



ToscanaMedica

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



La cura del paziente oncologico in terapia intensiva

R. De Gaudio, I. Lanini, E. Mini, M. Carini

Criteria di Beers: aggiornamento del 2012

G. Berni, L. Tonelli

Il Chronic Care Model e le persone affette da diabete mellito

S.E. Giustini, M. Gori, R. Salvadori, A. Tenaglia, A. Bussotti

Note sulla Spesa Farmaceutica della regione Toscana, anno 2011

V. Palmieri, L. Giorni

N° 7 LUGLIO/AGOSTO 2012

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Sorprese alla Galleria dell'Accademia
F. Napoli 4

EDITORIALE

- Il miracolo dei pani e dei pesci
A. Panti 5

QUALITÀ E PROFESSIONE

- La cura del paziente oncologico in terapia intensiva
R. De Gaudio e coll. 6
- Revisione della sperimentazione del modello "See&Treat"
G. Fantozzi 8
- La parola ai protagonisti
A. Rosselli e coll. 10
- La violenza domestica: un problema sanitario?
L. Caldini e coll. 11
- Un programma alcologico territoriale
G. Corlito 14
- Articolo 186/187 Codice della Strada
P. Bucchioni e coll. 16
- I risultati della Sanità in Toscana: chi li calcola?
E. Reginato 18
- Il certificato medico per gravi patologie per la computabilità delle assenze dal lavoro nel contratto del pubblico impiego
D. Lepore e coll. 29
- Diversità nei gruppi sanguigni tra i vari popoli
A. Ringressi 31
- Il Chronic Care Model e le persone affette da diabete mellito
S.E. Giustini e coll. 33
- I primi 10 anni di attività del Centro Futura P.M.A.
C. Becattini 36

- Piccoli e grandi pazienti psichiatrici...
G. Manfreda 38
- Malattia celiaca: il nuovo protocollo diagnostico
P. Lionetti e coll. 40

RICORDO

- I foglietti gialli di Andrea
Adriano Peris 9
- Stefano Ciatto: il nostro Rambo
M. Zappa 44

REGIONE TOSCANA

- Criteri di Beers: aggiornamento del 2012
G. Berni, L. Tonelli 21
- Note sulla Spesa Farmaceutica della regione Toscana, anno 2011
V. Palmieri, L. Giorni 25

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI 20/35

BACHECA 39

LETTERE AL DIRETTORE

- L'Ordine e la pubblicità sanitaria: difendere i cittadini
M. Barni 41
- La crisi della medicina e la famiglia del medico
Lettera firmata 42

SANITÀ NEL MONDO

- Come si distrugge un sistema sanitario
G. Maciocco 43

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani 45

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi 45

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 XXX n. 7 - Luglio/Agosto 2012
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In copertina: *Louise Bourgeois, Arch of Hysteria, 1993, Arte torna arte, Galleria dell'Accademia, Firenze, 2012*
© Rabatti & Domingue, Firenze, 2

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

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
<http://www.ordine-medici-firenze.it>
e-mail: 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 spazi inclusi.
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- No Bibliografia ma solo un indirizzo email a cui richiederla.
- Non utilizzare acronimi.
- Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale.
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza.
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento.

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



Sorprese alla Galleria dell'Accademia

Nuova presenza dell'arte contemporanea nei locali della Galleria dell'Accademia a Firenze.

Secondo una formula già sperimentata, l'accostamento di autori di oggi accanto alle opere storizzate dai secoli suggerisce raffronti capaci di stimolare importanti riflessioni e una migliore comprensione dell'arte contemporanea.

Come di recente ha detto Sergio Givone, nuovo assessore alla cultura del Comune di Firenze, *Esporre un'opera contemporanea in un museo storico, abbandonando l'idea di un museo dedicato, vuole dire radicarla nel passato.*

La manifestazione attualmente ospitata presso la Galleria dell'Accademia si titola *Arte torna arte* e sottolinea la continuità dell'espressione artistica, il suo fluire nei secoli ritrovando oggi riferimenti all'arte di ieri.

Negli interventi contemporanei in mostra, dell'opera antica a volte si evidenzia una forma (Giulio Paolini), a volte un colore (Yves Klein), a volte si ripropone un concetto (Louise Bourgeois).

Così accade che al "David" di Michelangelo, che ritrae un giovane in dinamica attesa, si sovrapponga l'opera "Runners" di Martin Creed, che mostra una figura femminile in accentuato movimento.

Inoltre, in qualità di icona dal Cinquecento, il "David" oggi è accostabile alle immagini di personaggi famosi e celebrati (Andy Warhol, ma anche Ketty La Rocca, con la sua scrittura entrata nell'immaginario collettivo).

Nelle sale della Galleria le tavole due-trecentesche a sfondo oro, segno di regalità e di idealizzazione, sono un riferimento per i monocromi blu e oro di Yves Klein, che recano quasi il medesimo senso di intoccabilità; il nervosismo presente nelle opere di Francis Bacon e di Alberto Burri ritrova nei quadri manieristi un significativo precedente.

Questa *responsabilità culturale comune* che attraversa i secoli si riscontra nell'opera "Triumphans" di Renato Ranaldi, grande croce posta in relazione ai Crocifissi del XIV secolo; mentre "Senza titolo" di Jannis Kounellis nella sua aspra sinteticità dà corpo fisico al sovrastante "Cristo in pietà" di Andrea del Sarto.

È una sorta di gioco delle parti in cui gli autori di ieri e quelli di oggi si impegnano in un continuo rapporto interscambiabile, fatto di rielaborazioni ma anche di radici, di riferimenti ma anche di continuo rinnovamento.

Mutano inevitabilmente i materiali usati, ma la sensibilità è comune e sorprendentemente simile è

anche la risposta agli stimoli esterni del mondo sociale.

La Galleria dell'Accademia è il secondo museo statale di Firenze per frequentazione annuale: includere opere di autori contemporanei, anche con un po' di

provocatorietà, all'interno di una collezione fatta di statue celebri e di tavole d'oro è un modo per invi-

tare i frequentatori ad una visita meno frettolosa e più legata ai contenuti, alludendo anche attraverso gli autori di oggi alla possibilità per lo spettatore di essere parte in causa di un processo inevitabile di cambiamento, sul piano della condivisione e della testimonianza.

La mostra curata da Bruno Corà, Franca Falletti e Daria Filardo prosegue fino al 4 novembre.

ARTE TORNA ARTE

(Galleria dell'Accademia, Firenze)

Fino al 4 novembre

(orario: 8,15-18,30 martedì-domenica; lunedì chiuso)

FEDERICO NAPOLI



"Arlecchino con specchio" di Pablo Picasso, 1923, Museo Thyssen Bornemisza, Madrid



Il miracolo dei pani e dei pesci

ANTONIO PANTI

Troppa gente, pochi pani e due pesci per sfamarla. In cassa solo duecento denari. Ma Gesù moltiplicò pani e pesci e tutti gridarono al miracolo. Qualcosa di simile il Governo chiede alle Regioni; dare gli stessi servizi sanitari, anzi migliorarli, tagliando i già scarsi denari. Ci riusciranno le ASL? Il clima non è favorevole ai miracoli, prevalgono i miscredenti, eppure i servizi sanitari universali si sono sempre rivelati migliori, più giusti e più economici. Però esiste una diffusa insofferenza per i limiti a ciò che ciascuno percepisce come diritto. Tagliare i diritti degli altri e aumentare i propri è il motto di una società in crisi di valori.

Gesù, che aveva fortissimo il senso della giustizia, che avrebbe fatto se avesse disposto della sola capacità di convincere la gente? La tutela della salute è un diritto, la coesione sociale un dovere di tutti, cittadini, amministratori e medici. Per cui occorre spiegare a tutti, perché se ne convincano, quale sia il problema della sanità toscana: in tre anni le risorse diminuiranno (a meno di ulteriori tagli) di circa il 10% mentre le spese aumentano (le bollette sono più care anche per gli ospedali). Altresì, per mantenere le prestazioni efficaci e renderle ancora più efficienti, occorre personale motivato e sereno, strumenti e mezzi adeguati, stare al passo con l'innovazione. La gente invecchia e i bisogni aumentano insieme a un impoverimento diffuso.

Si dice che eliminare gli sprechi sarebbe sufficiente a garantire le prestazioni, considerando che alcune di queste sono eccessive. Il margine di razionalizzazione interno sarebbe bastevole. Ma, per l'insofferenza prevalente contro ogni ostacolo ai propri interessi, occorre mettere in campo una tensione civile quale solo una buona politica sa evocare nei cittadini. Chiudere un ambulatorio superfluo scatena sindaci, associazioni di pazienti, volontariato, medici, politici locali, il solito discorso del *not in my box*. Attrezziamoci a ragionare nei limiti del possibile. Un elenco incompleto delle possibili aree di azione per ridurre la spesa è abbastanza lungo. Alcuni interventi, come chiudere un ospedale riguardano l'amministrazione, altri

riguardano i medici, altri ancora richiedono accordi tra gli attori del sistema. Tutti gli interventi comunque nascono da atti normativi e quindi è sempre sottesa la volontà politica.

Si può creare un tavolo tra amministrazione e medici per affrontare questi problemi? Forse non sarebbe impossibile trovare 600 milioni di minori spese. Ovviamente se vi sarà un soprassalto di maturità. Quanti soldi possono derivare da un appropriato uso dei farmaci e dei dispositivi medici, da una riorganizzazione degli ospedali, da un sistema efficace di cure intermedie, da un buon modello di assistenza ai cronici, da un riordino della medicina generale e della guardia medica, dall'abitudine a valutare i percorsi diagnostici e terapeutici secondo i criteri dell'HTA, dall'eliminazione di molteplici prestazioni ridondanti, nate più per ricerca del consenso che per concreto bisogno? E, inoltre, da una migliore politica del personale.

Vi sono due buoni motivi per cui i medici si impegnino a salvare il servizio sanitario toscano, cercando anzi di migliorarlo. Uno è deontologico. La medicina consegue i migliori risultati nei sistemi sanitari pubblici universalistici. In questi i medici hanno maggiori soddisfazioni professionali e rispondono all'antico imperativo etico di curare chiunque nello stesso modo. Ma vi è anche un motivo utilitaristico. Un sistema privato all'americana ha bisogno di un minor numero di medici e li condiziona di più nelle scelte terapeutiche perché non si scostino dai limiti imposti dalle assicurazioni. È bene che ognuno capisca il problema attuale della sanità e agisca di conseguenza perché, altrimenti, le inevitabili misure restrittive sarebbero più dure a digerire.

Nessuno oggi chiede miracoli; tuttavia, *“senza venir meno alle esigenze dei singoli casi, il medico ha il dovere di realizzare la massima economia nella prescrizione dei medicinali e, a parità di azione, sceglierà il meno costoso”*; lo dice il formulario milanese del Pio Istituto di Santa Corona nel 1911. Da cent'anni si dicono le stesse cose, che sia l'ora di metterle in pratica?

TM



Angelo Raffaele De Gaudio, Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione - Univ. di Firenze. Direttore S.O.D. Complessa "Anestesia e Terapia Intensiva" - Dip. Oncologico AOU Careggi. Direttore Scuola di Spec. in "Anestesiologia, Rianimazione e Terapia Intensiva" - Univ. di Firenze.

La cura del paziente oncologico in terapia intensiva

Premessa

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria Careggi nel programmare il nuovo Dipartimento Oncologico ha previsto l'inserimento di una Struttura complessa di Anestesia e Terapia Intensiva dedicata alla cura del paziente oncologico. Questa decisione nasce dall'evidenza che un elevato numero di pazienti, affetti da patologie neoplastiche gravi, deve essere trattato in terapia intensiva (T.I.) in modo appropriato ed in tempi rapidi.

In questi reparti è, infatti, possibile gestire le alterazioni funzionali dei diversi organi, permettendo la sopravvivenza di pazienti che presentano gravi complicanze.

Nel presente articolo verranno, quindi, sintetizzati e discussi alcuni principi fondamentali di riferimento.

- *La sopravvivenza dopo una patologia critica è nettamente migliorata:* la selezione dei pazienti che possono giovare del ricovero precoce in T.I. permette di sostenere trattamenti chemioterapici più aggressivi, grazie a complesse terapie di supporto e di prevenzione dell'insufficienza d'organo. In particolare, l'impiego di test diagnostici non invasivi che identificano precocemente l'eziologia dell'insufficienza respiratoria (agenti batterici e micotici), facilita l'intervento terapeutico. È interessante notare che i pazienti con patologie maligne e grave deficit respiratorio, se trattati precocemente in reparti intensivi dedicati, presentano una significativa riduzione della mortalità. Nuove strategie terapeutiche (ad esempio i protocolli *watch and wait* o l'immunoterapia) permettono di trattare i pazienti provocando minori effetti tossici sui diversi organi, contenendo le complicanze respiratorie, cardiovascolari o renali.

- *I classici indici predittivi della mortalità del paziente oncologico non sono più così rilevanti:* esistono dati in letteratura che dimostrano come la

necessità di ventilazione meccanica, la presenza di infezioni fungine invasive, la leucopenia, lo sviluppo di insufficienza d'organo, siano importanti ma non determinanti per l'esito della malattia. Anche l'età non sembra un fattore che porti in assoluto ad escludere i pazienti anziani oncologici da un trattamento intensivo.

RAFFAELE DE GAUDIO, IACOPO LANINI,
ENRICO MINI, MARCO CARINI
Dipartimento Oncologico
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi - Firenze

- *L'identificazione dei meccanismi responsabili dell'insufficienza d'organo sono oggi più chiari:* questo risultato nasce dalla stretta collaborazione tra oncologo, chirurgo ed anestesista. La ricerca e l'esperienza clinica nel paziente critico oncologico ha dato un contributo importante all'individuazione dei fattori di rischio della sindrome da lisi tumorale acuta e della sindrome da attivazione macrofagica, nonché ad una migliore comprensione dei meccanismi coinvolti nella patogenesi e nello sviluppo delle alterazioni metaboliche caratteristiche. Queste conoscenze sono alla base di un trattamento ottimale finalizzato al miglioramento della sopravvivenza.

- *Alcune categorie di pazienti presentano una mortalità elevata ed immutata nel tempo:* sussistono ancora tre categorie di pazienti per i quali la sopravvivenza rimane estremamente limitata. Tra questi, i pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo allogenico che non rispondono alla terapia immunosoppressiva, quelli con insufficienza multipla d'organo dovuta ad un'ammissione ritardata in T.I. e quelli che hanno patologie tumorali specifiche, come la linfangite carcinomatosa polmonare, la meningite carcinomatosa con coma, ecc.

- *Gli attuali criteri di selezione per l'ammissione in T.I. sono aspecifici e quindi non del tutto affidabili:* accade frequentemente che i pazienti che sono *too well* per essere ammessi, muoiono ugualmente dopo la dimissione dall'ospedale ed a volte dopo un ricovero tardivo in T.I.; al contrario,

quelli non ammessi perché considerati *too sick*, sopravvivono e vengono dimessi dall'ospedale. Questi dati contrastanti rendono necessaria la revisione dei protocolli, per una riconsiderazione dei percorsi di cura.

- È necessario trattare il paziente oncologico per almeno 72 ore, prima di decidere di passare dalla "cura al comfort" ed attuare protocolli per l'assistenza di fine vita: i *golden days* del paziente oncologico ricoverato in T.I. prevedono il massimo investimento terapeutico, mediante l'attuazione di tutto ciò che è possibile per la cura della malattia. Solo successivamente è indicato optare per un'assistenza della persona alla fine della vita attraverso l'attuazione dei principi della medicina palliativa.

- La collaborazione costante tra anestesista-rianimatore, chirurgo ed oncologo deve svilupparsi durante tutte le fasi della cura: l'interfaccia tra professionisti contribuisce favorevolmente all'esito positivo dei trattamenti. L'oncologo è in grado di identificare in modo specifico le alterazioni fisiopatologiche della malattia neoplastica ed i trattamenti terapeutici più appropriati, il chirurgo gli eventuali spazi ed i tempi di intervento, mentre l'anestesista può definire il momento ottimale per il trasferimento in area critica. In questo modo è anche possibile un appropriato intervento decisionale riguardante la non applicazione o l'eventuale interruzione delle cure. Il paziente ed i familiari dovrebbero in ogni caso ricevere informazioni comprensibili e condivise dai diversi specialisti.

- L'ammissione precoce in terapia intensiva è fondamentale per l'esito della malattia: la riduzione della mortalità è correlata allo svolgimento di alcune procedure diagnostiche specifiche che possono rivelarsi più sicure se effettuate in T.I. Da non trascurare la correlazione esistente tra numero di insufficienze d'organo al momento del ricovero e l'esito infausto della malattia.

- L'intervento terapeutico deve essere completo e deve considerare anche i trattamenti chemioterapici: fin dall'inizio del ricovero in T.I. il paziente dovrebbe essere sottoposto a tutte le terapie necessarie (*full code status*) per un periodo di 3-5 giorni (*golden days*). Questo intervento deve prevedere il trattamento con chemioterapici antineoplastici associati ai supporti multi-organo. Infatti, i pazienti con sindrome da lisi tumorale, infiltrazione polmonare, sepsi correlata a broncopneumite ostruttiva o compressione ureterale possono richiedere terapie di supporto dei parametri vitali fino al momento in cui il trattamento chemioterapico diventa efficace.

Conclusioni

In questi ultimi anni, la sopravvivenza dei pazienti neoplastici ricoverati in T.I. è nettamente migliorata in termini quantitativi e qualitativi. Il ricovero precoce in questi reparti permette di utilizzare tecniche di supporto dei parametri vitali invasive e non invasive, extracorporee e non, che consentono non solo l'attuazione di interventi chirurgici ad alto rischio (improponibili fino a qualche anno fa), ma anche di interventi chemioterapici finalizzati alla remissione della malattia. Certamente, esistono ancora molti interrogativi che necessitano di una risposta: si tratta di un prolungamento del processo del morire o un miglioramento reale della qualità della vita residua? La condizione psicologica del paziente e la comunicazione con i familiari sono davvero riconosciuti dai curanti come veri topics centrali del processo di cura? Qual è il momento appropriato per passare dalla cura della malattia al *curare* la persona alla fine della vita, garantendo un adeguato *comfort*?

La ricerca di una risposta a questi quesiti rappresenta una delle nuove sfide per il futuro.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: iacopolan@yahoo.it

TM

GLI ASPETTI FONDAMENTALI DELLA CURA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN TERAPIA INTENSIVA

- La sopravvivenza dopo una patologia critica è nettamente migliorata
- I classici indici predittivi della mortalità del paziente oncologico non sono più così rilevanti
- L'identificazione dei meccanismi responsabili dell'insufficienza d'organo sono oggi più chiari
- Alcune categorie di pazienti presentano una mortalità elevata ed immutata nel tempo
- Gli attuali criteri di selezione per l'ammissione in T.I. sono aspecifici e quindi non del tutto affidabili
- È necessario trattare il paziente oncologico per almeno 72 ore, prima di decidere di passare dalla "cura al comfort" ed attuare protocolli per l'assistenza di fine vita
- La collaborazione costante tra intensivista, oncologo e chirurgo deve svilupparsi durante tutte le fasi della cura
- L'ammissione precoce in terapia intensiva è fondamentale per l'esito della malattia
- L'intervento terapeutico deve essere completo e deve considerare anche i trattamenti chemioterapici



Giacomo Fantozzi è nato a Siena nel 1970. Dopo la laurea ha frequentato la scuola di specializzazione in Geriatria presso l'Università di Siena ed il corso di formazione in Medicina Generale. Dal 2004 è convenzionato per l'emergenza sanitaria territoriale presso la U.O.C. Siena 118. Da anni si occupa di ricerca scientifica e metodologia associata alla ricerca.

Revisione della sperimentazione del modello "See&Treat"

Aspetti deontologici e metodologici

Con D.G.R. 958/07 la giunta regionale toscana varava l'ipotesi di affidare a personale infermieristico i pazienti che si recavano al Pronto Soccorso per "situazioni di minore urgenza", allo scopo di conte-

nere i tempi di attesa. La D.G.R. 449/10 stanziava € 420000 per la sperimentazione (che nella prima delibera doveva svolgersi senza alcuna spesa) oltre ad € 43000 per la formazione di medici tutor ed infermieri, stanziata con DD 4646/09. I risultati venivano pubblicati su Toscana Medica (9/2011: "Risultati della sperimentazione del See&Treat - Analisi dei dati e sviluppi futuri").

L'argomento era oggetto di esposto da parte dell'Ordine dei Medici di Bologna nell'ottobre 2010, e era già stato affrontato dalla Consulta Deontologica Nazionale della FNOMCeO ("Valutazione sulle prerogative del medico in specifiche attività assistenziali di équipe multiprofessionali, in particolare sulla sperimentazione del modello See&Treat"). Sulla base dei documenti citati analizzeremo le modalità con cui è stata progettata e compiuta la sperimentazione, per valutare se essa sia conforme alle regole deontologiche e scientifiche della sperimentazione clinica e quali siano le reali informazioni che se ne possono trarre.

Il consenso

Non risulta che lo studio sia mai stato sottoposto ai comitati etici competenti. Nei documenti disponibili non si fa cenno all'acquisizione del consenso all'inserimento nel *See&Treat*. La Consulta Deontologica è chiara: "La seconda condizione [...] necessaria deve prevedere che tutta la sperimentazione e le successive fasi operative avvengano in un contesto di ampia ed esaustiva informazione dei pazienti che si rivolgono al servizio ed a una specifica acquisizione del consenso degli stessi alle procedure assistenziali a cui vengono sottoposti". Per quanto sappiamo, l'unica indicazione di una informativa all'utente è emersa durante un incontro tenutosi tra gli sperimentatori e le Direzioni Mediche ed Infermieristiche dei presidi coinvolti il 5 Ottobre 2010, un cartello da affiggere in Pronto

Soccorso: "In questo PS è attivo un ambulatorio per selezionati problemi clinici che possono essere trattati da un infermiere adeguatamente formato in stretta collaborazione con i medici del Pronto Soccorso. Firma: Il Direttore del PS, La Direzione di Presidio. * (*Il See and Treat è una modalità organizzativa dei PS in uso in molti paesi e, di fatto, in molte regioni. L'organizzazione aziendale spetta alla ASL che non ha bisogno di alcun parere etico N.D.R.*)

GIACOMO FANTOZZI

Medico E.S.T., Siena 118

I risultati

Analizzeremo i dati pubblicati, cercando di darne un'interpretazione obiettiva. I dati più importanti, relativi ai tempi di attesa, sono proposti sotto forma di istogramma dal quale è possibile desumere il valore della grandezza presentata in maniera approssimativa.

1) Nei sei mesi di sperimentazione sono stati trattati 7387 pazienti (6,37% dei pazienti che hanno avuto accesso ai PS negli orari di apertura); in media 9,47 pazienti al giorno per Pronto Soccorso, uno ogni 76 minuti.

2) L'analisi *semiquantitativa* dei grafici riportati mostra un tempo di attesa medio per i pazienti *See&Treat* di circa 18 minuti, contro i circa 47 minuti dei pazienti che seguono il percorso *tradizionale*. La permanenza globale all'interno della struttura è circa 48 minuti per i pazienti *See&Treat* e circa 156 minuti per gli altri. Al netto dell'attesa la definizione diagnostica e la terapia dei pazienti *See&Treat* ha richiesto 32 minuti, contro i 108 minuti di tutti gli altri pazienti. Tale dato si rivela di scarsa informatività ad una analisi appena più approfondita. Le casistiche sono totalmente disomogenee, comprendendo casi con sintomi diversi e che quindi richiedono percorsi differenti; ad esempio i casi trattati in *See&Treat*, come ammesso dagli stessi autori, escludono i pazienti che richiedevano esami radiologici, causa determinante di rallentamento nel percorso in Pronto Soccorso. Pertanto non è possibile alcun confronto attendibile dei tempi di permanenza, non essendo stato selezionato un gruppo di controllo assimilabile per caratteristiche cliniche.

