



ToscanaMedica

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



Una storia italiana: il caso Di Bella

M. Geddes da Filicaia

**Qualche considerazione sull'influenza
A/california/7/2009/H1N1**

M. Di Pietro, F. Mazzotta

**Il Centro di documentazione per la storia
dell'assistenza e della sanità... dieci anni dopo**

E. Diana

La salute è un diritto di tutti. Nessuno escluso

M. Zanchetta, A. Bassetti

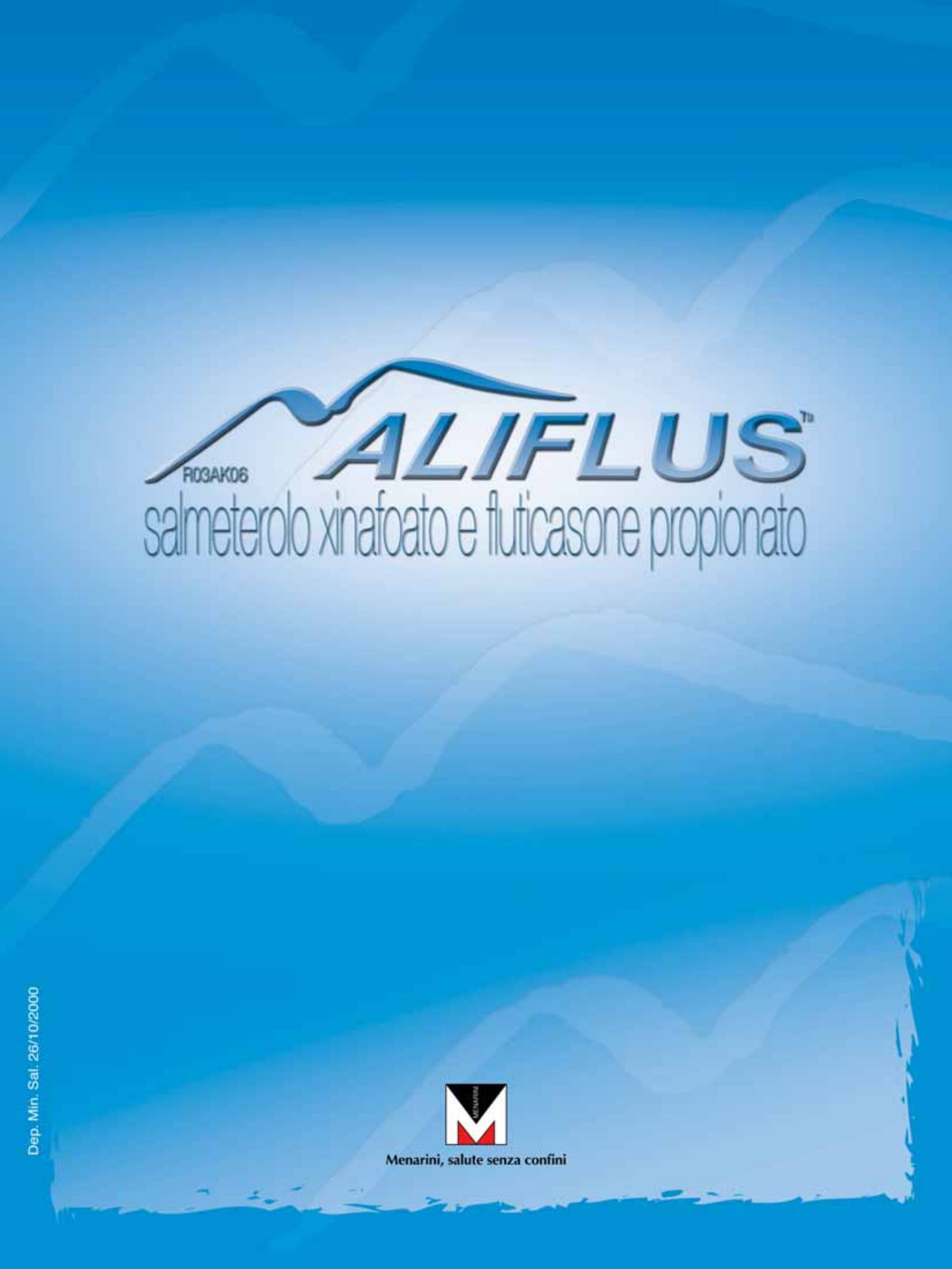
La gestione del segno/sintomo febbre nel bambino

M. De Martino, N. Principi

**Il Servizio multidisciplinare integrato
per la Menopausa Oncologica**

A. Becorpi, K. Tavella, V. Puggelli,
M. Marchionni, G. Scarselli, G. Amunni

N° 8 SETTEMBRE 2010



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Galileo Chini: quando lo stile diventa forma quotidiana

F. Napoli

4

EDITORIALE

- Una storia italiana: il caso Di Bella

M. Geddes Da Filicaia

5

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Riorganizzare il servizio senza cedimenti

E. Bagnoni

14

- Ruoli e compiti degli ordini professionali nel nuovo sistema ECM

E. Mariotti

15

- Non è un paese per medici

A. Panti

17

- Qualche considerazione sull'influenza A/california/7/2009/H1N1

M. Di Pietro e coll.

18

- Statistica medica

M. Pandolfi

19

- La programmazione ospedaliera dell'area metropolitana fiorentina

S. Boccadoro

21

- Il Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità... dieci anni dopo

E. Diana

23

- Dai fitocannabinoidi ai cannabinoidi di sintesi

L. Di Bello

26

- L'errore di commettere errori

A. Panti

28

- Chi è l'internista oggi?

G. Berni

42

- La medicina d'emergenza dopo il riconoscimento della specializzazione: fatto tutto?

M. Granelli

44

- La salute è un diritto di tutti. Nessuno escluso

M. Zanchetta e coll.

45

- Il paziente a rischio di eventi avversi in ospedale

R. Oggioni e coll.

47

- La gestione del segno/sintomo febbre nel bambino

M. De Martino e coll.

50

- Il Servizio multidisciplinare integrato per la Menopausa Oncologica

A. Becorpi e coll.

54

- Nocebo placebo

G.F. Gensini e coll.

59

- Spesa farmaceutica

S.E. Giustini

61

- La prevenzione degli errori in sala operatoria

F. Apicella

63

REGIONE TOSCANA

- Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione

Commissione Terapeutica regionale

29

- Il trapianto di fegato in Regione Toscana

F. Filippini

32

- Il corpo delle donne

A. Panti

36

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- L'Arte: un potente mezzo mediatico d'informazione nell'evoluzione della medicina

M. Fanfani

38

RICERCA E CLINICA

- La neurofibromatosi di tipo 1

F. Galluzzi e coll.

65

- La chirurgia tiroidea in "one-day"

G. Perigli e coll.

67

- La sindrome della bocca che brucia (BMS)

A. Bani e coll.

70

FRAMMENTI DI STORIA

- Piazza della Vittoria

A. Lucarella

20

- Stanislao Grottanelli e il giuramento d'Ippocrate

M. Barni

71

SANITÀ NEL MONDO

- Cosa possono (e devono) fare i medici contro le disuguaglianze nella salute

G. Maciocco

72

LETTERE AL DIRETTORE

- Chi ci salverà dal nucleare civile?

A. Faggioli e coll.

73

- Il Drago al sole

U. Catola

74

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

- Tumori del polmone e della laringe nelle donne

A. Caldarella e coll.

77

LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI

78

RICORDO

80

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

81

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

83

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI

85

BACHECA

86

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXVIII n. 8 - Settembre 2010
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta

"Scenario urbano" di Roberto Della Lena, 2004 - Collezione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2009 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

Gli articoli:

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

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



Galileo Chini: quando lo stile diventa forma quotidiana

L'arte come stile di vita; l'arte resa possibile nella fruizione (e nell'acquisto) di tutti; l'arte come riscatto da una vite banale ed omologata. È la grande novità dell'Art Nouveau, vero e proprio fenomeno sociale, movimento culturale che invade l'Europa (ma anche gli USA) dagli Anni '80 del XIX secolo alla fine della Prima Guerra Mondiale (almeno nel suo sviluppo creativo, poi è una progressiva decadenza di questo stile). Chiamata in modi diversi – Secession, Jugendstil, Art Decò, Floreale e Liberty (dall'omonima ditta inglese) in Italia – motivata da differenze (non sostanziali) in queste sue diverse denominazioni, l'Art Nouveau in senso lato trova risposdenze nel Simbolismo, nutre il revival italiano del neorinascimento e in campo internazionale del neogotico, echeggia generici temi sociali e spunti *Arts and Crafts*, applica novità tecniche offerte dal crescente industrialismo.

Fra i principali protagonisti italiani (ma non solo) dell'Art Nouveau compare senz'altro il fiorentino Galileo Chini – Firenze 1873/1956 – a cui fino al 5 dicembre Viareggio dedica una mostra *Galileo Chini e la Toscana, La Toscana e Galileo Chini*, ospitata presso la Galleria d'Arte Moderna e Contemporanea *Lorenzo Viani* nel Palazzo delle Muse. Nella ricorrenza del centenario del movimento liberty in Italia, che già ha prodotto tre con-

vegna sul tema (Salsomaggiore Terme, Palermo e Viareggio, sempre nel 2009) la presenza di Chini in Versilia si ricollega al suo creativo lavoro nel medesimo luogo: le

decorazioni in ceramica di *Villa Argentina* e del *Gran Caffè Margherita* (per fermarci qui nelle citazioni);

le scenografie e i costumi di *Turandot* (1924), del *Tabarro* e di *Gianni Schicchi* (ambidue 1918) realizzate per Giacomo Puccini e quelle per Sem Benelli (*La cena delle beffe*); la *casa delle vacanze* in via Roma a Lido di Camaiore, oggi Hotel: tutti aspetti, tra gli altri, che rendono questo autore voce indivisibile dalla Versilia. E ciò senza dimenticare quanto realizzato a Montecatini Terme (stabilimenti *Tettuccio* e *Tamerici*), né la lunga presenza presso re Rama del Siam (opere in parte alla Galleria d'Arte Moderna di Firenze), l'attività ceramica documentata dal piccolo ma prezioso Museo a lui dedicato a Borgo San Lorenzo, le decorazioni nel cimitero dell'Antella o la stessa casa-studio fiorentina di via del Ghirlandaio (sciaguratamente dimenticata). Ma ancora, i progetti per la chiesa di San Godenzo, le decorazioni nelle sedi della Cassa di Risparmio di Arezzo e in quella di Pistoia, per l'Hotel *La Pace* a Montecatini Terme e a *Villa Targioni* di Calenzano, a Volterra e nella chiesa di Santa Maria Maggiore a Firenze. Restando, così, nei soli luoghi della mostra, la Toscana.

Dunque, pittura ma anche arti applicate (ceramica, scenografia, arredo), secondo una lezione che si ricollega al funzionamento dell'antica bottega fiorentina, alla figura un tempo dell'artigiano/artista, alla tradizione della ceramica smaltata (si pensi ai Della Robbia); infine, un'attività quella di Galileo Chini collegata alle radici quattrocentesche classiche ed innovative ad un tempo dell'arte fiorentina. Dagli Anni '30 l'artista torna poi a forme più naturalistiche, recuperando esperienze anche divisioniste più vicine ai primi lavori giovanili. La mostra viareggina – curata da Alessandra Belluomini Pucci e Glauco Borella – documenta quanto sopra indicato con dipinti ad olio, ma anche ceramiche, decorazioni murali, progetti, affiches, bozzetti e scenografie, scaturiti dalla sua lunga attività artistica, attraverso la pratica di restauro e di decorazione nella bottega dello zio (Dario Chini), la frequentazione dello studio di Telemaco Signorini, fino alla direzione artistica della piccola fabbrica *Arte della ceramica*. In mostra, attraverso le opere esposte, davanti ai nostri occhi riaffiora, così, una società con i suoi usi costumi e divertimenti, con la particolarità che ciò accade nei luoghi stessi del proprio successo, cioè una città di mare, luogo storico di villeggiatura, nella fattispecie Viareggio. **TM**



Pannello Etruria bassa

Galileo Chini e la Toscana

dal 9/7/2010 al 10/12/2010. Galleria d'Arte Moderna, Palazzo delle Muse, Viareggio.



Una storia italiana: il caso Di Bella

Tra credulità di massa e malafede di élite

In occasione di un Convegno in memoria di Eva Buiatti, una collega che ha lasciato una profonda traccia nella comunità scientifica italiana per il suo valore professionale, il rigore etico, la grande umanità, Marco Geddes ha organizzato una serata in cui si è rievocato quell'incredibile anno in cui scoppiò, raggiunse il culmine e, infine, scomparve il caso della terapia Di Bella, una cura "per tutti i tumori". Ringraziamo Marco che ha sintetizzato ottimamente l'enorme mole di materiale raccolto. Abbiamo deciso di pubblicarlo sia in ricordo di Eva, che guidò la sperimentazione che dimostrò la fallacia, anzi la dannosità, della terapia Di Bella, sia perché siamo convinti che molti medici abbiano dimenticato la crisi che attraversò allora la medicina italiana e come la sperimentazione, voluta dal Ministro Rosy Bindi, strenua difenditrice della correttezza scientifica, abbia chiuso irrevocabilmente la vicenda dimostrando la falsità clinica e farmacologica della cura.

Forse la storia non è maestra di vita, ma una riflessione sui fatti non è inutile. E può insegnare qualcosa. Intanto sui meccanismi scatenanti di un bagno di irrazionalità in cui emergevano antiche diffidenze verso la scienza, un oscuro potere che congiurava per impedire a un vecchietto, buono e caro, di salvare il mondo. E le difficoltà dei medici, costretti a difendersi dalle accuse dei pazienti di voler negare loro una cura salvifica per chi sa quali inconfessabili interessi. E l'ignoranza dei mass media, acuita dal desiderio di scandalismo e di mettere finalmente in angolo professori e scienziati. E le fantasie popolari, alimentate da politici indecenti (la terapia Di Bella diventa di destra!) e da giornalisti indegni (soltanto uno ha dichiarato di pentirsi per quanti morti poteva aver causato consigliando dai teleschermi quella terapia!). E la deontologia di alcuni medici seguaci più di Mammona che di Ippocrate.

I medici tuttavia hanno di che recriminare. Le sperimentazioni sono tali se seguono regole precise; la tecnologia dominante messa in pratica mediante rigorosi protocolli è arma vincente solo se accompagnata da un pari impegno umano e da un prendersi cura del paziente fino alla morte. La medicina non fa miracoli e ogni panacea è inganno; l'affidarsi a qualsiasi soluzione, anche la più illogica, è propria della condizione di chi soffre e dei suoi cari. Il medico non può ignorare che speranza e ragione non vanno d'accordo e spetta a lui tenerle insieme nell'interesse del paziente.

Molti si chiedono: potrebbe accadere di nuovo? Un episodio siffatto sarebbe stato impensabile riguardo a una malattia circolatoria, ma il cancro è tuttora una metafora delle sconfitte della medicina e uno stigma di morte. Il messaggio opposto, che molti tumori sono curabili, ormai sembra assimilato e ciò dovrebbe diminuire il rischio dell'esplosione di una nuova terapia miracolistica. Però, di recente abbiamo vissuto il clamore irragionevole e irrazionale sui casi Welby e Englaro: l'irrazionalità è sempre in agguato.

Antonio Panti

Perché tornare su questa vicenda, la vicenda Di Bella, che si è svolta negli ultimi mesi del 1997 e nel successivo anno?

La realtà è che un evento così eclatante, nel rapporto fra media, scienza, politica, opinione pubblica, magistratura, non è stato oggetto di una ampia riflessione. Solo a ridosso degli avvenimenti, nel 1998, è stata offerta una ricostruzione¹ e

anche Toscana Medica² ha destinato, nel marzo del 1998, un intero numero della rivista alla riflessione su tali avvenimenti. A distanza di 13 anni una più meditata "rilettura" dei sentimenti, dei ruoli, delle credenze, delle dichiarazioni, come emerge dagli scritti, dalle interviste, dai talk show televisivi, dalle prese di posizione politiche di quei lunghi mesi lascia – anche chi ha seguito allora tali avvenimenti – fortemente

MARCO GEDDES DA FILICAIA

Direttore sanitario Presidio ospedaliero Firenze centro

¹ Daniela Minerva: La leggenda del santo guaritore. Editori Riuniti, giugno 1998.

² Le regole della scienza e la libertà delle cure. Che cosa insegna il caso Di Bella. Toscana medica. Marzo 1998.

la Repubblica

17 12 97

Pretore ordina la cura Di Bella per un bimbo malato di tumore

LE MEDICINE
SALVAVITA

di DOMENICO CASTELLANETA

Figura 1 - I giudici sostituiscono i medici.

impressionato.

Sono inoltre rarissime le valutazioni autocritiche da parte dei diversi attori, ovvero una riflessione di come situazioni simili non debbano ripetersi.

Vi è infine, anche fra i colleghi medici, la sensazione che il problema si sia semplicemente “sgonfiato” (cosa che corrisponde in parte alla verità), senza conoscere – o ricordare – che la questione, sul piano scientifico e, conseguentemente, normativo, ha avuto un preciso e documentato esito.

L'Italia era passata, all'inizio degli anni novanta, attraverso una serie di scandali, che avevano colpito anche il mondo sanitario: da Di Lorenzo e la sua dinastia (padre) a Poggiolini, con i gioielli e i lingotti d'oro nascosti nei puff del salotto. Di tali vizi non se ne poteva più. I rimedi erano il rigore, la programmazione, la Commissione unica del farmaco rinnovata nella sua composizione, l'indipendenza del mondo scientifico dalla politica. In altri termini le regole, che si tentava di imporre, forse anche con qualche elemento di sprovvedutezza e di ingenuità. Ma la maggioranza degli italiani, come scriveva Tito Livio riferendosi ai loro antenati: “*nec vitia nostra nec remedia pati possumus*”³.

Il caso Di Bella “ricomincia” il 6 novembre del 1997. A Modena, il mensile locale Modena Amica, ha organizzato una serata in cui il professor Di Bella risponde in pubblico alle domande rivolte dai giornalisti. Accanto a lui il figlio Giuseppe. Non è certo la prima uscita pubblica. Nel mese di luglio dello stesso anno il Corriere della Sera e il Messaggero avevano pubblicato una pagina a pagamento in cui veniva annunciato un convegno all'Hotel Excelsior di Roma, nel quale Di Bella avrebbe illustrato i suoi metodi terapeutici⁴. Qualche “segnale” a livello nazionale vi era quindi stato e già nel 1996

la Commissione oncologica nazionale aveva dichiarato che su tale terapia non vi era alcuna validazione scientifica, giudizio ribadito l'anno successivo dalla Commissione unica del farmaco.

La serata modenese si avvale tuttavia del collegamento in diretta nell'ambito della trasmissione Moby Dick, che Michele Santoro conduce con successo su Italia 1. Di Bella, e i racconti dei suoi pazienti, entrano così nelle case di milioni di spettatori.

Ma per gli onori della cronaca nazionale vera e propria bisognerà aspettare ancora qualche settimana.

Il giornale la Repubblica, come tutte le maggiori testate, riporta la sentenza di Carlo Madaro, emessa il 16 dicembre 1997. Con tale sentenza il pretore di Maglie, in provincia di Lecce, ha accolto il ricorso dei genitori di un bambino di due anni affetto da



Figura 2 - Una manifestazione di piazza nel dicembre 1997 a favore di Di Bella e del pretore Madaro.

³ “[...] non possiamo sopportare né i vizi nostri né i loro rimedi”. Tito Livio. Storia di Roma - Prefatio. Traduzione di Guido Vitali. Oscar Mondatori 2004, pag. 45.

⁴ Nadia Crotti, Giuseppe Gaudenzi. Le terapie non provate per il cancro e la terapia Di Bella. Controllo dei fenomeni emergenti, sorveglianza, sperimentazione, in La salute in Italia, Rapporto 1999, a cura di Marco Geddes e Giovanni Berlinguer. Roma, Ediesse, 1999.



Figura 3 - La stampa periodica dedica ampio spazio al caso Di Bella riportato più volte in copertina. Panorama si schiera acriticamente a favore di Di Bella; in posizione assai più critica l'Espresso; Famiglia Cristiana presenta posizioni più argomentate, anche se la Conferenza Episcopale si esprime per la "libertà di cura". La quarta copertina è di una pubblicazione agiografica distribuita in abbinamento a: Il Resto del Carlino, Il Giorno, La Nazione.

tumore al cervello i quali hanno chiesto e ottenuto che la Asl di Lecce 2 fornisca loro il farmaco contestato (Multiterapia Di Bella).

Questa non è la prima sentenza su tale materia; il 5 novembre dello stesso anno il pretore di Pistoia Fabrizio Amato aveva imposto la somministrazione gratuita di somatostatina a un malato di tumore del colon. Ma Madaro sentenzia sotto i riflettori della stampa nazionale, ormai sensibile alla problematica e i sostenitori di Di Bella troveranno in lui un punto di riferimento, accompagnando l'evolversi degli atti giudiziari di tale pretura – nella quale si susseguiranno le testimonianze di molteplici personalità scientifiche – con manifestazioni di piazza.

Poi, chiuso il ciclo Di Bella, Carlo Madaro diventerà Assessore al Mediterraneo (sic!) della provincia di Lecce e parteciperà, nel 2006, senza successo, alle elezioni alla Camera dei deputati.

Ma chi è Di Bella, quale è la sua terapia?

Luigi Di Bella è nato il 17 luglio 1912 a Linguaglossa (Catania), ultimo di 13 fratelli. Laureato in medicina, a Bari, nel 1936, si laurea successivamente in chimica e farmacia. Nel 1939 entra nell'istituto di fisiologia umana dell'Università di Modena, da dove va in pensione, quale professore associato, nel 1984. Muore a Modena il 1 luglio 2003.

Queste brevi note bibliografiche non ci descrivono tuttavia il personaggio, che ci appare in modo assai più vivo dalle interviste che rilascia a noti giornalisti⁵ e, in particolare, a Bruno Vespa⁶, che gli dedica un libro.

Si apprende così che Luigi Di Bella non è mai andato in vacanza, non ha mai giocato, ha visto un solo film in vita sua (Biancaneve e i sette nani, portato dai suoi studenti tanti anni fa), non ha amici, non si interessa di politica, e non guarda la tele-

visione e va a votare perché non vuole che scriva sul certificato “non ha votato”. Ritiene, per una caduta dalla bicicletta, che qualcuno volesse farlo fuori, ucciderlo o quanto meno metterlo in condizioni di non lavorare più. Si cucina da solo, cioè si riscalda una scatoletta di legumi o ceci e si è costruito la casa da solo.

Cosa piace di quest'uomo alla televisione e ai mass media?

“Piccolo, minuto, schivo, figlio d'arte di un barbiere siciliano di Linguaglossa che nella sua bottega cavava pure i denti, il professor Di Bella, vecchio e sordo, è l'eroe popolare” (così lo descrive Francesco Merlo in un “concitato” articolo sul Corriere della Sera⁷).

Con ogni evidenza, e forse contro ogni aspettativa, questa Italia paesana, arretrata, che non parla inglese, che diffida della scienza, che sembra uscita da una ricerca di Ernesto De Martino, ma che appare viva alla televisione, contro ogni regola “moderna” ogni confronto internazionale, ogni tentativo di cambiare, appassiona e parla alla parte oscura del cuore italiano!

La sua “multiterapia” avrà nel tempo, e rispetto ai diversi soggetti, molteplici variazioni, ma la sostanza del “cocktail”, come sarà denominato, è costituita da quattro componenti, come lui stesso enuncia in una intervista televisiva⁸:

“Tetralogia... Tetra vorrebbe dire quattro, vuol dire che se non ci sono tutti quattro, gli effetti non ci sono.

La prima è la cosiddetta miscela vitaminica, formata a sua volta da quattro sostanze.

Seconda la melatonina, secondo elemento!

Il terzo la prolattina.

Il quarto l'ormone somatotropo.

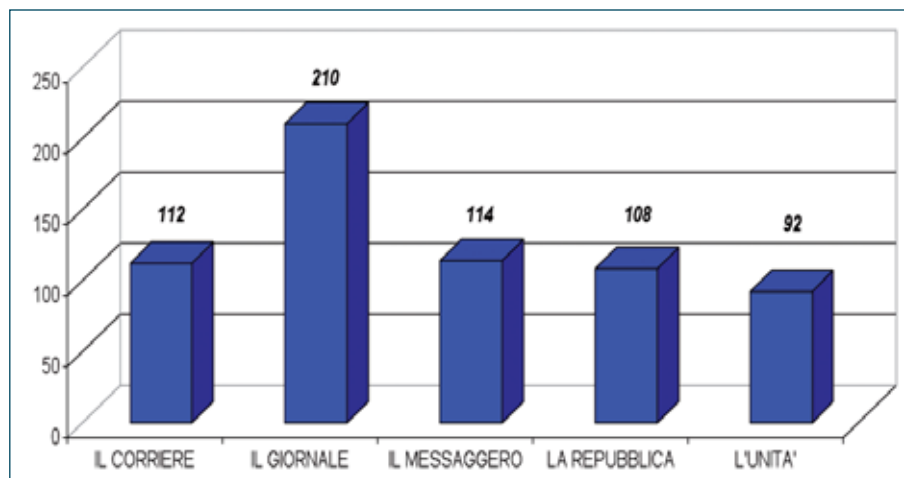


Figura 4 - Numero di articoli dedicati al caso Di Bella per testata dal 16 dicembre al 17 gennaio.

⁵ Intervista di Carlo Donati a Luigi Di Bella: Amarezze e soddisfazioni di un eretico testardo. «Amici non ne ho». «La gloria e i soldi non mi interessano. Mangio legumi e mi lavo col sapone da bucato» (Il Giorno 14.1.1998).

⁶ Bruno Vespa - “Le grandi interviste di Bruno Vespa” Luigi Di Bella: Si può guarire? La mia vita. Il mio metodo. La mia verità. (Intervista a Luigi Di Bella) Mondadori, Milano, 1998.

⁷ Il bipolarismo in medicina (Francesco Merlo - Corriere della Sera 7.1.1998).

⁸ La nostra storia. 5 febbraio 1998.

Quindi ci vogliono quattro mezzi per avere l'effetto pieno".

In poche settimane il caso Di Bella diventa così il "piatto forte" dei mass media del nostro paese.

È difficile individuare un qualche episodio di carattere sanitario, scientifico, culturale, a cui sia dato altrettanto risalto e su cui la "contesa" fra le diverse testate dei quotidiani e dei settimanali sia stata più accanita.

Un dato, come diremo, riassuntivo che rende conto dell'eccezionale clamore del caso attribuitogli dalla stampa italiana. In un solo mese, rileva l'Osservatorio di Pavia⁹, dal 16 dicembre 1997 al 17 gennaio 1998, l'esame effettuato su cinque testate quotidiane individua la pubblicazione di ben 636 articoli dedicati al caso Di Bella, di cui, 86, collocati nella prima pagina!

La stampa italiana si è divisa, con il mutismo dei giornalisti scientifici; ad esempio l'inviato scientifico di Panorama, Giampiero Borella, viene accolto solo in una lettera in cui afferma "...l'acritica difesa di una presunta cura... non è da Panorama".

Il fatto è che la disputa fa vendere, come titola un editoriale di Oreste Pivetta.

"[...] Nel polverone ci è finita l'informazione, che ha rivestito una storia medico-scientifica di un alone romantico e fideista, dramatizzando fino al parossismo la scena, promuovendo le processioni e le crociate. Secondo un gioco alla moda qualcuno ha scoperto gli schieramenti politici [...] e la destra si è impossessata del vecchio canuto professore, felice di ritrovare simpatie antiche [...].

Immaginiamoci due fronti: da una parte il Giornale seguito da Corriere della Sera, Stampa, Messaggero e Foglio, una singolare alleanza contro Repubblica. Ovvero: agitare i sentimenti per muovere, all'insù, le copie. Insomma Di Bella sarebbe l'occasione per rinnovare la tradizionale battaglia delle tirature".¹⁰

Anche la politica si schiera. La destra guida

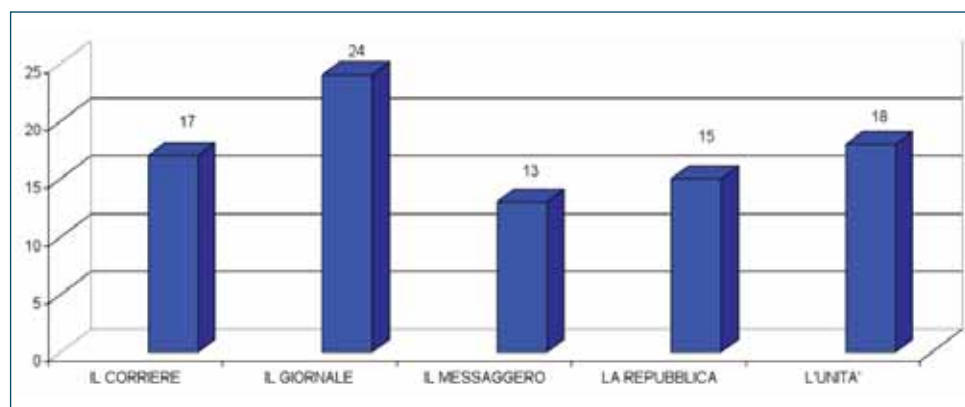
una vera e propria crociata contro il Ministro della sanità Rosy Bindi e il deputato di AN Publio Fiori raccoglie le firme – con la dissociazione di Fini – per chiederne le dimissioni. In verità le posizioni personali, sebbene non sempre esplicitate, attraversano anche gli schieramenti politici (sul fronte Di Bella si schiera buona parte dei verdi) e sono conseguenti alla cultura (o incultura) scientifica dei singoli soggetti, alla loro emotività, alla loro esperienza di pazienti o di familiari di pazienti.

Nel paese monta un vero e proprio allarme sociale, con manifestazioni davanti alle preture in cui si discutono i ricorsi di alcuni malati, di fronte al Ministero, al Parlamento, in piazza S. Pietro a Roma nonché di fronte all'abitazione del ministro Bindi. L'opinione pubblica, come rileva l'indagine di Datamedia, è per l'85,1% favorevole alla diffusione della cura contro il cancro del professore Di Bella e il 56,1% nel caso che si ammalasse di tumore, si affiderebbe "ciecamente alle cure" del professore.¹¹ Ma la scienza, come argomenta Umberto Eco, non è democratica "[...] almeno nel senso politico del termine. Nella scienza non vale il giudizio della maggioranza. Galileo poteva avere tutti contro, ma aveva ragione lui. Era la maggioranza dei medici che ha trattato da matto il dottor Semmelweis perché voleva che gli ostetrici si lavassero le mani per non far morire le partorienti, ma era questa maggioranza che aveva torto. La folla potrebbe cambiare di umore e assediare domani la casa di Di Bella per condurlo al rogo, ma questo non proverebbe che la sua cura sia sbagliata.

La scienza è però democratica nel lungo periodo: nel senso che alla fine quello che prevale è il giudizio della Comunità scientifica, che si stabilizza nel corso degli anni, talora dei secoli, e costituisce quelli che noi chiamiamo Manuali Attendibili. E sono attendibili perché sono il risultato di una discussione collettiva, di prove su prove".¹²

Inevitabilmente, di fronte alle pressioni di molte

Figura 5 - Numero di articoli in prima pagina dedicati al caso Di Bella per testata dal 16 dicembre al 17 gennaio.



⁹ VQPT - Verifica Qualità Programmi Trasmessi. Il caso Di Bella nella televisione e nella stampa italiana. A cura dell'Osservatorio di Pavia - RAI - ERI. Roma 1999.

¹⁰ I giornali schierati «La disputa fa vendere» (Oreste Pivetta - L'Unità 11.1.1998).

¹¹ Gli italiani e il professore. Cinque su 10: fiducia cieca. La Nazione 9.1.1998.

parti politiche e di ampi settori dell'opinione pubblica, il Ministero della sanità, con un proprio decreto avvia la sperimentazione in base a una serie di protocolli e alla individuazione dei componenti della Multiterapia Di Bella (MDB), così come vengono definiti, congiuntamente al professor Di Bella in una serie di incontri (Figura 6).

La sperimentazione è legittimata da un Decreto¹³, ma è fuori da ogni precedente regola e procedure internazionali. Infatti le sperimentazioni le chiedono e le effettuano le case farmaceutiche o gli inventori delle terapie. In questo caso non è successa né l'una né l'altra cosa. La sperimentazione è promossa dal Ministero, con propri finanziamenti e attuata da una rete di istituzioni oncologiche italia-

ne coordinata da un Comitato, in cui sono presenti, fra gli altri, l'oncologo Dino Amadori, l'epidemiologa Eva Buiatti, il direttore dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro Lorenzo Tomatis, il premio Nobel Renato Dulbecco, il professor Umberto Veronesi.

Il programma di sperimentazione di Fase II si articola in 10 protocolli per le seguenti patologie: malattie linfoproliferative, carcinoma mammario in attesa di intervento in donne di età superiore a 70 anni, carcinoma mammario metastatico (due protocolli), carcinoma polmonare non a piccole cellule, carcinoma coloretale, carcinoma del pancreas esocrino, carcinoma del distretto faciale e dell'esofago, recidiva di glioblastoma, neoplasie in fase cri-

Minuta della riunione del Gruppo di Studio per la stesura del protocollo di sperimentazione relativa al metodo Di Bella

**Roma, Ministero della Sanità
15 gennaio 1998, ore 12.00**

Presenti:

Amadori, Buiatti, Cognetti (Segretario), Colucci, Conte (Segretario), Dulbecco, Geddes, Iacobelli, Mandelli, Monfardini, Montanaro, Pagliaro, Parmiani, Peschle, Preziosi, Sannazzari, Silvestrini, Tomatis (Coordinatore), Veronesi (Coordinatore).

1) Definizione del trattamento

Vengono definite le componenti essenziali del trattamento utilizzato dal Prof. Di Bella:

- Somatostatina e analoghi
- Dibromocriptina
- Melatonina
- Olio vitaminico
- Retinoidi

Per tali trattamenti viene scelta la denominazione di pentaterapia.
La ciclofosfamide e l'ACTH potranno non essere presenti nella combinazione per il potenziale effetto confondente in diverse patologie.

2) Organizzazione degli studi

Gli studi saranno disegnati e programmati da questo Gruppo di lavoro includente il Prof. Di Bella ed un eventuale suo collaboratore, il cui contributo sarà fondamentale per definire i protocolli terapeutici e le varie patologie da considerare. Saranno messi in atto solo studi di fase II o III e non studi osservazionali prospettici, non idonei per valutare scientificamente l'efficacia del trattamento.

Parallelamente verrà approfondita la valutazione retrospettiva relativa ai casi già trattati dal Prof. Di Bella. La Dott.ssa Buiatti preparerà un protocollo su questo ultimo punto.

Figura 6 - Minuta della prima riunione, presso il Ministero della Sanità, del Gruppo di studio per la sperimentazione del Metodo Di Bella.

¹² Umberto Eco. Di Bella, la scienza e la maggioranza - 1988. Riprodotto in: La bustina di Minerva, p. 94-95 Bompiani, Milano 2006.

¹³ Decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23 (in Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 39 del 17 febbraio 1998), coordinato con la legge di conversione 8 aprile 1998, n. 94. Successiva Legge 30 luglio 1998, n. 257 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 giugno 1998, n. 186, recante disposizioni urgenti per l'erogazione gratuita di medicinali antitumorali in corso di sperimentazione clinica, in attuazione della sentenza della Corte costituzionale n. 185 del 26 maggio 1998". pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 179 del 3 agosto 1998.

tica molto avanzata.

Nello stesso mese di gennaio la dottoressa Eva Buiatti predispone il Protocollo per uno studio osservazionale prospettico sui pazienti oncologici trattati con Multiterapia Di Bella. L'obiettivo, concordato con Luigi Di Bella che, dopo lunga trattativa, rende disponibili le proprie "cartelle cliniche", è quello di esaminare la documentazione raccolta sui pazienti trattati dal Di Bella nel corso degli anni e confrontare i dati di sopravvivenza con pazienti che abbiano condizioni analoghe (per età, sesso, sede del tumore, periodo di diagnosi), i cui dati sono presenti negli archivi dei Registri Tumori, attivi in varie parti d'Italia ormai da alcuni anni.

Il 13 gennaio vi è un altro evento mediatico rilevante per la vicenda Di Bella: Mentana e Costanzo organizzano una trasmissione a Canale 5. I due autorevoli giornalisti si sono posti l'obiettivo di realizzare una trasmissione che dia spazio al confronto fra i diversi protagonisti. In studio il Ministro Rosy Bindi e il figlio di Di Bella, Giuseppe; in collegamento con Modena il professor Di Bella. La trasmissione ha un grande successo.

Il quotidiano La Nazione riferisce che "[...] il 56% delle persone che hanno seguito tutto o in parte il programma giudica Di Bella il più competente, mentre solo il 1% il figlio e la Bindi ha ottenuto il 4% dei consensi. Di Bella è risultato il più credibile al 54% degli ascoltatori e il 62% ritiene che la sua terapia anticancro sarà riconosciuta valida scientificamente".

A questa trasmissione dedica un bell'articolo, sul Corriere della Sera, Indro Montanelli: "[...] Ho seguito l'altra sera il confronto televisivo fra il ministro Bindi e il professor Di Bella. E il suo primo effetto su di me (ma, spero, non soltanto su di me) è stato di portare al diapason la mia rabbia contro quel maledetto strumento nel vedere quali preziosi servizi potrebbe rendere alla società con trasmissioni come quelle affidate a conduttori come Costanzo e Mentana.

[...] Diciamolo subito. Giustificata o no, la popolarità di Di Bella è travolgente: qualche magistrato se n'è già messo sul filo.

[...] Non so se sia vero che, come Di Bella – padre e figlio, ma soprattutto il figlio – hanno lamentato, il rifiuto nei loro confronti sia stato addirittura sprezzante e insultante: a me non risulta. Ma tale è risultato a una pubblica opinione le cui aspettative la Scienza non sembra più in grado di soddisfare. Colpa della Scienza o delle aspettative?

[...] La gente [...] non vuole rinunciare, se non alla certezza, almeno alla speranza che, oltre la scienza e la ragione, ci sia anche qualche altra cosa. Cosa?

Qualcuno ci vede l'ansia di una nuova fede oltre quelle, alquanto usurate, che ci forniscono le Chiese costituite. Io non oso avventurarmi in voli così alti: soffro di vertigini, e il cielo delle speculazioni astratte non è il mio habitat. Ma credo che con la trascendenza tutto questo non abbia nulla a che fare. La fede che la gente cerca e difende non è quella di una nuova trascendenza; ma quella nel solito vecchio pedestre miracolo...".

Non ho avuto modo di rivedere la trasmissione a cui Montanelli ha dedicato questo fondo e pertanto è difficile dare un giudizio, che peraltro sarebbe alla luce del successivo evolversi degli eventi. È tuttavia interessante la testimonianza di uno dei protagonisti, una delle poche (unica?) voci autocritiche: Enrico Mentana. A distanza di oltre 10 anni, presentando il suo ultimo libro "Passionaccia", alla domanda "Hai mai fatto errori giornalistici nella tua carriera?", risponde così:

*"Ne ho fatti tantissimi! Uno però mi fa mordere ancora la coscienza nonostante per quella cosa avessi riscosso grande successo. Insieme a Costanzo avevamo organizzato una trasmissione con Rosy Bindi e Luigi Di Bella. **Ho sempre pensato che aver dato spazio a quel signore e alla sua medicina alternativa per la cura del tumore poteva aver portato a dei guasti.** Questa è la nostra "passionaccia"¹⁴.*

Mentana non aggiunge altri commenti a questa vicenda e l'intervista è riferita alla sua complessiva carriera e non a questo specifico evento. È certo che la stampa e la televisione cavalcano l'evento in quanto tale, e non cercano di documentarsi, di porre valutazioni critiche, di confrontarsi con fonti e riferimenti anche al di fuori del nostro Paese. È pur vero che le grandi scoperte – per usare una terminologia "popolare" – sono state una rottura con canoni precedenti, una rivoluzione scientifica?¹⁵ Vi è però in molte persone, anche colte, un pregiudizio intellettuale. Si tratta in sostanza di questo: le grandi scoperte, non si basano sul confronto con il mondo scientifico, sul rigore di metodo, sulla internazionalizzazione dei risultati sperimentali. No!

La cifra dello scopritore è la marginalità, l'eresia, il provincialismo, il mancato confronto. È questa caratteristica che accomuna – nella mente di molti osservatori – il professor Di Bella ai grandi scienziati.

Nel frattempo il professor Di Bella estende la portata degli effetti benefici della sua terapia, in grado di bloccare – a suo dire – la progressione del morbo di Alzheimer e di assicurare, ai pazienti con sclerosi multipla, decenni in buone condizioni¹⁶. Le sue ripetute dichiarazioni su Giovanni Alberto Agnelli, morto di tumore il 13 dicembre 1997, dopo

¹⁴ http://iltempo.ilsole24ore.com/2009/05/23/1027751-parla_mentana_confalonieri_ferita_rimarginata.shtml.

¹⁵ Thomas Samuel Kuhn. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* (*The Structure of Scientific Revolutions*, 1962). Einaudi, Torino, 1979. Popper R. Karl, *Logica della scoperta scientifica*. Einaudi, 1980.

un periodo di terapia effettuato negli Stati Uniti, destano stupore e un certo disagio anche fra una parte dei suoi sostenitori “[...] l’ho detto subito: l’uccideranno: lo si poteva salvare perché io ne ho tanti malati dello stesso tipo (di tumore) che stanno bene”.

Valeria Marchiafava, biologa, malata di carcinoma al pancreas, a cellule acidarie, assiste ad una delle trasmissioni in cui Di Bella fa questa dichiarazione; i suoi pensieri, le sue parole ci sono così riferite:

“...Mi sconvolge la sicumera del professor Di Bella sulla salvezza del giovane Agnelli nel caso fosse stato a lui affidato, così come è sconvolgente il silenzio dei suoi familiari allo schiaffo ricevuto di aver sbagliato nel “non scendere a Modena” ...

Cosa dobbiamo pensare noi di una affermazione così sicura, come se qualcuno avesse voluto impedire la guarigione di quel malato, come se qualcuno volesse far morire delle persone pur di non ammettere di aver sbagliato? Cosa dobbiamo pensare noi di non aver saputo che la cura miracolosa c’era, ma era stata tenuta nascosta, una cura per tutti i tipi di tumore, il cui elenco occupa venti schermate sul sito Web dello Sloan Kettering Hospital di New York?

Ha pensato qualcuno che tra gli spettatori delle trasmissioni televisive ci sono anche i malati di cancro, i parenti dei malati di cancro, gli amici dei malati di cancro? Che nei reparti di oncologia, anche dei malati terminali, ciò che si fa più spesso è guardare la televisione? Ha mai pensato qualcuno che effetto ha in un reparto oncologico sentire dire in televisione da un professore universitario che può curare quasi tutti i tumori? Che la famiglia Agnelli non ha voluto salvare il figlio per ignoranza, perché i medici cui si erano affidati ...non li hanno infor-

*mati che esisteva la cura per il loro congiunto, perché hanno preferito affidarsi ai grandi nomi piuttosto che a un medico di provincia?”.*¹⁷

Nel Giugno 1998 si perviene ai risultati dello studio osservazionale coordinato da Eva Buiatti. Dei 3076 casi dell’archivio esaminati, più della metà sono stati eliminati perché non riguardavano casi di tumore. Dopo l’esclusione di altri casi non valutabili (avevano fatto solo una consulenza e non avevano effettuato alcun trattamento con la MDB), sono rimasti 248 pazienti sui quali è possibile un follow up; di questi 196 erano deceduti. Degli altri, in vita all’inizio dello studio osservazionale, solo 4 avevano effettuato la MDB in modo esclusivo (senza quindi altra terapia). “*Dei quattro soggetti trattati – precisa Eva Buiatti nella conferenza stampa all’Istituto Superiore di Sanità – tre sono deceduti per tumore e il quarto è una persona la cui diagnosi è stata fatta nel 1996*”. I dati, pubblicati sulla rivista Cancer¹⁸ sono riassunti nella figura 7.

Ovviamente si tratta di un dato preliminare, precisa il Comitato che coordina gli studi, ed è necessario attendere i risultati degli studi sperimentali di Fase II, vale a dire dei nove protocolli, poiché il protocollo 2 Carcinoma mammario in pazienti con età superiore a 70 anni, in attesa di intervento chirurgico, coordinato dal prof. Umberto Veronesi) è stato interrotto per mancanza di donne disponibili ad arruolarsi. I risultati vengono comunicati presso l’Istituto Superiore di sanità Venerdì 13 novembre 1998.

“L’Istituto ha comunicato i risultati conclusivi dei Protocolli 1,3,5,7 e 9 e il follow-up al 31 ottobre dei Protocolli 4,6,8,10 relativi alla sperimentazione in Fase II del “Multitratamento con la Multiterapia Di Bella”, meglio noto come “terapia Di Bella”

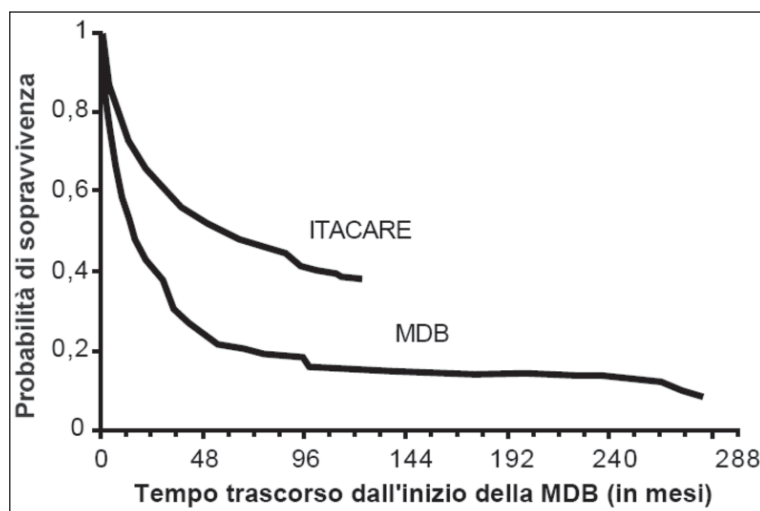


Figura 7a - Confronto fra la probabilità di sopravvivenza stimata per i pazienti MDB e per il gruppo di controllo dall’archivio ITACARE. Neoplasie dell’adulto (> 14 anni), pari a 144 pazienti MDB.

