garanzia di appropriatezza, qualità delle cure e di orientamento della attività del team verso obiettivi condivisi.

Parametri di complessità	TOTALI (n=413)	IF < 17 (n=304)	IF \geq 17 (n=109)	p-value
Giornate di degenza	11 \pm 9,11	10 \pm 8,64	13 \pm 9,92	<0,05
Geriatric Index of Comorbidity (%)				
I	0,6	0,7	0	
II	11,3	14,8	1,8	
III	43,6	49,7	26,7	
IV	44,5	34,8	71,5	<0,001
Compromissione delle funzioni cognitive (%)	12,3	7,5	25	<0,001
Fragilità sociale (%)	8,9	4,27	22	<0,001
Incontinenza - Cateterizzazione (%)	46	26,64	100	<0,001
Allettamento (%)	26,8	26,6	75,2	<0,001
Lesioni da pressione (%)	14	5,2	41	<0,001
Bisogno di assistenza durante il pasto SNG o PEG (%)	33,6	18,7	72,4	<0,001
	7,7	0,9	26,6	<0,001

Tabella 1

L'**infermiere** viene ad assumere autonomia e responsabilità per funzioni specifiche attinenti alla gestione assistenziale del paziente, in maniera concordata con il MMG, sulla base di protocolli condivisi e coerenti con i percorsi assistenziali delineati a livello regionale.

L'**operatore socio-sanitario**, costituisce una risorsa rilevante per lo svolgimento di funzioni di supporto alla persona e agisce sulla base del piano di lavoro elaborato dal team assistenziale.

L'**assistente sociale**, per le funzioni specifiche attinenti alla progettazione della risposta al bisogno sociale (vedi legge 66).

Il team assistenziale viene affiancato dal **medico di comunità** quale figura deputata all'organizzazione dei servizi nelle varie fasi del percorso come da normativa regionale (delibera 1205/2009).

L'eterogenea tipologia di utenti che accedono al sistema di cure intermedie determina la necessità della presenza di altre figure professionali: **fisioterapisti**, che collaborano all'elaborazione del programma per la rieducazione funzionale dei pazienti, **geriatri**, **medici palliativisti**, **dietisti**, **logopedisti**, **psicologi**, **altri specialisti...**

7. NORMATIVA TOSCANA: DELIBERE CONSULATE

DGR 22 marzo 2010, n. 370. Approvazione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

DGR 21 dicembre 2009 n. 1205. Recepimento parere n. 62 del Consiglio Sanitario Regionale sul documento "Nuovo ruolo del medico di comunità nel sistema sociosanitario regionale".

DGR 3 giugno 2009, n. 467. Approvazione schema di Accordo tra Regione Toscana e organizzazioni sindacali rappresentative della Medicina Generale sul ruolo della Medicina Generale nell'attuazione del PSR 2008-2010.

DGR 3 novembre 2008, n. 894. PSR 2008-2010: Progetto "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa". Approvazione indirizzi per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio-ospedale-territorio.

DGR 25 febbraio 2008, n. 143. Attivazione dei centri residenziali di cure palliative - Hospice: indirizzi e assegnazione finanziaria.

DGR 25 giugno 2007, n. 467. Approvazione documento in materia di strutture residenziali di cure continue e ad alta complessità assistenziale (Hospices).

DGR 10 ottobre 2005, n. 1002. Approvazione indirizzi per la sperimentazione di "Servizi per le cure intermedie" presso le R.S.A. (residenze sanitarie assistenziali) e le Case di cura convenzionate.

DGR 26 aprile 2004, n. 402. Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitolaria sanitaria nelle R.S.A.

DCR 25 novembre 1997, n. 384. Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie.

8. LE CURE INTERMEDIE E L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA

Il documento delle società scientifiche sull'ospedale per intensità di cura, approvato dal Consiglio Sanitario Regionale in data 9 novembre 2010 terminava così:

8) Occorre integrare la sperimentazione dell'ospedale per intensità di cura con quella di modelli innovativi di assistenza territoriale.

Un ospedale per intensità di cura, che gestisce soltanto le patologie acute, può funzionare soltanto in presenza di un territorio in grado di gestire la cronicità con percorsi assistenziali specifici, basati sul "disease management" e costruiti insieme ai colleghi che lavorano in ospedale (medici e infermieri). L'implementazione di servizi territoriali per i malati cronici può realmente ridurre la necessità di ricoveri ospedalieri, tuttavia l'entità di questa riduzione non è stata ancora quantificata. La cronicità predispone infatti a frequenti riacutizzazioni, che non possono sempre essere prevenute o gestite a domicilio, anche in presenza di un'assistenza territoriale ottimale. Per circoscrivere l'assistenza ospedaliera alle fasi più

gravi di riacutizzazione delle patologie croniche e consentire un rapido ritorno a domicilio dopo la stabilizzazione, sarà indispensabile la creazione di percorsi integrati di continuità assistenziale tra ospedale e territorio

Le cure intermedie diventano così un ponte fra l'ospedale, laddove l'intensità clinica delle riacutizzazioni delle patologie croniche necessita di un ricovero ospedaliero, e il domicilio, allorché la situazione clinica si è stabilizzata e può essere adeguatamente trattata in assistenza domiciliare.

Solo il livello di instabilità clinica può determinare il passaggio dall'ospedale per intensità di cura alla rete di cure intermedie, definito con scale condivise a livello internazionale, lasciando a quest'ultima il compito di aggredire la complessità assistenziale e recuperare al massimo l'autonomia residua.

Questi passaggi sono garanzia di un rientro al domicilio più facilmente gestibile e, conseguentemente, di un minor rischio di ospedalizzazioni successive.

9. BIBLIOGRAFIA COMMENTATA E RAGIONATA

Definizioni delle cure intermedie nel mondo

- The king's fund. **Intermediate care.** London August 2010. <http://www.kingsfund.org.uk/library>.
- Maciocco G, Comodo N. **Cure intermedie: basi concettuali.** Prospettive sociali e sanitarie 2004; XXXIV (3): 1-3.
- Salsi A, Calogero P. **Le cure intermedie.** Ital J Med 2010; 4: 57-62.
- Pincheon D. **Intermediate care.** BMJ 2002; 324: 1346-8.
- British Geriatrics Society. **Best Practice Guide. Intermediate Care: Guidance for Commissioners and providers of health and social care.** February 2008.
- www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_4-2.htm.
- Ministero della Salute. **Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano.** Quaderni del Ministero della Salute, n. 6, novembredicembre 2010.
- Palese A, Filosi L, Bertuzzo M. **Cure intermedie e nurse led clinics.** Assistenza Infermieristica e Ricerca 2006; 25: 24-28.
- Department of Health, UK. **Intermediate care - Halfway home. Updated guidance for the NHS and local authorities.** London, DH, 2009. www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@pg/documents/digitalasset/dh_103154.pdf
- Istituto Nazionale di Statistica. **La relazione tra offerta di servizi di long term care e i bisogni assistenziali dell'anziano.** Contributi n. 4/2010. Roma, Istat, 2010. www.istat.it/dati/pubbsci/contributi/Contributi/contr_2010/04_2010.pdf
- Pesaresi F, et al. **I servizi residenziali.** In: Network Non Autosufficienza (ed). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2009. www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf
- Pesaresi F, Simoncelli M. **Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione.** Tendenze Nuove 2008; 2: 199-231.
- Società di cure palliative, Fondazione Seragnoli, Fondazione Floriani, a cura di Furio Zucco. **Hospice in Italia. Seconda rilevazione ufficiale 2010.** Bologna, 2010. www.salute.gov

it/imgs/C_17_publicazioni_1450_allegato.pdf

• Catania S, Bellentani M, a cura di A.GE.NAS. **L'ospedale di comunità - Country hospital in Italia. Studio della normativa nazionale e regionale.** Roma, Agenas, 2009.

Strumenti di valutazione per le cure intermedie: panorama internazionale

- Blaylock A, Cason C. Discharge planning predicting patients' needs. *J Gerontol Nurs* 1992; 18: 5-10.
- Mistianen P, et al. Predictive validity of the Brass index in screening patients with post-discharge problems. *J Advance Nurs* 1999; 30: 1050-56.
- Saiani L, Zanolin ME, Dalponte A, Palese A, Viviani D. Sensibilità e specificità di uno strumento di screening dei pazienti a rischio di dimissione difficile. *Assist Inferm Ric* 2008; 27(4): 184-93.
- Zanetti E. Anziani in ospedale: complessità e continuità dell'assistenza. *Tempo di nursing* 2009; 54: 12-17.
- Flugelman MY, Ben David Y, Harats N, Eliakim M. A simple prognostic index for hospitalized geriatric patients. A prospective study of 70 patients. *Gerontology*. 1986; 32(5): 272-6.
- Pedace C. Dimissione programmata dall'ospedale per pazienti acuti: una modalità organizzativa per governare i rapporti ospedale-territorio? *Medicina Italia* 2010; 1: 4-6.
- Bozzano C, Mei E, Lancini L, Pedace C (2010) Studio CE-SALPINO: analisi del problema "dimissioni difficili in ospedale". *Ital J Med*, in press.

La storia inglese

Nel corso degli anni '80 e '90 il National Health System esercitò una forte pressione per la riduzione del numero di posti letto nelle degenze per acuti e geriatriche, che fu ottenuta come conseguenza dell'attivazione di letti a ciclo diurno e del contenimento della durata di degenza.

All'inizio degli anni '80 i posti letto erano 219.000, alla fine degli anni '90 erano diventati 137.000, ma nello stesso periodo la richiesta di ospedalizzazione era aumentata del 3,5% all'anno.

Alla fine degli anni '90 ci si rese conto che la richiesta di ricovero era incontenibile.

Fu promosso dal Department of Health uno studio nazionale - il "National Beds Inquiry" - che rilevò che questo aumento di richiesta proveniva dal riacutizzarsi delle malattie croniche nella popolazione anziana. Fu rilevato anche che il 20% delle giornate di degenza per questa popolazione erano da considerarsi inappropriate nell'Ospedale per Acuti.

Lo stesso documento mise anche in evidenza che il limite principale all'appropriato utilizzo delle degenze ordinarie era il rallentato flusso in uscita per carenza di servizi intermedi fra Ospedale e domicilio.

Il Governo Laburista, che aveva tra gli obiettivi principali la modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria, avviò con il Piano Sanitario Nazionale 2000 la promozione delle Cure Intermedie, prevedendo, peraltro, un investimento di 900 milioni di sterline per la realizzazione entro il 2004 di 6700 "posti" (?) di Cure Intermedie.

2001

Department of Health: "National Service Framework for Older People"

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066

Con questa circolare, che integra il Piano Sanitario Nazionale 2000 del Regno Unito, viene data indicazione per la realizzazione delle Cure Intermedie per gli anziani. La circolare fornisce in merito alle Cure Intermedie (CI) le seguenti indicazioni:

*I servizi Cure Intermedie sono finalizzati a:
prevenire ricoveri ospedalieri non necessari;
promuovere la dimissione rapida e sicura dall'Ospedale;
ritardare o prevenire la necessità di cure a lungo termine.*

*I servizi Cure Intermedie sono caratterizzati da:
valutazione completa e multidisciplinare dei bisogni;
piano di cura individualizzato;
erogazione di terapie o trattamenti;
contesto multiprofessionale;
durata di non oltre 6 settimane.*

2002

Le Cure Intermedie British Geriatric Society
http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_4-2.htm

*Ospedali di Comunità.
Ospedalizzazione a domicilio.
Gruppi di intervento rapido a domicilio.
Gruppi di sostegno post ricovero.
Valutazioni e Piani di trattamento multidisciplinari.
Sostegno dal Volontariato.
Gruppi di riabilitazione a domicilio post ictus.
Servizi ambulatoriali nurse-led.
Ospedali a ciclo diurno.*

2003

House of Commons Committee of Public Accounts
"Assicurare una dimissione efficace dagli Ospedali Pubblici"
<http://www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=7c3f95e0-ba24-4e76-b92ea09a0608fc10&version=-1>

"Ogni giorno 3500 pazienti anziani restano ricoverati negli Ospedali pubblici inglesi nonostante che per i Curanti siano da considerarsi dimissibili. Un terzo di questi resterà in Ospedale per oltre 28 giorni. Il costo per l'NHS è di mezzo milione di Sterline al giorno. Nella maggior parte dei casi questo accade perché la dimissione non viene considerata sicura".

"Il problema non può essere risolto che attraverso una buona coordinazione tra Acute Trusts, Primary Care Trusts, Servizi Sociali ed altri".

"Occorre che le Autorità Sanitarie locali finalmente affrontino con decisione la immotivata variabilità presente nel ricorso alle Cure Intermedie".