3) "Nella fase di sperimentazione non sono stati documentati reingressi spontanei per persistenza o complicità del motivo di accesso, non si sono

verificati eventi avversi, non si sono ricevuti reclami formali. Sono state frequenti le testimonianze esplicite di gratitudine per le prestazioni avute". Al di là di questa sintesi estrema e un pò naïve, dalla DGR 449 apprendiamo che l'unica variabile per monitorare la sicurezza degli interventi è "Utenti che richiedono un nuovo accesso in Pronto Soccorso (n. reingressi per problemi correlati nelle successive 72 ore/n. utenti trattati in *See&Treat*)".

Tale indicatore è palesemente inadatto a decretare la sicurezza dell'intervento in *See&Treat*, in quanto non tiene conto dei seguenti fattori:

- a) pazienti con problemi conseguenti all'intervento in *See&Treat* che si rivolgono a strutture sanitarie **diverse** dallo stesso Pronto Soccorso;
- b) pazienti con problemi che si evidenziano **dopo** le 72 ore arbitrariamente scelte come limite massimo per la presentazione di complicanze/recidive.

In sostanza tale criterio osservazionale, limitato nello spazio e nel tempo, ed in assenza di un follow-up ben pianificato, non è un indicatore affidabile di sicurezza in una sperimentazione clinica.

4) Durante la sperimentazione è previsto un medico *tutor* con funzioni di *affiancamento* e *convalida* dell'operato infermieristico. Non è stato analizzato se e quanto il tutor sia realmente intervenuto nel processo di diagnosi e prescrizione. In assenza di questo dato non è possibile ipotizzare le conseguenze cliniche di una sua rimozione in una eventuale fase successiva alla sperimentazione. Inoltre, ipotizzando che il tutor non sia un medico dedicato ma uno dei medici impegnati nella normale attività di Pronto Soccorso, non è indicato quanto tale compito lo abbia distratto dalla sua attività istituzionale.

5) Senza calcolare la spesa per la formazione il costo per paziente è di circa € 56, cifra necessaria per ridurre di circa 30 minuti i tempi di attesa per nove/dieci pazienti che nei giorni feriali si sono presentati nei Pronto Soccorso con problematiche minori.

Conclusioni

La riduzione dei tempi di attesa appare ampiamente giustificata dalla bassa affluenza al percorso *See&Treat* (meno di un paziente all'ora). La riduzione osservata nei tempi di permanenza in Pronto Soccorso è priva di significato per la disomogeneità dei gruppi di pazienti confrontati. Il numero di pazienti trattati è molto basso, ad un costo elevato. Nessuna conclusione, per l'assenza di indicatori adeguati, è possibile desumere in termini di rischio clinico per i pazienti gestiti in autonomia da personale infermieristico.

La sola conclusione che ci sentiamo di trarre è che non è possibile trarre alcuna conclusione che abbia una pur minima rilevanza clinica, a causa di macroscopici errori di progettazione, in particolare nella selezione degli indicatori di efficacia, che ne inficiano irrimediabilmente il valore.

Pubblichiamo volentieri l'articolo di Fantozzi lasciando la risposta a chi ha sperimentato questa metodica. Una considerazione tuttavia: sempre, e particolarmente oggi di fronte ai drammatici cambiamenti della medicina, esistono i novatori, che aspirano a stare al passo con gli eventi per trarne il meglio, e i conservatori, che eleggono a loro rifugio il passato cercando a quello di piegare presente e futuro. La medicina (e tutto ciò che vi è connesso sul piano antropologico, sociologico, politico, filosofico) è terreno ancora in gran parte inesplorato, le cui possibilità appena intuiamo, fonte di conoscenze e competenze perennemente rinnovate, di ripetuti cambi di paradigma e di metodo. I medici sono obbligati a questa sfida sul piano cognitivo, tecnologico e della leadership dei processi. Non hanno scelta. Il medico è il responsabile unico del percorso diagnostico e terapeutico del paziente. L'organizzazione dei servizi utilizzerà altresì le competenze dei professionisti in modo da garantire la massima efficienza e la migliore qualità.

Antonio Panti

RICORDO

I foglietti gialli di Andrea



In questi giorni di sole caldo e nuvole, Andrea Pasquini ha deciso di lasciarci. Andrea è arrivato a Firenze nel nostro reparto 12 anni fa. Determinato e coinvolgente, dotato di grande cultura, si è impegnato per far crescere la nostra terapia intensiva nel momento in cui l'ospedale chiedeva ai rianimatori di uscire dalle stanze con tanta tecnologia per prevenire, curare e anche non perseverare in azioni senza speranza, sempre nel rispetto della volontà delle persone. Andrea, nato in una piccola comunità umbra aveva studiato a Perugia ed è arrivato a Firenze, a Careggi, per imparare in un grande ospedale. Ma ha dato tanto lui, a Careggi e alla nostra Regione, contribuendo in prima persona a strutturare e a consolidare il nostro Centro ECMO, insegnando il trattamento di ARDS e condividendo con tanti colleghi di altri ospedali. Lo scorso anno aveva deciso di tornare nella sua Umbria per ritentare l'avventura e quindi poter far crescere con i suoi criteri un reparto di terapia intensiva nell'ospedale della sua terra. Non ha fatto in tempo. Ma i colleghi di Città di Castello ci dicono che ora nel loro reparto c'è una lavagna bianca con tanti foglietti gialli adesivi per ricordare e fare in modo che le decisioni cliniche chiare e condivise possano avere una loro giusta applicazione. Grazie Andrea nostro, ti abbracciamo.

Adriano Peris



Alessandro Rosselli è Direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Specialista in Medicina interna, da molti anni si occupa della creazione e dello sviluppo della Medicina di emergenza. È responsabile del gruppo per il miglioramento del Pronto Soccorso della Regione Toscana.

La parola ai protagonisti

Grazie al collega Fantozzi che ci suggerisce un miglioramento degli indicatori della sperimentazione, ancora in corso, sul modello S&T nei Pronto Soccorsi toscani.

Quando le critiche inducono al miglioramento, sono sempre gradite perché, secondo noi, è così che

si riesce a fare progresso e non certo rimanendo fermi ad attendere che i nostri Pronto Soccorsi migliorino magicamente o esplodano.

Vorremmo prima di tutto ricordare che nel Regno Unito, dove la metodica S&T è attiva da molti anni, la critica fondamentale iniziale fu proprio rappresentata dal *difetto di sperimentazione*: mancava del tutto, si diceva, uno studio sperimentale preliminare all'attuazione del modello. Noi lo stiamo attuando e ci viene contestata una insufficiente costruzione dei criteri di validazione. È però opportuno sapere che in Inghilterra, dopo la diffusione del metodo, e la provata efficacia, la critica si autostinse.

Per entrare nel vivo dell'argomento, ci teniamo a rispondere alle critiche chiarendo bene le nostre riflessioni sulla prima fase di sperimentazione che forse non sono state bene interpretate:

1) Abbiamo voluto sperimentare un modello organizzativo, come molte altre volte è stato fatto, con la differenza principale, nel nostro caso, che introducevamo delle novità nel ruolo della professione infermieristica. Non abbiamo voluto fare lo *studio sperimentale* di un nuovo farmaco o di una nuova procedura.

2) L'obiettivo principale era quello di validare l'ipotesi di una corretta e sicura applicazione dei protocolli da parte degli infermieri.

3) Nessuno, in questa fase, riteneva possibile ottenere un vantaggio economico del quale infatti non viene neppure fatta menzione; addirittura eravamo consapevoli che sperimentare un'attività aggiuntiva ha inizialmente un costo.

4) Nonostante l'obiettivo principale fosse quello precedentemente esposto, abbiamo voluto fare anche alcune verifiche dell'impatto sulla organizzazione della nuova metodica, soprattutto sui tempi di attesa e, consapevoli delle differenze

procedurali, anche sui tempi di permanenza. Su tali verifiche è difficile negare un riscontro positivo nella gestione dei problemi minori in Pronto Soccorso.

5) Nella interpretazione dei dati, che approfondiremo nel proseguo dell'attività, ci preme intanto sottolineare che dei pazienti giunti nei 6 Pronto Soccorsi per codici minori, nella fascia oraria 8-20 durante la fase di sperimentazione, circa il 29% è stato accettato e trattato con metodica S&T. È intuibile come l'estensione del modello organizzativo a 24 ore/24 e a

7giorni/7, con contemporaneo allargamento delle situazioni cliniche trattabili, possa portare a un notevole aumento dei casi gestiti, in modo da permettere al medico

di dedicarsi quasi esclusivamente ai casi di maggior gravità con benefici non solo nei tempi di attesa e di permanenza per tali pazienti ma anche nella qualità dell'intervento, non più spezzettato fra tante esigenze di diversa entità.

6) Sulla sicurezza ci sembra di dover ribadire che il non rientro in Pronto Soccorso entro le 72 ore possa essere considerato, come tutta la letteratura ormai indica, un buon indice di qualità. È vero, non abbiamo intrapreso il semplice controllo incrociato del codice fiscale per assicurarci al 100% del non avvenuto rientro entro tre giorni presso un altro ospedale perché quasi certi che, se qualcosa non fosse andato come doveva, l'utente non si sarebbe limitato ad andare in un altro Pronto Soccorso ma avrebbe espresso in modo visibile, magari anche a mezzo stampa, il proprio dissenso.

Sappiamo che abbiamo ancora strada davanti e che dovremo approfondire l'interpretazione dei dati che continueremo a ricavare, anche alla luce delle ricadute sull'organizzazione complessiva dei Pronto Soccorsi e dei costi economici. Ci preme però riaffermare che la strada intrapresa, nella massima sicurezza per i pazienti, è una strada praticata in molte altre parti del mondo e che, se non riusciremo ad avanzare anche noi verso una valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche, rischieremo di mettere in crisi negli anni a venire la preziosa e complessa organizzazione di un sistema vitale per la salvaguardia della salute.

ALESSANDRO ROSSELLI*, CESARE FRANCOIS**

* Direttore Dip. di Emergenza-Urgenza dell'Azienda Sanitaria Firenze

** Medico di Medicina d'Urgenza, ASL 7 Ospedale Campostaggia, Poggibonsi, Siena

La violenza domestica: un problema sanitario?

L'articolo è frutto del lavoro di collaborazione di un gruppo che include vari medici di medicina generale ed altri specialisti impegnati su questo fronte: A. Bussotti, M. Dei, M. De Maglie, V. Dubini, G. Matteo, D. Melotti, A. Pauncz, P. Rafanelli.

Tra le innumerevoli aree patologiche cui i medici vengono chiamati a dare risposte sempre più articolate e complesse (non solo diagnosi, cura, ma anche prevenzione, medicina d'iniziativa ecc.), quella della violenza domestica potrebbe apparire marginale, un problema di cui dovrebbero occuparsi altre agenzie sociali o giudiziarie. Le considerazioni che seguono hanno l'obiettivo di dimostrare che i medici si trovano spesso, loro malgrado, ad essere i soli in grado di fare diagnosi e impostare una corretta terapia di questa che a ragione l'OMS dal 1996 afferma essere uno dei più grandi problemi di salute pubblica in sé e come fattore eziologico e di rischio di ulteriori patologie rilevanti.

Secondo una metanalisi promossa dalla Banca Mondiale le donne che hanno subito violenza costantemente più del doppio se confrontate con le altre donne: utilizzano 3 volte di più i servizi sanitari, fanno maggior uso di psicofarmaci e vanno incontro con maggior frequenza ad invalidità.

Proviamo quindi a trattare questo problema seguendo lo schema di ogni patologia: definizione, epidemiologia, diagnosi, prognosi, complicanze, terapia ecc.

DEFINIZIONE

La violenza domestica secondo l'OMS è ogni forma di violenza fisica, verbale, psicologica o sessuale che riguarda tanto soggetti che hanno o hanno avuto una relazione intima o di coppia, quanto soggetti che, all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato, hanno relazioni di carattere parentale o affettivo.

La violenza quindi si presenta sotto varie forme:

- **maltrattamento fisico:** ogni forma di intimidazione o azione in cui venga esercitata una violenza fisica su un'altra persona;
- **comportamento persecutorio (stalking):** persecuzione di una persona per cui si ha una fissazione maniacale, molestie assillanti;
- **maltrattamento psicologico:** svalorizzazione, possessività, gelosia eccessiva, attribuzione di responsabilità, privazione di contatti sociali, abusi economici, minacce come rompere oggetti o sbattere porte al fine di fare paura;

- **violenza sessuale:** ogni imposizione di pratiche sessuali non desiderate.

Nella stragrande maggioranza dei casi la violenza è correlata alla differenza di genere e riguarda le donne, tuttavia altri soggetti deboli come i minori (vittime dirette, o indirette come spettatori di violenza) o gli anziani, possono esserne le vittime.

EPIDEMIOLOGIA

I dati sono sconcertanti ed appaiono incredibili: in Italia una donna ogni tre giorni viene uccisa dal proprio partner o ex partner. Dal 2005 al 2010 in questo modo sono state uccise 650 donne. Secondo un rapporto ONU del 2006 una donna su tre viene picchiata o abusata sessualmente nell'arco della vita, e una su quattro è vittima di una forma di violenza durante la gravidanza. Sempre nel 2006 i dati ISTAT (su di un campione di 25.000 donne comprese tra i 16 e i 70 anni) mostrano che il 31,9% ha subito violenza fisica o sessuale. La maggior parte delle violenze è effettuata dal partner. Nella quasi totalità dei casi (93-96%) la violenza non viene denunciata. La gravidanza non è protettiva, anzi il 30% dei maltrattamenti inizia proprio in gravidanza: la violenza è nel mondo fra le prime cause di morte materna in gravidanza.

È molto più probabile statisticamente essere aggrediti e subire violenza da parte di un membro della famiglia piuttosto che essere aggrediti da sconosciuti. La violenza è un fenomeno trasversale: sia gli autori che le vittime appartengono a tutte le classi sociali e di reddito, come pure di livello di istruzione. La frequenza della violenza domestica supera di gran lunga quella dell'ictus, è quasi tre volte più comune del diabete, e produce danni assolutamente paragonabili, ma nessuno purtroppo propone, almeno in Italia, di effettuare screening su questo fenomeno o di introdurre il tema sistematicamente nelle anamnesi. Una ricerca australiana del 1996 mostra che i medici fanno diagnosi di violenza domestica in meno di un caso su 25, meno di 1/4 delle donne che subiscono violenza parla con loro. Ci sono forti indizi che nella realtà italiana i problemi connessi alla violenza domestica

LUCIA CALDINI*, ANDREA CICOGNI**

* Medico di Medicina generale, Azienda Sanitaria Firenze
** Psichiatra Azienda Sanitaria Firenze, Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti

Lucia Caldini, Spec. in Malattie dell'Apparato Digerente c/o la Univ. di FI. Dal 1979 MMG. Iscritta all'Albo della RT degli Animatori di Formazione.

Tutor nell'ambito della formazione complementare della MG, è iscritta all'Albo Regionale dei Medici Tutori. Tutor nell'ambito del Corso di Laurea in Med. e Chirur. dell'Univ. di FI e del Tirocinio valutativo dell'Esame di Abilitazione presso la stessa Università.

siano fortemente sottovalutati: questa può essere una delle ragioni per cui i medici non la riconoscono. I dati della ricerca ISTAT portano ad inferire che un medico di medicina generale che segue 1500 assistiti dovrebbe vedere almeno 4-5 casi ogni mese di questo tipo, mentre i dati italiani di una ricerca svoltasi a Bologna nel 1996 ci indicano percentuali altissime di medici che hanno dichiarato di non essersi mai imbattuti in casi di violenza domestica (60% di medicina generale, 45% di medici dei Pronto Soccorso e 37% dei poliambulatori). I dati si commentano da soli!

DIAGNOSI

Fare diagnosi di violenza domestica non è così ovvio come può sembrare, anche quando le evidenze sono chiare. Questo per una serie di motivi afferenti alla donna maltrattata ed al partner da un lato, e al medico dall'altro.

I medici non chiedono, le donne non dicono. I medici non chiedono perché non ci pensano, perché non sanno cosa fare una volta *tolto il coperchio a questa pentola*, perché pensano che non sia un problema di loro competenza, per paura di impicci legali ecc. La donna di frequente non parla delle violenze subite, si vergogna, dichiara di essersi fatta male ad esempio cadendo dalle scale, teme di non essere creduta, teme ritorsioni da parte del partner, ha paura, non si sente sicura ed aiutata, talvolta ha addirittura sensi di colpa. Inoltre per un medico che conosce tutta la famiglia da tempo è facile fare interventi di tipo paternalistico, o vedere nel maltrattante *una brava persona*: spesso infatti gli uomini che agiscono violenza appaiono insospettabili, più equilibrati della donna, che può apparire agitata, ansiosa, impaurita. Tendono a minimizzare tutto, ("è stato solo un bisticcio, le vengono i lividi facilmente" ecc.) ed a colpevolizzare la vittima ("ha toccato i miei punti deboli, mi sono solo difeso"). Va inoltre tenuto presente

che spesso la violenza segue un suo specifico ciclo: dopo l'episodio di maltrattamento e lo scoppio di violenza segue la fase di scuse, pentimento e riappacificazione, seguita a sua volta da una fase di lievitazione della tensione che porta ad una nuova fase aggressiva e così via in un'escalation verso episodi sempre più gravi.

Per fare diagnosi è importante far capire che il problema è diffuso e conosciuto ed affrontare il problema anche con domande dirette (Tabella 1), se in un'atmosfera di riservatezza.

SINTOMATOLOGIA NELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

Depressione: da una indagine retrospettiva su 5000 donne afferenti ad un servizio di igiene mentale territoriale, 80% delle donne affette da depressione ha situazioni pregresse o in corso di violenza psicologica, 30% ha alle spalle una violenza fisica o sessuale ripetuta.

Dipendenze: la violenza intrafamiliare si associa in modo significativo ad abuso di alcol, droghe, psicofarmaci, analgesici, come modalità per gestire nel tempo i sintomi della sindrome da stress post-traumatico.

Disturbi del comportamento alimentare: bulimia nervosa e obesità grave sono significativamente correlate ad esperienze di violenza fisica o sessuale nell'infanzia o nell'adolescenza, o di violenza assistita grave.

Patologie dolorose: dolore pelvico cronico, sindrome dolorosa vescicale (cistite interstiziale), mialgia del pavimento pelvico, vulvodinia, sindrome del colon irritabile, emicrania, fibromialgia, allodinia, iperalgesia sono più frequenti in soggetti che hanno nella storia situazioni traumatiche, in particolare le vittime di violenza.

Comorbidità: è estremamente frequente in questi soggetti.

Tabella 1

Domande filtro	Sì	No	Eventuali osservazioni
Tutte le coppie hanno conflitti, mi può descrivere un episodio in cui la situazione può essere degenerata?			
Questi conflitti hanno mai portato a scontri fisici o aggressioni verbali?			Se sì: come si è sentito dopo?
Pensa che i suoi figli possano subire un disagio dai vostri disaccordi?			
Ha l'impressione che la sua compagna abbia paura di lei?			
Ha l'impressione che la situazione sia peggiorata e stia peggiorando?			
Se la persona si mostra disponibile a parlare della situazione si può provare a fare domande più specifiche come: Ci sono mai stati episodi di violenza fisica (spintoni, strattoni, schiaffi o botte, ecc.)?			

SINTOMATOLOGIA NELL'UOMO CHE AGISCE VIOLENZA

Contrariamente a quello che normalmente si immagina, gli uomini che agiscono violenza a volte si rivolgono ai medici o per problemi di ansia e depressione, difficoltà del sonno, causati da conflitti familiari o minaccia di separazione. In genere gli uomini non esplicitano chiaramente la violenza anche se possono accennare vagamente a *situazione fuori controllo*, "aver esagerato un po'" o a "situazione fortemente conflittuali". Se accennano alla violenza fisica, ne parlano come di una risposta messa in atto per difendersi da minacce vere o percepite dalla compagna, inoltre giustificano il proprio comportamento colpevolizzando la donna in modo molto convincente percependosi come vittime delle situazione e cercando una complicità e comprensione per la propria situazione. La richiesta di aiuto per una situazione di difficoltà può quindi spesso concludersi con una semplice prescrizione di psicofarmaci e/o rassicurazione di normalità. La risposta dovrebbe piuttosto essere, come del resto anche per le vittime, quella di evidenziare i comportamenti violenti, sottolinearne la gravità e l'illegittimità e fare invii appropriati.

L'uso di alcool o altre sostanze può essere correlato a fasi acute di violenza, ma non è sufficiente a spiegarla; neanche la presenza di sintomi o disturbi psichiatrici può essere chiamata in causa come elemento fondamentale eziologico della violenza. Bisognerebbe smettere di parlare di *raptus*, di *attimo di follia*, di *perdita di controllo*: spesso gli uomini che agiscono violenza fanno invece uso intenzionale di questa, che, in un *escalation* giunge agli atti più gravi e letali.

PROGNOSI

Se una donna richiede cure mediche per lesioni o disturbi variamente sintomatici e non viene riconosciuta e affrontata l'origine del disagio, cioè la violenza, i suoi sintomi continueranno a persistere e a peggiorare nel tempo: malesseri di vario genere, esami, risultati negativi, ancora esami, visite specialistiche, insoddisfazione, delusione, aggressività, conflittualità, peggioramento dei sintomi...

È assai probabile, in un'eventualità di questo genere, che essa verrà trattata come un caso difficile, una paziente poco collaborativa. Nel corso del tempo sarà la donna a diventare *il problema*. Quante volte queste persone vengono definite *pazienti difficili*, o peggio ...

Anche nelle situazioni ottimali in cui la situazione viene identificata e vengono offerte indicazioni sulle possibilità di aiuto la strada di uscita dalla dimensione familiare violenta è comunque complessa e lunga.

Gli operatori sanitari sono direttamente coinvolti nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche della violenza e possono svolgere una funzione fondamentale, riguardo alla prevenzione e all'emersione della violenza domestica.

TERAPIA

Un primo fondamentale intervento dopo l'identificazione del problema diagnosi è la valutazione della pericolosità della situazione e l'eventuale messa in sicurezza della vittima, se essa acconsente a trovare una via di uscita subito. Non importa sapere *perché succede* almeno in un primo momento. Come in ogni caso di urgenza bisogna fare interventi *salva vita* in situazioni potenzialmente molto rischiose. Nella maggior parte dei casi però il percorso avviene per tappe e l'unico intervento possibile è offrire spunti di riflessione e indicazioni su come contattare eventuali centri antiviolenza. La psicologizzazione del problema mette spesso fuori strada. Interventi paternalistici o spiegazioni pseudorelazionali faranno perdere la fiducia alla donna nella possibilità di trovare aiuto concreto. La letteratura mostra che anche invii a terapie di coppia o relazionali come psicoterapie individuali o interventi da parte di religiosi, qualora non emerga e si affronti in modo chiaro il tema della violenza, hanno effetti negativi quando non devastanti sulla vittima, oltre a rinforzare talvolta la legittimazione del comportamento violento del partner. Quando va bene, il medico o lo specialista psichiatra o psicoterapeuta sbotta o pensa "ma perché non lo lascia?". Non si valuta che questa è spesso una posizione d'arrivo, che la donna spesso non ha risorse, ha figli piccoli, teme ritorsioni ecc. Questo è ancora una volta colpevolizzare la vittima ed aggiungere violenza a violenza.