¹⁶ Tale dichiarazione è rilasciata in varie interviste televisive e riportata anche nel libro di Bruno Vespa (cit.), pag. 96-97.

¹⁷ Michele Emmer nel libro: Lo specchio della felicità - Una storia d’amore nel pianeta malato della sanità italiana. Ponte alle Grazie, Firenze, 2000.

¹⁸ Buiatti E., Arniani S., Verdecchia A., Tomatis L: Results from a historical survey of the survival of cancer patients given Di Bella Multitherapy. Cancer 1999;86:2143-9.

[...] La sperimentazione, durata più di sei mesi, ha coinvolto 386 pazienti e riguardato otto diversi tipi di tumore...

Risposte complete, ovvero guarigione totale: 0 casi, pari allo 0%. Risposte parziali, ovvero riduzione almeno della metà del volume tumorale: 3 casi, pari all'1% del campione. Nessun cambiamento: 13 casi, pari al 3% del campione. Progressione della malattia, ovvero avanzamento del cancro e peggioramento del paziente: 129 casi, pari al 33% del campione. Decessi: 219 casi, pari al 57% del campione. Ritiro volontario o ritiro per elevata tossicità della cura: casi 22, pari al 6% del campione".¹⁹ In base ai risultati vi è un'assoluta mancanza di una qualche attività dimostrabile, e la MTB provoca effetti collaterali.

I risultati sono pubblicati nei Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità²⁰, e sono oggetto di pubblicazione su *British medical journal*²¹.

A commento della vicenda uno dei più noti oncologi americani, Paul Calabresi, in un Editoriale su *Cancer*²², ha affermato che a fronte dei costi elevati e dei risultati negativi la sperimentazione ha sortito vari vantaggi: la Multiterapia ha perso il sostegno della maggior parte dei politici e dei giornalisti precedentemente a favore della terapia, il clamore dell'opinione pubblica si è calmato e larga parte dei pazienti hanno desistito dall'abbandonare le efficaci terapie antitumorali convenzionali.

Possiamo aggiungere che la vicenda portò a un ripensamento sulla assistenza oncologica, specie nelle fasi avanzate, con un inserimento nel Piano

sanitario nazionale di un programma per affrontare il dolore da cancro, l'avvio della realizzazione degli Hospice e lo snellimento delle procedure per accedere alle sperimentazioni.

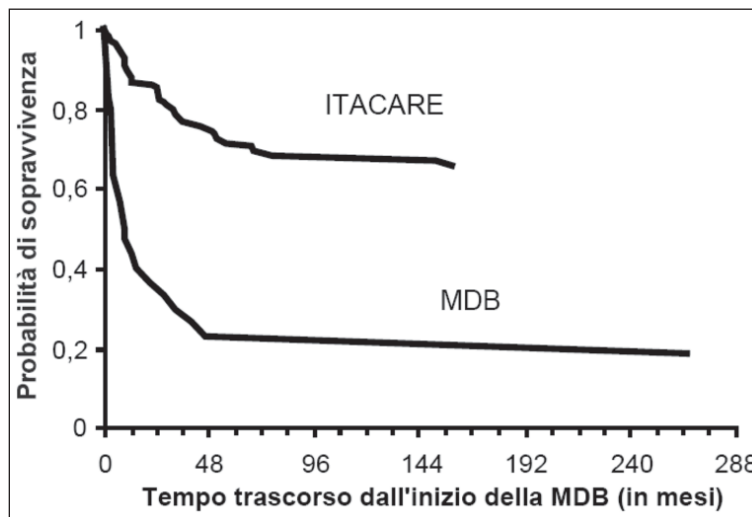
La vicenda "avvelenò" tuttavia ulteriormente il clima politico, fu ampiamente utilizzata al fine di rallentare la riforma sanitaria proposta dal Ministro Bindi ed ebbe una lunga "coda" giudiziaria conclusasi solo poco fa. Ormai anche l'orientamento giuridico, precedentemente assai contraddittorio, risulta orientato dalla stessa Corte Suprema di Cassazione, che ha posto a fondamento delle sue sentenze il "...generale convincimento, ormai radicato nella comunità scientifica e negli operatori sanitari, in merito all'assoluta inefficacia della terapia Di Bella..."²³.

Ripercorrendo questo episodio mi sono domandato che cosa si attendevano coloro che ne furono colti di sorpresa e restarono in qualche modo sorpresi o addirittura... stupefatti! Speravano in un paese normale, dove i giudici non prescrivono i farmaci, i medici non sono cialtroni, gli industriali farmaceutici rispettano le regole. Un paese in cui i giornalisti non decidono se una terapia funziona o no, ma indagano su argomenti di interesse pubblico, e ciò comprende l'impegno a scoprire informazioni rilevanti che altrimenti resterebbero nascoste. Così il giornalismo dovrebbe affrontare il mondo della scienza, con lo stesso scetticismo consapevole che riserva a un consiglio comunale o a un uomo politico.

Una speranza non ancora esaudita!

TM

Figura 7b - Confronto fra la probabilità di sopravvivenza stimata per i pazienti MDB e per il gruppo di controllo dall'archivio ITACARE. Leucemie in età pediatrica (0-14 anni), pari a 32 pazienti MDB.



¹⁹ Protocolli senza speranza: il triste epilogo del caso Di Bella (Pietro Greco - *Il Sole 24 Ore* - medicina, n. 2 Novembre 1998).

²⁰ Gruppo di Coordinamento Centrale per la Sperimentazione del Multitrattamento Di Bella (MDB). Protocolli 4,6,8,10. Rapporti ISTISAN 1998; 17. Gruppo di Coordinamento Centrale per la Sperimentazione del Multitrattamento Di Bella (MDB). Protocolli 1,3,5,7,9. Rapporti ISTISAN 1998; 24.

²¹ Italian Study Group for the Di Bella Multitherapy Trials. Evaluation of an unconventional cancer treatment (the Di Bella multitherapy): results of phase II trials in Italy. *Bmj* 1999; 318:224-8.

²² Paul Calabresi. Medical alternative to alternative medicine. *Cancer* 1999; 86:1887-9.

²³ Sentenza n. 13589/2008.



Riorganizzare il servizio senza cedimenti

Da qualche anno nella Sanità Pubblica si registra un calo dell'apprezzamento dei servizi da parte dei cittadini e ne è esempio l'Emilia-Romagna, dove la percentuale di coloro che sono soddisfatti è scesa di ben undici punti ed è passata dal 56% al 45%. Certamente la crisi economica di questi ultimi anni ha determinato un clima di sfiducia generalizzato anche in quelle Regioni dove si erano raggiunti livelli di eccellenza, per la percezione di un arretramento da quei livelli.

È ovvio che la colpa ricada sul ridimensionamento degli investimenti perché legati al PIL, ma anche sull'aziendalizzazione della sanità che non ha portato i benefici attesi essendosi bloccato il meccanismo virtuoso che ha sostenuto la compatibilità economica, vanificando i buoni frutti iniziali! Relatori, di eccellente livello, intervenuti al Seminario nazionale Fnomceo, Roma 23-24 aprile 2010, come il prof. Zammagni, il prof. Cavicchi e l'ingegner De Rita hanno dato una chiave di lettura del fenomeno, fornendo anche i possibili rimedi. L'analisi esaustiva e pertinente mette in evidenza che l'applicazione di sistemi di gestione, tipici di aziende industriali, trasferiti alla sanità, si sono dimostrati non idonei per la specificità della stessa, dove l'introduzione di innovazioni tecnologiche, invece di abbattere i costi di produzione, li aumentano per la maggiore utilizzazione in relazione ad una richiesta in continua espansione.

La riorganizzazione dei servizi, attuata nelle Regioni più virtuose, creando anche gravi disparità fra Nord e Sud ha dato i suoi frutti, ma oggi non ha più alcuna prospettiva. Il sistema è entrato in crisi quando la razionalizzazione imposta dagli amministratori ha costretto a fissare delle priorità mettendo i medici in situazione di disagio per scelte che diventano sempre drammatiche quando sono di natura etica, con in campo valori importanti. Il medico nel difficile ruolo di mediatore di interessi contrastanti, si trova in posizione di netta inferiorità rispetto al direttore che deve rispondere solo all'Assessore Regionale della Sanità.

Per uscire da questo stallo non vi sono rimedi collaudati, ma gli intervenuti a questo Convegno hanno proposto una modifica, fornendo modelli innovativi come la famosa "clinical governance" che non è mai stata attuata e nemmeno capita. In questo caso si realizzerebbe un maggior coinvolgimento dei medi-

ci e di tutti i professionisti della sanità concedendo maggiore autonomia ed esigendo assunzione di maggiore responsabilità. Fino ad oggi si è cercato di adeguare le strutture ai nuovi bisogni, come gli ospedali organizzati secondo la intensità di cure, senza tenere conto di coloro che vi operano, che sarebbe come modificare il contenitore senza pensare al contenuto, rappresentato da cittadini e professionisti.

Riformare la sanità vuol dire adeguarla alla nuova domanda di salute, facendo emergere i bisogni ed anche le contraddizioni, come quella dei cittadini che sono seccati nella veste di finanziatori del SSN attraverso le tasse, mentre diventano molto esigenti da fruitori dei servizi. Le Università dovrebbero farsi carico di un cambiamento profondo con il superamento della famosa ed anacronistica tabella 18 ristabilendo un equilibrio tra il saper ed il saper fare formando un medico secondo le esigenze di una società ed una Sanità che cambiano. Credo sia venuto il momento di riaffermare il sano principio, che ognuno deve fare il proprio mestiere, tenendo presente che il politico debba produrre buona politica che a sua volta produce sapere ed il sapere produce buona politica ma vietando però l'ingerenza nella gestione della sanità.

Con la concessione di maggiore autonomia ai medici tornerà la relazione con il paziente perché il medico, per sua formazione, predilige l'aspetto clinico ed etico rispetto a quello burocratico. Considerando che ormai i cittadini sono costretti a rivolgersi alla sanità privata anche per prestazioni inserite nei LEA, in una percentuale del 15% superando l'Inghilterra che si è attestata al 9%, ha diritto ad una maggiore partecipazione pretendendo che la Sanità, come tutta la pubblica amministrazione, si aprano ai cittadini in una sorta di democrazia partecipativa.

La Regione Toscana sembra avere imboccato questa strada riformatrice introducendo adeguati strumenti di controllo come l'H.T.A. (*Health Technology Assessment*), il sistema di valutazione dei professionisti e la creazione della Società della Salute, che, nata dalla esigenza politica di riaffermare l'autorità dei Sindaci nella sanità si pone oggi come strumento di mediazione fra l'interesse dei cittadini e le esigenze dei pubblici amministratori rappresentando un esempio di realizzazione e gestione di una moderna medicina equilibrata fra ospedale e territorio. La cattiva gestione di questa potrebbe portare ad una contrapposizione di poteri con grave danno per tutti. **TM**

EGISTO BAGNONI

*Presidente Ordine dei medici chirurghi
e degli odontoiatri di Pistoia*

Ruoli e compiti degli ordini professionali nel nuovo sistema ECM

Relazione su Seminario nazionale Fnomceo
Roma 23-24 aprile 2010

UN BREVE CENNO CRONOLOGICO

Conseguentemente all'Accordo Stato-Regioni del 20-12-2001, la nascita del riordino del sistema di formazione continua viene sancito con decreto il 1-8-2007. Viene stabilito il fabbisogno di Crediti necessari (2002-2007 =150) (2008-2010 =150 min 30 max 70 x anno).

Si ricorda che nel primo programma eventi e progetti erano accreditati dalla Commissione Nazionale per la formazione continua.

L'accreditamento *provider* era regolamentato dalla legge 502/1992 (dove il *provider* è definito il soggetto attivo nel campo della formazione continua, abilitato a realizzare attività didattiche garante della coerenza dei piani formativi, della qualità scientifica, della trasparenza dei finanziamenti, dell'assenza di pubblicità e del rispetto delle indicazioni programmati che nazionali).

Con l'accreditamento istituzionale si riconosce alle strutture sanitarie pubbliche e private, in possesso dei requisiti, l'idoneità a erogare prestazioni e servizi in nome del SSN: per l'ottenimento e il mantenimento dell'accreditamento dovrà essere inclusa la capacità di pianificare, controllare e valutare la formazione continua.

Le modalità per la realizzazione delle attività di accreditamento e la verifica dei *provider* sono definite dalle singole Regioni con indirizzi condivisi dalla commissione nazionale per la formazione continua la cui collocazione viene spostata presso l'agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR).

Novità sostanziale il passaggio dall'accreditamento di eventi all'accreditamento di *provider* e la effettiva presenza della **governance** al fine di ottenere l'interesse degli operatori e dei cittadini e la possibilità di scelta nell'offerta formativa.

Il nuovo ruolo dell'Ordine, consiste nella raccolta e certificazione dei crediti, nella valutazione della congruità e dell'appropriatezza, del controllo qualitativo (tramite l'osservatorio di qualità), e la funzione di *provider*.

LA REGISTRAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI

Il sistema di registrazione dei crediti è costituito da un'anagrafe formativa regionale e da un'anagrafe formativa nazionale tra loro interconnesse.

Le anagrafi regionali sono finalizzate alla pianificazione e alla valu-

tazione delle attività formative a livello regionale e locale, alla gestione delle risorse umane nel servizio sanitario regionale, alla gestione dei processi di accreditamento dei *provider* e svolgono le procedure di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie.

L'anagrafe nazionale contiene la registrazione complessiva dei crediti individuali. Gli Ordini si avvalgono del sistema delle anagrafi nel loro complesso per l'esercizio della loro funzione certificativa. La responsabilità della trasmissione dei dati per la registrazione dei crediti è del *provider* accreditato (la sua capacità di ottemperare a questo obbligo rientra tra i requisiti di accreditamento). Il *provider* deve trasmettere per via informatica i crediti all'ente accreditante e, in contemporanea, all'organismo nazionale che gestisce l'anagrafe nazionale dei crediti ECM per i professionisti della Sanità (**COGEAPS**).

È attribuito al *provider* che gestisce l'evento formativo il compito di assicurare la trasmissione dei dati per la registrazione dei crediti sia nelle anagrafi regionali che nell'anagrafe nazionale. Le Regioni possono avvalersi dell'organismo nazionale che gestisce l'anagrafe nazionale, mediante apposite convenzioni, per le loro funzioni regionali di registrazione anagrafica dei crediti ECM.

Per questa nuova procedura di registrazione è prevista una verifica di funzionamento dei meccanismi operativi dopo un anno di sperimentazione, con eventuale adeguamento delle procedure, ove necessario. La registrazione a livello regionale o nazionale dei crediti acquisiti all'estero (mediante *provider* esteri) è compito del singolo professionista della sanità, che deve farsi carico di darne comunicazione per via informatica all'Ordine, Collegio o Asso-

ELIANO MARIOTTI

Presidente Ordine dei Medici di Livorno

ciazione Professionale di appartenenza, l'organismo che gestisce l'anagrafe nazionale (COGEAPS) e, se è dipendente del SSN, anche all'ente che gestisce l'anagrafe regionale tramite l'azienda sanitaria di appartenenza.

Il sistema di registrazione dovrà costituire oltre che un processo necessario alla certificazione dei crediti formativi da parte degli Ordini, Collegi e Associazioni professionali, anche un modello integrato di anagrafe dei crediti che consenta analisi statistiche per area geografica (provinciale, regionale) e per le diverse tipologie professionali. A questo sistema dovranno far riferimento criteri di verifica, di pianificazione e di implementazione dell'ECM.

LA CERTIFICAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI

La certificazione dei crediti formativi costituisce l'atto conclusivo della procedura relativa all'adempimento dell'obbligo dell'aggiornamento continuo, tenuto conto dei liberi professionisti che non operano in e per conto del SSN. La certificazione concerne la verifica del dossier formativo con la ripartizione dei crediti formativi acquisiti, le tipologie utilizzate, l'eventuale presenza di deroghe dall'obbligo formativo, il numero complessivo dei crediti conferiti nel triennio.

Ha diritto alla certificazione dei crediti formativi, l'operatore sanitario che, in coerenza con la composizione del dossier formativo, abbia adempiuto all'obbligo di aggiornamento continuo ed ha acquisito le quote massime di crediti attribuibili, nel rispetto delle quote previste per i diversi obiettivi formativi (nazionali, regionale ed aziendale) e le diverse tipologie formative (FAD, Formazione sul campo, Autoformazione) ed in ragione dello specifico rapporto tra attività, tempo e crediti del percorso formativo del proprio profilo professionale e posizione organizzativa.

L'atto, a cura dell'Ordine professionale territoriale di riferimento è rilasciato previa richiesta da parte dell'interessato. La certificazione comporta la preliminare verifica della posizione dell'operatore iscritto (come: attiva, non attiva, sospesa).

Per svolgere tale attività, gli Ordini, territorialmente competenti, oltre che dei dati relativi ai crediti formativi acquisiti dall'interessato, si avvalgono del sistema delle anagrafi nel loro complesso (COGEAPS).

Constatata la coerenza del dossier dell'operatore, l'Ordine territorialmente competente procede alla certificazione dei crediti formativi, acquisita nel triennio.

Quindi, in occasione della verifica della posizione dell'operatore, deve controllare il corretto adempimento dell'obbligo, anche in riferimento alle intervenute deroghe previste per soddisfare l'obbligo formativo e il numero dei crediti formativi acquisiti nell'arco del triennio.

Nel caso in cui l'operatore, per motivi di carattere eccezionale, non abbia adempiuto all'obbligo formativo, gli Ordini consentono all'operatore interessato di soddisfare il debito formativo entro l'anno successivo

alla scadenza del triennio, tenuto conto del Dossier dell'operatore e delle tipologie formative utilizzate per l'aggiornamento continuo.

ORDINI E COLLEGI

Gli Ordini professionali rivestono il ruolo di garante della professione e di certificatori della formazione continua. In virtù delle significative caratteristiche la Commissione ha affidato al Consorzio di tutti gli ordini, collegi e associazioni professionali (COGEAPS) il compito di attivare e gestire un'anagrafe dei crediti formativi acquisiti dagli operatori sanitari nel corso del quinquennio sperimentale. Gli ordini, in conseguenza del patrimonio di dati e di conoscenze a loro disposizione, acquisiti in virtù dell'anagrafe dei crediti formativi e del compito di certificatori, potranno altresì garantire l'appropriatezza della formazione continua rispetto agli obiettivi formativi e alla professione svolta, nonché il buon esito delle strategie formative poste in essere, svolgendo una funzione di consulenza verso i propri associati e di indirizzo, in sede di Commissione, per l'armonizzazione tra offerta e partecipazione formativa.

Gli Ordini e Collegi possono rivestire anche la funzione di produttori di formazione continua limitatamente agli aggiornamenti su etica, deontologia e legislazione.

CRITICITÀ

Il credito inteso come unica unità di misura dell'ECM, considerando le necessità professionali di tipo pratico, ad esempio l'attività chirurgica, difficilmente collocabile negli eventi tradizionali. La mancanza di un uniforme sviluppo regionale per il controllo ECM e per l'accreditamento provider e la non omogenea condotta degli uffici di formazione con conseguente difficoltà di dialogo tra il sistema nazionale e quello regionale.

Quest'ultimo punto non riguarda la Toscana in quanto, grazie anche all'opera svolta dal dott. A. Zanobini, i primi atti formali della gestione della formazione sono iniziati dal 2002, passando attraverso il rilevante accesso degli Ordini, con l'emanazione della L.R. 40/2003 ed infine con la recente istituzione, ottenuta con la collaborazione dell'ASSR, dell'Osservatorio per la Qualità della Formazione, fino a giungere alla sperimentazione dell'anagrafe formativa nel 2008 con il riconoscimento di tale sperimentazione tra gli obiettivi del PSR.

Altra grave criticità è rappresentata dall'altissimo numero di eventi, (circa 12 milioni) ancora da registrare, poiché di molti eventi non è più possibile rintracciare il provider.

Da non dimenticare inoltre la difficoltà di alcuni Ordini e Collegi alla ristrutturazione dell'organizzazione informatica ed alla predisposizione di un adeguato numero di operatori addetti: il carico di lavoro, per quanto ottimizzato, necessita di un cospicuo aumento dell'impegno degli impiegati.

TM

Non è un paese per medici

ANTONIO PANTI

I medici fanno quotidianamente il loro lavoro ma con meno soddisfazione di prima; si lamentano spesso e queste lamentele sono confermate da molte inchieste. La questione può essere esaminata da angolature diverse delle quali una è senz'altro importante, lo spiazzamento rispetto al ruolo di intellettuale e di attore della politica sanitaria che il medico ha svolto fino a qualche decennio fa.

Probabilmente per decenni i medici hanno dimenticato gli insegnamenti di Virchow sui rapporti tra medicina e politica e sembrano più attenti alle mirabolanti innovazioni tecniche che a rafforzare il loro ruolo sociale. Altresì se si prosegue a affidare la gestione della sanità a altri, politici o amministratori che siano, è difficile lagnarsi dell'esclusione dalle decisioni e che queste siano assunte in base a parametri diversi dalla deontologia che i medici propugnano, salvo talora lasciarsi attrarre nella ragnatela del conflitto di interesse. La sanità moderna si evolve creando sempre più disagio ai medici, la sanità sembra quasi non esser più un paese per medici, a meno che non si ritrovi il bandolo della matassa di un ruolo non soltanto tecnico-professionale.

Tutto ciò può far da premessa a qualsivoglia discussione sulla distribuzione delle risorse disponibili per i servizi medici e non solo per renderli efficaci (strumenti, personale, mezzi) ma perché siano anche equi, fruibili e accessibili a tutti i cittadini. È il problema delle disuguaglianze come causa di malattia o di peggior stato di salute. Questo non è soltanto un valore morale: "il medico opera per eliminare le discriminazioni..." come recita l'articolo 6 del Codice Deontologico, oppure un problema sociale di redistribuzione del reddito, ma una questione sanitaria. Disuguaglianza significa aumento degli anni di malattia, dei rischi primari, del ricorso tardivo alle cure, della perdita di anni produttivi.

È chiaro che i medici non possono risolvere le questioni politiche né cambiare il sistema di valori di una società. Possono svolgere, ad esempio, azioni di educazione alla salute; convincere qualcuno a smettere di fumare significa creare una situazione in cui i meno abbienti e colti, quelli che fumano di più, siano meno malati e quindi meno incidano sul bilancio della sanità e, nello stesso tempo, paghino meno tasse perché acquistano meno sigarette.

Ma si può fare qualcosa di più. I sistemi sanitari vivono un periodo di grandi trasformazioni. Da un lato aumenta ancora l'offerta di servizi, più possibilità di cura per tutti, dall'altro si stringono i freni tentando con i più svariati mezzi di contenere i costi. Da molte parti si levano critiche a entrambi questi atteggiamenti ma la soluzione non è facile. L'idea che si fa strada è di far partecipare tutti gli attori del sistema (il governo clinico nella sua accezione più completa) ad una continua opera di valutazione responsabile dei risultati delle cure e quindi delle decisioni. Una sorta di estensione della pratica dell'audit dalla clinica alle cause delle malattie, un intreccio consapevole tra epidemiologia e clinica, quello che con il solito anglicismo si chiama "equity audit".

Certamente questo è uno degli strumenti con cui la politica della professione si può inserire nel dibattito pubblico sulle cause delle malattie e sui modi per affrontarle. Una visione più vasta della sanità di iniziativa. In molti periodi della storia il medico ha svolto questo ruolo di interlocutore delle scelte politiche, di intellettuale nel senso letterale della parola, cioè di persona che per la sua cultura e il suo sapere è in grado di fornire il substrato conoscitivo delle decisioni collettive. Insomma, si tratta di colmare lo iato tra l'indubbia credibilità di cui i medici godono sul piano scientifico e tecnico e il declinante prestigio sociale.

TM

Qualche considerazione sull'influenza A/california/7/2009/H1N1

La vera cosa importante che la stampa dovrebbe fare è comunicare l'incertezza del lavoro quotidiano in Sanità.

Finalmente una vera pandemia in questo mondo globalizzato, dopo i timori legati al bioterrorismo, la SARS e l'Aviaria, che per fortuna sono più o meno abortiti. Fortuna? In realtà conosciamo bene, abbastanza bene, le ragioni "biologiche" di queste mancate e di quella da H1N1v, la quale ci ha accompagnato fino a questa primavera inoltrata con titoli urlati di catastrofi drammatiche o di denuncia di bufale colossali.

"È la stampa, darling" verrebbe da dire. L'impressione però è che ben altro che qualche copia di giornale fosse in gioco; i pochi che, nel settembre dello scorso anno, pronosticavano sì una rilevante numero di casi – da pandemia per l'appunto – ma tutto sommato un impatto clinico modesto, sono stati sommersi da quel clamore mediatico; per non parlare poi del vaccino, che è stato acquistato in larghe quantità, per coperture di popolazione variabile da paese a paese, per poi essere rivenduto a dicembre – Germania – a prezzi stracciati ai paesi dell'Est Europa o essere inviato in Africa.

D'altronde quei saggi "indovini" non avevano puntato del tutto al buio, avevano studiato e letto quanto era accaduto nei paesi temperati dell'emisfero meridionale, tanto che l'European Centre for Disease Prevention e Control poteva affermare a settembre 2009 "... indicates that will be affected by transmission waves earlier in the season than as is common with seasonal influenza. The large majority of those infected experience a mild, self-limiting illness or an asymptomatic infection. As for seasonal influenza, there are some people who will experience more severe disease and some of these will die despite medical care".

Sensazionalismo dei media o di singoli ricercatori/medici/politici al centro dei riflettori o interessi e conflitto di interessi? Il WHO aveva chiaramente espresso le sue indicazioni per limitare la pandemia: barriere sociali e vaccino. Comunque, per valutare il proprio comportamento e i processi decisionali, nell'aprile 2010 ha nominato una com-

missione indipendente, che ha identificato cinque settori sotto osservazione, tra i quali la comunicazione e le possibilità di conflitto di interesse. I ri-

sultati sono attesi entro la prossima Assemblea Generale dell'inizio del 2011.

Sempre a proposito di comunicazione abbiamo scoperto grafici e mappe dell'epidemia on-line in aggiornamento automatico (<http://flutrackers.rhizalabs.com/>; http://gamapserver.who.int/h1n1/qualitative_indicators/atlas.html). Su Youtube (<http://www.youtube.com/watch?v=G25QbPPjzEk&feature=related>) video tecnicamente molto curati con lezioni e informazioni sull'H1N1, sulla malattia, sulla prevenzione: dobbiamo imparare a utilizzare e confrontarci anche con questi nuovi mezzi di comunicazione per confermare l'importanza di una comunicazione chiara ed efficace ad ogni livello, si sia noi medici attori o semplici fruitori.

Anche in Italia abbiamo sperimentato difficoltà nell'applicazione del Piano Pandemico. Il programma impostato dai livelli internazionali (WHO) è stato modello per quelli nazionali e locali, fino alle singole aziende sanitarie, senza la flessibilità che sarebbe stata necessaria per renderlo aderente a ciascuna realtà specifica e per allocare al meglio i fondi ad esso collegati. Era la prima sperimentazione sul campo certo, ma abbiamo sofferto, tra l'altro, gravi carenze nella comunicazione e nel coinvolgimento tempestivo dei medici di medicina generale e la confusione, non solo nei mass-media, su indicazioni e rischi del vaccino (senza citare gli aspetti economici del contratto rimasti in Italia a lungo indisponibili).

Nel nostro Paese, dopo la prima ondata primaverile-estiva di casi importati, l'epidemia si è ripresentata con la riapertura delle scuole e ha conosciuto la sua fase di accelerazione nelle settimane 40-42. In quei giorni le scuole registravano assenze superiori al 30%, i colleghi della medicina di base ci avvisavano che l'epidemia era partita dal numero di chiamate e i report giornalieri dei DEA della azienda fiorentina confermavano afflussi per

MASSIMO DI PIETRO, FRANCESCO MAZZOTTA

UOC Malattie Infettive, Azienda Sanitaria Firenze

sindromi respiratorie in aumento, che comunque non hanno mai superato la soglia di allarme temuto. Ad oggi si calcolano oltre 4 milioni di casi nel nostro Paese, con 228 decessi (0,0053%) e circa 900.000 vaccinati.

Oltre a questi dati, “secchi”, abbiamo letto una pletora di percentuali e tassi senza precedenti e spesso confrontabili con nulla. Ci sarebbe interessato anche altro. Ad esempio vorremmo capire, e per prima cosa confermare, il tasso 6 volte superiore di decessi in donne gravide osservato negli USA nel corso di questa pandemia. È necessario approfondire i meccanismi patogenetici della malattia polmonare, sia i fattori umani e le cascate citochiniche connesse, sia i fattori virali: con il remix genetico, tra 4 differenti linee, l'H1N1v ha conquistato una buona affinità per il recettore $\alpha 2,6$, che è molto diffuso nelle alte vie respiratorie e nel muco, a discapito forse per quello $\alpha 2,3$ di cui sono ricchi i pneumociti di tipo 2. Questo recettore

è un “obiettivo” privilegiato di virus con ben altra patogenicità, quale ad esempio l'H5N1 (il virus dell'influenza “aviaria” che tuttora, lo abbiamo nel mediterraneo orientale, non riesce ad andare oltre rari casi sporadici legati ad esposizioni massive).

Ad oggi nell'emisfero australe l'attività dei virus influenzali, H1N1v ma anche l'H3N2 stagionale, è molto bassa e, come nella pandemia del 1957, potremmo non aver altre ondate epidemiche. Ma l'Hong-Kong (H3N2) del 67/68 nel secondo anno mostrò una morbilità e letalità maggiore: occorre però una modificazione sensibile del virus che acquistò in trasmissibilità e patogenicità.

In fin dei conti è la storia delle malattie infettive: un continuo adattamento dei microorganismi, il nostro lavoro di prevenzione e cura e i tentativi di predire... l'imprevedibile. Forse una chiara comunicazione delle incertezze con cui lavoriamo quotidianamente non sarebbe diseducativo.

TM

Statistica medica significatività reale e dubbia

Noi medici siamo soggetti a essere intimiditi da espressioni matematiche di cui accettiamo l'inferenza senza indagare oltre. Così quando leggiamo che il risultato di uno studio clinico randomizzato (RCT, cioè “randomized clinical trial”), ad esempio la differenza tra una nuova terapia e il placebo, ha una significatività statistica di $p < 0.05$ o, meglio ancora, di $p < 0.01$ giudichiamo la differenza scientificamente provata e ci crediamo *tout court*.

Prima però di trarre conclusioni definitive faremmo bene a tener presente che il modo con cui facciamo tradizionalmente statistica si differenzia da quello con cui formuliamo un giudizio scientifico e che i punti di arrivo di questi due processi possono non coincidere.

Inoltre, se avessimo la pazienza (e il tempo) di leggere alcuni lavori di statistica e di metodologia clinica apparsi negli ultimi anni diverremmo meno sicuri sulla capacità di prova del valore P o p -value. Questo perché l'espressione $p < 0.05$ non significa come molti pensano (sottoscritto incluso fino a non molto tempo fa) che c'è meno di una probabilità su venti che il risultato sia frutto del caso - quello cioè che più ci interessa di sapere. Invece, stando ai fondamenti teorici del p -value, vuol dire che, mancando in realtà qualsiasi differenza tra i termini a confronto, se per ipotesi ripetessimo

in serie lo stesso esperimento dovremmo aspettarci dal puro caso un risultato uguale o più netto di quello osservato con una frequenza inferiore a una volta su venti. Una informazione di minor valore della precedente perché indiretta.

La corretta interpretazione del p -value non è senza implicazioni pratiche. Infatti alcuni teorici hanno ripetuto i calcoli e visto che basare il p -value oltre che sul dato ottenuto anche su quelli solo ipotizzati aumenta artificialmente la significatività col pericolo di produrre risultati che sono falsi positivi.

Attualmente una seconda misura della significatività statistica, l'intervallo di confidenza, viene di regola riportato assieme al p -value. L'intervallo di confidenza è un utile complemento perché fornisce ulteriori informazioni quali l'entità dell'effetto osservato.

Esso tuttavia appartiene allo stesso tipo di statistica detta frequentistica del p -value ed è in principio soggetto alle limitazioni di quest'ultimo.

Un altro svantaggio della statistica frequentistica, oggi generalmente in uso, è quello di essere insensibile alla probabilità a priori che l'ipotesi clinica in esame sia corretta. Ciò comporta un notevole problema perché i RCT testano ipotesi che hanno gradi differenti di plausibilità biologica e appare ragionevole che questa dimensione venga considerata nel calcolo della significatività. Dati

MAURIZIO PANDOLFI

Già Ordinario di Oculistica all'Università di Lund

di metodologia clinica ci dicono infatti che è più facile ottenere risultati falsi positivi da ipotesi improbabili che da ipotesi probabili.

Esiste un altro tipo di statistica, la statistica bayesiana, che nel calcolo tiene conto della probabilità a priori che l'ipotesi messa alla prova sia corretta aggiornandola alla luce del risultato. Questa statistica ha anche il vantaggio di darci direttamente la probabilità che il risultato ottenuto sia solo accidentale – una proprietà, ripetiamo, che manca alla statistica frequentistica. Tuttavia, oltre a comportare calcoli complessi, la statistica bayesiana richiede di quantificare la probabilità a priori dell'ipotesi clinica, una valutazione che se pur basata su dati oggettivi (basi scientifiche della terapia, supporto di pubblicazioni precedenti ecc) ha inevitabilmente una componente "soggettiva". Alcuni statistici hanno comunque descritto metodi per standardizzare il computo sicché entro certi limiti è possibile vedere a quali valori corrisponde all'incirca il p-value a seconda della probabilità a priori conferita all'ipotesi da vagliare. Così secondo i calcoli di uno di questi studiosi (Matthews 1999) se testiamo una ipotesi sulla cui validità siamo abbastanza scettici (probabilità a priori che l'ipotesi sia vera = 0.1) un p-value "significativo" di 0.01 implicherebbe una probabilità che la differenza osservata è dovuta solo al caso di 0.37: un valore non più significativo. Questa divergenza aumenta tanto più quanto meno plausibile è l'ipotesi clinica messa alla prova. Ecco un esempio tratto dalla letteratura oculistica.

Secondo un RCT apparso anni fa sulla rivista *Ophthalmology*, estratti di Ginkgo biloba hanno l'effetto di restituire in parte la perdita di campo visivo causata da un tipo di glaucoma. La differenza tra il gruppo trattato e quello di controllo era significativa con un p-value=0.0001. Vista l'altissima significatività dobbiamo credere senz'altro al risultato e rallegrarci pensando a questi pazienti?

Meglio attendere perché il metodo inferenziale usato non ha tenuto conto di un fattore importante: la scarsa verosimiglianza che un estratto

vegetale limitatamente purificato, il cui meccanismo d'azione sul nervo ottico è solo congetturale (si pensa principalmente a un miglioramento del microcircolo), produca in breve tempo un evento del tutto inconsueto come la riattivazione degli assoni retinici resi atrofici dal glaucoma. Infatti se rifacciamo i calcoli dando alla ipotesi clinica una probabilità a priori del 5% otteniamo una probabilità che la differenza osservata è solo opera della fortuna di circa 0.01. Valore ancora statisticamente significativo ma assai meno, e la cui rilevanza è ulteriormente indebolita dal fatto che manca tuttora una verifica indipendente del risultato. Insomma, ipotesi inizialmente implausibili non sono rese plausibili dalla sola significatività.

L'opportunità di inserire nel calcolo statistico la plausibilità preliminare dell'ipotesi in esame vale anche nella ricerca di base come la biologia molecolare applicata alla genetica ove una bassa probabilità a priori che sia vera l'associazione variazione genetica-malattia favorisce l'occorrenza di risultati falsi positivi (Wacholder et al 2004).

In conclusione, una ancora maggiore cautela sembra consigliabile nel dare credito ai risultati positivi di molti studi clinici convalidati dalla statistica attualmente in uso. Penso che ci siano almeno tre ragioni per farlo. La prima è la debolezza logica alla base della statistica frequentistica che non ci informa direttamente, come spesso crediamo, sulla probabilità che i dati osservati siano soltanto un prodotto del caso. La seconda è conseguenza diretta della prima ed è l'aumento fittizio della significatività calcolata in questo modo.

La terza è che non viene tenuto conto della validità dell'ipotesi clinica in esame con la conseguente tendenza a dar credito a terapie aventi una plausibilità biologica incerta.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: mauri.pandolfi@gmail.com

TM

Piazza della Vittoria

AGOSTINO LUCARELLA

Molti si saranno chiesti perché si chiami così: fra essi, il sottoscritto, pur avendo avuto l'abitazione nella stessa piazza da diversi anni. Prima si chiamava Piazza Dante.

Ebbene una cosa è certa: la presenza in essa del Liceo Classico "Dante" (con l'apertura principale in via Francesco Puccinotti).

Il cambiamento del nome in Piazza della Vittoria fu dal Comune di Firenze voluto per ricordare la grande vittoria patriottica della "Guerra Mondiale".

È suggestivo comunque che l'immobile più importante della Piazza sia la suddetta Scuola, situata nella parte ovest, destinata ad un'attività scolastica molto importante.

Il nome di Piazza della Vittoria ha fatto assegnamento sull'amore della città di Firenze per il patriottismo, avendolo avuto come fulcro, per averlo posto a contatto fra i cittadini ed il Consiglio Comunale per mantenere le buone tradizioni, "leggendo per non dimenticare".

La programmazione ospedaliera dell'area metropolitana fiorentina

ANALISI STORICA

Negli anni '60 la lungimiranza politica del sen. Luigi Mariotti, ministro della Sanità, e del dr. Enzo Pezzati, presidente dell'Arcispedale Santa Maria Nuova, ha posto le basi per un riordino preliminare della rete ospedaliera. Fu programmato l'ampliamento territoriale della rete con l'inserimento di due nuovi ospedali nelle direttrici meridionali dell'area: Santa Maria Annunziata a sud-est e Nuovo San Giovanni di Dio a sud-ovest.

Negli anni '80, durante il periodo delle Unità sanitarie, le scelte programmatiche sono state condotte autonomamente a livello locale ed è mancata una visione d'insieme dei problemi da risolvere. Una strategia programmatica generale sarà definita soltanto nel decennio successivo.

Comunque la Regione Toscana aveva già avviato le basi per un indirizzo di politica ospedaliera unitaria. Da ricordare, ad esempio, un piano organico per l'ammodernamento degli ospedali, il cui merito va all'architetta Vera Micheletti, in base al quale fu stabilito l'utilizzo dei fondi riferibili al programma straordinario d'investimento nel settore socio-sanitario (Del. C. R. T. 22/1990).

Nella prima fase del piano decennale furono privilegiati gli ospedali delle Unità sanitarie periferiche, nonché quelli dei capoluoghi provinciali di Pisa, Siena ed Arezzo. Per la seconda fase è diventata prevalente e inderogabile l'esigenza rivolta agli ospedali di Firenze, inclusi nella rete integrata dell'area metropolitana. Di questi investimenti hanno beneficiato gli ospedali aziendali, in particolare la ristrutturazione di Careggi e il trasferimento del Meyer nella nuova sede, nonché i presidi ospedalieri dell'ASL di Firenze, in particolare l'ampliamento del Nuovo San Giovanni di Dio, la ristrutturazione di Santa Maria Nuova e dell'ex IOT.

Negli anni '90 oltre alla programmazione regionale si sviluppa anche quella del Comune di Firenze, quando era sindaco il prof. Mario Primicerio, esplicitata nel piano di settore socio-sanitario, il cui merito va attribuito all'ex assessore alla Sicurezza sociale dr. Marco Geddes da Filicaia. Con questo moderno strumento di governo l'Amministrazione comunale esercitava in modo organico il proprio ruolo di pianificazione e di coordinamento. Le scelte inerenti gli ospedali vengono affrontate in funzione

delle politiche urbanistiche e dell'integrazione con i servizi socio-sanitari.

In questo stesso decennio prende corpo la programmazione aziendale.

Il piano attuativo (PAO) di Careggi prevede l'accentramento delle attività e la conseguente dismissione delle sedi

esterne (Monna Tessa, Villa Ognissanti, Ponte Nuovo) che saranno utilizzate per altre destinazioni. Prevede inoltre la dotazione di adeguate infrastrutture per potenziare la viabilità e facilitare l'accesso (trasporto pubblico, aree di parcheggio, servizi di accoglienza, verde attrezzato). Per il Meyer fu deciso e oggi realizzato il suo trasferimento dalla sede storica a Villa Ognissanti, previa una conforme volumetria aggiuntiva.

Con i suoi piani attuativi (PAL) l'Azienda sanitaria di Firenze ha programmato il riordino della rete ospedaliera. Gli atti deliberati e approvati dalla Conferenza dei sindaci propongono la razionalizzazione del sistema ospedaliero aziendale, disomogeneo e parcellizzato. Come processo di potenziamento e di deospedalizzazione nel triennio 1996-'98 è stata attuata la dismissione dei piccoli ospedali e la loro riconversione in presidi sanitari polifunzionali. È stata effettuata inoltre la riconversione dello IOT da ospedale monospécialistico a presidio ospedaliero polivalente, a vocazione prevalentemente riabilitativa. Con questi provvedimenti è stato messo in atto un iniziale ma tempestivo riequilibrio distributivo, di personale, di strutture specialistiche, di attrezzature medicali, nonché la soppressione estemporanea di oltre 300 posti-letto.

LUCI ED OMBRE DELLA PROGRAMMAZIONE

L'analisi critica della politica sanitaria che ha interessato l'area metropolitana fiorentina negli anni '90 porta a considerare in primo luogo che la programmazione a livello regionale, comunale, aziendale è stata sviluppata con una visione organica, superando le logiche settoriali ed incongruenti operate negli anni '80 durante il regime delle otto Unità sanitarie locali.

In secondo luogo, come considerazione di carattere generale, si può ritenere che la programmazione, apprezzabile sul piano strategico, non lo sia stata invece sul piano attuativo. In altri termini alla

SANDRO BOCCADORO

Ex direttore sanitario dell'ASL di Firenze

fase della pianificazione complessiva non ha fatto riscontro una successiva fase di interventi coerenti e tempestivi.

La remora delle dilazioni e dei ritardi negli adempimenti di ristrutturazione ospedaliera ha determinato situazioni di grave disagio ed ha procrastinato di anno in anno gli interventi rivolti all'ammodernamento dei reparti al fine del comfort e della sicurezza, come stabilito dalla normativa dell'accreditamento in vigore dal 1997. Comunque, a fronte delle vecchie degenze che insistono ancora in molti padiglioni di Careggi e negli ospedali dell'Azienda sanitaria, si deve rilevare che i nuovi reparti prospettano requisiti strutturali e funzionali propri degli ospedali moderni.

Nel contesto della strategia programmatica si delinea un *interrogativo di fondo*, che per anni è stato oggetto di dibattiti, e riguarda l'opportunità o meno della scelta politica di ristrutturare il policlinico di Careggi anziché ricostruirlo ex novo.

La problematica coinvolge *due aspetti*. Il primo, dalle conseguenze transitorie, va riferito ai disagi e alle difficoltà prodotte dalle interferenze tra le attività di cantiere e quelle dell'ospedalità, che si protraggono già da molti anni. L'esempio del Meyer, trasferito in blocco in un presidio nuovo, evidenzia che sotto questo punto di vista la scelta è stata inopportuna. Il secondo aspetto comporta invece conseguenze permanenti.

Il processo di rinnovamento, avviato soltanto negli anni '90, prende consistenza nel decennio successivo. Con il piano generale del "nuovo Careggi" si decide di demolire il 60% della volumetria esistente, di ricostruire una serie di padiglioni nuovi e di ristrutturare quelli rimanenti.

I quattro chilometri di tunnel sotterranei, il lungo percorso pedonale coperto e quello sovrastante di interconnessione sanitaria renderanno sicuramente più confortevole la percorrenza, ma non attenueranno i disagi funzionali dei collegamenti a grandi distanze.

Sotto il profilo tipologico un ospedale nuovo sarebbe risultato conforme al criterio attuale dei monoblocchi a sviluppo prevalentemente orizzontale. Invece la realtà di Careggi, pur adeguatamente ammodernato, rimarrà sempre quella di un "ospedale a padiglioni separati": piastra dei servizi sanitari, monoblocco dell'emergenza, San Luca, clinica medica, maternità, CTO, polo oncologico a Ponte-nuovo e ... Meyer.

In conclusione però *l'interrogativo* sull'opportunità della scelta fatta troverà risposta quando il "nuovo Careggi" sarà ultimato e funzionante a pieno regime.

UN PROBLEMA NON RISOLTO

Il piano guida di settore socio-sanitario del Comune di Firenze nel 1999, pur riconfermando il ruolo di Santa Maria Nuova, ne evidenzia i gravi problemi di accessibilità e di parcheggio, ritenendo quindi ancora aperta la questione di un nuovo ospedale, in alternativa a Santa Maria Nuova, affrontabile quantomeno in prospettiva di lungo termine.

Nel 1991 l'Amministrazione della USL 10/E

elaborò "uno studio per la riorganizzazione della rete ospedaliera fiorentina". A prescindere dal fatto che l'iniziativa fu sviluppata autonomamente senza coinvolgere le altre Unità sanitarie, dove insistevano i principali ospedali della città, la relazione prospettava l'esigenza di realizzare ex novo un "ospedale del nord-est", ubicato a Coverciano nell'area della caserma VII ORA.