BMJ 324, 1347-1348, 2002

Editoriale autorevole in cui si esprime favore per la realizzazione delle Cure Intermedie nel convincimento che con queste sia possibile contenere i ricoveri nelle degenze ordinarie e stimolare la collaborazione fra le diverse professioni sanitarie. Occorre accertarsene.

D.A.R.E 4, 2003

Valutazione critica di una Revisione non sistematica di studi nordamericani e italiani sull'efficacia delle Cure Intermedie. La Revisione concludeva in merito all'efficacia delle Cure Intermedie per contenere istituzionalizzazione e costi assistenziali. La Valutazione DARE conferma queste conclusioni ma manifesta riserve sul metodo usato dai revisori.

BMJ 329, 361-363, 2004

Editoriale che rileva la persistente assenza di una definizione univoca in merito a cosa costituisca le Cure Intermedie oltre al concetto che queste comprendono tutte le situazioni assistenziali diverse dalla Cure Primarie e dal ricovero ospedaliero.

2005

Studio sull'andamento delle Cure Intermedie per gli anziani commissionato dall' NHS all' Istituto di Sanità Pubblica dell' Università di Leeds.

http://www.leeds.ac.uk/hsp/hr/hsc/documents/eoic_exec_summary.pdf

Riconferma l'importanza teorica di una struttura intermedia tra Ospedale e Cure Primarie in cui il malato non grave e il convalescente, in particolare se anziano, possano avvalersi di servizi sia sanitari che sociali in stretta cooperazione.

I servizi offerti dalle Cure Intermedie sono di tipologia molto variabile a seconda sia delle necessità individuali sia della offerta locale presente.

Viene rilevato che, per quanto lentamente, esiste una maggiore integrazione fra servizi (in effetti è solo rilevato che le Amministrazioni Sanitarie spingono per questo).

Una valutazione qualitativa indica che l'applicazione delle Cure Intermedie viene giudicata positivamente dagli anziani assistiti.

BMJ 330, 699-702, 2005

Analisi comparativa dei costi delle Cure Intermedie nurse-led vs le Cure Tradizionali. Nella fase attuale i primi risulterebbero superiori.

Age and Ageing 34: 577-583, 2005

Trial che confronta esiti clinici e tassi di re-ospedalizzazione e istituzionalizzazione di 848 pazienti anziani trattati con Cure Intermedie (servizi home-based) e 840 pazienti anziani trattati secondo cure tradizionali (cure ambulatoriali e ospedalizzazioni). Nessun outcome differisce.

2006

Valutazione del livello di diffusione delle Cure Intermedie commissionato dall'NHS alle Università di Birmingham e Leicester

<http://www.hsmc.bham.ac.uk/>

Differenze molto rilevanti nelle modalità di applicazione locali.

Il limite delle 6 settimane è ovunque considerato insufficiente. Nella maggior parte dei casi l'intervento è consistito nel supporto alla dimissione.

Il supporto per la dimissione precoce ha costi elevati.

Difficoltà ad integrare i differenti servizi.

Percezione da parte dei Professionisti solo di possibili vantaggi personali.

Risorse finanziarie ritenute insufficienti.

Suggerimenti:

È opportuno affidare alle realtà locali la scelta delle Cure Intermedie.

L'enfasi deve riguardare l'integrazione dei servizi per questo è opportuno formare i Professionisti e informare gli Utenti.

2007

Nursing "ri-abilitante" durante le Cure Intermedie Royal College of Nursing

<http://www.rcn.org.uk/>

Nel corso di: episodio assistenziale Cure Intermedie (4-6 settimane)

Finalità: è compito dell'Infermiere "abilitare" per quanto possibile anziani inabili a svolgere funzioni della vita ordinaria ed a prevenire ulteriori disabilità

L'Infermiere valuta le difficoltà fisiche, emozionali, mentali e sociali dell'anziano.

Azioni dell'Infermiere:

- sostegno emozionale e sociale;

- educazione a stile di vita;

- riabilitazione finalizzata all'autonomia;

- educazione al "self-management";

- promozione dell'indipendenza personale.

2008

British Geriatric Society.

Cure Intermedie. Linea Guida per "Commissioners" e "Providers"

<http://www.bgs.org.uk/>

Definizione: servizi assistenziali alternativi al ricovero, multiprofessionali, prestati secondo un piano individuale, finalizzati a massimizzare l'autonomia individuale, limitati nel tempo.

Servizi: Ospedali di Comunità, ospedalizzazione a domicilio, team di risposta rapida, team assistenziali per dimissione precoce, riabilitazione a domicilio, stroke rehabilitation team, servizi "nurse led", ospedalizzazioni a ciclo diurno.

Evidenza: ancora incerta per quanto riguarda il contenimento delle ospedalizzazioni ed il contenimento della spesa, probabilmente per scarsa maturazione del sistema. Viene incoraggiata la presenza di valutatori di accesso alle Cure Intermedie in Pronto Soccorso, per discriminare subito, caso per caso, la soluzione più idonea.

Valutazione: è fondamentale un'attenta e ponderata valutazione clinica caso per caso.

Governo Clinico: è fondamentale la sorveglianza secondo le modalità del governo clinico, in particolare si raccomandano modalità di risk management, clinical audit e incident reporting, unitamente alla formazione continua del personale addetto.

Collegamenti: qualunque struttura di Cure Intermedie deve essere strettamente e rapidamente collegata a servizi e degenze specialistiche, con particolare riguardo per la Geriatria.

BioMedCentral Public Health 2007

Trial che confronta gli esiti clinici di cure prestate per acuzie o riacutizzazioni in situazione di Cure Intermedie (72 pazienti

a domicilio o in Ospedale di Comunità) e cure tradizionali (70 pazienti).

Quelli trattati con Cure Intermedie hanno presentato outcome significativamente più favorevoli.

Cochrane Review, 2008

Aggiornamento 2008 di una Revisione Sistemática del 2004 che somma le risultanze di trial clinici e studi in serie temporali finalizzati a valutare se la transizione dal ricovero ospedaliero al domicilio è ottimizzata dal passaggio intermedio in struttura assistenziale nurse-led. I pazienti che transitano da una struttura nurse-led sembrano essere più adatti al ritorno a casa, ma al prezzo di una degenza complessivamente più lunga.

2009

Housing and Learning Improvement Network Short Stay Intermediate Care Services in a range of Housing and Care Settings

http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Factsheets/Factsheet_31_Intermediate_Care.pdf

Cure Intermedie in Casa-Famiglia o Comunità-Alloggio.

Opuscolo dedicato a illustrare le modalità strutturali e organizzative di alloggi assistiti per l'accoglienza temporanea di pazienti che hanno necessità di cure post-ricovero e alternative al ricovero.

Contiene esempi presi da quelle già attive nel 2009.

2009

Le Cure Intermedie. Guida per il Servizio Sanitario e per le Autorità Sanitarie Locali, con esempi

<http://www.dh.gov.uk/>

Riafferma le indicazioni 2001:

Finalità: contenimento delle degenze in Ospedale per Acuti.

Servizi: team di rapida risposta, ospedale a domicilio, riabilitazione residenziale, riabilitazione DH, ospedale di comunità, nurse-led units.

Assistiti: tutti i pazienti di età maggiore di 18 compresi gli affetti da malattie mentali e demenza.

Strumenti: valutazione multidisciplinare e piano di cura (con revisioni periodiche).

Direzione: unica da parte di Medico "senior".

Operatori: infermieristici, sociali, di riabilitazione, occupazionali, di supporto, Geriatra.

Accesso rapido ai consulti.

Partnership con servizi ospedalieri e servizi locali (Comune, Volontariato).

2010 Department of Health

<http://www.dh.gov.uk/>

10 Raccomandazioni per pianificare la dimissione o il trasferimento dall'Ospedale alle Cure Intermedie.

Pianificare la dimissione fin dal momento del ricovero.

Definire se si tratta di dimissione semplice o complessa.

Formulare fin dall'ingresso il Piano di Trattamento giornaliero.

Definire la responsabilità del caso e il passaggio di consegne.

Definire la tempistica della degenza (in accordo con il paziente).

Rivalutare giornalmente il Piano di Trattamento (in accordo con il paziente).

Coinvolgere nelle decisioni il paziente e/o i "carers".

Pianificare la Continuità Assistenziale per la fase post dimissione.

Compilare una "discharge checklist" accurata.

Assicurare che il processo di cura non si interrompa alla dimissione.

Revisione della Letteratura, Marzo 2011

"Nei quattro Paesi che costituiscono il Regno Unito la politica delle Cure intermedie è stata interpretata in modo del tutto diverso. Le modalità operative sono state sinora quanto mai varie e incoerenti".

Rout A et al. A literature review of interprofessional working and intermediate care in the UK. J Clin Nurs. 20(5-6), 775-783, 2011.

Il sistema di allerta rapido alimenti e mangimi (SARAM) nell'Azienda Sanitaria di Firenze

Analisi dei dati 2010



Guendalina Allodi. Maturità classica e Laurea in Medicina e chirurgia, con una tesi sui progetti interaziendali di promozione della salute nell'ambito degli HPH (Health Promoting Hospitals). Iscritta al quarto anno della Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva di Firenze. Ha svolto tirocini presso direzioni aziendali ed ospedaliere, istituti di epidemiologia e presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Asl 10, dove, tra le varie attività, collabora alla gestione del punto di contatto aziendale della allerta.

Introduzione

Nel presente articolo vengono analizzati i dati riguardanti le segnalazioni di allerta, che continuano a rappresentare un pericolo per la salute del consumatore.

Ricordiamo che, come si legge nel MANUALE RASFF, le segnalazioni di allerta richiedono un intervento immediato per consentire il ritiro del prodotto presente sul mercato in quanto è presente un grave rischio per il consumatore, dal momento che il prodotto ha raggiunto il mercato.

Le segnalazioni di allerta sono sempre precedute da un'analisi del rischio effettuata dall'Azienda USL, o dall'operatore del settore alimentare o dalla commissione europea.

Per quanto riguarda la terminologia, è utile tener presente che si parla di follow-up qualora, dopo l'attivazione di un'allerta, si presenti un'ulteriore lista di commercializzazione.

Analisi dei dati relativi all'ASL 10 Firenze nell'anno 2010

Nell'anno 2010 delle 93 totali segnalazioni di allerta riguardanti la Asl 10 Firenze (consideran-

do ogni allerta unitamente ai rispettivi follow-up), 37 hanno riguardato prodotti di origine non animale (settore Igiene Pubblica) e 56 prodotti di origine animale (settore Veterinaria).

Tipologia di contaminante

Se si analizzano i motivi di attivazione delle allerta notiamo che per il settore Igiene Pubblica (IP) prevalgono i contaminanti di tipo chimico, mentre

nel settore Veterinaria (VET) i contaminanti più frequenti sono di tipo microbiologico (Tabella 1).

Nel settore Igiene Pubblica in sei dei dodici casi di contaminazione chimica si è verificata migrazione da materiale da contatto. Nell'ambito del settore Veterinaria, invece, ha avuto particolare risonanza la contaminazione batterica di mozzarelle ed altri latticini. Il caso delle *mozzarelle blu*, che sembrava in un primo momento un problema legato solo ad uno stabilimento di produzione tedesco, ha coinvolto produttori nazionali con l'aumento delle preoccupazioni

G. ALLODI*, L. INDIANI*, V. LASTRUCCI*,
G. GAROFALO**

* Università di Firenze - Dipartimento di Sanità Pubblica
** Responsabile Settore Igiene pubblica ASL 10 Firenze

Tabella 1

Tipo di contaminante	Igiene pubblica	Veterinaria	Totale
Altra contaminazione chimica	12	13	25
Altre biotossine	–	4	4
OGM	–	1	1
Contaminazione microbiologica	6	28	34
Corpi estranei	2	2	4
Etichettatura scorretta	3	2	5
Infestazione parassitica	5	6	11
Micotossine	3	–	3
Residui fitosanitari	3	–	3
Tossina botulinica	3*	–	3
TOTALE	37	56	93

* Un caso è solo di sospetta presenza

dei cittadini e il rischio di danni alle imprese. Il fenomeno è generalmente collegato alla presenza di *Pseudomonas*, di altri batteri e muffe, normalmente non in grado di causare malattia nell'uomo, bensì alterazioni nei formaggi o in altri alimenti. La cattiva gestione della temperatura è la causa che più comunemente innesca il processo di proliferazione di questi germi che comunque hanno carattere di ubiquità. Le indagini condotte sui recenti casi hanno evidenziato come la maggior parte delle volte l'abuso termico sia avvenuto durante la conservazione in ambito domestico. Si tratta di organismi "indesiderati" che condizionano la durata degli alimenti essendo in grado con il loro sviluppo di causare alterazioni dell'odore, del colore (ad esempio il blu dei formaggi ma anche colorazioni rosse, arancioni, verdi, ecc.) e della consistenza dell'alimento. Sono, in genere, scarsamente pericolosi per il consumatore e il loro effetto è principalmente quello di rendere inaccettabile il prodotto.

