

ToscanaMedica

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



Valorizzare le risorse umane

P. Tosi

Ipoitaminosi D in pazienti pediatrici affetti da Diabete Mellito di Tipo 1

S. Seminara, P. Scalini, L. Capirchio, C. Menchini,
F. Ricci, G. Anzilotti, L. Lenzi, S. Toni

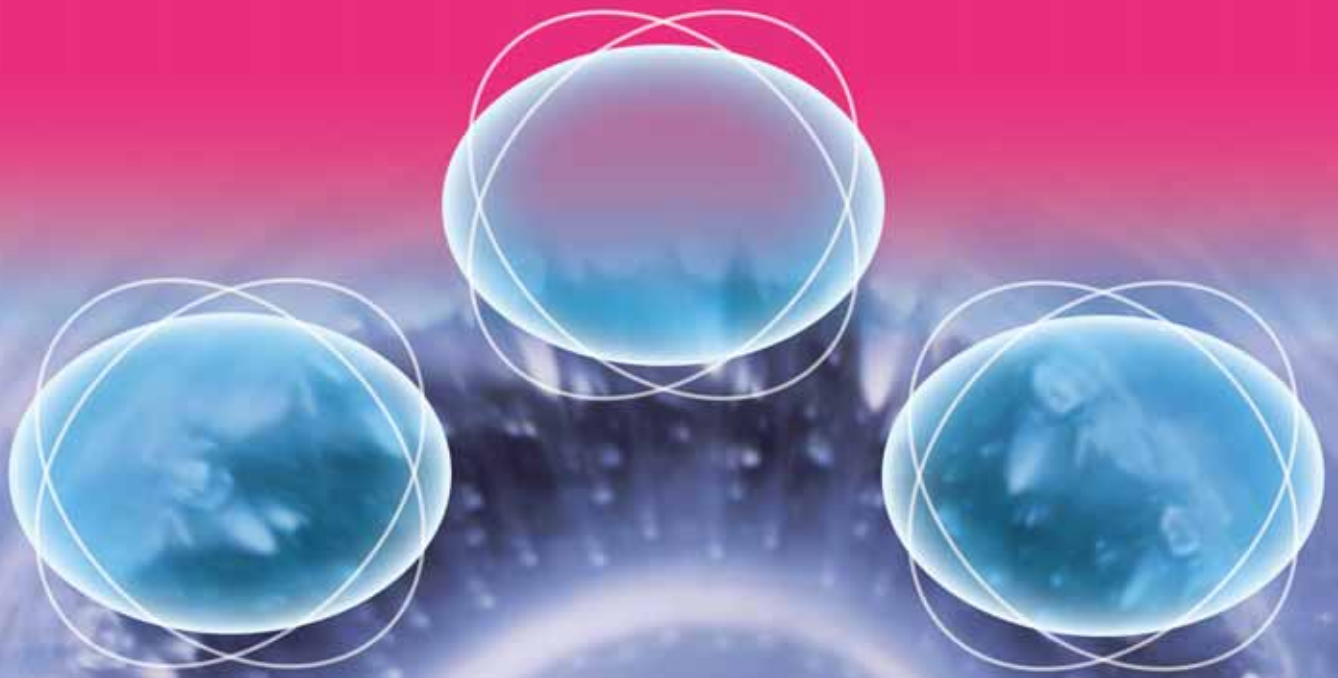
Corretto sviluppo intrauterino

F. Mecacci, C. Nardini, S. Ottanelli,
S. Biagioni, Z. Tredici, C. Serena, L. Marchi, G. Mello

La valutazione della soddisfazione dei pazienti, componente essenziale della pratica medica

G. Collecchia

N° 7 LUGLIO/AGOSTO 2013



ROBILAS

BILASTINA

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



Certificato Nr
80-100 4785
REV. 07



Depositato presso AIFA in data 05/10/2012

ROBI 12 11

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Dalla Repubblica al Ducato
F. Napoli **4**

EDITORIALE

- Il welfare prossimo venturo
A. Panti **5**

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Valorizzare le risorse umane
P. Tosi **6**
- OPTIMUS
A. Mannoni e coll. **8**
- Assistere la morte perinatale in Italia
C. Ravaldi e coll. **13**
- Il ruolo della psicoanalisi nell'attuale medicina ipertecnologica
G. Loverso **15**
- La valutazione della soddisfazione dei pazienti, componente essenziale della pratica medica
G. Collecchia **16**
- AFT, Audit e Chronic Care Model
M. Grifagni e coll. **18**
- I vantaggi dell'hospice integrato nell'ospedale
S. Guarducci e coll. **29**
- Gratis sul lettino dello psicologo ovvero tre al prezzo di due
A. Panti **31**
- Russamento e Apnee Ostruttive durante il Sonno
W. Livi **32**

BACHECA **7**

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI **30/34**

REGIONE TOSCANA

- La diffusione del progetto "Codice Rosa" sul territorio regionale
P. Magneschi **21**

- Nuove frontiere di integrazione tra Servizio Sanitario Regionale e Università su Formazione e Ricerca
A. Zanobini **24**
- Consiglio Sanitario Regionale **26**

RICERCA E CLINICA

- Corretto sviluppo intrauterino
F. Mecacci e coll. **33**
- La sostituzione protesica da patologia degenerativa del ginocchio
V. Cervi **35**
- Trend di ricovero e soglie di appropriatezza per *trombosi venosa profonda acuta* nell'Azienda USL 6 di Livorno
M. Cei e coll. **37**
- Ipvitaminosi D in pazienti pediatrici affetti da Diabete Mellito di Tipo 1
S. Seminara e coll. **39**

SANITÀ NEL MONDO

- Centro Regionale di Salute Globale della Regione Toscana
G. Maciocco **42**

RICORDO

- Clemente Puccini. Il ricordo di un allievo
M. Graev **44**

LETTERE AL DIRETTORE

- Ancora sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico
S. Lassi **45**
- La concorrenza in Sanità è un tabù?
G. Virgili **45**

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi **46**



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXXI n. 7 - Luglio/Agosto 2013
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
Borse in pelle per l'elezione dei Priori, sec. XV
Firenze, Archivio di Stato

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2013 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Dalla Repubblica al Ducato

F'una lunga storia quella che dalla fine del 1200 arriva fino ai primi del Cinquecento abbracciando circa tre secoli di vita della città di Firenze e questa storia è narrata presso la Galleria dell'Accademia

con una mostra dal titolo *Dal Giglio al David. Arte civica a Firenze fra Medioevo e Rinascimento* curata da Daniela Parenti e Maria Monica Donato.

Una città che vede tramontare per sempre nel 1530 il governo repubblicano, che partita dagli aspri contrasti fra Guelfi e Ghibellini trova poi nella Parte Guelfa la dominante e che appoggiandosi sulle magistrature repubblicane identifica nelle Arti la colonna vertebrale della propria potenza, di cui è espressione il Fiorino.

Orsanmichele ne è la celebrazione con i tanti Santi legati alle varie Corporazioni – ad esempio, in mostra *Santo Stefano* di Lorenzo Ghiberti per l'Arte della Lana o la *Madonna della Rosa* attribuito a Piero di Giovanni Tedesco per i Medici e Speciali –; il Palazzo dei Priori (oggi Vecchio) è il luogo di affermazione dove le immagini servono come comunicazione e ammonimento (ma in questo sono utili anche le Porte di accesso alla città); Santa Maria del Fiore o San Miniato al Monte o lo Spedale degli Innocenti ne sono il frutto, di volta in volta costruiti grazie all'Arte della Lana, a quella di Calimala o della Seta. Senza dimenticare come altri aspetti della città siano legati alla sua storia di indipendenza e libertà – secondo l'allestimento di Giancarlo Lombardi, tutta la mostra è in bianco e in rosso, che sono poi i colori della stessa città –, come è il caso della chiesa di san Barnaba in via Panicale dedicata ad un santo desueto in città, ma qui strettamente legato alla vittoria di Campaldino.

In tal modo Firenze si è arricchita nei decenni di importanti opere d'arte che ne hanno forgiato il volto e accresciuto la ricchezza, incrementando un clima culturale che ha arricchito se stesso.

La mostra, dunque, ci parla anche di arte della comunicazione, vedendo in certe immagini ripetute i messaggi che la *civitas* lancia ai suoi cittadini: è il caso dell'immagine della Giustizia – in mostra con un'opera di Andrea Pisano proveniente dal Campanile – e del conseguente recupero iconografico di San Tommaso – visto come uomo che ricerca prove ai fatti –; è il caso di frasi o dell'immagine della ruota della fortuna, oppure ancora di Ercole che con la sua forza difende i più deboli – in mostra, opera di Antonio del Pollaiuolo –.

Ma ricorrenti sono le effigi dei patroni, da San Zanobi a Santa Reparata fino a San Giovanni Battista; c'è Sant'Anna legata alla cacciata da Firenze del tiranno Duca di Atene e ritratta in affresco da Andrea di Cione detto l'Orcagna (proveniente da Palazzo Vecchio).

In mostra compaiono opere di Giovanni di Balduccio, di Jacopo e Nardo di Cione; da Digione arriva una terracotta invetriata di Benedetto Buglioni, dal Poldi Pezzoli di Milano giunge Bernardo Daddi; invece, Giovanni del Biondo non ha fatto molta strada, essendo abitualmente esposto proprio nella Galleria dell'Accademia.

Interessanti documenti sono i Vangeli con coperta d'argento usati per il giuramento dei Priori (XIV-XVI) e gli *Ordinamenti degli Otto di Guardia e Ballia* (1478-9), ambedue conservati presso l'Archivio di Stato di Firenze.

Dal Bargello è in mostra il sigillo d'argento della Parte Guelfa, da Palazzo Vecchio la bussola per le votazioni datata 1390. Tutto questo (ma è solo un piccolo campione di quanto esposto) ci parla del grande fervore di una città retta dai cittadini attraverso le varie magistrature e dalle Arti che li rappresentavano: così la ricchezza prodotta ricadeva sulla città sotto forma di iniziative benefiche (Bonomini di San Martino).

L'ultima repubblica vive nei primi trent'anni del Cinquecento, fra alterne vicende e continui cambiamenti, ma trova nel *David* di Michelangelo la sua massima espressione culturale e politica, prima dei fasti del ducato (poi granducato) mediceo.

Ma questa è un'altra storia.

Dal Giglio al David. Arte civica a Firenze fra Medioevo e Rinascimento

Galleria dell'Accademia, Firenze
fino all'8 dicembre

(orario: martedì/domenica 8,15-18,50)



Andrea di Cione, detto Orcagna. *Sant'Anna e la cacciata del Duca d'Atene*, 1344-1345. Pittura murale strappata; affresco e tempera. Firenze, Museo di Palazzo Vecchio.



Il welfare prossimo venturo

ANTONIO PANTI

“Manducate quae apponentur sine murmuratione et gratias agite”.

“Mangiate quel che avete nel piatto, zitti e ringraziate Dio”. Questo cartiglio, che si trova nel refettorio del convento delle Montalve, vicino Firenze, non manca di attualità. Il tentativo di perseguire la giustizia culminato nei sistemi assistenziali del XX secolo e la persuasione che la libertà fosse inscindibile dall'equità, stanno tramontando sconfitte, nel liberismo trionfante, dall'eccesso di richieste rispetto alle possibilità economiche e dal capitalismo finanziario fondato sul mito del Pil. Si torna alla carità e trionfano gli interessi di chi muove i capitali e orienta la spesa dei governi. Si salveranno l'universalità, l'uguaglianza, la solidarietà, la sussidiarietà, la globalità della tutela del diritto alla salute?

Con poca spesa in Italia (uno *spread* a nostro favore!) si registrano risultati tra i migliori al mondo in termini di salute riconquistata e di sopravvivenza. Eppure la spending review mette in crisi questi valori e questi risultati. Se i finanziamenti diminuiscono, e non si considera la sanità quale un motore di sviluppo economico ma la si valuta sempre come un costoso servizio, non resta che innovare il sistema sperando di mantenere i risultati che tutto il mondo ci riconosce. Cambiare i Lea? Garantire solo le prestazioni necessarie a chi ne ha effettivamente bisogno? Appropriately, ma quale, quella dei cittadini che esigono tutto, quella riduzionistica dei medici, quella dirigista dei politici, quella distorcente delle aziende chimiche?

In un'Italia che sconta un malinteso federalismo occorre ripensare il modello strutturale e organizzativo del servizio. Ricordiamo il cartiglio delle Montalve: questo è quanto lo Stato può garantire e non vi lamentate che è anche troppo. Nel 2012 il finanziamento del servizio sanitario è cresciuto meno del PIL, segno della crisi generale che attanaglia il paese. Nei palazzi della politica si vocifera di cambiare radicalmente il modello di

assistenza per recuperare risorse e rendere competitivo il sistema. Ma ulteriori riduzioni delle risorse, quali si avrebbero senza interventi correttivi sulle disposizioni delle ultime leggi finanziarie, non sono compatibili con la sopravvivenza del sistema.

Si interverrà riducendo la copertura assistenziale o correggendo gli sprechi presenti in ogni regione? Gli sprechi sono responsabilità di tutti, per primi dei politici, anche se è difficile chiudere un ospedale o perfino un inutile ambulatorio sotto le pressioni dei cittadini e dei medici. I quali invece, per garantire la sopravvivenza del servizio sanitario, dovrebbero manifestare una visione più ampia. Mentre si parla di superare il concetto di tutela verso quello di promozione della salute, non vi è dubbio che ciascun medico deve abituarsi a farsi carico delle esigenze globali del servizio, divenire consapevole che ogni spreco è un danno ai pazienti e alla professione.

La questione è se si possono garantire le stesse prestazioni con minori finanziamenti. Entro certi limiti sì, se tutti cambiamo mentalità. I politici possono adattarsi all'idea di avere tre Asl, una sola AOU, un solo ESTAV; perché caricarsi della somma delle spese di tre aziende ospedaliere universitarie in una regione piccola e non realizzare almeno un solo piano aziendale dal quale emergerebbero eccellenze e sprechi; perché non riflettere sull'anarchia prescrittiva del medico? Occorre un nuovo patto con i cittadini che si adattino a considerare inutili tutte quelle richieste nate dalle illusioni nella medicina o da pressioni commerciali delle aziende farmaceutiche; occorre intendersi con i magistrati sui riferimenti corretti della pratica clinica.

Insomma una vera rivoluzione per far sopravvivere una conquista: assistere ancora i cittadini con i risultati finora conseguiti. L'Italia non gode di buona fama in questo periodo ma nella sanità ha una delle migliori performance spendendo meno degli altri. Abbiamo molto da insegnare e invece ci battiamo il petto. Più che di una ricetta economica abbiamo bisogno di slancio morale.

TM



Pierluigi Tosi, già Dirigente di 2° liv. U.O. di Nefrologia e Dialisi dell'Az. Asl 10 di FI, Osp. del Nuovo San Giovanni di Dio. Consigliere dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Firenze; già Direttore Sanitario ASF Membro del Direttivo CSR.



Valorizzare le risorse umane

Quale politica della sanità

Il personale rappresenta per ogni azienda sanitaria la maggior fonte di spesa, ma sicuramente anche la maggior risorsa. In un momento di crisi economica come quella che stiamo vivendo non possiamo “non porci” il problema di come valorizzare al meglio questa risorsa. Vorrei iniziare questa mia breve discussione ricordando una frase di Platone: “sarà anche possibile comprare il lavoro di un uomo, la sua esperienza, i suoi consigli, ma è assai difficile o quasi impossibile comprarne l'entusiasmo, l'iniziativa, la devozione del cuore, della mente, dell'animo; tutto ciò lo si può solo meritare con la lealtà che avrete saputo dimostrarli”

Il problema è stato esaminato fin dall'800, epoca in cui **Taylor** dichiarò che il denaro era lo stimolo più importante per aumentare la produttività; intorno agli anni '30 **Mayo** pose l'accento sull'importanza dei rapporti sociali nel contesto del lavoro: la considerazione di cui gode il lavoratore aumenta il suo grado di soddisfazione e di conseguenza aumentano le sue prestazioni lavorative. Secondo **Maslow**, invece, alla base della motivazione c'è un bisogno preciso: il non soddisfacimento di un bisogno porta alla diminuzione (o all'aumento) delle sue prestazioni professionali. Tali bisogni possono essere materiali, morali, affettivi o legati ai valori della vita: la loro distribuzione rispecchia uno schema a piramide e il loro graduale soddisfacimento porta al soddisfacimento interiore e a un conseguente miglioramento delle prestazioni lavorative. Nel 1959 **Herzberg** definì due tipologie di fattori determinanti per la soddisfazione e l'insoddisfazione del personale. I

primi non sono in grado di motivare, ma se non trovano soddisfazione producono malcontento e frustrazione: la retribuzione, l'orario di lavoro, le relazioni interpersonali, la sicurezza del lavoro. I secondi sono motivanti in quanto, appagando bisogni superiori, portano le persone a un maggior rendimento sul lavoro: i riconoscimenti, le responsabilità, la crescita

professionale, i risultati ottenuti, l'interesse per il lavoro svolto, l'avanzamento di carriera. Oggi si è giunti alla considerazione che la motivazione non sia una caratteristica intrinseca alla persona, quindi tendenzialmente poco influenzabile dall'esterno, ma un elemento importante della relazione fra l'individuo e l'organizzazione. Il pensiero unanime è, quindi, quello che aumenti salariali e premi tangibili siano insufficienti per ottenere maggior rendimento e soddisfazione. Il denaro è evidentemente un fattore importante, ma non tale da soddisfare le aspettative del lavoratore: egli deve percepirsi come utile, riconosciuto, rispettato, considerato e coinvolto; il lavoratore ha bisogno di progredire e di sentirsi appartenente al gruppo di persone con le quali è chiamato a collaborare (il famoso “spirito di squadra”).

PIERLUIGI TOSI

Direttore Generale AOU Le Scotte, Siena

I grandi leader non ti dicono cosa fare...ti mostrano cosa fare!!



Le organizzazioni devono lavorare per sostenere e far crescere le motivazioni già presenti negli individui evitando condizioni che abbassino le motivazioni, investendo tempo ed energie per conoscere a fondo i membri delle squadre (investire in rapporti), entrando in sintonia con le motivazioni intrinseche altrui (far sentire le persone capaci, riconoscere le loro competenze ed i loro progressi), lasciando la giusta autonomia alle persone, presidiando la comunicazione e creando una cultura del confronto costruttivo.

La produttività aziendale non potrà che trarre giovamento da una convinta partecipazione da parte dei lavoratori, mentre un'ottica che veda contrapposti e conflittuali gli interessi dell'azienda e del lavoratore è fallimentare per entrambe le parti. D'altro canto l'interesse dell'azienda è quello di valorizzare al massimo le risorse umane, vero e principale capitale dell'azienda. I più recenti modelli organizzativi interpretano il ruolo del capo in un'ottica di profondo cambiamento rispetto al passato: la *leadership* non è mai letta come un esercizio di autorità ma di autorevolezza, non di potere, ma di responsabilità. Dai collaboratori il leader sarà senz'altro valutato e criticato su vari ambiti e aspetti. Ma, soprattutto, il capo sarà giudicato, in modo severo e implacabile, sul rispetto da parte sua del sistema dei valori e delle regole condivise e sul fatto che dia o meno il buon esempio. In sintesi possiamo affermare che lo stile direzionale può esplicarsi in due modelli estremi:

Modello autoritario

Rappresenta la forma più efficientista di gestione dei processi di decisione, economizza i costi organizzativi permettendo un'ampiezza del controllo superiore. Questa scelta, modelli organizzativi meccanicistici, risulta adatta a quelle imprese caratterizzate da processi standardizzati, con un livello basso di variabilità dell'ambiente circostante (basso livello professionale) e dove l'aspetto più rilevante è appunto l'efficienza del processo di produzione economica.

Modello partecipativo

Il ricorso ad uno stile di direzione partecipativa è invece una scelta organizzativa di tipo efficientista, gli ambienti di applicazione sono i contesti dove la complessità delle scelte e "l'alta conseguenza dell'errore" sono tali da privile-

giare la qualità finale della scelta anche a scapito dell'economicità del processo. Ciò è tanto più necessario quanto più i dipendenti sono chiamati a farsi carico di una gestione non ripetitiva delle risorse (alto livello professionale). Modello più lento nel raggiungere risultati ma che nel tempo si stabilizzano ottenendo il miglior rapporto costo / beneficio.

Le aziende sanitarie hanno la caratteristica di aver una altissima percentuale di dipendenti con alti-altissimi livelli di scolarità. La Regione Toscana, a mio avviso, sposando l'organizzazione "Lean" in sanità ha sposato il modello partecipativo; infatti la cultura Lean presuppone un nuovo modo di lavorare, con un radicale cambiamento di ruoli, professionalità e responsabilità. Ciò rende necessario ridisegnare i processi formativi finalizzati al lavoro in team, ed alla valorizzazione dell'uomo come motore essenziale dell'attività e dell'organizzazione, a qualsiasi livello operi. L'obiettivo aziendale deve essere fare in modo che i dipendenti abbiano una visione globale dei problemi per ottenere un loro reale coinvolgimento ed un maggiore contributo ai cambiamenti ed al miglioramento continuo.

La legge nazionale ha introdotto il criterio della valutazione. G. Costa e M. Gianecchini affermano che: "A seconda della cultura organizzativa cui ci si riferisce, la valutazione può assumere connotazioni differenti: ad esempio nella Pubblica Amministrazione, nella quale la burocrazia e molto accentuata, la valutazione è per lo più messa in atto per effettuare forme di controllo di un superiore nei confronti di dipendenti subordinati gerarchicamente, mentre in una impresa nella quale vi è una forte spinta all'innovazione e alla crescita, la valutazione potrà diventare un mezzo di condivisione delle informazioni, accrescendo in questo modo le competenze tanto dei lavoratori quanto dell'azienda, contribuendone alla valorizzazione".

Il mio auspicio è che nelle Aziende Sanitarie della Toscana si realizzi uno stile direzionale partecipativo e che la valutazione venga interpretata nel secondo modo visto che in una epoca di crisi economica mondiale ed italiana solo una profonda spinta all'innovazione ed alla partecipazione può aiutarci a risolvere i problemi. Lavorare meglio in una azienda che senti "tua". **TM**

BACHECA

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



Alessandro Mannoni, specialista in Reumatologia, dirigente medico, SOC Medicina Interna, Ospedale S. Maria Nuova, Firenze. Gestisce il servizio ambulatoriale di Reumatologia del presidio ospedaliero Firenze Centro (S. Maria Nuova e Palagi). Ha partecipato a studi epidemiologici ed alla stesura di linee guida nazionali e regionali sulle malattie muscolo scheletriche comuni.

OPTIMUS

Un modello di ottimizzazione dei percorsi assistenziali per le patologie muscolo-scheletriche

Le patologie muscoloscheletriche (MS) rappresentano un'importante causa di morbilità e disabilità. Da un punto di vista no-

sologico si distinguono in due grossi gruppi:

1) *Patologie articolari e muscolo-tendinee a genesi meccanica, da sovraccarico funzionale.* Tali condizioni sono estremamente frequenti ed

hanno un considerevole impatto assistenziale, specie sulle cure primarie. Si stima infatti che fino al 30% della popolazione adulta si rivolga almeno 1 volta in un anno al medico di medicina generale per un problema MS. Tali condizioni sono spesso età-correlate, possono di solito essere gestite nelle cure primarie e beneficiano generalmente di trattamenti riabilitativi o di cambiamenti nello stile di vita.

2) *Patologie infiammatorie immunomediatae.* Sono condizioni molto più rare delle precedenti, la cui prevalenza stimata si attesta intorno al 3% della popolazione adulta. Tali patologie dovrebbero avere un accesso prioritario alla valutazione

dello specialista reumatologo quando sospettate dal medico di medicina generale, in quanto la diagnosi precoce ed il tempestivo trattamento possono radicalmente cambiarne la prognosi e ridurre significativamente l'impatto disabilitante.