Il problema, pur sembrando oggi anacronistico, mantiene una base di realtà alla luce della collocazione urbanistica di Santa Maria Nuova, coinvolta inevitabilmente nelle difficoltà che investono il traffico nel centro di Firenze. Considerando che sarebbe improponibile una spesa di qualche centinaio di miliardi per costruire un ospedale nuovo, si potrebbe proporre come diversa destinazione di Santa Maria Nuova l'ospedale Piero Palagi ex IOT. Ritengo infatti che questo presidio sia più adeguato sotto il profilo urbanistico e funzionale per rispondere alle funzioni di ospedale centrale della rete metropolitana. Questa ipotesi, scaturita da una riflessione critica riferita attraverso le pagine di Toscana Medica (n°7/2007) non esclude che "lo Spedale" di Folco Portinari, in corso di adeguato ammodernamento, possa continuare a svolgere le funzioni di un presidio socio-sanitario a livello territoriale.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

I processi gestionali ed organizzativi che investono gli ospedali nel regime di aziendalizzazione si ripercuotono inevitabilmente sulla tipologia delle strutture architettoniche, ma si riflettono anche sui livelli qualitativi dell'assistenza. Infatti al rinnovamento degli spazi funzionali devono conseguire efficienza, comfort e sicurezza. Valutando i risultati degli interventi oggi completati si può dedurre che l'aspetto dell'umanizzazione e quello dell'accreditamento sono decisamente apprezzabili, mentre qualche riserva si pone sul piano delle scelte politiche che hanno determinato una commistione di interventi variabili tra l'edificazione, la ricostruzione e la ristrutturazione.

L'aspetto più opinabile è la dilazione dei tempi operativi che vanificano la validità della strategia programmatica. Le scadenze stabilite in sede di programmazione si protraggono per anni: Nuovo San Giovanni di Dio, sono trascorsi 20 anni tra la deliberazione di ampliamento (1989) e l'inaugurazione del nuovo blocco; Santa Maria Nuova, è ancora in corso la ristrutturazione finanziata e progettata nel 1998; il riordino generale di Careggi è iniziato nel 2001 con una previsione di cinque anni per la conclusione dell'impegnativo intervento.

Comunque il processo di programmazione sviluppato nel corso degli ultimi decenni ha prodotto un "sistema" ospedaliero omogeneo nell'area metropolitana fiorentina in grado di assicurare la globalità delle prestazioni richieste. Il sistema, caratterizzato da una rete integrata ed equilibrata, fornisce indubbi vantaggi perché le risorse disponibili nei vari presidi sono adeguatamente distribuite nel territorio di competenza e sono proporzionate ai bisogni della popolazione servita.

TM

Il Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità... dieci anni dopo

Il Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità ha compiuto nel 2009 dieci anni di attività. Ripercorrere di questi dieci anni le tappe di formazione e di impegno nel settore della storia sanitaria potrebbe risultare un po' tedioso e, forse, anche un po' ripetitivo dato che più volte Toscana Medica si è occupata di questa Associazione. Preferiamo, pertanto, cercare di offrire quella che è la sua immagine attuale attraverso quanto rappresentato dagli odierni impegni, dalle mete a medio e a più lungo termine.

Questi dieci anni hanno indubbiamente levigato la fisionomia originale dell'istituzione che da organismo demandato alla tutela, valorizzazione e conservazione di quanto rappresenta testimonianza del progresso medico e sanitario di ambito prettamente fiorentino si è ampliato ad un contesto regionale di più ampio respiro. Il da poco formalizzato ingresso delle istituzioni sanitarie appartenenti all'Area Vasta Centro (aziende di Empoli, Prato e Pistoia, oltre alle già presenti aziende Sanitaria ed Ospedaliero-Universitarie Careggi e Meyer) ha conferito nuovo input alle attività della nostra Associazione.

La maggior parte degli ospedali dell'area fiorentina (così come quelli della Toscana, e non solo) affondano le proprie radici in epoche lontane, circostanza che ha favorito l'accumulo, nel trascorrere dei secoli, di ingenti patrimoni, specialmente in quei settori entro i quali si estrinsecavano le attività medico-assistenziale e formativo-didattica. È questa la genesi di molti importanti fondi librari ed archivistici e delle collezioni di strumentaria.

A queste testimonianze, spesso, si è associata la costituzione di collezioni artistiche di similare grande interesse: le possibilità di studio che forniva l'ospedale sul corpo umano, i personaggi elitari che dirigevano l'istituzione e il mecenatismo di cui era fatto oggetto, hanno comportato donazioni e lasciti che hanno consentito l'accumulo di ingenti opere d'arte che – come nei casi del Santa Maria Nuova di Firenze e dell'Ospedale di Prato – hanno formato veri e propri fondi musealizzabili.

Il trascorrere del tempo non si è dimostrato amico per queste testimonianze pertinenti ad una cultura sanitaria che dal sec. XVIII ha iniziato,

in forma sempre più incalzante, a modificare le proprie prerogative assistenziali e medico-sociali. La generalizzata noncuranza verso tali beni ha in

molti casi comportato – specialmente nel secolo trascorso – incuria e alienazioni.

In tale ambito, il Centro ha svolto da sempre una attività mirata a sensibilizzare gli organi direttivi delle istituzioni sanitarie affinché individuassero, per il settore, funzionari responsabili al fine di concertare iniziative volte alla ricognizione degli oggetti per conoscerne la consistenza e lo stato di conservazione; alla loro messa in sicurezza; alla successiva loro inventariazione o catalogazione.

E i risultati in questi dieci anni di lavoro non sono stati pochi: primo fra tutti quello di costituire una 'rete' di collegamento con le aziende dell'Area Vasta Centro che ha consentito di promuovere giornate di studio (*Corso per referenti del patrimonio storico delle istituzioni sanitarie*, Firenze, febbraio-marzo 2001; *Il Patrimonio storico artistico delle Aziende Sanitarie. Prospettive di tutela e valorizzazione*, Firenze, 9 giugno 2007); di concedere borse di studio per la catalogazione di fondi archivistici (fondo dell'ospedale di Luco di Mugello) o di alcune loro sezioni (come promosso per alcune materie del vasto archivio dell'ospedale di Santa Maria Nuova); di rilevare quei fondi librari storici suscettibili di alienazione (fondi librari apparte-

ESTHER DIANA

Responsabile del Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità



nenti alla Biblioteca dell'Ospedale di Santa Maria Nuova, Biblioteca del Prof. Mya proveniente dal Meyer, fondo di Neuroscienze proveniente dal Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Firenze, biblioteca storica del dismesso ospedale di S. Francesco di Marradi) curandone la collocazione nella propria biblioteca e, per molti di essi, la catalogazione o, laddove esistenti, la trasposizione dei cataloghi in formato digitale all'interno del sistema informatico bibliotecario fiorentino (SDIAF).

Questa attività di tutela e valorizzazione ha ottenuto impulso grazie al diretto interessamento della Regione Toscana, Assessorato al Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà e Assessorato alla Cultura che negli ultimi due anni ha costituito un Comitato Regionale per i patrimoni storici che ha individuato nei tre centri di documentazione di Firenze, Pisa ed Arezzo i coordinatori delle rispettive aree vaste Centro, Nord-Ovest e Sud- Est.

Questo Comitato, nel quale sono rappresentate anche le Università di Firenze, Pisa e Siena e la Soprintendenza Regionale del Ministero dei Beni Culturali, sta attualmente portando avanti due linee di intervento: quella connessa all'inventariazione della strumentaria obsoleta di valore storico – preludio alla costituzione di un deposito organizzato in località Pieve a Ripoli di prossima attivazione grazie al concorso del nostro Centro, dell'ESTAV Centro e dell'Azienda USL di Empoli – e quella relativa alla predisposizione di una scheda per la rilevazione di dati sui servizi bibliotecari e documentari correnti.

In entrambi i casi (ma a breve il Comitato si interesserà anche dei fondi archivistici) lo strumento vincente per garantire la corretta tutela e valorizzazione dei patrimoni storici è stata proprio la coesione tra le forze in campo.

Il promuovere programmi dall'ampia condivisione, la volontà di non disperdere le forze in plu-



rimi organismi settoriali ma di predisporre finanziamenti e progetti rispettando le peculiari competenze degli organi preposti al Comitato, nonché il riconoscere nella Regione Toscana un centrico organismo direttivo, saranno gli elementi vincenti per conseguire la conoscenza della storia medico-assistenziale del nostro territorio tutelandone la fisicità e la memoria. E in tale ambito, un progetto che verrà attivato nel 2010 (e che potrebbe porsi quale primo risultato del sinergismo tra una regione e le istituzioni sanitarie del proprio territorio in materia di valorizzazione e tutela dei patrimoni storici), è proprio quello attinente all'inventariazione della strumentaria obsoleta più sopra accennato. Il lavoro partecipato fra Comitato regionale (e nostro Centro in particolare che già dal 2001 aveva affrontato, per l'area di sua competenza, il tema dell'inventariazione dello strumento sanitario approntando un primo modello di scheda), Ministero dei Beni Culturali, Università di Siena, Istituto e Museo di Storia della Scienza di Firenze porterà, infatti, alla realizzazione di un programma informatico (che verrà fornito a ciascuna delle sedici aziende regionali) nel quale – rispettando quanto espresso dalla scheda ministeriale PST predisposta alla catalogazione del generalizzato strumento storico – troverà semplificazione l'iter compilativo per facilitare l'immissione dei dati da parte di un personale aziendale non esplicitamente addetto alla materia.

Al di là dell'impegno profuso nel settore Area Vasta, altre attività impegneranno a breve il Centro: indugeremo solo nel ricordare quelle di prossima realizzazione. Trattasi di iniziative che vedono il Centro protagonista unico o co-promotore come nel caso del Seminario che si terrà l'8 e il 9 ottobre su *Florence Nightingale a cento anni dalla sua scomparsa* organizzato insieme all'Ufficio Storico della Croce Rossa - Regione Toscana. Questa iniziativa sarà preludio al più importante convegno



internazionale che si terrà nel 2011 in occasione della commemorazione dei centocinquanta anni dall'Unità d'Italia.

Altra iniziativa co-promossa sarà la conferenza che avrà luogo alla fine di ottobre destinata alle scuole medie superiori della Provincia concernente i primi risultati desunti dallo studio – ancora in corso – dei reperti ossei provenienti dagli scavi archeologici effettuati in questi ultimi anni nell'ospedale di Santa Maria Nuova. Lo studio è stato condotto dalla Cattedra di Paleontologia dell'Università di Firenze e patrocinato dalla Soprintendenza Archeologica della Toscana.

In effetti le iniziative volte al mondo della scuola sono sempre state guardate con molta attenzione dalla nostra Associazione, da anni inserita nel circuito del progetto dell'Assessorato alla Pubblica Istruzione del Comune di Firenze, *Le Chiavi della Città*. Infatti, la piccola ma significativa esposizione di strumentaria medica conservata presso la sede del Centro, è diventata il *Museo della Sanità* fiorentina, luogo di visita di scuole che ricevono, durante il percorso espositivo, quelle informazioni sulla storia della assistenza e della cura che rap-

presentano l'anello di congiunzione per comprendere tanti 'passaggi' della storia della città.

Il Centro ha una bella biblioteca. Dopo anni di lavori, il prossimo settembre potrà essere aperta al pubblico una biblioteca specialistica di storia sanitaria e di storia della medicina davvero interessante.

Fra le attività di maggior successo una rilevanza particolare attiene all'attività editoriale, settore seguito sempre con molta attenzione dal Comitato Scientifico del Centro. La lista dei volumi che ci piace allegare e che compongono la Collana della Biblioteca di Medicina e Storia parla da sé. Il Centro è stato il promotore per molti anni (2001-2008) anche della rivista semestrale *Medicina & Storia*, una pubblicazione specialistica di cui adesso parliamo al passato in quanto il Centro ha di recente abdicato alla responsabilità redazionale che è traslata all'Istituto Banfi di Reggio Emilia. Problemi economici ed editoriali hanno indotto questa scelta.

A conclusione di questa breve sintesi abbiamo lasciato per ultimo un altro 'impegno' del Centro perseguito fin dalla sua costituzione: quello che lo

DIECI ANNI DI PUBBLICAZIONI

Pubblicazioni della Collana "Biblioteca di Medicina e Storia" curata dal Centro di Documentazione per la Storia dall'Assistenza e della Sanità - 1995-2008.

GIUSEPPE PARIGINO (a cura di), *Angelo Nannoni, Trattato sulle malattie delle mammelle*, Introduzione di E. Stumpo. Postfazione di C. Crisci, Firenze, Le Lettere, 1995.

GIUSEPPE PARIGINO (a cura di), *Filippo Baldinucci, Diario spirituale*, Introduzione di E. Stumpo, Firenze, Le Lettere, 1995.

ALLEN J. GRIECO, LUCIA SANDRI (a cura di), *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XII-XVI secolo*, Firenze, Le Lettere, 1997.

ALESSANDRO DINI (a cura di), *Il medico e la follia. Cinquanta casi di malattia mentale nella letteratura medica italiana del Seicento*, Presentazione di F.M. Ferro, Firenze, Le Lettere, 1997.

GRAZIELLA MAGHERINI, VITTORIO BIOTTI (a cura di), *'Un luogo della città per la custodia dei pazzi'. Santa Dorotea dei Pazzereelli di Firenze nelle deliberazioni della sua congregazione (1642-1754)*, Firenze, Le Lettere, 1997.

HALINE LORENC, ROBERTA MASINI (a cura di), *La medicina italiana nell'Europa moderna. Cataloghi delle opere italiane nelle biblioteche europee*, Firenze, Le Lettere, 1998.

SUSANNA PELLE (a cura di), *Giovanni Targioni Tozzetti, Relazioni forensi. Ambiente, igiene e sanità nella Firenze dei Lorena*, Prefazione di M. Geddes da Filicaia, Introduzione di E. Stumpo, Postfazione di F. Abbri, Firenze, Le Lettere, 1998.

JOHN HENDERSON, *Pietà e carità nella Firenze del Basso Medioevo*. Presentazione di C. Martini. Firenze, Le Lettere, 1998.

ESTHER DIANA, *San Matteo e San Giovanni di Dio: due ospedali nella storia fiorentina. Struttura nosocomiale, patrimonio fondiario e assistenza nella Firenze dei secoli XVI-XVIII*, Firenze, Le Lettere, 1999.

MARIA MANNELLI GOGGIOLI (a cura di), *Antonio Cocchi, Relazione dello Spedale di Santa Maria Nuova di Firenze*, Introduzione di R. Pasta, Firenze, Le Lettere, 2000.

BRENDAN DOOLY (a cura di), *Giovanni Baldinucci, Quaderno. Peste, guerra e carestia nell'Italia del Seicento*, Firenze, Polistampa Ed., 2001.

LUIGI GUERRINI, *Antonio Cocchi, naturalista e filosofo*, Firenze, Polistampa Ed., 2002.

MANUELA FAUSTI (a cura di), *Edoardo Scarfoglio, Il romanzo di Misdea*, Firenze, Polistampa Ed., 2004.

MASSIMO ALIVERTI (a cura di), *Pietro Cipriani e la medicina del suo tempo*, Firenze, Polistampa Ed., 2004.

ESTHER DIANA (a cura di), *Silvio Berti, La Lebbra a Firenze. I luoghi e i personaggi*. Premessa di E. Panconesi, Firenze, Polistampa Ed., 2005.

ENRICO GHIDETTI, ESTHER DIANA (a cura di), *La bellezza come terapia. Arte e assistenza nell'ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze*, Firenze, Polistampa Ed., 2005.

EDWIGE FUSARO, *La nevrosi tra medicina e letteratura*, Firenze, Polistampa Ed., 2007.

OTHMAR KEEL, *La nascita della clinica in Europa*, Firenze, Polistampa Ed., 2007.

GIULIO BARSANTI (a cura di), *In camicia. L'uomo e altre scimmie nelle riflessioni, gli sberleffi e le allucinazioni di letterati, filosofi e naturalisti*, Firenze, Polistampa Ed. 2008.

lega al patrimonio storico appartenente all'Azienda Sanitaria di Firenze. In particolar modo, al vasto patrimonio artistico che in questi anni, in conformità con gli organi preposti aziendali, ha potuto essere posto in sicurezza, inventariato o catalogato, in molti casi restaurato e, infine, nei suoi più rilevanti beni, esposto nelle due mostre – *Santa Maria Nuova e gli Uffizi. Vicende di un patrimonio nascosto* del 2006 e *Il Tesoro liturgico dell'Ospedale di Santa Maria Nuova* del 2009 – che vogliamo credere possano rappresentare un preludio a quel percorso museale che, in un futuro prossimo, dovrebbe essere costituito nel piano dirigenziale di Santa Maria Nuova.

Nel ricordare in breve questi primi dieci anni di vita del Centro al cui interno ho sempre operato, sento il dovere di assumermi il compito di ringraziare alcune persone che hanno 'fatto' la storia del Centro: dal Professore Emiliano Panconesi,

al Primo Direttore del Centro, Professore Sandro Boccadoro, al Dr. Andrea Bernabei della Regione Toscana che si è profuso per la sua costituzione. Al Professore Enrico Ghidetti che ha sempre presieduto con molto equilibrio e professionalità il Comitato Scientifico, ai membri tutti che in questi anni si sono succeduti nella composizione di questo stesso Comitato.

Un ringraziamento particolare va rivolto a coloro che del Centro hanno rappresentato le 'colonne': al Dr. Antonio Panti, Presidente dell'Ordine dei Medici e al Dr. Marco Geddes da Filicaia, primo, indimenticato Presidente del Centro. Ed infine, ma non certo ultimo, un ringraziamento all'attuale Presidente, Ing. Luigi Marroni che, quale Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Firenze, è riuscito a svolgere – e continua a riuscire – un duplice ruolo non sempre di facile dipendenza. **TM**

Dai fitocannabinoidi ai cannabinoidi di sintesi

Quale ruolo terapeutico?

La Cannabis fu una delle prime piante coltivate ad uso agricolo dall'uomo. L'uso della Cannabis come fibra, per corde e più tardi per tessuti, e come alimento (semi e olio estratto dai semi) sembra molto più antico della scoperta delle proprietà psicoattive e dell'uso di tale sostanza come inebriante e come farmaco. Il principale agente psicoattivo della Cannabis è il tetraidrocannabinolo (THC). In quantità equivalenti si ritrovano anche i cannabinoli ed i cannabidioli dotati di una trascurabile psicoattività.

Fino al 1937 (anno della proibizione in USA), la Cannabis costituì uno dei farmaci maggiormente usati e venduti liberamente per molti scopi.

In Italia, fino agli anni '30, erano presenti nella Farmacopea Ufficiale sia l'estratto che la tintura di Cannabis indica. Dopo la proibizione americana, la legislazione e la medicina ufficiale si allinearono rapidamente in quasi tutto il mondo e la Cannabis fu praticamente dimenticata da farmacisti e medici.

Il merito della prima seria rivalutazione scientifi-

ca della Cannabis spetta al prof. Lester Grinspoon, psichiatra dell'Università di Harvard, che, negli anni dell'allarme collettivo per l'uso della marijuana nei campus americani e per la sua interconnessione con la ribellione giovanile e la protesta contro la guerra nel Vietnam, con il suo testo classico 'Marijuana

reconsidered' del 1971 fece un attento esame della letteratura scientifica disponibile e ne rivalutò l'importanza dal punto di vista terapeutico.

Negli anni 1980-1990 ci fu la svolta decisiva: la ricerca scientifica scoprì che il corpo umano possiede specifici siti di legame endogeni cui si legano i derivati della cannabis e, successivamente, nel 1992 si scoprì che il nostro organismo produce esso stesso diversi cannabinoidi endogeni (endocannabinoidi), derivati degli acidi grassi della membrana cellulare, che si legano ai recettori cannabinoidi costituendo il 'sistema endocannabinoide' che partecipa alla modulazione di numerose reazioni chimiche. Da allora si sono succeduti numerosi studi nel tentativo di conoscere tale sistema metabolico e sfruttarne le possibilità terapeutiche.

A tutt'oggi sono stati identificati due tipi di

LUCIA DI BELLO

*Dirigente medico Anestesia e Rianimazione,
Ospedale S. Giovanni di Dio Orbetello, ASL 9, Grosseto
(tratto da tesi di Master II livello in Fitoterapia
Università degli Studi di Siena)*

recettori cannabinoidi, recettori CB1 e CB2. La attivazione dei recettori CB1 produce effetti sulla circolazione e la psiche simili a quelli della ingestione di Cannabis. I recettori CB1 si trovano principalmente sulle cellule nervose di encefalo, midollo spinale e sistema nervoso periferico. Poiché la loro espressione a livello del tronco encefalico (controllo respirazione e circolo) è bassa, questo potrebbe spiegare la mancanza di mortalità cannabis correlata.

I recettori CB2 sono presenti principalmente nelle cellule immunocompetenti, tra cui i leucociti, la milza e le tonsille.

Una delle funzioni dei recettori CB nel sistema immunitario è la modulazione del rilascio di citochine, responsabili della risposta infiammatoria e della regolazione del sistema immunitario.

Dal momento che i composti che attivano selettivamente i recettori CB2 (agonisti dei recettori CB2) non esplicano effetti psicoattivi, essi sono diventati oggetto di studi sempre più numerosi per l'uso terapeutico dei cannabinoidi in particolare per quanto riguarda gli effetti analgesici, antinfiammatori e antitumorali.

Tra gli endocannabinoidi sino ad ora identificati ci sono l'anandamide (dal sanscrito ananda=gioia suprema), N-arachidonoil-etanolamide, AEA, il 2-arachidonoilglicerolo (2-AG), il 2-arachidonilgliceriletere (noladin etere), la O-arachidonoil-etanolamina (viroadamina), e la N-arachidonoil-dopamina (NADA).

L'industria farmaceutica ha prodotto differenti cannabinoidi sintetici.

Alcuni di questi (Dronabinol, Nabilone e Sativex) sono stati registrati per uso terapeutico e vengono correntemente commercializzati in diversi paesi come Gran Bretagna, Olanda e Canada.

Le patologie che si giovano del trattamento con cannabinoidi naturali o di sintesi si dividono in base alla efficacia dimostrata. Il loro **effetto è scientificamente dimostrato** nella terapia della nausea e del vomito da chemioterapia, nella stimolazione dell'appetito nei pazienti con sindrome da deperimento AIDS-correlata, nel trattamento del dolore neuropatico. Il loro **effetto è relativamente confermato** nella spasticità muscolare (sclerosi multipla, sindrome di Tourette), nell'asma e nel glaucoma; il loro **effetto non è del tutto confermato** anche se viene riferito beneficio nelle allergie, nelle patologie infiammatorie, nella epilessia, nel singhiozzo intrattabile, nella depressione, nelle patologie autoimmuni e in alcune neoplasie (glioblastoma).

Già da alcuni anni sono disponibili in commercio (in Canada, Germania, Inghilterra, Olanda, e USA) derivati della Cannabis assumibili per via orale: il dronabinol e il nabilone. La via di somministrazione per os ha alcuni limiti: una parte dei principi attivi è inattivata nel passaggio attraverso il fegato; l'effetto farmacologico ha una lunga latenza; nel caso di assunzione per trattamento anti-nausea e anti-vomito tale via di somministrazione risulta inadeguata.

Nel tentativo di superare questi limiti è stato proposto l'impiego di spray sublinguali. Negli USA la American Cancer Society ha finanziato ricerche per la messa a punto di sistemi a rilascio transdermico (cerotti TTS). Sempre negli USA, inoltre, i risultati di un recente studio della NORML (National Organization for the Reform of Marijuana Laws) richiamano infine l'attenzione sui vantaggi legati all'inalazione dei cannabinoidi tramite appositi dispositivi denominati vaporizzatori. Lo studio ha mostrato che è possibile vaporizzare il THC ad una temperatura largamente inferiore a liberare sostanze volatili cancerogene.

In Italia, con il DM 18 aprile 2007 sono stati inseriti nella Tabella II, sezione B delle sostanze stupefacenti e psicotrope derivanti dalla Cannabis, il delta-9-tetraidrocannabinolo ed il trans-delta-9-tetraidrocannabinolo (Dronabinol). Inoltre, nella stessa Tabella, è stato inserito un farmaco cannabinoidi di sintesi, il nabilone. L'introduzione dei cannabinoidi nella Tabella II, sezione B delle sostanze stupefacenti e psicotrope, rende possibile il loro utilizzo nella terapia farmacologica e crea le basi normative per autorizzarli all'ammissione in commercio nel mercato italiano. In realtà, allo stato attuale, non sono ancora presenti nel mercato nazionale medicinali a base di tali sostanze farmacologiche né sono reperibili nelle farmacie aperte al pubblico. I medici che ritengono di sottoporre propri pazienti a terapia farmacologica con cannabinoidi, a proprie spese, devono richiederne l'importazione dall'estero all'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute.

TM

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

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

B.D.A. Computer & Software

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

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

L'errore di commettere errori

ANTONIO PANTI

“Non ci è mai piaciuto morire. Perché cambiare idea ora che la scienza offre sempre nuove possibilità?”

Ivan Cavicchi

“Medicina e sanità, snodi cruciali”

Oggi si è creata una miscela esplosiva tra *errore*, un evento non pianificato che può danneggiare il paziente, *rischio*, connaturato ai moderni processi assistenziali complessi, e *fallibilità della scienza*. Nella medicina è insita la possibilità del risultato negativo in qualsivoglia e sia pur corretta procedura clinica. La confusione tra rischio, errore e fallibilità della scienza, potendone conseguire comunque un risultato negativo della cura, ha creato il mito della medicina quale professione fonte di rischio e quindi del malato come vittima da risarcire. Il medico è diventato, nell'immaginario, l'infallibile sacerdote di una scienza, ahimé, assai fallibile e il clima in cui opera non è dei più favorevoli alla serenità. Il cittadino che ritiene di aver subito un danno (spesso il medico ha semplicemente sbagliato il modo di comunicare) prima vuole una sorta di giustizia morale, poi chiede il risarcimento. Dopo un intervento anche ben riuscito sembra talora di assistere a una stravagante equazione: “mi avete tolto qualcosa ora voglio essere risarcito!”.

La recente novità legislativa dell'obbligo del tentativo di conciliazione (in Toscana già anticipata dalla diretta assunzione assicurativa da parte delle ASL) è comunque rilevante, ma la questione è più complessa, ha risvolti radicati nell'evoluzione del costume. È possibile dipanare questa intricata matassa?

L'articolo 14 del Codice Deontologico impone al medico di operare per garantire la sicurezza del paziente, la prevenzione e la gestione del rischio clinico, “al fine del miglioramento della qualità delle cure”. Tuttavia i clinici rivendicano il diritto all'incertezza scientifica e ricordano che l'errore è insito nel loro lavoro a causa del probabilismo di ogni decisione medica.

È implicita nel Codice la possibilità di commettere, durante le normali procedure cliniche, errori di ogni tipo (tralasciamo qui la classificazione ergonomica degli errori). Compito del *risk management* è di trasformare gli errori in un'occasione di miglioramento della qualità delle cure perché se ne elimina la causa e si creano le condizioni per non ripeterli. E gli errori possono essere, anche se in minoranza, cognitivi e implicare quindi necessità formative se non sanzionatorie. Però sap-

priamo che la stragrande maggioranza degli eventi avversi o dei cosiddetti “near misses” è dovuta a problemi organizzativi. Lo sforzo del risk management è di far capire ai magistrati e alla cittadinanza che occorre agire sulle componenti esterne al lavoro medico; di fatto si vuol spostare la “colpa” in senso giuridico e organizzativo dal medico alla struttura.

Ma questa lenta e faticosa vittoria del buon senso non cambia la questione di fondo, la distinzione tra fallimento e errore, confusione che spiega molte delle incomprensioni tra medicina e società. Vi sono eventi prevenibili e non prevedibili, altri prevedibili e non prevenibili. I primi sono gli errori di cui si occupa il risk management, gli altri rappresentano il limite odierno della scienza e della tecnica medica, un limite continuamente superato e che quindi illude che gli eventi avversi scompaiano. Purtroppo né i danni, conseguenti a errori prevenibili, né i fallimenti, dovuti ai limiti oggettivi della scienza, potranno mai essere eliminati. Non confonderli sarebbe un vantaggio per i cittadini e consentirebbe un ragionamento corretto sul diritto a sbagliare, rivendicato dai medici.

L'impossibilità di prevenire eventi che sappiamo possibili è connaturata al probabilismo della scienza medica e alla complessità del giudizio clinico. Non occorre addentrarsi nei complicati meandri della metodologia né ripetere l'insegnamento di Murri per riaffermare un concetto che la società sembra aver smarrito, quello che avvengono più cose nel corpo e nella mente dell'uomo di quante la scienza ne possa pensare.

Quindi rischio, sicurezza, danno, risarcimento, miglioramento della qualità, e, dall'altro lato, fallibilità del giudizio e incertezza della scienza debbono trovare un equilibrio nei confronti dei pazienti e dei cittadini. E il concetto di colpa? Lasciamolo a quando lo sbaglio discende da imprudenza, imperizia o negligenza, dandogli soltanto una mera valenza risarcitoria.

Occorre invece riflettere sulla medicina, la più complessa delle discipline con la più complicata metodologia, una prassi a metà tra arte e scienza, più da governare che da gestire, un'impresa sociale costosa e poliedrica; il medico ha il diritto di sbagliare. La conciliazione obbligatoria, il risk management finalmente privato di ogni colpevolizzazione, la capacità del medico di affrontare gli errori per affinare la qualità del giudizio e la sicurezza delle cure, sono precondizioni per offrire un miglior servizio ai cittadini e rendere più efficace il sistema.

TM

Pubblichiamo la prima *Dear Doctor Letter* inviata dalla Commissione Terapeutica Regionale ai medici toscani, che affronta un tema di grande rilevanza clinica: la terapia clinico-farmacologica della Ipertensione.

Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione

Premessa

Secondo il Codice Deontologico, l'appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. L'autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario. Uno dei principi basilari dell'appropriatezza prescrittiva prevede che, a parità di efficacia documentata e di applicabilità al singolo paziente di farmaci diversi, venga preferito quello a costo inferiore.

Pertanto, pur rispettando la libertà di prescrivere in base al quadro clinico del paziente, l'uso di farmaci più costosi, a parità di risultati terapeutici, oltre ad essere in contrasto con le regole deontologiche della professione medica, potrebbe costringere il Sistema Sanitario ad adottare provvedimenti amministrativi tesi a porre vincoli prescrittivi che consentano un riequilibrio economico del sistema sanitario. Ciò può essere evitato se ogni singolo attore del sistema contribuisce alla valutazione appropriata della terapia.

La Commissione Terapeutica Regionale (CTR) in collaborazione con alcuni esperti del settore, ha ritenuto opportuno affrontare alcuni aspetti della terapia farmacologica dell'ipertensione, dando priorità alle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (SRA), ed in particolare agli antagonisti dell'angiotensina II (sartani), con l'intento di migliorare i risultati delle terapie farmacologiche garantendo, al tempo stesso, la sostenibilità economica del sistema.

Quadro della prescrizione nella Regione Toscana

Sulla base dei dati relativi al consumo di farmaci con onere a carico SSR, nell'anno 2009 i pazienti toscani trattati con sostanze attive sul sistema renina angiotensina sono stati 715 mila, pari a circa un quinto della popolazione toscana. Nello

stesso periodo sono state erogate a carico SSN oltre 200 milioni di unità posologiche pari a circa 10 milioni di confezioni per una spesa di 110 milioni di euro, cioè il 18% della spesa farmaceutica convenzionata. Nel 2009 gli ACE-inibitori, rispetto al totale delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina hanno rappresentato il 69,8% in termini di confezioni e il 37% in termini di spesa, la differenza è spiegata dal diverso costo medio ponderato per confezione che è stata pari a 5,99 euro per gli ACEI e a 23,70 euro per i sartani.

Utilizzo dei bloccanti del sistema renina-angiotensina (ACE-inibitori e Sartani) nella pratica clinica quotidiana rispettando l'etica prescrittiva e i principi della farmacologia clinica

Nonostante, secondo i dati dell'OMS, l'ipertensione arteriosa rappresenti la prima causa di morte al mondo, non più del 40% della popolazione ha la pressione arteriosa ben controllata (<140/90 mmHg).

Uno dei principali motivi che impediscono di ottenere un adeguato controllo dei valori pressori è il dosaggio non adeguato dei farmaci. Troppo spesso la scelta della molecola sembra sia il solo aspetto importante per una corretta terapia antipertensiva. Al contrario, la conoscenza della farmacologia clinica dei diversi farmaci è fondamentale per raggiungere gli obiettivi del controllo pressorio, che non sono rappresentati solo dall'entità della riduzione della pressione arteriosa, ma anche dal fatto che questo effetto deve essere omogeneo nelle 24 ore. Questo concetto è estremamente importante soprattutto per quanto riguarda la terapia con i farmaci che bloccano il sistema renina-angiotensina (SRA).

Gli ACE-inibitori e i sartani, infatti, svolgono un ruolo fondamentale nella terapia del paziente iperteso, non tanto per l'efficacia nella riduzione dei valori pressori, che è simile per tutte le classi di farmaci antipertensivi, ma per gli effetti specifici su molte complicanze d'organo caratteristiche dell'ipertensione arteriosa (ipertrofia ventricolare sinistra, microalbuminuria, rigidità arteriosa), su patologie associate (post-infarto, scompenso car-

diaco, insufficienza renale diabetica e non diabetica, prevenzione della fibrillazione atriale) e con un favorevole profilo metabolico, soprattutto prevenzione del diabete mellito. Un'altra caratteristica fondamentale di questi farmaci è l'elevata tollerabilità, simile per le due classi con l'eccezione della tosse, che caratterizza più frequentemente la somministrazione di ACE-inibitore rispetto ai sartani, con un'incidenza comunque che non supera il 20%.

Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si decide di bloccare il SRA. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre secondaria alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore in quanto non esiste una condizione clinica per la quale i sartani siano da preferirsi agli ACE-inibitori.

Nella somministrazione di un ACE-inibitore bisogna fare attenzione al dosaggio. Questi farmaci, infatti, presentano una curva dose-risposta piatta, e la differenza tra le varie dosi non è nell'efficacia ipotensiva, ma nella durata d'azione; in altri termini, l'entità assoluta della riduzione della pressione arteriosa indotta da una dose bassa di ACE-inibitore è simile a quella di una dose alta, mentre la differenza è nella durata d'azione. Ad esempio, se si somministra enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo che si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) è lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 20 mg. La differenza è che mentre i 5 mg finiscono il loro effetto dopo 6 ore, i 20 mg coprono le 24 ore. Pertanto, non ha senso utilizzare nel paziente iperteso bassi dosaggi di ACE-inibitori.

Perché esistono in commercio formulazioni di ACE-inibitori a basso dosaggio? Alcune di queste derivano da titolazioni non ben eseguite nella fase di sviluppo della molecola (tipico esempio è il ramipril alla dose di 2.5 e 5 mg, quando la dose di 10 mg, per altro quella impiegata negli studi clinici, è l'unica che ha una durata d'azione che si avvicina alle 24 ore). Altri dosaggi, ad es. l'enalapril o il lisinopril da 5 mg, sono stati invece messi in commercio per l'inizio della terapia dello scompenso cardiaco. Il paziente scompensato in genere ha valori pressori normali/bassi e pertanto è necessario valutare la tollerabilità dell'ACE-inibitore, farmaco salva-vita in questo tipo di paziente. Proprio le caratteristiche di questi farmaci consentono di avere un test prova efficace con la dose bassa: se il paziente, infatti, tollera la riduzione dei valori pressori determinata dal basso dosaggio, siamo sicuri che tollererà anche la dose piena, la quale per altro è necessaria per assicurare una completa

protezione d'organo.

Per quanto riguarda invece i sartani si apre una fase nuova, generata dalla perdita di brevetto del losartan. La conseguente spiccata riduzione del prezzo di questa molecola, farmaco per altro corredato di una **validazione scientifica di primissimo livello**, pone il losartan come prima scelta tra i vari sartani. Sulla base degli studi clinici, e delle conseguenti indicazioni, resta difficile poter giustificare la prescrizione degli altri farmaci della stessa classe. È necessario però sottolineare che anche nel caso del losartan esiste un problema di posologia. La dose di 50 mg, infatti, non solo è poco efficace in monoterapia, ma non è neppure la dose di riferimento degli studi clinici (ad es. LIFE e RENAAL) che hanno invece utilizzato la dose di 100 mg, che non dovrebbe essere considerata una dose alta, bensì la dose standard di riferimento. Un problema pratico può derivare dal fatto che non esiste la combinazione fissa di questo dosaggio con l'idroclorotiazide da 12.5 mg (un dosaggio di diuretico particolarmente e giustamente apprezzato nella pratica clinica quotidiana), ma solo con la posologia da 25 mg che spesso può determinare un'eccessiva riduzione della pressione arteriosa.

Nonostante questa limitazione, è evidente che nella maggior parte delle condizioni cliniche **il losartan rappresenta la scelta logica tra i vari sartani**.

D'altra parte il concetto della miglior terapia al costo più basso sarà ancor più eclatante tra poco più di 12 mesi quando scadrà il brevetto del valsartan: in quel momento la terapia ai costi più bassi infatti potrà giovare delle indicazioni terapeutiche di queste due molecole, insieme alle possibilità posologiche offerte dal valsartan.

Confronto prezzi

Sulla base dei costi medi ponderati per unità posologica per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina, registrati in Toscana nel mese di maggio 2010 si evidenzia, come da Tabella 1, una forte variabilità del costo annuo per terapia.

Considerazioni di carattere economico

Come già evidenziato i sartani dovrebbero essere utilizzati al massimo nel 20% dei casi trattati. Dal momento che, nell'anno 2009, il consumo ha superato abbondantemente tale incidenza (32%), l'allineamento di detto valore al valore massimo ipotizzato comporterebbe un risparmio di circa 17 milioni di euro all'anno.

Inoltre, considerata l'alta variabilità del costo medio per giornata di terapia dei farmaci sartani, dovuta alla "genericazione" del losartan, l'utilizzo di questa molecola potrebbe essere fonte d'ingenti economie. Se ipotizziamo un consumo di losartan pari al 60% della categoria dei sartani, si otterrebbero economie valutabili in oltre 20 milioni di euro all'anno.

Tabella 1

Principio attivo	Costo medio per giornata di terapia	Costo medio per trattamento annuo
Losartan e diuretici	0,32	115,1
Losartan	0,37	135,5
Eprosartan	0,66	239,5
Telmisartan e diuretici	0,75	273,9
Valsartan e diuretici	0,80	292,5
Eprosartan e diuretici	0,81	294,5
Olmesartan medoxomil	0,82	298,1
Olmesartan medoxomil e diuretici	0,82	299,6
Valsartan	0,83	302,1
Irbesartan	0,86	315,0
Candesartan e diuretici	0,87	316,6
Candesartan	0,89	323,1
Telmisartan	0,89	324,5
Irbesartan e diuretici	0,95	345,9

Il costo medio per giornata di terapia è stato calcolato utilizzando, anche per i farmaci non associati, la DDD dei farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina associati (una compressa al giorno).

Conclusioni

1. Non esiste una condizione clinica in cui i sartani siano da preferirsi agli ACE inibitori; vi è equivalenza clinica. Quindi, nel rispetto dell'uso appropriato delle risorse, gli ACE inibitori sono farmaci di prima scelta nella terapia di gran parte delle ipertensioni, raccomandandosi il dosaggio pieno.

2. In presenza di documentata non tollerabilità di un ACE inibitore si utilizzano i sartani, raccomandandone il dosaggio pieno.

3. Il losartan, rappresenta la scelta logica tra i diversi sartani nel rispetto dell'uso appropriato

delle risorse, dato il costo notevolmente inferiore.

4. Resta ferma la possibilità per il medico di prescrivere, in scienza e coscienza, qualsiasi farmaco ritenuto utile in una situazione particolare, in base alle evidenze disponibili tenendo presente l'appropriatezza economica.

Gli operatori del settore che ritenessero utile confrontarsi sul documento possono inviare note al seguente indirizzo e-mail: **ipertensione@regione.toscana.it**, indicando come oggetto "Ipertensione".

A cura di

Commissione Terapeutica regionale

Presidente: DANIELA SCARAMUCCIA - Assessore al Diritto alla Salute

Vice Presidente: Dr. ANTONIO PANTI

Componenti:

GIANCARLO BERNI - Responsabile Osservatorio Permanente sul Sistema Emergenza-urgenza

VITTORIO BOSCHERINI - Medico di Medicina Generale, AUSL 10 Firenze

SIRO CHIARABOLLI - Direttore Dipartimento Logistica e Magazzini Estav Sud Est

DAVID COLETTA - Medico di medicina generale, Ospedale di Continuità, AUSL 11 Empoli

TIBERIO CORONA - Direttore Dipartimento del Farmaco, AUSL 5 Pisa

MARIO DEL TACCA - Ordinario di Farmacologia, Università degli studi di Pisa

SAFFI ETTORRE GIUSTINI - Medico di Medicina Generale, AUSL 3 Pistoia

FRANCO LAGHI PASINI - Prof. di Medicina Interna, Università degli studi di Siena

ALFONSO LAGI - Dirigente 1° Divisione Medicina, Ospedale S.Maria Nuova, AUSL 10 Firenze

CARLO MANFREDI - Medico di Medicina Generale, AUSL 1 Massa Carrara

TERESITA MAZZEI - Prof.ssa di Chemioterapia Dipartimento Farmacologia Preclinica Chemioterapia - AOU Careggi

ANDREA MESSORI - Dirigente Servizi Farmaceutici Estav Centro

MARCO NOCENTINI MUNGAI - Rappresentante URTOFAR Farmacie private

CLAUDIO PEDACE - Dirigente U.O medicina geriatria, AUSL 8 Arezzo

ALESSANDRO ROSSELLI - Primario di Medicina Generale Ospedale S.M. Annunziata - AUSL 10 Firenze

SERGIO ZINGONI - Rappresentante Cispel Farmacie pubbliche

Con la collaborazione di

GIANFRANCO GENSINI - Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze

STEFANO TADDEI - Professore Straordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Pisa

Con il consenso delle società scientifiche

ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

SIC - Società Italiana di Cardiologia

FADOI - Federazione Associazione Dirigenti Ospedalieri Internisti

SIN - Società Italiana di Nefrologia

SIMG - Società italiana Medicina Generale

Il trapianto di fegato in Regione Toscana

Valore sociale e ricchezza sanitaria

INTRODUZIONE

Il sistema donazione e trapianti della Regione Toscana è entrato, a buon titolo, nella fase di piena maturità e appartiene di diritto ai sistemi più avanzati in ambito nazionale e internazionale [1, 2]. Ne sono espressione i risultati delle attività annuali di donazione e trapianto, che collocano la nostra Regione tra le prime al mondo ed hanno contribuito ad annullare il divario perdurante con il resto dell'Occidente [1, 2]. Con riferimento al 2009, la Toscana ha registrato 48 donatori cadavere effettivi per milione di popolazione, rispetto alla media nazionale pari a 21,2 pmp [1, 2]. Tali valori sono superiori a quelli raggiunti dalla Spagna (34,4 pmp) [3] e dagli USA (22,4) [4] nello stesso anno. I progressi raggiunti in campo trapiantologico non rappresentano soltanto il risultato del miglioramento globale del sistema Sanità regionale, ma anche l'adeguamento dei livelli di assistenza alle istanze espresse dalla società civile. In senso squisitamente sociologico, il successo della trapiantologia è un risultato collettivo, ove trovano voce tutte le componenti della moderna società, dai cittadini, agli operatori professionali, ai legislatori, agli amministratori pubblici.

I momenti decisivi per il progresso conseguito sono stati, a livello nazionale, la legge 91 del 1° aprile 1999, e, a livello regionale, il piano di riorganizzazione regionale iniziato con le Azioni Programmate Donazione-Trapianto del 1996, 1999, 2001 fino all'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) nel 2003 [2]. La legge nazionale 91/1999 ha istituzionalizzato i livelli di organizzazione che compongono la rete trapiantologica italiana e ne ha definito chiaramente gli ambiti di competenza: il Centro Nazionale Trapianti (CNT), le organizzazioni interregionali (Nord Italia Transplant program (NITp), Associazione InterRegionale Trapianti (AIRT) e Organizzazione Centro Sud Trapianti (OCST)), i coordinamenti regionali e i coordinamenti locali alla donazione istituiti presso ciascuna delle aziende sanitarie del territorio nazionale [1]. Mentre il CNT ha il compito di indirizzare le strategie nazionali e i coordinatori regionali quello di operare un governo clinico regionale, le tre organizzazioni interregionali (NITp, AIRT e OCST)

e i coordinatori locali operanti a livello locale rappresentano il braccio operativo dell'intera rete trapiantologica italiana. La creazione di una rete così strutturata, imperniata sulle realtà organizzative locali e regionali venute a creare storicamente, ha favorito lo sviluppo della attività donative e trapiantologiche, integrandole nelle finalità e attività del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Ancor prima della legge 91/1999, nel 1996 la Regione Toscana aveva avviato un programma di ristrutturazione organizzativa delle attività di donazione e trapianto al proprio interno, mediante il varo di tre consecutive Azioni Programmate Donazione-Trapianto (1996, 1999, 2001). Tali Azioni Programmate avevano introdotto in Toscana il modello dei coordinamenti locali alla donazione affidandoli a personale sanitario a tempo pieno e collocandoli in termini di responsabilità entro le Direzioni aziendali delle istituzioni ospedaliere. E' sempre con tali Azioni Programmate che nel 1996 la Regione si dota di nuovi programmi trapianto, come quello di fegato istituito presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Nel 2003, infine, la Toscana si è dotata di una struttura di governo clinico delle attività di donazione e trapianto – l'OTT – che presiede alla coordinazione e integrazione operativa e funzionale di tutte le strutture e gli operatori della rete regionale, nonché alla programmazione e controllo delle attività [2].