Sebbene in linea di massima prevalgano per il settore Igiene Pubblica la contaminazione chimica e per il settore Veterinaria quella microbiologica, se andiamo ad esaminare nel dettaglio gli agenti maggiormente presenti, troviamo al primo posto per il settore Igiene Pubblica l'infestazione da parassiti (5 casi), mentre per il settore Veterinaria il mercurio quale contaminante di prodotti ittici (7 casi). Degne di nota risultano per il settore Igiene Pubblica le contaminazioni da Aflatossine, Fitofarmaci e Tossina botulinica e per il settore Veterinaria le contaminazioni da *Salmonella*, *L.*

Monocytogenes e da parassiti (in genere *Anisakis*) (Tabella 2). Da segnalare sono anche i casi di etichettatura scorretta, che spesso riguarda la presenza di allergeni non dichiarati in etichetta.

Esiti degli accertamenti

Relativamente alle allerta 2010 sono state inviati al Piano di Controllo (PdC) regionale 47 moduli di chiusura per il settore Igiene Pubblica e 59 moduli di chiusura per il settore Veterinaria. Il modulo di chiusura riporta gli esiti degli accertamenti effettuati, che possono essere sintetizzati come: prodotto ritirato, prodotto accantonato, prodotto venduto, prodotto distribuito, prodotto non presente. Per ciascuna allerta possono risultare contemporaneamente più esiti.

Se valutiamo la frequenza con la quale si sono verificati i singoli possibili esiti, notiamo che purtroppo ciò che si è verificato più frequentemente è che il prodotto sia giunto fino al consumatore finale: questo è accaduto in 31 casi per il settore Igiene Pubblica e in 38 casi per il settore Veterinaria (Grafici 1 e 2).

Per quanto riguarda il settore Igiene Pubblica, dei 31 casi in cui si è verificata la vendita, in 13 il prodotto è risultato completamente esitato al consumatore finale, mentre in 18 casi il prodotto è risultato in parte venduto e in parte accantonato/ritirato; analogamente per il settore Veterinaria, dei 38 casi in cui si è verificata la vendita, si sono avuti 20 casi in cui essa ha riguardato la totalità del prodotto e 18 casi in cui si è avuto parziale ritiro/stoccaggio in attesa di ritiro.

Tabella 2

Settore competente	Agenti maggiormente presenti			
ISP	Parassiti	Aflatossine	Fitofarmaci	Tossina botulinica
Totale allerta: 37	5 casi	3 casi	3 casi	3 casi*
VET	Mercurio	Salmonella	L. Monocytogenes	Parassiti
Totale allerta: 56	7 casi	6 casi	5 casi	5 casi

* Un caso è solo di sospetta presenza

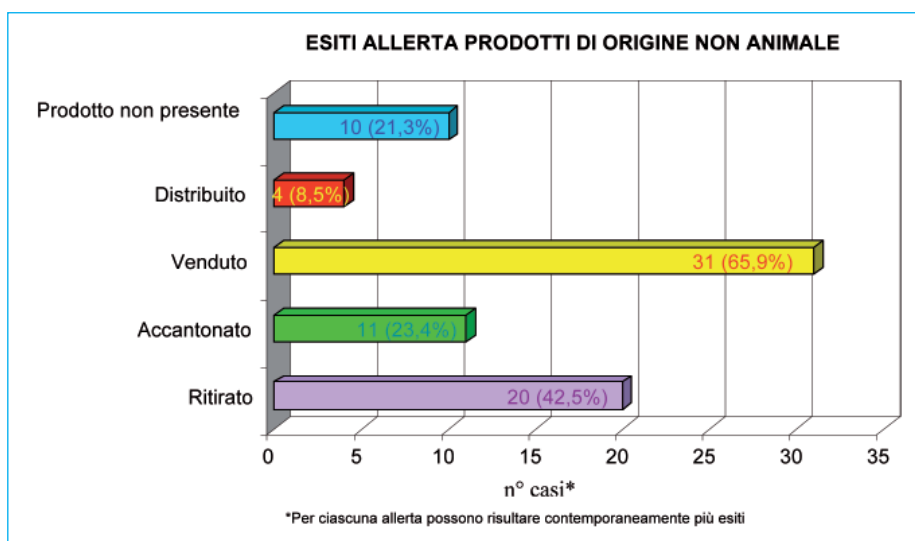


Grafico 1

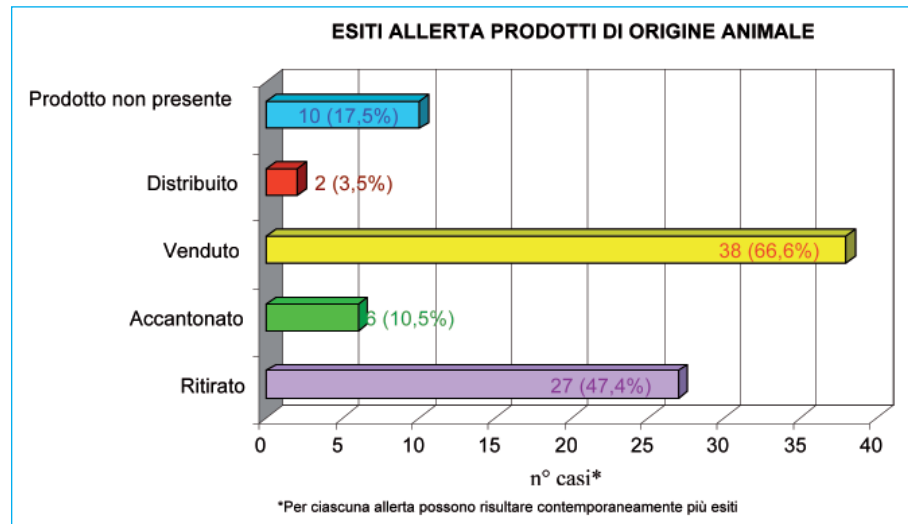


Grafico 2

Tempistiche

Il tempo di attivazione dal momento di arrivo di una segnalazione di allerta rientra nelle 24 ore.

Il tempo di completamento dell'intervento (Tempo di chiusura) è un parametro che ci permette di stimare la pronta risposta del sistema SARAM di fronte alle possibili minacce per la salute del consumatore.

Per quanto riguarda il Settore Igiene Pubblica il tempo medio di chiusura delle allerta (considerando le singole allerta/follow-up) risulta di circa 19 giorni. Facendo lo stesso calcolo per il Settore Veterinaria la media risulta di circa 22 giorni.

Nel leggere questo dato occorre ribadire che

alcune allerta non presentano follow-up e vengono chiuse ai primi esiti, in altri casi presentano follow-up che si verificano successivamente alla chiusura dell'allerta originaria e che quindi generano ulteriori chiusure, e in altri casi ancora ci si trova a gestire contemporaneamente l'allerta più i suoi follow-up. In quest'ultimo caso, aspettando di avere gli esiti complessivi, viene effettuata una chiusura unica. Quindi in realtà l'effettivo tempo di chiusura medio delle allerta risulterebbe leggermente inferiore. Comunque sia queste tempistiche sicuramente presentano margini di miglioramento, su cui occorre lavorare in futuro.

TM

Rischi per la salute da esposizione a campi magnetici a bassa frequenza

A partire dalla seconda metà degli anni '90 diversi studi epidemiologici hanno indagato il rischio di tumori infantili, malattie neurodegenerative ed altre patologie nell'adulto in relazione all'esposizione a campi magnetici (c.m.) a 50Hz mettendo in evidenza un'associazione in particolare con la leucemia infantile.

Nel 2002 la IARC ha classificato i c.m. a 50Hz (ELF) nella categoria dei possibili cancerogeni.

Esposizione residenziale e tumori dei bambini

L'associazione tra esposizione residenziale e leucemie infantili è stata indagata in particolare da due *pooled*

analyses: la prima rileva un raddoppio del rischio di ammalarsi di leucemia infantile per esposizioni residenziali a c.m. uguali o maggiori a 0,4 μ T, la seconda rileva un aumento del 70% del rischio di ammalarsi di leuce-

MARIA GRAZIA PETRONIO*, GIULIA TARRINI*

* UOS Ambiente e Salute Dipartimento di Prevenzione ASL 11 di Empoli



Maria Grazia Petronio, specialista in Nefrologia, in Igiene e Med. Prev. Indirizzo Epidemiologia e Sanità Pubblica e in Igiene ambientale. Dal 2002 Direttore UO Semplice Salute e Ambiente/Igiene e Prevenzione zona Valdarno Inferiore.

mia infantile per esposizioni superiori a 0,3 μ T.

Le evidenze epidemiologiche per l'insorgenza di tumori infantili come il tumore cerebrale, appaiono meno conclusive rispetto all'associazione con l'insorgenza di leucemie. Vari studi non evidenziano un eccesso del rischio di contrarre tumori al cervello nei bambini esposti a ELF.

Effetti riproduttivi

Nel 2002 la IARC affermava che i risultati degli studi su effetti riproduttivi avversi da esposizione a c.m. ELF non consentivano di stabilire alcuna associazione. Studi più recenti corroborano l'ipotesi di una possibile relazione tra esposizione a ELF e aborto spontaneo.

Effetti negli adulti da esposizioni residenziali

L'esposizione residenziale a c.m. è stata messa in relazione con la comparsa di diversi effetti sulla salute. Le evidenze per effetti neurocomportamentali risultano contrastanti: alcuni studi non riportano eccessi di rischio per la popolazione esposta, altri evidenziano associazioni con sintomi depressivi e cefalea. Vari studi hanno evidenziato un'associazione benché non statisticamente significativa con tumori ematopoietici e tumore al seno in entrambi i sessi. Un'associazione significativa è riportata per insorgenza di tumore al seno femminile e maschile, melanoma maligno, tumore ai testicoli, disordini linfoproliferativi e mieloproliferativi. Un aumento della morbosità è stato riportato per tumore pancreatico e tumori secondari non specifici nell'uomo, patologie ematologiche non maligne e cardiopatia ischemica.

Già nel 1998 un Rapporto ISTISAN evidenziava che gli studi epidemiologici fino ad allora esaminati fornivano qualche suggerimento in merito ad un possibile contributo dell'esposizione a c.m. a 50/60Hz nei confronti di malattie neurodegenerative, in particolare SLA meritevole di verifica.

Uno studio condotto nel 2005 su una coorte di 357 soggetti residenti in prossimità di una linea elettrica a 60KV ha riportato alcuni incrementi di mortalità nell'intera coorte e in particolare per i soggetti esposti a livelli maggiori di c.m. (tumori del sistema emolinfopoietico, dell'apparato digerente e del pancreas in particolare).

Esposizione professionale e patologie tumorali

È stato evidenziato che le esposizioni medie a campi magnetici in ambienti di lavoro sono più alte per le cosiddette "occupazioni elettriche". Studi epidemiologici più recenti hanno confermato l'associazione tra esposizione lavorativa e incremento del rischio di sviluppare forme tumorali: melanoma, tumore dello stomaco e del pancreas, leucemie, neoplasie dell'encefalo, tumore del rene ed astrocitomi, tumore al seno nel sesso maschile.

È stato inoltre riportato un incremento di mor-

talità per tumore del polmone e per cause cardiovascolari.

Esposizione occupazionale ad ELF e malattie neurodegenerative

Le evidenze di un'associazione tra esposizione a ELF e insorgenza di patologie neurodegenerative come il morbo di Parkinson e la sclerosi multipla sono lievi, un rischio maggiore di insorgenza di sclerosi laterale amiotrofica è stato riportato per le occupazioni elettriche.

Ipersensibilità ad ELF

Esiste una vasta letteratura che analizza la comparsa di numerosi sintomi aspecifici scatenati dalla vicinanza a differenti fonti di ELF. La reale consistenza numerica di tali soggetti è largamente discussa: le proporzioni proposte variano dallo 0% ad oltre il 30% a seconda della fonte e dei criteri adottati per la definizione dei casi.

Quadro normativo

Negli anni '90 la normativa relativa ai campi magnetici a 50Hz generati da linee elettriche ha riguardato la regolamentazione delle distanze minime tra i conduttori e i fabbricati per la tutela della popolazione dai rischi di scarica elettrica e possibili effetti acuti.

Nel 2001 la legge quadro 31 ha introdotto il principio di precauzione individuando degli obiettivi di qualità.