Attualmente i percorsi assistenziali per i problemi MS non sono codificati nell'ambito del Sistema Sanitario Toscano. Il medico di medicina generale infatti può inviare il paziente all'orto-

pedico (indipendentemente dalla presenza di un'indicazione chirurgica per la quale sarebbe appropriata la valutazione da parte di questo professionista), al fisiatra o, nel caso in cui sospetti una patologia infiammatoria (ma non solo), al reumatologo. Qualora il medico di medicina generale ravvisi la necessità di

un programma riabilitativo, invia il paziente in un centro di riabilitazione della ASL o privato convenzionato, secondo le modalità regolate dalla Delibera della Giunta Regionale Toscana 595/2005. Spesso il coinvolgimento di tutti questi professionisti avviene in modo disordinato, non razionale, con ripetizioni e duplicazioni di visite

ALESSANDRO MANNONI¹, ALESSIO NASTRUZZI², MARCO BACCINI³, ANTONIO LENZINI³, SIMONE BALDI⁴ GIANCARLO LANDINI⁵ a nome del gruppo OPTIMUS*

¹ Dirigente Medico, SC Medicina Interna, Ospedale di S. Maria Nuova, Servizio ambulatoriale di Reumatologia P.O. Firenze Centro (S. Maria Nuova e Palagi)

² Medico di Medicina Generale, Firenze

³ U.O. Riabilitazione Funzionale, Ospedale Palagi, Azienda Sanitaria di Firenze

⁴ Direttore, Area Professionale Riabilitazione, Azienda Sanitaria di Firenze

⁵ Direttore Dipartimento Medico, SC Medicina Interna, Ospedale S. Maria Nuova, Azienda Sanitaria di Firenze

* Il Gruppo di lavoro OPTIMUS (OPTImized MUSculo-skeletal care pathways)

Fisioterapisti: Antonio Lenzini; Marco Baccini; Paola Bagnoli; Francesca Di Giovanni; Moreno Nicolai; Michele Schiappoli; Francesca Pasquariello; Luca Vannucchi; Daniela Zani.

Medici Specialisti: Alessandro Mannoni, *Reumatologo*; Paolo Scarsella, *Algologo*; Andrea Vitali, Laura Martini, *Chirurgia della mano e dell'arto superiore*; Luca Nencioni, *Neurologo*; Salvatore Gangemi, Ilaria Del Lungo, *Geriatrici, ambulatorio podologico*.

Metodologie e dati: Alessandro Barchielli, *Epidemiologia*; Marco Baccini, *Riabilitazione*; Fabio Haag, *Controllo di Gestione*.

Medici di Medicina Generale (MMG): Alessio Nastruzzi; Stefano Giani; Lucia Giannelli; Irene Malara; Paola Rafanelli; Maria Chiara Simoni; Marco Volpi; Nicolò Altieri; Daniela Beconi; Maria Giulia Cardini; Alessandro Marconi; Maria Grazia Mori; Alessandro Pescitelli; Sandra Tretola.

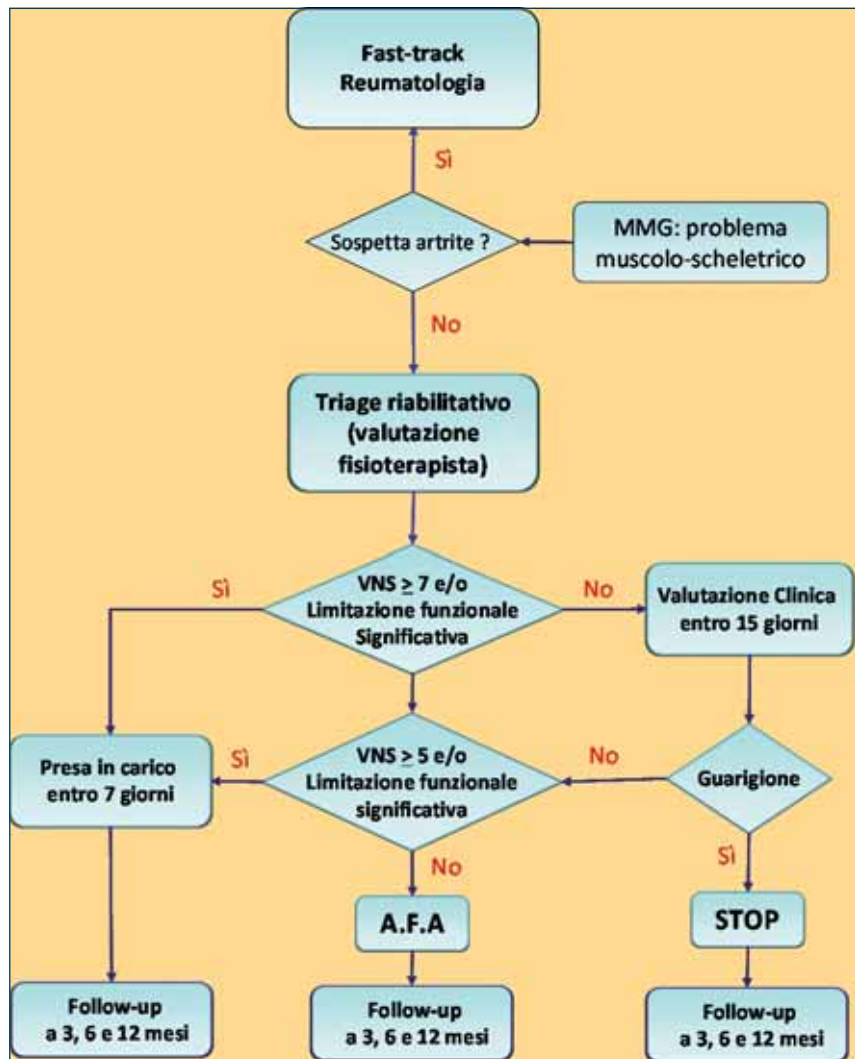
	Gr. Speriment. (N=171)	Gr. Controllo (N=27)	p
Sesso (M/F)	50 / 121	2 / 25	,017
Età media	58,6±15,5	63,1±12,4	,152
Dolore (Rachide/Arti)	111/60	16/11	,569
Farmaci (si /no)	80/91	14/13	,624
SF36 – Attività fisica	63,2±21,9	56,0±26,0	,122
SF36 – Limitaz. ruolo fisico	33,2±35,9	28,6±29,2	,527
SF36 – Dolore fisico	37,0±15,5	39,9±23,3	,405
SF36 – Salute generale	56,7±20,0	51,2±16,1	,175
SF36 - Vitalità	50,9±18,8	45,2±22,9	,158
SF36 – Attività sociali	65,0±25,2	56,7±25,9	,113
SF36 - Limitaz. ruolo emot.	58,8±37,6	39,3±38,1	,013
SF36 – Salute mentale	62,6±18,6	56,6±20,6	,128
MYMOP – Sintomo princip.	4,2±1,2	4,1±1,7	,799
MYMOP – Limitaz. attività	4,3±1,3	4,1±1,6	,453
MYMOP – Benessere gen.	4,0±1,2	3,9±1,4	,612

RISULTATI: confronto baseline

e conseguente spreco di risorse e perdita di tempo per i pazienti ed i loro familiari, a fronte di risultati spesso deludenti.

L'impatto numerico di tali condizioni ed i frequenti invii al livello specialistico hanno deter-

minato il crearsi di liste d'attesa molto lunghe. I sistemi sanitari, in particolare quello britannico, hanno cercato soluzioni al problema puntando sulla centralizzazione dell'accesso alle cure per le condizioni MS mediante un triage.



È stato inoltre dimostrato che un precoce intervento riabilitativo può cambiare radicalmente la prognosi di alcune condizioni comuni come la lombalgia di origine meccanica. Il fisioterapista è in grado di valutare e trattare efficacemente la maggior parte dei casi di patologia MS non infiammatoria al punto che diverse organizzazioni sanitarie nel Regno Unito ed in Scandinavia stanno sperimentando modalità innovative di accesso alle cure per le patologie MS comuni che prevedono un ruolo primario, se non esclusivo, di questo professionista. Mentre alcune specifiche patologie, come ad esempio la lombalgia subacuta in soggetti in età lavorativa, beneficiano di un trattamento riabilitativo precoce, volto non solo a modificare schemi motori e posture ma anche gli aspetti cognitivo-comportamentali legati al dolore cronico, la maggior parte delle persone che presentano condizioni MS comuni hanno semplicemente bisogno di un cambiamento dello stile di vita e della pratica regolare di esercizio fisico.

Il modello che proponiamo e che abbiamo sottoposto a sperimentazione (Figura 1) è *fortemente orientato al risultato* mediante la valorizzazione delle competenze specifiche di ogni professionista coinvolto nella cura delle condizioni muscoloscheletriche e la condivisione di linee guida fra tutti i professionisti coinvolti nel percorso. Di fondamentale importanza è che il medico di medicina generale, di fronte ad un problema MS, cerchi di distinguere fra una genesi infiammatoria (o sospetta tale) ed una meccanico-disfunzionale. Il medico di medicina generale può attivare due differenti percorsi in base a questa classificazione. In caso di problema infiammatorio si prevede l'invio alla valutazione reumatologica in *fast-track* mediante contatto diretto del medico di medicina generale con gli infermieri dedicati (percorso delle urgenze differibili - Day Service) ed all'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico appropriato per la condizione presentata dal paziente. In caso di problema non infiammatorio il paziente viene inviato al triage riabilitativo per la valutazione del fisioterapista il quale, coadiuvato in *briefing* dal referente clinico del team, potrà a sua volta attivare il percorso ritenuto più idoneo al paziente: Attività Fisica Adattata, Percorso

Riabilitativo, valutazione specialistica (reumatologica, ortopedica, algologica, neurologica, geriatria, podologica).

In una possibile implementazione futura, nell'ottica sia della sanità di iniziativa sia nella

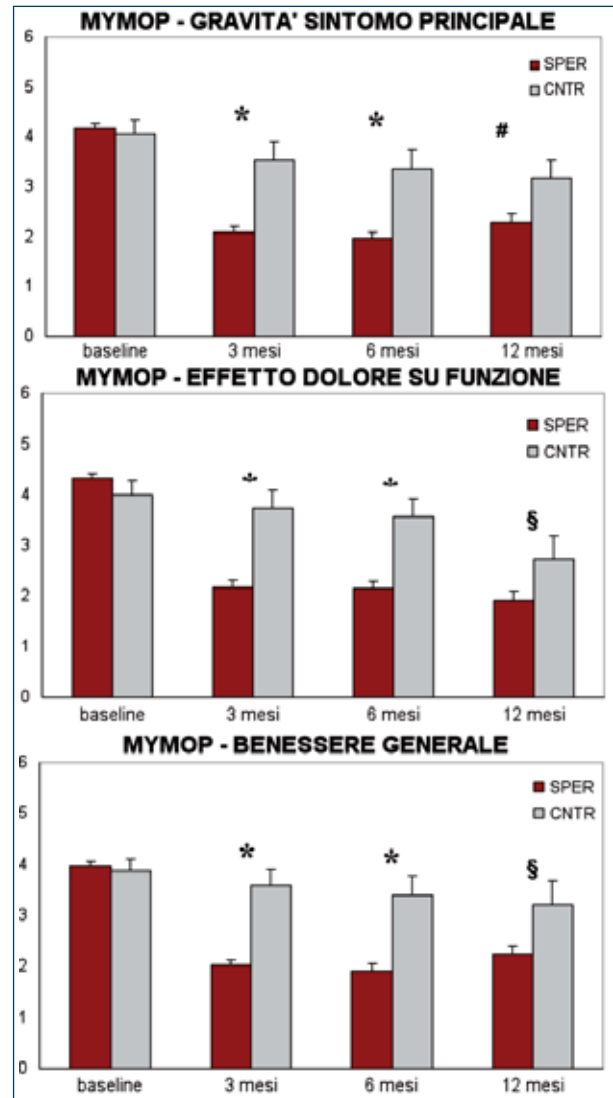


Figura 2 - Media + ES punteggi scala MYMOP (valori più bassi indicano minore gravità).

SPER=gruppo sperimentale, CNTR=gruppo controllo. Confronto cambiamenti nei due gruppi: *p<0.001 #p<0.01 \$p<0.05.

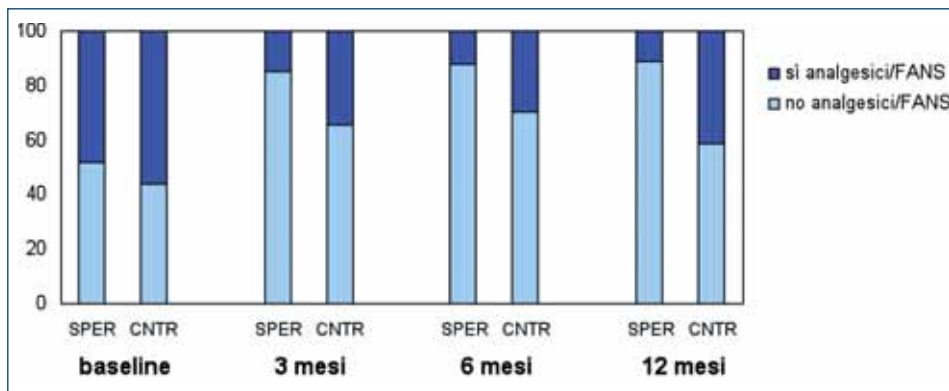


Figura 3 - Percentuale di soggetti nei due gruppi che fanno uso di analgesici/FANS.

SPER=gruppo sperimentale, CNTR=gruppo controllo. Confronto proporzioni nei due gruppi: *p<0.01 \$p<0.05.

Figura 4 - Grado di soddisfazione espresso dai partecipanti dei due gruppi relativamente a tempi di attesa, professionalità degli operatori e prestazioni ricevute nei follow-up a 3, 6 e 12 mesi (dati in percentuale).

SPER=gruppo sperimentale, CNTR=gruppo controllo. In tutti in confronto fra i due gruppi. $p < 0.001$.

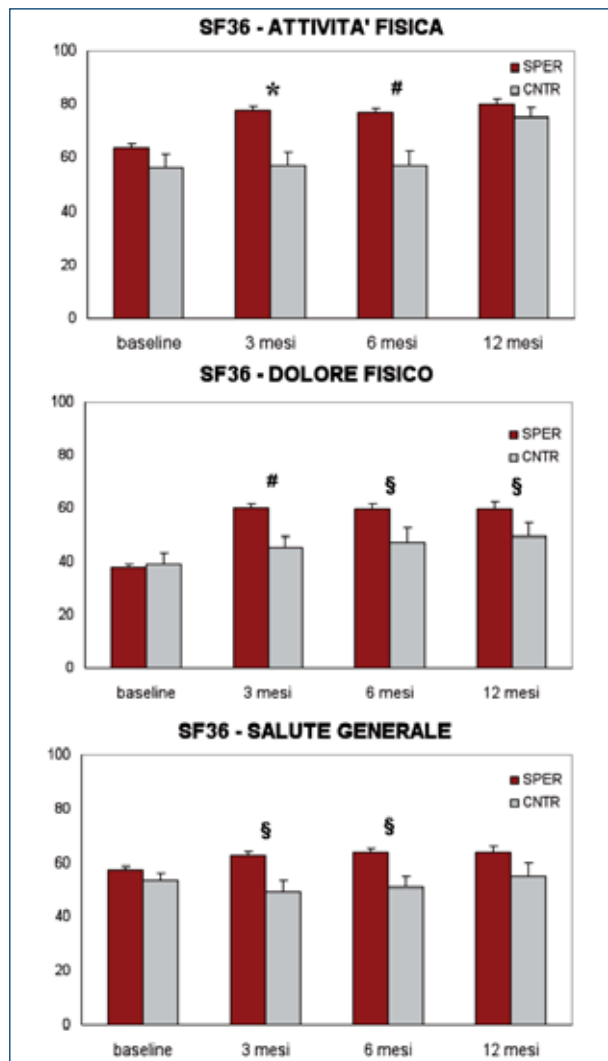
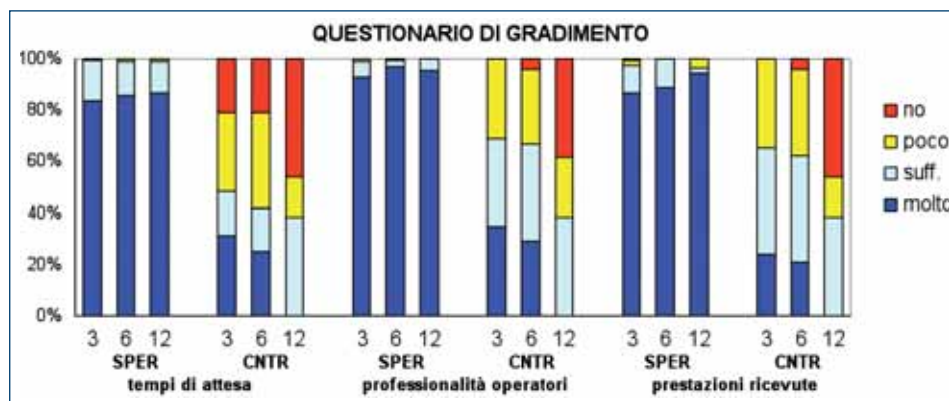


Figura 5 - Media + ES punteggi sezioni 1, 3 e 4 scala SF-36 (valori più alti indicano migliore qualità di vita).

SPER=gruppo sperimentale, CNTR=gruppo controllo. Confronto cambiamenti nei due gruppi: * $p < 0.001$ # $p < 0.01$ \$ $p < 0.05$.

nuova strutturazione della medicina territoriale (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie) potrà essere previsto il contatto diretto tra infermiere del team territoriale e gli infermieri dedicati al percorso

(valutazione reumatologica) o i fisioterapisti (problema non infiammatorio).

Hanno partecipato allo studio pazienti con problemi MS segnalati da 14 medici di medicina generale dell'area metropolitana fiorentina lungo un periodo di 12 mesi. Sette medici di medicina generale (10127 assistiti, età media 50.0 anni di cui 31.2% ultrasessantenni) i cui pazienti costituivano il gruppo sperimentale (S) inviavano i pazienti secondo le modalità sopra descritte. Gli altri 7 medici di medicina generale (8917 assistiti, età media 50.4 anni di cui 32.7% ultrasessantenni) segnalavano tutti i propri pazienti con un problema MS ma questi venivano gestiti secondo le modalità tradizionali e costituivano il gruppo di controllo (C). Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad un'intervista telefonica strutturata per valutare a T0 e successivamente a 6 (T1) e 12 (T2) mesi lo stato di salute mediante una scala di Qualità della Vita (SF-36), una scala di valutazione specifica per disturbi MS (MYMOP) e la rilevazione dell'uso di farmaci. A T1 e T2 sono stati rilevati inoltre il risultato complessivo mediante un Questionario di Esito ed il grado di soddisfazione per le prestazioni ricevute e i costi diretti ed indiretti sostenuti per la patologia. I costi sostenuti dal SSR sono stati tracciati mediante i flussi informativi dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Risultati

In un anno sono stati inviati dai 7 medici di medicina generale del gruppo S al *fast-track* reumatologico 22 pazienti con artropatia infiammatoria o sospetta tale con un indice di appropriatezza del 90%. Riguardo ai soggetti con patologie MS non infiammatorie, i soggetti del gruppo S hanno avuto un esito migliore, rispetto ai controlli, come evidenziano i punteggi della scala MYMOP (Figura 2), una minor frequenza di uso di farmaci (Figura 3), un miglior risultato complessivo percepito (Tabella 1) e un livello di gradimento maggiore (Figura 4). Anche per molte sezioni della SF-36 sono emerse differenze significative a vantaggio del gruppo S, che si riducono nel tempo ma rimangono significative anche a 12 mesi per la sezione della scala che indaga il dolore fisico (Figura 5). Le percentuali di pazienti in-

viati a visita specialistica e di pazienti per i quali erano richieste indagini strumentali sono state rispettivamente del 32% e del 5% nel gruppo S e del 44% e 48% nel gruppo C.

Conclusioni

I risultati riportati dimostrano l'efficacia del modello proposto. La gestione delle patologie MS comuni da parte di fisioterapisti esperti coadiuvati da un referente medico di team si è dimostrata essere efficace ed efficiente, determinando un significativo miglioramento degli esiti nei pazienti affetti a fronte di un utilizzo molto ridotto della diagnostica per immagini, in particolare di quella "pesante", e del ricorso a farmaci, con conseguente buon profilo costo-efficacia. Il ricorso alla specialistica chirurgica (nel nostro caso la chirurgia dell'arto superiore) nei casi refrattari al tratta-

mento conservativo è stata inoltre estremamente appropriata. Infatti i 3 casi inviati sono stati tutti inseriti in un percorso chirurgico. Inoltre l'invio da parte dei medici di medicina generale del gruppo sperimentale di casi selezionati di artropatia infiammatoria o sospetta tale al fast track reumatologico ha determinato il loro rapido inquadramento diagnostico-terapeutico da parte dello specialista competente. L'applicazione su più vasta scala di tale modello innovativo di erogazione delle cure per i disturbi MS basato sulla ottimizzazione delle competenze multidisciplinari e sul coinvolgimento attivo di professioni sanitarie non mediche potrebbe rappresentare una risposta appropriata alla crescente domanda di salute in questo delicato settore della Sanità Pubblica.

TM

Tabella 1 - Risposte al questionario di esito (dati in %).

	3 mesi *		6 mesi *		12 mesi #	
	SPER	CNTR	SPER	CNTR	SPER	CNTR
I sintomi sono:						
scomparsi	10.6	3.5	15.9	11.1	3	11.8
molto migliorati	43.3	24.1	40.6	14.8	41.6	17.7
un po' migliorati	37.8	20.7	28.8	29.6	23.6	23.5
invariati	6.7	27.6	10.0	25.9	7.9	17.7
un po' peggiorati	1.7	24.1	4.1	3.7	5.6	11.8
molto peggiorati	0	0	0.6	7.4	2.3	17.7
peggiori che mai	0	0	0	7.4	0	0

Confronto fra gruppi: * $p < 0.001$; # $p < 0.05$

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



Claudia Ravaldi, medico psichiatra e psicoterapeuta, è professore a contratto presso l'Università degli Studi di Firenze. Si occupa di disturbi dell'umore, ansia, lutto e psicotraumatologia. Ha fondato e presiede l'Associazione CiaoLapo Onlus per la tutela della gravidanza a rischio ed il supporto al lutto perinatale.

Assistere la morte perinatale in Italia

L'esperienza internazionale, le linee guida, l'umanizzazione delle cure

L'assistenza alle donne e alle famiglie colpite da lutto perinatale è ritenuta parte integrante della prestazione sanitaria in molti paesi nel mondo. Alcuni stati, come il Canada e l'Australia hanno persino linee guida molto precise rivolte a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza e basate su semplici programmi di umanizzazione delle cure e su appropriate strategie di *debriefing* per aiutare l'équipe curante ad "aiutare" anche nelle situazioni ad alto impatto emotivo, come nel caso di un evento luttuoso in ostetricia o in terapia intensiva neonatale.