IL PROGRAMMA TRAPIANTO DI FEGATO: “VISION E MISSION”

La nascita del programma trapianto di fegato della Regione Toscana ha avuto luogo, quindi, in un momento in cui le autorità sanitarie regionali iniziano un percorso di modernizzazione della rete sanitaria regionale e di adeguamento ai progressi tecnici e scientifici, unitamente alle cresciute aspettative di salute della popolazione di assistiti. Tale chiave di lettura è estremamente importante per comprendere appieno le ragioni dell'inserimento, avvenuto gradualmente nel corso degli anni successivi, del programma trapiantologico epatico nel contesto delle attività sanitarie della Toscana, integrandolo con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

FRANCO FILIPPONI

*Dipartimento Assistenziale Integrato di
Trapiantologia Epatica, Epatologia e Infettivologia
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana - Pisa*

Il primo processo è consistito nell'integrazione intra-ospedaliera all'interno della stessa Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, mediante la collaborazione istituzionalizzatasi con le UU.OO. aziendali di Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Anestesia e Rianimazione, Radiologia, Anatomia-Patologica, Centro Sangue e Laboratorio. Tale processo ha condotto alla creazione di una rete funzionale intra-ospedaliera che permettesse la realizzazione di un percorso intra-aziendale dedicato ai pazienti epatopatici.

Il secondo processo è consistito nella realizzazione di una rete regionale integrante le strutture specialistiche delle Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie regionali, con lo scopo di creare un percorso regionale integrato dedicato alla gestione dei pazienti affetti da epatopatie acute e croniche e, recentemente, alla gestione del trauma epatico maggiore. In tal modo la Toscana si è dotata non solo di un centro trapianti di fegato, ma di un percorso dedicato alla gestione dei pazienti regionali e extraregionali affetti da patologie di interesse epatologico. Sin dall'inizio del proprio percorso, infatti, le competenze trapiantologiche regionali sono state impiegate nell'assistenza non solo dei cittadini toscani, ma anche di pazienti provenienti dalle altre regioni italiane e da Paesi europei ed extra-europei, a tal punto che, all'atto della presente pubblicazione, la popolazione di assistiti che si è rivolta presso il Centro trapianti di fegato di Pisa rappresenta il 45% circa dell'intera coorte di pazienti trattata dall'inizio dell'attività. Tale sviluppo non avrebbe

potuto aver luogo senza l'interazione tra le realtà sanitarie locali e l'amministrazione regionale, tra Centro e periferia, tra operatori sanitari, amministratori, detentori di interesse (*stakeholders*), pazienti e le loro famiglie: ossia un programma di governo clinico regionale.

L'ATTIVITÀ

Nel periodo compreso tra il 1 gennaio 1996 e il 31 dicembre 2009 sono state realizzate 1100 procedure di trapianto di fegato presso la nostra istituzione (Figura 1). L'analisi condotta sulle prime 1000 procedure eseguite dall'inizio dell'attività fino al 14 febbraio 2009 dimostra come le procedure de novo sono state 959 e i re-trapianti 41. La popolazione di pazienti trapiantati (#959) aveva un'età media di 51 anni, mentre i maschi erano 710 (74.1%) vs. 249 (25.9%) donne. L'indicazione al trapianto di fegato primario nei 959 pazienti è rappresentata in Figura 2. Trecentosedici pazienti (32.9%) sono stati trapiantati per carcinoma epatocellulare (HCC); 249 (25.9%) per cirrosi correlata al virus dell'epatite C (HCV); 121 (12.6%) per cirrosi secondaria al virus dell'epatite B (HBV); 79 (8.2%) per cirrosi alcolica; 52 (5.4%) per cirrosi autoimmune/biliare; 39 (4%) per epatite fulminante di differente etiologia; 16 (1.6%) per cirrosi criptogenetica e 87 (9.1%) per epatopatia cronica di altra natura (Fig. 2). In considerazione, tuttavia, dello stato virale, 355 (37%) pazienti erano portatori di infezione HCV-correlata, 175 (18.2%) di infezione HBV, 79 (8.2%) di infezione HCV-HBV, mentre 350 (36.5%) pazienti

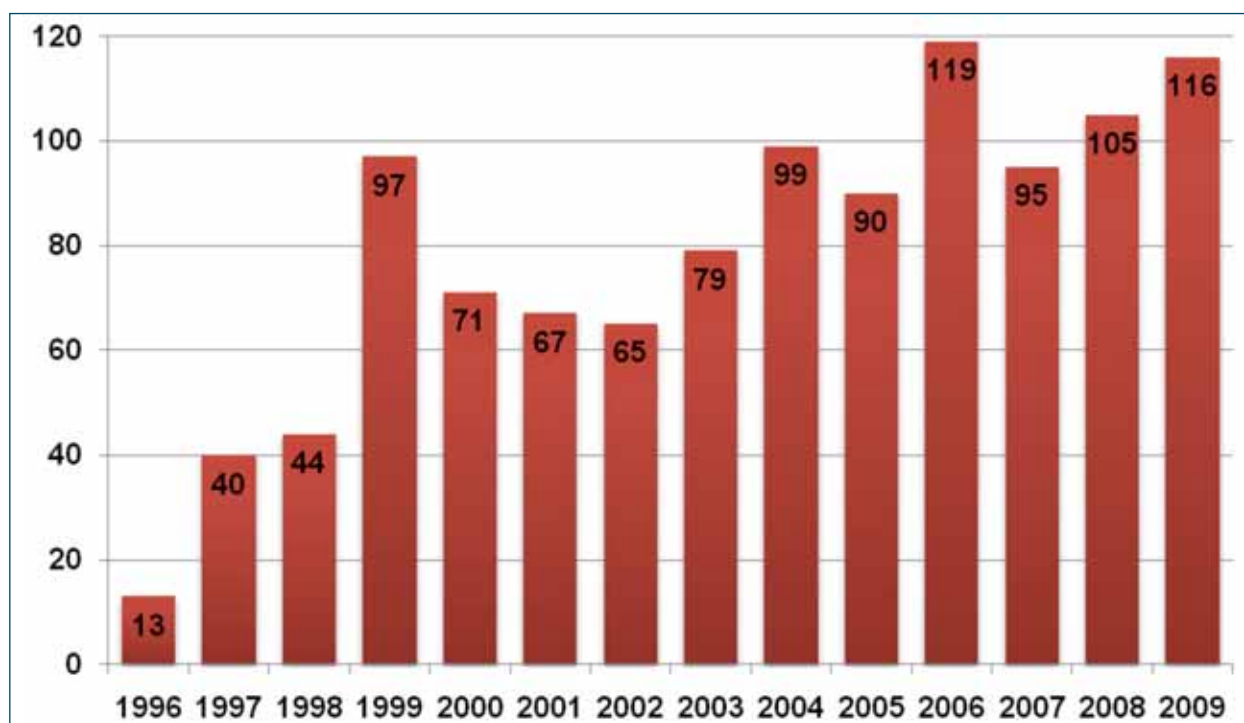


Figura 1 - L'attività trapianto di fegato presso il Centro di Pisa.

non erano portatori di infezione da virus epatitici maggiori. La figura 3 illustra i tassi di sopravvivenza attuariale sec. Kaplan-Meier per paziente e organo trapiantato. La sopravvivenza del paziente è dell'89%, 77%, 61%, mentre quella dell'organo trapiantato dell'85%, 75% e 60%, rispettivamente a 1, 5 e 10 anni dal trapianto (Fig. 3). Tali valori sono comparabili a quelli dell'esperienza nazionale [1], europea [5] e nordamericana [6].

L'ARCHITETTURA DEL PERCORSO TRAPIANTI DI FEGATO

In ottemperanza ai principi di universalismo, equità, uguaglianza e sussidiarietà propri del SSN e del Sistema sanitario regionale, il percorso trapianti di fegato è accessibile da parte di tutti i cittadini italiani, nonché dai cittadini dell'Unione Europea e dei Paesi extracomunitari, purché in osservanza delle vigenti normative regionali e nazionali. I medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti delle strutture assistenziali regionali possono riferire all'attenzione del Centro trapianti di fegato pazienti epatopatici acuti e cronici, mediante riferimento telefonico diretto o previo inoltro di documentazione clinica cartacea su apposito modulo (ottenibile presso la nostra struttura www.trapiantofegato@ao-pisa.toscana.it). A tale contatto preliminare fa seguito la prima visita presso la nostra struttura, a seguito della quale il paziente è ritenuto eleggibile ad iniziare il percorso di valutazione pre-trapianto, o controindicato in maniera definitiva o temporanea. Se eleggibile, il paziente effettua la valutazione multidisciplinare pre-trapianto presso la nostra struttura o le strutture della rete regionale. Tale valutazione ha generalmente luogo in regime ambulatoriale, mentre il regime di ricovero è riservato a pazienti in particolari condizioni cliniche di severità e/o urgenza. Una volta terminato il percorso di valutazione, che usualmente

è completato in cinque giorni lavorativi, l'eleggibilità del paziente al trapianto di fegato è discussa collegialmente tra i membri dell'équipe chirurgica, epatologica, anestesiológica-rianimatoria e psicologica. Sulla base di decisione collegiale, il paziente è considerato trapiantabile o non trapiantabile, in quest'ultima evenienza in modo definitivo o transitorio. I pazienti considerati trapiantabili sono inseriti in lista d'attesa mediante registrazione nel software del data base regionale. Nel caso di giudizio di non trapiantabilità, si provvede ad indicare al paziente l'iter terapeutico ritenuto più appropriato. Il riferimento di pazienti urgenti avviene mediante segnalazione telefonica diretta al personale medico reperibile 24h e il successivo allertamento delle competenti strutture assistenziali ospedaliere ed extraospedaliere.

All'atto della segnalazione di un potenziale donatore di organi in regione o presso strutture ospedaliere extra-regionali, nei casi previsti dalle normative e dagli accordi vigenti, il centro regionale trapianti della Toscana provvede ad allertare il Coordinamento trapianti di fegato nella persona del suo medico reperibile. Questi provvede a sua volta ad allertare il sistema operativo mediante l'infermiere di coordinamento reperibile. Entrambe le figure interagiscono strettamente nella coordinazione delle attività cliniche e logistiche necessarie per il corretto espletamento del processo di donazione e trapianto, nella valutazione delle caratteristiche cliniche del potenziale donatore, nella valutazione e selezione dei potenziali riceventi e nella gestione di eventuali urgenze cliniche. L'allocazione delle risorse donative e la selezione dei potenziali riceventi in lista d'attesa avviene secondo il principio dell'ottimizzazione delle risorse e della combinazione accurata tra caratteristiche del donatore e del ricevente. Il processo ha solitamente luogo mediante l'allerta e l'interazione di numerose strutture

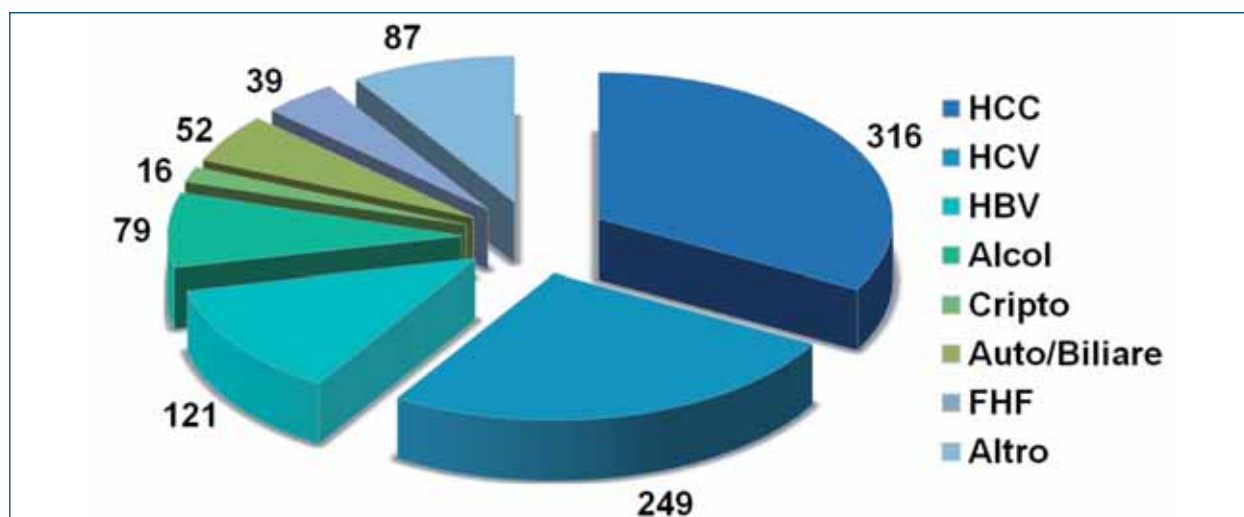


Figura 2 - Indicazioni a trapianto di fegato primario presso il Centro di Pisa (#959 pazienti).

ospedaliera e extra-ospedaliera e la messa in comune di competenze, esperienze e patrimonio tecnico-conoscitivo da parte di numerosi operatori sanitari, infermieri e medici. All'atto della dimissione dalle nostre strutture ospedaliere, il paziente è seguito presso il Coordinamento trapianti di fegato in collaborazione con i referenti territoriali, siano essi i medici di medicina generale o gli specialisti ospedalieri.

Le indicazioni al trapianto di fegato, i meccanismi e le modalità organizzative di interazione dei partecipanti della rete regionale del paziente epatopatico sono state canonizzate in protocolli condivisi, approvati dalle strutture di governo clinico regionale e reperibili presso la nostra struttura e presso le strutture regionali (www.regione.toscana.it/ott).

DISCUSSIONE

A fronte di un miglioramento costante, il settore trapiantologico è divenuto progressivamente sempre più complesso, in virtù dell'accrescersi del patrimonio tecnico-conoscitivo e delle sue ricadute organizzative, economiche, sociali ed etiche. Se alcuni anni fa la comunità scientifica si confrontava prioritariamente sulle strategie da attuare per incrementare il numero di donazioni e diffondere la pratica dei trapianti, oggi il dibattito pone l'accento sulle problematiche organizzative al fine di migliorare ulteriormente il livello di donazione, i risultati del trapianto, nonché sulle strategie necessarie per l'ottimizzazione delle risorse economiche e per una contestuale implementazione delle norme di qualità e sicurezza.

La nascita di una coscienza civica regionale – recepita dalle modifiche apportate al titolo V della

Costituzione - unitamente alle esigenze di contenimento della spesa sanitaria ed alla limitatezza delle risorse, hanno condotto a ripensare la Sanità in termini di produttività locale. Tale principio, tuttavia, deve integrarsi efficacemente con la salvaguardia degli interessi della collettività nazionale e con i principi di sussidiarietà e di equità su cui si fonda il SSN. Pur nel rispetto delle autonomie organizzative regionali, il sistema trapianti deve garantire a tutti i cittadini equità di accesso, omogeneità di cure e standard uniformi di sicurezza e di qualità. Questi obiettivi sono raggiungibili mediante la certificazione delle procedure e l'accreditamento delle istituzioni sanitarie e dei percorsi assistenziali, diffondendo i principi della qualità totale a tutto il settore trapiantologico.

Nel campo della qualità l'Italia dei trapianti ha già ottenuto ruoli da capofila in Europa. Il CNT, nella sua costante ed efficace opera di indirizzo, programmazione e verifica, ha attivato dal 2003 i processi di verifica (*audit*) e di certificazione nazionale dei centri di trapianto di organo e dei centri di conservazione dei tessuti e delle cellule. Il primo programma ad essere sottoposto a tale verifica su tutto il territorio nazionale è stato quello di trapianto di fegato. Le conclusioni dell'*audit* del CNT testimoniano che i risultati di tale attività sono superiori a quelli dei Paesi occidentali per sopravvivenza, qualità di vita ed efficienza nell'offerta terapeutica.

In particolare, a colpire maggiormente è stata l'efficienza della rete nazionale nel soddisfare la domanda di trapianto in condizioni di urgenza, grazie allo sforzo congiunto delle tre organizzazioni interregionali ed alla continua azione di monitoraggio esercitata sempre dal CNT in collaborazione con i

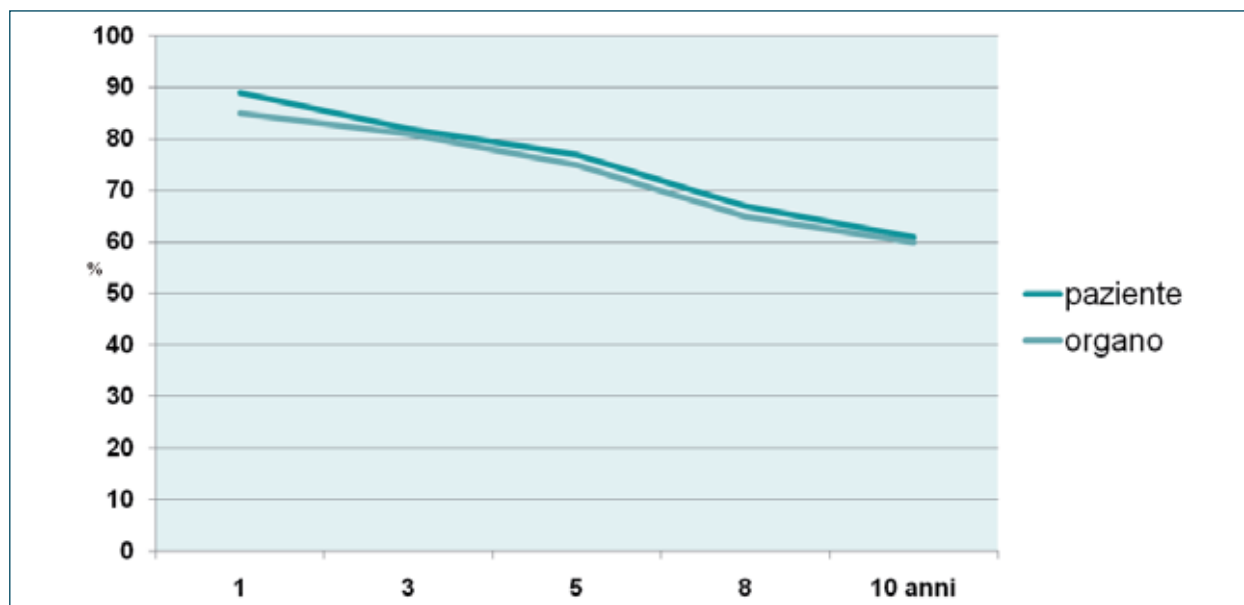


Figura 3 - Curve di sopravvivenza per paziente ed organo presso il Centro di Pisa (#959 pazienti).

coordinamenti regionali. Nonostante le differenze esistenti tra le realtà operative che compongono il panorama nazionale, dall'analisi condotta dal CNT emergono alcuni centri di squisita vocazione trapiantologica, che hanno messo in atto percorsi assistenziali dedicati al paziente epatopatico, sfruttando le competenze di tutte le figure professionali che intervengono nel complesso e delicato processo assistenziale del trapianto di fegato.

Avendo quale comune denominatore la donazione e l'utilizzo a fini terapeutici di elementi biologici, la trapiantologia riveste unanimemente una particolare rilevanza assistenziale, sociale ed etica. Come efficacemente espresso dalla Conferenza di Oviedo del 1999 – che ha peraltro sancito i principi della solidarietà e della gratuità alla base della donazione di organi, tessuti e cellule – ai fini di meglio garantire la sicurezza del paziente, tali attività devono aver luogo nell'ambito di servizi pubblici del SSN ed essere sottoposte ad uno scrupoloso controllo qualitativo da parte di autorità preposte.

Il miglioramento qualitativo del settore trapiantologico richiede un considerevole sforzo organizzativo da parte delle strutture locali e centrali che compongono il sistema trapianti, la loro efficace integrazione operativa, nonché una sapiente azione di governo clinico. In campo trapiantologico, da una medicina intesa come *applicazione di conoscenze* si assiste alla nascita di una medicina intesa come *gestione di competenze*, il cui obiettivo non è soltanto la scelta delle soluzioni terapeutiche più adeguate per il paziente, ma anche l'integrazione di competenze multidisciplinari in un percorso assistenziale efficiente ed armonico.

Il soddisfacimento della domanda di salute espressa dai cittadini consiste nella realizzazione del trapianto e nel rispetto delle aspettative

di efficienza ed efficacia. Tali istanze, unitamente a quelle di sicurezza e di qualità, sono state recepite a livello comunitario mediante la definizione di normative e linee-guida in tema di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule. L'impegno comune che ci attende nei prossimi mesi è quello di rendere operative tali normative, di integrarle con i principi elaborati a livello regionale e nazionale e di verificarne costantemente l'adempimento. La sfida più importante della trapiantologia italiana è, dunque, quella di armonizzare le diversità e le autonomie regionali – così come esse sono state espresse sulla base di ragioni storiche, sociali e politiche – guardando all'Europa. Ovvero, *globalizzare* rispettando le identità culturali ed operative dei diversi elementi della rete. Ancora una volta, le strategie organizzative – unitamente al patrimonio tecnico-scientifico – sono destinate a ricoprire un ruolo fondamentale per permettere tale processo di armonizzazione.

Bibliografia

Dati ufficiali della donazione e trapianti in Italia. Data base del Centro Nazionale Trapianti (CNT). www.ministerosalute.it/trapianti Ultimo accesso 31 gennaio 2010.

Dati ufficiali della donazione e trapianti in Regione Toscana. Data base dell'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT). www.regione.toscana.it/ott

Ultimo accesso il 31 gennaio 2010.

Dati ufficiali della donazione e trapianti in Spagna. Data base dell'Organización Nacional de Trasplantes (ONT). www.ont.es Ultimo accesso il 31 gennaio 2010.

Dati ufficiali della donazione e trapianti in USA. Data base dell'United Network for Organ Sharing (UNOS). www.unos.org Ultimo accesso il 31 gennaio 2010.

Dati ufficiali del registro europeo di trapianti di fegato (ELTR). Data base ELTR www.eltr.org Ultimo accesso 31 gennaio 2010.

Il corpo delle donne

ANTONIO PANTI

Pubblichiamo il parere del Consiglio Sanitario e della Commissione di Bioetica Regionale Toscana sull'interruzione farmacologica della gravidanza, espresso il 6 giugno 2010. Pochi giorni dopo sono uscite le linee guida ministeriali predisposte dalla commissione coordinata dal sottosegretario Eugenia Roccella. Il parere dl CSR toscano si fonda su due assunti, il divieto costituzionale di sottoporre chiunque a trattamenti obbligatori e l'esclusione di ogni istanza politica dall'ambito dei rapporti tra medico e paziente. L'obbligo di seguire le norme della L.194/78 si attua nella previsio-

ne del ricovero in regime di day hospital, fatto salvo situazioni particolari. Gli allegati al parere, uno tecnico inerente gli aspetti professionali, uno etico inerente il consenso informato, si discostano dal parere della commissione ministeriale sulla questione del ricovero, oltre che per una sorta di terrorismo ministeriale nei confronti dell'IVG farmacologica che gli esperti toscani (tutti i dirigenti del settore) non hanno riscontrato né in letteratura né nell'esperienza.

Il Consiglio Superiore di Sanità il 18 marzo 2010 si è espresso perché *“il percorso dell'IVG farmacologica avvenga in regime di ricovero ordina-*

rio fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento". La commissione ministeriale ha pubblicato il 24 giugno 2010 le linee guida e, riprendendo il concetto del "ricovero ordinario continuativo" (sic!), ha minacciato il ritiro dal commercio della RU 486 qualora tale regime non fosse pienamente attuato dalle Regioni. E se la donna vuole dimettersi il medico può legarla al letto? No, il Ministero non si spinge a tanto, ma le linee guida ammoniscono che in tal caso la donna "scarica da ogni responsabilità la struttura ospedaliera" che quindi, alla faccia del prendersi cura e della cristiana pietà, la abbandona sola in questo drammatico frangente. E pensare che il Codice Deontologico e le convenzioni con il Servizio Sanitario obbligano il medico a assistere il paziente fino al subentro del nuovo curante.

Traspare, nel documento ministeriale, una sorta di volontà punitrice che ricorda quando, al tempo di mia nonna, le sposine in stato di gravidanza dovevano "rientrare in santo". Non si tratta di difendere posizioni politiche o ideologiche. Si tratta di decidere se la relazione tra medico e paziente debba o no essere difesa da qualsivoglia ideologia o volontà politica. Più volte la Corte Costituzionale ha ribadito il concetto che tra medico e paziente l'unica misura possibile è quella delle *leges artis* da parte del medico e del consenso informato da parte del paziente.

Post scriptum: la commissione ministeriale era composta da cinque dirigenti superiori del Ministero, dal direttore dell'Agenzia di Sanità e dal Generale Comandante del Nucleo Carabinieri per la Tutela della Salute.

PARERE 47/2010 del Consiglio Sanitario della Regione Toscana **Seduta del 6 luglio 2010**

Vista la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la L.R. 14 dicembre 2005, n. 67 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale). Interpretazione autentica dell'articolo 59 della l.r. 40/2005 e s.m.i.;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 974 del 27 agosto 2001 "Consiglio sanitario regionale: presa d'atto del regolamento e modifica delibera n. 922/00";

Visto il regolamento del Consiglio Sanitario Regionale approvato nella seduta assembleare del 12 gennaio 2010;

Visto l'Ordine del giorno predisposto dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR);

Vista la richiesta di parere n. 13/2010 ad oggetto "Revisione e/o modifica delle linee guida sulla RU 486; Vista la Legge 194/78;

Visto il parere della Consulta deontologica na-

zionale FNOMCEO 12 marzo 2010;

Visto il parere espresso dal Consiglio Superiore di Sanità Sessione XLVII del 18 marzo 2010;

Vista la nota di trasmissione dal Ministero della Salute 0009503-P- del 18 marzo;

Vista la determinazione AIF A n. 1460 del 24 novembre 2009;

Avendo esaminato favorevolmente la bozza di parere della Commissione Regionale di Bioetica che verrà trasformata in parere definitivo e come tale allegato (Allegato B) al presente parere;

Avendo esaminato favorevolmente i risultati dei lavori del gruppo tecnico all'uopo costituito, come da verbale assembleare dell'8 giugno 2010, che come Allegato A è parte integrante del presente parere;

Vista la normativa statale e regionale in materia;

Ascoltate le precisazioni formulate dai membri dell'Ufficio di Presidenza;

All'unanimità

ESPRIME IL SEGUENTE PARERE

Nel riconfermare i pareri già espressi nel 2003 e nel 2005 dal Consiglio Sanitario Regionale stesso e dalla Commissione Regionale di Bioetica, ritiene che la metodica farmacologica per l'interruzione di gravidanza, le cui procedure attuative non possono discostarsi in alcun modo dalle norme della Legge 194/78, debba avvenire in regime di ricovero utilizzando la modalità del Day Hospital e riservando il regime di ricovero ordinario solo ad alcune situazioni socio-assistenziali particolari, o su richiesta della donna, ricordando inoltre che la chiusura della relativa SDO avviene con l'accertamento dell'avvenuto completamento della procedura abortiva.

Tali considerazioni discendono dalle positive valutazioni contenute:

- nel documento elaborato dal gruppo tecnico che in allegato (Allegato A) costituisce parte integrante esostanziale del presente parere;
- nella bozza di parere della Commissione Regionale di Bioetica che verrà trasformata in parere definitivo e come tale allegato al presente parere quale parte integrante e sostanziale (Allegato B).

Il Consiglio Sanitario Regionale ritiene comunque che ogni scelta in questa delicata materia non possa prescindere dall'assoluto rispetto sia dell'autodeterminazione della donna che della autonomia decisionale del medico all'interno della relazione clinica, sullo sfondo di una doverosa attenzione all'uso appropriato delle risorse.

Gli allegati al parere 47 sono scaricabili dal sito del Consiglio Sanitario Regionale: <http://www.salute.toscana.it/sst/consiglio-sanitario-regionale.shtml>.

TM

L'Arte: un potente mezzo mediatico d'informazione nell'evoluzione della medicina

Nasce una professione in odore di santità

Il tema invita ad una carrellata su ciò che l'Arte ha rappresentato in un importante momento storico che ha visto il passaggio da una medicina imperniata sul fatalismo, superstizione e magia, ad una medicina culturalmente intesa come "Arte e Scienza". Fino al 1300 la malattia era guardata come frutto del peccato e, quindi, come punizione di colpe commesse a cui dovevano seguire la pena e la riparazione. Causa della malattia era pertanto la colpa, la malattia era la pena da scontare, la cura era la riparazione, quindi il malato era un peccatore da redimere più che un paziente da curare; "chi pecca contro il suo Creatore finisce nelle mani del medico" (Bibbia, Ecclesiastico XXX-VIII, 1-15). Dal 1300 in poi, assistiamo ad un salto culturale: la malattia sarà guardata come una "turbata armonia", quindi da studiare nelle sue cause prime e da curare.

La critica e la storia dell'Arte hanno in genere posto l'enfasi sulla descrizione tecnica delle opere, stili, armonia delle forme e sapiente uso dei colori, tanto da suscitare nell'osservatore un senso di inadeguatezza di chi non se ne intende. In assenza dei moderni mass-media (giornali, cinema, radio e televisione) l'Arte ha rappresentato, per secoli, l'unico mezzo di cronaca e informazione. L'arte italiana in particolare assume connotazioni narrative ed il piacere estetico, capace di catturare l'attenzione, si risolve in veicolo di esperienza culturale e d'informazione.

Potremmo parlare di veri e propri spot pubblicitari nei quali l'emozione suscitata dal disegno e dall'armonia dei colori diventavano il mezzo per catturare l'attenzione e veicolare il messaggio: non a caso il pittore Nicolas Poussin diceva che "i colori in pittura sono come inganni che persuadono l'occhio"...

La nuova Arte medica nasce con una qualificata protezione

Luca Della Robbia, "Madonna con Bambino", Orsanmichele, Firenze.

La Firenze del '300 ha vissuto un importante momento storico, il passaggio da una medicina basata sul fatalismo, superstizione e magia ad una medicina intesa come Arte e Scienza.

Nascevano le prime scuole mediche e l'obbligo di iscrizione all'Arte Maggiore dei Medici e Speciali. In Orsanmichele, fra



i tabernacoli dedicati ai santi protettori delle varie Arti che fiorivano nella Firenze del '300, quello dei Medici e Speciali occupa un posto d'onore; vi troneggia non un santo ma la Madre di tutti i santi, la "Madonna con Bambino", invocata al grido di "Salus Infirmorum". Chi si ferma ad osservare le qualità delle singole parti che compongono i fregi, scoprirà che tale composizione è stata fatta combinando figure di foglie, di fiori e di semi usati in medicina.

La medicina al letto del malato

Beato Angelico,
"SS. Cosma
e Damiano".

Nell'immagine a sinistra, dedicata alla guarigione di Palladia, i due santi sono rappresentati con aureola, mantello rosso e berretto rosso orlato di pelliccia a simboleggiare lo "status" professionale del medico. Nella immagine di destra Damiano accetta un dono di riconoscenza da parte di Palladia guarita, tre uova! Ciò susciterà comunque le ire di Cosma per il voto che avevano fatto di prestare la loro opera solo per carità; erano chiamati per questo santi anargiri.



L'Artista: cronista del suo tempo e anticipatore

Se l'Arte è stata un potente mezzo di diffusione culturale, l'Artista è stato un attento cronista del suo tempo, ma anche interprete ed anticipatore; l'Arte, oltre ad esaudire un piacere estetico, ha significato storia del costume e messaggio culturale, un mezzo attraverso il quale conoscere il mondo; in altri termini un mezzo mediatico che usa l'immagine come potente mezzo di comunicazione. Firenze ha vissuto intensamente questo periodo storico ed ha contribuito all'affermazione di questa scienza emergente, la Medicina, grazie soprattutto alla protezione ed all'impulso dato dalla famiglia de' Medici, a cominciare dal suo capostipite: Cosimo il Vecchio.

Il Medico "Salvatore"

Werner Van Den
Valckert (XVII secolo),
"Christ the Physician".

Il Medico appare come il "Salvatore" nell'atto di compiere il gesto diagnostico caro alla tradizione: l'esame di un'ampolla con le urine; nella mano sinistra tiene un vasetto per i balsami medicinali con inserita la spatola. Alla cintura, secondo il costume,



il contenitore dei ferri chirurgici; in terra il canestro di vimini per l'ampolla con le urine e i libri, a sottolineare la propensione culturale del medico. Si tratta di una materializzazione del detto ippocratico: "Medicus philosophus est Deo aequalis". Intorno al "Salvatore" le scene di un efficiente presidio ospedaliero.

L'Arte informa sulla componente farmacologica della medicina



La terapia farmacologica

Icona greca, Wellcome Institute, Londra. I santi Cosma e Damiano nell'atto di offrire tavolette medicinali.

Attraverso l'arte, si informava sulla nascita degli aspetti farmacologici della medicina. I santi compaiono nell'atto di distribuire medicinali, tengono in una mano una lunga pinzetta e nell'altra un cofanetto con le tavolette medicinali; alcune sono di colore rosso,

rappresentano i comuni medicinali dal gusto sgradevole; è ancora in uso l'espressione "come prendere una medicina" quando si vuole esprimere disgusto per qualcosa. Altre pastiglie avevano subito, viceversa, il processo di indoratura ed erano da considerarsi delle "specialità" più gradevoli al gusto. Ancora oggi è in uso il detto di "indorare la pillola" quando si vuole fare inghiottire a qualcuno un boccone amaro, sia in senso reale che figurato.

Iniziamo questo itinerario dal *Campanile di Giotto*. Fino al Trecento le torri campanarie avevano rappresentato un segnale visivo ed acustico diretto ai pellegrini che cercavano le ospitali abbazie. Giotto, in una Firenze circondata dalle colline e dalle mura, aveva concepito il campanile come una *stèle* parlante sulla quale elementi figurativi insegnavano col loro linguaggio le esperienze di vita nel mondo; un *richiamo culturale espresso attraverso la forza evocativa delle immagini*.

Guardando il campanile, nella parte più bassa, si trovano dei bassorilievi che rappresentano le varie attività dell'uomo; tali attività non avrebbero significato senza una prospettiva spirituale ed allora, al di sopra, si trovano le formelle che simboleggiano le *virtù* e sopra ancora le sedici statue dei *profeti*, di coloro che operano la congiunzione fra terra e cielo.

Giotto iniziò lo studio del campanile nel 1334, la costruzione anticipò quella del Duomo terminata nel 1446. L'opera fu proseguita da Andrea Pisano e da Francesco Talenti.

Beato Angelico, "Madonna con il bambino e i Santi", S. Marco, Firenze.

I santi Cosma e Damiano compaiono alla destra della Madonna vestiti con

i simboli del loro "status" di Medici, ampia tonaca rossa e cappello rosso; il santo che sta più indietro ha il cappello in testa, il santo più avanti porta il berretto rosso guarnito di vaio sulla spalla destra, rosse sono le

calzature: il santo tiene nella mano sinistra una scatola dorata, usata per i medicinali; nella mano destra la palma del martirio.



L'aspetto diagnostico della medicina

Fra le bellissime formelle che decorano la base del Campanile una, attribuita ad Andrea Pisano, scultore del '300, rappresenta il retro di un'antica spezieria; un medico (probabilmente Taddeo Alderotti) troneggia su uno scanno e dà consulto ad alcune donne che in speciali contenitori di vimini (fiscelle) portavano le ampolle (matule) con le urine da esaminare. L'esame consisteva nella speculazione, il medico guardava controluce le urine per il segno, per studiare cioè il grado di opacità, quindi le avrebbe annusate e poi assaggiate, se dolci al gusto avrebbe diagnosticato il diabete mellito.

Ecco come l'Artista ci informa che è nata una nuova scienza: la medicina. La malattia non è più una punizione divina ma alterata armonia che può essere diagnosticata e curata; l'Artista ne sottolinea uno dei principali aspetti, l'*aspetto diagnostico*.

Beato Angelico,
"Madonna delle Ombre",
Museo S. Marco,
Firenze.

*I santi Cosma
e Damiano alla destra
della Madonna assisa
sul trono mentre
conversano con san
Marco; portano la
rituale tonaca rossa e
berretto rosso in testa
orlato di vaio; il santo
più avanti porta nella
mano sinistra la scatola
dorata con i medicinali,
nella destra la palma
del martirio.*



Beato Angelico,
"Madonna con
il Bambino ed alcuni
Santi", Museo di
S. Marco, Firenze.

*I santi Cosma
e Damiano compaiono
alla sinistra della
Madonna nel consueto
abbigliamento
confacente al loro
"status" di Medici,
tonaca rossa foderata
di vaio, cappello rosso
e calze rosse.*

*Il primo dei due santi
porta in una mano
il consueto cofanetto
dei medicinali e nell'al-
tra la palma del martirio.*

**Anche nello
stemma Mediceo
un omaggio all'Arte
medica nascente**

Stemma della Famiglia
de' Medici, Basilica di
S. Lorenzo, Firenze.

*La famiglia de' Medici,
fino dal suo capostipite
Cosimo il Vecchio, ha
lasciato la sua impronta
profonda come
estimatrice e promotrice
della ricerca scientifica
e della medicina
in particolare.*

*Molte interpretazioni
sono legate a questo
riconosciuto culto per
la medicina a cominciare
dallo stesso nome del
Casato; non a caso
sarebbero stati scelti
come santi protettori
del Casato e poi della
Città di Firenze, i santi
taumaturghi per
eccellenza Cosma
e Damiano; lo stesso
nome di "Cosimo" sarebbe
stato conferito in segno
di devozione verso Cosma.
Infine le sei "palle" che
compaiono nello stemma
della famiglia non
sarebbero altro che
pillole medicinali,
colorate di rosso come
voleva la farmacopea
dell'epoca; una sola delle*



*sei "palle" è azzurra
con tre gigli d'oro
un privilegio conferito
a Piero il Gottoso da
parte del Re di Francia
Luigi XI.*

Continua nel prossimo numero...

Chi è l'internista oggi?

Per rispondere a questo intrigante quesito occorre tenere presente il ruolo raggiunto dalle specializzazioni mediche e quanto queste abbiano inciso sulla identità culturale e professionale dell'internista e sulla percezione del suo ruolo da parte degli utenti.

GIANCARLO BERNI

*Coordinatore Osservatorio emergenza urgenza
Regione Toscana*

L'internista si collocava, insieme al chirurgo, come l'unico interprete di tutte le necessità assistenziali nelle discipline mediche. Infatti gli insegnamenti clinici universitari erano svolti dalla clinica e dalla patologia medica. Solo successivamente si sono aggiunti gli insegnamenti specialistici, vissuti come antagonisti del sapere internistico piuttosto che come integrativi. Ma la conquista di nuove e legittime posizioni non avviene mai senza contrasti dai quali la medicina interna ne venne anni fa ridimensionata e avvilita. La contrapposizione derivava in gran parte dall'aver anteposto alle esigenze del cittadino l'importanza della disciplina.

La tecnologia, sempre un'essenziale componente del sapere delle specialità, sembrò spiazzare ancora di più la medicina interna più preparata per il ragionamento clinico che per l'attività strumentale di cui successivamente ha dovuto dotarsi per rendere più operativo il suo ruolo nella diagnostica e nella sua capacità terapeutica.

Le distanze fra medicina interna e specialità si sono progressivamente ridotte nel rispetto della nuova considerazione che il paziente impone, cioè una convergenza di molti interessi sui suoi problemi che necessitano di un internista che sappia e sappia fare e degli specialisti che approfondendo il sapere a livelli non praticabili da altre professionalità consentano integrazioni ormai non più dilazionabili per la salute del cliente.

L'opera che l'internista è chiamato a svolgere è basata oggi come ieri sulla sua tradizionale funzione di coordinatore delle esigenze assistenziali del paziente e sulla sua capacità di integrare le conquiste delle attività specialistiche utilizzando l'innegabile e indispensabile contributo. La rivalorizzazione del ruolo gestionale del paziente nella sua globalità è una esigenza funzionale alla richiesta dell'utenza che ha compreso l'incompletezza della sola gestione specialistica.

L'internista non ha mai mutato l'essenza della sua partecipazione, da sempre legata al suo com-

pito di curare il malato nella sua globalità (un compito da regista o da direttore di orchestra). Tuttavia, per sviluppare compiutamente questo ruolo, ha dovuto coniugare le implementazioni apportate dalle specialità sul piano dottrinale e tecnologico.

D'altra parte le specializzazione di organo e di sistema che hanno negli ultimi 30 anni minacciato la credibilità della medicina internistica non hanno potuto e non potevano governare le esigenze legate alle conoscenze sempre più profonde e complesse della compromissione degli altri organi e apparati, condizione questa che si realizza anche nella maggior parte dei pazienti specialistici spesso affetti da molteplici patologie.

Raramente una diagnosi specialistica soddisfa tutte le necessità del singolo e questo fenomeno si è accentuato con l'avvento delle più giovani leve di specialisti che non hanno avuto, come i loro predecessori, una militanza in medicina interna dalla quale aver conservato una formazione internistica.

Se gli enormi progressi culturali di ogni specialità non potevano essere garantiti dall'internista, altresì gli specialisti di organo e di apparato non possono disporre della cultura per gestire l'intero paziente. Per perseguire questo obiettivo avrebbero dovuto distogliere l'attenzione dai temi peculiari della specialità che, nel tempo, si è arricchita inoltre di molte sottospecialità.

Il rischio della frammentazione superspecialistica minaccia l'unitarietà della specialità stessa. Basti ricordare quello che sta avvenendo in cardiologia che oggi comprende molte sotto-specialità: l'aritmologia, la diagnostica ecografica e radiologica, la ripercussiva, la chirurgia endovascolare, con la conseguente necessità di delegare ogni esigenza non cardiologica ad altre competenze.

Il risultato della somma delle diverse attività specialistiche nello stesso soggetto finiscono per produrre un collage di diagnosi che non parlano fra loro ma offrono all'internista gli elementi per una gestione ordinata di tutte le necessità del paziente.

Il rischio di una siffatta gestione c'è stato ma il modello non è stato gradito dall'utenza che dopo una fase di entusiastica accettazione delle offerte delle specialità ha ripreso ad apprezzare la figura di una specialità internistica capace di coniugare

tutte le esigenze del paziente.

L'internista è responsabile del coordinamento clinico e assistenziale facendo tesoro dell'apporto delle specialità. Inoltre ha acquisito capacità operative non più delegabili per i futuri assetti assistenziali, in particolare ospedalieri.

Il cambiamento epidemiologico (i pazienti presentano oggi spesso molte patologie), trova nel ruolo di questo internista ospedaliero la figura adeguata per le nuove forme organizzative?

La medicina interna si sta rendendo fondamentale nei percorsi dei pazienti chirurgici, sia nella fase di valutazione preoperatoria che post-operatoria, in particolare nell'ortopedia che affronta i pazienti sempre più anziani e quindi pluripatologici, e nella chirurgia generale. Sono sempre più frequenti modelli organizzativi in ortopedia dove accanto al chirurgo si affianca una competenza medico-internistica che ha consentito di ridurre la degenza media e la mortalità, attraverso una attenta valutazione delle diverse patologie di cui è portatore il paziente in fase preoperatoria e attraverso il monitoraggio delle complicanze mediche post-operatorie.

Ma tali esperienze stanno nascendo con ottimi risultati anche in chirurgia generale dove la medicina interna si affianca alla chirurgia con grandi benefici per il paziente in termini di outcomes.

Vari possono essere gli strumenti a disposizione dell'internista per svolgere questo nuovo ruolo all'interno dell'ospedale; in alcuni modelli l'internista è parte integrante dell'assistenza al paziente chirurgico, esercitando una funzione totalmente integrata con quella chirurgica, in altri svolge una consulenza strutturata quotidiana nelle aree di degenza chirurgiche e può disporre di letti internistici dedicati al trasferimento e alla gestione di quei pazienti che non hanno più necessità chirurgiche ma non possono essere dimessi per problematiche mediche, così consentendo un più rapido turnover nella chirurgia.

Un altro ruolo a cui l'internista è stato chiamato negli ultimi anni è la gestione post-intensiva del paziente politraumatizzato. Il trauma maggiore di solito interessa più organi e apparati. Il traumatizzato è ricoverato in terapia intensiva e impegna numerosi specialisti oltre al rianimatore, in particolare di area chirurgica. Al momento in cui il paziente era pronto per uscire dalla rianimazione in realtà non ne era chiaro il percorso in quanto nessuno degli specialisti che lo avevano curato poteva garantire l'intera assistenza. L'internista per la sua capacità di visione di insieme, per la sua attenzione alla prevenzione e al trattamento delle complicanze mediche, per la sua abitudine al ruolo di regista delle differenti competenze spe-

cialistiche, si è rivelato la figura professionale più adatta a farsi carico del percorso post-intensivo di questi pazienti riuscendo a mantenere la visione olistica delle problematiche del paziente e garantendo l'unitarietà delle cure. Inoltre tale funzione, assicurando un percorso organizzato di tali pazienti, consente un sicuro turnover per le terapie intensive in modo tale che i flussi verso tali reparti, così preziosi, soprattutto dal pronto soccorso, si possano mantenere costanti, garantendo un disponibilità continua di letti intensivi.

Infine l'internista può affrontare le problematiche del paziente critico. Infatti da studi condotti sui ricoverati nei reparti di medicina interna, in Toscana e in altre regioni, emerge che una quota di ricoverati, che varia dal 10 al 20%, si può definire critica sulla base di score quali il MEWS, e che necessita di un setting assistenziale più intensivo in termini di personale e di tecnologia. È per questo che in numerosi ospedali italiani stanno crescendo le strutture a tipo High Dependency Units di tipo internistico.

In tali strutture vengono ricoverati pazienti critici provenienti dal pronto soccorso, da degenze ordinarie internistiche e specialistiche e dalle terapie intensive. All'interno di queste aree l'internista ha competenze culturali e capacità di utilizzo di *devices* (ad esempio inserzione di cateteri arteriosi e venosi centrali) e di tecnologie quali, ad esempio, l'ecografia bedside e la ventilazione non invasiva in pazienti con insufficienza respiratoria.