In Toscana è in corso da alcuni anni una ampia formazione per operatori sanitari su questo tema, ed esiste una discreta Rete di Centri Antiviolenza che danno sostegno alla donna e le offrono anche in caso di necessità Case Rifugio. Inoltre dal 2009 è stato aperto a Firenze un **Centro di Ascolto per Uomini Maltrattanti** C.A.M. primo centro italiano che interviene sugli autori di violenza con colloqui ed un gruppo dedicato secondo programmi e protocolli internazionali condivisi (www.women.it/dire/; www.centrouominimaltrattanti.org).

Su questi temi si sta strutturando un gruppo di lavoro che ha cominciato ad incontrarsi periodicamente da circa 10 mesi. Il gruppo attualmente include vari medici di medicina generale ed altri specialisti impegnati su questo fronte, e si propone di fare emergere le difficoltà e le problematiche sperimentate su questo tema, di organizzare percorsi di formazione, di promuovere indagini di ricerca su specifiche ripercussioni sulla salute e di creare pool multidisciplinari di presa in carico.

Chi è interessato a partecipare ci può contattare per informazioni, partecipazione ai lavori del gruppo, confronto e proposte di iniziative.

Bibliografia e info:
e-mail: caldini@dada.it

TM



Giuseppe Corlito, Psichiatra, NPI e psicoterapeuta, laureato alla Scuola Sant'Anna di Pisa. Ha lavorato nel Serv. sanitario della Toscana, dove è stato primario di psichiatria, coordinatore del DSM dell'Area vasta Sud Est, Dir. di Distretto. Collabora con la Clinica Psichiatrica di Siena. È editor della Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici e membro della redazione di Psichiatria di Comunità. Centro Alcolologico Territoriale di GR.

Un programma alcolologico territoriale

L'esperienza grossetana

Vorrei riferire dell'esperienza grossetana di un programma alcolologico territoriale, fondato sui Club Alcolologici Territoriali e su una sinergia tra *empowerment comunitario* delle famiglie con problemi alcol correlati e rete dei servizi pubblici, che sta dando i primi risultati sulla cultura del bere e i primi *effetti di sistema*.

La definizione di "programma

alcolologico territoriale" è di Vladimir Hudolin, lo psichiatra fondatore dell'approccio ecologico-sociale. Lo definisce nel suo *Manuale di alcologia* (1992): "il programma complesso di controllo dei disturbi alcolcorrelati [che] cerca di istaurare il massimo di collaborazione possibile con i servizi ospedalieri, con quelli extraospedalieri, con i programmi alternativi e con tutte le organizzazioni pubbliche e di volontariato che si occupano dei disturbi alcolcorrelati". Prosegue: "I Club e i programmi complessi del territorio devono operare in stretto contatto soprattutto con il servizio di

medicina di base e con i servizi sociali di zona". Attribuisce ai Club un ruolo di empowerment, che travalica lo stretto ambito dell'alcologia: essi "dovrebbero rappresentare il più importante punto di sostegno della rete territoriale di promozione e promozione della salute".

Secondo tale approccio ogni comunità ha uno specifico equilibrio delle reti sociali che ne stabilisce le possibilità di sviluppo e di crescita. Quando tra le reti formali (servizi e istituzioni), informali (le reti familiari e sociali "naturali") e semiformali (le organizzazioni del volontariato, degli *stakeholder* ecc.) si determina un disequilibrio, nasce un problema. Anche i problemi con l'alcol dipendono da uno squilibrio ecologico: ad esempio

più aumentano i consumi più aumentano i problemi alcol; è la formula di Laederman (1964), un'evidenza scientifica forte, che è stata verificata in 52 paesi di diversa cultura (Intersult Study, 1990). I consumi dipendono dalla cultura del bere, dalla disponibilità delle bevande alcoliche, dall'atteggiamento dei servizi e delle istituzioni, dall'esistenza di programmi specifici per il controllo e la prevenzione, in sostanza dalla cultura dominante.

GIUSEPPE CORLITO

Psichiatra, Neuropsichiatra Infantile, psicoterapeuta, Grosseto

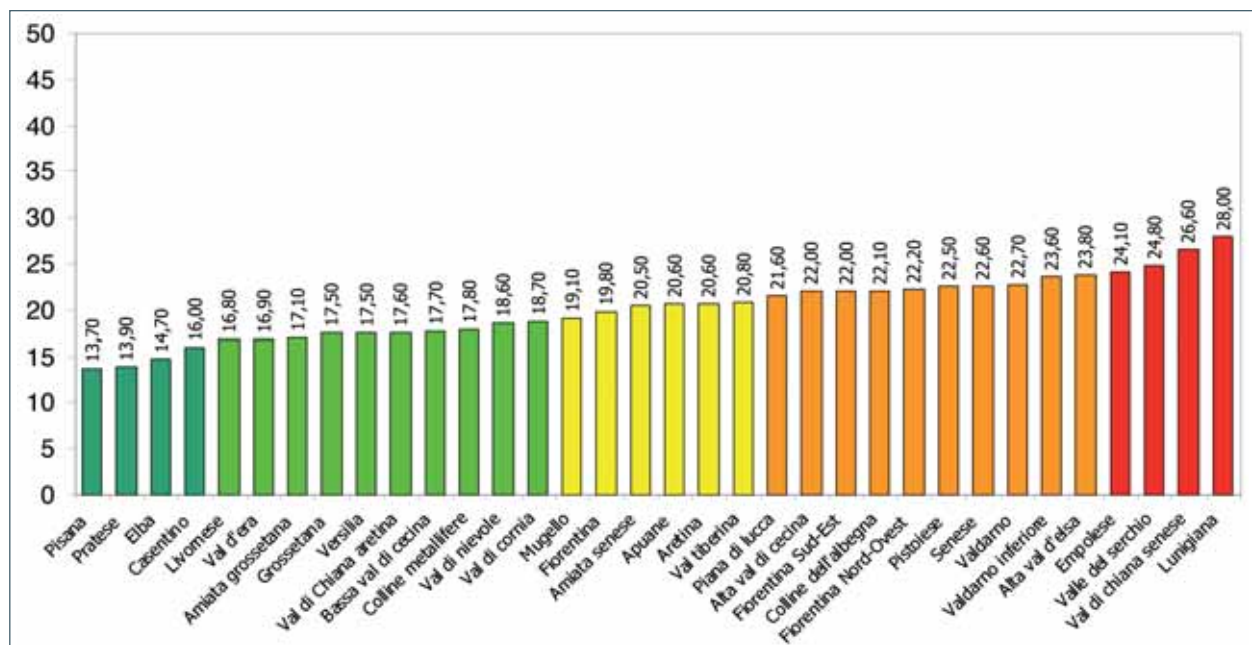


Figura 1 - Percentuale di bevitori a rischio - nuova definizione INRAN di forte bevitore.

In base al progetto PASSI “Guadagnare salute” (dati 2008, 2009 e 2010), la ASL 9 di Grosseto ha il tasso di bevitori a rischio (per definizione INRAN: colui che assume 3 *drink* standard/die, pari a 30 g di alcol) più basso della Toscana. Questo non dipende dall'intervento dei servizi e dei medici di famiglia perché la stessa fonte rileva che i bevitori a rischio non hanno ricevuto da loro l'indicazione di smettere o di ridurre il bere. La fonte del cambiamento deve essere ricercata altrove. Un lume ci viene dal Laboratorio MES della Scuola S. Anna di Pisa, che ha elaborato un sistema di indicatori per valutare l'impatto delle politiche socio-sanitarie. Dai dati PASSI per zone socio-sanitarie si evince una diversa distribuzione del tasso di bevitori a rischio (Figura 1): 3 zone socio-sanitarie su 4 (Amiata Grossetana, Grossetana, Colline Metallifere) stanno in ambito “verde”, indicante i territori a basso rischio, mentre la quarta zona (Colline dell'Albegna) è *arancione*, cioè a rischio elevato, ma lontana dall'allarme *rosso*. Questa diffusione riflette *casualmente* la storia della diffusione dei Club nel territorio grossetano. Il programma territoriale *storico* è quello del bacino dell'Amiata, che negli anni 90 del secolo scorso ha raggiunto la presenza di un Club in ogni comune della ex USL 32 (12 CAT nel periodo di espansione massima). Quello della zona Grossetana, nato nel 1991, si è sviluppato nell'ultimo decennio, raggiungendo il traguardo dei 18 Club in città e quindi toccando il tasso di 1 Club ogni 5000 abitanti, che nell'esperienza trentina ha dimostrato essere lo standard per la modifica della cultura del bere.

Le Colline Metallifere presentano l'insediamento storico di un gruppo di alcolisti anonimi dalla fine degli anni 80 e soprattutto conta attualmente su 3 Club a Follonica. La zona più carente è a Sud, le Colline dell'Albegna, che per un breve periodo ha contato su alcuni Club e che oggi ne è sfornita, anche per la mancata collaborazione con l'UF Dipendenze di quel Distretto. Si tratta di una suggestione importante che attende di essere verificata scientificamente (ad esempio attraverso una spe-

cifica domanda del Progetto PASSI).

Dal punto di vista della teoria del lavoro sociale di rete, a cui l'approccio ecologico-sociale si ispira (come ha dichiarato nel proprio *Manifesto* del 2011), “uno dei presupposti di base per il lavoro di rete rimane l'idea che sistemi formali e informali di aiuto debbano riuscire a coordinare le loro risorse se si vuole aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi” (Maguire, 1989). L'attivazione dei Club è uno dei migliori sistemi di lavoro di rete per intervenire sui problemi alcol correlati, come è stato dimostrato dal Progetto VALCAT, curato dall'Istituto Superiore di Sanità (2000). Un programma alcolologico territoriale deve creare la collaborazione tra tutte le reti sociali attraverso uno strumento specifico, teorizzato da Hudolin (1995) nel Centro Alcolologico Territoriale Funzionale, un tavolo di lavoro tra operatori pubblici e volontari per sviluppare la rete dei Club. Tale Centro esiste a Grosseto e viene rinnovato ogni 2 anni in occasione del Corso di Sensibilizzazione secondo il metodo Hudolin: vi partecipano i servitori-insegnanti dei CAT, gli operatori della ASL, gli operatori dei servizi sociali. Esiste una specifica convenzione (senza oneri finanziari) tra il Sert del Distretto dell'Area Grossetana e l'Associazione dei Club della stessa zona per la gestione di un punto di ascolto e per facilitare l'ingresso delle nuove famiglie dall'ambulatorio alcolologico ai Club (Figura 2).

L'ambulatorio è gestito da una convenzione tra la ASL-Società della Salute e la Clinica Psichiatrica di Siena, che mette a disposizione uno specializzando. Il programma di educazione continua delle famiglie dei Club e di prevenzione per le famiglie della comunità è gestito attraverso le Scuole Alcolologiche Territoriali, che fa parte del Piano Integrato di Salute del Distretto. Non esiste ancora l'*Ospedale senza alcol*, anche se da molti anni non viene distribuito ai degenti il vino ai pasti, ma è stato consegnato alla Direzione ASL il progetto elaborato da un gruppo di lavoro insieme al Centro Alcolologico Regionale.

TM

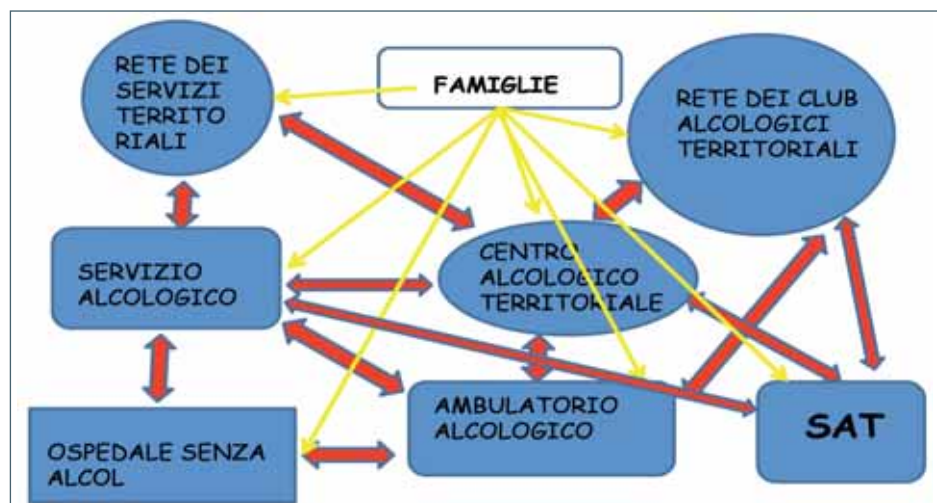


Figura 2 - Un programma alcolologico territoriale.



Paolo Bucchioni, Resp. del Laboratorio di tossicologia di secondo livello Regione Liguria-Sarzana. Laureato all'Univ. di Pisa, Professore di Biochimica applicata presso l'Univ. di Genova, Segretario Società Italiana Biochimica Clinica (Sibioc) - Regione Liguria.

Articolo 186/187 Codice della Strada

L'applicazione di un protocollo operativo alcool e droga

Il Codice della Strada riporta i protocolli operativi per gli accertamenti delle sostanze d'abuso: **art 186 e 187 del DL 30.4.1992 n. 285**, rispettiva-

mente per alcool e droga.

Questa normativa ha tra l'altro inasprito negli anni le sanzioni a carico dei conducenti risultati **positivi** ai controlli. L'ultima revisione del Codice è avvenuta infatti nell'anno 2010, ma appare purtroppo evidente che, a tutt'oggi, l'applicazione dei protocolli alcool-droga sia stata molto eterogenea e spesso parziale con evidenti carenze, sia formali che sostanziali, nell'attuazione di **corrette indagini tossicologiche** tali da rendere il referto del laboratorio non sostenibile in ambito giudiziario.

Spesso è stata utilizzata ed accettata la sola matrice urinaria, che offre una finestra temporale che non fornisce mai la certezza dell'attualità del consumo. Questo ultimo dato, **irrinunciabile** ai fini del giudizio di colpevolezza, può essere fornito solamente processando la matrice sangue od, in alternativa, il fluido salivare.

Le sanzioni possono avere un carattere amministrativo (ritiro della patente, confisca del mezzo, mancata copertura assicurativa, multa fino alla detenzione) o penale e spetta alla Polizia Giudiziaria fornire alla Magistratura le prove del reato commesso avvalendosi, nello specifico, delle indagini tossicologiche svolte dalle strutture sanitarie preposte, confidando chiaramente nella loro validità forense.

Per soddisfare queste esigenze operative, nel 2010, abbiamo studiato, condiviso e reso operativo con la Prefettura di La Spezia un **Protocollo tossicologico-codice stradale**, con la finalità di disciplinare e razionalizzare il servizio in oggetto, in piena osservanza della normativa vigente.

Questo ci ha permesso di seguire tutte le procedure previste: dall'attivazione della **catena di custodia** fino alla **conferma** dei risultati con indagini di **secondo livello**, allo scopo di produrre un referto finale proprio **conforme** e **sostenibile** in sede amministrativa e/o giudiziaria.

Ed è proprio questo il punto più critico e al contempo più qualificante: superare il **valore indi-**

P. BUCCHIONI*, F. EVANGELISTI**,
G.F. PETRICCIANI°, M. SBARBARO°°

* Responsabile Medico Laboratorio Analisi Sarzana

** Responsabile Medico Settore Tossicologia

° Tecnico Tossicologia

°° Tecnico Tossicologia

Tabella 1 - Sostanze ricercate

Test di screening 1° livello	a) Oppiacei e metaboliti b) Cocaina e metaboliti c) Metabolita acido del THC d) Amfetamina/ Metamfetamina/ MDMA e) Metadone f) Buprenorfina g) Alcool	cut-off 300 ng/ml » 300 ng/ml » 50 ng/ml » 1000 ng/ml » 300 ng/ml » 5 ng/ml » 0.5 g/l
Test di conferma 2° livello (spettrometria di massa)	♥♦♦ Oppiacei e metaboliti ♥♦♦ Cocaina e metaboliti ♥♦♦ Metabolita acido del THC ♥♦♦ Amfetamina/ Metamfetamina/ MDMA ♥♦♦ Metadone ♦♣ Alcool ♦♦ Buprenorfina ♦ Ketamina	
urine	•	
sangue	♦	
spazio di testa (ex art. 187 Codice della Strada)	♣	
matrici cheratiniche	♥	

ziario degli esami di screening (I livello) su urine, per raggiungere il **valore probatorio** delle conferme (II livello) su sangue.

A tal fine, andremo a valutare uno studio retrospettivo che va a dimostrare come il percorso virtuoso che inizia con gli aspetti formali del **consenso informato** e della **catena di custodia** e giunge al raggiungimento della **certezza** di guida sotto effetto di sostanze stupefacenti e/o di alcool, abbia portato a partire dall'applicazione dell'accordo con la Prefettura (luglio 2010), un **decremento significativo dei risultati positivi a fronte di un incremento dei controlli effettuati**.

Nelle Tabelle 1,2,3 sono riportati i risultati di tale studio.

Conclusioni

Dall'osservazione dei nostri dati emerge la necessità di rendere omogenei e corretti i percorsi operativi che la Legge ci impone.

Ciò risulta obbligatorio non solo per Laboratori come il nostro, dal 2007 **polo di diagnostica di II livello per la Regione Liguria**, ma per qualun-

que soggetto sanitario chiamato, secondo il proprio specifico ruolo, a fornire una risposta **adeguata** agli organi di polizia.

In altri termini nessuno può sottrarsi agli obblighi che la Legge gli impone e quindi è tenuto a implementare un iter procedurale che sia aderente alla normativa vigente con due scopi entrambi irrinunciabili: fornire all'autorità giudicante le prove di condotta di guida illecita ed, al contempo, garantire la non punibilità per i conducenti che non hanno commesso il fatto.

Nel nostro caso tra l'altro è nata una stretta collaborazione con la Prefettura, con gli Organi di Polizia e con la Magistratura, che può essere considerata una preziosa esperienza e che, cosa più importante, ha prodotto un significativo miglioramento in termini di efficacia ed efficienza nell'ambito della sicurezza stradale.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: paolo.bucchioni@asl5.liguria.it

TM

Tabella 2 - Dati dell'Osservatorio per il monitoraggio e l'analisi del fenomeno dell'incidentalità stradale

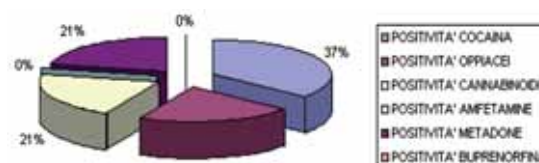
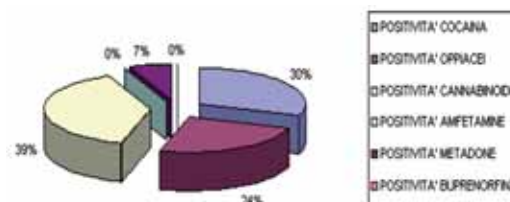
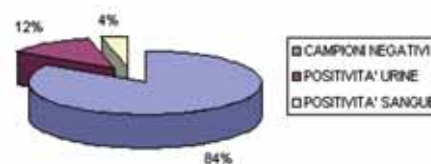
ANNO	2009	2010	2011
Persone fermate e controllate per verificare la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (art.187)	180	274	381
Controlli risultati positivi	55	22	14
Persone fermate e controllate per la guida in stato di ebbrezza alcolica (art. 186)	4800	5684	5096
Controlli risultati positivi	495	416	298

Tabella 3 - Dati delle indagini di laboratorio anno 2011

Totale campioni ricevuti	381	%
Campioni negativi	321	84
Positività urine	46	12
Positività sangue	14	4

Campioni positivi urine	46	%
Positività cocaina	14	30
Positività oppiacei	11	24
Positività cannabinoidi	18	39
Positività amfetamine	0	0
Positività metadone	3	7
Positività buprenorfina	0	0

Campioni positivi sangue	14	%
Positività cocaina	5	36
Positività oppiacei	3	21
Positività cannabinoidi	3	21
Positività amfetamine	0	0
Positività metadone	3	21
Positività buprenorfina	0	0





Enrico Reginato, Spec. in Chir. Cardiaca e in Chir. Vascolare. Master in Direzione, Org. e Gestione delle Az. Sanit. Dal 1 Ottobre 1972 al 1 Maggio 2008 (data del pensionamento) dirigente cardiocirurgo presso l'Osp. di MS. Membro del Consiglio dell'Ordine di MS dal 1985 al 1990. Segr. Reg.le ANAAO Toscana dal 1995 al 2002 e membro della Segr. Reg.le 2002 al 2010. Vicepresidente FEMS (Federation Europeenne Medecins Salariée).

I risultati della Sanità in Toscana: chi li calcola?

Pubblichiamo volentieri un contributo del collega Reginato, che pone un punto di vista molto attento sulla carenza di valutazione dei risultati del SSR e la scarsa utilizzazione dell'ARS quale strumento di sistema. Ci auguriamo di avere presto il parere dell'ARS.

L'efficienza di un sistema, in particolare quello sanitario, è rappresentato dall'utilizzo ottimale delle risorse. Schematicamente si può definire come il rapporto fra il prodotto e le risorse utilizzate (*output/input*).

L'efficacia del sistema riguarda invece il raggiungimento del fine

istituzionale, schematicamente: il rapporto fra risultato e prodotto (*outcome/output*).

Il prodotto di efficienza ed efficacia rappresenta il rendimento (*performance*) del sistema. Schematicamente:

$$\text{output/input} \times \text{outcome/output} = \text{outcome/input}$$

(efficienza) (efficacia) (rendimento)

Il punto su cui verte questo documento è quello dell'*outcome*, ovvero dei risultati a distanza e la loro misura.

È infatti relativamente semplice misurare l'*input*, rappresentato dalle risorse immesse nel sistema, che coincidono con i costi, nei fatti con una serie di numeri.

È anche relativamente misurabile la produzione di servizi, che complessivamente si misurano in numero di prestazioni erogate. Ancora una serie di numeri.

Quello che invece è più difficile misurare è il risultato che si ottiene dall'investimento delle risorse e dal loro utilizzo in termini di risultato sulla salute dei cittadini.

Il rapporto *costi/benefici* è in qualche modo misurabile, il beneficio si misura in termini di *costi evitati*, quindi sempre numeri, ma il rapporto *costi/risultati* è molto più complesso; nel campo della salute vi è una continua esigenza di miglioramento dei risultati, ma non si può migliorare nulla che non sia misurabile, è quindi necessario introdurre dei metodi di misura della qualità del sistema.

La definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, "La qualità delle cure è il grado in cui i servizi sanitari per le persone e le popolazioni

umentano la probabilità di **esiti di salute desiderati** e sono coerenti con le attuali conoscenze professionali" in effetti riduce un po' la portata dell'affermazione di Donabedian "Quel tipo di cura che si prevede di massimizzare **il benessere complessivo del paziente**, dopo che si è tenuto conto del saldo previsto degli utili e delle perdite presenti nel processo di cura in tutte le sue parti", passando dal concetto di "benessere complessivo del paziente" a quello un po' più riduttivo di "esiti di salute desiderati", ma include il concetto di misura di dimensioni, il riferimento ai servizi ed alle conoscenze attuali, considera non solo

l'individuo ma anche le popolazioni come obiettivo degli sforzi di assicurazione della qualità.