Successivamente il DPCM 8/7/2003 ha fissato nuovi limiti di esposizione (100 μ T), attenzione (10 μ T) e qualità (3 μ T), che risultano molto più alti di quelli indicati da tutta la comunità scientifica come cautelativi per la salute ed ha disatteso lo scopo stesso dell'obiettivo di qualità, così come descritto nella L.31/01.

Conclusioni

Tutte le revisioni della letteratura scientifica corroborano l'ipotesi di un aumento di rischio di contrarre leucemia infantile per esposizioni residenziali superiori a 0.2-0.4 μ T ed evidenziano incrementi di rischio anche per tumori ed altre patologie dell'adulto.

L'applicazione del Principio di precauzione è perciò improrogabile.

La comunità scientifica ed i medici si dovrebbero fare parte attiva nel richiedere una revisione dei limiti normativi affinché questi siano più cautelativi per la salute di tutta la popolazione.

Fino a quando i limiti normativi rimarranno così elevati i medici si dovrebbero esprimere, nell'ambito delle proprie competenze professionali, negativamente rispetto a situazioni di esposizione ad ELF rischiose per la salute.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: stagisti2@usl11.toscana.it

TM

I giovani medici, studiano tanto... e poi?

ANTONIO PANTI

Toscana Medica ha condotto una piccola inchiesta inviando un questionario ai medici neolaureati e agli iscritti da 10 e da 20 anni. L'inchiesta ha coinvolto circa 1000 colleghi, i laureati nel 2008/09/10 e quelli nel 1998/99/00, infine i laureati nel 1988/89/90. I responders non sono stati moltissimi, ma sufficienti a dare validità statistica al campione. Pubblicheremo i dati sul prossimo numero, ma già un primo esame dei risultati consente alcune considerazioni.

È consolante che circa il 60% dei colleghi si sia iscritto a medicina "per essere utile agli altri"; sommato al 20% di chi lo ha fatto per "coltivare l'interesse per gli sviluppi scientifici della medicina" significa che l'80% delle vocazioni nasce da una visione etica della professione. La stessa risposta è stata data dai colleghi laureati da 10 o 20 anni. Quindi la categoria è omogenea per motivazioni scientifiche e morali, fatto questo socialmente rilevante.

Tra chi ha risposto, il 55% dei medici con 10 anni di laurea lavora in ospedale, l'8% è medico generale, il 35% svolge altre attività; dopo 20 anni di laurea la situazione è la stessa: aumentano solo (18%) i medici generali. I medici giovani trovano più facilmente occupazione in ospedale, assai meno in medicina generale. Un problema, questo, da non trascurare.

Circa il 60% dei medici con 10 o 20 anni di laurea rifarebbe il medico se potesse tornare indietro, solo il 15% vorrebbe cambiare lavoro. Importante è che vi sia ancora entusiasmo, preoccupante che il burn out si manifesti così precocemente. Tuttavia, dopo uno o due decenni dalla laurea, il 35% dei medici svolge un altro lavoro. Esercitano al di fuori del SSN o sono ancora precari? Quanto incide in medicina il precariato? Altro problema da non trascurare perché gli strumenti per porvi rimedio sono diversi nel SSN rispetto ad altre tipologie occupazionali e perché l'Ordine e i Sindacati possono giocare un ruolo importante.

Dall'esame di questi primi risultati si può affermare che i medici, sia neolaureati che dopo 1 o 2 decenni dalla laurea, si sentono ben preparati sul piano scientifico, un po' meno su quello professionale, meno ancora per quanto attiene all'organizzazione e alla gestione del lavoro, piuttosto inconsapevoli degli aspetti normativi, previdenziali o contrattuali. Si evince il quadro di un'università un po' in affanno e la figura di un medico ben disposto a operare secondo protocolli e in team con altri professionisti della sanità, ma piuttosto inconsapevole rispetto agli aspetti moderni di una professione sociale, attenta ai costi oltre che all'efficacia delle cure, calata in una sanità in profonda trasformazione tecnologica, scientifica e organizzativa. Eppure la maggior parte è convinta della enorme influenza dei mass media sul rapporto tra medico e paziente.

Il problema è capire se i giovani colleghi avvertono le difficoltà in cui si dibatte oggi la professione, tra illusioni e delusioni, tra sfiduciata malpractice e esaltanti successi. L'epoca del medico che decideva tutto per tutti (se è mai esistita) è davvero finita. Alla domanda chi decide tra medico e paziente e, nel servizio, tra medico e amministrazione, la risposta è: quanto riesce a decidere il medico? I giovani colleghi sapranno diventare più autorevoli che autoritari? Abbiamo chiesto anche quali sono le criticità e le insoddisfazioni che i neolaureati si attendono e i meno giovani hanno già sperimentato nella professione. Da queste risposte, che pubblicheremo nel prossimo numero, vorremo trarre spunti per un'iniziativa culturale.

I medici hanno certamente un futuro più tranquillo di altri laureati ma esercitano una professione molto complessa e in continuo cambiamento. Come sempre, alla domanda chi decide del loro futuro, la risposta è, entro ampi limiti, essi stessi. Quando si è giovani medici si è troppo occupati a studiare e a affermarsi; difficile trovare il tempo per occuparsi consapevolmente della professione. Eppure bisogna ritrovare il gusto dell'interesse collettivo. Se qualcuno ha qualche idea scriva o proponga un incontro con il Consiglio dell'Ordine. Saremo veramente lieti di organizzarlo. **TM**



Gabriele Cipriani, neurologo, è stato membro del gruppo di lavoro tecnico sulla sperimentazione Alzheimer presso la Regione Toscana e del gruppo di studio della Società Italiana di Neurologia per l'elaborazione delle linee guida della demenza. È referente della Unità di Valutazione Alzheimer della ASL 12 di Viareggio.

Dolore, demenza e medico di medicina generale

Dai parole al dolore. La pena che non parla mormora in fondo al cuore e lo invita a frantumarsi.

William Shakespeare

Il dolore è una esperienza soggettiva multidimensionale con componenti sensoriali, emozionali ed affettive spiacevoli ed è modulato da variabili psichi-

che, culturali, personali, sociali ed ambientali. Negli USA esso rappresenta la causa più comune di visita medica determinando un costo annuo superiore ai 50 miliardi di dollari. La sua valutazione è necessaria, non solo per porre sollievo alla sofferenza, ma anche per determinare le cause che lo scatenano mettendole sotto controllo. Ne è stata dimostrata la correlazione con i disturbi del sonno, la malnutrizione e la depressione. Esso rappresenta un problema rilevante nella vecchiaia dove è più facile riscontrare patologie croniche come osteoartrosi, gotta, stenosi del canale vertebrale, nevralgia post-erpetica ed altre affezioni associate ad una persistente sintomatologia algica. In uno studio scozzese di oltre 10 anni fa è stato dimostrato che la prevalenza del dolore cronico nella popolazione generale di età superiore ai 75 anni raggiunge il 62%; in Italia il dolore che dura più di tre mesi ed è correlato con patologie progressive non neoplastiche interessa fino all'85% della popolazione anziana. È stato dimostrato come esso sia spesso sotto-diagnosticato e sotto-trattato in specie negli anziani: questo risulta inaccettabile, sia perché non vi sono modificazioni fisiologiche della percezione del dolore con l'avanzare dell'età, sia perché il paziente geriatrico può trarre un significativo miglioramento dalla terapia antalgica. Poiché l'invecchiamento si correla positivamente con l'insorgenza della demenza, domande chiave da porsi nella società occidentale, dove le persone ultrasessantacinquenni rappresentano un settore crescente della popolazione, sono come e se i pazienti affetti da demenza percepiscono il dolore e se essi ricevono un adeguato trattamento.

Le persone dementi possono manifestare il dolore in maniera completamente diversa da quelle cognitivamente integre: la difficoltà ad interpretare la sensazione o la compromissione della comunicazione verbale, sempre presente nella demenza di grado severo, comportano una difficoltà nel riferire i sintomi complicando o ritardando un'accurata diagnosi ed un'appropriata terapia. È inoltre da ricordare che le componenti affettive legate al do-

lore ne modulano la percezione coinvolgendo meccanismi che interessano la memoria e l'emotività, l'aspettativa che ben sappiamo essere compromessi nei processi dementigeni. Cosa succede quando il soggetto non è in grado di ricordare l'esperienza dolorosa o di concettualizzarla? Nei soggetti con decadimento cognitivo grave un'agitazione improvvisa od un comportamento insolito possono rappresentare le modalità con cui il paziente si rapporta con l'ambiente circostante cercando di comunicare la propria sofferenza. Anche un comportamento irrequieto, aggressivo od un disturbo del sonno a tipo insonnia può denunciare il problema.

Inoltre la letteratura scientifica ben documentata come il dolore può comportare un peggioramento sia dello stato funzionale che dei disturbi comportamentali.

Infatti, a sottolineare la complessità della gestione della demenza, non è raro osservare catastrofiche ed improvvise perdite di autonomia e peggioramenti della sfera cognitiva, di fronte a malattie acute o traumi, ciascuno dei quali, presi isolatamente, non sarebbe in grado di determinare disabilità e dipendenza. Nella persona affetta da demenza, un'esperienza così soggettiva quale è il dolore, da sintomo diviene un segno della cui ricerca il medico deve porre particolare cura ed attenzione, magari utilizzando specifici strumenti di valutazione ed una particolare cura nella raccolta dei dati anamnestici, cui deve sempre partecipare il *caregiver*, l'interlocutore principale per l'analisi delle esigenze e dei bisogni del malato. Se c'è un rischio nell'approccio alla persona demente è quello dell'abbandono, della trascuratezza, dell'affermazione che "tanto c'è poco da fare": proprio di fronte al dolore questa asserzione mostra la sua totale inadeguatezza. Per cercare di superare lo scoglio rappresentato dalle difficoltà di comunicazione sono stati elaborati alcuni strumenti di ausilio per la valutazione del dolore: fra questi la *Check list* degli indicatori non-verbali del dolore. Vocalizzazioni, smorfie, sfregamenti, massaggi, irrequietezza possono rappresentare forme inusuali per comunicare il dolore. È stato anche postulato che alcune risposte vegetative come la modificazione della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa siano marcatori del dolore.

Conoscere le barriere che si frappongono ad una corretta individuazione del dolore nelle persone con demenza rappresenta il primo passo per alleviare una condizione che, se non guaribile, è comunque curabile. Costituisce, quindi, un imperativo categorico. **TM**

GABRIELE CIPRIANI*, ALESSANDRO BONDI**

* Referente ex UVA ASL 12 Viareggio

** Medico di medicina generale Asl 12 Viareggio

A proposito di adolescenza

Riflessioni su immaturità e responsabilità



Riccardo Lo Parrino, neuropsichiatra infantile. In servizio c/o l'UO di NPI della ASL 10 FI, dal 2001 dirige un Modulo di Salute Mentale Infanzia-Adolescenza. Consulente c/o l'Istituto Penale Minorile di Firenze. In questi anni ha dedicato il proprio impegno clinico e formativo alla psicopatologia grave dell'adolescenza. È stato nel comitato di gestione della rivista "Il Reo e il Folle".

Il lavoro con gli adolescenti ci impone costantemente il confronto con una struttura in cui convivono, in un rapporto di problematica contiguità, aspetti adulti e parti infantili.

Tommaso Senise, nella sua "Lettera a un adolescente" – partecipata e accogliente prefazione alla sua fondamentale "Psicoterapia breve d'individuazione" – indica, come elemento sostanziale dell'identità adolescenziale, proprio il suo essere incompiuta. Senise ce ne parla in modo semplice ed essenziale, così come ci si rivolgerebbe, appunto, a un ragazzo o

a una ragazza ancora molto giovani. Ecco un brevissimo passaggio dalla viva voce dell'autore: *"Ti accorgerai che sono due le attività principali della mente in questo periodo evolutivo: definire la propria identità e trasformare gli affetti e i sentimenti infantili in affetti e in sentimenti adulti."*

È dunque la vistosa conflittualità, presente in ogni adolescente, fra la spinta a diventare-grande e il desiderio, opposto, di rimanere-bambino, che ci parla, in modo inequivocabile, della sua immaturità.

La valorizzazione, necessaria, ma talvolta eccessivamente enfatica, delle sue componenti adulte, e la ricerca di un'alleanza terapeutica con esse, non devono mai portarci a dimenticare questa immaturità del soggetto in crescita.

Questo ha delle conseguenze sul piano della tecnica dell'intervento, che ben conosce chi ha esperienza di lavoro con i giovani di questa fascia d'età.