In Italia anche l'Associazione CiaoLapo Onlus, dopo avere raccolto circa 1000 questionari compilati da genitori colpiti da lutto perinatale e relativi ad oltre 100 punti nascita italiani, ha stilato una breve linea guida, integrando l'esperienza italiana con le linee guida della SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society), della PSANZ (Perinatal Society of Australian and New Zealand) e della Canadian Paediatric Society. Dall'analisi delle richieste delle coppie, sono stati individuati 20 passi fondamentali (Tabella 1) per la qualità dell'assistenza alla donna e alla coppia in lutto ed in particolare sono emersi 6 "punti chiave" identificati come "buona prassi":

1. disponibilità dell'operatore (medico, infermiere, ostetrica, psicologo) alla relazione empatica e all'ascolto non giudicante;
2. corretta comunicazione *équipe*-paziente sia relativamente agli aspetti medici che a quelli psicologici;
3. rispetto del lutto e del bambino;
4. conoscenza dei principali rituali del lutto;
5. preparazione culturale e professionale nel sostegno al lutto di tutta l'équipe;
6. capacità di fornire informazioni esaurienti e appropriate sulle cause di patologia, di morte e sugli accertamenti da compiere.

Nel caso che la morte avvenga in utero, i genitori dovranno avere la possibilità di valutare le alternative possibili per il parto. Per molte donne

(soprattutto primipare) il pensiero di un parto vaginale può apparire troppo doloroso; tuttavia molte madri riferiscono successivamente un senso di soddisfazione e di "competenza" legato a questa scelta. Il parto cesareo non dovrebbe mai essere suggerito in assenza di indicazioni mediche. L'assistenza al travaglio e al parto dovrebbe essere continuativa e dovrebbe essere sempre presente la possibilità di avere un'ideale analgesia.

La permanenza in un reparto maternità a diretto contatto con neonati e puerpere è fonte di ulteriore stress per la coppia. Ideale sarebbe usufruire di una stanza privata denotata da un simbolo riconoscibile (ad esempio l'adesivo farfalla messo gratuitamente a disposizione da CiaoLapo Onlus).

Per una migliore elaborazione del lutto occorre attribuire importanza alla morte del bambino e questo processo passa anche attraverso la creazione di ricordi. È importante presentare alla coppia la possibilità di vedere e tenere in braccio il proprio figlio, ma i genitori non dovranno mai essere forzati a farlo. Spesso dopo un iniziale rifiuto segue il desiderio di salutare il proprio bambino. Lo staff dovrà accettare i cambiamenti di idea ed essere preparato nei casi in cui avvengono; dovrà inoltre preparare i genitori sull'aspetto del bambino, soprattutto nei casi di prematurità o di anomalie congenite (in questo caso potrà essere presentato con alcuni vestiti o cuffiette). È fondamentale creare quei pochi ricordi tangibili possibili del bambino, attraverso foto, video o raccogliendo alcuni oggetti a lui appartenuti (come il braccialetto identificativo, il certificato di nascita, l'impronta delle mani e dei piedini).

I genitori dovrebbero poter essere lasciati con il proprio bambino per quanto tempo se lo desiderano; a volte vorranno avere con loro anche altri familiari, come ad esempio i fratelli maggiori. Dopo l'ultimo saluto al bambino, potranno essere fornite tutte le informazioni utili sui rituali funebri e religiosi.

Quando la morte avviene in utero, dal punto di vista legislativo occorre informare le famiglie che

CLAUDIA RAVALDI¹, ELENA ANGELI¹,
ALFREDO VANNACCI^{1,2}

¹ Associazione CiaoLapo Onlus, Prato

² Università degli Studi di Firenze, Azienda Ospedaliero
Universitaria Careggi, Firenze

Tabella 1 - I venti passi emersi dai questionari Memory Box e dalle interviste ai genitori.

1	Utilizzare tutto il tempo a disposizione per accogliere e pianificare l'assistenza
2	Favorire l'espressione del dolore e salvaguardare lo spazio affinché possa essere espresso
3	Favorire la continuità dell'assistenza (trasferire tutte le informazioni a ogni cambio turno)
4	Gestire ogni caso in maniera individualizzata
5	Rispettare il diritto di ogni genitore di ricevere informazioni esaurienti
6	Riconoscere il lutto come tale
7	Esplorare i desideri della coppia e rispettarli senza imporre i propri punti di vista
8	Rispettare il corpo del bambino e il legame tra i genitori e il loro bambino
9	Presentare alla coppia la possibilità di vedere il bambino e di stare con lui
10	Affiancare i genitori al momento dell'incontro con il bambino
11	Creare dei ricordi tangibili del bambino, in ogni caso (se i genitori decidono di non vederlo, farlo comunque e tenerli da parte): foto, impronte di mani e piedi, misure, etc
12	Lasciare i genitori che lo desiderano con il proprio bambino per un tempo adeguato
13	Offrire informazioni sulle leggi che regolamentano la sepoltura, sui rituali funebri e religiosi
14	Conoscere tutto l'iter cui va incontro la salma del bambino quando esce dal reparto, in modo da saper fornire informazioni veritiere quando richieste
15	Prevedere il follow-up e attivare la rete territoriale al momento delle dimissioni
16	Fornire ai genitori informazioni (cartacee o via web) sugli aspetti fisici e psicologici del lutto
17	Trattare quel bambino con la dignità che merita ogni essere vivente che non è più
18	Quando necessario, fornire indicazioni pratiche sul puerperio (montata latte etc)
19	Condividere l'assistenza al lutto con gli altri colleghi e farsi supportare
20	Prevedere sempre incontri di <i>debriefing</i> nell' <i>équipe</i>

il feto deceduto dopo le 28 settimane o durante il parto verrà regolarmente registrato all'anagrafe e godrà dei diritti spettanti ad ogni bambino, comprese la sepoltura e la cerimonia funebre. È importante sapere che, qualora i genitori ne facciano richiesta, la sepoltura è possibile anche in caso di morti in utero prima delle 28 settimane così come per bambini abortiti per qualsiasi motivo, purché la domanda sia presentata entro 24 ore dall'evento. La legge italiana non fissa alcun limite di età gestazionale sotto il quale non si possa richiedere la sepoltura, per cui il personale deve essere informato e preparato a gestire prontamente queste richieste onde evitare di dare informazioni scorrette, generando errori che poi non possono essere

corretti (ad esempio nel caso in cui la salma venga impropriamente inviata all'inceneritore).

È infine opportuno garantire il sostegno anche dopo che i genitori avranno lasciato l'ospedale, fornendo informazioni sul processo psicologico del lutto e sul suo decorso e sui servizi di supporto disponibili anche tramite materiale cartaceo come brochure esplicative o indicazione di risorse elettroniche.

Bibliografia

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

TM



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI

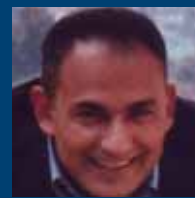
Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo.

Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita.

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789

www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it

Il ruolo della psicoanalisi nell'attuale medicina ipertecnologica



Gregorio Loverso, Medico-psicoterapeuta e professore a contratto di Psicologia clinica presso l'Università degli Studi di Firenze. Autore di "Stati d'ansia ed apparato digerente" (LingoMed, 2009) e "Narciso e i due volti di Eros" (Franco Angeli, 2012).

La psicoanalisi è nata alla fine dell'Ottocento nel territorio della medicina clinica, in seguito al tentativo di leggere alcuni sintomi somatici in termini psicodinamici. Inevitabilmente, le due discipline hanno seguito percorsi diversi. La psicoanalisi ha incominciato a indagare il mondo psicologico interno, ponendo l'uomo come oggetto di studio.

La medicina ha proseguito il suo cammino sulla scia positivista dell'innovazione tecnologica, privilegiando lo studio settoriale e delle singole patologie. Tuttavia, oggi sappiamo che le spinte a differenziare hanno senso solo se accompagnate da una forte tensione integrativa. Infatti, nelle sue premesse ideali, la medicina è una disciplina che si avvale delle acquisizioni scientifiche e tecnologiche per prendersi cura della persona ammalata. Perciò il suo compito dovrebbe essere quello di integrare via via il *desiderio di conoscere* delle scienze di base cui fa riferimento con il *desiderio di curare*, per evitare che il binomio tecnica-cura si polarizzi sul primo elemento; la polarizzazione sulla tecnica può essere anche difensiva, visto che la cura implica un rapporto diretto e costante con la sofferenza. In questo senso, la psicoanalisi potrebbe avere un ruolo determinante nell'attuale medicina ipertecnologica. Elenco brevemente tre punti.

Innanzitutto, la medicina dovrebbe affiancare al modello scientifico di *relazione causale e lineare* quello di *relazione causale circolare*, in modo da poter includere anche le variabili psicologiche nell'iter clinico del paziente.

Secondo punto. Qualche mese fa, Umberto Veronesi ha avanzato un'ipotesi di lavoro relativa al "prendersi cura di chi si prende cura", per ridurre il rischio di *burn-out*. Forse non tutti sanno però che si tratta di un'ipotesi concepita e realizzata con successo, a partire dagli anni Trenta, dal medico e psicoanalista Michael Balint, attraverso un metodo basato su gruppi ad orientamento psicoanalitico. Gli altri presupposti di base dei

gruppi Balint sono: mettere al centro il paziente e non la malattia; focalizzare l'attenzione sulla relazione tra curante e paziente; privilegiare l'approccio globale; divenire consapevole delle angosce che inevitabilmente prendono corpo quando si è a contatto con la sofferenza e la morte.

GREGORIO LOVERSO

Medico-psicoterapeuta e professore a contratto di Psicologia clinica presso l'Università degli Studi di Firenze

Ultimo punto. La trama relazionale dell'organizzazione istituzionale dell'ospedale è un intreccio di rapporti consci (che hanno a che fare con i progetti e gli obiettivi) e di assetti inconsci (che si correlano con le rappresentazioni dominanti della malattia, della sofferenza e della morte, ma anche con le collusioni e con i vissuti emotivi dei rapporti interpersonali e gerarchici). I momenti di crisi – quando l'istituzione ospedaliera può venire meno alle funzioni per cui si è costituita – possono essere determinati anche dal sopravvento degli assetti inconsci, che ostacolano e impediscono il lavoro del gruppo e la sua evoluzione. Quando si parla di produttività nella sanità si sottolineano (giustamente) le metodiche diagnostiche e terapeutiche più sofisticate, fino alle attuali tecniche computerizzate, ma non si prende mai in considerazione il suo diretto collegamento con quell'universo oscuro di assetti e rapporti inconsci che sottende la progettualità e il raggiungimento degli obiettivi.

Molti Autori provenienti dalla psicoanalisi considerano oggetto privilegiato di analisi proprio questo livello inconscio della realtà organizzativa nelle istituzioni sanitarie. L'analisi delle componenti cosce e inconse della trama istituzionale sembra essere l'ausilio più valido per affrontare adeguatamente le resistenze al cambiamento sia nel contesto ospedaliero sia nel rapporto ospedale-territorio.

Va ricordato infine che molti lavori neuroscientifici (che si avvalgono della moderna tecnologia applicata alla medicina) sembrano confermare alcune intuizioni psicoanalitiche.

TM



Giampaolo Collecchia, medico di medicina generale, Asl 1 Massa e Carrara, spec. in Med. Interna, dirigente CSerMEG, coordinatore delle attività teorico-pratiche per il Corso di Formazione Specifica in Med. Gen. della Regione Toscana, Membro del Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica dei Medicinali dell'Azienda USL 1 di Massa e Carrara, Editorial Reviewer per il British Medical Journal.

La valutazione della soddisfazione dei pazienti, componente essenziale della pratica medica

Le indagini sulla soddisfazione dei pazienti, utilizzate da molto tempo in altri contesti, sono entrate solo di recente a far parte delle

valutazioni dei servizi sanitari e sociali. Tale evoluzione può essere essenzialmente riconducibile a due tendenze,

complementari, anche se spesso non coincidenti negli obiettivi: il crescente riconoscimento del diritto alla partecipazione/condivisione delle decisioni da parte dei cittadini e lo sviluppo di una concezione sempre più di "mercato" di tutta l'area dei servizi, la cosiddetta *customer satisfaction*. L'accento preferenziale sull'una o l'altra di tali tendenze influenza peraltro sia i contenuti sia le metodologie delle misure: diverso è definire e valutare percezioni e giudizi di persone coinvolte in scelte riguardanti direttamente la propria salute rispetto a comportamenti di soggetti considerati "clienti".

Una rilevazione metodologicamente adeguata della soddisfazione percepita richiede l'utilizzo di tecniche validate (vedi Tabella 1), preferibilmente adattate alla nostra realtà, ad esempio la versione italiana del questionario multidimensionale EUROPEP. Questi strumenti peraltro non fanno parte del bagaglio culturale della maggioranza dei medici. Ciò contribuisce a determinare scetticismo, disinteresse e, talvolta, timore nei confronti di tali valutazioni.

Il rilevamento di questi dati è sicuramente complesso, la soddisfazione è infatti un costrutto multidimensionale, soggettivo, fortemente influen-

zato dalla risposta emotiva all'esperienza vissuta e strettamente connesso alle caratteristiche socioculturali e psicosociali degli assistiti. Le percezioni e i giudizi sulle cure sono ad esempio altamente influenzati dagli esiti dell'intervento sanitario, a seconda dei quali il medico potrà essere idealizzato come salvatore oppure considerato incompetente, mentre è noto che un

risultato favorevole non implica necessariamente una medicina di buona qualità e viceversa.

Fondamentale nella valutazione della soddisfazione non è, come spesso succede, ottenere una analisi acritica volta alla conferma della prassi corrente. È invece importante stimolare l'autonomia di giudizio, la dialettica, la crescita di una cultura di partecipazione e condivisione, essenziale anche per il raggiungimento di migliori esiti clinici. Una gestione delle cure orientata in tal senso può non solo favorire l'adesione ai trattamenti ma anche contribuire a ridurre le lamentele, le accuse di *malpractice* e il vagare alla ricerca di pareri medici diversi, il cosiddetto *doctor shopping*.

Nonostante tali difficoltà, di merito e di metodo, valutare la soddisfazione dei pazienti nei confronti della pratica medica è una necessità, sia per gli stessi professionisti, sia per gli assistiti, i cui punti di vista sono strumento indispensabile per comprendere la reale adeguatezza dei processi assistenziali. Interrogarsi sulla soddisfazione permette infatti di rilevare i bisogni, espressi e inespressi, a partire dai quali è possibile esprimere un giudizio sui servizi offerti e sulla risposta a quella "epidemiologia della domanda" in grado di indirizzare le

GIAMPAOLO COLLECCHIA

Medico di medicina generale, Massa (MS)

Tabella 1 - Strumenti per la rilevazione della soddisfazione.

- Questionari
- Focus group
- Tecnica dell'incidente critico
- Osservazione diretta
- Analisi del contenuto di lettere, commenti, reclami
- Interviste individuali

cure secondo un approccio globale, centrato sulla identificazione e condivisione di valori, senso, interessi, obiettivi.

I medici infatti continuano in gran parte ad avere, nella comunicazione con i malati, un atteggiamento paternalistico e a concentrarsi soprattutto sugli aspetti clinici, meglio conosciuti e rassicuranti in quanto standardizzati, soprattutto in ambito specialistico. Il paziente, al contrario, ha scarse conoscenze mediche e quindi tende a privilegiare gli aspetti più direttamente percepibili, in particolare quelli interpersonali e relativi all'organizzazione (vedi Tabella 2).

Diversi studi, in contesti diversi, hanno rilevato che tra i classici indicatori di qualità delle cure e le valutazioni del paziente non esiste correlazione significativa. In particolare, la qualità valutata secondo parametri clinici è indipendente dalla soddisfazione del paziente rilevata dopo una consultazione o un evento clinico. Uno studio osservazionale, condotto su oltre 1800 pazienti infartuati, ha ad esempio evidenziato un'elevata percentuale di soddisfazione per le cure complessivamente ricevute ma una mancanza di associazione tra soddisfazione e qualità di cura valutata secondo i classici indicatori (ad esempio l'utilizzo di terapia farmacologica *evidence-based* e l'applicazione di criteri validati per il *follow-up* post-dimissione). L'associazione invece è stata evidenziata nei confronti di aspetti direttamente percepibili dai malati, ad esempio le attenzioni riservate da parte dei medici, l'accesso alle terapie, il trattamento al momento dell'ingresso nel reparto di emergenza. Come in altri studi, la soddisfazione degli assistiti era correlata positivamente con alcune caratteristiche, ad esempio un'età più avanzata, una condizione di benessere psicosociale, un minore livello di istruzione. Anche una migliore capacità funzionale e un più elevato tono dell'umore dopo l'evento infartuale determinavano una maggiore soddisfazione per le cure ricevute. Alcuni di questi risultati sono, almeno in parte, abbastanza scontati: è evidente che le aspettative di salute saranno diverse tra giovani e anziani e che chi non è depresso sarà portato a valutare più favorevolmente le cure ricevute. Sono peraltro importanti per conoscere i fattori predittivi della soddisfazione, in gran parte sconosciuti, in quanto dipendenti dall'esperienza vissuta dall'assistito nell'utilizzo di un servizio sanitario, soprattutto nei confronti delle proprie aspettative.

Analizzare la soddisfazione del paziente per le cure ricevute significa incorporarla nel percorso di cura, come indicatore di partecipazione e condivisione delle scelte con i diretti interessati. Queste non sono banali indicatori di empatia o astratta "umanità" ma strumenti di una concreta strategia professionale, volta a valorizzare la soggettività del paziente e a porre le basi per un incontro relazionale volto ad una collaborazione tra esperti, il medico che mette a disposizione del paziente le proprie conoscenze ed il paziente, esperto del proprio vissuto di malattia, che contribuisce alla realizzazione del processo di cura, obiettivo che, per essere realmente raggiungibile, deve essere necessariamente condiviso.

Gli indicatori clinici, e anche quelli degli standard organizzativi, devono pertanto essere integrati con determinazioni che riflettano l'esperienza dei pazienti ed esplorino la qualità delle cure intesa non solo come livello di raggiungimento di determinati obiettivi di salute (la prestazione in sé), ma anche come capacità di aderire ai bisogni e alle aspettative delle persone che la ricevono. Altrimenti il risultato sarà l'atteggiamento sempre più critico nei confronti dei medici ed una progressiva riduzione della tolleranza verso i possibili aspetti negativi delle cure.

La valutazione della soddisfazione del paziente può permettere di rilevare la complessità dell'incontro clinico e riscoprire la centralità degli assistiti, le cui valutazioni devono avere pari dignità rispetto alla gestione delle altre componenti della cura, ad esempio l'adesione alle linee guida o ai percorsi diagnostico-terapeutici. I punti di vista dei pazienti non dovrebbero essere trattati in maniera separata dalla gestione delle componenti cliniche, il loro *empowering* e la comprensione dei loro punti di vista dovrebbe essere prioritaria. Come affermato da M. Wensing, "una pratica *evidence-based* non ha senso se ignora le preferenze del paziente". L'analisi della soddisfazione dovrebbe far parte di tutte le concezioni della qualità e della appropriatezza e gli indicatori relativi essere considerati una fondamentale componente dell'*outcome*.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: g.collec@vmail.it

TM

Tabella 2 - Priorità dei pazienti: la "top ten"

1. Utilizzare il tempo necessario ad ascoltarmi, parlarci e spiegarci.
2. Intervenire sollecitamente in caso di emergenze.
3. Essere riservato sulle informazioni che mi riguardano.
4. Spiegarci quello che voglio sapere sulla mia malattia.
5. Fare in modo che mi senta libero di fare domande.
6. Darmi appuntamenti in tempi brevi.
7. Aggiornarsi costantemente.
8. Non solo curare le malattie, ma occuparsi della prevenzione.
9. Valutare criticamente l'utilità delle medicine e consigliarmi al riguardo.
10. Spiegarci in dettaglio gli scopi degli esami e della terapia.



Marcello Grifagni, medico di medicina generale, animatore di formazione della Regione Toscana, Tutor al tirocinio di formazione per la medicina generale, per gli studenti del Vanno e per l'esame di stato. Referee a supporto della Commissione Nazionale per la formazione continua. Coordinatore sanitario del distretto Casentino AUSL 8.

AFT, Audit e Chronic Care Model

Migliorare la qualità nella cura del paziente con BPCO.

Riassunto

Gli autori hanno voluto osservare le modalità con cui vengono assistiti i pazienti affetti da BPCO da un gruppo di 15 medici tutti facenti parte di una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) il nuovo modello organizzativo di base della Medicina Generale. Intento degli autori era quello di evidenziare eventuali criticità e proporre correttivi usando lo strumento dell'Audit. Una parte dei medici di questo gruppo segue i propri pazienti cronici applicando i principi della medicina di iniziativa codificati in Toscana nel Chronic Care Model (CCM), gli altri ricorrono alla medicina di attesa. La ricerca fatta dimostra come i pazienti seguiti con il CCM hanno dei livelli assistenziali decisamente migliori.

MARCELLO GRIFAGNI*, GIULIANO ROSSI**

* Medico di medicina generale, Coordinatore Sanitario Distretto Casentino AUSL 8 Arezzo

** Medico di medicina generale, Coordinatore AFT Casentino AUSL 8 Arezzo

Introduzione

Le AFT sono state istituite in AUSL8 con l'accordo integrativo della Medicina Generale dall'aprile 2012 dando seguito alla applicazione delle disposizioni previste dall'ACN 2009. Il decreto Balduzzi di riordino della sanità 2012 accoglie il concetto di AFT e ne fa il cardine del riordino delle cure primarie rendendo la partecipazione dei medici di medicina generale obbligatoria. L'AIR della Toscana del febbraio 2013 dà piena applicazione alle linee di indirizzo del decreto Balduzzi delineando uno specifico modello organizzativo di AFT con compiti, ruoli e obiettivi che ricalcano il modello proposto dalla AUSL 8.

Uno dei compiti principali della AFT è il miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso il governo clinico e l'appropriatezza delle azioni cliniche. L'Audit clinico è il mezzo che consente di raggiungere la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni.

Nella AFT del Distretto Casentino AUSL 8 abbiamo individuato, come primo argomento da valutare mediante un processo di audit, la gestione della BPCO. La scelta è caduta su questa patologia per il fatto che si tratta di una patologia cronica seguita con la metodica

del Chronic Care Model (CCM) da 13 medici della AFT e che interessa il 50% della popolazione assistita. Questo modello organizzativo prevede l'applicazione di un piano diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) definito ai pazienti affetti da BPCO secondo i principi della medicina di iniziativa. I pazienti vengono invitati periodicamente ad una visita di controllo nella quale viene fatta una spirometria, registrati peso, altezza, pressione arteriosa, abitudine al fumo e somministrati consigli sullo stile di vita. L'altro determinante motivo della scelta è stato che la BPCO è una patologia a prevalente gestione del medico di medicina generale che ha una prevalenza stimata nella popolazione generale di circa il 4-5%, che provoca un forte impatto sullo stato di benessere dei pazienti che ne sono affetti, e che prevede inoltre anche un impiego di risorse economiche importanti.

La AFT del Casentino è costituita da 26 medici

Tabella 1

TABELLA INDICATORI		
Indicatore	Gold standard	HS
Prevalenza	6%	3,9%
Spirometrie eseguite	100%	60,9%
Fumo registrato	100%	86%
Stadiati	100%	Non conosciuto
Vaccinati influenza	90%	44%
Vaccinati pneumococco	90%	Non conosciuto

di assistenza primaria e 8 medici di Continuità Assistenziale (CA). Nell'ambito della AFT opera una Casa della Salute ed una è in via di apertura. I medici di medicina generale della AFT sono riuniti in una cooperativa medica (CMC) che è dotata di un concentratore di dati nel quale afferiscono i dati di attività professionale di tutti i soci. La popolazione assistita è di circa 37000 abitanti in un territorio montano con una densità abitativa molto bassa.

Metodi

Volevamo valutare se la BPCO viene gestita in maniera appropriata da parte del gruppo dei medici di medicina generale della AFT attraverso una corretta diagnosi, un corretto inquadramento ed una corretta terapia, individuare le eventuali criticità e proporre le correzioni eventuali.