Una legge fondamentale dell'economia ci dice che i bisogni sono illimitati e le risorse sono limitate, per cui è indispensabile introdurre in ogni sistema economico il concetto dell'allocazione delle risorse, compito della Politica Economica.

Limitandoci agli aspetti iniziali, quelli della qualità del prodotto, è evidente che la Qualità produce risparmio, dato che in campo sanitario Qualità significa:

- appropriatezza della diagnosi;
- appropriatezza della terapia;
- abbattimento delle complicità.

Ma non solo la qualità deve essere assicurata al massimo livello compatibile con le risorse disponibili, ma deve anche essere in qualche modo segnalato ai cittadini che tale qualità è garantita dallo Stato attraverso accurata misura di essa.

Esiste una decisa asimmetria informativa fra i cittadini che si rivolgono al Servizio Sanitario e gli operatori del servizio stesso, per ovvii motivi tecnici e culturali, allo stesso modo in cui il consumatore si deve fidare dei controlli di legge sui prodotti alimentari di cui si nutre, non dovendo necessariamente essere un esperto in tecniche della conservazione alimentare.

Emerge, quindi, immediatamente l'importanza della misura della qualità dell'assistenza fornita, sia in termini economici che in termini, doverosi, di servizio pubblico.

ENRICO REGINATO

Già Segretario Regionale ANAAO Toscana

Come abbiamo detto, non si può migliorare nulla che non sia misurabile; si tratta, quindi, di determinare le metodiche attraverso cui effettuare la misura della qualità del sistema sanitario.

Le metodiche più diffuse per la valutazione dei risultati dei sistemi sanitari sono quelle dell'accreditamento.

Donabedian ha messo in risalto che la misura della qualità deve riguardare tre aspetti: struttura, processo, esito.

La Regione Toscana, con la LR 23 febbraio 1999 n.8, ha istituito una metodica di accreditamento, successivamente aggiornata con la LR 5 agosto 2009, n. 51, che, tuttavia prevede, da parte di commissioni appositamente istituite, dipendenti dalla Giunta Regionale, la valutazione delle diverse strutture sanitarie pubbliche e private, ma esclusivamente degli aspetti relativi a struttura e processo.

Il sistema è stato recentemente modificato in senso peggiorativo, dato che le nuove commissioni di accreditamento sono state nominate attribuendo un punteggio molto elevato al personale che lavora nelle U.O. di Qualità delle Aziende Sanitarie o ospedaliere toscane, che operano nello stesso ambito: il processo. La valutazione della Struttura continua ad essere affidata al personale dei Dipartimenti di Prevenzione, con procedura attualmente separata dalla valutazione del processo. In pratica il rinnovato accreditamento toscano, in un crescendo di burocratizzazione del sistema sanitario, si riduce ad uno scambio di visite fra colleghi che, in orario di servizio, confrontano i rispettivi protocolli operativi di processo.

La valutazione dell'esito non è contemplata, né esistono a tutt'oggi, a distanza di 13 anni dall'istituzione dell'accreditamento regionale, norme regionali che contemplino l'adozione di criteri, se non di standard, per la valutazione dell'esito.

Si trascura quindi l'aspetto più importante, quello che maggiormente interessa il cittadino: "che prospettive di cure adeguate mi aspettano nella struttura a cui mi rivolgo per i miei problemi di salute?".

Il cittadino si attende che il Servizio Sanitario pubblico, oltre a fornire i servizi direttamente o con strutture sussidiarie, gli garantisca anche che quelle stesse strutture siano adeguatamente efficaci, e questo tipo di garanzia viene assicurata solo applicando i corretti metodi di valutazione, seguiti dai necessari correttivi laddove sia necessario, in tempi rapidi.

L'ARS doveva avere la funzione di una struttura di controllo degli esiti delle politiche sanitarie regionali, decise dal Consiglio Regionale ed attuato dalla Giunta Regionale.

La struttura, nelle premesse, metteva in pratica la teoria dei sistemi: un sistema, per essere ben funzionante, deve essere aperto sia all'ingresso che all'uscita, in caso contrario tende all'entropia: massima confusione delle molecole, minimo livello energetico.

In un sistema sanitario l'ingresso è rappresentato dall'analisi dei bisogni, e l'uscita dalla valutazione dei risultati.

Senza questi dispositivi, il sistema non può essere modificato per rispondere alle funzioni cui è finalizzato.

L'Agenzia quindi fu dotata di un osservatorio epidemiologico ed un osservatorio della qualità. L'osservatorio epidemiologico aveva il compito di valutare come, a seguito delle decisioni della politica sanitaria e della loro applicazione da parte dell'Esecutivo, si era modificato il quadro epidemiologico della popolazione; l'osservatorio per la qualità doveva adoperarsi per definire i criteri e, laddove possibile, gli standard, di misurazione dell'esito delle politiche sanitarie in termini, soprattutto di esito ed effettuare i relativi controlli di qualità.

L'ARS fu istituita nel 1998 ma fu la LR n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) del 24 febbraio 2005 (e successive modifiche e integrazioni) che ne ha fissato i compiti, le funzioni e la struttura organizzativa. La legge finanziaria regionale per il 2011 ha ulteriormente ridefinito l'organizzazione dell'ARS: il nuovo assetto è vigente dal 27 luglio 2011.

Il Regolamento generale di organizzazione attribuisce all'Osservatorio **la definizione di indicatori e standard di qualità (anche in funzione del processo di accreditamento istituzionale e per la definizione di sistemi di monitoraggio orientati al controllo e alla verifica di qualità dei servizi socio-sanitari)** e l'applicazione di linee guida e nella costruzione di reti di operatori per la diffusione di pratiche assistenziali efficaci e appropriate.

Dell'attività dell'ARS, in effetti poco si conosce e l'impressione che se ne rileva è che della sua attività ed utilità non si tenga molto conto. Negli anni sono stati prodotti alcuni documenti, soprattutto relativi a dati epidemiologici, nei quali, tuttavia, si esponevano i dati raccolti ma non vi era nessun riferimento alla *mission* dell'ARS, ovvero "sui risultati delle attività del servizio sanitario regionale", in pratica su come, in base alle attività del SSR, si era modificato lo stato di salute della popolazione, con un criterio, quindi, critico sul sistema.

Sono stati pubblicati alcuni quaderni su alcuni aspetti della sanità toscana:

Per fare un importante esempio, in: *La Cardiologia Invasiva in Toscana - I: coronarografie ed angioplastiche. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; 7, Luglio 2003:58*, si riporta: "La normativa europea prescrive che, durante i 4 anni della scuola, il Medico Specialista venga assegnato ad un tutor per effettuare, a partire dal 2° anno di attività, attività di emodinamica sia diagnostica che interventistica... accade tuttavia non di rado che il medico specialista in Cardiologia **non abbia avuto l'opportunità di**

effettuare alcuna attività di Emodinamica durante la Scuola di Specializzazione”.

L'osservazione è puntuale, la formazione post-laurea è uno dei punti più deboli del sistema. Ma il contenuto del documento è rimasto completamente ignorato, visto che i meccanismi di formazione postlaurea non hanno subito modifiche alcune in direzione di una migliore qualità, e del rispetto della normativa Italiana ed Europea.

Il mondo sanitario italiano è attraversato da una notevole mole di problemi, con reiterati assalti da parte del Governo nazionale, al finanziamento dei sistemi regionali.

Vi sono Regioni che, sul piano contabile, dimostrano di essere più virtuose di altre e la Regione Toscana è fortunatamente fra quelle, ma il solo dato contabile del pareggio di bilancio non deve indurre il sistema regionale ad adagiarsi sulla situazione senza una tendenza al miglioramento continuo.

L'argomento trattato in questo documento è limitato ad un solo aspetto del sistema, ma sicu-

ramente non secondario: la qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai cittadini.

È un problema sociale con importanti risvolti economici e necessita di un maggiore impegno rispetto a quello attuale, senza particolari stravolgimenti dell'architettura del sistema, ma semplicemente con una maggiore efficienza (utilizzo ottimale delle risorse) delle strutture esistenti. L'attuale situazione vede, di fatto, uno spreco di risorse costituito da un'ARS malfunzionante, nel completo disinteresse delle componenti legislativa ed esecutiva della Regione.

L'attività di Accreditamento, che ricomprenda anche la valutazione degli esiti, deve essere compito dell'Agenzia Regionale e deve essere sottratta all'apparato della Giunta Regionale, che mostra aspetti di crescente burocratizzazione, antitetico di un sistema sanitario che viene definito come *Aziendale*, al cui interno operano numerosi *dirigenti* che, per definizione, sono forniti di autonomia decisionale, che mal si accorda con un sistema di tipo burocratico. **TM**

CONVEGNO: CHI CURA I CURANTI? Il disagio dei medici nella sanità moderna

Venerdì 12 ottobre 2012

Auditorium di Careggi c/o CTO, Largo Palagi 1 Firenze

- 08:30** Saluto delle autorità - **Luigi Marroni, Valtere Giovannini**
- 08:45** Introduzione al convegno - **Antonio Panti**
- 09:00** La crisi di identità del medico, tra senso di onnipotenza e limiti della medicina - **Sandro Spinsanti**
- 09:30** Sognavo di fare il medico - **Roberto Satolli**
- 10:00** Il benessere del medico come obiettivo del servizio - **Laura Belloni**
- 10:30** Un medico *not at ease* in una sanità in *disease* - **Gemma Brandi**
- 11:00** Discussione
- 12:15** **Tavola rotonda** Chairman - **Giancarlo Berni**

La relazione di cura e i problemi del curante: riflessi sul governo clinico

Discussants:

Riccardo Cassi, Gian Franco Gensini, Teresita Mazzei, Giacomo Milillo, Carlo Palermo

- 13.30** Conclusioni: un patto con la società - **Amedeo Bianco**
- 14.00** Fine lavori

Al termine dei lavori verrà offerto un light-lunch

**Si prega di dare cortese conferma di partecipazione:
relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it**

Criteri di Beers: aggiornamento del 2012

Un anno fa questa stessa rivista pubblicava nelle pagine informative della Regione Toscana i "Criteri di Beers"¹, un elenco dei rischi connessi all'utilizzo negli anziani di alcuni farmaci, molti dei quali di prescrizione comune. L'elenco, che porta il nome dell'Autore, il Geriatra Mark Howard Beers (1954-2009) era rimasto aggiornato al 2003 (terza revisione), poco prima che la gravissima forma di diabete di cui Beers era affetto gli impedisse di lavorare. In considerazione della grande rilevanza della Lista di Beers per la pratica clinica ma anche del lungo periodo nel frattempo trascorso, era stata cura della Commissione Terapeutica del Servizio Sanitario della Toscana produrre e divulgare anche un aggiornamento sulla base di tutte le altre liste di farmaci con possibili effetti avversi realizzate negli anni successivi.

A quasi dieci anni di distanza dal precedente aggiornamento, nel Febbraio di quest'anno il Journal of American Geriatric Society ha pubblicato l'aggiornamento ufficiale della Lista di Beers², prodotto da un panel di 11 Esperti con i criteri dell'"evidence-based medicine" che vengono utilizzati oggi routinariamente nella predisposizione delle Linee Guida. A fianco di ciascuna raccomandazione d'uso delle diverse molecole esaminate, infatti, gli Autori della Lista revisionata riportano lo specifico livello di evi-

denza e la forza con cui gli stessi ritengono che l'indicazione debba essere attesa. Il recentissimo (Marzo 2012) "Documento programmatico Medicina Generale - AIFA"³ sull'uso appropriato dei farmaci riporta in

Appendice C la parte della lista di Beers aggiornata che riguarda i criteri d'uso delle Medicazioni Potenzialmente Inappropriate (PIM) negli adulti

anziani. La newsletter indipendente "Vobisnews"⁴ ne ha prodotto e messo in rete un adattamento di consultazione particolarmente agevole, nel quale il colore di sfondo di ciascuna Raccomandazione indica un PIM generalmente inappropriato negli anziani (rosa) o un PIM subordinato alla tipologia clinica del paziente (azzurro).

Riteniamo di far cosa gradita a tutti i Colleghi della Toscana riproporre qui la versione "VobisnewsMagazine" della lista di Beers aggiornata (redatta da: Saffi Ettore Giustini, Paola Mandelli, Luigi Santoiemma e Lucio Zinni) affinché possa essere utile nella pratica quotidiana, così come abbiamo motivo di ritenere lo sia stata la versione precedentemente prodotta.

Un particolare ringraziamento va ai colleghi Antonio Bavazzano, Chiara Bozzano, Claudio Pedace e Luigi Tonelli per l'assistenza fornita in questa come in altre azioni divulgative.

GIANCARLO BERNI, LUIGI TONELLI

Consiglio Sanitario Regionale

■ Farmaci da evitare.

■ Farmaci da evitare solo in determinato tipo di impiego o sottogruppo di pazienti.

Tabella 1 - Farmaci da evitare

FARMACO	RAZIONALE	RACCOMANDAZIONE
Anticolinergici		
ANTISTAMINICI I° GENERAZIONE Clorfeniramina Ciproepstadina Desclorfeniramina Difenidramina Idrossisizina Prometazina	Marcati effetti anticolinergici; clearance ridotta con età; tolleranza quando usati come ipnotici.	Evitare. L'uso di difenidramina può essere appropriato in alcune situazioni (es. trattamento di allergia grave).
Clidinio-clordiazepossido Scopolamina	Marcati effetti anticolinergici.	Evitare, eccetto che in cure palliative per brevi periodi per ridurre le secrezioni orali.

1 <http://www.ordine-medici-firenze.it/Testi%5CTM%202011%5Ctm0511.pdf>

2 http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria_JAGS.pdf

3 <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/licenziato-il-%E2%80%9Cdocumento-programmatico-medicina-generale-aifa%E2%80%9D>

4 http://www.fimmga.it/index.php?option=com_k2&view=item&id=374:vobisnews

Antitrombotici		
Dipiridamolo a breve durata d'azione	Può causare ipotensione ortostatica.	Evitare.
Ticlopidina	Disponibili alternative più sicure.	
Cardiovascolari		
Doxazosina terazosina	Alto rischio di ipotensione ortostatica; da non usare come trattamento abituale dell'ipertensione.	Evitare come anti-ipertensivi.
Alfametildopa Clonidina	Alto rischio di eventi avversi a carico del SNC, bradicardia, ipotensione. Non raccomandati come trattamento abituale dell'ipertensione.	Evitare.
Amiodarone Dronedarone Flecainide Propafenone Chinidina Sotalolo Disopiramide	Dati suggeriscono che il controllo della frequenza è preferibile nel rapporto benefici/danni a quello del ritmo. La Disopiramide può indurre scompenso cardiaco.	Evitare antiaritmici come trattamento di scelta per la fibrillazione atriale. Evitare disopiramide. Evitare dronedarone in pazienti con fibrillazione atriale o scompenso.
Digossina 0,125 mg	Dosaggi più alti sono associati a rischio di tossicità.	Evitare.
Nifedipina pronto rilascio	Potenziale ipotensione; rischio ischemia cardiaca.	Evitare.
Spirolattone >25 mg/d	Rischio di iperkaliemia specie in presenza di FANS, ACEi, sartani, supplementi potassio.	Evitare in scompenso o CrCl< 30 mL/min.
Sistema Nervoso Centrale		
Amitriptilina Clomipramina Imipramina Trimipramina Perfenazina-amitr.	Marcati effetti anticolinergici, sedazione, ipotensione ortostatica.	Evitare.
Antipsicotici tradizionali e atipici	Aumentato rischio di ictus e morte in soggetti con demenza.	Evitare l'uso per problemi comportamentali in demenza: valutare se inadeguate opzioni non farmacologiche e in caso di pericolo per sé/altri
Fenobarbital	Dipendenza fisica, tolleranza, overdose.	Evitare.
Benzodiazepine a breve, media e lunga durata.	Aumentato rischio di decadimento cognitivo, delirio, caduta.	Evitare l'uso per trattamento di insonnia, agitazione, delirio.
Zopiclone Zolpidem Zaleplon	Rischi simili alle benzodiazepine.	Evitare uso cronico (>90 giorni).
Isossisuprina	Mancanza di efficacia.	Evitare.
Sistema Endocrino		
Androgeni	Potenziali problemi cardiaci.	Evitare tranne che per ipogonadismo grave.
Estratti tiroidei	Alternative più sicure	Evitare
Estrogeni con e senza progestinici	Rischi carcinogenetici (mammella ed endometrio).	Evitare topici e sistemici. La crema vaginale è accettabile a basso dosaggio per infezioni basse vie urinarie, dispareunia, sintomi vaginali.
Ormone somatotropo		Evitare tranne terapia sostitutiva dopo asportazione ipofisi.
Insulina, sliding scale	Rischio ipoglicemia.	Evitare.
Megestrol	Rischio trombosi e morte.	Evitare.

Gastrointestinali		
Metoclopramide	Effetti extrapiramidali.	Evitare tranne che in gastroparesi.
Olio minerale (paraffina)	Alternative più sicure.	Evitare.
Analgesici		
FANS non selettivi	Rischio GI.	Evitare uso cronico, tranne nel caso di inefficacia delle alternative e in associazione a PPI o misoprostol.
Indometacina Ketorolac		Evitare.
Pentazocina	Effetti avversi SNC. Alternative più sicure.	Evitare.
Miorilassanti		
Ciclobenzaprina Orfenadrina	Effetti anticolinergici, sedazione, rischio frattura.	Evitare.

Tabella 2 - Farmaci che possono peggiorare una malattia/sindrome.

MALATTIA/SINDROME	FARMACO	RAZIONALE
CARDIOVASCOLARE		
SCOMPENSO CARDIACO	FANS non selettivi e selettivi per COX2 (evitare in scompenso sistolico), Pioglitazone, Dronedarone, Cilostazolo.	Evitare: peggioramento scompenso.
SINCOPE	Inibitori acetilcolinesterasi, Alfa1bloccanti, Antidepressivi triciclici, Cloropromazine, Olanzapina.	Evitare: aumentato rischio di ipotensione ortostatica o bradicardia.
SISTEMA NERVOSO CENTRALE		
EPILESSIA	Bupropione, Cloropromazina, Clozapina, Olanzapina, Maprotilina, Tramadol.	Evitare: abbassano la soglia convulsivante. Accettabili in caso di mancanza di alternative, in pz. ben controllati.
DELIRIO	Antidepressivi triciclici, Anticolinergici, Benzodiazepine, Cloropromazina, Corticosteroidi, H2-antagonisti, Ipnotici sedativi.	Evitare: in pazienti in trattamento cronico graduare la sospensione.
DEMENZA	Anticolinergici, Benzodiazepine, H2-antagonisti, Zolpidem, Antipsicotici.	Evitare: gli antipsicotici sono associati a rischio aumentato di ictus e morte in soggetti con demenza; possono essere valutati nelle turbe comportamentali se inefficaci misure non farmacologiche.
STORIA DI CADUTE O FRATTURE	Anticonvulsivanti, Antipsicotici, Benzodiazepine, Zopiclone, Zaleplon, Zolpidem, Antidepressivi triciclici, Antidepressivi SSRI.	Evitare: accettabili solo in assenza di alternative più sicure; accettabili anticonvulsivanti per patologia comiziale.

INSONNIA	Decongestionanti orali (es: pseudoefedrina), Metilfenidato, Teofillina, Caffeina.	Evitare.
MORBO DI PARKINSON	Antipsicotici tranne Quetiapina e Clozapina, Antiemetici (Metoclopramide, Prometazina, Procloperazina)	Evitare: antagonisti recettori dopamina possono peggiorare i sintomi parkinsoniani.
GASTROINTESTINALE		
STIPSI CRONICA	Antimuscarinici orali per incontinenza: Fesoterodina, Ossibutinina, Solifenacina, Tolterodina, Trosipium, Diltiazem, Verapamil. Antistaminici di I generazione. Anticolinergici e antispastici. Antidepressivi triciclici.	Evitare: possono peggiorano la stipsi. Accettabili in assenza di altre alternative.
STORIA DI ULCERE DUODENALE O GASTRICA	ASA (>325 mg/die), FANS non COX2selettivi	Evitare: tranne in caso che le alternative siano inefficaci assumendo gastroprotettori (IPP/misoprostol)
RENE E VIE URINARIE		
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA STADIO IV E V	FANS (anche in associazione).	Evitare.
INCONTINENZA URINARIA	Estrogeni orali e transdermici.	Evitare: aggrava l'incontinenza.
DISTURBI DELLE BASSE VIE URINARIE/ IPB	Anticolinergici inalatori, forti anticolinergici tranne antimuscarinici per incontinenza urinaria.	Evitare nell'uomo: possono ridurre il flusso urinario e causare ritenzione urinaria.
INCONTINENZA URINARIA DA STRESS O MISTA	Alfa1bloccanti.	Evitare nella donna: possono aggravare l'incontinenza.

Tab. 3 - Farmaci da usare con cautela.

FARMACO	RAZIONALE	RACCOMANDAZIONE
ASA per prevenzione primaria di eventi cardiaci	Assenza di evidenza di benefici > 80 aa.	Uso con cautela in anziani > 80 aa.
DABIGATRAN	Maggior rischio di sanguinamento vs warfarin >75 aa; assenza di evidenza di efficacia e sicurezza in CrCl<30ml/m.	Uso con cautela >75 aa e ClCr <30 ml/m.
PRASUGREL	Maggior rischio di sanguinamento in anziano; da valutare in caso di alto rischio cv (pregresso IMA o diabete mellito).	Uso con cautela >75 aa.
ANTIPSIKOTICI CARBAMAZEPINA CARBOPLATINO CISPLATINO MIRTAZAPINA SNRI SSRI ANTID.TRICICLICI VINCRISTINA	Possono causare o peggiorare sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico o iponatriemia.	Uso con cautela: monitorare strettamente il sodio.
VASODILATATORI	Possono determinare sincope in individui con anamnesi di episodi sincopali.	Uso con cautela.

Note sulla Spesa Farmaceutica della regione Toscana, anno 2011*

La Spesa Farmaceutica Convenzionata

Farmaci, Classe A e C, erogati tramite le Farmacie convenzionate private e pubbliche del territorio regionale (Figura 1, Figura 2).

Nell'anno 2011 si registra una costante e progressiva diminuzione del costo per ricetta grazie a vari fattori: scadenze brevettuali, maggiore appropriatezza prescrittiva, ed in particolare, l'entrata in vigore della Determinazione AIFA dell'8 Aprile 2011 che ha disposto nuovi prezzi, in vigore dal 15 aprile 2011, per ogni categoria di farmaci a brevetto scaduto compresi all'interno delle liste di trasparenza AIFA.

Tale provvedimento ha contribuito alla diminuzione del **7,3%** del costo regionale per ricetta in due mesi (da **15,80€** del mese di Marzo 2011 a **14,64€** del mese di Maggio 2011).

Risulta inoltre significativa la scadenza bre-

vettuale del farmaco Valsartan (in lista di trasparenza regionale dal 15 Novembre 2011) che concorre alla riduzione del costo per ricetta fino ai **13,93 €** di Dicembre 2011.

Da Gennaio a Dicembre 2011 il costo medio per ricetta si riduce del **12,42%**.

La spesa farmaceutica regionale convenzionata del-

l'anno 2011 rispetto al 2010 registra i seguenti scostamenti percentuali: **-4,6%** della spesa Lorda (2010 vs. 2009 era +1,31%), **-8,8%** della spesa netta (2010 vs. 2009 era +0,01%) nonostante l'incremento dell'**1,3%** delle ricette (2010 vs. 2009 era +3,68%).