Basti pensare alla necessità degli operatori di districarsi fra i massicci investimenti transferali di cui spesso sono oggetto da parte degli adolescenti, che li pongono ora in un ruolo genitoriale autoritario, giudicante, punitivo o controllante, ora in un ruolo di genitore ideale, capace di offrire magiche soluzioni ai problemi, ora in un ruolo amicale o di complicità paritaria, per accennare solo ad alcune possibilità.

Basti pensare, ancora, alla non semplice questione del coinvolgimento dei genitori nel processo di cura dei loro figli, coinvolgimento che, se necessario, esige nel contempo, da parte del tera-

peuta, estrema accortezza ed abilità nel mantenere integro lo spazio privato preteso dal giovane paziente. Ma non voglio soffermarmi più a lungo su questo.

M'interessa invece proporre una breve riflessione sull'immaturità dell'adolescente come fondamentale elemento di salute dell'individuo in crescita, prendendo le mosse da quanto propostoci dal generosissimo, tuttora attuale, pensiero winnicottiano.

Secondo l'autore è proprio nell'immaturità che va ricercata, infatti,

la feconda matrice germinativa entro cui si sviluppa il potenziale creativo dei giovani, la loro capacità di produrre idee innovative, di sperimentare, di contestare, di illudersi, di progettare programmi ideali, di sperare, di sognare.

Tutto ciò appartiene a questa fase della vita, all'adolescenza, alla sua normalità; ne è caratteristica essenziale e suo specifico compito evolutivo. Tutto ciò deve avvenire, e gli adulti hanno l'obbligo di consentire che avvenga, offrendo agli adolescenti il proprio appoggio maturo e responsabile.

L'immaturità e l'irresponsabilità giovanili devono giovare della maturità e della responsabilità adulte ed usarle a proprio vantaggio. È il principio della speranza, mutuando da Blumenberg, che si avvale del principio di responsabilità.

Gli adulti devono continuare ad esserci, vigili ed attenti, interessati e pronti ad intervenire all'occorrenza; la loro autorevolezza sicura e rassicurante deve essere esercitata perché il turbinio emotivo, le recrudescenze pulsionali, la perturbante aggressività, possano essere gestiti e messi al servizio di un sano sviluppo.

Qualche anno fa Umberto Galimberti, in occasione della presentazione del suo libro "I vizi capitali e i nuovi vizi", a una domanda della giornalista, che sottolineava come l'autore considerasse la vacuità come la caratteristica saliente dei nuovi vizi, rispondeva così: *"Il più devastante è quello che io chiamo psicoapatia: la psiche non distingue più tra bene e male. Kant diceva che non è necessario definirli, perché ognuno li sente dentro di sé. Oggi questo sentire è diventato indistinto, per cui*

RICCARDO LO PARRINO
Neuropsichiatra Infantile - Azienda Sanitaria di Firenze

ammazzare la mamma o bere una birra producono lo stesso riflesso emotivo."

Mi sembra consequenziale ed inevitabile chiedersi se questo desolante profilo giovanile tracciato dal filosofo non sia almeno in parte il frutto di una certa incapacità, del mondo adulto attuale, di esercitare la propria funzione di faro d'orientamento, di educazione, di controllo, di contenimento, dei propri figli. Di assumersi, in altre parole, le proprie responsabilità rispetto alla crescita dei giovani.

Mi è venuto in mente, fra l'altro, a tal proposito, il dato significativo, di un dilagante interesse di fasce adulte di popolazione nei confronti di una narrativa ed un cinema nati per un pubblico adolescenziale, il che sembra parlarci di una sorta di nostalgia regressiva che rischia di avvicinare i "nuovi" adulti alle nuove generazioni, omologandoli a queste in un caotico, pericoloso, sovvertimento generazionale.

Winnicott ci ha insegnato che la crescita è come

una partita che, come tutte le partite, si gioca in due. Se dall'altra parte non c'è nessuno, il rischio è che l'adolescente si trovi immerso in un vuoto disorientante: egli cercherà di colmarlo così come può, attraverso soluzioni di compromesso, pseudo-adattative, che lo rendono fragile e suscettibile di cedimenti e rotture dolorose.

Questa è l'esperienza di chi, operando nel settore della salute mentale dei giovani e dei giovanissimi, frequentemente s'imbatte in crisi di estrema gravità - crolli abissali e devastanti attacchi alle proprie ed altrui esistenze - che appaiono spesso come estremi tentativi degli adolescenti di richiamare gli adulti, sotto la pressione dell'urgenza, a guardarli in faccia e di vincolarli ad assumersi responsabilità per le loro vite.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: riccardo.loparrino@libero.it

TM

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

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

B.D.A. Computer & Software

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

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

GLI UFFICI DELL'ORDINE SONO CHIUSI DAL 10 AL 19 AGOSTO COMPRESI

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscana-medica@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



Daniela Lepore si è specializzata in Medicina Legale e delle Assicurazioni nel 1990 presso l'Università di Modena e in Igiene e Medicina Sociale nel 2005 presso l'Università di Firenze. Dal 1999 lavora in qualità di Dirigente Medico Legale presso l'ASL 11 di Empoli, dove, dal 2009, è direttore dell'U.O. di Medicina Legale. È autrice di numerose pubblicazioni.

Prestazioni medico-legali per gli stranieri nel territorio dell'ASL 11 e il Decreto 4 giugno 2010

I cittadini stranieri residenti in Italia al 1 gennaio 2010 erano 4.235.059 (7,0% dei residenti - 6,5% nel 2009). Nel 2009 il numero di stranieri era aumentato di 343.764 unità (+8,8%), un incremento ancora molto elevato rispetto al 2006, ma inferiore ai due anni precedenti (rispettivamente +16,8% e +13,4%), principalmente per effetto della diminuzione di ingressi dalla Romania.

I minori erano 932.675 (22,0% degli stranieri residenti); circa 573 mila sono nati in Italia, mentre la restante parte è giunta nel nostro paese per ricongiungimento familiare.

Oltre il 60% degli stranieri risiede nel Nord, il 25,3% nel Centro e il restante 13,1% nel Mezzogiorno (DATI ISTAT).

Abbiamo provato a valutare l'impatto della presenza degli stranieri sull'attività medico-legale della

nostra USL.

In Figura 1 è riportato la situazione dell'iscrizione all'anagrafe comunale nel territorio delle varie USL toscane.

La nostra Azienda è tra quelle che presenta la maggiore percentuale di stranieri residenti (di poco inferiore al 10%, in linea con la media dell'Area Vasta Centro).

Abbiamo esaminato un campione di 900 domande consecutive per il riconoscimento di invalidità civile pervenute dall'INPS alla UOSD Me-

dicina Legale della nostra Azienda, e definite nell'anno 2010.

Di queste, 663 (95,9%) sono risultate intestate a cittadini italiani e 36 (4,1%) a persone di altre nazionalità, delle quali 10 da nazioni UE (27,8%) e 26 (73,2%) da nazioni extracomunitarie. Il dettaglio è fornito in Figura 2.

DANIELA LEPORE*, PAOLO DEL GUERRA**, MAURO VALIANI***

* UOSD Medicina Legale

** UOC Prevenzione Luoghi di Lavoro

*** Direttore Dipartimento Prevenzione, Azienda USL 11 Empoli

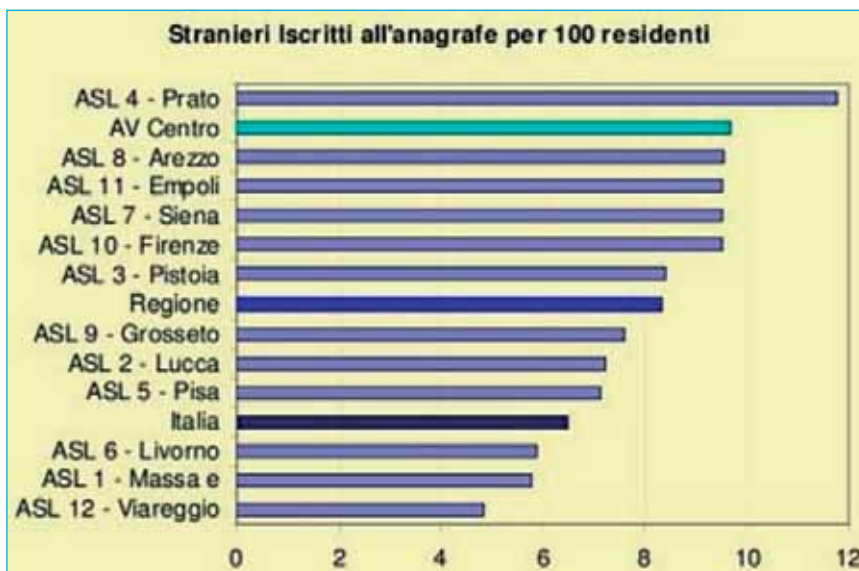


Figura 1 - Stranieri iscritti x 100 abitanti per ASL di residenza. Anno 2008.

Le singole nazioni più rappresentate sono la Romania e l'Albania (rispettivamente 8 e 6 domande).

La Figura 3 mostra la suddivisione delle domande per fasce di età (<18 aa, 18-65 aa, >65 aa), che rappresentano anche tipologie di previdenze normative diversificate.

Come si può notare rispetto a dati già pubblicati su Toscana Medica, è più rappresentata rispetto ai cittadini italiani la fascia di età 18-65 (in cui si collocano tutte le domande dei cittadini UE), mentre sono quasi del tutto assenti gli ultrasessantacinquenni (1 sola domanda), a conferma del fatto che la popolazione straniera residente è quasi del tutto rappresentata da persone in età lavorativa e dai loro familiari.

Si può in ogni caso escludere che esistano particolari problematiche di accesso alle prestazioni medico-legali, anche in termini di informazione dell'utente, come prova anche la notevole rappresentazione di persone in età lavorativa, che costituiscono invece tra gli italiani una categoria relativamente poco rappresentata nelle domande di invalidità civile (come noto legate in gran parte a patologie oncologiche).

Ricordiamo infine le disposizioni del recente Decreto del Ministero dell'Interno 4 giugno 2010, che fissa le modalità di svolgimento del test di conoscenza della lingua italiana per tutti gli stranieri richiedenti il permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo.

La nuova disciplina, introdotta dalla legge 94/09, si applica da dicembre 2010. Sono esentati dal test i figli con meno di 14 anni; coloro che siano affetti da gravi limitazioni dell'apprendimento per motivi di età, patologie o handicap; quanti siano in possesso di attestato che certifichi un livello di conoscenza

non inferiore al livello A2, rilasciato dagli enti certificatori riconosciuti. Il grado di conoscenza richiesto è quello definito A2 (Livello pre-intermedio o "di sopravvivenza") riconosciuto quando l'interessato: comprende frasi ed espressioni usate frequentemente relative ad ambiti di immediata rilevanza (es. informazioni personali e familiari di base, fare la spesa); comunica in attività semplici e di abitudine che richiedono un semplice scambio di informazioni su argomenti familiari e comuni; sa descrivere in termini semplici aspetti della sua vita, dell'ambiente e sa esprimere bisogni immediati.

È esonerato anche chi abbia un titolo conseguito presso i Centri provinciali per l'istruzione degli adulti che attesti il livello A2; chi ha conseguito tale livello nell'ambito di accordi di integrazione; chi ha conseguito un diploma di scuola secondaria di I o II grado sia nei Centri provinciali dell'EDA che in istituti scolastici italiani, o frequenti corsi presso Università italiane; quanti entrano in Italia esercitando professioni intellettuali (es. dirigenti di società estere, docenti universitari, traduttori, interpreti, giornalisti).

Per quanto di interesse medico-legale, lo straniero affetto da gravi limitazioni alla capacità di apprendimento linguistico derivanti dall'età, da patologie o handicap, di cui all'art.1, c.3, lett.b), allega alla documentazione già richiesta dall'art.16, D.P.R.394/99 una certificazione rilasciata da strutture sanitarie pubbliche che attesta la patologia che causa tali limitazioni. La tipologia di certificazione da presentare può essere la stessa rilasciata dagli specialisti a completamento delle domande di invalidità civile o di handicap (neurologica, neuropsichiatrica, ecc.): non è quindi richiesto un formale riconoscimento di invalidità civile o handicap. **TM**

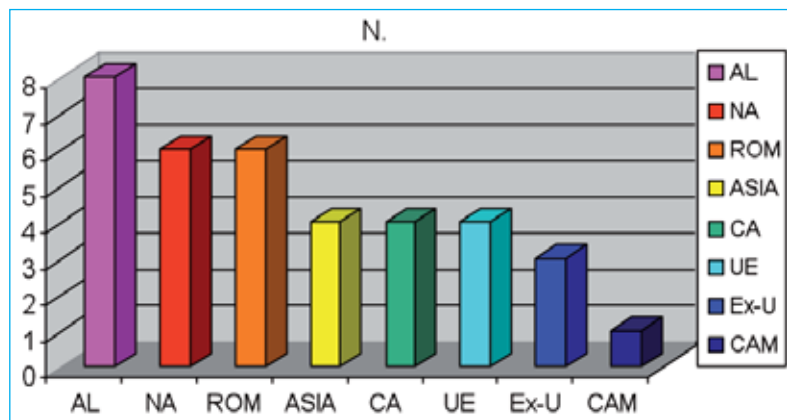


Figura 2 - Domande di invalidità civile presentate da cittadini stranieri residenti sul territorio dell'Azienda USL 11. Categorie più significative, anno 2010.