Una volta scelto il tema dell'audit, abbiamo individuato gli Indicatori e gli Standard. Abbiamo scelto i seguenti indicatori: prevalenza, percentuale dei pazienti con BPCO che hanno fatto una spirometria nella loro vita, pazienti con BPCO vaccinati per influenza e pneumococco, pazienti con BPCO e fumo, pazienti con BPCO cui è stata

registrato lo stadio GOLD, utilizzo della terapia inalante. Sono indicatori di processo che permettono di capire se esiste un'attenzione da parte dei medici curanti nei confronti della BPCO dei loro pazienti, se le diagnosi sono state fatte correttamente utilizzando parametri spirometrici, se nella cura si seguono riferimenti di letteratura che prevedono un utilizzo differenziato dei vari farmaci inalatori a seconda dello stadio di malattia, se vengono correttamente adottate quelle misure atte a rallentare la progressione della malattia come la sospensione del fumo e la prevenzione delle riacutizzazioni attraverso la vaccinazione antiinfluenzale e antipneumococca.

Per gli standard ci siamo riferiti agli standard HS.

Per la rilevazione dei dati abbiamo inviato a tutti i 26 medici di medicina generale una griglia con gli indicatori individuati e le stringhe di estrazione da applicare al database Millewin in dotazione a tutti i medici della AFT.

Risultati

I medici che hanno inviato i dati sono stati 15 su 26, la loro popolazione assistita ammonta

Tabella 2 - Dati 2012 relativi a 15 mmg AUSL 8 Arezzo AFT Casentino.

	Tot		MMG CCM (9)		MMG non CCM (6)	
	Numeri	%	Numeri	%	Numeri	%
Popolazione di riferimento	19310		11269		8041	
n. pazienti BPCO	531		301		230	
prevalenza		2,7%		2,7%		2,9%
Prevalenza nei maschi		3,9%		4%		3,8%
Prevalenza nelle femmine		2,1%		2,1%		2,2%
Almeno una spirometria	370	70%	250	83%	120	52%
Spirometria ultimo anno	217	40%	196	65%	21	9%
Vaccinaz influenza	416	78%	250	83%	166	72%
Vaccinaz pneumococco	150	28%	102	34%	48	21%
Mai fumato	98	18%	78		20	
Ex fumatori	200	38%	121		79	
Ancora fumatori	99	19%	50		49	
Registrazione dato fumo	397	75%	249	83%	148	64%
Stadiati	267	50%	200	66,4%	67	29,1%
1°	93	35%	52		41	
2°	87	33%	76		11	
3°	67	25%	56		11	
4°	20	7%	16		4	
1 farmaco	94	34%	74		20	
2 farmaci	129	46%	64		65	
3 farmaci	56	20%	32		24	
Tot. in terapia	279	53%	170	56,5%	109	47,4%
Broncodilatatori	58	21%	34	20,0%	24	22,0%
Steroide	4	1%	2	1,2%	2	1,8%
Broncodil+steroidi	140	50%	57	33,5%	83	76,1%

a 19310 pazienti che sono il 59% di tutti i cittadini in carico ai 26 medici di medicina generale della AFT (Tabella 2). I pazienti affetti da BPCO sono 531 con una prevalenza del 2,7%. Di questi 370 (70%) hanno effettuato una spirometria nel corso della loro vita, 217 (40%) nell'ultimo anno della loro vita. La stadiazione spirometrica (L.G. GOLD) è stata effettuata nel 50% dei pazienti con BPCO e il 35% sono in 1° stadio, il 33% in 2°, il 25% in 3°, solo il 7% è in 4°. Il gruppo dei pazienti dei moduli CCM ha fatto la spirometria nell'83% dei casi e ha una registrazione della stadiazione spirometrica nel 65,4%, mentre nei non aderenti a moduli CCM la percentuale è stata rispettivamente del 52% e del 29%. 397 (75%) pazienti hanno la registrazione del dato fumo in cartella clinica di cui 98 (18%) non ha mai fumato, 200 (38%) è ex fumatore e 99 (19%) continua a fumare. La registrazione della abitudine al fumo da parte dei medici dei moduli CCM è stata dell'83% contro il 64% dei medici non CCM. I dati di vaccinazione per l'Influenza sono mediamente alti sia per il gruppo del CCM che per gli altri 83% e 72% rispettivamente. Notevolmente più bassi i valori di vaccinazione per lo Pneumococco che si attestano al 34% per il CCM ed al 21% per i non CCM.

Il 53% dei pazienti è in terapia farmacologica, di questi il 50% con broncodilatatore+steroidi, il 21% con broncodilatatore da solo. Il 46% viene curato con 2 farmaci, il 34% con 1 e il 20% con 3.

Conclusioni

La diagnosi di BPCO si basa, secondo le Linee Guida più accreditate, sul riscontro di dati spirometrici alterati e più precisamente sulla riduzione del rapporto FEV1/FVC al di sotto del 70% del predetto. L'astensione da fumo e la prevenzione delle ricadute attraverso la vaccinazione anti influenzale e antipneumococcica rappresenta il cardine del trattamento. La terapia farmacologica deve essere modulata in base allo stadio di malattia.

Analizzando i dati estratti dalle cartelle cliniche dei medici di medicina generale della AFT si rilevano chiaramente alcuni elementi critici:

1. la prevalenza media di BPCO nella popolazione totale assistita dalla AFT di 2,9% è al di sotto sia della prevalenza in HS (3,5%) che di quella rilevata nella popolazione generale valutata tramite questionario telefonico (ISTAT, 2010) che è del 6,2% circa;

2. i dati di prevalenza sono sovrapponibili nel gruppo di pazienti in carico ai medici che applicano la medicina di iniziativa (2,8%) e in quello dei medici che praticano la medicina di attesa (2,9%), e in tutti e due i gruppi si attesta su livelli più bassi rispetto alle prevalenze medie previste dalla letteratura (6,2%);

3. l'esame spirometrico è stato fatto solamente dal 70% dei pazienti con BPCO e quindi esiste una inappropriata evidenza nella diagnosi.

Anche in questo caso si rileva una forte differenza tra il gruppo di medici del modulo CCM, che ha fatto diagnosi spirometrica nell'83% dei pazienti, e gli altri che hanno un tasso di spirometrie molto più basso (52%);

4. il dato fumo è scarsamente registrato nelle cartelle cliniche. I medici del modulo CCM hanno numeri di registrazioni decisamente più alti. Nessuno raggiunge il gold standard del 100%;

5. la stadiazione della gravità spirometrica della BPCO è stata fatta solamente nel 50% dei pazienti. Anche in questo caso i dati dei medici del modulo CCM sono decisamente migliori. In tutti i casi si evidenzia una prevalenza dei pazienti negli stadi più precoci di malattia 1° e 2° che rappresentano quasi il 70% dei casi;

6. i farmaci prescritti sono nella grande maggioranza associazione di broncodilatatori + steroidi.

Si evidenzia una bassa registrazione in cartella clinica di alcuni dati fondamentali per seguire un paziente con BPCO come quelli relativi alla abitudine al fumo, la prevalenza della malattia, la spirometria, la stadiazione spirometrica della gravità, la vaccinazione antipneumococcica e antiinfluenzale. Probabilmente nella maggioranza dei casi si tratta di una cattiva gestione delle cartelle cliniche, ma nel caso della spirometria ci troviamo di fronte alla presenza di diagnosi non effettuate correttamente. Differenze importanti si possono evidenziare tra i dati dei medici non aderenti al CCM e quelli dei medici CCM. I medici partecipanti ai moduli CCM mostrano una maggiore accuratezza diagnostica e di inquadramento della patologia e alla prevenzione dei fattori di rischio di aggravamento (fumo e malattie infettive). Riguardo alla diagnosi spirometrica si deve anche prendere atto che la possibilità da parte dei medici CCM di far eseguire una spirometria da parte degli infermieri del modulo costituisce una notevole agevolazione che facilita sia la appropriatezza diagnostica che il follow-up. Si può concludere constatando come il processo di audit si confermi un valido strumento di rilevazione di criticità nei processi assistenziali e, cosa ancor più rimarchevole che l'applicazione del modello di medicina proattiva del CCM permette di migliorare notevolmente la qualità dell'assistenza al paziente con BPCO rispetto alla tradizionale medicina di attesa. Ci riprogettiamo di riconsiderare a distanza di un anno gli esiti dell'Audit valutando i parametri esaminati in questa prima fase e introducendo ulteriori indicatori rappresentati da numero di riacutizzazioni e ricoveri per BPCO nella popolazione esaminata.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.grifagni@alice.it

TM

La diffusione del progetto “Codice Rosa” sul territorio regionale

Il 2012 è stato un anno molto importante per la realizzazione del progetto regionale Codice Rosa che con il primo gennaio 2013 è divenuto una realtà in 10 Aziende Sanitarie della Toscana. Il progetto nato come esperienza pilota nell’Azienda USL 9 di Grosseto già dal 2010, grazie alla partecipazione convinta di tutti i soggetti istituzionali impegnati nell’assistenza alle vittime di violenze e maltrattamenti, ed al “lavoro di squadra” sviluppato tra i soggetti della rete, ha permesso di organizzare e valorizzare esperienze già avviate positivamente.

Le tematiche affrontate dal progetto Codice Rosa sono purtroppo di grande attualità. Ogni giorno leggiamo sui giornali di casi di omicidi in gran parte rivolti contro donne. L’Italia figura, con una vittima ogni 2-3 giorni, tra le prime posizioni nella triste classifica dei femminicidi, termine utilizzato non solo per l’omicidio di donne, ma anche per tutti gli atti di violenza e di attacco alla loro dignità, un fenomeno che è parte essenziale della relazione molto personale che si sviluppa tra singoli, ma che coinvolge la società, che ha rilevanza pubblica e che le istituzioni sono tenute a contrastare con azioni ed impegni precisi.

Solo alcuni giorni fa la Camera ha ratificato la convenzione di Istanbul, che rappresenta un passo importante, uno strumento legislativo vincolante per proteggere le donne da qualsiasi forma di violenza, ma purtroppo non ancora risolutivo. Sappiamo che questi gravi fatti di violenza nascono nella cultura della nostra società, nei rapporti di potere che si strutturano al suo interno, dalla contraddizione tra i traguardi raggiunti in tema di diritti dell’era moderna e la loro effettiva realizzazione, dall’incapacità di gestire la conflit-

tualità dei rapporti tra i generi.

Conoscere la consistenza della diffusione del fenomeno della violenza, delle forme in cui si manifesta e delle conseguenze che comporta è indispensabile; la carenza di dati sulla violenza e la mancanza

PAOLA MAGNESCHI

Settore Ospedale e Governo Clinico - Regione Toscana

di un osservatorio nazionale impedisce di monitorare la situazione e di valutare l’efficacia dell’impatto delle politiche di contrasto e sostegno messe in atto dal governo e dalle regioni. I pochi dati a disposizione forniti dai rapporti ISTAT, peraltro sottostimati, rivelano una realtà in preoccupante crescita di violenza intra ed extra familiare.

Per mettere in atto azioni di contrasto con strumenti efficaci la Regione Toscana con la deliberazione della Giunta n. 495/2011 ha approvato la sottoscrizione del protocollo d’intesa tra la Procura Generale della Repubblica di Firenze e L’Assessore al Diritto alla Salute, per la realizzazione sul territorio regionale del progetto “Codice Rosa”, che individua come destinatari non solo le donne, ma tutte le persone, senza distinzione di genere o di età che, a causa della loro condizione di debolezza, più facilmente possono diventare vittime di violenza. Il progetto intende rafforzare la collaborazione tra i soggetti della rete territoriale, compreso le Procure e le Forze dell’Ordine permettendo di condividere procedure e modalità di lavoro per la presa in carico delle persone adeguata alle loro esigenze e tempestiva rispetto alle loro necessità di tutela.

In riferimento ai positivi risultati raggiunti nell’anno di sperimentazione, con la deliberazione n. 339 del 2013, la Giunta Regionale ha disposto l’estensione del progetto a cinque ulteriori Aziende Sanitarie, prevedendo la sua completa diffusione con l’anno 2014.

Scopo principale del progetto è quello di superare la frammentazione delle risposte e le criticità presenti nel raccordo tra i soggetti della rete creando una diversa modalità di sviluppo del lavoro, fornendo risposte efficaci già a partire dall'arrivo della vittima al pronto soccorso, garantendole assistenza e tutela ed agevolando il raccordo nei passaggi successivi.

I punti qualificanti del progetto si possono sinteticamente riassumere:

Protocolli d'intesa

Accordi formalizzati a livello locale tra le Aziende USL e le Procure della Repubblica per la valorizzazione della collaborazione interistituzionale. La legge consente un rapporto tra i rappresentanti delle istituzioni per un confronto su specifici aspetti procedurali ed operativi tra il personale sanitario, le Procure e le Forze dell'ordine, allo scopo di assicurare, nel pieno rispetto delle norme, le migliori condizioni di tutela delle vittime.

Gruppi operativi e raccordo con i soggetti della rete territoriale

I gruppi operativi rappresentano il raccordo operativo indispensabile dei soggetti impegnati nella cura e nella tutela delle vittime di violenza, sono composti dai rappresentanti delle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda Sanitaria (es. Dipartimento Emergenza Urgenza, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento Salute Mentale, UUFF Consultoriali...), Procura, Forze dell'Ordine, Comune, Centro Antiviolenza, Centro per il recupero dei soggetti maltrattanti (ove esistente), Case rifugio...

I gruppi operativi sviluppano al loro interno modalità di lavoro condivise al fine di rispondere efficacemente alle esigenze emergenti.

Procedure

La definizione di procedure operative condivise all'interno del gruppo operativo è necessaria per l'immediata attivazione dei soggetti della rete in caso di necessità. Le procedure devono essere aggiornate coerentemente al mutare delle esigenze operative.

Rete territoriale

È indispensabile rafforzare il raccordo tra i soggetti della rete territoriale per facilitare la presa in carico successiva al momento di cura avvenuto nella struttura di pronto soccorso.

Formazione

È lo strumento essenziale per promuovere le conoscenze, condividere le procedure operative, sviluppare la collaborazione e la motivazione all'interno dei gruppi operativi. L'attività formativa progettata su temi specifici, coerente con gli aspetti organizzativi e progettuali, deve essere assicurata con continuità a livello regionale e aziendale. È indispensabile assicurare un rapporto costante con gli educatori e gli studenti sul tema della violenza e sulle molteplici implicazioni che il rapporto fra i generi produce.

Stanza Rosa

È il locale predisposto all'interno della struttura del Pronto Soccorso, ove vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza delle vittime di maltrattamenti. Il locale è dotato del materiale per la cura delle vittime e di tutto il necessario per la raccolta delle prove da far valer in giudizio, sia nel caso in cui il reato sia procedibile d'ufficio che nei casi in cui lo sia a querela di parte.

Logo regionale

Allo scopo di assicurare la riconoscibilità del progetto su tutto il territorio regionale è stato predisposto il logo regionale Codice Rosa che, collocato vicino al logo SST ed al logo aziendale, rappresenta l'elemento di identificazione da utilizzare nelle iniziative di comunicazione istituzionale. La sua presenza permetterà di distinguere con facilità, anche da parte dei cittadini, le iniziative che fanno riferimento al progetto.



Medici di medicina generale pediatri di libera scelta

Lo sviluppo della collaborazione con i MMG e PLS per l'emersione di situazioni di violenza intrafamiliare e violenza assistita da parte di minori, è indispensabile al fine di individuare percorsi di tutela per i soggetti maltrattati e percorsi di supporto rivolti al partner maltrattante. Il medico di medicina generale è il primo punto di contatto con il sistema sanitario, assicura ai propri assistiti l'accesso aperto e senza limitazioni ed è quindi potenzialmente nella posizione migliore

per svolgere un ruolo centrale nella rilevazione delle situazioni a rischio e per agevolare la presa in carico a livello territoriale di situazioni di violenza domestica.

Numero verde regionale

È allo studio la possibilità di utilizzare per il contrasto alla violenza, in raccordo con il numero verde nazionale (1522), il servizio attualmente offerto dal numero verde regionale sulla tratta e lo sfruttamento di esseri umani, con funzione di collegamento tra i soggetti della rete e con la disponibilità del servizio h24.

Flussi dati

Mancano dati ufficiali sulla reale consistenza del fenomeno della violenza, il rapporto ISTAT, *“La violenza contro le donne - Indagine multiscope 2006 sulle famiglie”*, realizzato con interviste telefoniche su un campione di 25 mila donne su tutto il territorio nazionale, in base alle stime elaborate indica che nel nostro paese 6 milioni di donne hanno subito almeno una forma di violenza fisica o sessuale (o entrambe), dalle più lievi alle più gravi, ripetutamente o come singolo episodio. Tali dati peraltro sottostimati, rivelano una realtà in preoccupante crescita di violenza intra ed extra familiare.

La disponibilità di dati regionali degli accessi al pronto soccorso dei codici rosa e di quelli raccolti dai consultori e dai centri antiviolenza a livello territoriale, risulta indispensabile per delineare la dimensione del fenomeno in Toscana e definire strategie efficaci di intervento.

Dati di attività

I dati del progetto regionale nel campione delle 5 Aziende USL (Lucca, Prato, Arezzo, Grosseto e Viareggio) che nel 2012 hanno aderito alla fase di

sperimentazione, hanno evidenziato, per i pazienti adulti 1.248 casi di maltrattamento, 44 abuso sessuale e 22 casi di maltrattamenti avvenuti a seguito di azioni di stalking; per i minori, 113 casi di maltrattamento e 28 casi di abuso sessuale, per un totale fra adulti e minori, di 1.455 casi accertati nell'anno 2012. La Tabella 1 riporta sinteticamente il numero di casi per ogni Azienda.

Si tratta di dati parziali ma ufficiali, che verranno integrati con quelli forniti dalle Aziende USL di Livorno, Pisa, Empoli, AOU Careggi e AOU Meyer che dal primo gennaio 2013 sono entrate a pieno titolo nel progetto.

A fine 2014 i dati del progetto regionale Codice Rosa, integrati da quelli del V° rapporto regionale sulla violenza di genere con l'attività svolta dai consultori e dai centri antiviolenza, forniranno il dato ufficiale indicativo della reale consistenza del fenomeno in Toscana.

La completa diffusione del progetto Codice Rosa su tutto il territorio regionale richiede però uno sforzo organizzativo rilevante e la disponibilità di risorse. L'integrazione socio-sanitaria realizzata positivamente, deve proseguire e svilupparsi. Il collegamento interistituzionale ed operativo con tutti i soggetti della rete è indispensabile, ma gli interventi di prevenzione devono necessariamente svilupparsi insieme all'attività di promozione e sensibilizzazione dei soggetti a partire dalla scuola, dove è necessario avviare una riflessione su questi temi, perché è solo rimuovendo preconetti culturali stratificati, sviluppando una vera cultura della parità e del rispetto delle persone, fornendo elementi di conoscenza e collaborando con tutti i soggetti istituzionali e non, che il fenomeno della violenza potrà essere affrontato in modo strutturato e ridotto in modo significativo.

Tabella 1 - Dati attività progetto codice rosa anno 2012

Azienda	I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre	IV° trimestre	totale
USL 2	65	49	73	63	250
USL 4	87	84	93	74	338
USL 8	63	72	60	46	241
USL 9	122	103	135	106	466
USL 12	17	47	53	43	160
Totale generale					1455

Nuove frontiere di integrazione tra Servizio Sanitario Regionale e Università su Formazione e Ricerca

Con la delibera della Giunta regionale n. 503 del 25 Giugno 2013, si riprende il percorso iniziato nel 2009 che ha portato alla costituzione dei DIPartimenti Intergrati INTERistituzionali per l'implementazione delle attività di ricerca e formazione (DIPINT) all'interno delle AOU di Careggi, Meyer, Pisa e Siena. Oltre a dare continuità all'Accordo 2011-2015 tra la Regione Toscana, Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena e Aziende Ospedaliero-Universitarie, si prosegue nella strada verso l'integrazione, rilanciando la creazione di sinergie fra funzioni di ricerca e formazione, in una logica di complementarità di offerta fra Atenei e Sistema Sanitario.

Si arricchisce, infatti, l'Accordo con 3 documenti, molto innovativi, mirati a dettare Linee Guida nei seguenti ambiti:

- offerta formativa
- sperimentazione clinica
- valorizzazione della ricerca clinica

Un'operazione importante che sarà in grado di ottimizzare le risorse e potrà generare benefici per il sistema sanitario e per l'intero sistema economico toscano, favorendo la valorizzazione della ricerca e della conoscenza e l'attrazione di nuovi investimenti.

L'allegato A contiene "Linee di indirizzo per l'offerta formativa dei corsi di laurea delle professioni sanitarie in area vasta". Il documento for-

nisce le linee di indirizzo per una collaborazione con le Università anche in attuazione di quanto previsto dalla deliberazione GRT n. 725 del 6 agosto 2012:

- sviluppo di percorsi formativi atti a far acquisire tutte quelle competenze cliniche/assistenziali, tecnico-sanitarie, riabilitative e

della prevenzione che permettano agli studenti di rispondere alle necessità di salute espresse dalla popolazione;

- istituzione e organizzazione, con piano triennale e in collaborazione con le Aziende afferenti all'Ateneo, delle sedi formative - di didattica e di tirocinio - con l'obiettivo di rafforzare le eccellenze territoriali e di produrre sinergie ed economie organizzative, strutturali e professionali.

Il documento contiene soluzioni innovative come l'avvio di percorsi di formazione che integrino gli obiettivi di valorizzazione e diffusione di nuove competenze al territorio. I DIPINT (DIPartimenti Interistituzionali INTegrati), macrostrutture tecnico-amministrative costituite per valorizzare la profonda e sostanziale connessione tra formazione, ricerca e assistenza, potranno coordinare operativamente le proposte presentate, frutto di programmazione congiunta tra il Sistema Universitario e quello Sanitario, avvalendosi della rete formativa regionale e su indirizzi della Commissione regionale per la formazione sanitaria.

Il finanziamento assegnato al DIPINT garantirà il coordinamento organizzativo-gestionale

ALBERTO ZANOBINI
Responsabile Settore Ricerca, Innovazione, Risorse Umane

delle attività formative dei Corsi di Laurea, la copertura delle spese di docenza tenute dal personale del Servizio Sanitario, nonché la messa a disposizione del materiale didattico e dei supporti per la formazione.

Nell'Allegato B sono definite le *“Linee di indirizzo per lo sviluppo e la promozione della sperimentazione clinica nel servizio sanitario regionale toscano”*: il piano è di grande valore in termini di razionalizzazione e innovazione nella gestione regionale di questa materia. Tale piano, infatti, mira al coordinamento delle attività di sperimentazione clinica quale volano importante per tutta la filiera della ricerca e utilizza il riordino dei comitati etici per la sperimentazione clinica, reso ora necessario dal dettato del decreto Balduzzi, per dotare il sistema regionale degli strumenti in grado di sostenere un nuovo impulso e creare una sempre crescente attrattività delle aziende sanitarie toscane: ciò al fine di garantire una crescita della qualità dei servizi offerti ai cittadini in termini di innovazione ed efficacia a fronte di un risparmio importante del sistema pubblico per tali servizi.

La piattaforma offerta dai Dipint, ad esempio, garantisce supporto per l'efficienza richiesta, anche a livello europeo, ai nuovi comitati etici per la sperimentazione, sia in termini di dotazioni che di professionalizzazione degli stessi. Il raccordo creato per la sperimentazione tra le aziende sanitarie e le università toscane permetterà inoltre di realizzare quegli obiettivi di innovazione strategici per il sistema, perseguiti sin qui con interventi isolati e che ora potranno essere razionalizzati e coordinati a livello regionale (attrazione della ricerca internazionale, supporto e monitoraggio nella conduzione degli studi, percorsi specifici per la ricerca in ambiti in grande sviluppo come, ad esempio, i medical device). La creazione di un organismo regionale di coordinamento e indirizzo per la sperimentazione realizza poi lo strumento operativo perché le linee individuate siano tradotte in azioni concrete in tutte le realtà operanti nel sistema.