Questo processo è soltanto agli inizi e quindi diventa fondamentale la formazione dei medici internisti sia durante la specializzazione che dopo e l'integrazione con gli altri specialisti che si occupano di medicina critica in particolare gli anestesisti rianimatori e i medici dell'emergenza-urgenza. Integrazione tanto più necessaria oggi che si cerca di realizzare l'ospedale per intensità di cure e di creare percorsi assistenziali strutturati per i pazienti critici che debbono coinvolgere le Terapie Intensive, il Pronto Soccorso, e le degenze mediche.

In definitiva il ruolo dell'internista, proprio per le variate caratteristiche dei pazienti in termini epidemiologici e di polipatologia e di gravità clinica che richiedono un ospedale organizzato per intensità di cure, è il più adeguato a garantire il paziente in tutto il percorso ospedaliero, sia esso esclusivamente medico sia esso medico-chirurgico, sia, infine, intensivo-post-intensivo, organizzando l'apporto delle specialità o l'affidamento del paziente e garantendo l'attività tecnico operativa diagnostica e terapeutica anche nella *High Dependency Unit*. **TM**

La medicina d'emergenza dopo il riconoscimento della specializzazione: fatto tutto?

Con la nascita della scuola di specializzazione in Medicina d'urgenza è stato finalmente riconosciuto anche a livello universitario il ruolo specifico della nostra professione dopo un cammino intrapreso circa 15-20 anni fa. Il percorso è stato molto difficile dovendo superare resistenze di vario genere radicate a tutti i livelli, in particolare tra i colleghi specialisti che si sono sentiti più o meno comprensibilmente "scalzati" da alcuni dei loro compiti tradizionali. Si è comunque alla fine compreso che l'evoluzione della nostra organizzazione sanitaria richiedeva questa nuova competenza peraltro già presente in molti altri paesi, *in primis* gli Usa da oltre 30 anni.

Mentre un tempo il Pronto Soccorso aveva una valenza prevalentemente chirurgica (ferite, fratture etc.) e vedeva protagonisti medici con scarse motivazioni, magari insoddisfatti di non avere potuto svolgere altri ruoli considerati più prestigiosi, oppure specialisti di varie branche che "ruotavano" *obtorto collo* nella funzione di Pronto Soccorso, a poco a poco si è capito l'importanza che il Pronto Soccorso stesso andava rivestendo, nuovi medici si sono affacciati con rinnovato interesse al lavoro dell'emergenza-urgenza e si è venuta delineando sul campo una nuova figura professionale esclusivamente dedicata a quel preciso scopo, con una visione globale del malato ma che vedeva la propria *mission* limitata in funzione del fattore tempo.

Basti pensare all'ictus, alla sepsi, al trauma maggiore, all'infarto miocardico tanto per citare alcune delle patologie maggiormente "tempo-dipendenti" di altre per rendersi conto di quante volte ogni giorno i medici d'urgenza si confrontino con pazienti per i quali la differenza tra la vita e la morte o l'invalidità residua dipende dalla loro capacità di identificarli tra le centinaia di accessi quotidiani e quindi di iniziare precocemente i trattamenti necessari. So bene che alcuni "detrattori" ci accusano di essere dei "tuttologi", rivendicando il ruolo dello specialista in quello specifico

settore. Non siamo né potremmo essere specialisti di tutto; la nostra specifica professionalità, in molti casi, consiste proprio nel portare il malato, correttamente inquadrato e stabilizzato, nei tempi giusti e nel posto giusto, agli altri specialisti, consentendo loro di esprimere al meglio le loro specifiche competenze.

Dobbiamo essere consapevoli ed orgogliosi del nostro ruolo che non è più subalterno ma paritetico con le altre specialità.

Sempre in tema di professionalità i medici d'urgenza, col passare del tempo, hanno acquisito, ai fini dell'espletamento della loro *mission* tempo-limitata, diverse competenze indispensabili per l'approccio terapeutico d'urgenza e il primo inquadramento diagnostico, come la ventilazione non invasiva, l'intubazione, la cardioversione elettrica, la rachicentesi, la toracentesi, il reperimento di accessi venosi centrali o di arterie, l'inserimento di drenaggi toracici, l'impiego dell'ecografia (una FAST sempre più "Extended"). Proprio l'ecografia è stata l'ultima competenza acquisita in ordine di tempo che ha permesso di migliorare in termini di efficacia l'approccio al malato dispnoico, a quello emodinamicamente compromesso, al trauma maggiore o al paziente con dolore addominale.

Come non dire di un'altra specificità acquisita dalla medicina d'urgenza, quella di farsi carico del corretto uso delle risorse dell'ospedale: ogni ricovero prevede non solo una diagnosi ma anche un processo di rapida stratificazione del rischio delle patologie in modo da dare la giusta priorità di ricovero e/o di intervento scegliendo il livello assistenziale appropriato.

Di fronte al crescente flusso di accessi nei DEA e alle difficoltà che ne derivano nel clima di lavoro, per poter mantenere una "bussola" metodologica, abbiamo perfezionato nel tempo, attraverso una costante rivisitazione della letteratura scientifica filtrata dall'esperienza acquisita sul campo, l'ela-

MASSIMO GRANELLI

Medicina d'urgenza, Osp. SM Annunziata, ASL di Firenze

borazione/uso di linee-guida/protocolli mirati alla ottimizzazione dei tempi di assistenza, intervento e permanenza in Pronto Soccorso, al miglior uso delle risorse umane e delle attrezzature a nostra disposizione.

È bene dire tuttavia che la nostra professione oltre che interessante e coinvolgente – ad “alto tasso adrenalinico” – comporta anche un notevole logorio psicofisico. È difficile riuscire a “staccare la spina” quando si torna a casa: spesso si ripensa a come si sarebbe potuto fare di più e di meglio per quel dato paziente oppure si teme di incorrere in qualche provvedimento dell'autorità giudiziaria e di doverne poi rispondere in tribunale.

Si pensa alle tante notti iniziate in piedi e finite “sui gomiti”, ai turni festivi, alla grande responsabilità che ogni decisione, da prendere in poco tempo, comporta, alla copertura dei turni extra di un collega in malattia; si pensa alle tensioni accumulate sul lavoro che talvolta si ripercuotono in ambito familiare.

Per tutto questo, per la qualità e il numero delle prestazioni che offriamo ogni giorno, bisognerebbe che il nostro ruolo acquisisse una sua specificità anche sul terreno economico e del tempo libero.

Mentre qualche anno fa si potevano facilmente reperire dalle graduatorie dei concorsi colleghi che non aspettavano altro che lavorare nei DEA, oggi non è più così. Sempre meno medici partecipano ai concorsi e alle graduatorie per incarico. Si sta diffondendo la sensazione che la fatica del DEA è tanta e poco riconosciuta. È oggi difficile salutare con entusiasmo la scelta di un giovane collega ogni volta che viene a dirci che vuole fare il medico d'urgenza, anche se lo dice con convinzione, anche se passa più tempo del dovuto in DEA senza tradire la stanchezza. Di fronte all'ennesima notte in piedi, all'ennesimo “attacco” dei media, al merito non riconosciuto e magari attribuito ad altri, ci domandiamo se valga ancora la pena di proseguire... ma sarà un bene per tutti se molti continueranno a rispondere di sì.

TM

La salute è un diritto di tutti. Nessuno escluso

L'attività dei colleghi del ME.DU. (Medici per i Diritti Umani) è di grande rilevanza dal punto di vista umano e sanitario. Ci auguriamo che possa essere più supportata dalle autorità sanitarie.

Il “Camper per i Diritti” di Medici per i Diritti Umani ha svolto ad oggi un lavoro di due anni all'interno degli insediamenti spontanei dei Rom di cittadinanza rumena a Firenze e Sesto Fiorentino, con l'obiettivo principale di avvicinare la comunità al servizio sanitario pubblico.

Il lavoro è stato svolto in due direzioni: nei confronti dell'utenza per la prevenzione e l'educazione alla salute, la prima assistenza, l'orientamento e l'eventuale accompagnamento ai servizi, e nei confronti delle istituzioni, per un'azione di testimonianza e di richiesta di coordinamento e collaborazione.

Primo dato rilevante è che gli operatori dell'unità mobile sono riusciti a raggiungere gli

utenti direttamente presso le loro dimore, instaurando un rapporto di fiducia e conoscenza reciproca. La loro costante presenza sul territorio ha permesso un ascolto delle problematiche che vive la comunità ed ha portato alla luce le principali barriere che

impediscono la regolarizzazione sociale e l'accesso alle cure. Attraverso un lavoro di tipo antropologico (raccolta di storie di vita, ricostruzione del percorso migratorio e delle esperienze lavorative e di malattia) è stato anche possibile riflettere sui concetti di salute e prevenzione.

Ci siamo confrontati con un'utenza recettiva ed attiva: la percentuale dei Rom che alla seconda visita aveva provveduto alla stipula della tessera STP è passata dall'11 al 36% a seguito delle nostre indicazioni.

MARCO ZANCHETTA, ANDREA BASSETTI

Medici per i Diritti Umani ONLUS

I dati disegnano inoltre il profilo di un'utenza fondamentalmente sana, colpita da disturbi causati in larghissima parte dalle condizioni igienico-sanitarie intollerabili in cui vive. In questo quadro è stata in particolare molto difficile l'effettiva presa in carico da parte dei servizi di pazienti con patologie importanti, bisognosi di un'assistenza domiciliare continuativa, oppure di pazienti in fase post operatoria.

Dal punto di vista della salute pubblica emerge che le malattie infettive, pur costituendo una minima percentuale dei riscontri diagnostici, nelle condizioni descritte hanno rappresentato una grossa criticità di gestione sia dello screening che della necessaria terapia. Nei casi di tubercolosi l'unica strategia possibile, preventivamente concordata con il servizio sanitario nella gestione post ospedaliera della terapia, si è rivelata essere quella della "terapia direttamente osservata" (DOT) in ospedale, mentre la situazione di estrema precarietà ha reso impossibile una gestione adeguata dei casi di scabbia.

Anche le varie problematiche relative all'accesso alle cure (barriere burocratiche ed economiche, scarsa conoscenza del diritto alla salute e dei servizi sul territorio, scarsa fiducia nel SSR, scarsa valutazione delle priorità legate alla salute) hanno influito negativamente sulla salute e sul rapporto nei confronti del SSR. Tali problematiche, che non differiscono molto da quelle di un cittadino italiano vulnerabile, nel caso dei nostri utenti sono state amplificate da barriere linguistiche, che pregiudicano la comprensione dei percorsi di salute, e da problematiche amministrative, che influiscono sulla continuità dell'assistenza. In questo senso è auspicabile l'organizzazione di un servizio di mediazione linguistico-culturale più efficiente e capillare all'interno dei servizi ed una maggiore tempestività dell'azione normativa regionale: nei primi due mesi del 2008 e del 2009, in assenza della Delibera che equipara i diritti dei cittadini neocomunitari a quelli dello straniero non comunitario privo di permesso di soggiorno, i pazienti erano obbligati a pagare integralmente le cure di cui avevano bisogno.

Dalle interviste e dall'osservazione del funzionamento degli ambulatori STP emerge come la mancanza di risorse umane e materiali (in particolare un sistema informatico per la gestione di un registro dei pazienti e i ridotti orari di apertura degli ambulatori) comporti una difficoltà nell'approccio olistico al paziente e nella continuità di cura. Crediamo che per migliorare l'accesso alle cure dei gruppi di migranti irregolarmente soggiornanti in condizioni di marginalità sia opportuno operare una scelta politica decisa tra il potenziamento degli ambulatori STP già esistenti e il pieno coinvolgimento dei medici di base, in ap-

plicazione della normativa regionale vigente che prevede il libero accesso con rimborso per singola prestazione.

La mancanza di una maggiore relazione fra distretto e territorio genera inoltre una scarsa conoscenza dei contesti in cui gli utenti vivono. Molti operatori sanitari hanno sottolineato l'utilità di un approccio operativo al territorio, nell'ottica di portare avanti una campagna di informazione degli utenti, una acquisizione di conoscenze da parte degli operatori e di stimolare la nascita di una fiducia generale verso le istituzioni sanitarie.

Da ultimo, ci sembra opportuno rilevare l'esistenza di un atteggiamento di "antipatia culturale" nei confronti dei Rom presente nella società civile in generale e quindi anche nelle sue istituzioni. Da un lato la persistenza di forti pregiudizi, emersa durante le interviste agli operatori sanitari ed amministrativi, si riflette nel rapporto con i beneficiari creando una spirale di razzismo reale e percepito. Dall'altro, di fronte ad una situazione di fatto che persiste oramai da circa dieci anni, l'atteggiamento prevalente dei rappresentanti degli Enti locali deputati all'accoglienza è stato di indifferenza e in certi casi di ostilità.

È rimasta disattesa la nostra richiesta, condivisa anche delle famiglie Rom, di miglioramento delle condizioni igieniche attraverso la rimozione dei rifiuti presenti negli insediamenti, provvedimento urgente per restituire dignità e per permettere le minime condizioni di salute delle persone. Abbiamo anche chiesto l'avvio di un tavolo di coordinamento provinciale con la presenza di soggetti pubblici e privati ma le uniche risposte avute fino ad ora sono state minacce delle forze di pubblica sicurezza al momento della visita nei campi, episodi di fermo in Questura e periodiche operazioni di sgombero attuate senza una preventiva condivisione con i destinatari, senza preavviso alcuno e senza la previsione di soluzioni né di emergenza né a lungo termine.

Tali azioni di sgombero hanno messo in pericolo la salute delle persone, donne bambini in primo luogo, avendo come unica conseguenza lo spostamento dei nuclei familiari in altre aree della zona, la perdita degli effetti personali, della documentazione sanitaria e dei medicinali. La periodicità delle retate e degli sgomberi ha peggiorato la condizione psicologica degli utenti e aumentato la loro diffidenza ed in certi casi anche l'ostilità verso tutto ciò che "viene dall'esterno". In tale situazione vengono messi in crisi la possibilità e il senso del nostro intervento, che dopo aver avvicinato l'utenza percorrendo quel tratto di strada che la separa dai servizi pubblici, presuppone anche una risposta al momento del nostro ritorno.

TM

Il paziente a rischio di eventi avversi in ospedale

Il progetto M.E.W.S dell'Azienda Sanitaria di Firenze

Il numero di malati affetti da patologie acute, spesso associate ad importanti comorbidità, ricoverati nei reparti di degenza ordinaria e che richiedono un livello di assistenza più elevato di quello garantiti abitualmente, è oggi in sensibile aumento. Il non precoce riconoscimento dei segni clinici di aggravamento può essere causa di eventi avversi gravi come l'arresto cardiorespiratorio (A.C.R.) la cui eziopatogenesi nei pazienti ospedalizzati ha spesso una origine non cardiaca. I ritmi prevalenti rilevati al momento dell'arresto sono infatti ritmi "non defibrillabili", come il PEA (Pulseless Electric Activity) o l'asistolia, espressioni del graduale deterioramento di una condizione clinica extracardiaca (ipossia, ipovolemia, acidosi metabolica grave, intossicazione da farmaci, ipotermia, iperkaliemia). La possibilità di trattare con successo questi ritmi varia dall'1-2% in caso di asistolia al 6% in caso di PEA + asistolia, con una sopravvivenza alla dimissione stimata intorno al 14-18%.

Il Gruppo ACRO (Arresto Cardio Respiratorio Ospedaliero) dell'Azienda Sanitaria di Firenze (ASF), composto da rianimatori, cardiologi, me-

dici dell'urgenza ed infermieri, è stato costituito inizialmente per formare gli operatori sanitari nel BLS-D e ACLS e per organizzare la risposta all'emergenza intra-ospedaliera, dotando tutti i reparti di defibrillatori automatici (DAE) e di carrelli di emergenza; successivamente tuttavia rilevando che, nonostante l'attività di formazione, la sopravvivenza all'arresto cardiorespiratorio rimaneva assai bassa, il gruppo ha focalizzato la sua attenzione sulle modalità di prevenzione dell'arresto cardiocircolatorio.

Come si evidenzia dalla letteratura solo 1/3 dei casi di arresto cardiorespiratorio è inaspettato mentre potrebbe essere prevenuto o addirittura evitato in più del 50% dei casi; è stato infatti documentato che 2/3 dei pazienti presentano un deterioramento clinico nelle 6 h precedenti l'arresto, spesso caratterizzato da una diminuzione della pressione arteriosa, un aumento della frequenza respiratoria od una alterazione del livello della coscienza. Come riportato in letteratura i malati con alterazione di 2 parametri vitali hanno una mortalità pari a 9.2% per aumentare al 21.3% in caso di 3 o più parametri alterati.

R. OGGIONI¹, L. TADINI BUONINSEGNI¹, A. NESI¹, F. BANDINI², S. GORI³, A. PEDULLÀ³

¹ S.C. Anestesia e Rianimazione - Nuovo Ospedale del Mugello

² S.S. Cardiologia-Nuovo Ospedale del Mugello

³ S.C. Anestesia e Rianimazione - Ospedale dell'Annunziata, Azienda Sanitaria di Firenze

MEWS

SCORE	3	2	1	0	1	2	3
FC/min		< 40	41-50	51-100	101-110	111-130	> 131
PAS	< 70	71-80	81-100	101-160 Normale	Aum >15%	> 30%	> 45%
FR/min		< 8		10-18	18-24	24-30	> 30
T°		< 35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5	> 38,6	
AVPU	U	P	V	A	Agitato Confuso		
DIURESIS	<10 ml/h anuria	<30 ml/h		aliguria		60-70 ml/h	poliuria

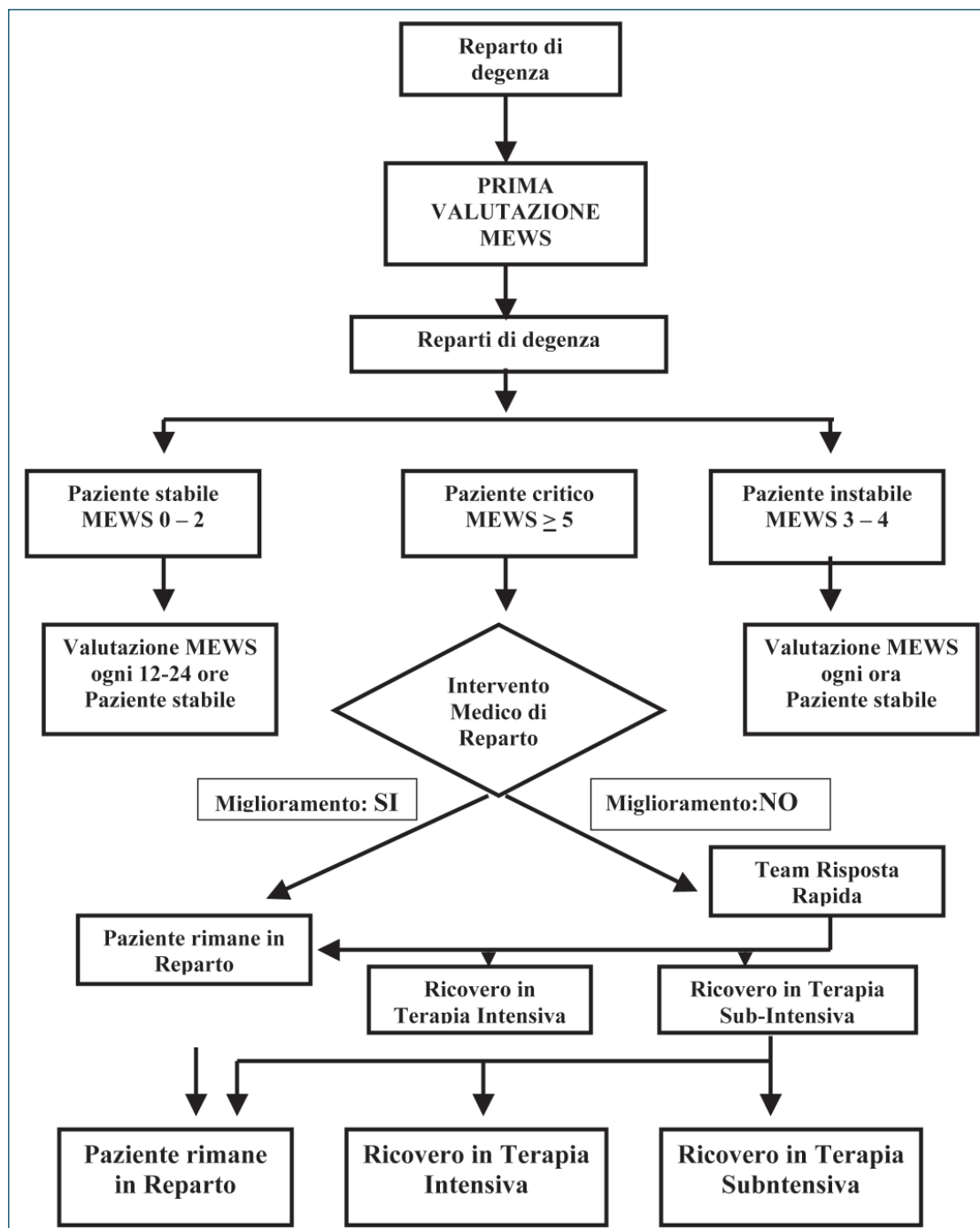
Numerosi studi relativi alla mortalità ospedaliera riportano inoltre che il 41% dei ricoveri in Terapia Intensiva (TI) sono potenzialmente evitabili e che il 50% dei pazienti ricoverati ha ricevuto una assistenza inadeguata prima dell'ammissione in TI con conseguente impatto negativo sulla morbidità e mortalità.

L'assistenza al malato acuto nei reparti di degenza è indubbiamente penalizzata da carenze organizzative ma è pure influenzata da una scarsa

conoscenza e preparazione del personale sanitario in medicina critica. Ciò comporta una inadeguata valutazione del malato a rischio di deterioramento clinico ed una incapacità a garantire una tempestiva assistenza con importanti ripercussioni, anche a livello socio-economico, legate ad una eventuale rianimazione tardiva.

Sulla base di queste premesse e di dati scientifici ricavati da esperienze internazionali dei cosiddetti **team di risposta rapida** (MET

ALGORITMO OPERATIVO MEWS



- Medical Emergency Team, Australia; CCOS - Critical Care Outreach Service, Inghilterra; RRT - Rapid Response Team, USA), creati appositamente per intervenire ed estendere un'assistenza di tipo intensivo a malati acuti instabili ricoverati nei reparti, il gruppo ACRO ha elaborato un progetto di prevenzione degli eventi avversi gravi imperniato sulla stretta collaborazione tra la terapia intensiva ed i reparti di degenza e finalizzato a sensibilizzare il personale sanitario dei reparti al precoce riconoscimento di quei segni clinici acuti preludio di morti intraospedaliere potenzialmente evitabili. Tale progetto prevede la creazione di un team di intervento rapido, costituito da un medico rianimatore e da un infermiere di terapia intensiva, che, su chiamata del reparto in base a criteri definiti, interviene per stabilizzare il malato e/o per ricoverarlo in terapia intensiva; a questo proposito è stato adottato il MEWS (Modified Early Warning Score), un sistema a punteggio basato sulla rilevazione di parametri vitali quali frequenza cardiaca, pressione sistolica, frequenza respiratoria, stato della coscienza, diuresi e temperatura, cui viene attribuito un punteggio (da 0 a 3) a seconda del discostamento dai valori considerati fisiologici. Il calcolo del punteggio totale guida l'infermiere a decidere la cadenza delle successive valutazioni o, nei casi più gravi, a richiedere l'intervento del medico di reparto e del team di emergenza. Il MEWS consente quindi di valutare la dinamicità del quadro clinico del paziente ricoverato e, sulla base del punteggio rilevato, permette di inquadrarlo secondo livelli di gravità crescenti e di graduare di conseguenza la frequenza del monitoraggio (fase di attenzione) individuando tempestivamente gli eventuali interventi da attuare (fase di allarme) secondo uno specifico algoritmo.

Il MEWS, testato per la prima volta alla fine del 2002 su 815 pazienti ricoverati nei reparti di tre ospedali dell'ASF, si è rivelato uno strumento di valutazione semplice e rapido per gli infermieri permettendo una tempestiva individuazione di un 10-12% di pazienti con uno score di 3-4 (considerato il cut-off di attenzione) ovvero destinati, al fine di prevenire l'insorgenza di eventi avversi gravi, ad una cadenza più serrata di monitoraggio e/o ad una assistenza superiore rispetto al livello garantito in reparto. Pertanto all'inizio del 2004, previo svolgimento di un corso di formazione specifico, il MEWS è stato sperimentato per due mesi in quattro reparti pilota (due medici e due chirurgici) dell'ASF su un totale di 420 pazienti (228 pz medici, 192 pz chirurgici). Da tale esperienza è emerso che il 10% dei pazienti ricoverati

aveva un MEWS di 3-4, nei reparti di medicina erano presenti un numero maggiore di pazienti più gravi (MEWS>3) rispetto ai reparti chirurgici (15% e 5% rispettivamente) ma nei reparti chirurgici il numero di chiamate, volte al medico di reparto e soprattutto al team di emergenza, erano più frequenti rispetto ai reparti medici (56% vs 32%); solo 5 pazienti (4 medici, 1 chirurgico) sono stati ricoverati in terapia intensiva (tutti con MEWS>4-5) e dimessi poi dall'ospedale in buona salute.

Il MEWS ha permesso pertanto di:

- avere, nel percorso di assistenza, una visione più specifica del livello di gravità del malato da parte degli infermieri e dei medici di reparto identificando e trattando precocemente quei pazienti a rischio di deterioramento clinico e prevenendo nei casi più gravi l'eventuale arresto cardiorespiratorio;
- ridurre errori latenti grazie ad un continuo miglioramento professionale ed organizzativo da parte dell'équipe di reparto;
- prevenire i ricoveri in Terapia Intensiva potenzialmente evitabili o ricoverare il paziente prima che diventasse troppo grave migliorandone così la prognosi.

Il progetto Prevenzione-MEWS, presentato alla fine del 2005 alla Direzione Sanitaria dell'ASF, è stato quindi approvato come progetto aziendale e la scheda di rilevazione MEWS è stata inserita nella cartella infermieristica. Il Corso di formazione MEWS per medici ed infermieri delle High Care mediche e chirurgiche è stato accreditato ed inserito nel 2008 nel piano di formazione dell'ASF dal Dipartimento delle Terapie Intensive in collaborazione con i Dipartimenti Medici e Chirurgici ed è attualmente in fase di svolgimento. Dal febbraio 2010 il MEWS è ufficialmente applicato nei reparti chirurgici dell'Ospedale dell'Annunziata e dal marzo 2010 sarà applicato nei reparti medici e chirurgici dell'Ospedale del Mugello.

La delibera dell'11 gennaio 2010 della Giunta Regionale Toscana ha sottolineato ulteriormente l'importanza ed utilità di questo progetto promuovendo, nell'ambito delle "Buone pratiche per la sicurezza del paziente", l'adozione del MEWS per "individuare e migliorare la gestione organizzativa del paziente critico ricoverato nelle aree di degenza ordinaria ed in tutti gli ambiti in cui non sia previsto un monitoraggio strumentale dei parametri vitali".

TM

La gestione del segno/sintomo febbre nel bambino

In breve alcuni consigli pratici leggendo le nuove linee guida della Società Italiana di Pediatria per la gestione del segno/sintomo febbre

INTRODUZIONE

La recente pubblicazione delle Linee guida per la Gestione del Segno/sintomo febbre nel bambino da parte della Società Italiana di Pediatria (scaricabile per intero al sito [web:http://www.sip.it](http://www.sip.it)) fornisce l'occasione per fare il punto su alcuni importanti punti di ordine pratico per il medico che deve gestire il bambino con febbre. Le linee guida sottolineano come gli antipiretici utilizzabili nel bambino (paracetamolo ed ibuprofene) siano farmaci generalmente sicuri e ben tollerati che devono essere impiegati tuttavia solo in caso che alla febbre si associno segni e sintomi di *discomfort*, allo scopo di ridurre lo stato di malessere generale del bambino. Ciò è indipendente dal grado di febbre che il bambino presenta.

È infatti osservazione comune che in alcuni casi la febbre anche elevata è ben tollerata e che essa rappresenta un naturale primo meccanismo di difesa che l'organismo mette in atto in corso di infezione.

D'altra parte è fondamentale che, fin dai primi controlli medici, il pediatra promuova una corretta educazione dei genitori, anche con lo scopo di ridurre la "*fever phobia*", un terrore del segno/sintomo febbre di per sé. I genitori eccessivamente allarmati tendono a voler in ogni modo controllare la febbre nel bambino e ciò può portare a sovraffuso di farmaci antipiretici.

I genitori devono essere anche istruiti a sapere che né il grado della febbre né la risposta agli antipiretici non sono indici della gravità della patologia che il bambino presenta. Importante è inve-

ce l'età del bambino ed, in particolare, un neonato con febbre deve sempre essere ricoverato.

MAURIZIO DE MARTINO*, NICOLA PRINCIPI**

* Direttore del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Firenze, Osp. Meyer

** Direttore della Clinica 1°, Istituti Clinici di perfezionamento, Clinica De Marchi, Milano

Fra le varie domande che frequentemente vengono poste, e alle quali nelle linee guida possiamo trovare utili risposte (Tabella I), ne abbiamo selezionate tre

che riportiamo di seguito succintamente. Ripor-
tiamo infine in Tabella II i consigli che devono essere forniti dai medici ai genitori scopo di evitare l'uso improprio o scorretto dei farmaci antipiretici.

1) Quali antipiretici possono essere impiegati con sicurezza nel bambino?

Sono disponibili diversi studi randomizzati controllati e metanalisi che dimostrano che sia paracetamolo che ibuprofene sono efficaci nel ridurre la temperatura febbrile nel bambino e che sono ugualmente sicuri. In alcuni *trials* randomizzati controllati non è stata riscontrata una sostanziale differenza in termini di efficacia antipiretica e sicurezza fra ibuprofene e paracetamolo, sebbene l'ibuprofene sembri avere un'azione lievemente più rapida e duratura.

Riguardo all'impiego dell'ibuprofene esistono tuttavia studi che descrivono un incrementato rischio di empiema toracico in corso di polmonite, di insufficienza renale in corso di diarrea e disidratazione e di complicanze infettive da streptococco in corso di varicella. Sebbene questi studi necessitino di ulteriori conferme rappresentano comunque un *caveat* da tenere presente. L'uso di ibuprofene in corso di malattia di Kawasaki inibisce l'effetto antiaggregante piastrinico dell'ASA. Pertanto le condizioni che si possono associare ad incrementata tossicità di paracetamolo o ibupro-

Tabella I - Riassunto delle raccomandazioni

Raccomandazione 1. La via di misurazione rettale della temperatura corporea non dovrebbe essere impiegata di routine nei bambini con meno di 5 anni a causa della sua invasività e del disagio che comporta (livello della prova III; forza della raccomandazione D). Raccomandazione 2. La misurazione orale della temperatura corporea è da evitare nei bambini (livello della prova III; forza della raccomandazione D). Raccomandazione 3. L'uso dei termometri a mercurio è sconsigliato nei bambini per il rischio di rottura e di contatto col metallo (livello della prova III, forza della raccomandazione E). Raccomandazione 4. In ambito ospedaliero o ambulatoriale, per i bambini fino a 4 settimane si raccomanda la misurazione ascellare con termometro elettronico (livello di prova III; forza della raccomandazione B). Raccomandazione 5. In ambito ospedaliero od ambulatoriale, per i bambini oltre le 4 settimane, si raccomanda la misurazione ascellare con termometro elettronico o quella timpanica con termometro a infrarossi (livello di prova II; forza della raccomandazione B). Raccomandazione 6. A domicilio, per la misurazione da parte dei genitori o dei tutori, per tutti i bambini viene raccomandata la misurazione con termometro elettronico in sede ascellare (livello di prova II; forza della raccomandazione B). Raccomandazione 7. E' consigliabile che, per avere una valutazione corretta dell'entità del rialzo termico, la temperatura corporea sia misurata direttamente da un operatore sanitario (livello di prova VI forza della raccomandazione B). Raccomandazione 8. L'impiego di mezzi fisici per la terapia della febbre è sconsigliato (livello della prova I; forza della raccomandazione E). Raccomandazione 9. L'impiego di mezzi fisici rimane invece consigliato in caso di ipertermia (livello della prova I; forza della raccomandazione A). Raccomandazione 10. Non è raccomandato considerare l'entità della febbre come fattore isolato per valutare il rischio di infezione batterica grave (livello di prova III; forza della raccomandazione E). Raccomandazione 11. La febbre di grado elevato può essere tuttavia considerata predittiva di infezione batterica grave in particolari circostanze (come età inferiore ai 3 mesi e/o concomitante presenza di leucocitosi e/o incremento degli indici di flogosi) (livello di prova III, forza della raccomandazione C). Raccomandazione 12. I farmaci antipiretici devono essere impiegati nel bambino febbrile solo quando alla febbre si associ un quadro di malessere generale (livello di prova I; forza della raccomandazione B). Raccomandazione 13. Paracetamolo ed ibuprofene sono gli unici antipiretici raccomandati in età pediatrica. (livello di prova I; forza della raccomandazione A). Raccomandazione 14. L'acido acetilsalicilico non è indicato in età pediatrica per il rischio di sindrome di Reye (livello di prova III; forza della raccomandazione E). Raccomandazione 15. I cortisonici non devono essere impiegati come antipiretici per l'elevato rapporto costi/benefici (livello di prova III; forza della raccomandazione E). Raccomandazione 16. L'uso combinato o alternato di ibuprofene e paracetamolo non è raccomandato sulla base delle scarse evidenze disponibili riguardo la sicurezza e l'efficacia rispetto alla terapia con un singolo farmaco. (livello di prova VI; forza della raccomandazione D). Raccomandazione 17. Sebbene le formulazioni orale e rettale di paracetamolo, a dosaggi standard, abbiano efficacia antipiretica e sicurezza sovrapponibili, la somministrazione di paracetamolo per via orale è preferibile in quanto l'assorbimento è più costante ed è possibile maggiore precisione nel dosaggio in base al peso corporeo (livello di prova I; forza della raccomandazione A). Raccomandazione 18. La via rettale è da valutare solo in presenza di vomito o di altre condizioni che impediscano l'impiego di farmaci per via orale (livello di prova I; forza della raccomandazione A). Raccomandazione 19. L'impiego di alti dosaggi (>20 mg/kg/dose o 90 mg/kg/die) di paracetamolo per via rettale deve essere sconsigliato per l'incrementato rischio di tossicità (livello di prova I; forza della raccomandazione E). Raccomandazione 20. Paracetamolo e ibuprofene sono antipiretici generalmente efficaci e ben tollerati che devono essere utilizzati a dosaggi standard (livello di prova I; forza della raccomandazione A). Raccomandazione 21. L'ibuprofene non è raccomandato in bambini con varicella o in stato di disidratazione (livello di prova V; forza della raccomandazione D). Raccomandazione 22. Fino a quando non saranno disponibili ulteriori dati, l'impiego di ibuprofene è sconsigliato nei bambini con sindrome di Kawasaki e in terapia con acido acetil-salicilico, in quanto in questi casi è stato segnalato un rischio di ridotta efficacia dell'attività anti-aggregante dell'acido acetil-salicilico (livello di prova V; forza della raccomandazione D).
--

Raccomandazione 23. La dose degli antipiretici deve essere calcolata in base al peso del bambino e non all'età (livello di prova I; forza della raccomandazione A)

Raccomandazione 24. La dose deve essere somministrata utilizzando specifici dosatori acclusi alla confezione (ad esempio contagocce, siringa graduata per uso orale, tappo dosatore), evitando l'uso di cucchiaini da caffè/the o da tavola (livello di prova V; forza della raccomandazione A).

Raccomandazione 25. È indispensabile prestare attenzione a possibili fattori concomitanti* che possano incrementare il rischio di tossicità per i due farmaci (livello di prova V; forza della raccomandazione A).

*Fattori concomitanti che possono incrementare il rischio di tossicità da farmaci antipiretici: PER PARACETAMOLO, contemporaneo trattamento con carbamazepina, isoniazide, fenobarbitale ed altri barbiturici, primidone, rifampicina, diabete, obesità, malnutrizione, storia familiare di reazione epatotossica, condizioni di digiuno prolungato; PER IBUPROFENE, disidratazione, varicella in atto, contemporaneo trattamento con ACE inibitori, ciclosporina, metotrexate, litio, baclofene, diuretici, chinolonici, dicumarolici).

Raccomandazione 26. Nel caso di sospetta intossicazione, il bambino deve essere immediatamente riferito ad un centro anti-veleni o ad un Pronto soccorso, in quanto l'intervento precoce è associato a miglior prognosi (livello di prova I; forza della raccomandazione A).

Raccomandazione 27. Nel bambino asmatico e nei bambini con fibrosi cistica ibuprofene e paracetamolo non sono controindicati. Ibuprofene è sconsigliato nei casi di asma nota da farmaci antinfiammatori non steroidei (livello di prova I; forza della raccomandazione A).

Raccomandazione 28. Nel bambino con altre malattie croniche (malnutrizione, cardiopatia cronica, epatopatia cronica, diabete) non vi sono evidenze sufficienti per valutare l'utilizzo di paracetamolo ed ibuprofene, in quanto la maggioranza dei trials esclude questi soggetti dagli studi. È raccomandata cautela in casi di grave insufficienza epatica o renale o in soggetti con malnutrizione severa (livello della prova III; forza della raccomandazione C).

Raccomandazione 29. Il bambino febbrile, con età inferiore a 28 giorni, deve essere sempre ricoverato per l'elevato rischio di patologia grave (livello di prova I; forza della raccomandazione A).

Raccomandazione 30. Il paracetamolo è l'unico antipiretico che può essere eventualmente impiegato fin dalla nascita. Nel neonato si raccomanda di adeguare dosaggio e frequenza di somministrazione all'età gestazionale (livello di prova III; forza della raccomandazione A).

Raccomandazione 31. L'impiego preventivo di paracetamolo o ibuprofene in bambini sottoposti a vaccinazione al fine di ridurre l'incidenza di febbre o reazioni locali non è consigliato (livello di prova II; forza della raccomandazione E)

Raccomandazione 32. Dal momento che l'impiego di paracetamolo od ibuprofene in bambini febbrili non previene le convulsioni febbrili, essi non devono essere utilizzati per questa finalità (livello di prova I; forza della raccomandazione E).

fene devono essere attentamente considerate prima di prescrivere l'uno o l'altro farmaco.

2) Quale è la via di somministrazione da preferire?

Per quanto riguarda la via di somministrazione è certamente da preferire la via orale. Infatti, sebbene l'efficacia antipiretica dei due farmaci a dosaggi standard sia sovrapponibile, è stato osservato che la via di somministrazione rettale determina picchi plasmatici del farmaco ampiamente variabili in quanto non costantemente si raggiungono concentrazioni plasmatiche comprese fra 10 e 20 µg/mL, necessarie per ottenere l'effetto antipiretico.

Inoltre, il paracetamolo somministrato per via rettale necessita di un tempo maggiore per raggiungere il picco di concentrazione plasmatica. La difficoltà di determinare con precisione la dose nel bambino piccolo in base al peso corporeo utilizzando supposte (quindi dosaggi fissi di paracetamolo per fasce di età) pone il bambino a rischio di sottodosaggio o, in modo più preoccupante, di sovradosaggio.

La pratica comune di somministrare supposte adattate domiciliariamente al peso del proprio bambino (ad esempio attraverso l'eliminazione della parte terminale della supposta) oltre che essere una abitudine discutibile dal punto di vista terapeutico, per l'impossibilità di ottenere con precisione i dosaggi raccomandati, può risultare pericolosa per il rischio di sovradosaggio. La somministrazione per via orale del paracetamolo potrebbe essere, quindi, preferibile per l'assorbimento più costante e la maggior precisione nei dosaggi in base al peso corporeo.

Si consiglia, tuttavia, l'impiego della via rettale solo in caso di vomito o altre condizioni che impediscano l'assunzione di farmaci per via orale.

3) È realmente vantaggiosa la somministrazione combinata o alternata di paracetamolo ed ibuprofene?

La somministrazione alternata o combinata di ibuprofene e paracetamolo sta diventando una pratica diffusa nel trattamento del bambino con febbre. Un recente trial randomizzato controllato, pubblicato da Hay e colleghi sul *British Medical*

Journal nel 2008, ha dimostrato in effetti un'efficacia antipiretica maggiore del trattamento combinato rispetto alla monoterapia con paracetamolo o con ibuprofene. Nell'arco di 24 ore il gruppo in terapia combinata ha presentato, mediamente, 4,4 ore (IC95%: 2,4-6,3) di apiressia in più rispetto al gruppo trattato con solo paracetamolo e 2,5 ore (IC 95%: 0,6-4,4) di apiressia in più rispetto al gruppo trattato con solo ibuprofene.

A fronte di questo vantaggio, tuttavia, è stata riscontrata una difficoltà nei genitori a seguire con fedeltà la terapia combinata, suggerendo la possibilità che questo tipo di regime possa generare confusione nei genitori e, potenzialmente, aumentare il rischio di sovradosaggio. I dati disponibili in letteratura quindi, sebbene evidenzino una modesta maggiore efficacia antipiretica della terapia alternata o combinata, non mostrano un particolare beneficio clinico rispetto alla scelta della monoterapia.

Questo tipo di trattamento può comportare un aumentato rischio di sovra- o sotto-dosaggio dei farmaci, incremento degli eventi avversi e dei costi, rischio di esacerbare la "fever-phobia" dei genitori (Tabella II). In conclusione, le linee guida per la gestione del segno/sintomo febbre in pediatria possono aiutare il medico nell'approccio pratico al bambino, con l'obiettivo di controllare la dilagante *fever-phobia*, promuovere un uso appropriato e corretto dei farmaci antipiretici, prevenire i casi di sovradosaggio, e, nel caso questi si verificano, fornire indicazioni per il loro rapido riconoscimento ed invio al Pronto Soccorso.

Gruppo di lavoro multidisciplinare:

1. Dr. Paolo Becherucci, pediatra di famiglia, rappresentante FIMP, Firenze
2. Dr. Francesca Bonsignori, medico, Firenze
3. Dr. Elena Chiappini, pediatra, Firenze
4. Prof. Andrea de Maria, infettivologo, Genova
5. Prof. Maurizio de Martino, pediatra, Firenze, coordinatore di sottocommissione
6. Prof. Susanna Esposito, pediatra, Milano
7. Prof. Giacomo Faldella, pediatra neonatologo, Bologna
8. Prof. Filippo Festini, docente di metodologia della ricerca, infermiere, Firenze
9. Prof. Luisa Galli, pediatra, Firenze
10. Prof. Riccardo Longhi, pediatra, referente per le linee guida SIP, Como
11. Dr. Bice Lucchesi, farmacista, Massa
12. Prof. Gian Luigi Marseglia, pediatra, Pavia
13. Prof. Lorenzo Minoli, infettivologo, Pavia
14. Prof. Alessandro Mugelli, farmacologo, Firenze
15. Prof. Nicola Principi, Milano, coordinatore di sottocommissione
16. Dr. Paola Pecco, pediatra, Torino
17. Dr. Simona Squaglia, infermiera, Roma
18. Dr. Paolo Tambaro, pediatra, Caserta
19. Prof. Pier-Angelo Tovo, pediatra, Torino, coordinatore di sottocommissione
20. Dr. Pasquale Tulumiero, rappresentante dell'associazione dei genitori "Noi per Voi", Firenze
21. Dr. Giorgio Zavarise, pediatra, Negrar, Verona

Nota per gli utilizzatori. Il presente documento costituisce una versione ridotta della Linee Guida che può essere scaricato nella sua interezza dal sito web della Società Italiana di Pediatria (<http://www.sip.it>).

Bibliografia

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

TM

Tabella II - Consigli da fornire ai genitori/tutori ai fini di ridurre il rischio di intossicazione da farmaci antipiretici

Ai genitori o tutori del bambino devono essere fornite in modo dettagliato, per scritto, anche in occasione di visite pediatriche di controllo, tutte le seguenti informazioni: • Indicazioni corrette e dettagliate sul tipo di formulazione da impiegare incluse dose corretta, frequenza e durata della terapia. • Insegnare a calcolare la quantità per Kg di peso e per dose, in modo che i genitori possano applicare il calcolo anche in occasioni successive. • Indicare la dose massima che il bambino può assumere in un giorno. • Spiegare i rischi legati al sovradosaggio del farmaco. • Spiegare l'utilizzo corretto del dosatore, facendo ripetere al genitore/tutore l'operazione assicurandosi che abbia capito (eventualmente marcare il dosatore in corrispondenza della dose da somministrare). • Spiegare l'importanza di non impiegare nel bambino formulazioni da adulti (ad esempio, compresse da dividere). • Spiegare le differenze nella gestione di gocce e sciroppo pediatrico. • Spiegare che non è vero che "più è meglio": cioè che dosi maggiori di antipiretico non si associano a maggior efficacia. • Scoraggiare l'impiego contemporaneo di ibuprofene e paracetamolo, per l'aumentato rischio di intossicazione. • Scoraggiare l'uso della formulazione per via rettale senza prescrizione medica, per la difficoltà a raggiungere dosaggi precisi in base al peso corporeo. • Spiegare che il farmaco deve essere sempre somministrato sotto la supervisione di un adulto. • Spiegare i possibili segni e sintomi di intossicazione dal farmaco (anoressia, nausea, vomito, malessere, oliguria, dolore addominale, alterazioni dello stato di coscienza, ipotermia) e, nel caso si verificano, condurre immediatamente il bambino presso un Pronto Soccorso.
--

Il Servizio multidisciplinare integrato per la Menopausa Oncologica

Esperienza decennale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi decenni l'oncologia ha indubbiamente raggiunto un notevole miglioramento dell'efficacia dei protocolli di prevenzione, di diagnosi precoce e di terapia dei tumori soprattutto in ambito ginecologico. Ciò ha determinato, da un lato, un aumento delle aspettative di vita (per il tumore della mammella, neoplasia più frequente nella donna, la soprav-

vivenza a 5 anni è superiore all'88%), dall'altro un incremento di incidenza di donne in menopausa iatrogena, anche in età relativamente giovane, secondaria a trattamenti oncologici chirurgici e/o radioterapici e/o chemioterapici (MIRF: menopausa indotta radiologica e farmacologica) impiegati non solo per tumori ginecologici, ma anche per altri tipi di neoplasie (ad es. linfomi, leucemie, carcinoma del colon-retto) con perdita della funzione endocrina e riproduttiva e conseguenti problematiche di ordine clinico, metabolico e psicologico.