Legenda: AL: Albania; NA: Nordafrica (Marocco, Tunisia, Egitto); ASIA (R.Pop.Cina, Filippine); CA: Centro Africa (Senegal, Costa d'Avorio); UE: altre nazioni comunitarie (Bulgaria, Svezia); Ex-U: nazioni ex-URSS (Ucraina); CAM: Centro America (Rep.Dominicana).

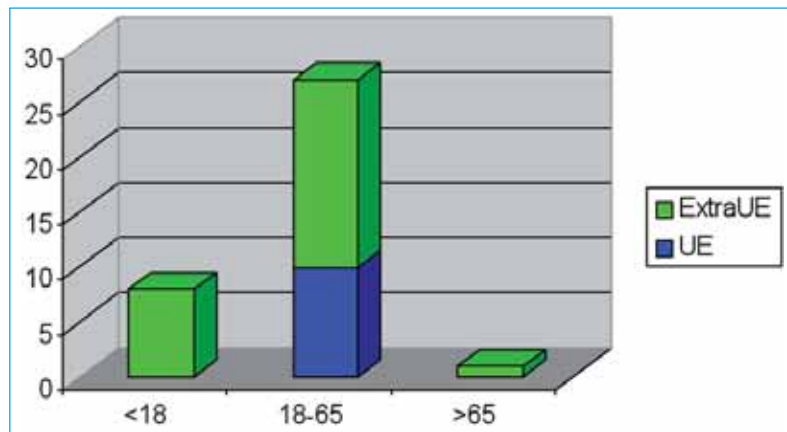


Figura 3 - Domande di invalidità civile presentate da cittadini stranieri residenti sul territorio dell'Azienda USL 11. Suddivisione per fasce di età: cittadini comunitari vs. extracomunitari.



Adele Caldarella, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1991, specializzata in Anatomia Patologica nel 1997, è dirigente medico dal 2009 presso il Registro Tumori, U.O. Epidemiologia Clinica e Descrittiva, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (I.S.P.O.)

Analisi per istotipo dell'incidenza del tumore gastrico nel Registro Tumori Toscano dal 1985 al 2005

Nel grafico presentato sono riportati i tassi di incidenza del tumore gastrico, standardizzati secondo la popolazione europea (x 100.000), nel Registro Tumori Toscano nel periodo 1985-2005 suddividendo, secondo la classificazione di Lauren, in "Tipo intestinale" [comprende i codici morfologici M-8010 (carcinoma nas), M-8140 (adenocarcinoma), M-8144 (adenocarcinoma intestinale), M-8211 (adenocarcinoma tubulare), M-8260 (adenocarcinoma papillare), M-8480 (adenocarcinoma mucinoso)] e "Tipo diffuso" [comprende codici morfologici M-8142, (linite plastica), M-8145 (carcinoma indifferenziato o diffuso), M-8490 (carcinoma a cellule ad anello con castone)]. I tumori non riconducibili ai due tipi istologici sono stati inclusi nella categoria "altro". I risultati ottenuti mostrano una lieve ma significativa diminuzione del tipo intestinale (Annual Percent

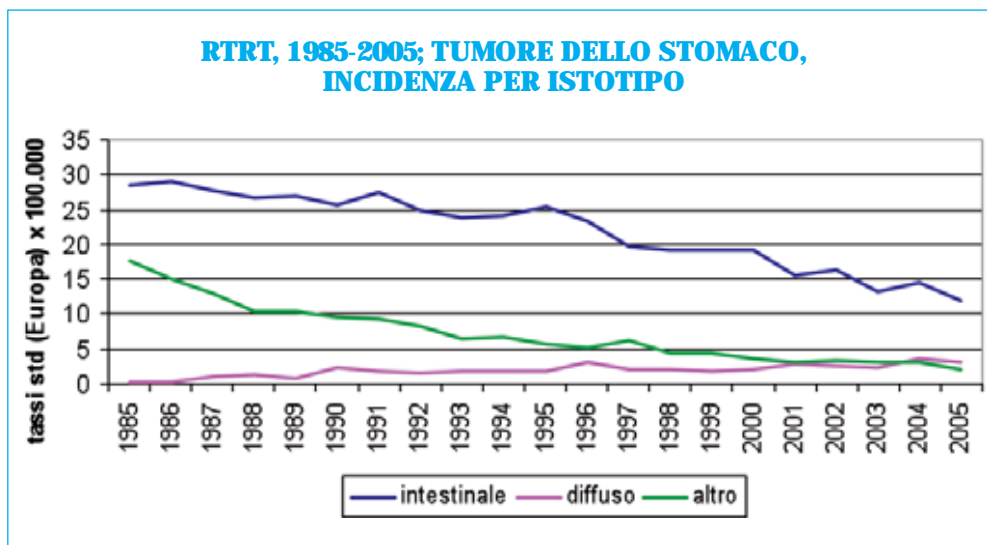
A. CALDARELLA, C. SACCHETTINI, G. MANNESCHI, A. CORBINELLI, L. NEMCOVA, T. INTRIERI
 UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica

Change, APC: -3.8, CI -4.5 , -3.2), mentre il tipo diffuso risulta in aumento statisticamente significativo (APC: 5.5, CI 3.0, 8.0). La diminuzione dell'incidenza del tumore gastrico sembra dunque anche nella nostra realtà, in accordo con la letteratura internazionale, a carico principalmente del tipo intestinale, che risulta in molti studi il più frequentemente associato a fattori ambientali. La classe "altro", che comprende anche i tumori senza indicazione dell'istotipo, è in netta diminuzione (APC -9.0, CI -9.7, -8.4), suggerendo, fra l'altro, l'esistenza di un aumento nella quota di casi con definizione istologica, con un miglioramento della qualità dell'informazione.

Bibliografia

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

TM



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



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

La riforma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Si è tenuta a Ginevra – dal 17 al 25 maggio scorso – la 64^a Assemblea Mondiale della Sanità che aveva come principale argomento all'ordine del giorno la riforma dell'OMS.

Il Segretario Generale, Margaret Chang, ha motivato la necessità di una radicale riforma non solo per la situazione di grave difficoltà finanziaria in cui versa l'istituzione, ma anche e soprattutto per rispondere in maniera adeguata alle sfide di un mondo (e di una sanità globale) in rapida trasformazione.

I principali punti della riforma sono i seguenti:

Ridurre l'attuale pesante apparato burocratico (si parla di un taglio di 300 funzionari) che non consente all'organizzazione la flessibilità necessaria per adattarsi e rispondere ai rapidi cambiamenti nelle problematiche di salute.

Riconfigurare gradualmente lo staff della Segreteria Generale considerato largamente eccedente rispetto alle necessità reali, riducendo la componente strutturale e aumentando la quota di risorse umane contrattate a progetto.

Coordinare meglio i tre livelli operativi dell'OMS (globale, regionale e nazionale), rafforzando in particolar modo – dal punto di vista economico e tecnico – gli uffici dei Paesi a basso reddito.

Collocare strategicamente l'OMS in una posizione di leadership rispetto all'affollato panorama di attori – multilaterali, bilaterali e privati – che popolano la scena della governance della salute globale. A questo proposito, l'indicazione più concreta contenuta nel piano di riforma è la costituzione del controverso Forum Mondiale della Salute, a cui dovrebbero partecipare – insieme ai Paesi membri e alle principali iniziative globali per la salute – organizzazioni della società civile così

come fondazioni filantropiche e settore privato.

Tra gli altri temi in agenda ne segnaliamo in particolare due.

1. La discussione relativa alla distruzione delle esistenti riserve di virus del vaiolo.

Già nel 1977, dopo estese campagne vaccinali realizzate grazie a uno sforzo internazionale coordinato dall'OMS, il vaiolo era stato dichiarato eliminato. Pochi anni dopo la malattia venne considerata eradicata e l'OMS approvò una risoluzione in base alla quale tutti i rimanenti stock di virus vivo dovevano essere distrutti o trasferiti in due laboratori di riferimento, localizzati rispettivamente in Russia e negli Stati Uniti.

Nel 1986, considerata la scomparsa della malattia e l'esistenza di un efficace vaccino (che viene realizzato a partire da un ceppo virale simile, ma molto meno pericoloso), esperti internazionali consigliarono la completa distruzione dei rimanenti depositi di virus vivo, decisione che fu fatta propria dall'Assemblea OMS nello stesso anno. Il razionale era quello di prevenire la fuoriuscita di virus, accidentale o intenzionale, dai laboratori che lo conservavano (da notare, al proposito, che l'ultimo caso di vaiolo registrato è avvenuto nel 1978 proprio per un incidente di laboratorio). Successive risoluzioni dell'OMS raccomandarono di stabilire una data per la distruzione dei ceppi virali, ma la decisione fu a più riprese posposta al fine di consentire ulteriori attività di ricerca volte a realizzare nuovi e più sicuri vaccini, metodi diagnostici più sensibili e rapidi e – in tempi più recenti – lo sviluppo di farmaci antivirali.

In assemblea stata presentata una risoluzione, promossa dagli Stati Uniti e da 26 altri Paesi (tra

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze

cui l'Italia), che – pur riaffermando la necessità di distruggere tutti i rimanenti depositi di virus – rimanda la decisione e consente di continuare le attività di ricerca nei due laboratori autorizzati. Le argomentazioni a favore di questa ulteriore proroga, rispetto a una decisione che attende di essere resa operativa da oltre 30 anni, sono legate alla possibilità che esistano laboratori – più o meno “ufficiali” – che ancora detengono ceppi di virus del vaiolo, e che vi possano essere contagi, ad alto potenziale epidemico, per cause intenzionali o accidentali. Inoltre, tra gli esiti delle ricerche condotte vi è stato anche il sequenziamento del genoma virale, che potenzialmente apre la strada a una sua sintesi in laboratorio per finalità di bioterrorismo. Infine, i sostenitori della risoluzione affermano che – benché la ricerca abbia fatto notevoli progressi – sono necessari ulteriori studi al fine di mettere a punto vaccini più sicuri e, soprattutto, farmaci antivirali efficaci.

Su posizioni opposte – ovvero a favore dell'immediata distruzione – si sono espressi paesi come l'Iran, che ha parlato in nome dei Paesi del Mediterraneo orientale, e poi Thailandia, Cina, Bangladesh, Malesia, Indonesia, Bolivia, Zimbabwe.

L'Assemblea alla fine ha rimandato la decisione all'Assemblea del 2014.

2. Malattie croniche (ovvero malattie non trasmissibili)

Quasi tutti gli interventi dei Paesi hanno sottolineato il grave e crescente impatto che le malattie non trasmissibili hanno sulla salute della popolazione, facendo riferimento in particolare a diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e tumori. Queste condizioni sono responsabili del 60% delle morti a livello globale, e si prevede che entro il 2030 tale cifra raggiunga il 75%; di queste, l'80% avviene in Paesi a basso o medio reddito.

E sono stati proprio i delegati di questi Paesi a sottolineare le condizioni particolarmente gravi in cui si trovano, dovendo affrontare il cosiddetto “doppio carico di malattia”. Tale situazione si verifica quando le malattie non trasmissibili non

sostituiscono, nella “normale” transizione epidemiologica che accompagna la riduzione della povertà e l'incremento dell'aspettativa di vita, il carico di mortalità e morbilità legato alle malattie trasmissibili, ma piuttosto lo affiancano.

Per Paesi con budget sanitari estremamente limitati – e spesso afflitti da severe condizioni come malnutrizione, alti tassi di mortalità materna e infantile, alta prevalenza di HIV – il doppio carico di malattia rappresenta sempre più un peso insostenibile.

In un circolo vizioso estremamente difficile da affrontare, la povertà genera malattia e la malattia genera povertà a livello sia individuale che di popolazione. Inoltre, in molti Paesi i sistemi sanitari sono del tutto inadeguati – in quanto a struttura, distribuzione geografica, finanziamenti, dotazioni di risorse umane, strumenti diagnostici, accessibilità a farmaci – per fare fronte alle crescenti necessità della popolazione. Per l'inequale distribuzione dei fattori di rischio, a sua volta legata ai più ampi determinanti economici e sociali, e dell'accessibilità delle cure, l'impatto delle malattie non trasmissibili è particolarmente grave anche sulle disuguaglianze in salute, sia all'interno che tra i Paesi.