L'allegato C - *“Linee di indirizzo per la valorizzazione della ricerca clinica nelle Aziende Ospedaliere Universitarie”* - rappresenta un elemento d'innovazione importantissimo per allineare il nostro sistema di ricerca clinica ed assistenza sanitaria alle migliori pratiche internazionali, ra-

zionalizzando e mettendo in sinergia le migliori risorse presenti sul nostro territorio.

Obiettivo del documento è quello di fornire linee di indirizzo per la valorizzazione della ricerca clinica nelle Aziende Ospedaliere Universitarie, con particolare riferimento alla protezione della proprietà intellettuale ed all'avvio del processo di industrializzazione delle attività di ricerca clinica. Attraverso l'implementazione da parte dei DIPINT di specifici *Programmi per l'Innovazione Clinica*, grazie anche ad una rinnovata sinergia fra ricerca accademica ed ospedaliera, lavorando in un'ottica integrata con il Distretto delle Scienze della Vita e l'Ufficio UVaR-Brevetti, il nostro sistema sarà in grado di cogliere e facilitare più prontamente l'innovazione. Attraverso lo sviluppo di programmi, infrastrutture e professionalità necessarie a sostanziare e gestire gli asset sviluppati nella ricerca e nella pratica clinica, il sistema sanitario toscano potrà così dotarsi degli strumenti necessari per l'aumento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, l'attrazione e mantenimento di medici e professionisti di talento, la valorizzazione delle eccellenze di ricerca, l'attrazione di investimenti e *project financing*, l'adeguamento delle proprie dotazioni tecnologiche agli standard più qualificati

L'investimento che viene destinato alle presenti attività di indirizzo e supporto all'innovazione clinica rappresenta un volano per un ritorno più ampio a medio lungo periodo, permettendo di aumentare la capacità del sistema della ricerca clinica di attrarre finanziamenti privati finalizzati allo sviluppo sperimentale ed alla ricerca industriale con evidenti ricadute positive sul territorio e sulla competitività del sistema toscano di pratica clinico-assistenziale.

Riteniamo che queste politiche rappresentino un punto di riferimento a livello nazionale, ponendo il sistema toscano all'avanguardia nelle pratiche di supporto e valorizzazione della ricerca clinico-sanitaria finalizzata al miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale, alla razionalizzazione delle risorse, all'abbattimento dei costi, alla sostenibilità del sistema sanitario, permettendo di adattarsi ai cambiamenti tecnologici facendo fronte all'impatto degli stessi sulle prestazioni assistenziali.

Consiglio Sanitario Regionale

Linee di indirizzo regionale per la sperimentazione di percorsi di attività fisica personalizzata per cittadini esclusi dai programmi di attività fisica adattata (AFA)

In merito alla proposta presentata al C.S.R. di “Linee di indirizzo regionale per la sperimentazione di percorsi di attività fisica personalizzata per cittadini esclusi dai programmi AFA”, il gruppo di lavoro ha elaborato il seguente parere:

1. RAZIONALE

Nella letteratura scientifica internazionale sono presenti numerose evidenze che dimostrano come in pazienti affetti da molte malattie croniche la progressione del processo disabilitante e le recidive di malattie possono essere prevenute e curate con l'adozione di stili di vita appropriati di cui l'attività fisica rappresenta un momento fondamentale. Più specificamente, e soprattutto in aggiunta al concetto generale di miglioramento dello stile di vita, si parla attualmente in questo contesto di “promozione - terapeuticità dell'esercizio fisico” che consiste nell'uso regolare dell'esercizio fisico a fini terapeutici e dosato e quantizzato in termini di intensità, durata e frequenza settimanale per ogni singolo individuo.

L'efficacia terapeutica è legata principalmente al riconosciuto effetto pleiotropo e antinfiammatorio che garantisce così una ricaduta positiva su molte malattie la cui iniziale patogenesi comincia proprio dalla flogosi: malattie a sfondo aterosclerotico, malattie autoimmuni, neoplasie ecc.

... *Omissis* ...

La prescrizione-terapeuticità dell'esercizio fisico (PEF), che nasce dopo una valutazione polifattoriale, è a tutti gli effetti un atto medico-valutativo, cui è deputato principalmente il medico Specialista in Medicina dello Sport in quanto esperto e competente nella valutazione della risposta dei vari organi, della tolleranza muscolare allo sforzo e quindi in grado di adeguare la quantità di esercizio fisico possibile per quel soggetto e le specifiche richieste terapeutiche della patologia da curare.

I trapiantati precocemente mostrano, a seguito della terapia immunosoppressiva, la comparsa di una sindrome metabolica completa che

si matura fin dalla fase precedente l'intervento in quanto legata alla sindrome da immobilizzazione, inoltre per questi soggetti (trapiantati di organi solidi) è necessario che essi completino il processo clinico riabilitativo post intervento.

Successivamente il trapiantato dovrebbe essere valutato da un Medico dello Sport per iniziare uno svezzamento.

Con queste premesse si ritiene opportuno individuare la sperimentazione di un programma di attività fisica personalizzata per questo ultimo tipo di cittadini (trapiantati).

Le linee di indirizzo sono funzionali a valutare l'efficacia e la sostenibilità di programmi di attività fisica personalizzata per i soggetti aventi le caratteristiche sopra descritte, nell'ottica di avere percorsi di sperimentazione, che rientrano in un percorso sanitario, omogenei e appropriati a livello regionale e risultati confrontabili.

In un tempo successivo, sulla base dei risultati della sperimentazione, sarà valutata l'eventuale estensione dei programmi, fatte salve le modifiche e integrazioni che saranno ritenute necessarie.

... *Omissis* ...

Si precisa che, in accordo con la DGR 459/2009, sono esclusi da questa sperimentazione i soggetti con instabilità clinica nonché con sintomatologia acuta o postacuta persistenti nel tempo, dovute a patologie non menzionate in questo documento: tali soggetti restano invece coinvolti in programmi di cura e riabilitazione già in atto.

2. OGGETTO DELLA SPERIMENTAZIONE

La sperimentazione si rivolge a cittadini trapiantati (rene, fegato, cuore) che per natura o gravità delle loro patologie non possono partecipare ai programmi AFA sia per “alta” sia per bassa” disabilità.

3. SERVIZI SANITARI DI RIFERIMENTO

I Servizi di Medicina dello Sport, in collaborazione con i servizi specialistici coinvolti nel percorso di cura del soggetto trapiantato, sono respon-

sabili per la valutazione delle capacità funzionali motorie dei soggetti, della conseguente elaborazione del programma prescrizione dell'esercizio fisico, del monitoraggio della compliance e della valutazione dell'efficacia del programma di esercizio.

Nel contesto specifico è indispensabile la collaborazione del MMG, o del PLS, opportunamente sensibilizzato e informato per indirizzare il paziente a un centro di medicina dello sport adeguatamente preparato ad accoglierlo per la stesura del programma.

La modalità di effettuazione pratica del programma dovrebbe seguire uno schema sequenziale per cui esiste una prima fase in cui il paziente è innanzitutto valutato clinicamente da un medico di medicina generale o da un pediatra o da altro specialista che decide di indirizzarlo ai centri che eseguono la sperimentazione di attività fisica personalizzata. Nella seconda fase tali centri eseguiranno una valutazione clinica del paziente anche al fine di escludere eventuali eventi avversi che potrebbero essere provocati dall'esercizio stesso.

La valutazione del centro prevede anche l'analisi dello stile di vita e l'effettuazione pratica dei test funzionali per la valutazione della tolleranza allo sforzo dei vari organi e apparati, per la stima della flessibilità, della forza muscolare effettuati attraverso il fisioterapista che opera nei centri di Medicina dello Sport.

4. SEDI DI EROGAZIONE

Strutture sanitarie pubbliche con requisiti e strutture attrezzate presso i servizi di medicina dello sport ed eventuali analoghe strutture di natura privata preliminarmente valutate e riconosciute da parte delle Az. USL, sulla base di criteri di riferimento.

5. ISTRUTTORI

I soggetti competenti all'erogazione dell'esercizio fisico sono figure sanitarie con particolare riferimento ai fisioterapisti. I medici specialisti di Medicina dello Sport, sulla base del programma di esercizio, suggeriscono il ricorso alle figure professionali sopra citate.

6. PROGRAMMI DI ESERCIZIO E CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Per le condizioni individuate nel paragrafo 2, i referenti scientifici della sperimentazione devono

elaborare prima dell'inizio i seguenti parametri:

1. espliciti criteri di inclusione/esclusione al programma di esercizio;
2. caratteristiche dei programmi di esercizio fisico condizione-dipendente;
3. modalità di erogazione del servizio;
4. modalità di monitoraggio della compliance;
5. modalità di valutazione dell'efficacia.

7. MISURE DI OUTCOME

Per una corretta valutazione dell'efficacia del programma di esercizio si riporta di seguito un set minimo di misure che sarà individuato e aggiornato periodicamente dalle strutture mediche di competenza in base alle linee guida vigenti. Per ognuna delle dimensioni di seguito specificate devono essere elaborate griglie di valutazione. Eventuali modifiche agli standard di riferimento saranno individuate successivamente all'esito della fase di sperimentazione.

7.1. Efficacia del programma

Al fine di valutare l'efficacia del programma di esercizio fisico dovranno essere effettuati specifici test riguardanti la capacità funzionale cardiaca e respiratoria e conseguentemente la loro performance cardiaca.

7.2. Compliance

7.2.1 - Numero di sessioni di esercizio cui ha partecipato il paziente sul totale programmato di sedute;

7.2.2 - Cause di interruzione/abbandono;

7.2.3 - Monitoraggio in remoto di parametri vitali nell'ambito di esecuzione di attività fisica.

7.3. Sicurezza

7.3.1 - Eventi clinici avversi durante il programma di esercizio.

7.4. Consumo delle risorse sanitarie

7.4.1 - Prestazioni ambulatoriali specialistiche;

7.4.2 - Prestazioni accessi al PS e ricoveri ospedalieri (anche in day hospital);

7.4.3 - Prestazioni ambulatoriali di riabilitazione e medicina fisica;

7.4.4 - Consumo di farmaci.

7.5. Continuità

7.5.1 - Persone che al termine della sperimentazione

tazione proseguono l'attività fisica individualmente;

7.5.2 - Persone che al termine della sperimentazione proseguono l'attività fisica nell'ambito dei corsi AFA.

... *Omissis* ...

9. CONCLUSIONI

... *Omissis* ...

Si esprime quindi parere favorevole a dare inizio in via sperimentale ad un programma sanitario di attività fisica personalizzata sui soggetti trapiantati per il raggiungimento di una autonomia nella esecuzione degli esercizi fisici.

Il gruppo ritiene indispensabile che, ove condiviso, il Consiglio Sanitario Regionale individui un tavolo tecnico che vada a valutare le griglie che saranno proposte dal gruppo di sperimentatori.

Sub obiettivo 1.3: “Appropriatezza e buon uso delle risorse da parte dei prescrittori” - prescrizione della diagnostica per immagini

D.G.R.T. n. 1235/2012 - per il parere del C.S.R.

Il Gruppo di Lavoro costituito dal CSR ha condiviso le seguenti considerazioni:

- vengono individuate alcune prestazioni “traccianti” quali quelle che sono già state indicate per classi di priorità (tenendo conto delle indicazioni ministeriali sul Piano Nazionale di Gestione delle Liste di Attesa - PNGLA) come risulta dalla DGRT n.493/2011 e dal Decreto n. 2735/2012 e relativi allegati;

- in particolare si fa riferimento ai criteri di priorità di accesso e relative indicazioni di appropriatezza per le prestazioni di tomografia computerizzata, risonanza magnetica ed ecocolordoppler vascolare:

- TC addome superiore, inferiore e completo;
- TC torace;
- TC cranio;
- TC rachide e speco vertebrale;
- TC bacino;
- TC ginocchio e altre TC articolari;
- RM pelvi, prostata e vescica;
- RM encefalo e tronco encefalico;
- RM colonna vertebrale;
- RM muscoloscheletrica;
- ECD tronchi sovraortici;
- ECD venoso arti inferiori;
- ECD arterioso arti;
- ECD aorta e vasi addominali;
- Mammografia;
- Ecografia;

- si ribadisce che l'indicazione delle classi di priorità deve essere effettuata sul ricettario re-

gionale per le prestazioni di “primo contatto” che innescano la presa in carico dell'assistito rispetto ad un determinato bisogno assistenziale (tenendo conto della DGRT n.1038/2005);

- il gruppo di lavoro dovrebbe rimanere in carica per poter seguire l'evoluzione delle prestazioni “traccianti” per l'appropriatezza prescrittiva e le classi di priorità (in particolare per le prestazioni inserite in classe “P”) e per sviluppare ulteriori ambiti di lavoro (ad es. per alcune specialità) oltre che per i “controlli successivi” che presuppongono una presa in carico da parte dello specialista, quali ad esempio:

- i percorsi strutturati per le prestazioni di follow-up, controllo e approfondimenti diagnostici,
- i pacchetti prestazionali (eseguibili in regime di Day Service);

- viene considerata indispensabile una strategia di comunicazione/informazione, a cura delle direzioni sanitarie aziendali, diretta sia ai professionisti prescrittori (MMG e Specialisti - in particolare per il “quesito diagnostico” e la relativa “priorità”) che erogatori, oltre che ai cittadini;

- è raccomandata un'azione di omogeneizzazione delle agende almeno per Area Vasta per superare le criticità delle possibili diversità fra i singoli punti di erogazione aziendali;

- è raccomandata una puntuale informazione alle Direzioni Sanitarie Aziendali alle quali è richiesto anche di monitorare l'applicazione delle direttive del decreto 2735/2012 e di verificarne puntualmente la diffusione agli operatori attraverso l'introduzione di indicatori ad hoc, condivisi in ambito regionale.



Silvia Guarducci si è laureata in Medicina e Chirurgia nel 2003 c/o l'Univ. di Firenze. Dal 2003 al 2006 ha frequentato il corso di formazione in Medicina Generale. Dal 2008 è medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. Svolge un tirocinio formativo c/o Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze.

I vantaggi dell'hospice integrato nell'ospedale

L'Hospice è una struttura specifica all'interno della quale sono garantiti, in regime di residenzialità, le prestazioni di cure palliative, ovvero un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere, fornite con continuità nell'arco delle 24 ore a malati affetti da malattie progressive in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di terapia eziopatogenetica.

L'Hospice può essere ubicato in 4 diversi contesti: struttura ospedaliera per acuti (ospedale, presidio, casa di cura), struttura dedicata e autonoma, struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale, centro polifunzionale non ospedaliero. In Toscana, dei 13 hospice presenti 5 (38,5%) sono collocati all'interno di una struttura ospedaliera per acuti.

L'Hospice San Giovanni di Dio, inaugurato a ottobre del 2009 è il terzo del territorio fiorentino. Nasce integrato nell'ospedale San Giovanni di Dio (Torregalli) per accogliere i malati alla fine della vita residenti nelle zone non coperte dalle precedenti due strutture (Oblate e San Felice a Ema). È sito in un padiglione dell'ospedale nuovo e ad un unico livello nel quale è accolto anche il servizio di Cure Palliative domiciliari. È inserito dal punto di vista organizzativo nel Dipartimento Oncologico dell'Azienda Sanitaria e riunisce in sé il servizio di assistenza domiciliare, il servizio ambulatoriale e di consulenza ospedaliera, la degenza e la formazione del personale. Si compone di 10 ampie camere singole, ciascuna dotata di servizi igienici personali, progettati in considerazione della ridotta autonomia degli ospiti. La camera può essere considerata come un piccolo appartamento del paziente; è infatti possibile personalizzare la stanza con piccoli oggetti graditi all'ospite. Le camere sono inoltre dotate di televisore, frigorifero, telefono (solo per chiamate in entrata), tavolo, sedia e divanoletto per un accompagnatore. A ciò si aggiungono l'area di accoglienza con caratteristiche alberghiere di alto livello, un ampio soggiorno per i malati con maggiore autonomia e i

loro familiari, una cucina-tisaneria, un locale adibito alle terapie complementari e diversionali, l'area operativa con ambulatorio, stanza medici, stanza per il personale di assistenza, due stanze per la preparazione delle terapie per l'hospice e per la domiciliare, ufficio personale per l'assistenza domiciliare, ampia aula per la formazione e per le riunioni d'équipe e con il personale di altri servizi (in particolare con quello del DH Oncologico). In hospice, a differenza di un reparto

ospedaliero, non c'è orario di passo. Le visite di parenti e amici degli ospiti sono libere dalle ore 8:00 alle 22:00, nel rispetto dei desideri della persona ricoverata. Dopo questo orario una persona può comunque trattenersi e pernottare nella camera del paziente usufruendo del divano-letto. È permesso anche condurre nella struttura animali domestici, previo accordi con il personale.

L'hospice raccoglie in sé i 4 modelli di risposta alle necessità assistenziali della persona malata, garantendo continuità assistenziale tra ospedale e territorio e l'erogazione di servizi differenziati, quali:

- consulenza ospedaliera (per i malati del DH Oncologico e dei reparti di degenza) e ambulatoriale (per tutti coloro ancora autosufficienti);
- l'Unità di cure palliative-leniterapia per l'assistenza domiciliare (UCP-L);
- il Day-Hospice per il ricovero temporaneo giornaliero per terapie o attività diversionali;
- il ricovero temporaneo per sollievo della famiglia, o definitivo in hospice.

I servizi offerti comprendono inoltre assistenza psicologica sia a domicilio che in hospice, fisioterapia, tecniche di rilassamento, musicoterapia. Poiché l'hospice è completamente integrato all'interno di una struttura ospedaliera per acuti, potranno essere eseguiti tutti gli interventi sanitari e riabilitativi ritenuti necessari, nel rispetto comunque dei principi della medicina palliativa, comportando un'agevole gestione dei ricoveri pro-

S. GUARDUCCI*, E. PELLEGRINO*,
A. APPICCIAFUOCO**, A. ALESSANDRI**,
S. BRUGNOLI**, A. BASSETTI**, R. CALDERONI**,
S. NALDINI***, V. CECCHERINI*, C. TEMPESTINI°,
S. DI MICELI°

* Medico specializzando Igiene e Medicina Preventiva Firenze

** Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio Asl 10 Firenze

*** Direzione Sanitaria Santa Maria Annunziata

° UCP Zona Nord-Ovest - Hospice Ospedale San Giovanni di Dio Asl 10 Firenze

venienti direttamente dai reparti ospedalieri, così come delle consulenze che i medici che si occupano di medicina palliativa svolgono nel contesto ospedaliero. I vantaggi di questa scelta sono pertanto rappresentati da uno stretto collegamento con tutti i servizi ospedalieri e con i reparti di degenza (accesso facilitato per pazienti provenienti dai reparti e dal DH oncologico, un medico palliativista presente giornalmente nel DH oncologico in *simultaneous care* con il collega oncologo, possibilità di consulenze nei reparti in tempi strettissimi).

Nel corso del 2011, nell'hospice San Giovanni di Dio sono stati ricoverati 132 pazienti, nel 2012 182, con durata del ricovero per la maggior parte inferiore a 30 giorni per entrambi gli anni.

Confrontando i dati degli anni 2011 e 2012 riguardo alla provenienza dei pazienti ricoverati nell'hospice San Giovanni di Dio, emerge che (Figura1):

- nel 2012 sono diminuiti i ricoveri dei pazienti che provengono da altri reparti dell'ospedale (35% nel 2011 e 25% nel 2012);
- sono aumentati i ricoveri provenienti dall'assistenza domiciliare della Zona Nord Ovest (21% nel 2011 e 41% nel 2012) o di altre zone (15% nel 2011 e 23% nel 2012);
- sono diminuiti anche i pazienti provenienti da altri presidi ospedalieri o case di cura (16% nel

2011 e 5% nel 2012), dal Dea dell'ospedale San Giovanni di Dio (7% nel 2011 e 5% nel 2012) e dal DH dell'ospedale SGD (6% nel 2011 e 1% nel 2012).

Il motivo di tutto ciò offre una logica spiegazione: l'hospice non deve considerarsi l'alternativa all'Assistenza Domiciliare, ma una scelta appropriata quando emergono criticità che rendono difficile l'Assistenza Domiciliare, quali la mancanza di un *care-giver*, la mancanza di una famiglia, la necessità di un periodo di recupero per la famiglia se la malattia si prolunga ormai da molto tempo, situazioni di disagio logistico o sociale.

Concludendo, il percorso ideale del malato oncologico al momento della dimissione dall'ospedale è, quando possibile, il ritorno a casa e solo se le condizioni si aggravano, o se vengono a mancare i presupposti per una corretta assistenza domiciliare, è giustificato il passaggio ad una struttura hospice. L'esperienza maturata dal momento dell'apertura dal personale palliativista ed un programma opportuno di informazione del personale medico ed infermieristico dei reparti di degenza ha portato ad una corretta valutazione di quei pazienti per i quali l'hospice risulta una scelta prioritaria, valutazione tanto più opportuna e difficile in un contesto in cui i rapporti tra ospedale ed hospice sono così stretti. **TM**

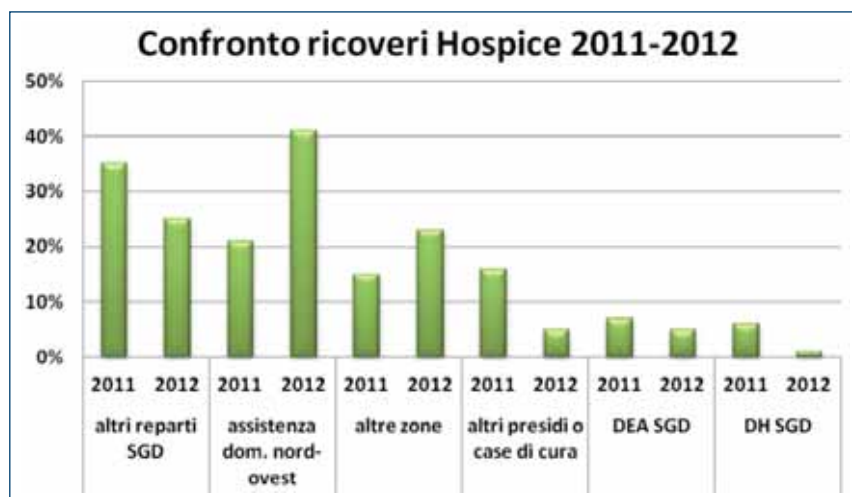


Figura 1 - Confronto sulla provenienza dei pazienti ricoverati nell'hospice San Giovanni di Dio, anni 2011-2012.

CORSI E CONVEGNI

GIUSEPPE BARELLAI (1813-1884)

Il dovere del medico, la situazione sanitaria dell'Ottocento e le nuove realtà epidemiologiche
Istituto degli Innocenti, Firenze 24 ottobre 2013

Il giorno **giovedì 24 ottobre p.v.** con orario 9.30-18.00 l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze in collaborazione con l'Istituto di Studi Storici del Risorgimento e l'Istituto degli Innocenti organizza un convegno sulla figura di Giuseppe Barellai, che si terrà presso l'Istituto degli Innocenti in Piazza SS Annunziata a Firenze. Per gli iscritti all'Ordine dei medici sono stati riconosciuti 5 ECM. Le domande di iscrizione dovranno essere inviate per e-mail a: silvy8022@yahoo.it con oggetto "Convegno Barellai", specificando: NOME E COGNOME, CODICE FISCALE, SE LIBERO PROFESSIONISTA O LAVORATORE DIPENDENTE, SE MEDICO CHIRURGO O ODONTOIATRA, TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE, NUMERO DI CELLULARE, ORDINE DI APPARTENENZA. Info: Silvia La Rossa 333.5348577.