Obiettivo attuale della ricerca in questo settore, quindi, è quello di assicurare, oltre ad un prolungamento della vita in condizione di assenza di malattia o di remissione, anche un significativo miglioramento della qualità della vita stessa.

Nelle pazienti oncologiche, a causa dei trattamenti gonadotossici, si rileva spesso oligo/amenorrea transitoria o persistente e, a lungo termine, menopausa precoce in una percentuale piuttosto rilevante in relazione a fattori di tipo diverso. Il rischio di sterilità nelle donne sottoposte a terapie chemioterapiche oscilla dal 20-100% ed è dipendente anche dal tipo di trattamento utilizzato.

I farmaci che maggiormente inducono sterilità sono gli alchilanti in particolare la ciclofosfamide, ifosfamide, nitrosurea, clorambucile etc. Altri agenti chemioterapici quali il metotrexato, fluoruracile, vincristina, bleomicina e actinomomicina D

sono associati a basso o nessun rischio. Esistono pochi dati clinici in quest'ambito per agenti di più recente impiego come il taxolo.

Anche il trattamento radioterapico può determinare danni simili a livello gonadico, correlabili all'età della donna, alla dose impiegata e alla modalità/sede di applicazione.

Se il soggetto ha una giovane età e se la prognosi della malattia da cui è affetto è relativa-

mente buona, si impone la necessità di una valutazione, insieme alla paziente, della possibilità di intervenire sulla preservazione della fertilità attraverso tecniche di crioconservazione di ovociti o di tessuto ovarico prima del trattamento gonadotossico.

Inoltre, le pazienti sottoposte a questi tipi di terapie, sono spesso ancora giovani e quindi maggiormente soggette ai rischi e alle sequele a medio e lungo termine connesse alla carenza estrogenica con conseguente aumento dei rischi cardiovascolari e di osteoporosi.

Farmaci impiegati ad esempio nel trattamento del carcinoma mammario, quali gli analoghi del GnRH, determinano infatti una significativa riduzione della massa ossea così come l'impiego di inibitori dell'aromatasi quali l'anastrozolo, con conseguente necessità di un inquadramento corretto sia diagnostico che terapeutico nel tempo, in termini di salute ossea. In questa direzione, oltre alla HRT (Hormone Replacement Therapy) non utilizzabile in pazienti oncologiche affette da neoplasia ormono-sensibile, numerosi studi riportano un effetto positivo sulla BMD (Bone Mineral Density) in pazienti con MIRF grazie all'utilizzo di alcuni bisfosfonati quali alendronato, risedronato, clodronato e acido zoledronico versus placebo.

Spesso i sintomi di una menopausa iatrogena sono più precoci, frequenti e severi rispetto a quelli

A. BECORPI*, K. TAVELLA**, V. PUGGELLI***,
M. MARCHIONNI#, G. SCARSELLI##, G. AMUNNI###

* SOD Ginecologia I DAI Materno- Infantile

** SOD Ginecologia Oncologia Medica DAI Oncologia

*** Scuola Specializzazione Ginecologia e Ostetricia

Direttore SOD Ginecologia e Ostetricia II DAI Materno- Infantile

Direttore SOD Ginecologia e Ostetricia I DAI Materno- Infantile

Direttore Ginecologia Oncologia Medica DAI Oncologia

di una menopausa insorta naturalmente, anche in relazione al rapido cambiamento ormonale indotto da questi tipi di trattamento. Numerosi studi riportano percentuali significativamente maggiori come frequenza, durata e severità di vampate in pazienti con carcinoma mammario sottoposte a terapia rispetto a donne sane.

Di per sé la terapia ormonale sostitutiva rappresenterebbe il trattamento più adeguato per la risoluzione della sintomatologia climaterica e la prevenzione delle sequele a lungo termine legate ad una menopausa precoce, ma la scelta del trattamento deve tener conto della patologia oncologica di base scegliendo la terapia sostitutiva per le pazienti con tumori non ormono-sensibili e utilizzando trattamenti alternativi sicuri ed efficaci in pazienti con tumori ormono-sensibili (Tabella 1).

Tabella 1

Neoplasie più frequenti in età riproduttiva	
Tumori Non Ormono-Sensibili	Incidenza Annua
Tiroide	4/100.000
Ovaio	17/100.000
Melanoma	8,4/100.000
Linfoma Non Hodgkin	19,8/100.000
Linfoma di Hodgkin	3/100.000
Leucemia	3,5-6,7/100.000
Colon	40/100.000
Fegato	0,5/100.000
Polmone	27,9/100.000
Stomaco	6-7/100.000
Cervice	10/100.000
*Leiomiomasarcoma	0,64/100.000
*Rene	12,4/100.000
*Vulva	1,8/100.000
*Vescica	0,64/100.000
*Meningioma	0,17/100.000
Tumori Ormono-Sensibili	Incidenza Annua
Mammella	70-100/100.000
*Endometrio	23,6/100.000

*Minor frequenza in età riproduttiva

da Biglia N. et al., 2003 Modificato

Per la terapia dei sintomi climaterici esistono trattamenti non ormonali più efficaci rispetto al placebo che, da solo, è in grado di dare una buona risposta nel 25-35% dei casi.

Inoltre, le pazienti affette da MIRF frequentemente possono presentare un basso livello del tono dell'umore per le modificazioni indotte dalla carenza estrogenica da un lato e dall'altro correlabili alle ripercussioni della consapevolezza della malattia e dello stato menopausale stesso. Molto efficaci si sono dimostrati in questo ambito i farmaci antidepressivi, sia per gli effetti sul tono dell'umore sia per gli effetti sulla frequenza delle vampate; tra questi i più studiati sono la venlafaxina (SNaRIs: Serotonin Noradrenergic Reuptake Inhibitors) e la paroxetina (SSRIs: Selective Sero-

tonin Reuptake Inhibitors); anche la mirtazapina, appartenente alla classe dei NaSSA (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant) ha dimostrato una riduzione significativa della frequenza e dell'intensità delle vampate a fronte della presenza di effetti collaterali spesso pesanti per quest'ultima. Carrol et al. in una review della letteratura del 2009 suggeriscono di utilizzare la venlafaxina e la paroxetina come farmaci di prima linea; la desvenlafaxina, sertralina, fluoxetina e citalopram come farmaci di seconda linea se la terapia con gli altri farmaci è fallita o se non sono tollerati dalle pazienti; la mirtazapina dovrebbe essere utilizzata solo in ultima linea.

D'altra parte attualmente la venlafaxina è il farmaco di scelta nelle pazienti in corso di trattamento con tamoxifene per carcinoma mammario in quanto recenti studi hanno messo in evidenza, per la paroxetina a dosaggio pieno e, in misura molto minore per la fluoxetina e la sertralina, nei soggetti con genotipo CYP2D6, un effetto inibitorio significativo sull'attività dell'isoenzima CYP2D6 con conseguente riduzione dei metaboliti attivi del tamoxifene, a differenza degli SNaRIs (venlafaxina) e dei NaSSA (Mirtazapina). Questo effetto sembra confermato dai dati relativi ad un recente studio epidemiologico di coorte pubblicato da Kelly et al. nel febbraio scorso su un campione di 24.430 donne in terapia con tamoxifene per Ca mammario in cui l'associazione con paroxetina era correlata ad un aumento della mortalità per tumore al seno, in proporzione alla durata dell'assunzione concomitante dei due farmaci.

Infine, l'impiego dei Fitoestrogeni, in alternativa alla terapia ormonale, in assenza di studi controllati, non può essere raccomandato nel trattamento delle pazienti con tumori estrogenodipendenti, come sottolineato nelle ultime linee guida sull'argomento della North American Menopause Society.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Le conseguenze della terapia oncologica possono manifestarsi non solo a livello fisico (sintomatologia climaterica intensa, alterazioni del trofismo genito-urinario, rischio di patologie croniche come l'osteoporosi) ma anche in ambito psico-affettivo, sessuale e relazionale con ripercussioni talvolta complesse. Si evince quindi come sia fondamentale un adeguato approccio che preveda:

- un corretto inquadramento anamnestico, clinico e terapeutico degli aspetti ginecologici e non ginecologici, della problematiche relative alla sfera riproduttiva, nell'ottica dell'integrazione con il medico di medicina generale e con gli operatori di altre branche;
- un inquadramento e follow-up del rischio osteoporotico con approccio interdisciplinare con strutture specifiche;
- un eventuale supporto psicologico e sessuale;

- la possibilità di un percorso interdisciplinare mirato alla prevenzione della perdita della capacità riproduttiva;
- l'opportunità di scelta di terapie non convenzionali quali ad esempio l'agopuntura con accessi facilitati ai servizi specifici;
- un eventuale supporto alternativo quale corsi di sedute yoga per il miglioramento della sintomatologia climaterica e della sua percezione;
- la possibilità per la paziente di partecipare ad incontri interdisciplinari su varie tematiche inerenti la menopausa indotta e le sue ripercussioni.

L'interazione di figure specialistiche diverse quali: ginecologo, oncologo, C.O.R.D. (Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale), G.O.M. (Gruppo Oncologico Multidisciplinare), Oncologie, medico di medicina generale, radiologo, senologo, endocrinologo, internista, psicologo, sessuologo, psichiatra, nutrizionista, fisiopatologo della riproduzione, genetista, immunologo, etc, deve essere alla base dell'approccio multidisciplinare a queste pazienti nella strutturazione di un servizio dedicato che si prenda carico delle problematiche di tipo diverso che ruotano attorno alla condizione di menopausa oncologica, mediante risposte univoche.

Il personale medico e paramedico dell'ambulatorio "dedicato" deve avere, oltre ad un'adeguata preparazione e conoscenza specifica degli aspetti inerenti, anche una sensibilità verso le pazienti e le loro importanti e spesso gravi problematiche, qualità sicuramente derivanti dall'esperienza nel settore.

La presenza di un ambulatorio "dedicato" permette il miglioramento dell'accoglienza e delle caratteristiche strutturali dei servizi oncologici e fornisce, sempre in questa ottica di collaborazione di équipe, l'opportunità di:

- definizione di strategie di intervento;
- applicazione di protocolli specifici;
- accessi guidati e facilitati;
- riunioni periodiche e discussione di casi clinici;
- attività di ricerca applicata, nell'ambito di protocolli controllati e selezionati;
- formulazione di linee guida sulla gestione clinica;
- formazione ed aggiornamento;
- integrazioni a livello del territorio con associazioni e società operanti in questo settore.

Il Servizio nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

Una collaborazione tra la SOD di Ginecologia e Ostetricia I (Prof. G. Scarselli) e II (Prof. M. Marchionni) e la SOD di Oncologia Medica Ginecologica (Prof. G. Amunni) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi ha portato alla nascita nel 2001 di un servizio, condotto dalla Dott.ssa A. Becorpi, dedicato alle pazienti in menopausa con patologia oncologica di base.

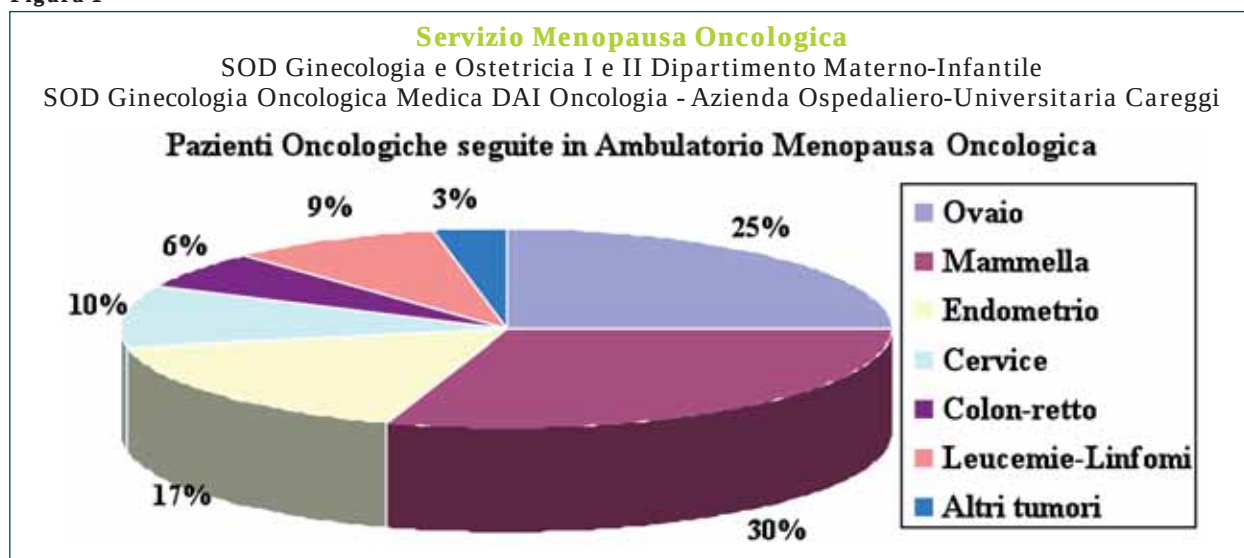
Dal giugno 2001 al dicembre 2009 si sono registrati, tra prime visite e controlli, 1272 accessi di pazienti affette da vari tipi di neoplasia inviate da altri dipartimenti, da medici di famiglia o sottoposte presso le suddette SOD a trattamento chirurgico e/o chemio /radioterapico (Figura 1).

L'età delle pazienti del campione studiato è compresa tra i 29 ed i 65 anni con una percentuale di MIRF e di menopausa indotta dalla chirurgia dell'85,5% rispetto alla percentuale del 14,5% per le pazienti che erano già in menopausa prima della diagnosi di neoplasia.

Le pazienti con menopausa indotta dalla terapia erano affette con maggiore incidenza da K mammario, seguito da leucemie/linfomi e k del colon retto (Figura 2).

Le finalità di questo ambulatorio sono quelle di

Figura 1



affrontare globalmente le problematiche relative, in particolare migliorare la qualità di vita e ridurre i sintomi legati alla menopausa ed i rischi a medio e a lungo termine da carenza estrogenica.

In quest'ottica risulta di fondamentale importanza un'attenta valutazione anamnestica, clinica e strumentale multidisciplinare, con approccio terapeutico globale con eventuale prevenzione del danno gonadico con accesso diretto al Servizio di Fisiopatologia della Riproduzione del Dipartimento Materno-Infantile (Prof. I. Noci), o eventuale scelta contraccettiva, laddove siamo di fronte ad una condizione di premenopausa, oltreché un supporto psicologico e sessuologico.

È importante inoltre l'inquadramento del rischio osteoporotico in queste pazienti al fine di valutare quanto la salute ossea possa essere influenzata dalla menopausa indotta e dai trattamenti relativi alla patologia tumorale.

Si rende quindi necessario un attento follow-up di queste pazienti con eventuale valutazione DXA lombare e femorale ed eventuale inquadramento del metabolismo fosfo-calcico, laddove esista l'indicazione.

Inoltre, al fine di selezionare le pazienti verso l'indagine mirata del metabolismo osseo, accanto alla valutazione anamnestica, il Servizio può offrire alle pazienti uno screening densitometrico a ultrasuoni.

In quest'ambito il Servizio si avvale della collaborazione con la SOD di Malattie del Metabolismo Minerale e dello Scheletro del Dipartimento di Medicina Interna (Prof.ssa M.L. Brandi) con la quale fra l'altro sono in corso da anni studi sui polimorfismi genetici in queste pazienti.

Da sottolineare, infatti, l'importanza della valutazione della possibile influenza degli aspetti genetici, in termini di polimorfismi dei geni coinvolti nel rimodellamento osseo (in particolare del recettore estrogenico, del recettore della vitamina D, dell'aromatasi) con influenza sulla variabilità interpersonale in termini di massa ossea e risposta terapeutica. Questo può assumere, nella pratica clinica, un importante ruolo nell'individuazione

dei soggetti a rischio di malattia e nella scelta delle terapie adeguate.

È prevista inoltre la possibilità di un supporto psico-sessuologico mediante la collaborazione con il C.I.R.S. (Centro Interdisciplinare per la Ricerca e la Formazione in Sessuologia) e la SOD di Psiconcologia (Dr. L. Fei).

L'OPPORTUNITÀ DI TERAPIE ALTERNATIVE

Attualmente una letteratura sempre più ampia riguarda l'impiego delle medicine non convenzionali, fra le quali l'agopuntura, per il controllo della sintomatologia climaterica in pazienti con patologie oncologiche.

Gli studi clinici fino ad oggi effettuati non sono numerosissimi e presentano spesso problemi di tipo metodologico e qualitativo. Tuttavia diversi di essi, soprattutto i più recenti, mettono in evidenza benefici nel gruppo trattato, rispetto ai controlli, sulla sintomatologia neuro-vegetativa.

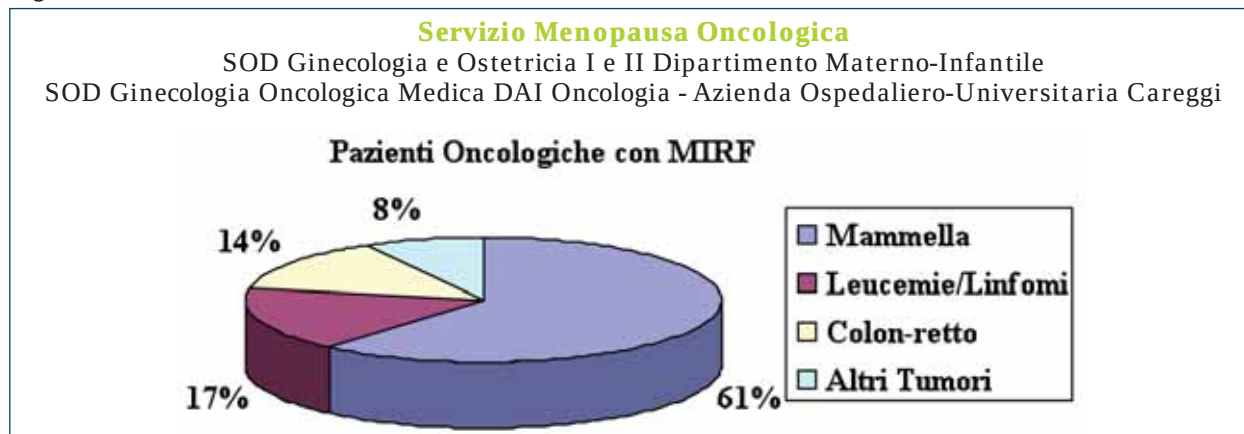
L'agopuntura può quindi essere presa in esame ai fini del miglioramento dei disturbi vasomotori della menopausa in queste pazienti e trova una corretta indicazione nelle donne che:

- non siano candidate ad assumere la terapia ormonale sostitutiva, perché a rischio o con pregresse patologie oncologiche ormono-sensibili;
- rifiutino per motivi vari di intraprendere la terapia, anche in assenza di controindicazioni, o di continuarla nel tempo;
- non presentino un'indicazione elettiva per la terapia stessa.

Molte sono le ipotesi sul meccanismo di azione dell'agopuntura e sui livelli centrali e periferici che sono interessati durante questo trattamento. Se ne riconoscono vari effetti: antalgico/analgesico, immunomodulatore, neuroendocrino, trofico e vasomodulatore.

È descritto inoltre un effetto sul tono muscolare e un effetto sedativo sulla sfera psicoemotiva: vi sono numerosi dati relativi agli effetti sull'ansia,

Figura 2



la depressione, l'insonnia (con probabile azione sul sistema monoaminergico, sulla serotonina, sugli oppioidi endogeni e sulle endorfine).

In quest'ambito è attiva una collaborazione con il Centro di Riferimento per la Regione Toscana di Medicina Tradizionale Cinese Fior di Prugna (Dr.ssa S.Baccetti) per il trattamento della sintomatologia climaterica nelle pazienti oncologiche.

ALTRI TRATTAMENTI

Numerosi studi dimostrano che alcune tecniche che promuovono il rilassamento ed una migliore gestione dello stress quali lo Yoga possono portare ad un controllo della sintomatologia climaterica o dell'adattamento alla presenza di questa determinando una riduzione dei sintomi vasomotori e dei disturbi del sonno. Sembra infatti che lo stress emotivo sia un comune elemento scatenante le vampate per cui tecniche che promuovono il rilassamento ed una migliore gestione dello stress, come lo yoga, possono essere particolarmente utili in queste pazienti.

Nell'ambito dei servizi offerti dall'Ambulatorio di Menopausa Oncologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi viene proposto da circa tre anni alle pazienti un corso di Hatha-yoga della durata minima di 6 mesi.

Dall'analisi del confronto dei punteggi della Scala di Greene per la valutazione della sintomatologia climaterica somministrata prima e dopo lo svolgimento del corso Yoga è emerso:

- riduzione dei disturbi dell'area psicologica nel 100% dei casi;
- riduzione della sintomatologia algica osteo-articolare nel 66% dei casi;
- riduzione della sintomatologia vasomotoria nel 53% dei casi.

PROSPETTIVE

L'attività descritta si pone come un potenziale riferimento per la rete oncologica regionale e trova nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria la sua naturale collocazione per le caratteristiche di alta specializzazione.

Appare quindi opportuno promuovere azioni che rafforzino questa prospettiva ed in particolare:

- attivazione tramite il sistema C.O.R.D./Accoglienza di una più ampia informazione dell'offerta e di un reclutamento appropriato di casistica anche nelle realtà assistenziali più periferiche;
- ampliamento e formalizzazione delle competenze cliniche e di ricerca da impegnare strutturalmente in questa attività.

I primi anni di esperienza in questo settore hanno fatto emergere interessanti ambiti di ricerca su cui appare opportuno concentrare il lavoro e le esperienze maturate.

Di questi, appaiono particolarmente interes-

santi alcuni fra i quali:

- inquadramento delle problematiche relative all'identità sessuale femminile nella menopausa indotta;
- inquadramento delle problematiche riproduttive e possibilità relative di preservazione e ripristino della capacità procreativa stessa;
- studio sull'impiego delle alternative terapeutiche in soggetti trattati per neoplasie estrogeno-sensibili (SNaRIs: venlafaxina, SSRI: paroxetina, fluoxetina, citalopram; e delle medicine non convenzionali;
- studio del ruolo delle tecniche di medicina tradizionale cinese nel controllo della sintomatologia climaterica in pazienti con patologie oncologiche (Agopuntura, Massaggio terapeutico Tuina');;
- impiego di discipline che si integrano all'approccio medico (Yoga etc.);
- ulteriore allargamento del bacino di utenza alle pazienti con pregressa patologia oncologica non ginecologica (C.O.R.D.);
- studio degli aspetti genetici e immunologici in queste pazienti.

CONCLUSIONI

Nell'esperienza di questi anni di attività, l'Ambulatorio ha rappresentato per la paziente oncologica un "luogo sicuro", come fu definito da una paziente anni fa, in cui poter affrontare le problematiche inerenti la menopausa con operatori diversi in sintonia tra loro da un punto di vista scientifico. Questo approccio multidisciplinare viene percepito dalla donna come un intervento mirato al miglioramento della qualità di vita sempre però nell'ottica della tutela della sua salute e in completa sicurezza.

In questi anni l'istituzione di un servizio dedicato ha significato il prendersi cura della paziente oncologica in un'ottica nuova, diversa. È nato come progetto per andare oltre la malattia, per occuparsi della qualità della vita e delle stesse problematiche di tutte le donne che non sono state sottoposte a trattamento per neoplasia, affrontando queste tematiche però in considerazione della malattia stessa e delle relative implicazioni.

È nato come un progetto "particolare", come "un vestito su misura", finalizzato a riaffermare l'identità di donna e non più solo di paziente oncologica.

Per accedere al Servizio di Menopausa Oncologica dell'AOU Careggi tel. CUP 055-7947604/05.

Bibliografia

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

TM

Nocebo placebo

Le due facce della comunicazione medico-paziente

Qualsiasi cosa tu pensi di essere o di non essere in grado di fare, hai ragione

Henry Ford

I termini “nocebo” e “placebo” ricorrono spesso nella letteratura scientifica ma anche sui quotidiani. Il termine “placebo” indica “una sostanza o procedura inerti associate ad un effetto positivo”. È stato anche definito come “una pillola, una procedura i cui effetti positivi sono legati a ciò che il paziente crede” (*to the belief of the patient*).

Con la parola “nocebo” si intende invece una sostanza o procedura inerti che si associano ad un effetto negativo.

Per il medico è, senza dubbio, molto importante riuscire ad individuare, nel proprio paziente, quei meccanismi che possono determinare un effetto negativo così come individuare e potenziare quelli invece che si associano ad un esito positivo.

L'effetto placebo è l'unica caratteristica che tutti i farmaci hanno in comune.

È il primo trattamento somministrato in tutte le civiltà da sacerdoti, sciamani, voodoo ad una clientela impaurita ma dotata una vivida immaginazione, che si convinceva dei poteri curativi della sostanza. Prima del XVIII secolo, il misticismo, la tradizione, le credenze erano molto più popolari della scienza nell'arte del curare. Molto lentamente la pratica della medicina si è trasformata in una “arte” razionale basata sulla scienza. Tuttavia, anche oggi, molta della medicina che pratichiamo non è “basata sulle evidenze”. Quasi per difenderci dal “rischio della non razionalità” abbiamo introdotto gli studi in doppio cieco, controllati con placebo. Saper interpretare correttamente il significato e il senso dell'effetto placebo potrebbe consentire una più efficace valutazione proprio di questi studi. D'altronde se non esistessero gli effetti placebo e nocebo non avremmo bisogno di studi randomizzati e controllati.

L'importanza dell'effetto placebo è sottolineata dal fatto che la medicina basata sulle evidenze definisce il beneficio legato al trattamento come la somma dei seguenti fattori: il guadagno “terapeutico”, la storia naturale della malattia e l'effetto placebo stesso.

GIAN FRANCO GENSINI*, CHIARA LAZZERI**

* *Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze*

** *Dirigente Medico Terapia Intensiva Cardiologica Prof Gensini Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi*

Nel 2000 Talbot scriveva in un articolo di copertina per il New York Times che la medicina dovrebbe imparare ad utilizzare “the powerful placebo” (il potente effetto placebo). Molti sono gli elementi da cui può, nella pratica clinica, scaturire questo effetto. In primis, l'aspetto dei farmaci. Buckalew and

Coffield¹ hanno dimostrato come le pillole colorate e di forma geometrica complessa sono percepite come più efficaci delle compresse bianche e regolari. Analogamente la via di somministrazione (endovenosa vs orale) è in grado di influenzare l'efficacia del trattamento, con un effetto placebo più marcato.

Alcuni studi hanno avanzato l'ipotesi che l'effetto placebo poggi su basi psicobiologiche. Nel 1978, per la prima volta sono stati documentati gli effetti fisiologici di una “analgesia da placebo” che si associava alla liberazione di oppioidi endogeni. Più recentemente è stato osservato come questo tipo di “analgesia da placebo” coinvolge sia canali per oppioidi che quelli per non oppioidi. Esami d'imaging hanno documentato che i pazienti trattati con placebo presentavano risposte neurobiologiche simile a quelle visualizzabili in pazienti trattati con il farmaco attivo.

L'effetto placebo non è statico nel tempo. Vi sono variabili che lo possono influenzare, legate alle variazioni di attività della malattia sottostante, ad effetti confondenti di terapie concomitanti, o ad alterazioni nella reattività del paziente. Tre sono le condizioni che aumentano la probabilità e l'entità dell'effetto placebo: le aspettative e le convinzioni del paziente, quelle del medico e le aspettative generate dalla stessa relazione medico-paziente. Uno studio recente ha sottolineato l'importanza delle caratteristiche del singolo soggetto nel determinare l'effetto placebo: in questa meta-analisi infatti, nei pazienti con sindrome depressiva più grave, maggiore era l'effetto benefico del farmaco e minore l'effetto placebo. Quest'ultimo, invece, assumeva un ruolo preponderante nei soggetti con quadri depressivi più lievi.

In altri termini, il medico deve “pesare le proprie parole” o, come dicono gli anglosassoni “We have to watch our words. They can be a nocebo or placebo”. Esse possono determinare o contribuire

all'effetto placebo oppure al suo opposto, l'effetto nocebo. Ma non sono solo le parole a poter indurre un effetto placebo: anche stimoli visivi, sonori, olfattivi e lo stesso ambiente. Una terapia prescritta durante una conversazione affrettata con un paziente in un ambulatorio rumoroso, magari interrotta da più telefonate, si assocerà molto probabilmente ad un effetto nocebo.

Riprendendo l'equazione della Medicina "basata sulle evidenze": il beneficio che si ricava dal trattamento è uguale al guadagno terapeutico associato al decorso della malattia. Da questo deve essere sottratto l'effetto nocebo.

In altri termini, placebo e nocebo sono in realtà due volti della comunicazione medico-paziente.

Due sono le teorie ritenute in grado di spiegare l'effetto placebo/nocebo. La cosiddetta "teoria del condizionamento" (*the conditioning theory*) basata sulla classica teoria di Pavlov in base alla quale alcuni elementi (luoghi, persone, pillole di certi colori) siano in grado di evocare comportamenti/sensazioni condizionate. La teoria, invece, dell'aspettativa (*the expectation theory*) sostiene che particolari azioni (*suggestive actions*) quali parole di incoraggiamento insieme alla somministrazione di placebo siano in grado di determinare una risposta fisiologica positiva.

Al contrario una indicazione di possibili gravi effetti negativi, non opportunamente bilanciata con l'indicazione dei vantaggi attesi, può determinare effetti nocebo come l'iperalgia in pazienti che assumono trattamenti antalgici attraverso una catena che coinvolge i meccanismi dell'ansia ma anche chimici quali la "colecistochinina" (Benediti e coll 2006).

Indipendentemente dai meccanismi fisiologici innescati (e ancora non definiti), un medico capace di saper ascoltare il paziente, di dedicargli tem-

po e attenzione mantenendo il distacco necessario per impostare razionalmente il più efficace percorso diagnostico-terapeutico vedrà arricchito il proprio trattamento dall'effetto placebo. L'*empatia* è lo strumento di comunicazione più efficace con il proprio paziente. È la capacità di saper rimanere neutrali pur "condividendo" le sofferenze e il vissuto di malattia del paziente, il quale avrà così la percezione di "esser ben curato". In una efficace comunicazione con il proprio paziente non risiede solo la possibilità di "evocare" un effetto placebo o nocebo, ma soprattutto di essere "appropriati" e la possibilità di ottenere, nel tempo, la garanzia dell'aderenza al trattamento.

Una Sanità legata a un rapporto di linee guida e protocolli applicati con indifferenza, anche se appropriatamente, rinuncia all'effetto placebo e rende assai probabile un effetto nocebo. Una relazione intensa medico-paziente può consentire al paziente di beneficiare in pieno dell'effetto placebo e con questo al medico e al paziente di rafforzare fortemente il loro rapporto di cura.

Tutti i pazienti, indipendentemente dalla patologia di cui sono affetti, hanno bisogno di un "effetto placebo" legato a di un buon rapporto (o meglio un rapporto comunicativo positivo) con il proprio curante. Questo vale certamente in modo particolare per i pazienti neoplastici ma soprattutto i pazienti con patologie croniche i quali hanno il diritto di affrontare la progressione della propria malattia non da soli, mantenendo una "illuminata" fiducia nella terapia.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gfgensini@gmail.com - lazzeric@libero.it

TM

INAUGURAZIONE NUOVO DEA E NUOVO REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA DELL'OSPEDALE DI SANTA MARIA NUOVA

Lunedì 4 ottobre 2010 verranno inaugurati, alla presenza delle Autorità regionali e cittadine, il nuovo DEA e il nuovo reparto di Terapia Intensiva dell'Ospedale di Santa Maria Nuova.

Con questo intervento è stato restaurato il precedente accesso all'ospedale, destinandolo unicamente al Pronto soccorso. È stato realizzato il complesso delle aree di triage, ambulatori codici bianchi e, in un corpo di fabbrica di nuova realizzazione, il cuore del pronto soccorso (codici gialli e rossi).

Nei prossimi mesi si completerà anche la radiologia Dea dedicata, con il trasferimento di TAC e l'acquisizione della diagnostica radiologica.

È stato inoltre possibile schermare con ampia vetratura una porzione del loggiato del Buontalenti, destinato ad arrivo pazienti barellati.

Al piano superiore, in diretta connessione con il cuore del pronto soccorso, è stata realizzata la Terapia Intensiva, elevando a 7 il numero dei posti letto. Tali servizi, che si attiveranno nel corso dei prossimi mesi, vengono così ad aggiungersi al reparto di Medicina e Day hospital medico, alla Diagnostica per immagini e alla Dialisi (10 posti letto) entrati progressivamente in funzione nel corso di quest'anno.

Spesa farmaceutica

08/10/2009

Il Sole 24 Ore

Pag. 18

Sanità. Il bilancio dell'Aifa sui conti nel primo semestre 2009 conferma la frenata dei consumi in farmacia

Farmaci: spesa boom in ospedale

In sei mesi rosso di 900 milioni - Il deficit tutto a carico delle regioni

Continua a calare la spesa farmaceutica netta a carico del SSN che, nei primi 10 mesi del 2009, ha fatto registrare una diminuzione del -0,2% rispetto allo stesso periodo del 2008, a fronte di un aumento del numero delle ricette del +2,9%.

L'aumento del numero delle ricette, costante ormai da alcuni anni, può essere probabilmente correlato, tra l'altro, al calo del numero dei ricoveri, diminuiti nel 2008 del -1,7%, in conseguenza di un maggior ricorso all'assistenza farmaceutica territoriale.

L'andamento della spesa nel 2009 è il risultato di un costante incremento del numero delle ricette e di un contestuale calo del valore medio delle ricette stesse (-3,1%); in sostanza a livello territoriale si prescrivono più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso. Tale risultato è dovuto alle riduzioni dei prezzi dei medicinali varate dal Governo e dall'AIFA a partire dal 2006 (da ultimo quella del 12% sui medicinali generici SSN, in vi-

gore dal 28 maggio 2009), al crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti, a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti e alle misure applicate a livello regionale. Tra queste ultime, l'estensione in diverse Regioni del rimborso di

riferimento agli inibitori di pompa protonica (misure che, come previsto dalla legge n. 222/2007, non potranno più essere introdotte); la reintroduzione (Abruzzo, Campania, Lazio e, dall'8 maggio 2009, Calabria) o l'appesantimento (Sicilia) del ticket; la distribuzione diretta o tramite le farmacie di medicinali acquistati dalle ASL.

La spesa farmaceutica erogata in regime convenzionale nella Regione Toscana per l'anno 2009, ha mantenuto un trend sostanzialmente in linea con il finanziamento nazionale: il monitoraggio costante che il servizio farmaceutico regionale attua attraverso i servizi aziendali e gli acquisti centralizzati tramite ESTAV, è riuscito, attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale, a mantenere i consumi in un ambito di sostanziale

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Medico di medicina generale, Pistoia

Differenza spesa netta e numero ricette nei primi otto mesi del 2009 rispetto allo stesso periodo del 2008

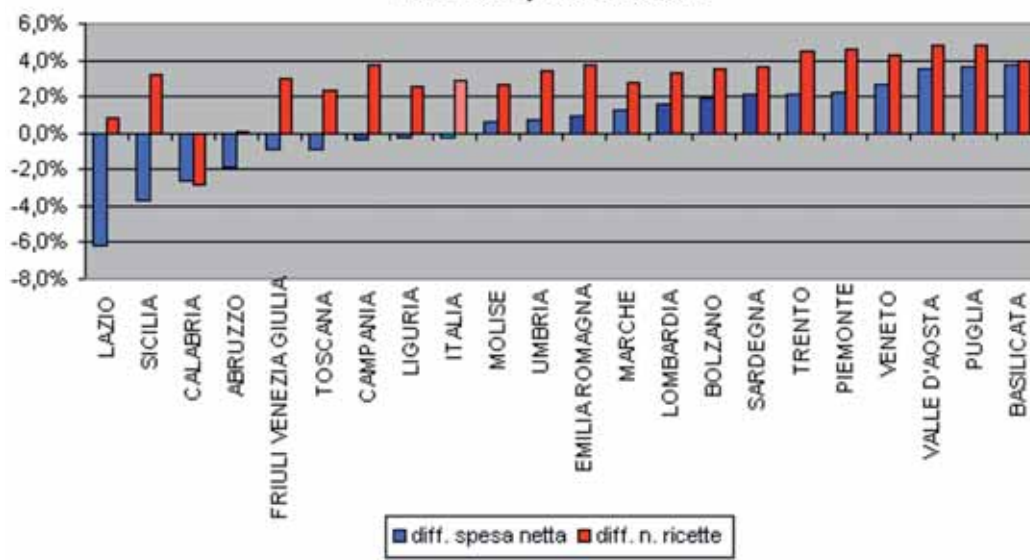


Grafico 1 - Fonte Federfarma in sito <https://www.federfarma.it>

sostenibilità economica.

Se esaminiamo i cosiddetti *cut off* degli indicatori consumo e di "appropriatezza quali-quantitativa" elaborati per alcune categorie di farmaci (*off patent*, inibitori di pompa protonica, SSRI, statine, ace inibitori, sartani, ect) analizzati per ciascuna azienda USL, notiamo che talora non si registra la tendenza al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Ad esempio gli IPP su tutto il territorio fanno registrare un incremento di circa il 10%, il consumo dei farmaci antidepressivi ha un valore molto elevato di oltre 46 DDD per 1000 abitanti die (range da 40 a 56 DDD 1000 ab die), l'incidenza dei sartani sul totale dei farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina si attesta su percentuali superiori al 30%.

La media regionale del consumo dei farmaci equivalenti si attesta intorno al 56% con una alta variabilità fra le varie ASL; si sconta a parere dello scrivente in questo settore ancora il problema della selezione del "generico di qualità" e del problema della sostituibilità da parte del farmacista, con effetti, in entrambi i casi, di indurre o reintrodurre resistenze da parte del medico prescrittore e del cittadino.

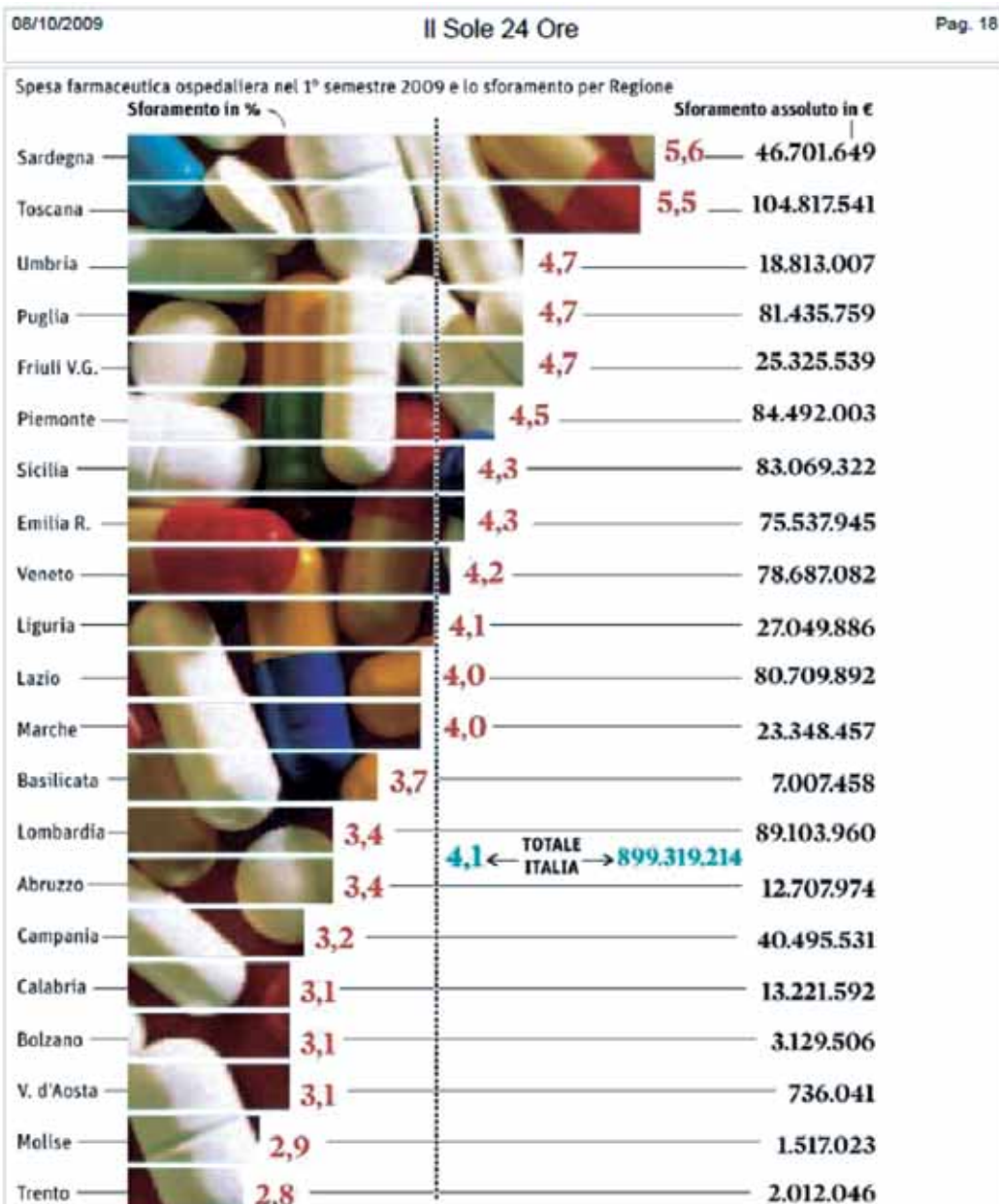
Quello che tuttavia preoccupa maggiormente in una prospettiva di sostenibilità del sistema nel medio / lungo periodo, è l'aumento della spesa/consumo di alcuni farmaci "biologici" (alcuni con aumenti di spesa ospedaliera compren-

siva della distribuzione diretta del 100% 2009 su 2008) e di alcuni anti-retrovirali (+ 5000% 2009 su 2008). Molecole innovative con un profilo rischio beneficio assai favorevole e quindi importanti per la loro efficacia soprattutto in campo oncologico e reumatologico.

Mancano all'appello come farmaci di pertinenza non più solo specialistica, alcune molecole come quelle per la terapia del diabete mellito che l'AIFA ha mantenuto con piano terapeutico di CAD.

In sintesi a preoccupare come evidenziato dai dati raccolti dal Sole 24 Ore è soprattutto la spesa farmaceutica ospedaliera e in questo senso, penso che un correttivo ed un avanzo importante di risorse possa realizzarsi nel medio periodo con una valutazione multidisciplinare sulla spesa per dispositivi medici

TM



La prevenzione degli errori in sala operatoria

L'attività di sala operatoria è complessa, diverse figure professionali sono coinvolte nell'attività e prevenire gli errori in sala operatoria è responsabilità di tutti gli operatori.

Le definizioni che seguono sono di riferimento importante per capire il ruolo di ciascun componente dell'équipe operatoria.

Équipe operatoria

L'équipe operatoria comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica. La responsabilità della sicurezza e dell'esito degli interventi chirurgici non è attribuibile al singolo chirurgo, ma a tutti i componenti dell'équipe.

Interventi chirurgici

Si definiscono interventi chirurgici "tutte le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale o profonda sedazione per il controllo del dolore".

Sicurezza dei pazienti

Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

Evento avverso (Adverse event)

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

Evento sentinella (Sentinel event)

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si

verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito;
- b) l'implementazione delle adeguate misure

correttive.

Si considera **grave danno** una conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento avverso. Sono quindi da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale.

Tutti i dati riportati sono tratti dal: **Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist** (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Ottobre 2009).

Consideriamo gli eventi sentinella segnalati in ambito ospedaliero.

Categorie di eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato.
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte).
3. Errata procedura su paziente corretto.
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure.
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0.
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita.
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale.
11. Violenza su paziente.
12. Atti di violenza a danno di operatore.
13. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).
14. Morte o grave danno conseguenti a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale

FELICE APICELLA

Chirurgo generale e toracico, SC Chirurgia Generale,
Ospedale San Giovanni di Dio, Asl 10, Firenze

operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso.

15. Morte o grave danno imprevisti conseguenti ad intervento chirurgico.

16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

Tipologia di evento sentinella segnalati

Tipo evento	n.	%
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	n. 88	22,9%
16. Ogni altro evento che causa morte o grave danno al paziente	n. 66	17,1%
9. Morte o grave danno per caduta di paziente n. 38	9,9%	
15. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	n. 36	9,3%
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico	n. 34	8,8%
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità (ABO) n. 29	7,5%	
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	n. 25	6,5%
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	18	4,7%
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	16	4,2%
12. Atti di violenza a danno di operatori	10	2,6%
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	10	2,6%
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	5	1,3%
1. Procedura in paziente sbagliato	4	1%
3. Errata procedura su paziente corretto	41%	
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	1	0,3%
11. Violenza su paziente in ospedale	1	0,3%
Totale	385	100%

In dettaglio gli esiti da cui emerge che nel 54,8% dei casi si è verificata la morte e nel 10,7% è stato necessario un reintervento chirurgico:

Gli eventi sentinella nel **25,7% dei casi si**

sono verificati in sala operatoria.