Se il consenso sulla descrizione dello scenario – così come sul fatto che le malattie non trasmissibili sono in gran parte prevenibili – è stato unanime, nell'analisi delle cause le differenti posizioni tra Paesi sono emerse in maniera abbastanza chiara. Fino al primo livello della catena causale, ovvero quello dei fattori di rischio (fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione), non c'è stata discussione. Alcuni Paesi si sono fermati qui, delineando di conseguenza come priorità di intervento misure dirette a migliorare gli stili di vita. Altri, invece, hanno posto l'accento sui determinanti ambientali, economici, sociali e politici che sono alla base degli stili di vita “a rischio”. Ovvero, sul fatto che da un lato non tutti hanno una vera possibilità di scelta, dall'altro esistono potenti interessi che sugli stili di vita insalubri guadagnano molto. Oltre all'industria del tabacco, i produttori di cibi e bevande e – non ultime – le case farmaceutiche. Conseguenza di questa visione è l'enfasi sulla necessità di introdurre norme che regolamentino gli interventi del settore privato negli ambiti che hanno impatto sulla salute.

La cronaca dell'Assemblea Mondiale dell'OMS – con aggiornamenti quotidiani sulle questioni trattate e sulla discussione – è stata curata per Saluteinternazionale.info da Chiara Bodini e Ilaria Camplone, vedi <http://saluteinternazionale.info/2011/05/diretta-da-ginevra-64a-assemblea-mondiale-della-sanita/#17maggio2011>.

L'intera documentazione dell'Assemblea è disponibile presso: http://apps.who.int/gb/e_e_wha64.html.



Margaret Chang,
Segretario
Generale
dell'OMS.



Le parole sono importanti

Il Presidente del Consiglio, non per la prima volta negli ultimi anni, ha abusato ancora della parola cancro per definire alcune persone, ritenute degne di estirpazione (probabilmente, per mano di chirurghi di sua fiducia): una sua collaboratrice ha fatto il nome preciso di una di queste persone da estirpare, definendola una metastasi.

Si potrebbe pensare, da parte di chi non vuole grane, che un medico non debba mettere bocca in fatti politici. A parte che un medico è un cittadino come tanti di fronte alla politica, ed esercita un lavoro che influenza in modo non trascurabile il funzionamento di una collettività, questa notizia non è un problema politico, è un problema di civiltà.

L'uso patologico e insensato di queste due parole (cancro e metastasi) che hanno scavato e stanno scavando solchi dolorosi nella vita di tante persone e dei loro familiari, chiaramente estranee alla situazione di cui si parla, non dovrebbe essere oggetto di indignazione pubblica solo da parte dei politici, dei giornalisti e di altri addetti ai lavori.

Di fronte alla perdita dell'idea stessa di vergogna, l'indignazione solo privata di tutti gli altri, tra le quattro mura di casa o dell'ospedale, non basta. Almeno su questa rivista, diciamo pubblicamente: chi ne è capace, pensi al significato di cosa sta dicendo, prima di dirlo, e lasci stare il cancro e le metastasi, che sono cose molto più serie e gravi, e che interessano migliaia e migliaia di persone che stanno affrontando processi ben più

drammatici di chi usa queste parole in modo così sconcertante.

Si è perso non solo il senso della misura, ma anche la misura del senso.

Marco Macucci
Neurologo ospedaliero,
San Casciano Val di Pesa

“Non c'è niente di più punitivo che attribuire alla malattia un significato, poiché tale significato è invariabilmente moralistico”. Così scriveva Susan Sontag nel lontano 1977 e, da allora, la situazione è peggiorata e non solo il premier; o comunque i politici, ma gli stessi medici non hanno ancora imparato a rivolgersi a un paziente oncologico. Il malato terminale è soltanto il malato di cancro e si giunge spesso alle cure palliative senza aver mai parlato chiaramente col paziente. Insomma anche i medici scotomizzano la realtà della malattia tumorale, inconsciamente fuorviati da “fantasie punitive o sentimentali ...in cui la malattia viene usata come figura o come metafora”, citando ancora la Sontag. Attraverso i secoli la società ha stigmatizzato lebbrosi e tisici, omosessuali e onanisti, nati deformati e incolpevoli meretrici, condannato al rogo innocui santoni e simpatiche vecchiette un po' stravaganti. Ha ragione Kant quando sostiene che è “impossibile raddrizzare il legno storto dell'umanità”.

Antonio Panti

Libri ricevuti



Obiezione di coscienza

Rivista Politeia

Il numero 101/11 della rivista Politeia (si può trovare da Feltrinelli) è dedicato al problema dell'obiezione di coscienza e alla cosiddetta clausola di coscienza nel personale sanitario. Il punto di vista è prevalentemente giuridico e bioetico, con alcuni buoni articoli di carattere filosofico o politico in una prospettiva prevalentemente laica. Tuttavia la grande completezza dell'impostazione

generale e la precisione della maggior parte dei contributi ne fanno una lettura utile non solo per i medici cultori della materia ma per chiunque voglia riflettere sul complesso e affascinante tema dei diritti e dei doveri in una società democratica nonché sul fatto che la difesa della propria coscienza non può essere condotta traendone addirittura vantaggi personali.

Antonio Panti

I diciassette scalini

Stefano Guerra, Enrico Solito

Edizioni Il Torchio

Enrico Solito è un pediatra che ormai possiede due professionalità distinte, quella di medico e quella di studioso tra i più attenti e consultati delle opere di Conan Doyle. Anzi questa dizione forse non lo soddisferebbe del tutto. Solito appartiene al ristretto (ma non poi tanto) club dei cultori di Sherlock Holmes che si dirama omai in tante associazioni in tutto il mondo. Ecco quindi quest'operetta, scritta insieme a Stefano Guerra, dedi-

cata a una sorta di vocabolario enciclopedico sui fatti e sui detti di Holmes, con l'aggiunta di alcuni godibilissimi apocrifi. Un divertimento intellettuale ma anche un lavoro assolutamente attendibile per i cultori del grande detective il cui metodo, ecco il punto, tanto ha insegnato ai medici sul piano metodologico che molti epistemologi ne considerano lo studio come un mezzo importante per completare il ragionamento diagnostico. *Antonio Panti*

Buio prima dell'alba - I delitti di San Michele

Enrico Solito

Alacràn Editore

Un mystery mozzafiato che rievoca, attraverso una ricostruzione storica meticolosa e documentata, gli anni della Resistenza in Toscana e i tragici avvenimenti della Grande Guerra del 15/18.

Un giallo ricco di colpi di scena che rievoca due mo-

menti cruciali, legati tra loro, della storia di questo paese: il massacro della Grande Guerra e la genesi del fascismo, e la nascita della nuova Italia e della sua Costituzione.

Bruno Rimoldi

L'orma di Ginolia

Bernardo Baratti

I libri di Zelig, Mobydick Editore

Parodia postmoderna della città ideale del Rinascimento, Ginolia, paese di sole donne con licenza di limitatissime aperture coi maschi interessati, accoglie il colto e sensibile libraio Niccolò, che propone

al lettore un labirinto al di là del quale si è collocato, col desiderio di essere stanato. Un percorso al femminile del quale il protagonista ritroverà se stesso.

Bruno Rimoldi

Letti per voi

Toscana Medica 7/11



Gli eredi di Esculapio

Giovanna Vicarelli

Carocci Editore

Giovanna Vicarelli, professore di sociologia all'Università delle Marche, ha pubblicato per l'Editore Carocci questo breve testo nel quale ripercorre in sintesi la storia dei medici e delle politiche sanitarie nell'Italia post-unitaria, con particolare attenzione alle vicende delle organizzazioni mediche, gli Ordini e i Sindacati. Colpisce il fatto che tutti sappiamo la storia di Carlo Magno o di Napoleone perché, volenti o nolenti, l'abbiamo studiata a scuola, e nulla di solito sappiamo del perché esercitiamo la professione secondo determinate modalità e non altre. Così nasce l'idea ben radicata che tutto quanto facciamo dipenda da decisioni

altrui, politiche o sociali, e non anche da come noi medici abbiamo interpretato il ruolo sociale e politico e non soltanto scientifico della medicina. Questo breve ma accuratissimo libretto ci racconta la storia della medicina e della sanità, professionale e sociale, col taglio del sociologo e dello storico, aggiungendo infine alcune considerazioni conclusive su cui è obbligatorio riflettere perché propongono una via di uscita alla crisi di immagine e di ruolo del medico oggi. Un libro che dovrebbe essere adottato dalle università con lo scopo di far sì che gli studenti si rendano conto del mondo reale in cui si troveranno immersi nella pratica quotidiana. *Antonio Panti*



Certificazione di malattia telematica e cartacea

Pubblichiamo volentieri la risposta dell'Assessore Scaramuccia alle richieste di chiarimento dal Presidente dell'Ordine di Firenze relativamente all'argomento "certificazione di malattia telematica e cartacea", già pubblicate a pag. 57 di Toscana Medica 3/2011.

Al Presidente
dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze
Dr. Antonio Panti

Carissimo Antonio,
facendo seguito all'incontro tenutosi presso la Regione Toscana il giorno 12 aprile u.s. convocato successivamente alle tue note n. 903 e 904 del 3 marzo, ritengo opportuno riassumere quanto previsto dalla normativa vigente riguardo alla validità delle certificazioni cartacee quali giustificativi per l'assenza del lavoratore dovuta a malattia.

In nessun punto della normativa si sostiene infatti che la certificazione cartacea non debba essere accettata quale giustificativo dell'assenza. Viceversa le conseguenze dell'emissione di un certificato cartaceo ricadono esclusivamente sul certificatore in tutti quei casi in cui il medico non operi in una delle aree di temporanea esenzione individuate dalla normativa. Non sono infatti sanzionabili:

1. i medici libero professionisti, ivi inclusi i sostituti dei medici convenzionati ed i medici di continuità assistenziale non incaricati dall'Azienda Sanitaria Territoriale (e quindi non compresi nel flusso SAM, che "comunica" al MEF lo status di medico con un rapporto giuridico con l'Azienda stessa). Questo aspetto è già normato dalle circ. DFP 2/2010 e 3/2011;
2. i medici convenzionati, qualora al momento del rilascio della certificazione non possano procedere alla trasmissione telematica per malfunzionamenti del sistema generale o di quello utilizzato dal medico (circ DFP 1/2011);
3. i medici dipendenti che certifichino in dimissione da DEA e da ricovero ospedaliero (circ. DFP 2/2010 e 3/2011).

Infatti, per tutte queste situazioni, resta attiva la possibilità di certificare in forma cartacea sino alla messa a punto complessiva del sistema.

Naturalmente l'esenzione di cui sopra opera solo sull'obbligo di trasmissione telematica del certificato, fermo restando l'obbligo di procedere alla certificazione cartacea.

In tutte queste situazioni le Amministrazioni di riferimento del paziente lavoratore non devono procedere neppure alla trasmissione via PEC della notizia di certificazione cartacea all'Azienda da cui dipende il medico.

In tutte le altre situazioni il Ministero della Funzione Pubblica individua comunque ulteriori passaggi, fino al completamento dei quali non è possibile accertare i due elementi indispensabili a configurare l'ipotesi di illecito disciplinare e cioè l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione telematica e quello soggettivo del dolo o della colpa (circ. 1/2011, paragrafo 2). In buona sostanza è necessario poter escludere malfunzionamenti del sistema ed accertare che il medico non operi in una delle aree di esenzione sopra menzionate.

È volontà di questa Regione condividere con gli Ordini la modalità di messa a regime del sistema sanzionatorio e ribadiamo per questo aspetto la nostra richiesta di collaborazione.

Siamo anche disponibili a valutare congiuntamente con gli Ordini dei Medici della Toscana le soluzioni più opportune e funzionali che garantiscano una modalità agevole nella distribuzione delle credenziali ai medici libero professionisti.

Consapevoli della necessità di accompagnare la messa a regime di questo sistema evitando inutili forzature ma volendone ribadire anche l'assoluta rilevanza sia per i cittadini che per la Pubblica Amministrazione, si ravvisa la necessità di chiedere anche il coinvolgimento della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici nel lavoro di monitoraggio sullo stato di attuazione, che questa Regione intende operare attivando una specifica cabina di monitoraggio.