Gratis sul lettino dello psicologo ovvero tre al prezzo di due

ANTONIO PANTI

Per un mese da domani: iniziativa di un gruppo di giovani professionisti fiorentini

Gratis sul lettino dello psicologo

"La Repubblica" - Mercoledì 1 Maggio 2013, Firenze.

Qualche tempo fa i giornali riportavano la notizia che un gruppo di psicologi offrivano consultazioni gratuite durante un intero mese dedicato alla campagna di informazione e prevenzione dei disturbi comportamentali, una campagna aperta a tutti, in particolare ai cittadini bisognosi di aiuto psicologico e che non trovano risposta nei servizi pubblici spesso insufficienti. Quotidianamente vediamo sui giornali pagine intere di pubblicità sanitaria, con offerte più o meno mirabolanti, mentre Groupon imperversa con le sue accattivanti proposte. È recente l'annuncio della prima, contestatissima, farmacia on line, tutto sommato possibile perché la ricetta potrebbe essere virtuale. La rete, le televisioni nazionali e locali, tutti i mezzi di comunicazione danno amplissimo spazio ai problemi della salute, dalla prevenzione alla cura, e propongono servizi medici, professionisti più o meno illustri, ambulatori, cliniche private e associazioni del volontariato.

Ciò ha un duplice significato. Da un lato emerge e ogni giorno aumenta il bisogno di salute, l'illusione nella medicina che tutto può e a tutto rimedia, la trasformazione della sanità in una divinità laica cui ci si affida; dall'altro si sta configurando un enorme mercato, variegato e complesso più di ogni altro settore merceologico. Ma tutto ciò reca vantaggio in termini di salute mantenuta o riconquistata? Tra tanti successi qualche dubbio rimane, di un'eccessiva mercificazione di un valore, la salute, che dovrebbe essere tutelata da affarismi e illusioni. Tuttavia, da un altro punto di vista, questa esplosione dell'offerta di servizi medici esprime la necessità di una medicina "low cost", che proponga prestazioni valide a prezzi ragionevoli, accessibili a molti, specialmente laddove il servizio pubblico mostra carenze o ritardi.

In questa situazione due valori ugualmente importanti prevalgono su altre considerazioni, per quanto anch'esse rilevanti. Da un lato il di-

ritto all'informazione, per cui i cittadini debbono comunque essere posti nella condizione di conoscere l'offerta del mercato per effettuare la scelta più conveniente, dall'altro la libera concorrenza, che si oppone a qualsivoglia forma di monopolio o di limitazione tariffaria. Se si aggiunge il peso del ticket, un onere talora più elevato del costo di una prestazione in regime privato, e il fatto che la sostenibilità del servizio è un problema sia per lo Stato ma anche per chi deve pagare out of pocket, si comprende come il mercato della sanità colmi oggi spazi sempre più ampi e la concorrenza assuma toni sempre più accesi.

I rischi per il cittadino sono evidenti: un'informazione illusoria o distorta, l'offerta di prestazioni di basso costo ma di scarsa qualità, la trasformazione della medicina in un affare finanziario volto solo alla redditività del capitale. Sono rischi severi che dovrebbero indurre a una qualche regolamentazione del mercato della salute. Tuttavia non possiamo disconoscere il fatto che gli Ordini professionali e le Associazioni mediche hanno condizionato pesantemente la libertà di informazione ai cittadini, hanno duramente ristretto la concorrenza, hanno osteggiato le forme associative professionali, insomma hanno esercitato una funzione di trust contro la quale la moderna organizzazione economica improntata ai canoni del liberismo ha reagito.

Non è facile trovare il punto di equilibrio tra la libera professione individuale del medico, assimilabile a un artigiano di altissima qualità, e una medicina quasi da supermercato, che di per sé non osta alla qualità, ma può purtroppo scantonare verso l'offerta di "tre al prezzo di due". C'è bisogno di una nuova legge sulla professione che consenta agli Ordini professionali di farsi garanti della qualità degli iscritti e della veridicità delle loro affermazioni, affidando loro quel che ora manca, gli strumenti concreti per intervenire.

TM



Walter Livi, Spec. in Otorinolaringoiatria e Patologia Cervico-Facciale (1977) ed Audiologia (1981). Dir. della Scuola di Specializzazione in Audiologia e Foniatria e Presidente del Corso di Laurea in Logopedia dell'Univ. di Siena. Dal 2012 Direttore della UOC di Otorinolaringoiatria dell'AOUS "Polichinico S. Maria alle Scotte".

Russamento e Apnee Ostruttive durante il Sonno

La Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS) è caratterizzata dalla comparsa di ricorrenti episodi di apnea o ipopnea durante il sonno, con tran-

sitoria riduzione o cessazione completa del respiro spontaneo. L'incidenza di questa patologia è stimata nella popolazione generale in una percentuale del 4% negli uomini e del 2% nelle donne, con un rapporto tra maschi e femmine di 4:1. Ciò significa che in Italia ne sono affetti circa 1.200.000 uomini e 600.000 donne.

L'OSAS costituisce un problema importante non solo per il suo impatto sociale ma anche dal punto di vista sanitario. Questa sindrome rappresenta infatti un fattore predisponente o aggravante di numerose problematiche cliniche quali ipertensione arteriosa, infarto e ictus, ipertensione polmonare, aumento del peso corporeo, attacchi di emicrania, iperattività nei bambini, problemi di memoria, impotenza e disfunzioni sessuali, depressione ed ansia, difficoltà lavorativa, incidenti stradali.

È ormai ampiamente dimostrato come la fisiopatologia dell'OSAS appaia strettamente correlata al collasso e quindi all'ostruzione delle prime vie aeree. Ciò può verificarsi a vari livelli quali naso, palato, faringe, base della lingua, laringe.

Un'anatomia poco favorevole quale un palato ristretto, un'ugola allungata, la presenza di tessuto ridondante alla base linguale o particolari

conformazioni mandibolari (micro/retrognazia) possono costituire una causa importante di ostruzione.

Nella popolazione pediatrica, infine, l'ipertrofia adenotonsillare rappresenta una delle cause più comuni di OSAS. Da qui l'assoluta indispensabilità di valutare nel modo più preciso possibile la sede di ostruzione anche perché una diagnosi corretta è alla base del successo di un trattamento chirurgico per tutti quei pazienti che non tollerano (il 43%

dopo 2 anni) o non acquistano (il 48%) il dispositivo medico cioè la CPAP o ventilazione forzata a pressione continua positiva. Per questi motivi, il ruolo dello specialista ORL è ritenuto essenziale, nell'ambito di una multidisciplinarietà che vede coinvolti anche altri specialisti quali il neurologo, lo pneumologo, l'internista, l'endocrinologo, l'odontostomatologo, il radiologo, in un percorso diagnostico-assistenziale comune.

La frequenza e l'importanza di questa sindrome ha suggerito alla Direzione Generale dell'AOUS Senese di istituire, nell'ambito dell'UOC di ORL, un Ambulatorio dedicato alla Roncochirurgia, cioè alla Chirurgia del russamento e delle apnee respiratorie notturne. L'ambulatorio, diretto dal dr. Giuseppe Caruso, otorinolaringoiatra che possiede la qualifica di esperto in disturbi respiratori del sonno, verrà svolto il lunedì dalle h 14.30 alle h 16.30 previo appuntamento tramite CUP o telefonando (h 13.00-14.00) allo 0577/585477, al 4° Piano del 2° Lotto.

TM

WALTER LIVI

Direttore della UOC Otorinolaringoiatria dell'AOUS

CONVENZIONI

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

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



Federico Mecacci, spec. in ginecologia-ostetricia ed immunologia clinica, Resp. intra-SOD della patologia ostetrica c/o il C.R.R. di Gravidanze ad alto rischio, Med. Prenatale dell'AOU Careggi. Ha conseguito una formazione specifica nel management delle gravidanze ad alto rischio presso la New York University e presso la Yale University New Haven, USA

Corretto sviluppo intrauterino

Primo step nella prevenzione primaria dell'obesità?

Secondo la teoria dell'"*imprinting* metabolico" intrauterino, enfatizzata negli ultimi anni da molti autori, modificazioni dell'apporto di nutrienti a livello uterino, sia in difetto che in eccesso, andrebbero a perturbare lo sviluppo fetale, causando cambiamenti permanenti a livello genetico, ipotalamico, pancreatico, adiposo o di altri sistemi biologici che regolano il peso corporeo. L'ipotesi dell'*origine fetale della malattia* suggerisce che una programmazione pregestazionale potrebbe influenzare lo stato di salute e di malattia in età adulta. In particolare un incremento ponderale materno eccessivo in gravidanza sembra riflettersi in un aumentato peso neonatale e un maggiore rischio di obesità nella vita adulta. L'attuale *pandemia di obesità* impone pertanto una pressante attenzione, in ostetricia, su questo tema soprattutto nella prevenzione dell'eccessiva crescita fetale come strategia di prevenzione primaria all'obesità.

Abbiamo ritenuto opportuno affrontare il problema della gravidanza nella donna obesa attraverso uno studio retrospettivo osservazionale su 2916 gestanti afferite alla SOD di Medicina Prenatale dell'AOU Careggi nell'anno 2008. Sono state selezionate le gestanti sovrappeso ed obese facendo riferimento al loro Indice di Massa Corporea (BMI). Sono state individuate 270 gestanti sovrappeso e 140 obese, per un totale di 410 gestanti con BMI pregravidico ≥ 25 kg/m² (Gruppo di Studio). 405 gestanti normopeso, confrontabili per età e livello socio-economico hanno formato il Gruppo di Controllo. Nello stabilire il grado di Sovrappeso e Obesità si è fatto riferimento alle Linee Guida NICE 2006, in accordo con le raccomandazioni WHO. Anche per i valori di riferimento dell'aumento ponderale sono state considerate le Linee Guida NICE (2010). Altro criterio di in-

clusione per i gruppi di studio è stato la negatività del test di screening e diagnosi a due tempi per Diabete gestazionale (GDM) secondo i criteri di Carpenter e Coustan.

Per ogni paziente sono state studiate le principali caratteristiche metaboliche e l'*outcome* perinatale.

RISULTATI

La Pressione Arteriosa media è risultata significativamente più elevata nel gruppo di studio rispetto a quello di controllo ($p < 0,001$ e $p = 0,002$), a dimostrazione dell'aumentato rischio di incidenza di disordini ipertensivi nella paziente sovrappeso e obesa. I nati da madri appartenenti al gruppo di studio hanno mostrato peso alla nascita e Indice Ponderale (PI) medi significativamente maggiori di quelli nati da madri appartenenti al gruppo di controllo ($p = 0,003$ e $p = 0,04$).

L'incidenza di neonati grandi per età gestazionale (LGA) è risultata superiore nel gruppo delle gestanti sovrappeso (15,96% per le sovrappeso contro 10,81% per le obese e 6,48% per le normopeso), ma tale differenza risulta statisticamente significativa solo tra le sovrappeso e le normopeso ($p = 0,007$). È stata documentata una maggiore incidenza di neonati con Indice Ponderale superiore al 90° centile nel gruppo delle obese rispetto agli altri gruppi (43,24% vs 37,23% per le sovrappeso e 23,48% per le normopeso), tale differenza è risultata statisticamente significativa solo rispetto al gruppo di controllo.

L'iperbilirubinemia risulta significativamente aumentata nei nati da madri sovrappeso ($p = 0,01$). L'incidenza di macrosomia è risultata del 15,6% nella popolazione sovrappeso contro il 6,48% nella popolazione normopeso ($p = 0,007$). L'incidenza di feti macrosomi è maggiore nel gruppo delle gestanti obese (10,81%) rispetto al gruppo di control-

FEDERICO MECACCI, CAMILLA NARDINI,
SERENA OTTANELLI, SARA BIAGIONI,
ZELINDA TREDICI,
CATERINA SERENA, LAURA MARCHI,
GIORGIO MELLO

D.A.I.M.I. - SOD Medicina Prenatale - AOU Careggi,
Firenze

lo (6,48%), tale differenza non risulta statisticamente significativa; risulta invece tale l'incidenza di PI $\geq 90^\circ$ centile.

È stata inoltre riscontrata una differenza statisticamente significativa ($p=0,04$) tra l'aumento ponderale medio calcolato nei due gruppi di gestanti appartenenti al gruppo di studio. Questo potrebbe essere conseguente ad una *sottovalutazione* da parte sia delle gestanti che degli ostetrici del fenomeno *sovrappeso*, per cui verso queste gestanti è stata posta meno attenzione riguardo all'alimentazione rispetto a quella riservata a gestanti clinicamente obese. Se a questa tendenza all'eccessivo aumento ponderale delle gestanti sovrappeso si aggiunge il maggiore impatto che, secondo molti studi, questo avrebbe nella determinazione dell'eccessiva crescita fetale rispetto alle gestanti obese, si può spiegare la maggiore prevalenza di feti macrosomi nel gruppo delle sovrappeso piuttosto che nel gruppo delle obese.

A conferma dell'importanza dell'aumento ponderale in gravidanza, nella nostra esperienza le gestanti sovrappeso con eccessivo aumento ponderale hanno partorito mediamente neonati con peso maggiore rispetto a quelle che avevano avuto un aumento ponderale nella norma.

I nati da madri sovrappeso con normale aumento ponderale non hanno mostrato esiti significativamente diversi dai nati da madri normopeso con normale aumento ponderale. Da questa analisi si evince pertanto che il sovrappeso pregravidico in sé non rappresenta un fattore di rischio indipendente per l'eccessiva crescita fetale.

Prendendo in considerazione il gruppo di gestanti obese con normale aumento ponderale, rispetto al gruppo di gestanti normopeso con normale AP, l'obesità pregravidica risulta un fattore di rischio indipendente per eccessiva crescita fetale in modo statisticamente significativo in quanto, per normale incremento ponderale, registriamo una maggiore incidenza di neonati con PI* superiore al 90° centile rispetto alle gestanti normope-

so con normale incremento ponderale.

In questo studio si è voluto indagare inoltre l'influenza di stati di iperglicemia basale borderline (valori di Glicemia a digiuno compresi tra 92-95 mg/dl nel I trimestre o a 26-28 settimane, in occasione della GCT), identificata secondo il *cut-off* per la diagnosi di diabete gestazionale derivante dall'Ha-po Study, come cofattore di rischio per eccessiva crescita fetale nelle pazienti sovrappeso ed obese.

Le gestanti con BMI ≥ 25 kg/m² e valori glicemici basali ≥ 92 mg/dl e < 95 mg/dl, risultano gravate da una maggiore incidenza, statisticamente significativa, di neonati macrosomi ($p=0,004$) e con PI $\geq 90^\circ$ centile ($p=0,02$) rispetto a gestanti con analogo BMI ma normoglicemiche.

CONCLUSIONI

L'obesità, ma non il sovrappeso, è un fattore di rischio indipendente per il *fetal overgrowth* e crescita disarmonica.

Tuttavia l'incidenza di macrosomia risulta più alta tra le gestanti sovrappeso, si ritiene che questo possa essere dovuto al fatto che queste gestanti hanno maggiore tendenza all'eccessivo aumento ponderale, fattore quest'ultimo notoriamente coinvolto in modo cruciale nella determinazione del peso alla nascita.

Questi dati spingono ad un'attenta riflessione sull'importanza di uno stretto controllo dell'apporto calorico e dell'opportunità di un'adeguata attività motoria in gravidanza, fattori di fondamentale importanza per una corretta nutrizione fetale ed un possibile miglioramento della qualità di vita di questi soggetti in età adulta.

* PI: rapporto tra peso -g- e (lunghezza -cm-)³ neonatali, indice del grado di nutrizione intrauterina.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: mecacci@tin.it

TM

CORSI E SEMINARI

LA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI IN AMBITO SANITARIO

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze organizza un corso dal titolo "La gestione delle informazioni in ambito sanitario: aspetti formativi e tecnici. Il corso si articolerà in tre serate con orario 20-22.30: **Martedì 17 settembre 2013** "Le esigenze info-conoscitive del medico e il movimento Open Access"; **martedì 1 ottobre 2013**: "Strumenti per la ricerca di informazioni in rete"; **martedì 8 ottobre** "La variabile qualità dell'informazione in rete". È obbligatoria la presenza tutte e tre le serate. Relatori: Dr. M. Masoni, Dott.ssa M.R. Guelfi. Prima delle serate verrà offerto un light dinner. Sono stati riconosciuti 11,2 Crediti ECM. 40 posti disponibili. Verrà data precedenza agli iscritti all'Ordine di Firenze. Per iscriversi inviare una email a: relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it con oggetto convegno "gestione informazioni sanitarie", specificando: NOME E COGNOME, CODICE FISCALE, SE LIBERO PROFESSIONISTA O LAVORATORE DIPENDENTE, SE MEDICO CHIRURGO O ODONTOIATRA, TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE, NUMERO DI CELLULARE, ORDINE DI APPARTENENZA. Info: tel. 055.496522 int. 3.



Valentina Cervi laureata nel 2012 c/o l'Univ. di Pisa con la tesi dal titolo: "Protesi di ginocchio, tempi di degenza e comorbidità" relatore Prof. M. Lisanti. Abilitata alla professione medica nella sessione II del 2012. Dal Maggio 2012 libera frequentante c/o la Clinica Ortopedica e Traumatologica I diretta dal Prof. M. Lisanti, osp. di Cisanello, Pisa.

La sostituzione protesica da patologia degenerativa del ginocchio

INTRODUZIONE

Tra le soluzioni che la moderna medicina può offrire al paziente affetto da patologia degenerativa del ginocchio (artrosi primaria e secondaria) trova indicazione la sostituzione protesica.

Tale procedura, nel mondo ha avuto un progressivo incremento ed in Italia la protesi totale di ginocchio è una delle procedure ortopediche più comuni effettuate: nel 2010 sono stati effettuati 58.291 interventi di protesi totale di ginocchio (PTG) (Eurostat), con un incremento dell'11% nel periodo che va dal 2001 al 2009 (Figura 1 - Figura 2).

L'attuale tendenza è quindi quella di ridurre i tempi di ricovero al fine di sopperire all'incrementata richiesta diminuendo altresì i costi di degenza, tale comportamento rientra in quella che a livello internazionale viene nominata *fast-track-orthopaedic-surgery*.

MATERIALI E METODI

Al fine di individuare i fattori che influenzano la durata del ricovero sono stati rivalutati i decorsi postoperatori di pazienti sottoposti a prote-



Figura 1 - Donna 80 anni, gonartrosi bilaterale

sizzazione del ginocchio presso la Clinica Ortopedia e Traumatologia I di Pisa nel periodo compreso tra l'aprile 2008 e il settembre 2009. Il campione preso in esame era rappresentato da 100 pazienti con un'età media di 70 anni (range 57-85).

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti con diagnosi di gonartrosi andati incontro a protesi di primo impianto indipendentemente dalle patologie di base. Abbiamo escluso i casi di revisione, di revisione delle ferite infette e i pazienti per i quali non è stato

possibile consultare tutta la documentazione necessaria.

Rifacendoci ai protocolli di *fast-track-orthopaedic-surgery* per ogni paziente abbiamo preso in esame:

- età
- sesso
- BMI
- comorbidità e ASA score
- n° di unità ematiche trasfuse
- protocollo di analgesia postoperatoria
- protocollo di fisiochinesiterapia
- giorno della settimana dell'atto chirurgico
- via di accesso chirurgica.

Ogni parametro è stato messo in relazione con la durata media della degenza al fine di individuare se, e come, esso influenzi il decorso del postoperatorio dei nostri pazienti.

Il protocollo fisioterapico per tutti i pazienti ha avuto inizio in 1° giornata post operatoria con la mobilizzazione passiva ed attiva dell'articolazione.

L'analgesia post operatoria è stata affidata all'impiego di morfina e ketorolac in pompa elastomerica per 48h, con paracetamolo come *rescue dose*.

La via chirurgica d'accesso utilizzata per la totalità degli interventi è stata la midvastus; tutti gli interventi chirurgici sono stati eseguiti dallo stesso operatore.

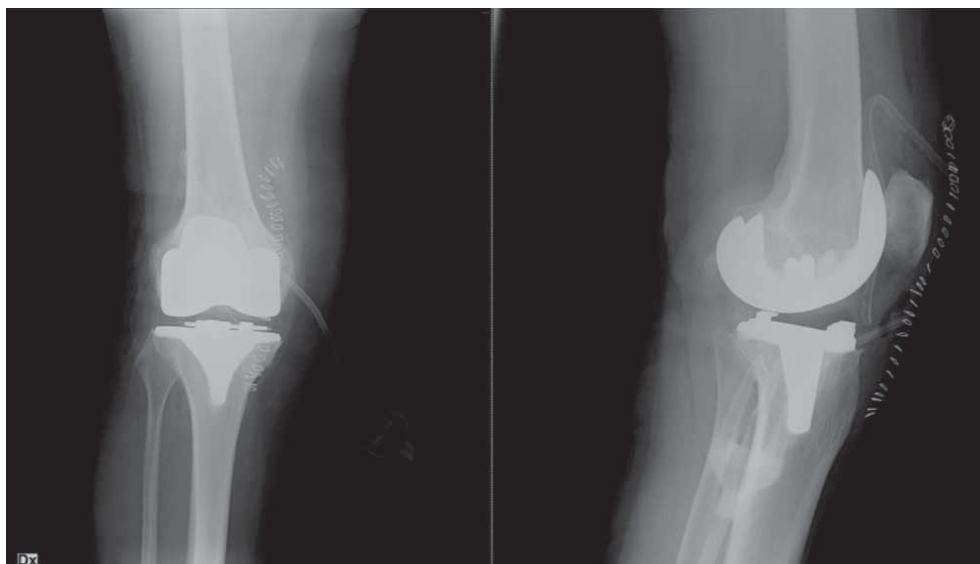


Figura 2 - Controllo radiografico post-operatorio

RISULTATI

La degenza media presso il nostro reparto per intervento di artroplastica del ginocchio, nel periodo preso in esame, è risultata essere di 9,25 giorni e i fattori risultati essere predittivi del tempo di degenza sono rappresentati soprattutto da: ASA score, BMI, necessità di emotrasfusioni, giorno dell'atto chirurgico, età del paziente (vedi Tabella 1).

DISCUSSIONE

Dall'analisi statistica effettuata e dai risultati ottenuti, emerge come il sanguinamento sia il fattore che maggiormente impatta sulle giornate di ricovero rappresentando quindi il parametro che più di tutti dovrebbe essere corretto al fine di ridurre la degenza media.

La presenza di obesità e quindi una difficile mobilizzazione dovrebbero essere affrontati con l'istruzione del paziente e con un protocollo riabilitativo più aggressivo e precoce. Gli altri due parametri significativi dal punto di vista statistico, ASA ed età, sono imm modificabili. Fermo restando che a nostro modo di vedere una corretta gestione delle comorbidità sia di fondamentale importanza per una migliore gestione del paziente, nella nostra casistica tale parametro non ha avuto una

significatività statisticamente rilevante nell'influenzare i giorni di degenza.

L'individuazione dei parametri che influenzano i giorni di degenza al fine di ridurre i costi ottenendo un miglior outcome per il paziente, spingono quindi a valutare sempre più parametri clinici e funzionali. Grazie ai risultati ottenuti da questo lavoro, abbiamo intrapreso un più attento monitoraggio del sanguinamento introducendo, in accordo con la più recente letteratura l'impiego dell'acido tranexanico e nei pazienti obesi interventi mirati alla precoce mobilizzazione.