L'incidenza totale degli sconti di legge, sulla spesa Lorda, passa dal **6,24%** del 2010 al **7,63%** del 2011. L'incidenza, sulla spesa Lorda, della compartecipazione del cittadino tramite il pagamento della differenza tra il prezzo del farmaco

VINCENZO PALMIERI*, LOREDANO GIORNI**

* Settore Politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza Regione Toscana

** Dirigente Responsabile di settore - Settore Politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza Regione Toscana

Azienda	2010			
	Lordo	Quota prezzo riferimento	NETTO con sconto 1,83% Az. Farm. L. 112/2010	Ricette
Massa Carr.	40.636.498	1.795.096	36.343.892	2.248.738
Lucca	43.240.949	2.235.430	38.306.656	2.370.950
Pistoia	55.908.017	2.658.656	49.722.289	3.067.268
Prato	35.982.203	1.531.885	32.234.222	2.041.046
Pisa	63.226.762	2.988.242	56.194.709	3.348.591
Livorno	68.714.650	2.989.825	61.406.008	3.792.487
Siena	50.645.310	2.304.734	45.292.294	2.745.112
Arezzo	67.345.061	2.892.219	60.286.566	3.591.929
Grosseto	43.875.146	2.019.552	39.187.516	2.398.551
Firenze	161.668.441	6.589.898	144.633.284	8.491.205
Empoli	38.568.073	1.962.986	34.221.972	2.295.484
Viareggio	31.144.092	1.479.617	27.669.354	1.690.887
Totale	700.955.203	31.448.141	625.498.762	38.082.248

* Sono esclusi dai dati di spesa i seguenti farmaci: Plasmaderivati e Fattori della coagulazione dna ricombinanti, radiofarmaci diagnostici, mezzi di contrasto e vaccini.

Figura 2 - Spesa farmaceutica convenzionata 2011 per Azienda erogatrice.

2011				Variazioni % 2011 2010			
Lordo	Quota prezzo riferimento	Netto	Ricette	Lordo	Quota prezzo riferimento	Netto	Ricette
38.736.883	2.454.271	33.202.161	2.279.850	-4,7%	36,7%	-8,6%	1,4%
41.321.918	2.969.756	34.980.845	2.392.283	-4,4%	32,8%	-8,7%	0,9%
53.775.215	3.688.490	45.725.661	3.123.178	-3,8%	38,7%	-8,0%	1,8%
35.227.297	2.112.410	30.213.312	2.112.000	-2,1%	37,9%	-6,3%	3,5%
59.903.130	4.047.379	50.840.697	3.369.270	-5,3%	35,4%	-9,5%	0,6%
64.723.686	4.059.578	55.338.771	3.802.910	-5,8%	35,8%	-9,9%	0,3%
48.145.007	3.259.673	41.074.506	2.797.064	-4,9%	41,4%	-9,3%	1,9%
63.263.420	3.898.715	54.248.749	3.648.769	-6,1%	34,8%	-10,0%	1,6%
41.563.978	2.748.829	35.588.449	2.418.133	-5,3%	36,1%	-9,2%	0,8%
154.471.982	8.834.114	132.403.377	8.574.739	-4,5%	34,1%	-8,5%	1,0%
37.778.952	2.711.073	31.911.300	2.338.749	-2,0%	38,1%	-6,8%	1,9%
29.582.816	2.021.716	25.098.323	1.716.131	-5,0%	36,6%	-9,3%	1,5%
668.494.284	42.806.005	570.626.150	38.573.076	-4,6%	36,1%	-8,8%	1,3%

erogato e quello di riferimento rimborsato, passa dal **4,49%** del 2010 al **6,40%** del 2011.

In valori assoluti la spesa farmaceutica convenzionata dell'anno 2011 genera un risparmio di **54.872.612€** rispetto all'anno 2010 (2010 vs 2009 + **46.114€**).

La Spesa per Erogazione Diretta, DPC, altre Forme di erogazione diretta territoriale non nominativa.

(Farmaci Classe A e C) (Figura 3)

L'Erogazione Diretta tramite le strutture delle Aziende Sanitarie (farmacie ospedaliere e/o presidi territoriali, visita ambulatoriale e dimissione ospedaliera) ammonta a **80.881.823€**,

+**5,4%** rispetto al 2010 (2010 vs 2009, era +6,4%). L'espansione di tale forma di erogazione consente un notevole risparmio per le aziende sanitarie.

In valori assoluti la Erogazione Diretta dell'anno 2011 genera un aumento di **4.166.191€** rispetto all'anno 2010 (2010 vs 2009 + **4.596.366€**).

La Distribuzione per nome e conto è effettuata tramite le farmacie convenzionate pubbliche e private. Esse distribuiscono i farmaci acquistati dalle Aziende Sanitarie a fronte di un compenso, per il solo servizio di erogazione, di **5,40€** per ogni confezione. Il solo costo dei farmaci erogati nel 2011 ammonta a **99.248.474€**, + **3,0%** rispetto al 2010 (2010 vs. 2009, era + 8,4%).

Figura 3 - I dati di spesa non comprendono i farmaci plasmaderivati acquistati (compreso Fatt. coag. Dna Ricombinanti) ne quelli del CRS. Sono esclusi anche i radiofarmaci diagnostici, farmaci mezzi di contrasto e i vaccini

Totale Spesa Farmaceutica in erogazione DIRETTA farmaci fascia A e C anno 2011 vs. 2010												
AZIENDA	Erogazione Diretta Farmaci Classe A e C (tramite strutture delle Aziende Sanitarie)			DPC (erogazione per nome e conto)			Spesa per ALTRE FORME DI EROGAZIONE TERRITORIALE senza ricetta, non nominativa			Spesa Totale Diretta + DPC + Altre forme Diretta		
	2011	2010	scost % 2011 vs 2010	2011	2010	scost % 2011 vs 2010	2011	2010	scost % 2011 vs 2010	2011	2010	scost % 2011 vs 2010
Massa e C.	2.196.732	2.257.697	-2,7%	7.259.579	7.203.869	0,8%	236.317	165.006	43,2%	9.692.628	9.626.572	0,7%
Lucca	5.977.824	6.533.683	-8,5%	4.687.929	4.031.059	16,3%	235.532	292.956	-19,8%	10.901.284	10.857.698	0,4%
Pistoia	3.155.783	2.591.093	21,8%	8.390.865	8.669.914	-3,2%	327.492	207.863	57,6%	11.874.140	11.468.870	3,5%
Prato	12.649.788	12.599.695	0,4%	2.773.625	2.580.628	7,5%	361.951	212.625	70,2%	15.785.364	15.392.948	2,5%
Pisa	4.301.615	2.615.565	64,5%	11.447.401	11.169.729	2,5%	904.457	929.158	-2,7%	16.653.473	14.714.453	13,2%
Livorno	7.339.056	6.783.938	8,2%	9.904.274	10.171.457	-2,6%	1.083.055	819.660	32,1%	18.326.385	17.775.055	3,1%
Siena	2.136.398	2.430.000	-12,1%	8.848.270	8.400.000	5,3%	640.877	516.167	24,2%	11.625.545	11.346.167	2,5%
Arezzo	5.354.415	5.653.257	-5,3%	9.771.935	8.995.405	8,6%	1.070.440	1.185.026	-9,7%	16.196.790	15.833.688	2,3%
Grosseto	6.991.127	5.957.356	17,4%	3.219.432	3.384.609	-4,9%	260.619	261.779	-0,4%	10.471.178	9.603.744	9,0%
Firenze	16.012.899	13.732.284	16,6%	24.884.796	23.877.438	4,2%	1.110.938	1.222.008	-9,1%	42.008.633	38.831.730	8,2%
Empoli	2.678.411	2.727.658	-1,8%	5.808.216	6.072.853	-4,4%	377.556	532.431	-29,1%	8.864.183	9.332.942	-5,0%
Viareggio	5.568.041	5.877.223	-5,3%	2.252.152	1.846.221	22,0%	910.451	976.755	-6,8%	8.730.644	8.700.199	0,3%
A.O. PISANA	2.794.076	3.136.214	-10,9%	-	-	-	-	-	-	2.794.076	3.136.214	-10,9%
A.O. SENESE	2.621.490	2.834.972	-7,5%	-	-	-	-	-	-	2.621.490	2.834.972	-7,5%
A.O. CAREGGI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.c.
A.O. MEYER	1.104.168	984.997	12,1%	-	-	-	-	-	-	1.104.168	984.997	12,1%
TOTALE	80.881.823	76.715.633	5,4%	99.248.474	96.403.182	3,0%	7.519.685	7.321.434	2,7%	187.649.982	180.440.249	4,0%

Rispetto alla distribuzione in “convenzionata” il livello di economicità di questa forma distributiva è direttamente correlata al costo del farmaco.

Nell'anno 2011 il **costo del solo servizio** di erogazione, corrisposto alle farmacie ammonta a **19.329.779€**.

*In valori assoluti la Distribuzione per nome e conto dell'anno 2011 genera un aumento di **2.845.292€** rispetto all'anno 2010 (2010 vs 2009 +7.451.932€).*

Altre Forme di erogazione territoriale senza ricetta, non nominativa, si riferisce a farmaci

Figura 4

Spesa Farmaceutica OSPEDALIERA farmaci di ogni fascia - anno 2011 vs. 2010								
AZIENDA	Spesa OSPEDALIERA per Degenze + Day Hospital + Prest. Ambulatoriali.			Farmaci H Osp 2, ex H Osp2 e A65 Erogati direttamente		scost % 2011 vs 2010		
	2011	2010	%	Dettaglio farm. ex H Osp 2 - 2011	Dettaglio farm. H Osp 2 - 2011	somma tot. Farm. H ed ex H - 2011	somma tot. Farm. H ed ex H - 2010	%
Massa e C.	6.962.433	7.534.703	-7,6%	2.188.460	6.191.448	8.379.908	7.019.795	19,4%
Lucca	7.359.727	6.751.806	9,0%	2.081.898	6.933.438	9.015.336	8.639.465	4,4%
Pistoia	9.269.719	10.527.132	-11,9%	2.673.876	10.424.383	13.098.259	11.601.078	12,9%
Prato	16.437.450	15.993.701	2,8%	1.621.767	1.946.119	3.567.886	3.340.138	6,8%
Pisa	4.925.072	5.437.565	-9,4%	2.928.602	9.659.148	12.587.750	8.619.403	46,0%
Livorno	11.918.655	11.911.502	0,1%	3.029.653	13.738.386	16.768.039	15.070.897	11,3%
Siena	4.557.272	5.233.121	-12,9%	903.772	2.661.414	3.565.186	3.075.508	15,9%
Arezzo	14.940.878	14.110.162	5,9%	3.684.157	10.471.254	14.155.411	12.531.626	13,0%
Grosseto	4.853.637	5.286.617	-8,2%	1.694.169	7.699.104	9.393.273	8.558.043	9,8%
Firenze	21.447.463	20.848.862	2,9%	1.870.734	30.671.198	32.541.932	31.714.604	2,6%
Empoli	5.273.462	5.684.596	-7,2%	2.185.268	5.386.192	7.571.460	7.130.628	6,2%
Viareggio	7.493.832	7.009.336	6,9%	1.668.839	4.653.682	6.322.521	5.721.165	10,5%
A.O.PISANA	34.252.458	34.967.687	-2,0%	1.068.060	6.433.091	7.501.151	10.914.249	-31,3%
A.O.SENESE	21.192.471	20.913.254	1,3%	3.006.249	9.380.908	12.387.157	12.034.380	2,9%
A.O.CAREGGI	44.285.822	43.280.372	2,3%	-	-	-	-	-
A.O.MEYER	1.854.154	2.499.148	-25,8%	-	2.838.000	2.838.000	3.137.622	-9,5%
TOTALE	217.024.505	217.989.565	-0,4%	30.605.504	129.087.765	159.693.269	149.108.601	7,1%

Figura 5

TOTALE Spesa Farmaceutica OSPEDALIERA (Farmaci di ogni fascia) anno 2011 vs. 2010				Totale Anno 2011 vs. 2010			
Totale Ospedaliera			scost % 2011 vs 2010	TOTALE SPESA OSPEDALIERA + DIRETTA + DPC + Altre Forme Diretta			scost % 2011 vs 2010
2011	2010	%		AZIENDA	2011	2010	%
15.342.341	14.554.498	5,4%		Massa e C.	25.034.969	24.181.070	3,5%
16.375.062	15.391.271	6,4%		Lucca	27.276.346	26.248.969	3,9%
22.367.978	22.128.210	1,1%		Pistoia	34.242.118	33.597.080	1,9%
20.005.336	19.333.839	3,5%		Prato	35.790.700	34.726.787	3,1%
17.512.822	14.056.968	24,6%		Pisa	34.166.295	28.771.421	18,8%
28.686.694	26.982.399	6,3%		Livorno	47.013.079	44.757.454	5,0%
8.122.458	8.308.629	-2,2%		Siena	19.748.003	19.654.796	0,5%
29.096.289	26.641.788	9,2%		Arezzo	45.293.079	42.475.476	6,6%
14.246.910	13.844.660	2,9%		Grosseto	24.718.088	23.448.404	5,4%
53.989.395	52.563.466	2,7%		Firenze	95.998.028	91.395.196	5,0%
12.844.922	12.815.224	0,2%		Empoli	21.709.105	22.148.166	-2,0%
13.816.353	12.730.501	8,5%		Viareggio	22.546.997	21.430.700	5,2%
41.753.609	45.881.936	-9,0%		A.O.PISANA	44.547.685	49.018.150	-9,1%
33.579.628	32.947.635	1,9%		A.O.SENESE	36.201.118	35.782.607	1,2%
44.285.822	43.280.372	2,3%		A.O.CAREGGI	44.285.822	43.280.372	2,3%
4.692.154	5.636.770	-16,8%		A.O.MEYER	5.796.322	6.621.767	-12,5%
376.717.773	367.098.166	2,6%		TOTALE	564.367.755	547.538.415	3,1%

di fascia A e C utilizzati da strutture aziendali ed extra-aziendali, es: Hospice, SERT, Ospedali di Comunità, Carceri, Centri Salute mentale.

Tale erogazione si attesta nel 2011 a **7.519.685 €**, +2,7% rispetto al 2010.

In valori assoluti le Altre Forme d'Erogazione Diretta sul territorio genera un aumento di 198.251 € rispetto al 2010.

Totale Diretta + Dpc + Altre...: nell'anno 2011 si ha un aumento di **7.209.733€**, + 4,0% rispetto all'anno 2010 (2010 vs 2009 + **14.025.373€**, + 8,4%).

Spesa Farmaceutica Ospedaliera

(Figura 4, Figura 5)

La spesa per **somministrazione** di farmaci in regime di Degenza ordinaria, D.H. e prestazioni ambulatoriali si attesta, nel 2011, a **217.024.505€**, -0,4% sul 2010 che invece registrava un aumento del 5,5% rispetto al 2009.

La spesa per **erogazione** diretta dei farmaci H Osp 2 ed ex H Osp 2 (riclassificati in fascia A da A.I.F.A. ma comunque distribuiti direttamente dalle Aziende Sanitarie) ammonta a

159.693.269€, + 7,1% rispetto al 2010 che presentava un aumento del 11,0% sul 2009.

La somma delle due suddette voci rappresenta il **totale della spesa ospedaliera** che si attesta a **376.717.773€**, + 2,6% rispetto al 2010 che registrava un +7,7% sul 2009.

In valori assoluti la Spesa Ospedaliera 2011 aumenta di 9.619.607€ rispetto all'anno 2010 (2010 vs. 2009 era + 26.097.275€).

Conclusioni

(Figura 6)

La spesa **Farmaceutica totale regionale** nel 2011 ammonta a **1.134.993.905€**, in **diminuzione** del **3,2%** rispetto al 2010 (2010 vs. 2009 era +3,5%). Il risultato è stato possibile grazie alla forte contrazione della spesa farmaceutica convenzionata che compensa tutti gli incrementi della Diretta ed Ospedaliera consentendo inoltre un **risparmio totale netto di 38.043.272€** nel 2011 rispetto al 2010, mentre nell'anno 2010 in rapporto all'anno 2009 si era registrato un aumento pari a **40.168.763€**.

Figura 6

Totale Anno 2011 vs. 2010			
	SPESA TOTALE : Ospedaliera + Diretta + DPC +- Altre forme di Diretta + Spesa Convenzionata al lordo Pay Back annuale		scost % 2011 vs 2010
AZIENDA	2011	2010	%
Massa e C.	58.237.130	60.524.962	-3,8%
Lucca	62.257.191	64.555.625	-3,6%
Pistoia	79.967.779	83.319.369	-4,0%
Prato	66.004.012	66.961.009	-1,4%
Pisa	85.006.992	84.966.130	0,0%
Livorno	102.351.850	106.163.462	-3,6%
Siena	60.822.509	64.947.090	-6,4%
Arezzo	99.541.828	102.762.042	-3,1%
Grosseto	60.306.537	62.635.920	-3,7%
Firenze	228.401.405	236.028.480	-3,2%
Empoli	53.620.405	56.370.138	-4,9%
Viareggio	47.645.320	49.100.054	-3,0%
A.O.PISANA	44.547.685	49.018.150	-9,1%
A.O.SENESE	36.201.118	35.782.607	1,2%
A.O.CAREGGI	44.285.822	43.280.372	2,3%
A.O.MEYER	5.796.322	6.621.767	-12,5%
TOTALE	1.134.993.905	1.173.037.177	-3,2%

Il certificato medico per gravi patologie per la non computabilità delle assenze dal lavoro nel contratto del pubblico impiego



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.

L'art. 11 del CCNL Integrativo 20.09.01 (Comparto Sanità) e l'Art. 9 CCNL Integrativo 10.02.04 Dirigenza Medico-Veterinaria e del ruolo SPTA hanno provveduto a regolare l'istituto della "grave

patologia" ai fini della erogazione di particolari benefici: "In caso di Patologie gravi che richiedano terapie salvavita ed altre ad esse assimilabili secondo le indicazioni dell'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria competente per territorio, come ad esempio l'emodialisi, la chemioterapia, il trattamento per l'infezione dal HIV-AIDS nelle fasi a basso indice di disabilità specifica (attualmente indice di Karnosky), ai fini del presente articolo, sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia i relativi giorni di ricovero ospedaliero o di day-hospital ed i giorni di assenza dovuti alle citate terapie, debitamente certificati dalla competente Azienda Sanitaria Locale o struttura convenzionata...".

Altri contratti (es. art.17, c.9 CCNL Comparto Scuola 2003, art. 40 CCNL Poste Italiane) richiedono invece "terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti"; l'art.9 del CCNL Dipendenti Comunali prevede piuttosto che "i giorni di assenza dal lavoro, anche a seguito di ricovero ospedaliero o di day-hospital, determinati dalla necessità di sottoposizione a terapie salvavita, ivi compresi i controlli con effetti invasivi, a carattere continuativo, periodico o episodico, indotte da patologie gravi quali, a titolo esemplificativo forme tumorali, insufficienze o malattie renali, insufficienze respiratorie, anemia mediterranea, cardiopatie, AIDS, trapianti di organi, non sono più computabili quali periodi di malattia... Rientrano in tale fattispecie non solo le giornate di effettiva

applicazione terapeutica, ma anche le assenze indotte dalle terapie".

La pratica applicazione solleva numerosi dubbi e controversie che tenteremo di esporre brevemente.

DANIELA LEPORE*, PAOLO DEL GUERRA **

* UOSD Medicina Legale Asl 11, Empoli

** UOC Prevenzione Luoghi di Lavoro Asl 11, Empoli

La "grave patologia" e la "terapia salvavita"

La nozione di grave patologia agli effetti della norma contrattuale in

questione va intanto distinta da quella di patologie che siano, nel caso concreto, causa di inabilità totale e permanente al lavoro, in quanto oggetto di trattazione e tutela per via di altra normativa.

La norma "copre" infatti non l'assenza dal lavoro per inabilità temporanea legata alla "grave patologia" in sé, ma situazioni transitorie di assenza dal lavoro da questa determinate, con l'ulteriore vincolo che a queste siano legate esigenze terapeutiche da qualificarsi come "salvavita".

Non possono essere però escluse situazioni continuamente "ricorrenti", come la dialisi, anche di tipo peritoneale.

Le condizioni sono pertanto quelle riassunte in Tabella 1.

Tabella 1 - Condizioni che devono ricorrere contemporaneamente per il riconoscimento della "grave patologia"

Assenza dal lavoro
• Con diagnosi di "grave patologia" che determina l'assenza stessa.
• Certificata da un medico del SSN (compreso il MMG) o da struttura accreditata.
• Determinata dalla patologia stessa.
• Che richiede una terapia particolare qualificabile come "salvavita".

I due concetti problematici sotto il profilo medico-legale sono appunto quelli di “grave patologia”, che appare invero non ben circoscritto, e quello di “terapia salvavita”.

In senso lato, molte terapie possono essere considerate “salvavita”, ma in questa sede si deve presumere che, per integrare la condizione richiesta dalla norma, l'atto terapeutico in sé:

- laddove omesso, implichi un concreto pericolo di vita, anche non immediato;
- debba comportare necessariamente l'assenza (cioè non possa essere posto in essere al lavoro), durante la sua esecuzione effettiva (es. dialisi) o anche successivamente, se sia causa di prolungata inabilità temporanea al lavoro.

Possiamo a questo punto esemplificare alcune concrete situazioni, anche se le casistiche possono

includere le situazioni più disparate:

- trapianto d'organo in fase di trattamento per rigetto;
- cirrosi epatica in fase di scompenso con le relative manifestazioni cliniche e complicanze (episodi di encefalopatia porto-sistemica, ipoalbuminemia grave, peritonite batterica);
- insufficienza respiratoria in ossigenoterapia domiciliare;
- grave insufficienza cardiaca (episodi di scompenso acuto);
- malattie ematologiche congenite in situazione di gravità (esempio manifestazioni cliniche di deficit della coagulazione, deficit enzimatici in fase di crisi, emoglobinopatie);
- ipo o iperfunzioni endocrine, limitatamente ai periodi in cui la terapia non ne controlli adeguatamente le manifestazioni e si possa

Tabella 2 - Sinossi per principali benefici contrattuali previsti per “comuni malattie” e “gravi patologie”. Fonte: ARAN (Agenzia per la rappresentanza negoziale delle P.A.)

Assenze per		Periodo assenza / %retribuzione (esclusa accessoria)	
Tutte le malattie		Fino a 9 mesi	100
		10-12° mese	90
		13-18 mese	50
		18 mesi	0
Gravi patologie: ulteriori benefici	Giorni di assenza per malattia conseguenti a ricovero ospedaliero o day-hospital, e dovuti alle terapie salvavita (inclusa chemioterapia)*		100
	Tali assenze non incidono sul periodo di conservazione del posto		
	P.A. tenute a favorire un'ideale articolazione dell'orario di lavoro per soddisfare particolari esigenze per terapie o visite specialistiche (**)		

* Scuola, Università, Area VII

**Ministeri, Agenzie fiscali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Enti pubblici non economici, Sanità; si applica anche alle Aree Dirigenziali III e IV - SSN, per le quali è previsto un orario di lavoro giornaliero/settimanale.