Cordiali saluti

Daniela Scaramuccia
Assessore al Diritto alla Salute
Regione Toscana



Corso FAD sul Rischio Clinico

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici propone ai medici italiani un nuovo evento formativo di tipologia FAD (formazione a distanza), accessibile dal sito www.fnomceo.it denominato "RCA - Root Cause Analysis. Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico". Il corso, promosso in collaborazione con il Ministero della Salute, nasce dalla volontà

di fornire agli operatori sanitari un supporto per migliorare i programmi di gestione del rischio clinico e potenziare le capacità di analisi e reazione ad un evento avverso. Una delle modalità di analisi per individuare le cause e i fattori contribuenti al verificarsi di un evento è la Root Cause Analysis (RCA), riconosciuta come uno degli strumenti di analisi reattiva

più efficaci e adattabili anche al contesto sanitario ed è considerata dalla JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) lo strumento elettivo per l'analisi degli eventi sentinella. Sul portale della FNOMCeO è presente il manuale del corso e le informazioni per registrarsi e partecipare. Il tutto, ovviamente, a titolo gratuito.

Nuovo vertice all'ONAOSI

Serafino Zucchelli è stato eletto Presidente dell'ONAOSI. Lo comunica lo stesso Ente con un comunicato stampa dove si legge: "L'ONAOSI ha un nuovo Presidente, Serafino Zucchelli. Con l'insediamento di tutti gli organi statutari della Fondazione ONAOSI trova compimento la riforma dell'Ente sancita dal nuovo Statuto con il voto diretto di tutti i contribuenti che hanno voluto partecipare nella determinazione dell'organo di indirizzo di cui fanno parte anche i rappresentanti delle Federazioni Nazionali degli Ordini dei medici ed odontoiatri, dei farmacisti e

dei veterinari. Senza soluzione di continuità la Fondazione può così proseguire nella sua funzione di assistenza. Dopo il passaggio di consegne tra il Presidente uscente Aristide Paci e il nuovo, ha avuto inizio la nuova consiliatura". Il comunicato termina già indicando alcune tappe operative della nuova presidenza: "Zucchelli e il suo vice Aldo Grasselli, come primo atto, incontreranno le organizzazioni sindacali dei dipendenti della Fondazione. La necessità di potenziare l'attività dell'Ente e mettere in evidenza l'immagine presso i contribuenti rappresenta l'obiettivo

di questa consiliatura". A questo scopo già ieri si è tenuto il primo Consiglio di Amministrazione per impostare la realizzazione del programma di gestione. Di particolare rilievo il fatto che negli organi direttivi dell'ONAOSI siano stati eletti due Consiglieri dell'Ordine di Firenze: il Dott. Riccardo Cassi, componente del Consiglio di Amministrazione, e il Dott. Mauro Ucci, componente del Comitato di Indirizzo. Ai due colleghi le congratulazioni dell'Ordine fiorentino e gli auguri per un proficuo lavoro in favore della categoria.

Precisazioni ministeriali sulle cellule staminali

Alcuni articoli di quotidiani e servizi televisivi hanno riferito che la maggior parte dei cordoni conservati nelle banche italiane non rispetterebbe gli standard europei e, pertanto, sarebbero donati inutilmente. In merito a queste affermazioni, il Centro Nazionale Trapianti, il Centro Nazionale Sangue e il Gruppo Italiano per il trapianto del Midollo Osseo, Cellule Emopoietiche e terapia cellulare affermano che tutti i campioni conservati presso le 18 banche pubbliche afferenti alla Rete Nazionale delle Banche di Sangue Cordonale ga-

rantiscono i massimi standard di qualità, sicurezza e tracciabilità, come previsto dalle Direttive Europee e dalla normativa nazionale. Inoltre la Rete Nazionale partecipa a pieno titolo alla composizione dell'inventario mondiale dei registri, rispondendo in questo modo alle necessità di pazienti e medici di tutto il mondo. Prova ne sia che nel 2010 sono state rilasciate 129 unità di sangue cordonale, delle quali 90 all'estero e 39 in Italia, a dimostrazione dell'affidabilità della Rete italiana e tutti i campioni di cellule staminali emopoietiche

rilasciati sono stati trapiantati in pazienti pediatriche ed adulti, in quanto perfettamente conformi agli standard internazionali. Il Ministero della Salute ricorda che al momento l'unico mezzo per l'approvvigionamento delle cellule staminali cordonali resta la donazione solidaristica. Pertanto il Ministero rassicura le coppie che hanno già donato e quelle che vorranno donare il sangue del cordone ombelicale sull'importanza del loro gesto per incrementare il numero delle unità disponibili, in modo da rispondere alle necessità dei pazienti.

Specializzandi 1983-1991: la "querelle" infinita

La sentenza della Corte di Cassazione del 18 maggio scorso, che fa decorrere dall'entrata in vigore della legge 370/1999 la prescrizione decennale per la mancata retribuzione dei medici specializzandi dal 1983 al 1991, è senz'altro una sentenza importante, ma non si può dire che rappresenti un punto di arrivo rispetto a una "querelle" che si trascina ormai da lunghi anni. Il parere è dell'Avv. Ennio Grassini, Direttore del Centro studi in diritto sanitario ed esperto di diritto dell'Unione Europea. Ridotto all'estrema sintesi, la Suprema Corte ha stabilito che la prescrizione si compie il 27 ottobre

2009, ossia dieci anni dall'entrata in vigore della legge 370/1999, che riconosceva la retribuzione soltanto agli specializzandi i cui ricorsi erano stati accolti in precedenza dal Tar Lazio. Ne consegue che i medici che entro il 27/10/2009 non hanno avviato atti interruttivi della prescrizione (ossia non hanno presentato ricorso) sono di fatto fuori gioco. E lo sono anche quei medici che hanno presentato diffide non reiterate entro la scadenza dei dieci anni oppure hanno avuto sentenza sfavorevole in primo grado e non hanno proseguito l'azione legale. E coloro che invece hanno il ricorso ancora pendente? Hanno

qualche speranza in più, ma non troppe. Secondo l'Avv. Grassini bisogna tener presente che la Corte di Giustizia europea è intervenuta con una decisione che potrebbe segnare un punto a favore dello Stato italiano: in sostanza, per i giudici europei, i Paesi membri possono eccepire sulla prescrizione e sostenere che decorre non dal 1999 ma da una data antecedente. E siccome la pronuncia della Cassazione proviene dalla terza sezione civile e non dalle sezioni riunite, tecnicamente non fa giurisprudenza. La questione, quindi, è ancora in alto mare.



In Toscana nessun "ticket" sui farmaci generici

La Regione Toscana continuerà a coprire la differenza tra il tetto massimo di rimborso e il costo dei farmaci fuori brevetto, senza introdurre nessun "ticket" a carico dei cittadini. Lo stabilisce una delibera, approvata nel corso dell'ultima seduta della Giunta Regionale, che di fatto rende definitivo quanto

introdotto in via sperimentale da una precedente delibera dell'aprile scorso. Con questa nuova delibera, la Regione stabilisce, in via definitiva, che le farmacie non devono chiedere all'assistito, all'atto della consegna del farmaco, nessuna quota di partecipazione alla spesa farmaceutica, se il prezzo del

farmaco erogato è il più basso tra quelli disponibili nel ciclo distributivo. In questo modo si evita che il disallineamento tra il prezzo al pubblico dei medicinali generici e il prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA obblighi i cittadini a una contribuzione alla spesa farmaceutica.

Profilo professionale di "Assistente Odontoiatra"

La Commissione Odontoiatrica di Firenze ha preso atto dell'incontro avvenuto presso il Ministero della Salute concernente l'ipotesi dell'istituzione del profilo professionale di assistente odontoiatrico nel quadro delle professioni sanitarie e, in accordo con la posizione assunta dalla Commissione Odontoiatrica Nazionale, ha espresso il proprio parere negativo. Infatti la Commissione Odontoiatrica fioren-

tina ricorda che la Regione Toscana, con propria delibera del 2001, ha già provveduto ad individuare il profilo professionale di assistente odontoiatra, con apposito mansionario e idoneo percorso formativo, ma senza inserire tale attività nel novero delle professioni sanitarie. Infatti non è mai stato ritenuto opportuno che tale attività venisse inquadrata nell'ambito delle professioni sanitarie, risultando am-

piamente sufficienti, per gli scopi assistenziali, la figura dell'odontoiatra e dell'igienista dentale. Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha condiviso unanimemente tale posizione e auspica che anche a livello nazionale prevalga la posizione assunta dalla categoria odontoiatrica.

Privacy e Sanità: il vademecum del Garante

È necessario chiedere il consenso al paziente prima di acquisire e utilizzare informazioni sulla sua salute? Da chi possono essere ritirate analisi e cartelle cliniche? Si possono installare telecamere in ospedali e luoghi di cura? Nelle sale d'aspetto il paziente può es-

sere chiamato per nome? Il nuovo vademecum del Garante per la Privacy, intitolato "Dalla parte del paziente. Privacy: le domande più frequenti", intende offrire indicazioni affinché alle persone che entrano in contatto con il personale medico e paramedico e con le strut-

ture sanitarie, per ricevere cure o prestazioni mediche o per svolgere pratiche amministrative, vengano garantiti la più assoluta riservatezza e il rispetto della loro dignità. Per consultare il vademecum: www.garanteprivacy.it.

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. I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.

OFFERTA LAVORO

- La Casa di Cura Prof. Nobili S.p.A. Ospedale Privato Polispecialistico Accreditato con il S.S.N., situata in Castiglion dei Pepoli in provincia di Bologna, ricerca Medico specialista in Medicina Interna, Cardiologia o specialità equipollenti. Gli interessati possono contattare la Dott.ssa Maria Angela Gallina al numero 0534.91099 o al numero 335.357005 o inviare il Curriculum Vitae all'indirizzo di posta elettronica: mail@casadicuranobili.it o al numero di fax 0534.91658.
- Studio dentistico a Firenze in via Pietro Tacca ricerca per contratto d'apprendista assistente alla poltrona per 30 ore settimanali anche senza esperienza richiesta bella presenza max 29 anni. Chiamare al 055.687900-055.284095 oppure inviare curriculum a lorenzoorlando@interfree.it.
- Sono un pediatra di base ed esercito a Signa (FI), cerco un sostituto, anche non specializzato. e-mail sergio.l@infinito.it oppure tel. 055.8739395 - 345.3329276. Con soddisfazione di entrambi il rapporto lavorativo si deve intendere non solo momentaneo sergio.l@infinito.it.

SOSTITUZIONI

- La Dott.ssa Soumaya Douar laureata (110/110) e abilitata presso la facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, con ottima esperienza professionale, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni di medici di medicina generale/ guardia medica/ servizi sportivi/ servizi in Strutture Assistenziali e Turistiche a Prato/Firenze/Pistoia e Provincia/e. Cell. 388.6549631.

CONVEGNI E CONGRESSI

AUTISMO: SI PUO' FARE DI PIU'. L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE

La Scuola Superiore di Scienze dell'Educazione "S. Giovanni Bosco" - SED, il Centro Diagnostico Psicologico e Cognitivo Età Evolutiva e l'Agenzia Formativa Consorzio Zenit organizzano un convegno sull'Autismo, che si terrà il **24 settembre 2011** con orario 9-13 presso l'Ordine dei Medici di Firenze, in Via G.C. Vanini 15 con orario 9-13. Relatori: Ivan Nicoletti, Annalisa Monti, Maria Luisa Ruffinelli, Paola Cimbelli, Roberto Vecchione. Info: centrodiagnostico@consorzio-zenit.it, tel. 055.62601.

IL BAMBINO NASCE DUE VOLTE: QUANDO VIENE ALLA LUCE E ALL'ADOLESCENZA

Il convegno si terrà il giorno **8 Ottobre 2011** presso la sede dell'Ordine dei Medici, via G.C. Vanini, 15, con orario 9-18. Resp. e coordinatore scientifico Fabio Franchini, Prof. Associato di Pediatria, Univ. Firenze. Componenti del Gruppo di studio degli Aspetti Nutrizionali e Comportamentali dell'Adolescenza Firenze: E. Filippini, S. Pisano, F. De Stefani, G. Bellini, Mileti, S. Tarducci, C. Mancarella, G. Cotena, F. Franchini. Segr.: S. Pisano 338.4315377 - G. Bellini giuliabellini84@libero.it. L'iscrizione è gratuita: seminari_firenze@libero.it.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

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

valsartan + idroclorotiazide

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



Edizione del
centocinquantesimo
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

*Dofli, Salvagnoli, Poggi, Bartolommei, Ridolfi, idealmente stretti intorno alle statue di Bettino Ricasoli e di Ubaldino Peruzzi.
Firenze, l'Italia, l'Europa: una lezione di libertà e di civiltà.*



Eugenio Fiumi

Enrico Leoni