I risultati preliminari ottenuti con questo nuovo protocollo sembrano soddisfacenti avendo ridotto i tempi di degenza da 9,25 giorni per il periodo 2008-2009 a 6,44 giorni per l'anno 2012.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dall'analisi della nostra casistica e i preliminari risultati ottenuti con l'applicazione di nuovi protocolli di controllo del sanguinamento e riabilitativi sembrano evidenziare la possibilità di ridurre notevolmente le giornate di degenza con un modesto impegno da parte dell'équipe medica, infermieristica e fisioterapica ottenendo un migliore outcome ed un precoce "rientro a casa" del paziente. **TM**

Tabella 1 - Parametri presi in considerazione nella nostra casistica basandoci sui protocolli di fast-track-orthopaedic-surgery

		Giorni in più di degenza rispetto al valore medio	Significatività statistica
BMI	>=30	+2,3	Significativo(p=0,029)
ASA score	>=3	+1,5	Significativo(p=0,04)
N° unità sangue	>=2	+3,26	Significativo (p=0,000014)
ETA'	>=75	+2,12	Significativo (p=0,005)
Giorno atto chirurgico		+1,56	Significativo (p=0,04)
Comorbidità		+0,01	Non significativo (p=0,98)



Marco Ceï si è laureato nel 1985 e specializzato in Ematologia nel 1989. Ha iniziato la carriera in Marina Militare, dove ha diretto il Centro Trasfusionale di La Spezia. Dal 2009 è Direttore della Medicina 1 dell'Ospedale di Livorno. È autore di numerose pubblicazioni, oltre 50 delle quali recensite su PubMed ed è membro dell'Editorial Board di riviste internazionali.

Trend di ricovero e soglie di appropriatezza per trombosi venosa profonda acuta nell'Azienda USL 6 di Livorno

È sempre difficile valutare l'appropriatezza dei servizi sanitari, specialmente quando il processo decisionale deve tener conto di molteplici fattori: come per esempio nel caso della opportunità di ricoverare o deospedalizzare un paziente con trombosi venosa profonda acuta (DRG 128). Mentre i singoli professionisti tendono ad assumere decisioni sulla scorta delle evidenze scientifiche, i valutatori della appropriatezza si avvalgono di medie e confronti, spesso però a partire da realtà molto diverse tra loro e talora paragonate impropriamente.

In questo lavoro proponiamo un metodo di valutazione della appropriatezza di ricovero basato su una osservazione longitudinale prolungata e stratificata, ed analizzata mediante inferenza statistica con il calcolo degli intervalli di confidenza, una procedura diffusa e facilmente accettata dai clinici.

Introduzione

In letteratura si trovano numerosi lavori sulla deospedalizzazione della trombosi venosa profonda (TVP) degli arti inferiori, una pratica clinica ormai consolidata in Italia e all'estero. Tuttavia poco è noto circa i flussi residui di ricovero per questa patologia, anche a causa del fatto che al momento della dimissione il DRG di uscita spesso non riflette la diagnosi d'ingresso. Il presente lavoro cerca di riempire, almeno in parte, questo gap di conoscenza e di fornire una base per una valutazione oggettiva dell'appropriatezza di ricovero dei pazienti con TVP.

La situazione attuale

Per conoscere i flussi di ricovero per TVP negli anni abbiamo esaminato retrospettivamente le dimissioni per DRG 128 dai 4 presidi ospedalieri dell'Azienda USL n. 6 (Livorno, Cecina, Piombino e Portoferraio) dal gennaio 2005 al novembre 2012. Collateralmente abbiamo registrato anche la durata della degenza per i pazienti ammessi. Questi dati sono stati esaminati sia complessivamente che dopo stratificazione per ospedale e per tipologia di Unità Operativa (Medicine Interne o altre UO) e normalizzati per il numero delle dimissioni totali nello stesso arco temporale. Le principali variabili di dispersione (medie, deviazione standard, intervalli di confidenza al 95%) sono state utilizzate per meglio descrivere l'andamento dei ricoveri nel tempo.

L'efficienza dei percorsi deospedalizzanti

Abbiamo reperito in tutto 229 dimissioni per DRG 128 (media annuale, 28.62; range, 15-56; 95% CI 28.57-28.67) su un totale di 273082 schede di dimissione ospedaliera (SDO) in 8 anni (0.83 per mille per anno in media; 95% CI 0.82-0.84). L'andamento dei ricoveri ha mostrato un trend in calo fino ad una stabilizzazione negli ultimi quattro anni (Figura 1), effetto delle azioni messe in atto inizialmente dagli ambulatori specialistici delle Medicine e, più di recente, da una incrementata azione di filtro da parte dei Pronto Soccorso. La prevalenza delle dimissioni per DRG 128 si attesta ora attorno allo 0.6 per mille per anno a livello aziendale (range 0.44-0.73; 95% CI 0.62-0.63) e a meno dello 2.3 per mille per anno a livello dei reparti di Medicina (range 2,03-2,73; 95%

MARCO CEI, NICOLA MUMOLI

Dipartimento di Medicina Clinica
Azienda USL 6 di Livorno

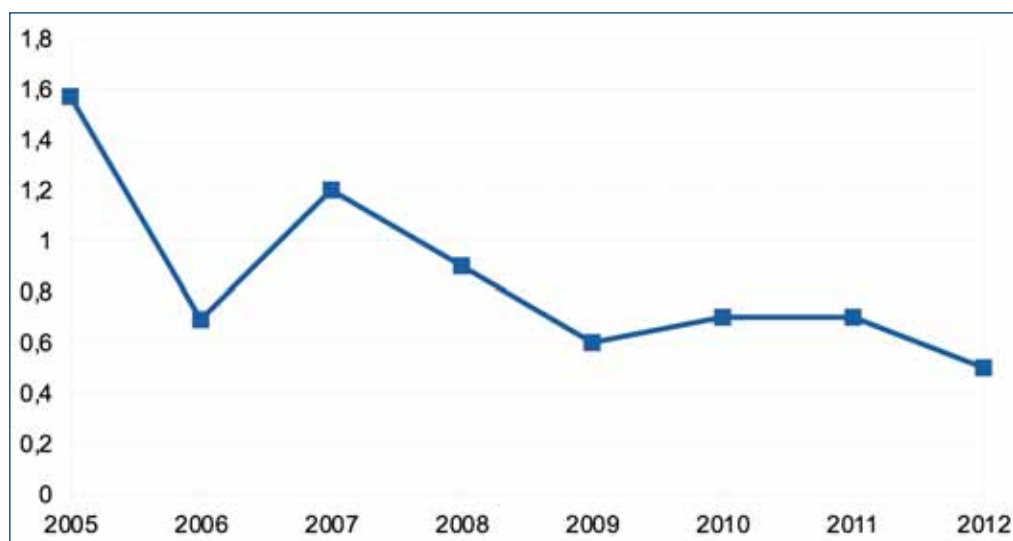


Figura 1 - Ricoveri per DRG 128 (casi per 1000).

CI 2.27-2.29). Infatti, i ricoveri interessano quasi esclusivamente le UO di Medicina: solo una quota estremamente ridotta (lo 0,08 per mille) risulta provenire da altre UO.

Un fenomeno complesso

Sulla base delle esperienze pubblicate, è possibile ipotizzare che i casi che superano il filtro iniziale interessino pazienti con trombosi estese o di sede atipica, o che presentino rilevanti comorbidità, specialmente nel senso di un aumentato rischio emorragico (Tabella 1). Sebbene la natura retrospettiva della nostra indagine non ci permetta di confermare questa ipotesi, abbiamo comunque rilevato degenze piuttosto lunghe: 9.76 giorni in media sull'intero campione (Figura 2). Ciò sembra supportare l'idea che giungano al ricovero casi realmente motivati, e che pertanto una quota minima di pazienti con TVP sarà comunque gestita anche in futuro in regime di ricovero ordinario, anche quando la diffusione dei nuovi farmaci anti-trombotici eliminerà i problemi legati alle difficoltà di accesso alla monitoraggio di laboratorio della terapia. Alquanto inattesa è stata la maggiore efficienza degli Ospedali periferici (uno dei quali insulare) rispetto al presidio principale.

Le Medicine di questi nosocomi (Cecina, Piombino e Portoferraio) hanno infatti avuto incidenze di dimissione per TVP significativamente più basse di quelle di Livorno: 8.12 contro 17.75 casi/anno rispettivamente (range, 4-13 contro 7-42; 95% CI 8.09-8.15 contro 17.69-17.81; $p < 0.05$). Anche la degenza media differisce significativamente tra le Medicine di Livorno (10.36 giorni; 95% CI 10.33-10.39) e quelle periferiche (8.74 giorni; 95% CI 8.67-8.80; $p < 0.05$). Per quanto questo andamento possa lasciar sottintendere un bias da riferimento (nel caso di organizzazione del tipo "hub and spoke"), non abbiamo in realtà né prove né sensazioni a supporto di questa ipotesi. Per meglio chiarire tutti questi aspetti procederemo ad una valutazione prospettica di questo tipo di casistica.

Conclusioni

Il cammino verso la deospedalizzazione della trombosi venosa profonda sembra pressoché compiuto su tutto il territorio della nostra Azienda. Per questo motivo analizzare i flussi residui di ricovero sembra ora opportuno per stabilire in via pressoché definitiva un criterio di appropriatezza per la valutazione dell'accesso al ricovero, inteso come indicatore di performance dei reparti ospedalieri che di questo percorso si fanno carico (Medicina e Pronto Soccorso). Naturalmente questo lavoro presenta alcune limitazioni, imputabili alla sua natura osservazionale e retrospettiva. Nel complesso però riteniamo che la numerosità del nostro campione - riflessa dalla estrema ristrettezza degli intervalli di confidenza - sia tale da rendere comunque attendibile l'analisi: ci sentiamo pertanto di proporre questa metodologia di lavoro a livello regionale per suggerire una soglia di ricovero attorno allo 0.6 per mille per le Aziende e del 2.3 per mille per i reparti di Medicina (che gestiscono la stragrande maggioranza di questa casistica) come indicatore dell'appropriatezza di ricovero per il DRG 128.

Tabella 1 - Indicazioni al ricovero nella TVP.

- Trombosi estesa (ilio-cavale) o bilaterale
- Phlegmasia cerulea dolens
- Trattamento trombolitico sistemico o loco-regionale, o trombectomia chirurgica
- Eccessivo rischio di sanguinamento
- Emorragia in atto
- Grave insufficienza renale o epatica
- Ipersensibilità all'eparina o anamnesi di trombocitopenia da eparina
- Impianto di filtro cavale
- Impossibilità di gestire la fase iniziale della terapia o scarsa compliance
- Presenza di comorbidità che rendano comunque necessario il ricovero

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.cei@usl6.toscana.it

Ipovitaminosi D in pazienti pediatrici affetti da Diabete Mellito di Tipo 1

Trattamento con colecalciferolo e correlazioni col controllo glicometabolico



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

Introduzione

La Vitamina D è essenziale per la crescita e la salute dello scheletro vista la sua importante e principale azione nel regolare il metabolismo del calcio. Il contributo dell'ipovitaminosi D nella patogenesi di diverse situazioni cliniche è oggetto di attenzione in ambito scientifico e, in particolare, in ambito pediatrico. Infatti l'azione immunosoppressiva e immunomodulatrice della Vitamina D spiegherebbe il suo possibile ruolo protettivo nei confronti di patologie autoimmuni come Artrite Reumatoide, Sclerosi Multipla e Diabete Mellito di tipo 1 (DMt1).

Evidenze scientifiche hanno inoltre mostrato come la Vitamina D possa giocare un importante ruolo nella modulazione della funzione delle cellule β -pancreatiche in termini di produzione e secrezione insulinica. Partendo da tali premesse, l'obiettivo del nostro studio è di valutare se la supplementazione con Vitamina D in pazienti diabetici e ipovitaminosici possa avere un ruolo nel controllo glicometabolico di tale patologia.

Soggetti e metodi

Lo studio ha coinvolto 94 pazienti affetti da DMt1 e ipovitaminosi D, dei quali 49 maschi e 45 femmine, con età media di 13.6 ± 4 anni, tutti normopeso, seguiti presso il Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze. Questi pazienti vengono controllati una volta ogni tre mesi in regime ambulatoriale o di Day Hospital attraverso prelievi ematici e visita medica con parametri auxologici (peso, altezza e BMI).

Lo stato fisiologico o patologico del pool di Vitamina D di ogni paziente è stato definito facendo riferimento ai livelli sierici di 25-idrossivitamina D [25(OH)D] riportati da Holick e coll. (Tabella 1), secondo i quali si considerano normali valori

compresi tra 30 e 100 ng/ml, insufficienti se inferiori a 30 ng/ml e deficienti se uguali o inferiori a 20 ng/ml.

Ad ogni paziente è stato effettuato un prelievo ematico per la misurazione della 25(OH)D e dell'emoglobina glicata (HbA1C) in due controlli successivi. Il primo in occasione dell'inserimento nello studio, quando è stata diagnosticata carenza di vitamina D, il secondo a distanza di 4 ± 2 mesi dalla visita in cui era stata effettuata da uno di noi la somministrazione di 100.000 UI per os di Vitamina D3.

I parametri che abbiamo considerato per studiare il controllo glicometabolico del paziente sono i valori di emoglobina glicata (HbA1c) e l'indice di consumo insulinico (I/P), cioè il rapporto fra le UI di insulina utilizzate al giorno ed il peso del paziente espresso in Kg.

I valori di HbA1c sono quelli raccolti in concomitanza con ciascuno dei due prelievi di 25(OH)

Tabella 1 - Range dei valori ematici di riferimento della 25(OH)D

DEFINIZIONE	ng/ml
Carenza	≤ 20
Insufficienza	20-30
Sufficienza	≥ 30
Eccesso	≥ 100
Intossicazione	> 150

SALVATORE SEMINARA, PERLA SCALINI,
LAURA CAPIRCHIO, CAMILLA MENCHINI,
FRANCO RICCI, GIULIA ANZILOTTI,
LORENZO LENZI, SONIA TONI

Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze. SOD di Auxoendocrinologia, AOU Meyer, Firenze

D; in particolare, il primo valore riflette l'andamento glicometabolico dei tre mesi precedenti alla supplementazione con colecalciferolo, mentre il secondo quello dei tre mesi coperti dalla terapia con Vitamina D.

La valutazione statistica dei dati ottenuti è stata effettuata mediante il calcolo della media e deviazione standard dei parametri considerati. Il confronto tra le medie è stato eseguito con il test "t di Student per dati appaiati"; è stato inoltre calcolato il coefficiente di correlazione r fra i valori di 25OHD e quelli di HbA1c. I calcoli sono stati eseguiti per mezzo del programma "Statistica" versione 6 di StatSoft USA. È stato considerato statisticamente significativo un valore del $P < 0,05$.

Risultati

Osservando la Tabella 2 possiamo notare che il livello di 25(OH)D prima e dopo la supplementazione è passato da 18.22 ± 5.97 ng/ml a 36.11 ± 10.64 ng/ml, raggiungendo la significatività statistica ($p < 0.05$).

Dopo la somministrazione di colecalciferolo il livello di HbA1c (Tabella 3) ha ottenuto un decremento medio dello 0,33%, statisticamente significativo ($p < 0.05$), mentre l'indice di consumo insulinico (Tabella 4) ha avuto una riduzione media di 0.02 punti non raggiungendo la significatività statistica.

Abbiamo poi valutato se esistesse una correlazione statistica tra i valori di 25(OH)D e HbA1c prima e dopo il trattamento. Come si può notare

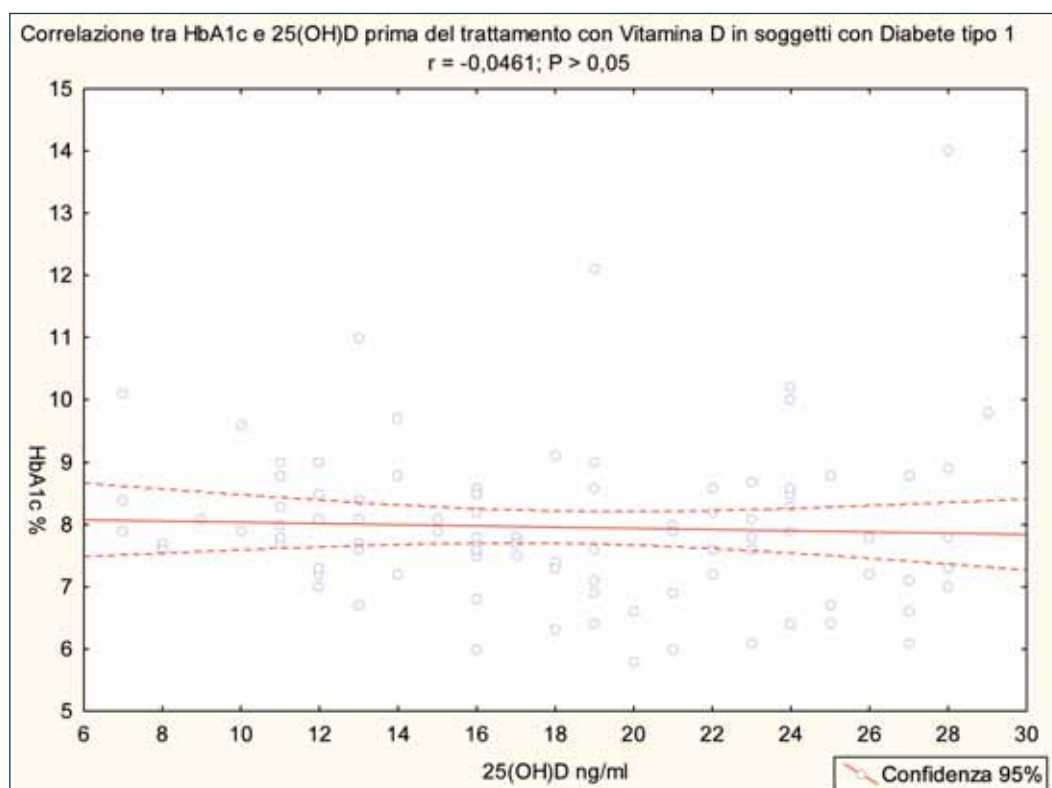


Figura 1

Tabella 2 - 25(OH)D prima (T0) e dopo (T1) terapia con colecalciferolo

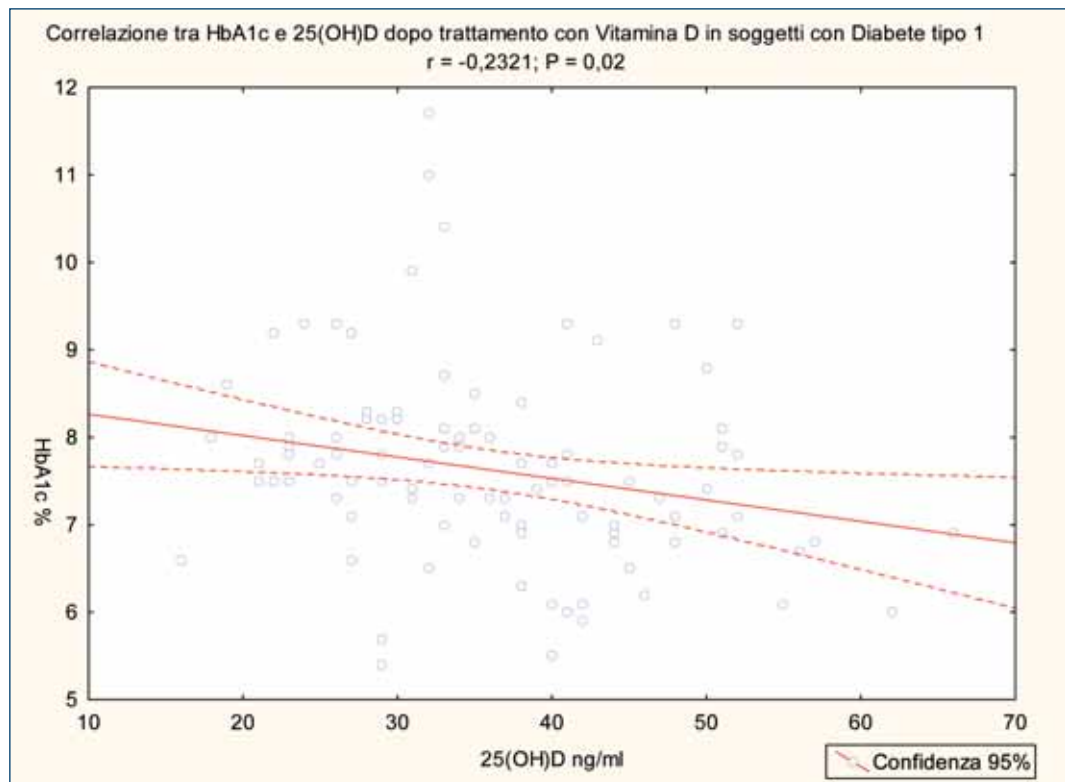
25(OH)D ng/ml	Media \pm Dev.St.	N° pz	Diff. Medie	Dev.St. Medie	p
T0	18.22 ± 5.97	94			
T1	36.11 ± 10.6	94	17.88	10.20	<0.000001

Tabella 3 - HbA1c prima (T0) e dopo (T1) terapia con colecalciferolo

HbA1c %	Media \pm Dev.St.	N° pz	Diff. Medie	Dev.St. Medie	p
T0	7.96 ± 1.26	94			
T1	7.62 ± 1.12	94	-0.33	1.34	0.017577

Tabella 4 - Indice di consumo insulinico prima (T0) e dopo (T1) terapia con colecalciferolo

IP	Media \pm Dev.St.	N° pz	Diff. Medie	Dev.St. Medie	p
T0	0.73 ± 0.32	94			
T1	0.71 ± 0.32	94	-0.02	0.18	0.262082



dalle Figure 1 e 2 questa non è presente ($p > 0,05$) prima della supplementazione e quindi in condizioni di Ipvitaminosi D (Figura 1), mentre risulta evidente ($p < 0,05$) dopo la supplementazione con colecalciferolo (Figura 2).

Discussione

Per verificare se la terapia con Vitamina D abbia effetti sul controllo glicometabolico nei pazienti con DMt1, abbiamo valutato i livelli di HbA1c prima e dopo la somministrazione di colecalciferolo. Dall'osservazione dei dati (Tabelle 2 e 3) si può notare come, in accordo con la nostra ipotesi, ad un miglioramento medio complessivo dei livelli plasmatici di 25(OH)D pari a 17,88 ng/ml sia corrisposto un decremento medio dei livelli di HbA1c paria a 0,33%.

Abbiamo inoltre preso in considerazione l'indice di consumo insulinico (tabella 4) come parametro indicatore della necessità di insulina del paziente, per poter valutare se ci fosse una relazione fra i valori di HbA1c e la terapia insulinica. Nonostante la terapia effettuata non è stata raggiunta la significatività statistica, probabilmente perché l'intervallo di tempo considerato (4 ± 2 mesi) è ancora troppo breve per determinare modificazioni nel consumo di insulina. Tuttavia, proprio il fatto che questo rapporto non è stato modificato durante la terapia con colecalciferolo ci permette di escludere che il miglioramento dell'HbA1c sia da attribuire ad una variazione del dosaggio

insulinico, rafforzando l'ipotesi che sia stata la supplementazione con Vitamina D a determinare il miglioramento dello stato glicometabolico di questi pazienti.

Tale risultato appare significativo in quanto in letteratura esiste uno studio simile al nostro, condotto da Aljabri e coll, che ha valutato l'andamento dell'HbA1c in 80 pazienti affetti da Ipvitaminosi D e DMt1 dopo supplementazione con 25(OH)D. Anche i risultati di questo studio mostrano come ci sia effettivamente stato un miglioramento percentuale dei valori di HbA1c dopo tre mesi dal trattamento con 4.000 UI di Vitamina D in un'unica dose. In questo caso tuttavia non erano stati presi in considerazione gli indici di consumo insulinico dei pazienti.