Tabella 3 - Principali norme di riferimento per altri CCNL (fonte: ARAN)

SETTORE	NORMA DI RIFERIMENTO
Comparto Enti pubblici non economici	Art.21 CCNL 6.7.1995 art.7, c.1, CCNL 14.2.2001 art.32, CCNL 1.10.2007
Comparto Agenzie fiscali	Art. 49, c.1, 2, 7, 8 e 10, CCNL 28.5.2004
Comparto Presidenza del Consiglio dei Ministri	Art. 47, c.1, 2, 7, 8 e 10, CCNL 17.5.2004
Comparto CNEL	Art. 24, c.1, 2, 7 e 8, CCNL 14.2.2001
Comparto ENAC	Art.24, c.1-2-5-bis-5-quater, 6, CCNL Registro Aeronautico Italiano 14.7.1997 art.24, c.1, lett. a) e c) e c.2, CCNL 19.12.2001
Dirigenza Ministeri - Area I	Art. 23, commi 1, 2, 6 e 10, CCNL del 21.4.2006
Dirigenza Enti pubblici non economici e Agenzie fiscali - Area VI della dirigenza	Art.23 CCNL 1.8.2006
Dirigenza Presidenza del Consiglio dei Ministri - Area VIII	Art. 23, c.1, 2, 6 e 10, CCNL 13.4.2006
Dirigenza CNEL	Art. 23, c.1, 2, 6 e 10, CCNL 19.1.2007
Dirigenza CNEL	Art. 24, c.1, 2, 6 e 10, CCNL 30.5.2007

determinare pericolo di vita (esempio iposurrenalismo grave, ipopituitarismo grave).

La terapia "salvavita" deve essere ciclica, limitata nel tempo, e deve causare dopo l'effettuazione una certa prostrazione fisica tale da giustificare i giorni di assenza per malattia. Non sono infatti comprese ad esempio le terapie per patologie cardiache (farmaci antipertensivi), l'assunzione di ormoni per patologie endocrine (Eutirox), ecc.

La situazione di grave patologia deve infine essere certificata dall'U.O. Medicina Legale della ASL di residenza, sulla base di una valutazione separata da eventuali accertamenti pregressi (esempio riconoscimento di invalidità civile o handicap).

La certificazione può essere rilasciata in forma monocratica, dovendosi auspicare però modalità comuni non solo all'interno della stessa struttura, ma almeno in ambito regionale.

Per Sanità ed Aree Dirigenziali III e IV del SSN i benefici (cfr. anche Tabella 2) decorrono dalla data di presentazione della domanda all'Amministrazione di competenza, e non dalla data di un successivo accertamento di grave patologia.

Per previsioni similari contenute in altri Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro si veda Tab.3, con la raccomandazione di visitare il sito dell'ARAN per la consultazione delle normative aggiornate. **TM**

Diversità nei gruppi sanguigni tra i vari popoli

Una nuova sfida nell'ambito della terapia trasfusionale in Toscana

Pur avendo tutti gli uomini la stessa dignità, da un punto di vista biologico non c'è un uomo uguale all'altro salvo i gemelli omozigoti. Questa biodiversità, unita al fatto che il sistema immunitario di ciascuno, è programmato per attaccare e distruggere tutto ciò che è diverso dalla costituzione biochimica della persona di cui fa parte, sta alla base del rigetto dei trapianti allorché di questa diversità biologica non si tenga conto e non si selezioni il donatore. Questo avviene per ogni tipo di trapianto, rene, fegato, midollo, ed avviene ovviamente anche per la prima forma di trapianto realizzata in medicina: la trasfusione dei globuli rossi.

È nella trasfusione dei globuli rossi che i problemi di compatibilità tra donatore e ricevente sono stati per la prima volta osservati, affrontati e risolti. A poco a poco si è imparato infatti a conoscere quelle molecole, gli antigeni, che, collocate sulla superficie cellulare, sono capaci di provocare sia una Reazione Trasfusionale sia una Malattia Emolitica del Neonato. Queste molecole, come è noto, sono raggruppate, nei così detti gruppi sanguigni, in base al locus genetico in cui sono collocati i geni specifici: i più noti sono l'ABO e l'Rh. Accanto a questi ve ne sono molti altri che creano problemi di non minore entità anche se più raramente inducono immunizzazioni: il sistema Kidd, il sistema Duffy, il sistema Kell e molti altri. In tutto abbiamo a che fare con circa 300 molecole antigeniche.

La frequenza dei singoli tipi di antigene varia

molto tra un popolo e l'altro: in alcuni gruppi etnici certe molecole sono presenti, in altre assenti. Le differenze maggiori si riscontrano tra i popoli tipici dell'Europa (detti caucasici) e quelli tipici dall'Africa sub-sahariana (bantù e sudanesi), compresi, in ciascuno dei due gruppi, quelli che hanno popolato altri continenti: americani di origine europea ed afroamericani.

Elencherò qui di seguito alcune delle principali differenze:

- antigene U assente dall'1 al 20% dei bantù-sudanesi, sempre presente nei caucasici;
- antigeni Duffy, assenti nel 40% dei bantù-sudanesi, sempre presenti nei caucasici;
- antigene Js^a, presente nel 20% dei bantù-sudanesi, assente nei caucasici;
- hr^s ed hr^b assenti frequentemente nei bantù-sudanesi e sempre presenti nei caucasici.

Quando diverse etnie coabitano in uno stesso paese, queste differenze pongono importanti problematiche dal punto di vista sia della trasfusione del sangue che della malattia emolitica del neonato (MEN). Si possono creare situazioni drammatiche se, per tempo, non ci si organizza per affrontarle.

Trasfondendo un soggetto bantù-sudanese a cui manca l'antigene U, con sangue di un caucasico (quello di un nostro donatore fiorentino) che è por-



Alvaro Ringressi, spec. in Ematologia ed in Medicina trasfusionale. Ha sempre lavorato nei Serv. Trasfusionali dell'area vasta fiorentina. Attualmente è Resp. del Settore Immunoematologia Eritrocitaria a Careggi. In quest'ambito si occupa delle problematiche associate alle differenze antigeniche tra gruppi etnici e, in collaborazione con le ostetriche del percorso diagnostico terapeutico della MEN.

ALVARO RINGRESSI

Responsabile del settore Immunoematologia Eritrocitaria del Servizio Trasfusionale dell'A.O.U. Careggi

tatore dell'antigene U (noi italiani autoctoni siamo tutti portatori dell'antigene U), si può sviluppare un anticorpo anti-U. Quest'anticorpo, se il paziente avrà di nuovo bisogno di trasfusioni, reagirà con i globuli rossi di tutti i nostri donatori caucasici. Per trasfonderlo è necessario avere a disposizione delle unità di globuli rossi concentrati di un soggetto che sia privo dell'antigene U: questo lo si può trovare solo tra altri soggetti bantù-sudanesi ossia tra gli immigrati dall'Africa sub sahariana.

Se il soggetto è di sesso femminile e resta incinta ed il bambino eredita dal padre l'antigene U, gli anticorpi della madre passeranno la placenta ed andranno a distruggere i globuli rossi del neonato. Per salvare il bambino è necessario trasfonderlo con sangue privo dell'antigene U. Se noi non abbiamo a disposizione dei donatori tipizzati privi del nostro antigene U, la nostra madre ed il nostro bambino, non saranno trasfondibili, perché la trasfusione di sangue U positivo provocherà una grave reazione trasfusionale. La nostra madre ed il nostro bambino si trovano in una situazione drammatica analoga a chi, essendo di gruppo O, ha bisogno di sangue, in un paese in cui tutti i donatori sono di gruppo A.

Queste problematiche sono possibili anche con soggetti appartenenti ad altri gruppi etnici, ad esempio chi ha ascendenti amerinidi (peruviani, equadoregni ecc.) può essere portatore dell'antigene Di^a che può dare origine a situazioni similmente pericolose.

Altra problematica in cui sono coinvolti gli immigrati non caucasici riguarda sempre la MEN. Alcuni antigeni assenti nella popolazione autoctona italiana, rari ma presenti nei gruppi etnici degli immigrati, sono capaci di essere mediatori patogenetici di MEN. Purtroppo le emazie test forniteci dalle ditte che operano nel settore, sono prive di

detti antigeni perché il loro fenotipo è calibrato sui problemi immunoematologici dei caucasici (italiani autoctoni). L'anticorpo diretto contro di essi, se presente nel siero della madre, non troverà il substrato capace di rivelarlo: avremo un risultato falso negativo. Ci si accorgerà della patologia in atto solo molto in avanti nella gravidanza quando, a causa dell'anemia e della conseguente idrope fetale, si avrà un arresto dei movimenti del feto. Allora sarà più problematico intervenire con una trasfusione in utero e magari vi potrà essere una compromissione irreversibile della salute del feto.

È importante dunque sensibilizzare al problema i residenti ed i cittadini italiani appartenenti a gruppi etnici diversi dal caucasico. È importante invitarli a donare il sangue, in modo da poter ricercare tra loro quegli assetti antigenici rari o assenti nella popolazione italiana autoctona. Questo ci permetterà due cose:

1. avere sangue compatibile al momento del bisogno trasfusionale;
2. avere delle emazie tipizzate da utilizzare nell'identificazione degli anticorpi specifici per questi antigeni.

In armonia con i sentimenti di accoglienza, concreta solidarietà, condivisione e integrazione che sono nel cuore della nostra gente, chiedo, sia agli organi istituzionali, che al volontariato sociale, di attivarsi, in modo da disegnare un'organizzazione capace di affrontare il problema e prevenire le eventualità drammatiche ad esso intrinseche.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:
a.ringressi@virgilio.it

TM

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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



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

Il Chronic Care Model e le persone affette da diabete mellito

Analisi in tre moduli nella Zona Distretto Pistoiese

“La medicina è fatta di tre cose: la malattia, il paziente, il medico; quest'ultimo è il servo dell'arte ...”

(Ippocrate, medico, V sec. a.C.)

Il Chronic Care Model (CCM) è stato creato nel 1998 da Edward H. Wagner, fondatore del MacColl institute, negli Stati Uniti. Il modello offre un nuovo approccio ai pazienti affetti da malattie croniche, nell'ambito della sanità delle cure primarie; l'efficacia del CCM è basata sull'interazione costante fra operatori sanitari preparati che operano in maniera proattiva nella cura del paziente, vale a dire con richiamo periodico del paziente, un paziente-informato, attivo esecutore della propria cura. Ricade sul medico di famiglia la responsabilità complessiva nei confronti del paziente assumendo il ruolo di coordinatore degli interventi sanitari del team. Nell'ambito delle attività programmate e nel lavoro di team, sulla base di linee-guida condivise, l'infermiere dedicato gestisce i sistemi di allerta e di richiamo, svolgendo le attività di follow up e di controllo dei principali parametri, di concerto con il medico curante della persona malata. Si prospetta il così tanto auspicato passaggio da una passiva “medicina di attesa” ad una “sanità di iniziativa”.

Scopo

Lo studio ha valutato l'andamento di questo nuovo approccio ad oltre un anno dall'inizio della sperimentazione essendo in corso la stima dei dati

relativi all'andamento del Chronic Care Model su diabete e scompenso: i dati sono stati estratti direttamente dalle cartelle cliniche informatizzate dei medici di medicina generale aderenti al progetto. Sono stati presi in considerazione alcuni aspet-

ti poco esplorati anche nella persona affetta da Diabete Mellito: comorbidità e qualità dell'assistenza al cronico. Mediante apposito software sono stati estratti dai database dei medici alcuni dati: presenza di diagnosi di diabete, presenza di diagnosi di comorbidità, accertamenti

correlati alla patologia di base, terapie indice di buon controllo. Il periodo esaminato va dal 1 gennaio 2010 al 30 giugno 2011 in modo da comprendere l'attività di tutti i medici di medicina generale fin dall'inizio della loro partecipazione.

Come abbiamo operato

È stato scelto il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale 3 di Pistoia, limitatamente alla Zona Distretto Pistoia, nella quale operano 3 moduli di Sanità di Iniziativa comprendenti 33 medici di medicina generale, in modo da ottenere dati sufficientemente rilevanti da un punto di vista numerico ed anche omogenei (Pistoia centro, Agliana, Montale). Dei 33 medici che fanno parte dei 3 moduli, 4 si sono ritirati all'inizio del progetto e 2 alla data del 30 giugno 2011 non avevano arruolato alcun paziente; pertanto lo studio esamina la popolazione assistita da 27 medici di medicina generale per un totale di 35950 pazienti, dei quali 2724 presentano diagnosi di Diabete, con una prevalenza del 7,58 (Tabella 1).

SAFFI ETTORE GIUSTINI^(1,6), MICHELA GORI⁽²⁾,
ROBERTA SALVADORI⁽³⁾, ANTONIO TENAGLIA⁽⁴⁾,
ALESSANDRO BUSSOTTI^(5,6)

¹ Coordinatore commissione CCM Fimmg Sez. di Pistoia

² Medico

³ Medico di comunità AUSL n. 3 PT

⁴ Medico in formazione tirocinio 3 anno Firenze

⁵ Direttore Agenzia di continuità assistenziale extraospedaliera AOU Careggi

⁶ Centro di facoltà per l'alta formazione e la ricerca traslazionale in medicina generale UNIFI

Un ringraziamento a i medici di medicina generale della AUSL 3 Pistoia che hanno contribuito alla casistica dello studio P.M. Mandelli, M. Meacci, M. Quattrocchi, G. Pastacaldi, R. Vannucci, M. Venturini.

Tabella 1 - Popolazione in studio suddivisa nei moduli

Modulo	N° MMG	N° Pazienti	N° DM	% DM
1	10	13951	1036	7,43
2	10	12042	908	7,54
3	7	9957	780	7,83
Totale	27	35950	2724	7,58

Cosa abbiamo trovato: chi stiamo assistendo

Una prima considerazione deve essere fatta sulla variabilità fra medico e medico dei dati di prevalenza del diabete (da un minimo di 4,31% ad un massimo di 11,14%): è probabile che queste differenze siano dovute ad una diversa accuratezza nella registrazione della diagnosi e che la partecipazione al progetto ne comporti un miglioramento.

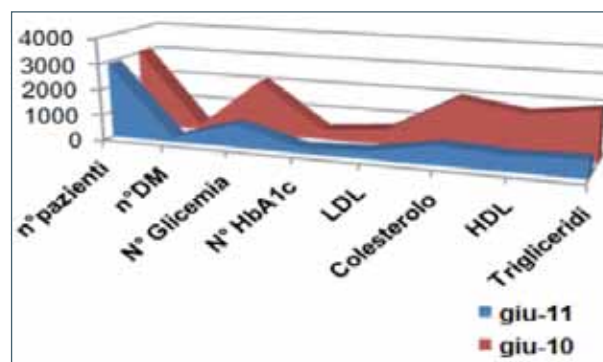
Questo è del resto dimostrato dal confronto fra i due gruppi di medici di medicina generale con inizio differenziato della sanità di iniziativa, uno partito a giugno 2010 e l'altro a giugno 2011; il gruppo che ha lavorato più a lungo ha dati di prevalenza maggiori (Tabella 2).

La qualità della registrazione degli esami diagnostici è buona, come dimostra il dato generale (Tabella 3) ed ancora di più il confronto fra i due gruppi (Tabella 4). In particolare se osserviamo il dato generale ci accorgiamo che quasi il 90% dei pazienti diabetici ha eseguito esami di controllo (emoglobina glicata e profilo lipidico). Ancora più interessante il confronto fra i gruppi in quanto quello che ha lavorato più a lungo non solo ha dati migliori per la prevalenza del diabete ma ha anche una migliore qualità delle registrazioni (Figura 1).

Notevoli le comorbilità (Scompenso Cardiaco, Ipertensione Arteriosa, BPCO, Cardiopatia Ischemica e Arteriopatia Arti Inferiori) presenti nei pazienti diabetici; dei 2724 pazienti solo 708 presentano esclusivamente diagnosi di diabete, la maggioranza ha 1 o 2 comorbilità.

Discussione

Quest'osservazione propone ancora una volta la contraddizione, nell'ambito della medicina generale, di ragionare in termini di patologie piuttosto che di gestione complessiva del paziente cro-

**Figura 1** - Confronto fra i due gruppi**Tabella 2** - Prevalenza del Diabete in due gruppi di MMG con inizio differenziato della Sanità di Iniziativa

	N° pazienti	n°DM	%DM
giu-10	3075	276	9
giu-11	2920	185	6,3

Tabella 3 - N. registrazioni e risultati di alcuni esami diagnostici eseguiti dai pazienti diabetici

	HbA1c	LDL	Colesterolo	HDL	Trigliceridi
N° accertamenti	2408	1754	2449	2340	2431
%	88,4	64,4	89,90	85,90	89,24
media +/- DS	7 +/- 1,2	119,4 +/- 38,2	193,4 +/- 41,5	47 +/- 14,2	147,2 +/- 91,2

Tabella 4 - N. registrazioni degli esami diagnostici per i pazienti diabetici in due gruppi di MMG con inizio differenziato della Sanità di Iniziativa

	N° Accertamenti					
	N° Glicemia	N° HbA1c	LDL	Colesterolo	HDL	Trigliceridi
giu-10	2140	393	622	2011	1631	1963
giu-11	903	231	323	752	616	693



Figura 2

nico. Focalizzare l'attenzione sul singolo paziente anziché sulla singola patologia ha il vantaggio di poterlo valutare in base al suo rischio "vascolare assoluto".

Un intervento incentrato sul grading di rischio CV personalizzato (Figura 2) riassume quelle caratteristiche olistiche che contraddistinguono l'intervento sulla persona propria della medicina generale.

In conclusione i nostri dati, se da un lato sono incoraggianti per l'attività svolta nell'anno di esperienza della sanità di iniziativa, dall'altro lato dimostrano che il cammino è ancora lungo

per arrivare ad un buon controllo delle principali malattie croniche: il lavoro in team, con medici di medicina generale ed infermieri, e fra più medici in gruppo, si sta dimostrando vincente.

La maggior parte dei pazienti che si presentano dal medico di famiglia ha problemi multipli, complessi e interagenti-fisici, psicologici e sociali, non sempre misurabili. Il ruolo "chiave" delle cure primarie è quello di integrare gli apporti di differenti professionisti in modo da rendere l'assistenza coerente e sostenibile, personalizzandola in funzione del ambiente e delle capacità del singolo paziente. **TM**

CONVEGNI E CORSI

X CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOC. IT. DI ENDOSCOPIA AREA CHIRURGICA

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

CORSO DI GENETICA MEDICA DI BASE IN DIAGNOSI PRENATALE

Il corso è dedicato al personale medico e ostetrico impegnato nei percorsi assistenziali della diagnosi prenatale. Numero massimo di partecipanti: 40. Direttore: Elisabetta Pelo, Dirig. Medico S.O.D. Diagnostica Genetica - AOU Careggi (FI). Presidente del corso: Enrico Periti. Docenti: Elisabetta Pelo, Enrico Periti, Lucia Rosignoli. Info: Elena Gufoni, SS Formazione tel. 055 6938418 e-mail: elena.gufoni@asf.toscana.it. ECM: 19 crediti.

AstraZeneca 



Carolina Becattini, spec. in Ginecol. e Ostetricia con indirizzo in Fisiopatol. della Riproduzione Umana c/o l'Univ. di FI. Si è sempre occupata di Fisiopatol. della Riproduzione Umana c/o Centri di riferimento sia in Italia che all'estero. Dal 2002 è Resp. del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita dell'Istituto Futura Diagnostica Medica PMA di FI, che effettua trattamenti in regime convenzionato e privato.

I primi 10 anni di attività del Centro Futura P.M.A.

Analisi dei dati e riflessioni sulla gestione della coppia infertile

I nostri dati

Nel 2002 il Centro Futura Diagnostica Medica P.M.A. ha iniziato la sua attività per lo svolgimento di procedure di procreazione medicalmente assistita (P.M.A.) in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria Firenze.

Come riportato nelle linee guida della legge 40, con il termine P.M.A. "si intendono tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di ovociti umani, di

spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a realizzare una gravidanza. Questi procedimenti includono la inseminazione omologa, la fecondazione in vitro ed il trasferimento embrionale e sono suddivise in tecniche di I, II e III livello tenendo conto della loro complessità e del grado di invasività tecnica".

In questi primi 10 anni di attività sono afferite presso il nostro Centro circa 5000 coppie con problemi di infertilità alle quali abbiamo effettuato un totale di 1614 cicli di inseminazione omologa e 3664 cicli di fecondazione in vitro con o senza ICSI. Analizzando i trattamenti effettuati suddivisi per anno, il primo dato da sottolineare è rappresenta-

to dall'aumento del numero dei cicli che abbiamo effettuato annualmente soprattutto per la FIVET; siamo passati dai 200 cicli del 2002 agli oltre 600 cicli del 2011. Questo aumento è dovuto soprattutto a cicli che abbiamo effettuato in pazienti che provengono da altre Regioni, dal momento che il budget che l'Azienda Sanitaria ha stanziato negli anni ha subito purtroppo una progressiva diminuzione, con conseguente formazione di una

lista di attesa per le pazienti residenti in Toscana di circa 1 anno e mezzo. L'altro dato che risalta è rappresentato

dall'aumento dell'età femminile delle coppie che si sono sottoposte ai cicli di procreazione medicalmente assistita (Figura 1). Siamo passati da una età media femminile di circa 34 anni nel 2002 a 37 anni negli ultimi tre anni.

In particolare la distribuzione in percentuale nelle 3 classi di età femminile mostra chiaramente quasi un dimezzamento della fascia di età "giovane" (al di sotto dei 35 anni), mentre la fascia al di sopra dei 40 anni è praticamente raddoppiata.

L'aumento dell'età femminile delle coppie che si sottopongono a procedure di P.M.A. in questi ultimi anni trova conferma in tutte le casistiche mondiali. Tuttavia l'Italia riporta uno dei risultati

CAROLINA BECATTINI

Futura Diagnostica Medica P.M.A., Firenze

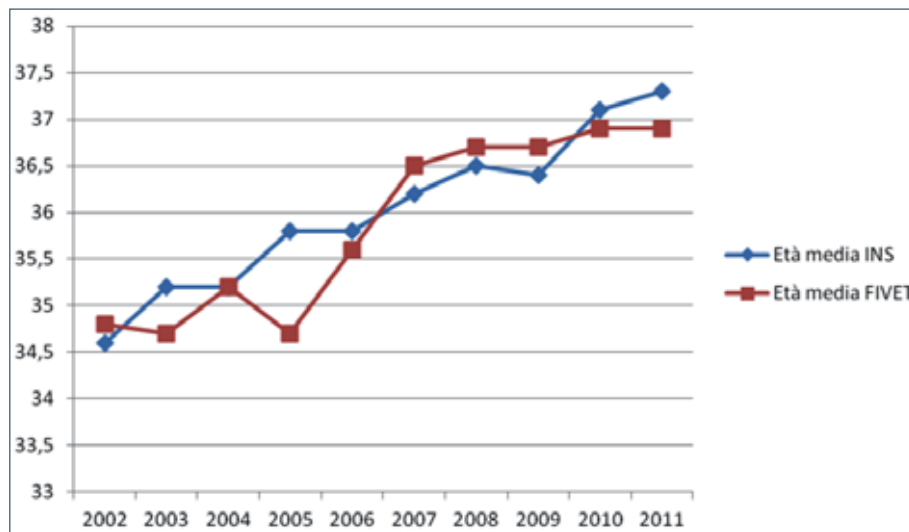


Figura 1 - Distribuzione dell'età media femminile suddivisa per tecniche di inseminazione e di fecondazione in vitro dal 2002 al 2011.

più alti in Europa come riportato anche nel Registro Nazionale istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità ed i nostri dati confermano questa tendenza epidemiologica che per noi operatori è alquanto allarmante.