Consideriamo i fattori che hanno contribuito al determinarsi degli eventi:

FATTORI CONTRIBUENTI	N°
CAUSE E FATTORI AMBIENTALI	35
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE	91
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE, FARMACI, LINEE-GUIDA E BARRIERE	150
CAUSE E FATTORI UMANI	92

Dai dati segnalati si possono stabilire gli obiettivi per la prevenzione degli errori in sala operatoria, per l'occasione sono individuati 16 obiettivi:

I sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria
• Obiettivo 1 Operare il paziente corretto ed il sito corretto
• Obiettivo 2 Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico
• Obiettivo 3 Identificare in modo corretto i campioni chirurgici
• Obiettivo 4 Preparare e posizionare in modo corretto il paziente
• Obiettivo 5 Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
• Obiettivo 6 Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
• Obiettivo 7 Controllare e gestire il rischio emorragico
• Obiettivo 8 Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
• Obiettivo 9 Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
• Obiettivo 10 Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
• Obiettivo 11 Prevenire le infezioni del sito chirurgico
• Obiettivo 12 Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
• Obiettivo 13 Gestire in modo corretto il programma operatorio
• Obiettivo 14 Garantire la corretta redazione del registro operatorio
• Obiettivo 15 Garantire una corretta documentazione anestesilogica
• Obiettivo 16 Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria

La prevenzione degli errori in sala operatoria si basa sulla adozione di una check list che possa aiutare nella verifica di atti compiuti finalizzati al risultato ottimale, così come si comportano i piloti di aereo prima del decollo.

La check list consta di tre momenti, prima dell'induzione dell'anestesia, prima dell'incisione chirurgica, prima che il paziente lasci la sala operatoria.

Un coordinatore (che in genere è un infermiere) legge ad alta voce le domande e sistematicamente spunta le voci confermate.

In una indagine (tipo prima/dopo) sulla utilità della check list di sala operatoria si sono ottenuti risultati che inducono alla diffusione della check list:

- la mortalità operatoria prima dell'uso della

check list di sala operatoria era 1,5%, dopo l'introduzione della check list è 0,8%;

- la morbidità post-operatoria era 11,0%, dopo l'introduzione della check list di sala operatoria è 7,0%.

La check list di sala operatoria proposta dalla WHO (World Health Organization) può essere modificata secondo le esigenze della realtà locale e quindi adattata alla singola sala operatoria nel rispetto delle raccomandazioni del Ministero della Salute. L'uso della check list di sala operatoria è un indice di sicurezza del paziente e quindi di qualità della struttura.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: apicellafelice@yahoo.com

TM

Ricerca e clinica

Toscana Medica 8/10



La neurofibromatosi di tipo 1

La Neurofibromatosi di tipo 1 nota anche come *malattia di Von Recklinghausen* è una delle più comuni sindromi neurogenetiche trasmesse con modalità autosomica dominante che colpisce circa 1 su 3000 individui della popolazione indipendentemente dal sesso, dall'età e dalla razza.

Il gene responsabile della malattia è localizzato sul braccio lungo del cromosoma 17 (17q11.2) e codifica per una proteina detta *neurofibromina* espressa soprattutto nei tessuti di derivazione neuroepiteliale.

Nel 1987 la National Institutes of Health Consensus Development Conference ha stabilito i criteri diagnostici della Neurofibromatosi di tipo 1.

La diagnosi si basa sulla presenza di almeno due dei seguenti sette criteri clinici maggiori:

1. Sei o più macchie caffè e latte (> di 0,5 cm nei bambini o > di 1,5 negli adulti).
2. Due o più neurofibromi, o un neurofibroma plessiforme.

3. *Freckling* (efelidi) nelle regioni ascellari o inguinali.

4. Glioma del nervo ottico.

5. Due o più noduli di Lisch (amartomi dell'iride).

6. Anomalie ossee (displasie dell'ala dello sfenoide, displasia delle ossa lunghe e scoliosi).

7. Un parente di primo grado che soddisfa i

criteri della NF1.

Alla malattia si possono associare un'ampia varietà di manifestazioni cliniche minori e di complicanze tra cui le più frequenti sono: malformazioni cardiovascolari, problemi cognitivo-comportamentali, tumori cerebrali, disturbi della crescita e dello sviluppo puberale.

MANIFESTAZIONI CLINICHE MAGGIORI

I segni clinici maggiori sono presenti in buona parte dei pazienti e sono fondamentali nel confermare o escludere la diagnosi. La diagnosi può essere esclusa con una certezza superiore al 95% nei soggetti con età maggiore ai 9 anni, se tutte

FIORELLA GALLUZZI¹, M. LUISA VETRANO²,
LAURA GASPERI³, SILVIA MIRRI⁴

¹ Professore associato

² medico-chirurgo

³ medico-chirurgo

⁴ medico-chirurgo

Dipartimento di pediatria - Università degli Studi,
AOU Meyer, Firenze

le caratteristiche principali della sindrome sono assenti.

Le **macchie caffè e latte** sono il segno più precoce e caratteristico della Neurofibromatosi e si manifestano nel 100% dei pazienti. Solitamente sono presenti sin dalla nascita e aumentano di dimensione e numero durante i primi anni di vita. La grandezza e il numero di queste macchie è importante per la diagnosi: la presenza di ≥ 6 macchie caffè e latte di $> 0,5$ cm di diametro prima della pubertà o di 1,5 cm dopo la pubertà è il primo criterio diagnostico.

I **freckling (efelidi)** si riscontrano più frequentemente a 3-5 anni di età. Vanno ricercate ai lati del collo, al cavo ascellare e all'inguine.

I **noduli di Lisch** sono amartomi melanocitici dell'iride rilevati mediante esame oftalmologico con lampada a fessura. Non sono correlati ad alterazioni della funzione visiva, ma se presenti possono facilitare la diagnosi essendo un marker patognomonico di Neurofibromatosi.

I **neurofibromi** sono formazioni benigne che si sviluppano sia sulla superficie della pelle, "neurofibroma cutaneo", che in sede più profonda lungo i nervi periferici "neurofibroma plessiforme".

I **neurofibromi cutanei** solitamente compaiono durante l'adolescenza e aumentano in numero alla pubertà. Appaiono come rilievi di piccole dimensioni e possono trasformarsi in un problema estetico ma non sono lesioni premaligne.

I **neurofibromi plessiformi** in genere esordiscono nei primi anni di vita ma a volte rimangono silenti per lungo tempo. Diversamente dai neurofibromi cutanei, i neurofibromi plessiformi presentano un 5% di probabilità di progressione maligna; il neurofibrosarcoma o tumore maligno delle guaine dei nervi periferici (MPNST) che può causare sintomi da compressione delle radici nervose: dolore, disturbi neurologici e incontinenza degli sfinteri. Lo sviluppo di tali lesioni può essere aggressivo e progressivo particolarmente durante l'infanzia e il periodo pre e adolescenziale, a tal proposito queste lesioni devono essere controllate molto attentamente.

MANIFESTAZIONI CLINICHE MINORI.

Malformazioni cardiovascolari. I pazienti affetti presentano spesso cardiopatie congenite quali stenosi dell'arteria polmonare ed ipertensione arteriosa in genere determinata dalla presenza di coartazione aortica, stenosi dell'arteria renale (2%) e feocromocitoma (2%). Sono importanti pertanto periodici controlli della pressione arteriosa ed eventuale esame ecocardiografico.

Problemi ortopedici. Circa il 2% dei bambini sviluppa anomalie scheletriche causate dalla ridotta mineralizzazione ossea. Sono frequenti incurvamento delle ossa lunghe degli arti con conseguente pseudoartrosi, scoliosi e aumentata incidenza di fratture patologiche.

Problemi cognitivo-comportamentali. Nel 30-60% dei casi si osservano difficoltà dell'apprendimento, del linguaggio e dell'attenzione associati spesso a disturbi della socializzazione, ansia e depressione.

COMPLICANZE

Tra le complicanze la più frequente è la patologia neoplastica e ciò è dovuto alla mutazione a carico della neurofibromina implicata nella regolazione della crescita e della differenziazione cellulare, con funzione di tumor-suppressore.

I **tumori cerebrali** si sviluppano nel 15-25% dei bambini affetti. Si tratta per lo più di astrocitomi intracranici pilocitici e gliomi di II, III e IV grado (66% delle vie ottiche e 34% extraottiche).

Il **glioma del nervo ottico** è il tumore cerebrale più frequente. Compare generalmente nei primi sei anni di vita. Solo un terzo dei casi è sintomatico, i sintomi se presenti sono disturbi del campo visivo, cecità completa, segni di sofferenza ipotalamo-ipofisaria (pubertà precoce). La loro comparsa è legata alla crescita del tumore per questo è importante lo screening neuroradiologico.

Bassa statura. Nel 30% dei casi l'altezza è compresa tra il 10° ed il 3° percentile. La bassa statura è determinata in genere dalle complicanze associate alla malattia tra cui: anomalie dello sviluppo scheletrico come la scoliosi, tumori cerebrali e disturbi endocrini quali pubertà precoce centrale non trattata e più raramente ritardo dello sviluppo puberale.

Disturbi endocrini sono stati riscontrati nel 3% dei casi. La più frequente alterazione endocrina è la pubertà precoce centrale con una frequenza del 3% paragonata allo 0,06% della popolazione generale. La pubertà precoce centrale si presenta nel 14-20% dei bambini affetti in genere associata a tumori delle vie ottiche.

Di minor riscontro è il ritardo dello sviluppo puberale, su cui non sono stati riportati dati sulla esatta incidenza.

CONCLUSIONI

La Neurofibromatosi di tipo 1 è una patologia molto complessa la cui diagnosi si basa principalmente su segni clinici rilevabili solo mediante un attento esame obiettivo. Non sempre è facile individuarla dal momento che l'espressività di tale patologia è estremamente variabile. Una diagnosi tempestiva è fondamentale per intraprendere degli adeguati piani di screening (neurologici, dermatologici e cardiologici) e periodici follow-up al fine di evitare le numerose complicanze associate che ne aumentano la morbilità e la mortalità.

Bibliografia

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

TM

La chirurgia tiroidea in “one-day”

Un esempio di “evidence based surgery”

ASPETTI GENERALI

Il trattamento delle tireopatie chirurgiche in regime di *one day surgery*, con degenza totale inferiore alle 24 ore, non ha ancora raggiunto in Italia una larga diffusione.

L'insufficiente disponibilità di strutture dedicate, le direttive non coercitive al contenimento dei costi e la scarsa applicazione di procedure miniinvasive ne sono le cause principali.

A tutto questo deve aggiungersi un eccessivo timore dei sanitari e degli stessi chirurghi verso le potenziali complicanze postoperatorie.

L'ospedalizzazione breve, anche nella chirurgia tiroidea, si propone non solo l'abbattimento dei costi sanitari e delle liste di attesa ma, soprattutto, il miglioramento qualitativo del percorso terapeutico per il paziente e l'attenuazione dell'impegno assistenziale per i congiunti con indubbi riflessi positivi sui costi sociali.

Ovviamente, questi obiettivi devono essere raggiunti realizzando gli stessi interventi e mantenendo la stessa sicurezza dei percorsi tradizionali.

Anche nella nostra esperienza, ambedue gli aspetti si sono dimostrati realizzabili, innanzitutto attraverso la selezione dei pazienti e l'affidamento a strutture apposite, in secondo luogo attraverso la prevenzione delle complicanze ed il loro immediato controllo in caso di insorgenza.

Queste ultime, infatti, costituiscono l'aspetto centrale della questione, essendo dotate di un potenziale lesivo nei confronti della salute e, in casi estremi, della incolumità del paziente.

Esse sono essenzialmente rappresentate dalla paralisi bilaterale delle corde vocali per lesione di ambedue i nervi ricorrenti, dall'ema-

toma compressivo per emorragia nel focolaio chirurgico e dalla crisi ipocalcémica tetaniforme per insufficienza paratiroidea severa.

Per fortuna quelle davvero pericolose, perché seguite da ostruzione acuta delle vie respiratorie, si evidenziano sempre precocemente: la prima addirittura in sala operatoria al momento della estubazione, la seconda entro le prime 6-8 ore e comunque durante il pur breve ricovero.

La crisi ipocalcémica invece, anche se raramente e mai in modo improvviso, può manifestarsi una volta che il paziente abbia raggiunto il proprio domicilio ed evolvere fino a gradi avanzati se non sollecitamente contrastata.

Infatti è per questo motivo che sono stati progressivamente affinati i mezzi per individuarla in fase preclinica e trattarla profilatticamente con la somministrazione di calcio e vitamina D.

Comunque è bene ricordare che la vera prevenzione delle complicanze deve iniziare in sala operatoria con una tecnica chirurgica rigorosa che individui sempre ambedue i nervi ricorrenti, preservi la vitalità delle paratiroidi e curi minuziosamente l'emostasi.

Ma il tutto sarebbe ancora insufficiente se non seguisse un controllo clinico assiduo da parte dei sanitari nel reparto di degenza e da un dosaggio ripetuto della calcemia i cui valori siano rapidamente disponibili e consultabili on-line.

ESPERIENZA PERSONALE

Basandoci sulle considerazioni precedenti, dal novembre 2003 abbiamo selezionato per questo percorso una serie di 1274 pazienti affetti da ogni tipo di patologia tiroidea, anche

GIULIANO PERIGLI, NATALIA BATTISTI,
BENEDETTA BADII, ETLEVA QIRICI,
FABIO STADERINI*
LUISA MARGHERITA SILIANI, FABIO CIANCHI**
* Dipartimento Area Critica Medico-Chirurgica. Università di Firenze - SOD Endocrinocirurgia e Chirurgia Mini-invasiva
** SOD Open Space Day-Surgery AOU Careggi. Firenze

recidiva (Figura 1).

I criteri di eleggibilità dei pazienti si sono ispirati alle linee guida più diffuse per la chirurgia in regime di ricovero breve, con qualche modesto adattamento alla specificità della patologia trattata.

One-Day Surgery: TIROIDECTOMIA	
nov. 2003 - nov. 2009	
Casistica	
	1274 pazienti
Gozzo eutiroideo	691
Gozzo tossico	179
M. di Graves-Basedow	141
Carcinoma	263

Figura 1

È infatti intuitivo che la dimissione entro le prime ore del mattino successivo all'intervento può essere prevedibile solo per pazienti con patologia tiroidea ben definita, normofunzionante o resa tale farmacologicamente, con comorbidità lieve compresa nelle classi I e II o III stabile della *American Society of Anesthesiologists*, con obesità non patologica, con accertato supporto domiciliare da parte dei congiunti e con domicilio prossimo al luogo di cura o ad un pronto soccorso.

Infatti la necessità, pur occasionale, di un prolungamento di degenza obbligherebbe al reperimento di accoglienza e al trasferimento nei reparti di degenza ordinaria, penalizzando altre attività programmate e indifferibili.

In definitiva la validità della procedura ne risulterebbe totalmente inficiata (Figura 2).

One-Day Surgery: TIROIDECTOMIA	
Eleggibilità dei pazienti	
diagnosi definita	
ASA I-II- (III stabile)	
BMI < 35	
possibilità di supporto familiare	
domicilio entro 100 km	

Figura 2

Le indagini preoperatorie e la valutazione anestesiológica, espletate in regime di preospedalizzazione, hanno sempre compreso la raccolta del consenso informato, in un momento non condizionato dalla concitazione dei sanitari e dall'ansia del paziente.

Successivamente, nella data comunicata con congruo anticipo e confermata dopo la validazione anestesiológica, i pazienti sono stati ricoverati e sottoposti nella stessa giornata a tiroidectomia convenzionale o mininvasiva e, se necessario, a linfettomia cervicale associata (Figure 3 e 4).

One-Day Surgery: TIROIDECTOMIA	
Procedure principali	
823 Tiroidectomie totali	
332 Tiroidectomie t. cervicomediastiniche	
119 Loboistmectomie	
Procedure associate	
69 Linfettomie compartim. centrale	
25 Linfettomie lat cerv. monolaterale	
10 Linfettomie lat cerv. bilaterale	

Figura 3

One-Day Surgery: TIROIDECTOMIA	
Tecniche chirurgiche	
824 Tiroidectomie convenzionali (CT)	
401 Mini Incision Thyroidectomy (MIT)	
49 Minimally Invasive Video Assisted Thyroidectomy (MIVAT)	

Figura 4

La dimissione è stata programmata entro il mattino successivo previo controllo clinico generale, medicazione della ferita chirurgica, rimozione del drenaggio se presente e verifica dei valori calcemici postoperatori. La consegna della relazione di degenza è stata accompagnata da raccomandazioni scritte e verbali sulla terapia sostitutiva l-tiroxinica e talora calcio-Dvitaminica.

Particolare attenzione è stata dedicata alla sintomatologia e al trattamento della ipocalcemia a rara insorgenza domiciliare, che abbia eluso la elevata predittività dei controlli calcemici postoperatori.

Infatti la immediata assunzione orale di calcio è sufficiente a risolvere in poco tempo il quadro clinico e comunque a scongiurare una evoluzione grave consentendo, in caso di persistenza della sintomatologia, di contattare telefonicamente con numero diretto o raggiungere il luogo di cura.

La dimissibilità è stata sempre attestata nella cartella clinica dall'équipe chirurgico-ane-

One-Day Surgery: TIROIDECTOMIA**Sintesi della procedura**

Visita chirurgica, elegibilità, consenso informato, inserimento lista di attesa.

Preospedalizzazione, visita e consenso anestesilogici, conferma data intervento.

Ricovero dalle ore 7 alle ore 8 e intervento nella stessa giornata.

Controllo clinico e duplice dosaggio calcemico a 3 e 18 ore postoperatorie.

Dalle 7 alle 8 del mattino successivo rimozione drenaggio e medicazione ferita.

Somministrazione di piccolo pasto e controllo possibilità di alimentazione.

Consegna documento con descrizione intervento, prescrizioni e certificazioni.

Numeri telefonici dedicati e appuntamento per controllo clinico dopo 7 gg.

Istruzioni verbali e scritte su sintomi e trattamento domiciliare ipocalcemia tardiva.

Congedo del paziente entro le h 10, previa certificazione dimissibilità.

Controllo clinico ed eventualmente ematologico dopo 7 giorni.

Ritiro esame istologico ed eventuale ulteriore controllo dopo 20 giorni.

Figura 5

stesiologica.

Tutti i pazienti sono stati rivalutati clinicamente dopo una settimana e sottoposti a controllo della calcemia e PTH solo se precedentemente ipocalcemic.

Tutta la procedura, articolata in 4 fasi, si è dimostrato semplice e riproducibile (Figura 5).

L'analisi di questa esperienza ha registrato un numero trascurabile di pazienti (14:1,09%) nei quali la sintomatologia ipocalcémica sia insorta dopo la dimissione, comunque sempre risolta a domicilio secondo le istruzioni fornite al paziente e senza alcuna reospedalizzazione.

Anche il prolungamento del ricovero oltre le 24 ore è occorso in pochissimi pazienti (25:1.96%) dei quali 12 per ipocalcemia precoce severa, 9 per evacuazione di ematoma cervicale, 2 per necessità di minitracheotomia temporanea per adduzione delle corde vocali da stupore ricorrente bilaterale e altri 2 per problemi cardiovascolari (Figura 6).

CONCLUSIONE

Questi risultati, sovrapponibili a quelli di altre casistiche, confermano che, nei casi eli-

One-Day Surgery: TIROIDECTOMIA**Complicanze**

	n.	%
Ipocalcemia transitoria precoce	157	12.32
tardiva	14	1.09
Ipoparatiroidismo permanente	1	0.07
Paralisi ricorrente temporanea	48	3.76
r. definitiva compensata	18	1.41
r. definitiva in cancro	4	0.31
Ematoma (tutti entro 8 ore)	9	0.70
Infezione ferita	7	0.54
Degenza oltre 22 ore	25	1.96
Ipocalcemia severa	12	
Ematoma	9	
Tracheotomia	2	
Comorbidità	2	
Riammissioni	0	0

Figura 6

gibili, la quasi totalità della patologia tiroidea di attuale osservazione chirurgica può essere trattata con ricovero contenuto nelle 24 ore, assicurando comunque al paziente la massima sicurezza.

Infatti anche nella nostra esperienza le complicanze severe sono tutte insorte durante il pur breve ricovero e fronteggiate con successo dimostrando che il timore nei loro confronti è ingiustificato.

Ribadiamo naturalmente la necessità di una rigorosa adesione a protocolli appositamente validati e la disponibilità di chirurghi e strutture organizzativo-assistenziali dedicate.

Non essendo l'analisi dei costi la finalità principale di questo contributo, abbiamo solo confrontato le due procedure secondo le tariffe specifiche del DRG vigente (2623 vs.1967 euro), uno degli indicatori di costo più citati. Esse consentono un risparmio di 656 euro per ogni tiroidectomia trattata in ricovero breve, per un totale nella nostra serie di ben 835.744 euro.

Ancora maggiore è la riduzione dei costi sociali, pur non altrettanto esattamente quantificabile.

Ma la vera conferma della procedura, quella definitiva, è scaturita dal grado elevato di soddisfazione da parte della quasi totalità dei pazienti e dei familiari.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: giuliano.perigli@unifi.it

La sindrome della bocca che brucia (BMS)

Aspetti psichiatrici

La sindrome della bocca che brucia (Burning Mouth Syndrome, BMS) è una condizione clinica caratterizzata dalla sensazione di dolore o bruciore al cavo orale in assenza di alterazioni patologiche obiettivabili della mucosa. Tale manifestazione clinica non rientra all'interno di una malattia nota; l'etiologia è multifattoriale. Tale sindrome è un'affezione di frequente riscontro, ubiquitaria, le femmine rappresentano il sesso più colpito soprattutto nell'età media post menopausale (Ferguson e Coll., 1981). La triade sintomatologia riconosciuta in letteratura prevede: a) sensazione di bruciore e dolore al cavo orale; b) alterazione della salivazione (xerostomia), c) alterazione del gusto (disgeusia). La durata media della sindrome va dai 16 mesi ai tre anni; l'esordio può essere graduale o improvviso.

I pazienti riferiscono un bruciore, frequentemente definito insopportabile, che può localizzarsi alla lingua, al palato o a tutte le mucose del cavo orale; viene riferita inoltre una "sensazione puntoria. Il dolore può essere più forte la mattina o la sera, anche se spesso è riferito come continuo. L'intensità del disturbo è stata quantificata con un sistema di autovalutazione quale la VAS (Visual Analogue Scale) associata al McGill Pain Questionnaire.

FATTORI ETIOLOGICI

A lungo si è ritenuto che la sindrome della bocca che brucia fosse legata solamente a carenza vitaminica, in particolare vitamine B1, B2, B6, B12, di folati o di ferritina; recentemente è stato proposto che la sindrome possa fondarsi su un disturbo delle mielinizzazione delle fibre nervose.

Per accertare la prevalenza causale del fattore psichico, rispetto alla multifattorialità, vanno quindi esclusi fattori etiologici locali (es. protesi dentali incongrue, allergie, infezioni orali, disfunzione ghiandole salivari), cause sistemiche (reflusso gastro-esofageo, diabete, ipovitaminosi, endocrinopatie, fattori immunologici), terapie farmacologiche, assunzione di cibi irritanti, alcool, tabacco. Tutto questo prevede quindi la cooperazione tra specialisti: internista, otorinolaringoiatra, odontoiatra, endocrinologo.

ASPETTI PSICHICI

Per quanto riguarda gli aspetti psichici la BMS, sembra colpire con maggiore frequenza soggetti predisposti che si trovano in una condizione di difficoltà relazionali con i genitori e con figure di riferimento in ambito affettivo; tuttavia, in letteratura, rari sono

gli studi controllati riguardo il ruolo dei *life events*.

La BMS è assimilabile, secondo il Manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) al Disturbo Algico e come tale rientra nei disturbi somatoformi, senza avere una sua diagnosi specifica, ma mostrando tuttavia caratteri peculiari.

I dati attualmente dimostrano una comorbidità della BMS con disturbi psichiatrici di Asse I (DSM-IV). Infatti nella storia clinica del soggetto è presente di solito una comorbidità con disturbi dell'adattamento e dell'area somatoforme (ipocondria e disturbi da conversione) e con patologie che rientrano nello spettro dei disturbi d'ansia (Disturbo di Ansia Generalizzata, Disturbo Ossessivo, Fobie) (Rojo e Coll., 1993; Maina e Coll., 2000). Meno certa e più controversa è l'associazione con i disturbi di personalità, anche se nel corso di interviste specifiche e strutturate, sono emersi aspetti psicologici legati all'aggressività, all'ostilità ed all'isolamento sociale.

Frequentemente è stata riportata una riacutizzazione dolorosa dopo stress fisici ed emotivi quali stanchezza o eventi di perdita (lutto). Altro aspetto psicopatologico associato frequentemente alla BMS è rappresentato dalla depressione nelle varie forme, sia gravi che lievi o sottosoglia.

TRATTAMENTO

Sono stati confermati buoni risultati con trattamenti antidepressivi (Sertralina, Amitriptilina). Buoni risultati si sono ottenuti anche con l'impiego di Amisulpiride (50mg/die) e Clordemetildiazepam (1mg/die) (Bogetto e Coll. 1999).

A livello psicopatologico è stato riportato come tale sindrome possa rientrare in un quadro psicotico, all'interno di un delirio strutturato, collegata a dispercezioni cenestesiche al cavo orale ("un paziente con ideazione paranoide, attribuiva il dolore del cavo orale al potere soprannaturale della famiglia della ex-fidanzata, che si vendicava inviandogli sotto forma di onde telepatiche punizioni corporali"). In quest'ultimo caso è da valutare con attenzione un intervento farmacologico con antipsicotici atipici.

Il ruolo della psicoterapia, in particolare di tipo cognitivo, pare essere di carattere supportivo, singolo o associato a terapia farmacologica.

Bibliografia

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

TM

ALESSANDRO BANI^o, MARINA MINIATI^o

^o Psichiatra, AUSL 12, Viareggio



Stanislao Grottanelli e il giuramento d'Ippocrate

Un illustre medico legale senese, Stanislao Grottanelli de Santi, che due secoli fa, seguendo l'insegnamento di Giacomo Barzellotti, fondatore di una Scuola che già poneva con forza i problemi e della morale medica e del rapporto tra Medicina e società, dedicò alla deontologia professionale una particolare premonitrice attenzione pronunciando, tra l'altro, la lezione inaugurale del corso di medicina pubblica per l'anno accademico 1822-1823, dal titolo: «Sopra il giuramento di Ippocrate».

Nella deliziosa prolusione, pubblicata a Firenze l'anno successivo e poi a Prato (ed. Giachetti, 1833), il professor Grottanelli mette in luce la straordinaria vicenda umana e la legittimità scientifica del Maestro di Cos, che fu il primo a denegare, coraggiosamente, la fatalità delle malattie ed a ricercarne i fattori nell'ambiente (l'aria, la terra, le acque) ed a valorizzare una missione medica sensibile e solidale nei confronti della persona sofferente, operante nel rispetto della dignità umana e dei diritti di libertà e di riservatezza, oltre che di tutela della salute. Un brano della lezione merita di essere riportato per la sua «attualità» in quanto si riferisce al suicidio e al procurato aborto: «I medici dell'epoca ippocratica sembra si prestassero a favorire il termine della vita in coloro, che sorpresi ne venivano dalla noia, o che per effetto di vizioso raziocinio si determinavano per il suicidio, sapendosi che quest'atto di furore, presso dei Greci, si consumava con il veleno a preferenza di altri mezzi. Ippocrate però riconosciuto avendo, qual uomo saggio, che quest'atto era indegno dell'uomo, si protestava, qual probò cittadino, che non avrebbe mai consentito a cooperarvi, o ad approvarne l'idea in qualsivoglia circostanza, *neque vero, così si esprime, ullius preces apud me adeo validae fuerint ut venerum cuipiam sim propinaturus, neque etiam ad hanc rem consilium dabo*».

«Ma poiché ogni attentato alla vita è il più enorme delitto contro natura, e cresce al più alto grado la di lui gravità allorché si commette per le mani di colui al quale sono affidati dei mezzi per conservarla, così penetrato Ippocrate di orrore, più cred'io per edificare i suoi seguaci, che per timore di cadere in tal misfatto, aggiungeva alla

fatta protesta, *similiter autem neque mulieri ad corrupendum conceptum, vel foetum dabo*».

Stanislao Grottanelli, condanna dunque – così come l'attuale Codice di Deontologia del medico italiano – il suicidio medicalmente assistito e l'aborto procurato per

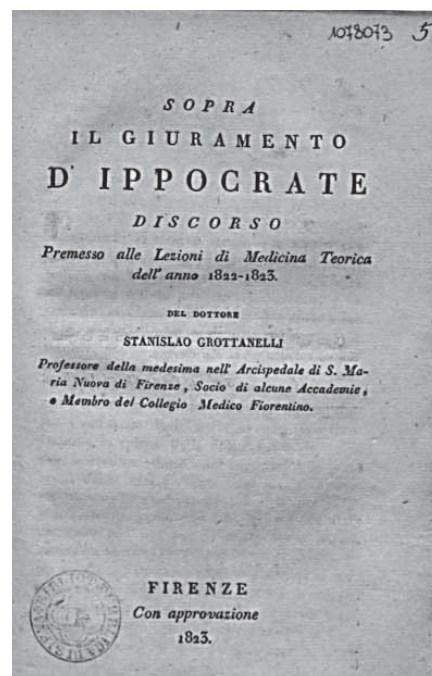
motivi diversi da quelli contemplati «dalle leggi religiose e civili», non comprimendo peraltro sentimenti di pietà e di compassione.

In definitiva, Stanislao Grottanelli, commentando il giuramento d'Ippocrate, vuole un medico strenuo difensore della salute e della vita, già adombra la obiezione di coscienza e raccomanda il rifiuto d'ogni forma di sopraffazione della volontà del paziente e, soprattutto di ogni denuncia alle autorità, in quanto contraria ai principi del giuramento, primo fra tutti l'obbligo del segreto professionale.

Stanislao Grottanelli, cattolico liberale (come lo definisce il suo illustre discendente Giovanni, eminente professore di Diritto Costituzionale nell'Università di Siena, in una stupenda memoria di famiglia) e patriota illuminato, si distinse in effetti per la costante ricerca e la strenua difesa di una armonia di valori, libera da condizionamenti ideologici, tanto da potersi oggi definire come un anticipatore dei principi di autonomia e di professionalità del medico da far valere nel rispetto della dignità e della libertà della persona assistita.

TM

MAURO BARNI
già Presidente della Commissione Regionale di Bioetica





Cosa possono (e devono) fare i medici contro le diseguaglianze nella salute

A Londra poche fermate della metropolitana (della linea *Jubilee Line*) separano il quartiere degradato di Canning Town, dove la speranza di vita degli uomini è di 73 anni, da quello aristocratico di Westminster, dove lo stesso indicatore segna per i suoi abitanti 6 anni di vita in più (vedi Figura). In Inghilterra le diseguaglianze nella salute sono diventate un rilevante problema politico nazionale ed è per questo che i medici britannici ne hanno fatto una questione centrale del loro impegno associativo-professionale. A testimonianza di ciò sta un importante e inedito documento (dal titolo: *"How doctors can close the gap"*) firmato dalle più importanti associazioni mediche: Royal College of Physicians, Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists, National Heart Forum, Faculty of Public Health.

Il primo punto del documento sottolinea la necessità di un profondo cambio culturale: superare una prospettiva unicamente concentrata sull'intervento clinico e adottare una visione più ampia

che guarda oltre il bisogno del singolo paziente e lavora per promuovere attivamente la salute e il benessere dell'intera popolazione.

GAVINO MACIOCCO

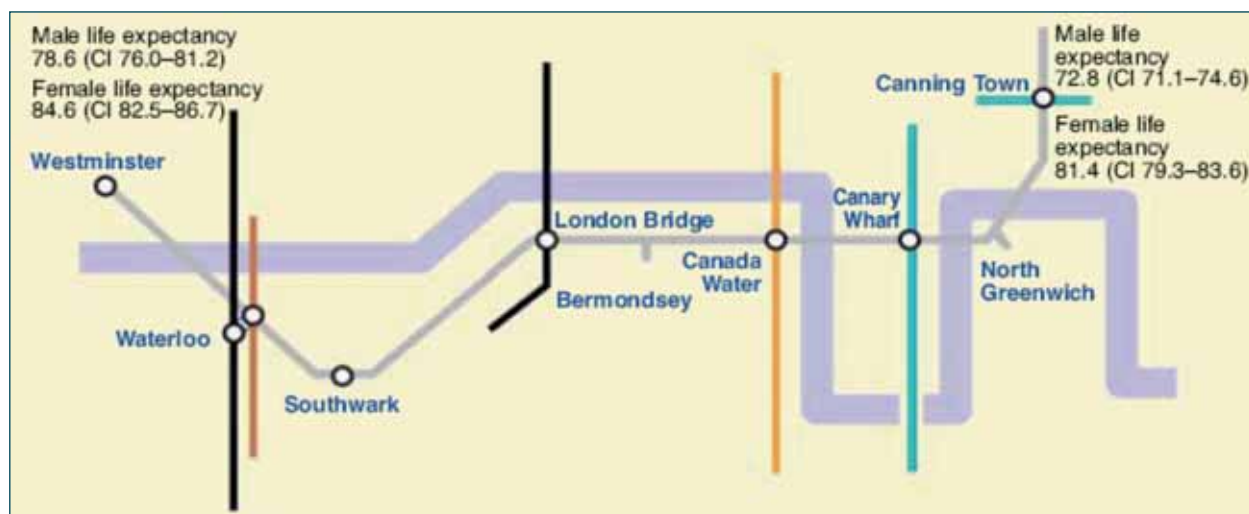
Dipartimento di Sanità pubblica. Università di Firenze

“Gli interventi di sanità pubblica – si legge nel documento – devono essere fatti molto prima che un paziente si

presenti con i sintomi, preferibilmente nelle fasi precoci dello sviluppo, in modo da raccogliere i maggiori benefici per la salute. I medici e gli altri operatori sanitari hanno un ruolo cruciale e possono usare la loro posizione come leaders all'interno del sistema sanitario e come voci degne di rispetto e di ascolto all'interno delle loro comunità per influenzare, tutelare, informare e costruire alleanze con altri settori per promuovere l'equità nella salute”.

Il secondo punto riguarda la necessità di farsi carico del problema delle diseguaglianze nel corso della pratica clinica quotidiana, tanto nelle attività di cure primarie che ospedaliere.

I più svantaggiati ed emarginati sono spesso gli ultimi nella società a richiedere un aiuto medico. Ciò può essere la conseguenza di impedimenti



Jubilee Line of health inequality. Travelling east from Westminster, each tube stop represents up to one year of male life expectancy lost at birth (2002-6). Source: Analysis by London Health Observatory using Office for national Statistics data revised for 2002-6. Diagram produced by the Department of Health (reproduced under the terms of the Click-Use Licence).

fisici o mentali, problemi logistici, barriere linguistiche o anche di un atteggiamento di stoica rassegnazione nei confronti della malattia.

Tutti i professionisti della sanità devono adoperarsi affinché i servizi sanitari siano meglio attrezzati per raggiungere i gruppi più svantaggiati e emarginati della società, rimuovendo le molteplici barriere che impediscono l'accesso alla consulenza, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura.

La stessa visita medica deve rappresentare un'occasione per discutere col paziente dei fattori che influenzano la sua salute e per fornire ad esso gli strumenti per diventare un paziente "esperto", in grado anche di affrontare i problemi di salute della propria famiglia e della comunità più ampia in cui egli vive.

Il terzo punto chiama in causa l'intero sistema formativo, universitario e post-.

Riportiamo letteralmente: "Noi dobbiamo dare agli studenti di medicina e a tutti coloro che si formano e si aggiornano l'incoraggiamento e il supporto per agire sui determinanti sociali di salute e per promuovere la salute attraverso la popolazione, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sul trattamento dei singoli pazienti. E' importante imprimere prima possibile negli studenti di medicina l'idea che la conoscenza dei determinanti sociali di salute li aiuterà a migliorare la salute della società".

"L'insegnamento dei temi di sanità pubblica relativi alle disuguaglianze nella salute e ai determinanti sociali di salute deve essere incorporato, come una trama "verticale" comune, in tutte le parti del curriculum formativo. Ciò può essere fatto collegando le specifiche malattie alle loro

cause e stimolando gli studenti a discutere delle cause delle cause (ovvero dei determinanti distali di salute). Per esempio se si trattano le malattie respiratorie, è necessario che gli studenti siano messi in grado di comprendere come il contesto familiare e sociale, e le condizioni di vita e di lavoro, possono avere un impatto su fattori di rischio come il fumo, e quali misure possano essere prese per ridurre tale impatto".

"Gli studenti di medicina hanno bisogno di sviluppare un ampio ventaglio di abilità e conoscenze per meglio affrontare i determinanti sociali di salute e ciò può essere fatto abbinando all'insegnamento accademico una formazione esperienziale, che li metta in contatto con la rete di gruppi che si occupano di assistenza sociale e di volontariato e che gli consenta di vedere come una varietà di situazioni sociali possono influire sulla salute delle persone".

L'appello a mettere al centro dell'attenzione le disuguaglianze nella salute è rivolto a un'ampia platea di attori: dal ministero della sanità ai presidi delle facoltà di medicina, dagli amministratori delle aziende sanitarie ai membri delle diverse associazioni professionali, dalle amministrazioni comunali, alle associazioni del terzo settore e – naturalmente – a tutti i dottori.

Un'ultima nota. A testimonianza dell'alto livello di priorità assegnato a questa questione da parte delle associazioni mediche britanniche sta la recente elezione (giugno 2010) di Michael Marmot a presidente della British Medical Association.

Micheal Marmot, il più noto epidemiologo britannico, già presidente della Commissione sui determinanti sociali di salute dell'OMS. **TM**

Lettere al direttore

Toscana Medica 8/10



Chi ci salverà dal nucleare civile?

Il Coordinamento Toscano No al Nucleare al quale aderisce anche l'Associazione Medici per l'Ambiente ha diffuso "10 buoni motivi per opporsi al nucleare".

1) Le centrali nucleari producono solo energia elettrica e le 439 centrali attuali forniscono meno del 6% del fabbisogno energetico mondiale.

2) Non riducono la dipendenza dal petrolio, comunque necessario per i trasporti e il riscaldamento

fino a un'adeguata disponibilità di energie rinnovabili.

3) L'Italia non ha bisogno di importare energia elettrica, avendo nel 2008 una disponibilità di 98.625 MW a fronte di una richiesta di picco di 55.292 MW, con un'eccedenza superiore a quella di tutti gli altri

Paesi. Ha piuttosto il problema dell'inefficienza del sistema elettrico, problema che non sarebbe risolto dalla immissione in rete di energia di origine nucleare.

ANTONIO FAGGIOLI, ROBERTO ROMIZI

ISDE Italia

4) Le riserve di uranio stanno esaurendosi e ciò avverrà tanto più rapidamente quanto più numerosi saranno i nuovi impianti.

5) Rilevanti sarebbero i costi, sia per l'importazione di uranio (l'Italia non ha giacimenti), sia per la costruzione e gestione dell'intero ciclo. Inevitabile sarebbe per gli utenti l'aumento dei costi dell'energia elettrica, quanto meno per tutti gli anni necessari all'ammortamento degli investimenti privati. Il ricorso al nucleare diverrebbe antieconomico, qualora diminuisse il prezzo del petrolio ma soprattutto aumentando la disponibilità di energie rinnovabili.

6) Pur essendo esclusa la produzione di CO₂ dai reattori, questa è prodotta in quantità in tutte le altre fasi del ciclo, compresa l'estrazione e trasporto dell'uranio: occorre estrarre e lavorare 1 tonnellata di minerale per ottenere 1 Kg di uranio.

7) Dalla normale attività delle centrali si hanno emissioni radioattive notoriamente cancerogene. In Germania nel periodo 1980-2003 è stato rilevato, nelle popolazioni prossime a 16 impianti, un aumento di 1,6 volte dei tumori solidi e di 2,2 volte di leucemie nei bambini fino a 5 anni residenti in un raggio

di 5 Km. Un rapporto del 2006 della N.Y. Academy ha stimato che, a seguito delle "normali" emissioni radioattive degli attuali impianti, nel 2056 si avranno in Europa migliaia di morti in eccesso, 3000 in Italia (anche senza propri impianti) per leucemie e tumori della tiroide.

8) Non si possono escludere, anche negli impianti di più recente generazione, incidenti dovuti a disastri naturali o errori umani. Chernobyl è stata la conseguenza di errori umani; saranno necessari ancora 55 anni per la bonifica dal materiale radioattivo residuo.

9) È tutt'ora irrisolto il problema dello smaltimento delle scorie che, per divenire inerti, richiedono migliaia di anni e producono non solo rischi per la salute, ma pure perversi meccanismi speculativi gestiti dalla criminalità organizzata.

10) Tutti i Paesi che hanno costruito "la bomba", sono passati attraverso la costruzione di impianti nucleari a uso civile.

Chi è interessato al documento per esteso può visionarlo nel sito www.isde.it.

TM

Il Drago al sole

Con la calura estiva si ripropone il problema del Drago di Montelupo, quel fantoccio di Cartapesta che, per legare i basagliani locali con i triestini DOC, fu creato qualche anno fa dalla équipe sanitario educativa dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo.

Poi il nuovo simbolo venne immatricolato in una celebre passeggiata per le vie del centro assieme al famosissimo fantoccio di Marco Cavallo, simbolo della rivolta antipsichiatrica nata e consumatasi al manicomio di Trieste negli ormai lontani anni settanta.

Chi scrive ebbe l'onore di conoscere in anteprima gli esperimenti del grande maestro quando frequentava il liceo Paolo Diacono di Cividale del Friuli e dal reparto di psichiatria, diretto dall'allora giovane Basaglia, cominciarono ad uscire i primi malati mentali gravi, creando perplessità e sconcerto fra la popolazione locale.

Il drago ed il cavallo, simboli dell'antipsichiatrica montelupina e triestina rispettivamente, hanno creato un ponte nel tempo e nello spazio collegando due regioni e due epoche, come se il tempo e lo spazio non esistessero. L'ideologia e il fanatismo superano i parametri in base ai quali noi percepiamo la realtà.

Nel frattempo, dall'accoppiamento del drago col cavallo è nato un mostro bicefalo: il nuovo Ospedale Penitenziario Giudiziario con due teste: la direzione

carceraria e la direzione sanitaria che vedremo se e fino a quando andranno d'accordo.

Le avvisaglie di questa dicotomia si stanno delineando sotto questo sole di Luglio. Il Drago, simbolo della rabbia dei ricoverati montelupini assetati di libertà, che diventa buono solo se

portato a spasso per le strade per far fare il tema ai bambini delle elementari che hanno visto la sfilata, sta rischiando il colpo di sole. In altre parole, dopo gli strombazzamenti ideologici della riforma Bindi che ha imposto il passaggio della sanità penitenziaria al sistema sanitario nazionale, la dicotomia fra le due direzioni ha fatto sì che gli orrendi passeggi in cemento, che servivano per garantire l'ora d'aria ai ricoverati, tollerati dalla precedente direzione sanitaria unica, sono stati demoliti e i ricoverati passano il tempo o dentro celle disumanamente iperaffollate o in passeggi provvisori ricavati dal campo di calcio interno, senza la minima protezione vuoi di piante, vuoi di tettoie e senza neanche una fontanella per potersi reidrattare. Non mi risulta che questa vergognosa situazione sia stata affrontata e denunciata dal responsabile sanitario magari prevedendo dei ripari provvisori. È inutile sottolineare che il colpo di sole può peggiorare le già gravi condizioni psichiche dei nostri pazienti e vanificare il lavoro degli operatori psichiatrici dell'Ospedale Penitenziario Giudiziario.

TM

UGO CATOLA

Neuropsichiatra, Dirigente medico Asl 11, Empoli

Una scelta attuale per
una terapia al passo con i tempi



Gli originali

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

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

Core 2003;2:30-2

Gli originali **Pfizer**

CARDIOVASCOLARE

NORVASC
amlodipina besilato

CARDURA
doxazosin

Esapent
acido etilico e acido glicolico

Fragmin
dalteparina sodica

IBUSTRIN
indobufene

Accuprin
dumiprin

ACCURETIC
dumiprin cloridrato/tiludione

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Zoloft
sertralina

Xanax
alprazolam

Halcion
triazolam

SERMION
nicergolina

EDRONAX
reboxetina

ANTIBATTERICI

ZITROMA
Aztromicina

DIFLUCAN
fluconazolo

Zimox
amoxicillina triidrato

LINCOCIN

AMPLITAL

CLEOCIN
clindamicina fosfato

DALACIN
clindamicina

DALACIN-T
clindamicina

FANS

FELDENE Family
piroxicam

CORTICOSTEROIDEI

Medrol Family
metilprednisolone

INTEGRATORI

Neovis flu

Neovis PLUS





Tumori del polmone e della laringe nelle donne

Un andamento divergente

Il tumore del polmone e della laringe condividono alcune caratteristiche, quali la maggior frequenza nel sesso maschile e nelle età più avanzate, ed una forte associazione con l'abitudine al fumo.

In Europa il tumore della laringe mostra un decremento dell'incidenza mentre il tumore del polmone presenta un comportamento diverso nei due sessi; è stata riportata infatti una diminuzione dell'incidenza fra le donne per quanto riguarda le neoplasie laringee, ma non per quelle polmonari, in particolare per quanto riguarda le età meno giovanili.

Anche in Toscana l'analisi del trend di incidenza per i tumori del polmone e della laringe nel sesso femminile rivela andamenti divergenti. Il grafico riportato mostra i tassi di incidenza del tumore del polmone e del tumore della laringe in donne di età superiore a 30 anni del Registro Tumori della Regione Toscana dal 1985 al 2005, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (x 100.000); l'andamento medio nel periodo risulta in diminuzione per il tumore della laringe (con un cambiamento percentuale annuo - APC -

del tasso significativo, APC: -1.9, CI -3.6 -0.2) e in aumento per il tumore del polmone (con un cambiamento percentuale annuo - APC - del tasso significativo, APC +2.3, CI 1.5-3.1). Nell'area coperta dal Registro Tumori della Regione Toscana, nel periodo 2003-2005, sono stati diagnosticati,

in media ogni anno e ogni 100.000 donne, 21 nuovi casi di tumore del polmone e 1,2 di tumore della laringe; nella popolazione femminile il tumore del polmone rappresenta il 6,2% del totale delle diagnosi tumorali e quello della laringe lo 0,3% (rt.rtrt.ispo.toscana.it). I dati recentemente riportati in letteratura relativi alla diminuzione dell'incidenza del tumore della laringe nelle donne suggeriscono la presenza di modificazioni di fattori di rischio diversi dall'abitudine al fumo, che rimane invece uno dei principali responsabili dell'aumento del numero di casi di tumore polmonare femminile.