In conclusione, la somministrazione ambulatoriale di colecalciferolo permette di ottenere un buon risultato in termini di controllo glicometabolico, raggiungibili in un tempo abbastanza breve, nel nostro caso 4 ± 2 mesi. Si può pertanto tradurre nella pratica clinica come un'indicazione al monitoraggio dei livelli di Vitamina D in occasione del controllo trimestrale cui i pazienti con DMt1 si sottopongono. Tale raccomandazione dovrebbe mantenersi valida per questi pazienti sia in età pediatrica che in età adulta dato l'importante contributo della Vitamina D nel controllo di tale patologia.

TM



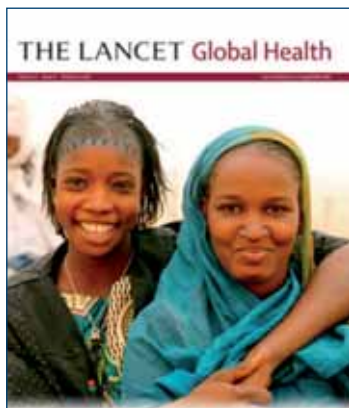
Gavino Maciocco, medico di sanità pubblica. Ha fatto: il volontario civile in Africa, il medico di famiglia, l'esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, il dirigente di ASL. Attualmente insegna all'Università di Firenze dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali.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

Centro Regionale di Salute Globale della Regione Toscana

Il termine "Salute globale" è sempre più diffuso. È oggetto di studi, ricerche, pubblicazioni, attività didattiche di vario tipo, da corsi accademici ad attività formative sul campo. Lo scorso giugno, la più nota e diffusa rivista medica internazionale, *The Lancet*, è uscita con una specifica pubblicazione online, open-access: *The Lancet Global Health*.

Molto si è scritto anche sull'accezione di salute globale, e in particolare sull'aggettivo "globale".

Globale, perché i processi di globalizzazione che negli ultimi tre decenni hanno coinvolto l'economia, la finanza, le comunicazioni hanno interessato anche la salute sotto molteplici aspetti. Nella rapidità e intensità con cui si possono diffondere su scala planetaria i fattori di rischio delle malattie trasmissibili e anche di quelle non trasmissibili (vedi epidemia di obesità); nelle conseguenze legate



allo sfruttamento delle risorse naturali e all'utilizzo delle fonti energetiche da cui i cambiamenti climatici e le crisi alimentari e dell'acqua; nelle politiche sanitarie orientate al mercato e alla privatizzazione dei servizi, dietro l'impulso di

istituzioni internazionali come Banca Mondiale e Organizzazione Mondiale del Commercio; nella spinta alla migrazione da una nazione all'altra, da un continente all'altro, di masse di popolazione, ivi compresi gli operatori sanitari.

Ma il termine *globale* non va inteso soltanto in termini geografici: *globale* anche in termini di complessità, di grandezza dei problemi e delle questioni che entrano in gioco nella genesi delle malattie e nelle strategie per la tutela della salute. Così parlare di salute globale significa occuparsi dei determinanti sociali di salute, delle *cause delle cause* (economiche, politiche, ambientali, etc) delle malattie, e dei necessari interventi intersettoriali e multidisciplinari, così come indicato quasi profeticamente nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978.

I contenuti concettuali di *Global health* attingono – come osserva un articolo di *Lancet*¹ – a due differenti, ma complementari, discipline: *Public health* e *International health*.

La *Sanità pubblica* nasce nel 19° secolo sotto la spinta di figure straordinarie come Farr, Chadwick, Virchow, Koch e Pasteur che fondarono la nuova disciplina sulla base di quattro fattori:

1. La scelta delle decisioni basata sui dati e sulle prove (statistiche vitali, sorveglianza delle epidemie, uso del laboratorio);
2. L'attenzione concentrata sulle popolazioni piuttosto che sugli individui;
3. L'obiettivo della giustizia sociale e dell'equità;
4. L'enfasi sulla prevenzione piuttosto che sulla cura.

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

¹ Koplan JP et al, Towards a common definition of global health, *Lancet* 2009; 373: 1993-95.

La *Sanità internazionale* si è sviluppata, più di recente, su due diverse direttrici:

1. L'attenzione ai problemi sanitari dei paesi in via di sviluppo, vedi malattie infettive e tropicali, tutela materno-infantile, nutrizione, approvvigionamento idrico.

2. Analisi comparata dei sistemi sanitari internazionali, delle loro organizzazioni, dei costi, dei risultati di salute.

La Salute globale è in qualche modo la fusione di queste due discipline che Lancet, nel citato articolo, così definisce: *“Global health is an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care.”*

Anche in Italia si sono sviluppati “studi, ricerche e pratiche” sulla Salute globale. In oltre 24 Università – nei corsi di laurea e post laurea di Medicina e Chirurgia e anche di altri Dipartimenti – si insegna Salute globale. Per questo si è costituita la RIISG (Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale) un network nazionale che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi e singoli individui impegnati nella formazione in Salute Globale, sia a livello universitario che di società civile.

Finalità del Centro Regionale di Salute Globale

Il Centro Regionale di Salute Globale della Regione Toscana (promosso con Delibera Regionale n.909 del 15 ottobre 2012 e formalmente inaugurato con un convegno molto partecipato il 7 giugno 2013 – vedi <http://www.regione.toscana.it/sst/aree-di-intervento/salute-globale>) è il frutto di un'alleanza innovativa tra aziende sanitarie, Governo Regionale ed Accademia al fine di intraprendere iniziative che possano contribuire agli sforzi intrapresi della comunità internazionale



Logo del Centro.

per affrontare le sfide in materia di salute globale.

I principali ambiti d'interesse del Centro Regionale di Salute Globale sono descritti nei seguenti quattro punti:

Cooperazione sanitaria internazionale. Il Centro Regionale di Salute Globale avrà il compito di coordinare i soggetti della rete Cooperazione Sanitaria Internazionale (CSI) della Regione Toscana e la promozione di tutte le attività internazionali in ambito sanitario della Regione Toscana, ivi compresi i ricoveri a carattere umanitario di pazienti, prevalentemente bambini, affetti da patologie non trattabili nei paesi d'origine.

Malattie tropicali neglette e medicina dei viaggiatori. Questa area tematica – nello sviluppo di attività di formazione e ricerca – si avvale del Centro per lo Studio e la Cura delle Malattie Tropicali dell'Università degli Studi di Firenze che fornisce un servizio a coloro che viaggiando all'estero rientrano con sospetta patologia d'importazione e a migranti che presentino patologie la cui diagnosi e terapia richiedono mezzi e competenze mirate.

Politiche sanitarie. Questa area tematica si occuperà in particolare di disuguaglianze nella salute, tra nazioni e anche all'interno delle nazioni; di analisi comparata dei sistemi sanitari internazionali; di studio e analisi delle politiche delle organizzazioni internazionali che si occupano di salute (WHO, WB, UNDP, UNICEF, etc).

Salute dei migranti. Il Centro Regionale di Salute Globale avrà il compito di coordinare ed indirizzare i soggetti toscani operanti in questo ambito tematico al fine di intervenire in modo organico, collegando le azioni di tali soggetti, tenendo conto delle peculiarità di ogni zona e comunità migrante.

Da segnalare anche l'interesse su questo tema da parte della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri che nel maggio 2008 pubblicò il **“Manifesto di Padova sulla Tutela della Salute Globale”** e che attualmente è impegnata nella realizzazione del progetto **“Cooperazione internazionale e tutela della salute globale”**, cui sono chiamati a collaborare molteplici attori: le varie sedi ordinistiche provinciali, rappresentanti di altre professioni (come IPASVI), università, organizzazioni non governative impegnate in attività di cooperazione e di assistenza agli immigrati. Il progetto riguarda la formazione, la costituzione di un albo nazionale di medici volontari, il coordinamento nazionale di varie iniziative e la loro promozione. I contenuti del progetto saranno presentati in un convegno che si terrà alla fine di settembre.

TM

Clemente Puccini.

Il ricordo di un allievo



Clemente Puccini nacque a San Godeenzo l'11 gennaio 1919 ed è deceduto a Pietrasanta il 14 aprile 2011.

Conseguì la laurea in Medicina e Chirurgia nonché la libera docenza in Anatomia e Istologia Patologica sotto la guida del prof. Antonio Costa e la libera Docenza in Medicina Legale e delle Assicurazioni sotto la guida di Vittorio Chiodi.

Nel 1961 vinse il concorso e fu chiamato dalla Facoltà di Giurisprudenza della Università di Macerata, successivamente fu Professore alla Università di Ferrara e di Bologna.

Riporto quanto da me trascritto nella Rivista Italiana di Medicina Legale partecipando questo mio dire a tutti i numerosi studenti oggi medici valorosi che, dalle sue Istituzioni di Medicina Legale hanno definito la loro formazione scientifica, ma soprattutto deontologica.

Il nostro dolore e la nostra commozione sono grandi perché abbiamo perduto un grande Maestro.

Il nostro dolore è la misura di quanto siamo stati vicini al Prof. Puccini, ad un vero Maestro della Medicina legale Italiana.

La sua grandezza scientifica non è disgiunta da quella umana che era contraddistinta da espressioni affettuose verso le persone che erano a Lui vicine. E noi siamo fra queste.

Siamo qui per dividere non solo momenti quotidiani di vita vissuta, ma anni anche di operosità didattica e scientifica di cui il Prof. Puccini fu un riferimento importante. Io con il Prof. Puccini divisi alla Università di Macerata il progetto e la edificazione dell'Istituto di Medicina Legale della Facoltà di Giurisprudenza. Con quale autorità trasfuse la medicina legale in una regione in cui gli aspetti medico legali ed assicurativi non erano mai stati trattati da una cattedra universitaria.

Non so se facemmo insieme qualcosa di buono. Forse sì!

Il Prof. Puccini lasciò Macerata per la cattedra di Medicina Legale alla Facoltà di Medicina e Chirurgia alla Università di Ferrara e successivamente per quella di Bologna ove profuse la sua ammirata maestria nei collaboratori e negli studenti oggi medici numerosi ed attenti ai suoi insegnamenti deontologici.

La testimonianza palpitante della grandezza del Professore rifugge nel suo trattato "Istituzioni di Medicina Legale" che ha arricchito la trattatistica Italiana con nuovi fondamentali capitoli quali quelli del nesso causale e dei riferimenti sul matrimonio canonico.

Ritengo, senza essere smentito, che le Sue Istituzioni abbiano dato risalto alla medicina legale ad uso non solo degli studenti, ma anche degli specializzanti e di tutti gli operatori del Diritto. Studiando il suo libro, le pagine scorrono con un lessico essenziale e si intuiscono gli spunti educativi e deontologici di cui sono animati i capitoli anche quelli più tecnici.

Le doti scientifiche del Professore illuminano la sua persona e a noi viene offerta la consapevolezza anche molto sofferta che se ne è andato un Maestro, ma di Lui resta quello che ha scritto e che ha comunicato agli altri.

La sua figura rimane perenne nella nostra anima e nella nostra consapevolezza perché grande la sua testimonianza di un uomo e di uno scienziato che ha nobilitato la Medicina Legale Fiorentina ed Italiana.

La Medicina Legale Fiorentina annovera fra i grandi non solo il Filippi, il Borri, il Leoncini, il Chiodi, ma anche il Puccini.

Per me la perdita del maestro (sono stato il suo 1° allievo) significa anche la sublimazione di un amore filiale devoto che si fece fraterno col passare degli anni.

Resta per me una figura luminosa vestita di una toscaneità e di una affettuosità senza confini e a tutti noi il privilegio di essere stati al suo fianco per tanti anni in cui imparammo ad apprezzare la sua onestà scientifica ed umana. Qualità queste che erano si grandi da essere considerato così senza tema di smentita, un raro maestro del nostro tempo.

Ora riposa accanto alla sua Adriana, al suo babbo e alla sua mamma nel cimitero dell'Antella, a due passi da Firenze che amava e dove ha voluto ritornare dopo essere diventato maestro anche in altre città e regioni Italiane. Anche se per fortuna non ha avvertito in questi ultimi tempi nella solitudine la consapevolezza della morte, ma è la sua vita testimonianza della sua grandezza morale e scientifica. Anche se non si dichiarava credente, non va dimenticato che spesso diceva il Buon Dio ci aiuti. Testimonianza questa di fede che ci spinge a credere che è nella gloria dei Giusti.

MARIO GRAEV

Già Ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Università di Firenze

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: graev@graev.it

TM



Ancora sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico

Gentile Direttore,

ringraziando Toscana Medica per aver aperto uno spazio di discussione riguardo alle controversie esistenti rispetto ai trattamenti nei Disturbi dello Spettro Autistico (Toscana Medica 5/2013 pag. 51), argomento di notevole rilevanza attuale perché al centro di continue nuove evidenze e scoperte scientifiche, volevo solo segnalare, l'esistenza di linee guida nazionali pubblicate dal ministero della salute nel 2011 "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti - linea guida 21" che possono aiutare il medico nell'indirizzare i propri piccoli pazienti verso le cure più opportune ed efficaci disponibili attraverso raccomandazioni di comportamento, messe a punto mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti.

Tali linee guida infatti possono essere utilizzate

come strumento per medici e amministratori sanitari per migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'utilizzo delle risorse, soprattutto considerata la gravità dei quadri clinici associati ai disturbi dello spettro autistico, l'impatto che questi disturbi hanno sulla vita delle persone e delle loro famiglie durante tutto l'arco della vita, nonché la difficoltà per gli operatori di orientarsi tra le molte offerte terapeutiche disponibili.

Mi sembra un passo in avanti indispensabile per incominciare a garantire una risposta adeguata ai bisogni terapeutici di queste persone.

Stefano Lassi
Psichiatra

Responsabile Specialista Fondation Autisme Luxembourg - Responsabile Specialista CRP/RSD ODA Diaceto Fondazione ODA Firenze Onlus - C.D. European Association for Mental Health in Intellectual Disability.

La concorrenza in Sanità è un tabù?

D'accordo non è un mercato nel senso classico del termine; o meglio, lo abbiamo sentito ripetere fino allo sfinimento, quello della salute non è proprio un mercato per la natura del bene in oggetto (la salute). Attenzione però: mercato non significa, come qualcuno ad arte ci vuole far credere, assenza di regole, cannibalismo economico e danneggiamento dei più deboli, affermazioni che fanno parte, ormai, di un veteromarxismo fuori dalla storia, bensì luogo di incontro tra domanda e offerta con poche regole che servono per lo più ad eliminare le distorsioni inevitabili senza presenze pervasive che tendano a guidarlo.

Il sale del mercato è la concorrenza: dove questa è garantita da poche e chiare regole il mercato funziona meglio e le disuguaglianze si riducono a tutto vantaggio del consumatore; ma da noi la percezione diffusa (e errata) è che gli interessi della gente comune siano meglio protetti dalla politica che dal mercato e ciò genera iniziative interventiste che hanno l'effetto di produrre storture e limitare le libertà.

Dunque assunto che quello della salute non è un mercato come tutti gli altri perché ciò che si vuole promuovere è un bene non commerciabile e costituzionalmente tutelato, possiamo dire che si tratta pur sempre di un luogo dove si incontrano domanda di salute e offerta di prestazioni (ma in economia questo non si chiama mercato?); niente vieta di pensare, allora, che introdurre elementi di concorrenza, laddove domanda e offerta si incontrano, potrebbe migliorare la qualità percepita della prestazione mantenendo ferma la variabile indispensabile dell'efficacia. Ammesso che tutti gli attori del sistema tendano al raggiungimento del bene salute, e non potrebbe essere altrimenti, introdurre elementi di concorrenza, certificati con bollino di qualità, non potrebbe che migliorare alcuni fattori anch'essi importanti quali i costi delle singole prestazioni, i tempi di attesa, la qualità dell'assistenza, in altre parole il miglioramento

dell'offerta.

Ma chi certifica l'appropriatezza delle prestazioni? Parlare di appropriatezza delle prestazioni nel nostro contesto richiama alla mente quasi esclusivamente procedure volte a ridurre l'offerta a fronte di una domanda ritenuta eccessiva, allo scopo nemmeno troppo velato di contenere i costi di un sistema che, diciamo chiaramente, così com'è non è più adeguato alla sfida dei tempi (che parlano di cittadini sempre più esigenti, di tecnologie sempre più sofisticate ecc.)

Ma appropriatezza, a mio avviso, significa anche che una certa prestazione sanitaria sia fornita in modo adeguato alla richiesta in termini di qualità, tecniche, costi, tempi di attesa; in buona sostanza, allora, chi controlla la bontà dell'offerta? In un sistema dove offerta e domanda si incontrano liberamente normalmente sono delle autorità terze e indipendenti che garantiscono i controlli di qualità; nella nostra realtà il gestore unico della sanità pubblica detta le regole (attraverso organismi pagati dal gestore medesimo) di una partita nella quale egli stesso risulta arbitro e giocatore.

Converrete che quando controllore e controllato si identificano la partita è falsata (con quale vantaggio per il paziente-utente mi domando io?).

Clémenceau, primo ministro francese, ha detto un giorno: "La guerra è una cosa troppo seria per lasciarla fare ai generali...". Ho l'impressione che il potere politico la pensi proprio così e eviti a qualsiasi altro di parteciparvi a qualsiasi titolo, non certo per nobili ideali ma perché la torta è grossa, facilita il clientelismo e fa politicamente gola.

Si va dicendo che in questo strano mercato della salute è l'offerta che genera la domanda (ma è così in generale); per ridurre i costi sanitari nella realtà della nostra regione si è pensato di contenere sia l'offerta che la domanda (ecco la mano pervasiva della politica), nel primo caso richiamandosi all'appropriatezza, leggi imposizione

di limiti di spesa e aumento del carico burocratico, e riducendo il budget a favore del settore privato; nel secondo caso, la domanda, attraverso l'introduzione dei ticket e il consenso tacito all'allungamento delle liste di attesa.

Ma tutto questo si traduce in vera qualità per il paziente o non è forse un modo per dirigere il mercato sanitario e, così facendo, renderlo asfittico e iniquo? E dico iniquo perché l'evidenza ci suggerisce che molti cittadini (e non abbienti) in modo silenzioso e rassegnato si rivolgono al settore privato per far fronte alle storture del settore pubblico pagando così due volte la stessa prestazione.

Questa realtà è sotto gli occhi di tutti; perché, allora, una analisi tutto sommato così scontata e una realtà così deludente nei commenti dei protagonisti (cittadini e medici), non certo degli amministratori e dei politici, non induce a una qualche correzione migliorativa?

Se, ad esempio, fosse veramente l'interesse del bene salute al centro delle decisioni non ci si dovrebbe tanto rallegrare di aver raggiunto il numero di posti letto per abitanti o il numero richiesto di giornate di degenza per essere soddisfatti ma ci si dovrebbe domandare e verificare in quale giungla sanitaria, sociale e d'assistenza prosegue le sue giornate il paziente dimesso.

Tutti i sistemi sanitari del mondo (a carattere statale, misto pubblico-privato, assicurativo) hanno molti aspetti in chiaroscuro a seconda dell'ottica con cui si osservano (costi, durata della vita, qualità dell'assistenza, soddisfazione della popolazione), compresa la sanità statunitense, spesso additata ad arte come esempio negativo di privato in sanità, ma che non è paragonabile con quella europea per motivi economici, culturali, sociali, religiosi; premesso questo e senza contestare l'indirizzo pubblico (non la gestione) a tutela di un bene costituzionalmente protetto, perché l'introduzione di elementi

di concorrenza e competitività, universalmente riconosciuti come stimolo alla crescita e alla calmierazione delle tariffe, trova da noi così ostica accoglienza?

I motivi sono molteplici: innanzitutto un sistema politico pregiudizialmente contrario che si avvale di corifei di regime sempre pronti a strapparsi le vesti per protesta contro il malefico liberismo, affamatore e iniquo; poi istituzioni di rappresentanza delle principali categorie coinvolte (medici, infermieri) che rappresentano ormai assai poco se non una volontà compiacente di non dispiacere al politico di turno. In questo contesto cresce una generazione di medici per lo più inconsapevole quando non rassegnata, irreggimentata in un sistema sanitario dominato da funzionari amministrativi e reso, da ciò, elefantico; medici che ormai percepiscono se stessi più come dipendenti aziendali che appartenenti ad una categoria intellettuale (ancora?), privi di solidarietà professionale (quando non di dignità professionale).

Comunque la vogliamo vedere la situazione è non a lungo sostenibile e di ciò ne fanno, e ne faranno ancor più, le spese i pazienti; introdurre elementi che rendano meno monolitico e più elastico ed efficiente il sistema richiederebbe districare una matassa tra potere politico, amministrativo ed economico che sta alla base di tutti i monopoli. Ricordo cosa sosteneva Von Hayek: "Una volta che il libero funzionamento del mercato viene impedito oltre un certo livello, il pianificatore sarà costretto ad ampliare i propri controlli fino a quando diventeranno onnipervasivi". Non vedo all'orizzonte coraggio, capacità e onestà intellettuale in grado di evitare questa deriva.

Giuseppe Virgili

Medico di medicina generale, Grosseto
Già Presidente Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Grosseto

Notiziario a cura di Bruno Rimoldi



Toscana Medica 7/13

A proposito di Cannabis è stato introdotto in commercio il Sativex

Spray orale per la spasticità da sclerosi multipla

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha autorizzato un farmaco a base di cannabinoidi (Sativex), per il trattamento della spasticità da moderata a grave in pazienti adulti con sclerosi multipla che non abbiano manifestato una risposta adeguata ad altri farmaci antispastici e che abbiano mostrato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi associati alla spasticità nel corso

di un periodo di prova iniziale della terapia. La decisione Aifa è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 100 del 30 aprile 2013 (supplemento n. 33). Sativex è uno spray per mucosa orale contenente 38-44 mg e 35-42 mg di due estratti della Cannabis sativa (foglie e fiori di cannabis) corrispondenti a 27 mg di delta-9-tetraidrocannabinolo e a 25 mg di cannabidiolo. Si tratta della prima medicina derivata dalla pianta di Cannabis sativa, coltivata e lavorata in condizioni rigida-

mente controllate. È un medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti in neurologia. Il farmaco, rimborsato dal Sistema Sanitario Nazionale in Classe H, sarà progressivamente disponibile presso le Farmacie Ospedaliere dei Centri di Sclerosi Multipla a partire dal mese di settembre.

Arezzo - Battezzata a Bucine la prima Casa della salute del Valdarno

Il 14 maggio è stata inaugurata la Casa della salute di Bucine, una struttura che rappresenta l'ultima evoluzione di un progetto che vede la provincia di Arezzo all'avanguardia in Toscana, sia per aver avuto il primo progetto realizzato (tre anni fa a Castiglion Fiorentino), sia per la rapidità con cui sta sviluppando questa politica, adesso "sposata" in pieno dalle direttive del ministero della Sanità. Qui troverà ospitalità una serie di servizi e di operatori integrati fra loro, dagli specialisti agli

infermieri, dagli assistenti sociali ai medici e pediatri.

Nella palazzina opereranno sette medici di medicina generale che già garantiscono lo svolgimento della Medicina di iniziativa, in collaborazione con gli infermieri del Distretto.

All'interno della struttura i cittadini troveranno l'attività certificativa ambulatoriale; l'ambulatorio vaccinazioni; gli ambulatori infermieristici per i prelievi, le medicazioni e l'assistenza domiciliare (Adi); il Cup, gli ambulatori dei Medici di

medicina generale e pediatri di famiglia; gli ambulatori specialistici, il servizio sociale, la logopedia e fisioterapia.

Ci sarà anche uno specifico ambulatorio per l'attività della Medicina di iniziativa (CCM).

L'afflusso di cittadini al pronto soccorso è già diminuito del 22%.

Da: Sole 24 Ore Sanità Toscana di martedì 28 maggio 2013.

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

Manfredo Fanfani

LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

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

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

Articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista

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