Infatti come emerge dalla Figura 3 i risultati delle tecniche di P.M.A. sia esse inseminazioni o fecondazioni in vitro risentono fortemente dell'età femminile.

La percentuale di gravidanza per trasferimento embrionario rappresenta il principale parametro che i centri di P.M.A. riportano tra i loro risultati e come mostra la figura nella nostra casistica si passa da un 40,7% al di sotto dei 35 anni ad un 15% circa al di sopra dei 40 anni. Ma forse il risultato più importante per la coppia è rappresentato dal cosiddetto "bimbo in braccio" ovvero la percentuale di parti per trasferimento effettuato e qui la differenza in base all'età femminile è ancora più marcata dal momento che si passa da un 35% ad un 8%. Sulla probabilità di avere un bambino in braccio pesa infatti il tasso di aborto che subisce un aumento importante con l'età femminile soprattutto quando si superano i 40 anni.

Ci preme sottolineare che un centro di P.M.A.

di "qualità" deve ovviamente garantire alle coppie delle percentuali di gravidanza in linea con gli standard internazionali, cercando però di mantenere basse le complicanze che nel nostro settore sono rappresentate per lo più dalla sindrome da iperstimolazione ovarica severa e dalle gravidanze multiple. A questo scopo negli ultimi anni si stanno diffondendo protocolli terapeutici *patient friendly* ed il più possibile personalizzati che hanno come principale conseguenza la diminuzione della complicanze, l'aumento della compliance al trattamento (e quindi ripetizione dello stesso in caso di fallimento) senza ridurre la probabilità di gravidanza.

La gestione della coppia infertile

Dall'analisi dei nostri dati emerge chiaramente che l'età femminile rappresenta uno dei parametri più importanti per garantire dei risultati ottimali con le tecniche di P.M.A. e diventa pertanto fondamentale ricorrere a queste procedure in tempi utili. Una diagnosi precoce rappresenta sicuramente il primo passo e come riportato nelle linee guida della legge 40 la "infertilità si definisce come assenza di concepimento, oltre ai casi di patologia riconosciuta, dopo 12-24 mesi di rego-

Figura 2 - Distribuzione delle coppie sottoposte a FIVET per fascia di età (anni 2002-2011).

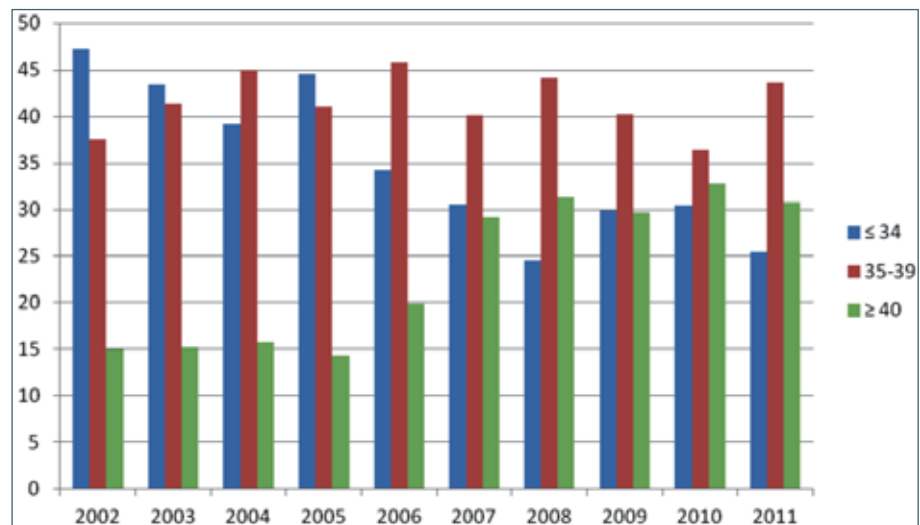
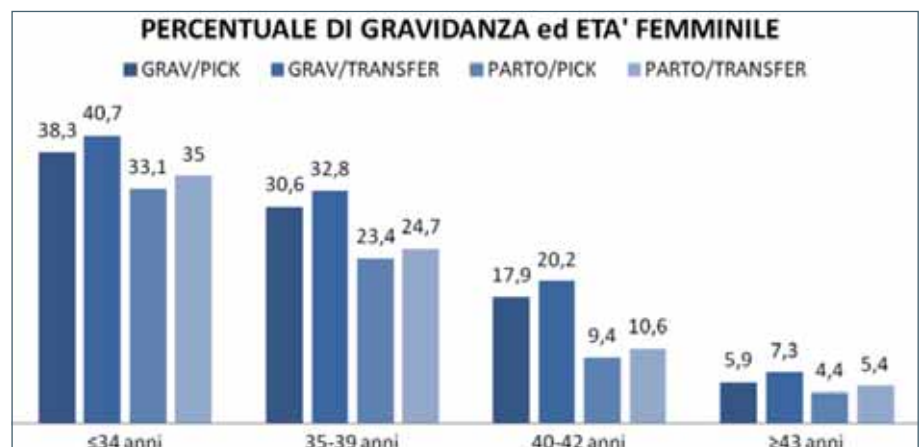


Figura 3 - Risultati cicli FIVET-ICSI (anni 2008-2009-2010) suddivisi in base all'età femminile.



lari rapporti sessuali non protetti". Pertanto in una coppia che si presenta al medico curante o al ginecologo dopo 1 anno di rapporti liberi, dovrebbe essere consigliato un percorso diagnostico per escludere patologie che possano spiegare questa difficoltà riproduttiva soprattutto nelle pazienti al di sopra dei 35 anni di età.

Un altro dato che ci preme sottolineare è che se da un lato negli ultimi anni si è cominciato a parlare della riduzione della fertilità della donna al di sopra dei 35 anni a cui concorrono molteplici cause, d'altra parte continuano a ripetersi notizie sensazionalistiche di gravidanze in donne dello spettacolo ben al di sopra dei 40 anni grazie alla PMA, senza specificare che in questi casi si possa essere ricorsi a procedure di fecondazione eterologa. Questa informazione *distorta* ha come unica conseguenza la creazione nelle coppie di aspettative sulle tecniche ben al di là delle reali possibilità di successo soprattutto nelle donne al

di sopra dei 40 anni, nelle quali la P.M.A. omologa può fare ben poco.

In conclusione, riteniamo che nella gestione della coppia infertile sia fondamentale una precoce individuazione del problema e sicuramente i colleghi non specialisti del settore (siano essi medici di medicina generale o ginecologi) rappresentano i primi interlocutori dei nostri futuri pazienti. Ne deriva l'importanza di inviare nei tempi corretti, qualora la coppia fosse interessata, a centri specializzati in P.M.A. per ricevere le informazioni sulla opportunità di ricorrere alle tecniche che non devono essere viste come delle "procedure miracolose" ma come un qualunque atto medico che deve essere messo in atto nei modi e nei tempi adeguati.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: info@futuradiagnosticamedica.it

TM



Gianmarco Manfrida, lauree in Medicina, Psicologia, Pedagogia a Indirizzo Sociologico; psichiatra, psicoterapeuta. Presidente della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale, Direttore del Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato. È stato responsabile di Unità Operativa di Psichiatria AUSL 10.

Piccoli e grandi pazienti psichiatrici...

Perché è necessaria una competenza psicoterapeutica per affrontare i disturbi di personalità?

Nel confronto di opinioni tra psichiatri, medici di base e rappresentanti regionali intitolato "Il grande paziente psichiatrico", pubblicato su Toscana Medica 3, marzo 2012 (pag. 6), è

emerso che tra i partecipanti la preoccupazione maggiore era per una patologia finora considerata minore e relegata all'Asse II del Manuale Diagnostico e Statistico DSM4, il disturbo di personalità, borderline ma anche dipendente, esplosivo, istrionico... Questa preoccupazione è condivisa da molti psichiatri incaricati di compilare il nuovo DSM5, in arrivo nel 2013: si prevede che nuovi criteri diagnostici fondati sui comportamenti porteranno alla raccomandazione di controllarli con l'uso

regolare di psicofarmaci, con legittima preoccupazione, visto che i disturbi di personalità confinano con la media dei comportamenti sociali, di cui si fa sommo portavoce nell'articolo il dr. Sandro Domenichetti. Quando è che il comportamento oppositivo dell'adolescente, categoria diagnostica prevista nel futuro, meriterà un prolungato intervento psicofarmacologico? Il dr. Saffi Ettore

Giustini, medico di medicina generale, dimostra nell'intervista una conoscenza approfondita dei soggetti con di-

sturbi di personalità: si può capire, perché nei servizi pubblici l'attenzione massima è sempre stata rivolta ai disturbi di Asse I, quelli tradizionali, che sono spesso le manifestazioni emergenti episodiche di disturbi di personalità, sovente diagnosticati come Disturbo dell'Umore Bipolare. Non per niente nell'articolo viene fatto rife-

GIANMARCO MANFRIDA

Direttore del Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato

rimento alla frequenza con cui soggetti borderline fanno uso di sostanze con ricadute bipolari sull'umore, come cocaina, anfetaminici, ecstasy...

I disturbi di personalità sono in realtà ben noti e costantemente affrontati in psicoterapia, specializzazione su cui hanno investito negli ultimi trenta anni più gli psicologi che i medici: Kernberg, Lorna Smith Benjamin, Luigi Cancrini, Matteo Selvini hanno dedicato anni e libri ad un lavoro curativo sulla personalità che è anche preventivo sulla patologia tradizionalmente affrontata dagli psichiatri. All'origine dei disturbi di personalità sono stati identificati problemi di attaccamento e insicurezze infantili, che si traducono in molti casi in instabilità del carattere adulto con rischi in condizioni di stress di sfiorare in sindromi psichiatriche: a queste insicurezze non sono estranei problemi sociali, relazionali, familiari, che si embricano ed interagiscono nella costituzione della personalità individuale. Nell'articolo citato viene attribuito ai disturbi di personalità una frequenza del 5% circa, ma calcolata sulla popolazione che assume farmaci: dobbiamo desumere che nella popolazione media la frequenza sia molto, molto superiore. Pare evidente quindi che da parte dei servizi pubblici possano essere effettuati interventi di contenimento dell'emergenza sintomatica o di prevenzione di base: l'intervento di prevenzione primaria è demandato agli psicoterapeuti. Si sa che la personalità è tanto più modificabile quanto meno i comportamenti sono diventati rigidi e automatici, quindi nei giovani, anche se restano margini di controllo migliorabili anche in età avanzata: per questo Luigi Cancrini propose da parlamentare una legge per la psicoterapia convenzionata, abortita per contrasti ordinistici, che poteva garantire a basso prezzo una estesa funzione preventiva. Personalmente, io ritengo di aver dato un maggior contributo sociale formando moltissimi giovani psicoterapeuti capaci di fornire prestazioni qualificate, in un lavoro difficile come quello sulla personalità, a molte persone a prezzi bassi piuttosto che come responsabile a suo tempo di un servizio psichiatrico pubblico.

La verità è che in questi casi è indispensabile un approccio psicoterapeutico, che va visto non solo nella forma di psicoterapie strutturate, ma

come ingrediente di qualsiasi intervento, anche farmacologico e sociale. Ad esempio, la quetiapina più volte raccomandata nell'articolo di Toscana Medica presenta lo svantaggio di far ingrassare, ben poco gradito ai giovani e in particolare a quelli con disturbi di personalità, che di coscienza di malattia, umiltà e sacrificio non sono certo esempi preclari, oltre a preferire prodotti eccitanti e dimagranti come cocaina e anfetamine. Per tenerli impegnati in una terapia è necessaria una particolare cura del rapporto personale: questo è proprio il punto debole del paziente *borderline*, che alla ricerca di una sicurezza non sperimentata nell'infanzia alterna fasi di ricerca di adozione ad altre di attacco alla relazione e di messa alla prova dell'altro. Gestire il rapporto terapeutico con i borderline è lavoro di alta qualità psicoterapeutica: farli impegnare in un progetto contando sul proprio buonsenso e sulla propria umana disponibilità è illusorio e presuntuoso, anche se rassicurante e poco impegnativo.

Se i medici e in particolare gli psichiatri vogliono affrontare il futuro della psicopatologia, identificato non più nelle tradizionali sindromi psichiatriche, poco frequenti e ormai gestibili con interventi farmacologici e sociali (anche se è in aumento la richiesta di terapia privata da parte di psicotici, chissà come mai), devono tornare a saper utilizzare strumenti psicoterapeutici che non si apprendono con qualche lezione teorica. Altrimenti, dovremo sperare nell'intervento diffuso di una quantità di psicologi psicoterapeuti libero professionisti sempre più agguerriti e preparati, per i quali però è impossibile farsi carico totalmente del cliente bisognoso anche di intervento medico e farmacologico.

Nel 1923 Kurt Schneider definiva i soggetti affetti da disturbi di personalità come persone che per la loro anormalità statistica rispetto alla media sociale *soffrono o fanno soffrire la società*, o magari fanno le due cose insieme: aiutarle è aiutare noi stessi e contribuire a migliorare un po' il mondo, però richiede la capacità di non considerarli poi tanto diversi da noi e il coraggio di entrare in una relazione impegnativa che compensi le carenze delle loro precedenti esperienze. **TM**

BACHECA

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

ERRATA CORRIGE

Ci scusiamo con i lettori, ma per un errore di stampa, la data riportata nell'articolo del dr. Francesco Giuseppe Romeo (Toscana Medica di gennaio 2012, pag. 58) era 23 gennaio 1896 come riportato dall'Autore e non 23 gennaio 1895.



Paolo Lionetti, Dipartimento di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino, Università di Firenze, Responsabile SOD Gastroenterologia Ospedale pediatrico Meyer Firenze.

Malattia celiaca: il nuovo protocollo diagnostico

Le ultime linee guida della Società Europea di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica (ESPGHAN) per la diagnosi e il trattamento della malattia celiaca (MC) sono state pubblicate nel 1990 e fino ad oggi non erano state aggiornate. In questi 21 anni sono cambiate sia la *percezione/definizione* di questa condizione, da enteropatia glutine-dipendente cronica tipica dell'età pediatrica ad affezione multiorgano con predisposizione genetica che può manifestarsi a qualunque età, sia la sua *diagnosi* grazie all'introduzione del dosaggio di anticorpi sierici altamente sensibili e specifici. Un gruppo di lavoro ha quindi formulato nuove linee guida per la diagnosi di malattia celiaca basate su un approccio "evidence-based".

La malattia celiaca viene definita come un disordine sistemico immuno-mediato elicitato dal glutine contenuto nel frumento, e da proteine simili contenute in orzo e segale, che si manifesta in soggetti geneticamente predisposti e che risulta caratterizzata dalla presenza di una combinazione variabile di manifestazioni cliniche glutine dipendenti, presenza degli anticorpi specifici, presenza degli aplotipi HLA-DQ2 e DQ8 ed enteropatia.

In passato era considerata una patologia rara con prevalenza di 1/1000 nati vivi. Da indagini di screening di popolazione invece la prevalenza risulta addirittura da 1/100 a 1/50 in base alla popolazione considerata, questo perché la forma sintomatica classica non rappresenta altro che la punta dell'iceberg di tale condizione: la maggior parte dei soggetti affetti da malattia celiaca presenta forme lievi, paucisintomatiche o asintomatiche. Il trattamento consiste nella dieta priva di glutine (DSG) da seguire per tutta la vita in quanto si tratta di un'intolleranza di tipo permanente.

Il processo diagnostico si esplica in diverse fasi: l'identificazione dei casi, le indagini sierologiche, la biopsia intestinale ed eventualmente la valutazione genetica.

La strategia del "case finding" si basa sulla valutazione di soggetti con sintomi o segni suggestivi (sia gastrointestinali ma anche extra-intestinali),

di soggetti con condizioni cliniche notoriamente associate alla malattia celiaca (di tipo autoimmune, idiopatico e cromosomopatie) e di soggetti con familiarità di primo grado per malattia celiaca.

Le indagini sierologiche rappresentano il passo successivo. È fondamentale, al momento della diagnosi effettuare il dosaggio delle IgA sieriche totali al fine di identificarne un eventuale deficit; solo in questo caso verrà considerata la classe IgG

dei marcatori sierologici specifici. È raccomandato il dosaggio ematico degli anticorpi anti-trasglutaminasi IgA (tTG-IgA) associato al dosaggio degli anticorpi anti-endomisio IgA (EmA). Il dosaggio degli anticorpi anti-gliadina (AGA) IgA e IgG, che mostravano elevata sensibilità solo nei bambini sotto i 2 anni di età, è stato sop-

pianato dall'introduzione del dosaggio degli anticorpi leganti il peptide deamidato della gliadina (DPG) IgA e IgG che mostrano elevata specificità ad ogni età. Gli EmA e i tTG risultano inoltre utili per la verifica della buona aderenza alla DSG e devono progressivamente normalizzarsi.

In considerazione dell'elevata prevalenza degli aplotipi HLA DQ2 e DQ8 tipici della malattia celiaca nella popolazione generale, la valutazione genetica non deve essere considerata un test diagnostico per malattia celiaca. La tipizzazione HLA ha un valore predittivo negativo pressoché assoluto, ma un basso valore predittivo positivo e la sua utilità è pertanto limitata a condizioni quali: quadri sierologici e istologici discordanti, identificazione di soggetti a rischio (parenti di primo grado di pazienti celiaci, soggetti affetti da sindromi cromosomiche notoriamente associate a malattia celiaca), e per escludere la diagnosi di malattia celiaca.

L'esecuzione della biopsia duodenale mediante EGDS nel bambino a dieta contenente glutine, rappresenta ad oggi il "gold standard" per la diagnosi di malattia celiaca. Lo spettro delle lesioni istopatologiche della malattia celiaca varia dal quadro classico rappresentato da atrofia dei villi intestinali, ipertrofia e iperplasia delle cripte intestinali ed infiltrato linfocitario intraepiteliale a quadri in cui è presente solo quest'ultimo aspetto. La classificazione più utilizzata per descrivere

PAOLO LIONETTI¹, ILARIA CIANCHI²,
PAOLA PELOSI³, PAOLO DEL GRECO⁴,
GIULIA PAOLACCI⁵, TERESA DI CHIO⁶

¹ Professore Associato di Pediatria, Università di Firenze, Responsabile SOD Gastroenterologia Pediatrica, AOU Meyer, Firenze

² Medico-Chirurgo interno, AOU Meyer, Firenze

³ Medico-Chirurgo interno, AOU Meyer, Firenze

⁴ Medico-Chirurgo, Roma

⁵ Studentessa VI anno CDLS Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

⁶ Studentessa V anno CDLS Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

le lesioni è quella di Marsh modificata da Oberhuber.

La principale novità del nuovo protocollo diagnostico consiste nel fatto che l'esecuzione della biopsia intestinale può essere omessa in presenza di sintomatologia clinica suggestiva per malattia celiaca, alti livelli di tTG-IgA (superiori a 10 volte il cut-off di normalità), positività degli EmA e dimostrata presenza degli aplotipi HLA DQ2 e/o DQ8.

Se i tTG-IgA sono positivi ma presenti in bassa concentrazione e gli EmA negativi, la diagnosi di malattia celiaca è poco probabile e la biopsia intestinale può essere eseguita per verificare la presenza o meno delle lesioni intestinali.

Nei casi con sierologia negativa, ma forte sospetto clinico di malattia celiaca la biopsia intestinale è raccomandata. Se istologicamente vengono dimostrate lesioni intestinali compatibili con la malattia celiaca occorre eseguire il test HLA-DQ

ed, eventualmente, considerare altri tipi di enteropatie diverse dalla malattia celiaca. In questi casi è necessario confermare successivamente la diagnosi di malattia celiaca con l'esecuzione del challenge con glutine ed ulteriori biopsie.

I bambini con sierologia specifica per malattia celiaca positiva devono essere inviati alla valutazione da parte di un gastroenterologo pediatrico e la DSG deve essere introdotta solo dopo il completamento dell'iter diagnostico.

In caso di non risposta alla DSG, dopo aver escluso la non compliance alla dieta da parte del paziente, sono raccomandati ulteriori accertamenti che possono includere ulteriori biopsie.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: paolo.lionetti@unifi.it

TM

Lettere al direttore

Toscana Medica 7/12



L'Ordine e la pubblicità sanitaria: difendere i cittadini

Carissimo Direttore,

esprimo, con soddisfazione, il massimo consenso, alla Sentenza Cass.Civ. 3717/2012 in tema di pubblicità sanitaria, che corrisponde ad un processo evolutivo dei rapporti istituzionali e, nella fattispecie *professionale*, finalmente ispirato a principi di liberalizzazione.

In pratica, la legittimizzazione della pubblicità e informazione sanitaria, provenga da un singolo professionista o da un aggregato associativo o societario (il cui *direttore sanitario* è soggetto alla disciplina del codice deontologico, come bene afferma, citandolo l'art. 69, la Sentenza stessa), non è soggetta al preventivo potere autorizzativo e regolamentare di chicchessia, ma unicamente e solo alla verifica della trasparenza e della veridicità del messaggio da parte, nella specie, dell'Ordine dei Medici (OMCeO) competente.

Ebbene, l'art. 56 del Codice dei medici si esprimeva già in questo senso, considerando alla stessa stregua singoli professionisti e strutture sanitarie pubbliche e private (I comma), e vincolandole a principi di correttezza informativa, responsabili-

tà e decoro professionale (ovviamente il secondo comma decade essendo ammessa *ex lege* la pubblicità promozionale e comparativa).

A me sembra che, invocando la verifica della trasparenza e della *veridicità* da parte dell'Ordine, la Cassazione vi intende anche la verifica della corrispondenza della informazione e della pubblicità ai *fini* esclusivi e legittimi della *medicina* cui sono estranei il miracolismo e quanto diverga dalla verità scientifica, mentre è essenziale e intrinseco il decoro inteso come garanzia della correttezza, scienza e coscienza professionali e non d'altri orpelli.

È materia nuova questa che esalta gli Ordini e la giurisdizione deontologica: saranno le sentenze ordinarie e anche la Commissione Centrale per gli Esercenti le professioni sanitarie a *fare giurisprudenza*.

D'altronde, resta utilissima, preveggenza e ammonitrice la *linea-guida* emanata a suo tempo dalla FNOMCeO (anche se ovviamente non vincolante), cui non fummo, né tu né io, estranei.

Mauro Barni

La crisi della medicina e la famiglia del medico

Egregio Direttore,

chi Le scrive non è, una volta tanto, un medico, bensì la moglie di un medico ("di base", come ama definirlo il sistema...), moglie che ha per sua scelta deciso, fin dagli inizi di rinunciare ad una propria attività lavorativa per dedicarsi alla famiglia ed aiutare il marito in un lavoro che lo entusiasmava. Faccio questo da trentasei anni ed ho visto, ahimè, come le cose siano cambiate, in questa professione e non certo in meglio... Tra i miei "compiti" c'è e c'è sempre stato, quello di ritirare la posta e di sfogliare le riviste mediche, per poi segnalare a mio marito ciò che penso e so possa interessargli, visto, appunto, che "il tempo è tiranno"...! In tale contesto, mi è capitato, in questi giorni, di leggere, su Toscana Medica, il suo piacevole editoriale "Un tempo c'era il tempo", che, purtroppo rispecchia l'inequivocabile realtà nella quale versa il medico di Famiglia (così si chiamava un tempo, quando ancora esisteva questa figura professionale ed anche la famiglia... ma questo è un altro discorso...) del quale ho vissuto, mi permetta di dire, quasi in prima persona, i cambiamenti, le gioie ed i dolori.