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

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

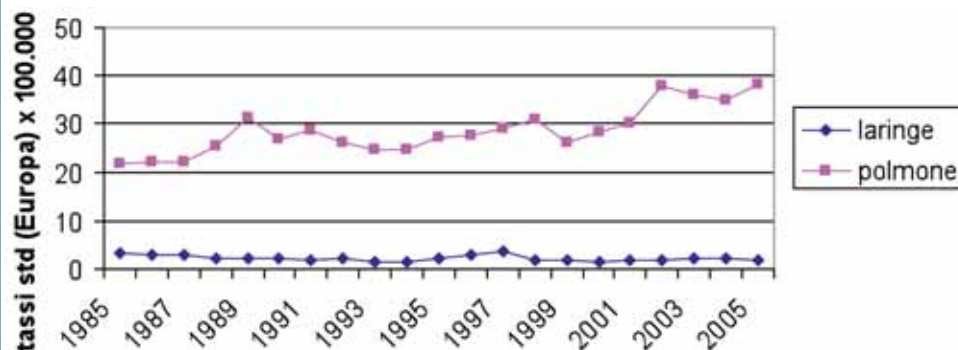
in media ogni anno e ogni 100.000 donne, 21 nuovi casi di tumore del polmone e 1,2 di tumore della laringe; nella popolazione femminile il tumore del polmone rappresenta il 6,2% del totale delle diagnosi tumorali e quello della laringe lo 0,3% (rt.rtrt.ispo.toscana.it). I dati recentemente riportati in letteratura relativi alla diminuzione dell'incidenza del tumore della laringe nelle donne suggeriscono la presenza di modificazioni di fattori di rischio diversi dall'abitudine al fumo, che rimane invece uno dei principali responsabili dell'aumento del numero di casi di tumore polmonare femminile.

Bibliografia

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

TM

**Registro Tumori Regione Toscana:
tumori del polmone e della laringe,
incidenza nel sesso femminile**



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



Semeiotica auxologia per il monitoraggio della crescita e dei suoi disturbi

Ivan Nicoletti e coll.

Ed. Centro Studi Auxologici

Si possono apprendere tante cose leggendo questo libro di un profondo conoscitore delle tematiche auxologiche. Essenzialmente si riesce a capire se un adolescente sta crescendo nella maniera corretta oppure se siano necessarie indagini ed approfondimenti diagnostici. Non è cosa da poco conto in un'un'epoca di esasperato tecnicismo e di risultati eccellenti ad ogni costo.

Nicoletti e collaboratori guidano il lettore attraverso un percorso scandito da concetti di chiara

ed immediata comprensione: “come si cresce”, “si cresce a velocità variabile”, “alterazioni di crescita della statura”, “alterazioni della composizione corporea”, “disordini della pubertà” ed altri ancora.

Tabelle, grafici, immagini radiologiche, carte di velocità ed accelerazione rendono ancora più agevole la lettura delle tante cifre e numeri che codificano l'affascinante processo di crescita di un organismo.

Simone Pancani

Gli ultimi giorni di Eluana

Amato De Monte, Cinzia Gori

Ed. Biblioteca dell'Immagine

Carlo Alberto Defanti, nel suo libro “Soglie”, sostiene che lo stato vegetativo permanente rappresenta “un paradigma degli sconvolgimenti provocati dalla medicina moderna; il concetto prende atto della possibilità di una completa dissociazione tra vita psicologia e vita biologica vegetativa che in passato non era dato osservare”. Questa situazione clinica deriva dall'impegno dei medici a salvare la vita di una persona che ha subito un grave trauma o uno stato anossico cerebrale. Spessissimo la cura ha successo, ma quando fallisce il paziente resta in uno stato che non può essere definito di disabilità (in questi casi nessuna riabilitazione potrà consentire una sia pur minima partecipazione alla vita). Altresì la vita è pienezza di relazioni oltre che capacità biologica di funzioni organiche. Insomma un caso tipico di fallimento dei successi della medicina che “crea” un individuo diversamente vivo, ma pur sempre cittadino di uno stato di diritto. Quali sono i suoi diritti? Certamente di essere assistito. Anche di decidere per sé, come ogni altro cittadino? Il caso di Eluana Englaro rappresenta una svolta in questa lunga battaglia per l'autodeterminazione, perché ogni essere umano possa decidere della sua morte contro ogni ipotesi di sopravvivenza artificiale, surrettiziamente descritta come una sorta di provvidenziale permanenza in una vita che, quando voluta, deve essere sostenuta, quando indesiderata non può consumarsi per misurare la santità degli altri e la umiliazio-

ne dei malcapitati.

Amato De Monte e Cinzia Gori hanno assistito Eluana negli ultimi giorni di vita, dando corso alla sentenza della Cassazione in attuazione del principio costituzionale che vieta di imporre ad alcuno un trattamento sanitario non voluto. Ne hanno tratto un libro (edizioni Biblioteca dell'immagine) che riesce a descrivere l'intreccio tra i dati tecnici, di grandissimo interesse per i medici, le questioni strettamente giuridiche e il confronto tra i valori in gioco, della dignità della persona e della libertà di decidere. Un testo che affronta un tema fondamentale per la civiltà, l'affermazione della libertà di ognuno di scegliere per sé purché ciò non leda altrui diritti. Un testo importante perché sfata una serie di dicerie o falsità o calunnie (come altro chiamarle?) che politici, uomini di chiesa, giornalisti, perfino illustri colleghi hanno propalato a piene mani in quei drammatici giorni. Spero che l'autopsia giudiziaria, di un'estrema acribia, sia presto fruibile per medici e cittadini perché dimostri la stupefacente leggerezza di certi assunti, compresa la possibile gravidanza di berlusconiana memoria.

Un teologo, Giovanni Ancona, ha scritto sul n° 60 di “Arco di Giano” che “il servizio alla vita si esprime compiutamente quando la si assiste fino al suo naturale compimento”. Ora quale è il compimento naturale di queste vite? O non sono esse tenute “in vita” dagli artifici della tecnica? Quando sarebbe stato il compimento naturale della vita di Eluana? Allora è giusto oppure no, che chiun-

que possa decidere per sé quanto vuol che duri o quanto sopportare o accettare l'artificiale possibilità offerta dalla scienza? "In tal senso" prosegue Ancona "nessun operatore sanitario deve ritenersi arbitro della vita e della morte di una persona". Per il teologo l'arbitro è la Divinità che si manifesta, evidentemente, attraverso il medico che pone in essere i rimedi tecnologici. Proprio ciò che la Costituzione della Repubblica, i Documenti Internazionali e, non ultimo, il Codice Deontologico, rifiutano, che qualcuno decida per altri contro la sua volontà.

Queste considerazioni nascono dai fatti, come gli autori ce li narrano, sapientemente separando l'emotività della partecipazione con la profes-

sionalità dell'assistenza. E il quadro che ne esce, corredato da un apparato di citazioni fortemente evocativo, non fa onore a questo paese. Mostra la strumentale arroganza dei politici, il fanatismo intollerante di una nuova vandeia mediatica, il degrado di un giornalismo pronto a tutto pur di destare clamore e scandalo. Tuttavia, in mezzo a tanto scempio che ricorda le vette del caso Di Bella, si sono levate voci sagge e caritatevoli in ogni schieramento, politico o religioso, che hanno saputo richiamare con forza ai veri valori in gioco. Lentamente, per successivi piccoli passi, si realizzerà mai il sogno kantiano che l'uomo esca dalla sua minore età?

Antonio Panti

La depressione da 0 a 14 anni

Chiara Campi, Marzia Guarnieri

Higeia Press

Chiara Campi e Marzia Guarnieri hanno affrontato questo importante e poco conosciuto problema in un recente libro pubblicato dalla Higeia Press. Un libro importante perché è indubbio che oggi la pediatria, come tutta la medicina, deve cambiare, adeguando i propri strumenti cognitivi e operativi alle profonde trasformazioni della società e della patologia.

E il tema del disagio infantile e adolescenziale e della sempre più frequente malattia depressiva, espressione di componenti organiche, familiari e contestuali, deve essere ben presente a tutti i medici che sono chiamati a affrontare i problemi dei

bambini la cui salute mentale è la migliore garanzia per il futuro.

Questo testo nulla tralascia per offrire una panoramica completa e esaustiva sulla depressione, a partire da un'introduzione storica che rappresenta un vero excursus antropologico sui rapporti familiari e sociali tra il mondo degli adulti e l'infanzia. Nei successivi capitoli sono trattate tutte le questioni importanti, dalla genetica, alla diagnostica, alla terapia. Un bel libro che offre stimoli alla riflessione sulle trasformazioni della medicina moderna.

Antonio Panti

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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

È scomparso Michele Arpaia



È difficile per tutti, appena appresa la repentina scomparsa di un vecchio e caro amico, tratteggiarne il profilo. Michele, nato in Lucania, ha compiuti i suoi studi di medicina a Pisa e ha svolto per intero la sua vista professionale di medico di famiglia a San Casciano Val di Pesa.

Medico apprezzato, amato dai pazienti, ottimo specialista, aveva sempre quel tratto amichevole e bonario, di naturale simpatia. Michele si è sempre impegnato per la medicina generale sul piano professionale e sindacale, percorrendo tutta la carriera politica nel Sindacato fino a tenerne la presidenza dopo lunghi anni trascorsi come Segretario Regionale.

Michele è stato per più mandati apprezzato Consigliere dell'Ordine dei Medici e ha sempre portato un contributo personale di idee alla Medicina Generale, difendendole, anche nella divergenza di opinioni, con determinazione ed onestà intellettuale, che erano le caratteristiche principali del suo carattere. Sicuramente una perdita importante che lascia un grande vuoto in tutti coloro che lo stimavano. Siamo vicini a Maria ed ai suoi figli nel loro dolore.

Mauro Ucci

Paolo Mangani non è più con noi



La mia amicizia con Paolo Mangani era iniziata molti anni fa e divenne più intensa nel 1970 quando, per la prima volta, insieme partecipammo, a Fiuggi, al Congresso Nazionale della Fimmg.

Cominciò allora la nostra personale avventura nel sindacato dei medici di famiglia, la storia esaltante di un gruppo di amici, uniti da progetti e speranze comuni, densa di tante soddisfazioni ma anche di qualche delusione, come accade inevitabilmente nella storia degli uomini. Paolo, tuttavia, non ci ha mai deluso. La sua schiettezza, la sua etica personale, la sua sincerità, e il suo affetto non ci sono mai venuti a mancare. Anzi sono cresciuti con il passare degli anni, malgrado si fossero fatte più rare le occasioni d'incontro a casa o in ospedale, dove gli avevamo fatto visita con la pena nel cuore.

In questi ultimi anni, infatti, aveva dovuto sopportare sofferenze inenarrabili e una progressiva e ingravescente inabilità. Era quasi incredibile che la lotteria della vita avesse riservato, a un uomo così vigoroso ed esuberante, un destino tanto amaro dopo che per anni, nei momenti liberi dalla professione, aveva praticato tutti gli sport possibili. Lungi dalle espressioni retoriche, d'uso in queste circostanze, Paolo è stato un professionista amato e stimato da tutti nella sua città, nell'Ordine dei Medici di Firenze, di cui per molti anni era stato Consigliere, e nell'Enpam dove aveva rivestito importanti cariche nazionali, ma soprattutto è stato un uomo vero, un amico leale e sincero che ci mancherà. Alla cara Fernanda, che con tanto amore lo ha assistito in questi lunghi anni di malattia, e ai suoi figli amatissimi, Silvia, Maria Paola e Francesco giungano il ricordo affettuoso e il cordoglio sincero di tutti gli amici.

Aldo Pagni

* * * * *

Il ricordo di Aldo è toccante e vero ed io ho vissuto nello stesso modo l'amicizia con Paolo e una storia comune di impegno e di lotta per la professione e per la sanità. Ricordo la sua lunga presenza nel Consiglio dell'Ordine esercitata con grande rigore e, nello stesso tempo, con ironica bonomia. Una grande perdita, quella di Paolo, di cui ricordiamo l'onestà intellettuale, la coerenza morale e la forza d'animo anche negli anni della sofferenza. Un ricordo affettuoso da tutto il Consiglio dell'Ordine e un abbraccio ai suoi cari.

Antonio Panti
Presidente dell'Ordine dei Medici



Il Progetto “Medicina in Rete”

Il Progetto “Medicina in Rete” è una iniziativa promossa dalla Regione Toscana e dell'Ordine dei medici di Firenze finalizzata alla valutazione da parte di un incaricato dall'Ordine di tutti i siti Internet dei medici iscritti all'Ordine e delle strutture sanitarie dell'Area Vasta Centro della Toscana.

Il Progetto, coordinato dal dott. Alfredo Vannacci, ha esami-

nato 123 siti di medici e strutture sanitarie per valutarne l'aderenza alle linee guida dell'Ordine, ratificate dalla Regione Toscana con apposita convenzione nell'ambito del decreto 2751 del 26/5/2007.

Da questo capillare lavoro di ricerca è emerso, tra l'altro, che il 49,6% dei siti esaminati non sono stati inclusi nel report finale in quanto non soddisfacevano i crite-

ri di inclusione e che solo il 16,1% è risultato aderire alle linee-guida ordinistiche.

I siti “promossi” sono stati pubblicati in una apposita sezione del portale della Regione Toscana, mentre per quelli “bocciati” è prevista la possibilità di correzione da parte di webmaster e dei professionisti responsabili delle informazioni rese disponibili sul web.

L'Associazione Medici Scandicci compie venti anni

Venti anni di vita per un'Associazione rappresentano un momento importante e per festeggiare questo traguardo l'Associazione Medici Scandicci (AMES) ha pubblicato un bel DVD al cui interno è possibile scoprire cosa è stato fatto fino ad ora e quali sono i program-

mi futuri di questo ormai storico “sodalizio” attivo nella cittadina alle porte di Firenze.

L'AMES è stata fondata l'8 giugno 1990, con lo scopo principale di promuovere “ogni iniziativa che abbia come fine il perfezionamento dell'esercizio professionale nel

campo scientifico, culturale, amministrativo e burocratico anche attraverso conferenze, seminari, incontri con altre categorie, pubblicazioni e dibattiti”.

Per informazioni: www.ames.firenze.it

Il Rapporto dell'Università Cattolica su 15 aree metropolitane

È stato pubblicato il primo Rapporto Osservasalute Aree Metropolitane 2010 compilato dall'Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni italiane che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma. Tante tabelle fitte di

numeri e dati (riportiamo quella comparsa recentemente sul “Sole 24 Ore Sanità” relativa agli indicatori di sopravvivenza e mortalità per causa) fotografano contesti urbani estremamente diversi tra di loro, ognuno con caratteristiche

e peculiarità proprie che disegnano un paesaggio di luci ed ombre fatto di eccellenze accanto a realtà veramente preoccupanti. Tuttavia l'area fiorentina è collocata tra quelle con i migliori risultati in termini di indicatori di salute.

Indicatori di sopravvivenza e mortalità per causa (2001)

Provincia	Mortalità per tumori		Mortalità per malattie sistema circolatorio		Mortalità per malattie sistema respiratorio		Mortalità per accid. da mezzi di trasporto	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Torino	39,95	21,47	49,01	33,56	11,21	4,81	2,30	0,66
Milano	46,16	23,89	46,23	31,00	10,17	4,49	1,73	0,40
Venezia	46,25	21,76	46,66	30,75	8,29	3,73	2,69	0,62
Trieste	45,83	24,00	48,95	34,42	11,45	5,06	1,34	0,34
Genova	43,45	21,66	45,21	32,01	9,06	3,68	0,80	0,37
Bologna	38,53	22,12	44,54	29,62	9,14	4,22	2,56	0,72
Firenze	38,18	20,44	43,83	29,53	8,98	3,83	1,49	0,46
Roma	41,00	22,38	50,40	35,69	8,56	4,06	1,92	0,51
Napoli	43,69	21,61	62,87	48,89	12,84	4,56	0,89	0,20
Bari	35,89	18,84	45,84	36,26	11,19	4,40	1,81	0,32
Reggio C.	32,01	16,85	53,70	43,29	10,54	3,45	1,68	0,31
Palermo	34,65	19,72	53,19	40,90	10,99	4,38	1,00	0,32
Messina	32,51	17,70	56,62	42,43	9,91	3,57	1,21	0,30
Catania	34,92	19,41	59,39	45,69	9,86	4,19	1,86	0,40
Cagliari	39,01	19,86	44,13	30,98	12,87	4,74	2,17	0,46
Italia	40,32	20,78	49,62	34,85	9,69	3,74	2,07	0,53

Nelle celle in rosso vengono indicate le province metropolitane che presentano valori “peggiori” rispetto alla media nazionale; in quelle verdi vengono indicate le province metropolitane con valori “migliori” rispetto alla media nazionale

Fonte: Rapporto Osservasalute Aree metropolitane 2010



Erbe, antroposofia e rischio clinico

Una paziente con polipatologia complessa di natura cardiopatica, ipertensiva, asmatica, diselettrolitica, associata ad un importante stato depressivo, si è rivolta ad un medico, definitosi antroposofa, che opera in Toscana nel settore privato. Questi le ha prescritto un nu-

mero notevole di preparati a base di erbe, potenzialmente in grado di scatenare importanti interazioni con la mole di farmaci già assunti dalla paziente.

L'Ordine, venuto a conoscenza dell'accaduto, si è impegnato ad assumere tutte le informazioni del

caso, identificando le forme più idonee per contattare ed avvertire il collega antroposofa della potenziale pericolosità del suo comportamento prescrittivo ed intervenendo a tutti i livelli, coinvolgendo anche le strutture regionali interessate.

Medici del lavoro: niente aste al ribasso

Il Ministero della Salute, sollecitato in tal senso dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, ha recentemente reso nota la propria posizione sulla delicata questione delle aste al ribasso indette dalle Pubbliche Amministrazioni per il reclutamento dei medici del lavoro. Il Ministero fa presente che le gare indette dagli Enti Pubblici per l'affidamento del servizio di sorveglianza sanitaria non possono subire ribassi tali da

renderli non in linea con i compensi previsti dai Contratti Collettivi Nazionali di lavoro di riferimento, con relativa salvaguardia anche del decoro professionale. Infatti il servizio di sorveglianza sanitaria è caratterizzato da un particolare valore tecnico-scientifico e si svolge secondo protocolli e procedure che non possono essere standardizzate a priori. Per questi motivi, affidare il servizio secondo il criterio del "prezzo più basso" non appare ade-

guato alla medicina del lavoro. Infine il Ministero ricorda anche che i protocolli sanitari di sorveglianza sanitaria sono e debbono rimanere di esclusiva prerogativa del medico, che li stabilisce in funzione, sia dei rischi specifici, sia degli indirizzi scientifici più avanzati in materia. La posizione del Ministero, quindi, accoglie in pieno i rilievi che erano stati formulati dalla FNOMCeO e ricolloca nella giusta ottica il ruolo e le funzioni del medico del lavoro.

Attenzione a concedere il proprio logo

Una associazione medica era stata multata dall'Autorità per la Concorrenza ed il Mercato (Antitrust) perchè aveva concesso il proprio logo affinché fosse stampato sull'etichetta di alcuni prodotti commerciali insieme alla dicitura: "Approvato da...". In particolare, l'Antitrust aveva ritenuto questo comportamento lesivo dei diritti dei consumatori, perchè la concessione del logo non era seguita al superamento di procedure di veri-

fica della bontà dei prodotti stessi, ma era frutto di meri contratti commerciali volti soltanto ad incrementare la vendita dei prodotti stessi. Contro la pronuncia dell'Antitrust, l'associazione medica aveva fatto ricorso al TAR del Lazio e poi al Consiglio di Stato, ma entrambi gli organi giudicanti hanno confermato la sanzione. In particolare, il Consiglio di Stato, con sentenza n. 4795 depositata il 21 luglio 2010, ha affermato che l'associazione,

non avendo effettuato alcuna valutazione o analisi comparativa dei prodotti "approvati", ha violato il Codice del Consumo, inducendo in errore i consumatori, i quali erano portati a fare un erroneo affidamento sulle caratteristiche dei prodotti ritenuti "approvati", mentre invece non era stato accertato nessun requisito ulteriore o migliorativo rispetto ad analoghi prodotti della medesima categoria esistenti sul mercato.

10 ottobre 8ª giornata contro la pena di morte

Il Prof. Angelo Passaleva, membro del Comitato di Coordinamento della "Coalizione mondiale contro la pena di morte" ricorda che il giorno 10 ottobre 2010 si terrà la 1ª Giornata contro la Pena di Morte. Quest'anno la giornata sarà dedicata alla richiesta dell'abolizione della Pena di Morte negli USA in particolare e nel mondo in generale. Info: www.worldcoalition.org.

CINEFORUM

Si avvisano i Colleghi che, per motivi organizzativi, il **cineforum** preannunciato per i mesi di ottobre e novembre 2010 presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze **è rinviato** a data da destinarsi (vedi Toscana Medica n. 7/2010 - pag 60).

Seguiranno ulteriori comunicazioni.

La direzione



FEDERSPEV - Pensionati medici-farmacisti-veterinari e superstiti

Si è svolto a Caserta dal 29.5 al 2.6.10 il 47° Congresso Nazionale della Federazione durante il quale sono stati dibattuti i più importanti problemi della categoria. Particolarmente apprezzata la lezione magistrale del Prof. Raffaele Corqua, docente alla scuola di Gerontologia e Geriatria dell'Università di Napoli 2 Federico 2^a sul tema: "L'Anziano: un peso o una opportunità?"

Sono intervenuti nel dibattito due rappresentanti toscani. Il Dott. Lenzi, Presidente della sezione di Grosseto ha auspicato un adeguamento dello statuto della Federazione ad una dinamica più moderna.

Il Dott. Ginanneschi, Presidente della sezione di Siena, ha rilevato la poca risonanza del nostro Congresso sulla stampa nazionale.

Al termine è stata emessa una mozione finale che nel ringraziare l'attività dell'esecutivo e del direttivo in riferimento all'attività svolta, ribadisce i seguenti obiettivi prioritari:

- presenza di almeno un rappresentante dei pensionati nei comitati sanitari di vigilanza degli

Enti Previdenziali pubblici e privati;

- appoggiare e condividere l'azione di quelle forze politiche e sindacali che dimostreranno adeguata attenzione alle nostre istanze economiche e rivendicative;

- ottenere la piena perequazione delle pensioni in godimento rispetto agli indici di svalutazione ISTAT e per ogni fascia di importo;

- l'immediato recupero a partire dal 2011, della mancata perequazione 2008 per le pensioni superiore otto volte il minimo INPS;

- abolizione del C. 41 dell'art. 1 della Legge Dini (335 del '95), che rappresenta un indebito balzello sulle pensioni di reversibilità in relazione al reddito del coniuge superstite;

- defiscalizzazione parziale della pensione in rapporto col progredire dell'età del pensionato o, in subordine, la defiscalizzazione piena dei benefici della perequazione automatica;

- individuazione di uno specifico paniere ISTAT per i pensionati;

- azione comune con tutte le Confederazioni veramente rap-

presentative della dirigenza con le quali nel Febbraio scorso abbiamo condiviso la giornata nazionale del Pensionato.

Queste ed altre richieste sono state presentate dall'Assemblea al Presidente ed al Direttivo per una rapido impegno verso le Istituzioni.

I presidenti e delegati presenti al Congresso:

Dott. Sergio Alberti

Arezzo 0575 355026

Dott. Ermanno Lenzi

Grosseto 0564 977023

Dott. Delfino Bellina

Livorno 0586 805074

Dott. Gastone Lucchesi

Lucca 0583 331148

Signora Luisa Boggi Fregosi

Massa Carrara 338 9574962

Dott. Fulvio Corsoni

Firenze 055 666590

Dott. Elio Tramonte

Pisa 338 7517741

Dott. Lino Vasco Tommei

Pistoia 0572 72729

Dott. Guido Ginanneschi

Siena 0577 282444

Centenario delle professioni sanitarie

Era il 10 luglio 1910 e veniva promulgata la legge n. 455 che, all'articolo 1, così recitava: "In ogni provincia sono costituiti gli Ordini dei Medici Chirurghi, dei Veterinari e dei Farmacisti". Veniva in questo modo sancita la nascita degli Ordini delle Professioni sanitarie. Sono passati, da allora, "Cento anni a tutela della salute": il 10 luglio 2010, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ha celebrato - insieme alle Federazioni degli Ordini dei Farmacisti e dei Veterinari - la ricorrenza con una grande

cerimonia, presso il Complesso monumentale di S. Spirito in Sassia, Roma. A tracciare lo scenario in cui si sono mossi in questo secolo i professionisti della salute è stato lo storico della medicina Giorgio Cosmacini, mentre il sociologo Giuseppe De Rita ha analizzato il ruolo delle Professioni sanitarie nella società. Il tema della "Tutela della Salute", invece, non poteva che essere affidato alla voce degli organismi che ne sono garanti, gli Ordini sanitari, appunto, rappresentati dai Presidenti delle tre Federazioni: Amedeo Bianco per la

FNOMCeO (Medici e Odontoiatri); Andrea Mandelli per la FOFI (Farmacisti); Gaetano Penocchio per la FNOVI (Veterinari). Alla fine delle celebrazioni, la scena è passata ai professionisti di domani: i più giovani tra i neo-iscritti agli Albi dei Medici, degli Odontoiatri, dei Farmacisti e dei Veterinari hanno prestato il loro Giuramento Professionale. Elio Guzzanti, medico, politico e docente universitario, ha aperto e ha chiuso i lavori. La manifestazione si è svolta sotto l'Alto Patronato della Presidenza della Repubblica.

Influenza 2010-2011

Il Ministero della Salute ha emanato la Circolare con le raccomandazioni per la prevenzione dell'influenza stagionale 2010-2011 che tengono conto dell'attuale livello di allerta pandemica per il virus AH1N1. Al momento, nei paesi dell'Emisfero sud, entrati nella stagione invernale e per i quali sono disponibili dati relativi alla sorveglianza delle sindromi simil-influenzali, l'andamento di queste appare stabile o in lieve incremento, con una piccola per-

centuale di casi legata al virus pandemico mentre il resto delle sindromi è addebitabile ad altri virus. La composizione del vaccino per la prossima stagione 2010-11 per l'emisfero settentrionale è la seguente: antigene analogo al ceppo A/California/7/2009 (H1N1), cosiddetto ceppo "Pandemico"; antigene analogo al A/Perth/16/2009 (H3N2); antigene analogo al ceppo B/Brisbane/60/2008. La campagna di vaccinazione stagionale, che partirà ad ottobre, è promossa dal

Servizio sanitario nazionale ed è rivolta principalmente ai soggetti classificati e individuati a rischio di complicanze severe, e a volte letali, in caso contraggano l'influenza ed alle persone non a rischio che svolgano attività di particolare valenza sociale. L'offerta di vaccino a queste categorie è gratuita ed attiva da parte delle Regioni e Province Autonome. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito internet del Ministero: www.salute.gov.it.



Certificato medico per patenti di guida

In merito alle nuove disposizioni che hanno riformato il Codice della Strada, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici fa presente che le modalità degli accertamenti clinico-tossicologici da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti e il modulo di certificato medico saranno individuati con decreto del Ministero della Salute, di concerto

con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. In attesa della nuova regolamentazione, i medici dovranno attenersi a quanto previsto dall'art. 24 del Codice Deontologico che così recita: "Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è te-

nuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti". La Federazione Nazionale è in contatto con i suddetti Ministeri per monitorare la progressione del regolamento e fornirà le indicazioni opportune non appena disponibili.

La conflittualità fra medici e pazienti

Cesarei nell'occhio del ciclone, giovani madri che perdono la vita in sala parto, liti tra medici, trasfusioni sbagliate, disservizi, indagini e sospetti. Da Messina a Matera, da Roma a Torino, l'estate buia della sanità ha riaperto i riflettori su una questione sempre "calda": la sicurezza negli ospedali e la responsabilità dei professionisti. Soprattutto al Sud, ma non solo. Con un'avvertenza d'obbligo: la cronaca di errori e negligenze rischia di esacerbare gli aspetti negativi del servizio sanitario, oscurando milioni di prestazioni di cui ogni anno usufruiscono i cittadini.

Al di là degli errori eclatanti, e in assenza di dati puntuali e ufficiali sulla cosiddetta "malpractice", l'unica evidenza di cui si dispone è che negli ultimi anni la conflittualità tra medici e pazienti è aumentata. Secondo l'ultima rilevazione dell'ANIA, l'associazione nazionale delle imprese di assicurazioni, tra il 1994 e il 2008 il numero di sinistri denunciati alle compagnie per le due coperture di area medica (responsabilità civile delle strutture sanitarie e responsabilità civile dei medici) è più che triplicato (da 9.567 a 29.597), anche se sono state le denunce nei confronti di Asl

e ospedali a crescere, mentre sono diminuite quelle nei confronti dei singoli professionisti. Eppure sono proprio i medici a subire i contraccolpi più pesanti, sia in termini di costo dei premi assicurativi, sia a livello di immagine. L'AMAMI (l'Associazione per i medici accusati ingiustamente di malpractice) stima che l'80% dei chirurghi, nel corso della carriera, è raggiunto da un avviso di garanzia o da una richiesta di risarcimento danni. Ma stima anche che l'80% dei processi si risolve con l'assoluzione, soprattutto in sede penale.

Sospetto errore medico: ampio diritto di accesso ai documenti

Una paziente era stata portata al Pronto Soccorso di un ospedale per forti dolori addominali, quindi era stata ricoverata in reparto e poi era deceduta. Il marito della paziente, ritenendo che vi fossero responsabilità da parte della struttura e degli operatori per il decesso della moglie, intentava azione di risarcimento e allo stesso tempo chiedeva alla Direzione Sanitaria dell'ospedale di ottenere copia della cartella clinica della moglie, del diario infermieristico e di conoscere la turnazione dei medici del Pronto Soccorso e del reparto,

nonché chiedeva copia degli ordini di servizio diramati dalla direzione aziendale. L'ospedale, di fronte a questa richiesta, concedeva copia della cartella clinica e infermieristica, ma non consentiva l'accesso agli altri documenti richiesti perché li riteneva estranei alle attività di cura prestate alla paziente. Il marito della paziente, quindi, ricorreva al TAR della Lombardia che, con sentenza n. 3322 del 2 agosto scorso, gli ha dato ragione. I giudici amministrativi, infatti, hanno affermato che è del tutto ragionevole ritenere che la tutela

della situazione giuridica pregiudicata in conseguenza del decesso, richieda la compiuta conoscenza, non solo degli interventi praticati sulla degente, ma anche la possibilità di comprendere se gli interventi effettuati dal personale medico ed infermieristico siano coerenti con gli ordini di servizio e con le consegne lasciate dal personale concretamente intervenuto. Pertanto il TAR ha ordinato all'ospedale di rilasciare al richiedente le copie degli atti richiesti.

Mappa dei servizi per il trattamento dei DCA

Pubblicata sul sito istituzionale www.disturbialimentarionline.gov.it la prima Mappa dei Servizi, sia pubblici che privati accreditati, per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), frutto di una ricognizione dell'esistente in termini di rete assistenziale al fine di offrire, a chiunque ne abbia bisogno, i riferimenti dell'offerta articolata a livello regionale. La mappa vuole essere uno strumento di informazione dinamica, suscettibile di costante aggiornamento, per dare conto del-

la evoluzione nel numero e nelle caratteristiche della offerta di servizi, consentendo anche di fornire alle istituzioni indicazioni sulle necessità di potenziamento dell'offerta terapeutica. Tale iniziativa si inserisce nell'ambito del Progetto "Le buone pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare", afferente al Programma "Guadagnare Salute", realizzato di concerto tra Ministero della Salute e Dipartimento per la Gioventù e affidato alla Regione Umbria. Il sito è consultabile dagli operatori

e dagli utenti, che potranno così accedere ad un database ricco di informazioni dettagliate (denominazione, indirizzo, dati della struttura/servizio DCA, responsabile della struttura/servizio DCA, livello di trattamento erogato, orari di apertura/funzionamento, modalità e costo della prima visita, personale dedicato) ed effettuare ricerche mirate sulla base di diversi criteri (livello di trattamento, tipologia di struttura/servizio, ASL di appartenenza, posizione geografica, denominazione).



CONVEGNI E CONGRESSI

LA GRAVIDANZA NELLA PROCREAZIONE ASSISTITA

Il convegno si terrà **sabato 23 ottobre** p.v. con orario 9-15.30 presso l'Hotel Hilton Garden Inn Firenze, in Via S. Pertini 2/9 a Firenze, tel. 055.42401. Relatori: Carolina Becattini, Maria Elisabetta Coccia, Francesca Gensini, Federico Mecacci, Lucia Pasquini, Gianfranco Scarselli, Giulia Scaravelli. Segr. Scientifica C. Becattini Segr. Scientifica C. Becattini, 055.239836. Info@futuradiagnosticamedica.it - Segr. Org.va Newtours 055.33611. E-mail: gravidanzapma@newtours.

L'EPIDEMIOLOGIA E LA SANITÀ PUBBLICA NELL'EUROPA CHE CAMBIA

L'Associazione Italiana di Epidemiologia, in collaborazione con la Federazione Europea di Epidemiologia (IEA) organizza un convegno dal titolo "L'epidemiologia e la sanità pubblica nell'europa che cambia", che si terrà presso il Palazzo dei Congressi di Firenze nei giorni **6-9 novembre 2010**. Presidenti del Congresso: Adele Seniori Costantini (AIE) e Robert West (IEA). Info: www.euroepi2010.org. Segreteria Org.va OIC Firenze.

VII CONVEGNO SICPCV - SEZIONE TOSCANA

Il convegno si terrà il **6 novembre 2010** presso Villa Montalto, Firenze. Comitato Scientifico: Dr. Riccardo Rossi, Dirigente Medico I Livello U.O. Ostetricia e Ginecologia Ospedale Santa Maria Annunziata Bagno a Ripoli (Firenze). Segr. Org.va: Quid Communications 1, tel: 055-4633701. E-mail: info@quidcom.com.

TERAPIE MEDICHE INNOVATIVE IN ONCOLOGIA

Nei giorni **12-13 novembre** p.v. presso il Chiostro del Maglio in Via Venezia 5 a Firenze, si terrà il III Congresso del Gruppo Oncologico Chirurgico Cooperativo Italiano con orario 8.30-18.30. Comitato Scientifico: G. Amunni, G. Biti, A. Bosi, L. Cataliotti, F. Di Costanzo, L. Fioretto, L. Luzzatto, R. Mazzanti, T. Mazzei, E. Mini, F. Tonelli. Segr. Scientifica: I. Landini, G. Meoni, S. Nobili tel. 055.4271 int. 306. Segr. Org.va: OIC tel. 055-5035320, Annalisa Batistini, a.batistini@oic.it. ECM richiesti.

INVECCHIAMENTO E LONGEVITÀ: PIÙ GENI O PIÙ AMBIENTE?

Il 55° Congresso Nazionale SIGG della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria si terrà a Firenze nei giorni **30 Novembre-4 Dicembre 2010** a Palazzo dei Congressi. Destinatari: Medici Chirurghi, Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali, Studenti - Info. Promo Leader Service, tel. 055 2462201, web: www.sigg.it. E-mail: sigg@promoleader.com - Ecm: in fase di accreditamento per Medici Chirurghi, Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali - Resp. Scientifico: Prof. Niccolò Marchionni.

III° CORSO E CONVEGNO UTICS: A.D.I.: CONFRONTO MEDICI MG E UROLOGI DEL TERRITORIO

Il **5 e 6 novembre 2010**, a Lucca nella suggestiva atmosfera di San Michele si terrà il Convegno "Assistenza domiciliare integrata: confronto con i medici di medicina generale e gli urologi del territorio" e il III° Corso di ecografia uro-genitale UTICS. Il corso Ecografico è a numero chiuso ed è dedicato a Urologi, Andrologi, Radiologi, Chirurghi e Urologi pediatri e altre Discipline interessate. Le procedure per l'accreditamento nazionale E.C.M. sono in corso. Il Programma è consultabile sul sito www.utics.it.

L'ONCOLOGIA DEL TERZO MILLENNIO A FIRENZE

Il Convegno si terrà il giorno **5 Novembre 2010** presso il Centro Oncologico Fiorentino CFO, via Ragionieri, 101 - Sesto Fiorentino. Relatori e Moderatori: Gianni Amunni; Carlo Biagini; Luca Cionini; Francesco Cognetti; Prokar Dasgupta, Londra; Francesco Di Costanzo; Andrea Gavazzi; Marcella Gostinelli; Stefano Margaritora; Luca Mencaglia; Liliana Mereu; Luigi Natale; Antonio Panti; Fedro Alessandro Peccatori, Milano; Giancarlo Pruner; Giovanni Scambia, Roma; Paolo Trevisan; Andrea Vannucci; Umberto Veronesi. La partecipazione al Convegno è gratuita. Verranno accettate le prime 100 richieste di partecipazione giunte all'attenzione della Segreteria Organizzativa, tramite scheda di adesione. Info e iscrizioni: Promo Leader Service Congressi, Tel. 055 2462.1 - Fax 055 2462270 - ilaria.antonini@promoleader.com. E-mail: ilaria.antonini@promoleader.com

CORSI E SEMINARI

PROGRAMMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

L'Università di Siena organizza questo corso di perfezionamento, che si svolgerà diviso in tre moduli intensivi residenziali. La domanda di ammissione dovrà essere presentata o spedita entro il **29 ottobre 2010**. Direttore del corso: Prof. Nicola Nante. Info: tel. 0577/234465/234187, E-mail: phrlcorsi@unisi.it, tel: 0577 235940, 233168, sito internet: <http://www.unisi.it/postlaurea/corsiperf.htm>.

**BACHECA**

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

AFFITTI PROFESSIONALI

- Affitto stanza per uso odontoiatrico studio dentistico finemente ristrutturato in zona viale Giannotti a professionisti con propria clientela. Cell.333.5765971.
- Piazza S. Croce, in avviato studio medico, affitto stanza ambulatorio e stanza perfettamente attrezzata per ambulatorio odontoiatrico. Tel. 055.8964560.
- Firenze-Novoli-Baracca in studio medico con segretaria sono disponibili stanze in diversi orari della settimana per mmg. Cell. 338.3594590.
- Studio medico, Viale Spartaco Lavagnini 45, Firenze, affitta ambulatori a medici specialisti. Richiesta € 80 giornaliere. Tel. 055.481829 - 499646.
- Odontoiatra affitta in Prato ufficio di 70 mq nuovo adiacente al proprio studio a colleghi di altre specialità. L'ufficio è costituito da sala attesa, due stanze, bagno. Lo stabile è dotato di ampio parcheggio. Info: tel. 348.2453839.
- Affitto Studio Zona V.le Europa - Uscita autostrada Firenze Sud - Affittasi a professionista medico (psichiatra, neurologo, dietologo ecc.) stanza grande e luminosa con affacci gradevoli, in studio di psicoterapia, situato al secondo piano di una tranquilla palazzina con ascensore. Disponibili 2 stanze: 1 stanza arredata, affitto a singole giornate; 1 stanza non arredata con due finestre e terrazza, affitto mensile a 390 euro. Zona ben servita dai mezzi pubblici con ampie possibilità di parcheggio. Per informazioni Dr.ssa Buzzegoli 338.3496250.

ATTIVITÀ CEDESI

- Cedesi studio dentistico zona Alto Mugello, 2 unità operative; attività ventennale. Per contatti: Tel. 335.8416533(8-20).

COLLABORAZIONI TRA MEDICI

- Odontoiatra laureato all'Università di Firenze nel 2005 offre la propria disponibilità per Igiene dentale professionale a studi dentistici della provincia di Firenze e province limitrofe. Niccolò, 340.9211971.
- Specialista in Ortodonzia col massimo dei voti Università di Ferrara. Esperienze universitarie e lavorative all'estero, conoscenza di tutte le tecniche ortodontiche, comprese linguale e invisalign, con documentazione clinica completa. OFFRE collaborazione nel trattamento di pazienti ortodontici, anche per casi complessi, chirurgici e preprotetici, sia nel proprio studio monospécialistico Ortodontico a Scandicci (aperto dal 2005) sia come consulente presso gli studi dei colleghi odontoiatri della Toscana. Tel. 055.250398 mail: giuseppetitino@hotmail.com.
- Odontoiatra laureata nel 2006 presso l'università di Firenze offre la propria collaborazione in igiene, conservativa, endodonzia e chirurgia presso studi dentistici di Firenze, Prato, Pistoia, Empoli e relative province. Cell. 339.7799785.
- Odontoiatra, specializzato in chirurgia odontostomatologica, offre la propria collaborazione in chirurgia e implantologia presso studi dentistici della provincia di Firenze, Prato, Pistoia, Lucca, Arezzo, Grosseto. Provvisto di propria attrezzatura, Cell. 347.1547422.
- Odontoiatra specializzando in Ortognatodonzia con esperienza di ortodonzia fissa, intercettiva e funzionale cerca collaborazione in studi delle province di Firenze, Siena, Pisa, Lucca, Livorno, Pistoia. Cell. 349.4360051.
- Il Dott. Simone Alex Bagaglia Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di SI con il massimo dei voti ed abilitato presso il medesimo ateneo all'esercizio della professione medica, iscritto all'Ordine di Firenze, si rende disponibile per sostituzioni a mmg - guardia medica - assistenza ad eventi sportivi - Servizi presso strutture private assistenziali guardie turistiche - prelievi - docenze su FI e SI. Email: dott.bagaglia@gmail.com Cell: 338.2602200.

COLLABORAZIONI NON MEDICHE

- Ragazza 30enne con 9 anni di esperienza nel ruolo, compresa la chirurgia, cerca lavoro come assistente alla poltrona anche full time. Massima serietà, professionalità e impegno. Iscritta nelle liste di mobilità dal 31/08/10. Valentina 349.6499409.
- Antonella Pettini cerca lavoro di segreteria presso studio medico in FI. Diploma di ragioneria, esperienze di 10 anni. Disponibile anche per il part.time. Cell. 339.7976086.
- Segretaria e Assistente alla Poltrona con quindici anni esperienza settore Odontoiatrico, iscritta nelle Liste di Mobilità cerca lavoro part-time 30 ore mattina Lun. Venerdì presso studio o Istituto zona FI Sud. Esperienza pluriennale maturata in studio dentistico e presso un Istituto di Posturologia e Odontoiatria Olistica. Ritengo di essere una persona seria ed affidabile, predisposta al contatto con il pubblico e al lavoro di squadra, con buone capacità organizzative, sempre disponibile ad imparare per accrescere le proprie conoscenze. Cell. 333.8645851.
- Segretaria iscritta nelle Liste di Mobilità, cerca lavoro presso studio medico, con orario part-time 30 ore mattina Lun. Venerdì. Pluriennale esperienza in vari settori maturata in studi e uffici. Sono una persona affidabile e responsabile, predisposta al contatto con il pubblico, al lavoro di squadra, con buone capacità organizzative e sempre disponibile ad imparare per accrescere le proprie conoscenze. Telefonare al 333.8645851 oppure indirizzo. E-mail: ricki99@tiscali.it.

OFFERTA LAVORO

- Studio dentistico Firenze e Ponte a Signa cerca apprendista assistente alla poltrona. Età massima 29 anni. Inviare curriculum al: centromodigliani@libero.it.
- Cooperativa Sociale COopera onlus cerca medici fisiatri, geriatri, pneumologi per casa di cura nei pressi di Chieri (TO). Assunzione o collaborazione, orario flessibile anche neo-specializzati. Possibilità alloggio aziendale in comodato d'uso. Cell. 3387566156, centralino: 0382.572900.

SOSTITUZIONI

- Agnese Linari, laureata e abilitata presso la Facoltà di FI, è disponibile per sostituzioni di medici di medicina generale e guardie mediche in case di cura private. agnese.linari@email.it. Cell. 328.3265064.
- Federica Cardini, laureata e abilitata presso la facoltà di FI, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, nel comune di Firenze, provincia e fuori sede. Cell. 338.4625626.
- Carolina Orsi Battaglini, laureata e abilitata presso la Facoltà di Firenze, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi o giornate di donazioni di sangue nel comune di Firenze e zone limitrofe. Cell. 349.6136519.
- Maria Antonietta Napoli laureata ed abilitata presso la facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, si rende disponibile ad effettuare: sostituzioni dei medici di medicina generale, guardia medica, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche nel comune di Firenze e Provincia. Cell 389.1861244-320.7042280. E-mail: mariaantoniettanapoli@gmail.com.
- Ngateu Kamela thierry Fleury laureato in Medicina e Chirurgia e abilitato alla professione di Medico Chirurgo presso l'Università di Firenze è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche territoriali e in case di cura private e assistenza medica a competizioni sportive a FI e provincia. Cell. 333.8308522.
- Mariapia Macchiarulo laureata e abilitata presso la Facoltà di FI, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a Medici di Medicina Generale, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi o giornate di donazioni di sangue nel comune di FI e zone limitrofe. Cell. 347.4728032.

STRUMENTI VENDESI

- Vendo ecografo GE logic 200 con 2 sonde: una convex ed una endovaginale, con stampante sony. prezzo trattabile. Tel. ore pasti 055.984262.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

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

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr.
50 100 4785

VACO 05-05

Manfredo Fanfani

L'ARTE: UN POTENTE MEZZO MEDIATICO D'INFORMAZIONE NELL'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA



Articolo all'interno della rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