Una volta, mio marito era entusiasta, lavorava con soddisfazione e spesso amava dirmi scherzando: "Pensa, faccio il lavoro che mi piace e mi pagano pure!". Oggi non è più così: attraverso una serie di cambiamenti, maturati negli anni, il medico di medicina generale è stato ridotto ad un burocrate ed anche di pessima fattura. Anni or sono, quando rientrava a casa, mi esponeva le sue soddisfazioni, i suoi dubbi, le sue preoccupazioni riguardo ad un malato o ad una situazione che lo coinvolgeva emotivamente; oggi, spesso, rincasa smoccolando (mi perdoni il "francesismo"! per i dubbi e le contrarietà determinate da "quella nota AIFA", per una nuova norma che obbliga all'ennesimo adempimento burocratico-amministrativo, per non aver potuto concedere ad un paziente una prestazione, secondo "scienza e coscienza" (già, scienza e coscienza...!) perché non permesso da quella delibera regionale o da una sequela di norme e codicilli partoriti da chi sa quale funzionario con scarsa, per non dire alcuna conoscenza dell'"arte medica"!

Già, "un tempo c'era il tempo"! Ma allora cosa fare? Io sono dell'opinione che del tempo il medico potrebbe riappropriarsi, ma per fare questo dovrebbe potersi scrollare di dosso tutta quella serie di adempimenti (a mio parere di non sua competenza) inutili e nocivi che occupano spazi materiali e mentali di quello che è stato un professionista della salute, per rendere agli assistiti "lo spazio ed il tempo" di cui hanno bisogno e diritto e al medico la possibilità di riappropriarsi di

una professione che vive attualmente sulle rovine di se stessa.

Sono, purtroppo, ovviamente cosciente che un tale cambiamento richiederebbe una rivoluzione culturale e normativa impensabile ed improponibile al punto in cui siamo arrivati. Ma ciò che mi indigna è che non ci sia accorti (o forse qualcuno sì, ma, in senso lato, non era "conveniente"...), prima, di ciò che stava accadendo e mi permetto una piccola annotazione al suo editoriale: come mai, Presidente, questa verità Lei la palesa solo adesso che è stato superato il punto di non ritorno?

La saluto con stima e la ringrazio per aver letto questo mio sfogo.

Lettera firmata

Cara Signora, grazie per la sua bella, sincera e accorata lettera. E suo marito? Per una volta mi consenta di indulgere in un vezzo in cui speravo di non cadere, quello dell'autocitazione. La mia ultima firma su un contratto della medicina generale risale al 1995. Poi ho ricoperto altri incarichi, ma ciò che sostengo da molti anni è che il mio ultimo contratto è superato e va radicalmente cambiato. Spesso si accusano i medici di famiglia di misurare la pressione e di ripetere le ricette. Ma questi sono compiti infermieristici e i medici debbono sostenere che non sono disponibili per siffatte mansioni, che vogliono mezz'ora per paziente e che solo in tal modo potranno rispondere alle mutate esigenze dell'assistenza. Alcuni propongono che i medici di famiglia (io li chiamo ancora così) debbano sfolire i pronto soccorsi assistendo i cosiddetti "codici bianchi". Ma il medico generale ha il compito di definire o sopporre le diagnosi, non di medicare le abrasioni. Questo e altro ripeto da anni e oggi lo scrivo perché la "questione medica" ha ormai valenza generale. Noi abbiamo creato la medicina generale al tempo del film di Alberto Sordi, abbiamo contribuito alla riforma sanitaria (e ne sono orgoglioso), abbiamo definito la medicina generale come disciplina autonoma e scritto, sulle macerie delle mutue, la prima convenzione unica: il ruolo professionale e sociale del medico di famiglia. Ora mi sembra prevalere una sorta di caduta di tensione. Ma non è vero, e in questo dissenso da Lei, che ormai si sia superato il "punto di non ritorno". I trend sociali debbono essere compresi e affrontati. Il che significa fare politica della professione, quella politica che non si aggira né si esorcizza come si vuol fare oggi. La professione più bella del mondo non può sfuggire ai medici che, tuttavia, ne debbono comprendere i mutati meccanismi sia scientifici che sociali per riaffermare il loro ruolo professionale.

Antonio Panti



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".

Come si distrugge un sistema sanitario

Un medico inglese, John Wright, epidemiologo clinico in Bradford, torna a visitare l'ospedale africano dove ha lavorato vent'anni prima.

Un ospedale missionario (dello Swaziland, Africa meridionale) costruito negli anni sessanta per un tempo molto diverso da quello attuale, ma rimasto immutato nella sua struttura con i reparti invasi dall'odore pungente di disinfettanti e di malattie. Sebbene le mura siano rimaste le stesse, negli ultimi due decenni lo scenario sanitario è cambiato completamente. L'epidemie di HIV/AIDS e di tubercolosi hanno invaso il paese e non sembrano dare segni di arretramento. C'è più gente con l'HIV nelle colline intorno all'ospedale che in tutto il Regno Unito.

L'AIDS ha cambiato tutto, completamente. Uno tsunami di infezioni opportunistiche ha devastato il già fragile sistema sanitario e distrutto intere comunità. Sarebbe stato necessario un deciso rafforzamento dei servizi e l'iniezione di un esercito di operatori sanitari per far fronte a un'emergenza senza precedenti.

tannici hanno istituito nuovi centri per l'esecuzione di test e counselling. Gli americani hanno promosso campagne a favore dell'astinenza.

Gli effetti di questa Babele sono stati distruttivi per i servizi sanitari locali.

L'ingresso dell'ospedale assomiglia a quello di una conferenza del G8, pieno di bandiere al vento dei paesi donatori che sembrano proclamare: compassione per la vostra impotenza, ammirazione per la nostra generosità.

La zona dell'ospedale è piena di camper e di case mobili. Una per i test e counselling, una

per la prevenzione della trasmissione HIV madre-bambino, un paio per la formazione degli infermieri, una per la circoncisione maschile, un paio, infine, a supporto dell'assistenza domiciliare. I donatori non finanziano il rinnovamento e la manutenzione dell'ospedale; cosicché mentre questo cade a pezzi, quello che è cresciuto intorno sembra un macabro lunapark.

I poster che promuovono il sesso sicuro mettono in primo piano la bandiera americana. Sembra che il messaggio principale non sia l'efficace prevenzione dell'Aids ma la promozione del donatore USA. In un giro che Wright ha fatto nei centri di salute periferici, ha chiesto ai medici perché quando questi discutevano di programmi di prevenzione

GAVINO MACIOCCO
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

SWAZILAND. PROFILO DI SALUTE	
Popolazione (ab)	1.185.000
Speranza di vita alla nascita (anni)	49
Mortalità infantile (x 1.000 nati vivi)	52
Mortalità materna (x 100.000 nati vivi)	420
Prevalenza HIV (x 1.000 ab. 15-49 anni)	259
Prevalenza Tbc (x 100.000 ab)	673

Ciò che è avvenuto è tutta un'altra storia. La storia di un nuovo colonialismo sanitario. Dozzine di organizzazioni, animate dalle migliori intenzioni e spinte da illimitate energie in una nuova corsa all'Africa, sono scese in campo - in gara l'una contro l'altra - per aiutare, ma - osserva Wright - soprattutto per dimostrare il loro impegno agli occhi dei loro sponsor.

I francesi hanno messo in piedi nuovi ambulatori e servizi sanitari paralleli per evitare la frustrazione di lavorare con quelli esistenti. Gli italiani hanno sviluppato la telemedicina per consentire il supporto di esperti internazionali. I bri-



e di cura riferivano sempre il nome del finanziatore americano. Questa la risposta: “Una delle condizioni del programma è che lo staff deve sapere chi finanzia e c’è sempre qualcuno intorno a controllare”. Conclusione: il riconoscimento del “marchio” è più importante dell’efficacia del programma.

In un altro centro di salute – continua Wright – ci hanno detto che differenti team di differenti organizzazioni non governative arrivano per fornire lo stesso servizio. Un gruppo parte e un altro arriva, in una sorta di commedia shakespiriana. Le infermiere del centro scuotevano la testa di fronte a tanta confusione e incompetenza.

Queste le riflessioni conclusive di Wright contenute in un recente articolo del *British Medical Journal*: “La regola d’oro dello sviluppo è la sostenibilità: ciò di cui sono stato testimone è quello di un’industria che crea dipendenza, con una miriade di donatori esterni che competono per creare servizi paralleli indipendenti. Tutti si lamentano dei limiti della *governance* africana, ma la vera soluzione sostenibile sarebbe quella di avere più fiducia e dare più fondi ai governi locali (magari con un po’ più di auditing)”.

Wright aggiunge un (amaro) finale. “Un medico africano mi ha detto: noi abbiamo bisogno di un

servizio sanitario nazionale, che superi l’attuale estrema frammentazione dei servizi. Quel medico pensava al NHS inglese. Ma io – che avevo in mente la riforma destinata a modificarne radicalmente la struttura e la missione – mi chiedevo se quello che vedevo in Africa non era il futuro per l’Inghilterra.

Un commento è d’obbligo.

Non tutti gli ospedali africani sono simili a quello descritto dal Dr. Wright. E non tutte le organizzazioni che si occupano di cooperazione sanitaria antepongono il riconoscimento del marchio all’efficacia del programma. Ma non c’è dubbio che, particolarmente in Africa, le politiche della Banca Mondiale negli ultimi 30 anni hanno prodotto: a) l’impoverimento estremo dei servizi sanitari pubblici, b) la fuga del personale sanitario locale, c) la crescita caotica della sanità privata, d) la frammentazione degli interventi di cooperazione, e) la competizione tra una miriade di organizzazioni non governative.

Problemi analoghi li troviamo ai piani alti della sanità internazionale, dentro l’Organizzazione Mondiale della Sanità. Ma di questo parleremo nel prossimo articolo di questa rubrica. **TM**

RICORDO

Stefano Ciatto: il nostro Rambo



Stefano Ciatto è morto venerdì 4 maggio in un incidente automobilistico. È difficile per me ricordarlo: lo conoscevo, ho lavorato, ho imparato, ero amico di Stefano da più di vent’anni. Era un personaggio un po’ leggendario eppure ha rappresentato qualcosa di fondamentale per lo sviluppo dei programmi di *screening* e più generalmente della cultura dello *screening*. Questo non solo perché è stata una delle prime persone in Italia a occuparsene, uno dei primi a pubblicare di *screening* su importanti riviste. E neanche perché è stato uno dei fondatori sostanziali del CSPO. No, credo che sia stato fondamentale per il mondo dello *screening* perché rappresentava nella sua persona le qualità migliori che dovrebbe avere il mondo dello *screening*: la capacità di tenere insieme la ricerca sulla migliore evidenza scientifica con l’attività clinica senza soluzione di continuità. Cioè la ricerca di comportamenti che si basassero su una razionalità complessa, ma esplicita. Era incredibile la sua capacità di ipotizzare un quesito scientifico e di cercarne una risposta (oltre che sui dati di letteratura) nel disegno e nell’esecuzione di uno suo proprio studio. E quando trovava conferma alla sua ipotesi immediatamente modificava il suo comportamento da clinico. Tanto veloce da risultare addirittura vorticoso in qualche momento e difficile da seguire. Non esisteva (o per lo meno ora non ricordo) che dicesse: «pensiamoci, vediamo, aspettiamo un po’». Non apprezzava gli atteggiamenti dubbiosi: la ricerca andava fatta subito, il risultato immediatamente pubblicato, il protocollo clinico doveva mutare conseguentemente.

Altrettanto incredibile risultava la sua capacità di lavoro: gli avevo detto una volta (aveva sorriso) che, come Rambo, rappresentava un’argomentazione contro l’utilità degli esercizi. In questa sua velocità sembrava, a volte, non riuscire a capire le lentezze, le difficoltà, i dubbi del mondo circostante, anche degli amici, e spesso manifestava la sua insoddisfazione per come andavano le cose. Ma credo fosse un suo modo di porsi, il modo che riteneva più utile per spingere in avanti la situazione.

La cosa che gli piaceva di più era l’insegnamento, in cui riusciva a manifestare meglio la sua generosità e la sua creatività. Le sue lezioni erano chiarissime e divertenti. Amava la provocazione: era il suo modo di stabilire quei punti di cesura che dovevano essere chiariti nel ragionamento e soprattutto nei comportamenti. Non tutti riuscivano a comprenderlo e questo suo atteggiamento sollevava a volte scontri. Era e si definiva un radiologo, molta della sua attività si è concentrata sulle problematiche legate alla diagnosi precoce e allo *screening* del tumore della mammella. Ma aveva molto contribuito alla ricerca (nel senso che dicevo prima di nuova conoscenza e modifica delle attività) nel campo dello *screening* cervicale e coloretale. E infine fondamentale per il nostro Paese si è rivelata la sua ricerca sulla diagnosi precoce del tumore della prostata. Spero che si trovi il tempo e lo spazio per una riflessione meditata sul filo della sua attività di ricerca.

È morto nel pieno della vita. Sicuramente avrebbe potuto dare ancora molto, stava progettando nuovi studi. Eppure ho questa strana sensazione (che spero possa essere motivo di consolazione per le persone che gli volevano bene) che nel contempo avesse già dato tutto. Cioè aveva realizzato tutto quello che si era proposto di fare.

Marco Zappa



Un adempimento importante

Facendo seguito a segnalazioni giunte all'Ordine da parte di pazienti esenti per patologie croniche che, per omissione nella ricetta del relativo codice di esenzione si sono

trovati costretti a pagare le prestazioni sanitarie necessarie, senza possibilità né di modificare né di integrare con il codice adeguato la ricetta stessa, si ricorda ai medici

di famiglia di evitare difficoltà agli assistiti. In tal senso l'Ordine ha già segnalato il fatto alla ASL onde evitare appesantimenti burocratici ai cittadini.

UN NUOVO ASSESSORE ALLA SALUTE

Luigi Marroni, già direttore generale della Asl 10, è subentrato a Daniela Scaramuccia quale assessore regionale alla Salute. A Luigi Marroni gli auguri della Redazione.



Prima visita, poi certifica

La Corte di cassazione ha recentemente condannato definitivamente un medico per una certificazione non corrispondente alle regole del codice penale.

In pratica il collega, medico di medicina generale, aveva effettuato una dichiarazione di prolungamento della malattia di una sua paziente senza aver effettuato l'esame clinico. In precedenza, il primo giorno di malattia, aveva effettuato regolarmente la visita medica e compilato il primo certificato. Alla scadenza dello stesso, sollecitato per telefono dalla sua paziente, aveva riportato su una nuova certificazione la persistenza di alcuni sintomi (descritti sempre per telefono)

che giustificavano la necessità di un prolungamento della malattia. Di fatto però non ne constatava la portata con una visita medica, ma si limitava a riportare i dati riferiti a distanza dalla paziente.

Per tali fatti, il giudice ha ritenuto medico e paziente responsabili di due distinti reati descritti dal C.P.:

Il primo aveva rilasciato un certificato medico senza visita medica preventiva (art. 480 C.P.)

La seconda aveva fatto uso della certificazione pur conoscendone la falsità (art. 489 C.P.).

Ricordiamo ai colleghi che il medico non può effettuare alcuna dichiarazione scritta sulle condizioni

di salute di un proprio assistito se non ha constatato *de visu* quanto da lui dichiarato. Il certificato medico è un atto pubblico e il medico è un pubblico ufficiale.

Anche il Codice di deontologia Professionale si esprime in tal senso: vi invitiamo a rileggere quanto recita l'articolo 24 sulla certificazione: *"Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti"*.

Nuova maternità a di Careggi

Mercoledì 30 Maggio 2012 alle ore 12.00 il Direttore Generale dell'AOU Careggi, ha inaugurato la "Nuova Maternità di Careggi" - sita in Largo Brambilla, 3 - final-

mente ultimata nei suoi lavori di costruzione. La Nuova Maternità vuole essere un modello funzionalità architettonica che possa unire l'ottimizzazione degli spazi in ar-

monia di bellezza e forma, frutto di collaborazione tra Istituzioni, Aziende pubbliche e Imprese private, loro dipendenti e collaboratori.

Una nuova associazione scientifica per la psico-oncologia

La SIPO Società Italiana di Psico-oncologia è una Associazione Scientifica nata per promuovere la conoscenza, il progresso e la diffusione della psico-oncologia in campo clinico, formativo, sociale e di ricerca. L'Associazione ha lo scopo di riunire i cultori e gli operatori della psico-oncologia, ovvero psicologi, psichiatri, oncologi e al-

tre figure professionali operanti in ambito oncologico recependone e tutelandone le istanze. La sezione Toscana della SIPO svolgerà il proprio convegno annuale dal titolo "I vissuti nel percorso oncologico tra attesa, fiducia e sospensione" ad Arezzo il 16 giugno 2012. Il convegno ha lo scopo di integrare saperi provenienti da varie esperienze in

oncologia come ad esempio quella dell'oncologo, del radioterapista, del medico di medicina generale, dell'infermiere, dello psicologo, dello psichiatra. Per informazioni <http://www.siponazionale.it>. Referente per SIPO Toscana: d.ssa Antonella Ciarabella, AOU Pisa Tel. +39050992161 e-mail: ciaranogift@gmail.com.

Case Manager Neurologo a Torregalli

Presso l'U.O. di Neurologia ASF dell'Ospedale San Giovanni di Dio a Torregalli è attivo un Servizio di presa in carico globale proattiva della persona con esiti di Grave Cerebrolesione Acquisita. Il Case Manager Neurologo, responsabile del servizio, coordina un'équipe multidisciplinare di sanitari ospedalieri (operante con modalità day

service) e rappresenta il punto di connessione integrata di un gruppo multiprofessionale di operatori psico-socio-sanitari.

Il Case Manager Neurologo, valuta e monitorizza gli aspetti medici legati alla neurolesione, rivede la terapia neuro-farmacologica, attiva consulenze specialistiche di altra branca e richiede esami di

laboratorio o strumentali con modalità day service.

Per accedere a tale servizio, che garantisce continuità e coordinamento assistenziale, contattare lo 055 6937694 il mercoledì e il giovedì dalle 15 alle 18,30 oppure il 388 7994391 o inviare una mail a monica.gallori@asf.toscana.it



Medici in formazione di medicina generale

La FIMMG Formazione, con il sostegno di tutta la FIMMG, ha denunciato le criticità della condizione dei medici in Formazione Specifica in medicina generale. Ne sono dimostrazione i recenti eventi riferiti alla detassazione della borsa di studio che denotano scarso livello di conoscenza della realtà dei medici in Formazione di medicina generale.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO lo scorso 11 maggio ha affrontato la questione ed ha approvato la seguente mozione: "Esprimendo vicinanza e solidarietà ai medici specializzandi ed in formazione specifica per la medicina generale fatti oggetto di misure fiscali nell'omologo Decreto in corso di approvazione, il Consiglio Nazionale impegna il Comitato

Centrale a promuovere nelle sedi istituzionali un provvedimento legislativo che finalmente preveda la parificazione dei percorsi formativi post-laurea di specializzazione e di formazione specifica in medicina generale, un contratto unico di formazione ed un trattamento fiscale omogeneo e meno penalizzante".

VERSO ECIM 2012:

La Società Italiana di Ginecologia della Terza Età (S.I.Gi.T.E.) al Congresso Europeo di Medicina Integrata

La menopausa rappresenta un delicato periodo della vita femminile in cui spesso diventa necessario integrare l'approccio terapeutico tradizionale con le medicine complementari, nell'ottica di un'ottimizzazione di quelli che sono i presidi a disposizione del ginecologo sia per la prevenzione che per il trattamento ai fini del raggiungimento di una buona qualità di vita della donna.

È con questo spirito che si inserisce la partecipazione della SIGiTE al Congresso Europeo di Medicina Integrata ECIM 2012. Questo appuntamento internazionale che da sempre vede confrontarsi i più qualificati esperti europei a Berlino si svolgerà quest'anno in Italia, a **Firenze, dal 21 al 22 settembre 2012**.

Il Congresso offre largo spazio alle novità in tema di salute della donna e rende possibile momenti di confronto e collaborazione fra Società scientifiche che operano nell'ambito della ginecologia cosiddetta "ufficiale", quali la Società Italiana di Ginecologia della Terza Età e gli esperti del settore delle

medicines complementari. L'evento, che rappresenta il principale appuntamento europeo e internazionale per medici, operatori sanitari e del benessere, ricercatori e aziende impegnati in questo settore, affronta i temi della salute di genere nelle varie età della donna. Presenta infatti esperienze sulla valutazione di efficacia delle medicine e delle pratiche complementari/non convenzionali e sulla loro integrazione con la medicina ufficiale in tema di gravidanza, parto, puerperio, sterilità, menopausa ma anche rischio cardiovascolare, qualità della vita nella terza età e soprattutto in campo oncologico dove è noto come le medicine complementari possano svolgere un ruolo anche nella riduzione degli effetti collaterali dei trattamenti antitumorali.

Nell'ambito del Congresso, la SIGiTE sarà presente nella sessione plenaria sulla salute della donna in menopausa e con un Workshop in cui operatori della ginecologia "ufficiale" si confronteranno con esperti europei di medicine complementari e medici di medici

generale su tematiche di importanza fondamentale per questa fase della vita femminile.

Sul sito è possibile registrarsi al Congresso, ottenere informazioni sugli hotel, sul programma sociale ecc. Ogni altra informazione può essere richiesta all'indirizzo ecim2012@regione.toscana.it

ECIM 2012 ospiterà anche il 26° Congresso del GIRI (Gruppo internazionale di ricerca sulle sostanze infinitesimali), dedicato agli effetti biologici delle sostanze in alta diluizione, e altri seminari di società scientifiche sia italiane che internazionali.

Angelamaria Becorpi - *Direttiva S.I.Gi.T.E. - Responsabile Ambulatorio Menopausa Oncologica - Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi - Firenze*
Sonia Baccetti - *Responsabile Rete Toscana di Medicina Integrata e Centro di Riferimento Regionale di Medicina Tradizionale Cinese "Fior di Prugna" - Firenze*
Costante Donati Sarti - *Presidente S.I.Gi.T.E.*

Mariella Di Stefano - *Direttore Notiziario Regionale TC Toscana*

Premio Europeo per un Medico di Famiglia Toscano

La dottoressa Mirene Anna Luciani, che frequenta il 3° anno del Corso di Formazione presso la sede di Pisa, è risultata vincitrice del premio Junior Researcher Award 2012.

Il Junior Researcher Award è un prestigioso premio internazionale, istituito da Wonca (l'organizzazione mondiale dei Medici di Medicina Generale) finalizzato a stimolare la ricerca nell'ambito della Medicina di Famiglia e dedicato ai migliori progetti di ricerca proposti e sviluppati da Medici di

Medicina Generale ancora in formazione o diplomati da non più di 5 anni, che studiano od esercitano in Europa.

Per il 2012 i vincitori sono risultati ex equo.

Dr. Mirene Anna Luciani per l'Italia

Dr Virginia Hernandez per il Regno Unito

Dr Anne Maren Dahlhaus per la Germania

Secondo classificato:

Dr Tiago Luis Baptista da Cunha Sousa Veloso per il Portogallo

È la prima volta che il premio viene assegnato ad un medico italiano e di questo siamo particolarmente orgogliosi.

Nel rispetto della normativa del premio non potranno essere resi pubblici i contenuti del lavoro sino alla presentazione che avverrà sabato 7 luglio a Vienna nel corso del congresso Europeo di Wonca

Emanuele Messina

Direttore del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Toscana



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini



Edizione del
centocinquantesimo
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

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

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



Eugene Fierri

Cosimo Cecchi



Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista