



ToscanaMedica

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



Tra autorizzazioni e prontuario

T. Corona, G.F. Gensini, L. Giorni,
S.E. Giustini, F. Lena, A. Messori, A. Mugelli

Medici nel 2040: Numeri ed impressioni

S. Pancani

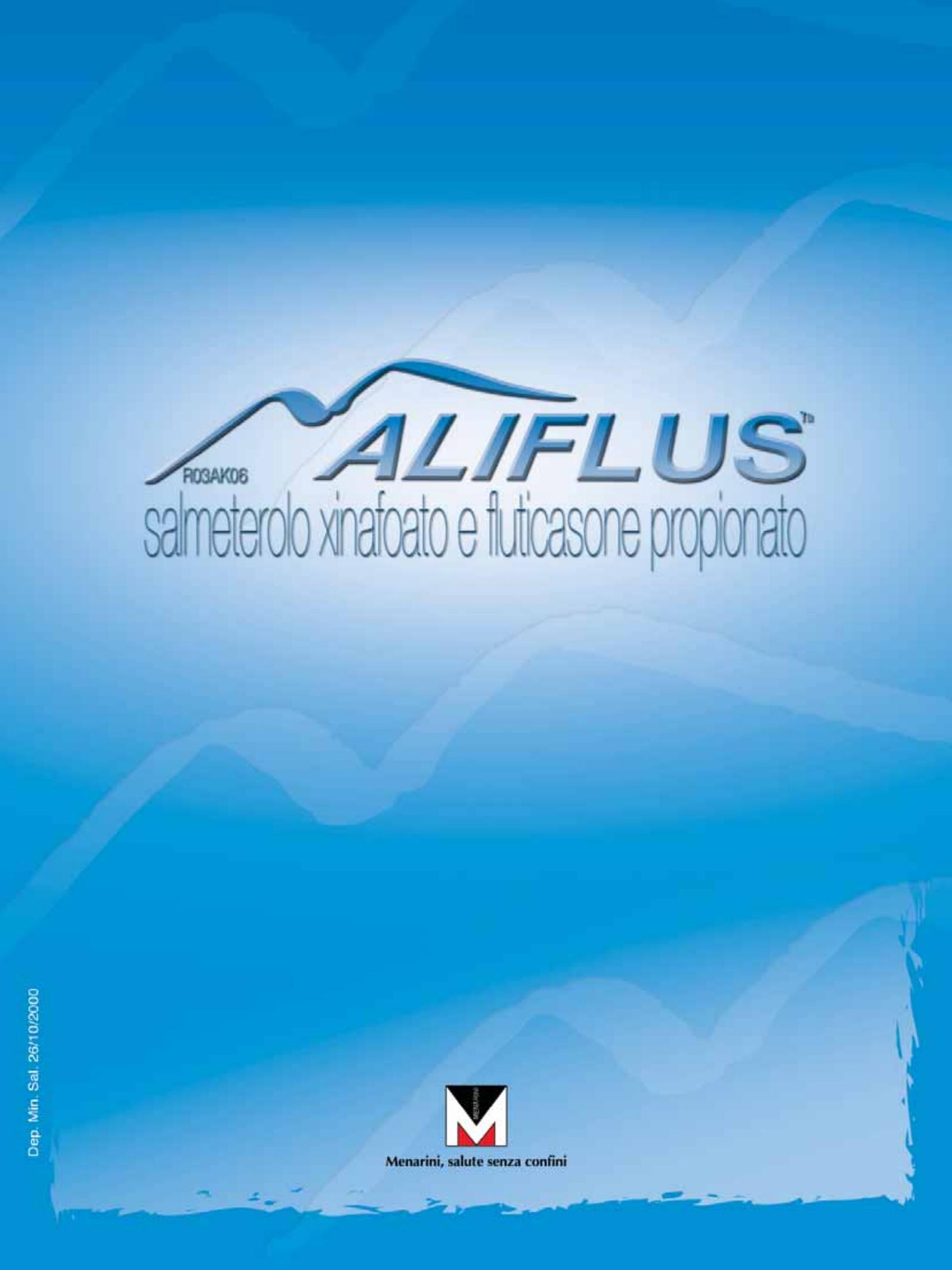
Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale nella sclerosi multipla

M.P. Amato, E. Portaccio, B. Hakiki,
M. Giannini, L. Pastò, L. Razzolini, B. Goretti

Recenti progressi nella diagnostica senologica

J. Nori, D. Abdulcadir, E. Giannotti, L. Capaccioli, I. Menchi

N° 8 SETTEMBRE 2011



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- L'Italia dei 150 anni
F. Napoli 4

EDITORIALE

- Saranno medici anziani nel 2040...
Che pensano oggi?
A. Panti 5

INDAGINE CONOSCITIVA SUI MEDICI TOSCANI

- Numeri ed impressioni
S. Pancani 6

RICERCA E CLINICA

- Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale nella sclerosi multipla
M.P. Amato e coll. 8
- Recenti progressi nella diagnostica senologica
J. Nori e coll. 13
- Il Diabete Insipido
S. Seminara e coll. 17

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Tra autorizzazioni e prontuario
T. Corona, G.F. Gensini, L. Giorni, S.E. Giustini, F. Lena, A. Messori, A. Mugelli 19
- Farmaci nuovi e farmaci innovativi: ripensare il prontuario
A. Panti 25

ENPAM

- Bilancio ENPAM 2010
E. Pattarino 26

QUALITÀ E PROFESSIONE

- La Toscana e l'Università affrontano le fratture di femore degli anziani: il Progetto T.A.R.Ge.T.
P. Piscitelli e coll. 27
- Ecocardiografia e supporto vitale avanzato
S. Cipani e coll. 37
- Studio epidemiologico sulla sifilide e la co-infezione da HIV a Firenze nel periodo 2003-2009
C. Martinelli e coll. 38

- Il dolore nella correzione mininvasiva del petto escavato
E. Brandigi e coll. 43

- Nutrizione e nutrigenetica
C. Calzolari 45

- L'inarrestabile tubercolosi
A. Gabbuti 46

- La prevenzione primaria nella programmazione sanitaria
M.G. Petronio 48

CONVEGNI E CONGRESSI 28

REGIONE TOSCANA

- Farmacovigilanza in Toscana: risultati primo quadrimestre 2011
L. Giorni, M. Parrilli 29

- Le malattie veicolate da alimenti in Toscana
C. Pierozzi 32

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- Piazza della Indipendenza. Le origini, gli aneddoti, le storie di vita
M. Fanfani 51

FRAMMENTI DI STORIA

- Mercurio ed il caduceo: a proposito di un articolo
D. Lippi 55

LETTERE AL DIRETTORE

- I testimoni di Geova tra "risorsa sangue" e "qualità della vita"
G. Meini 56

- Le critiche: spiacevoli ma spesso utili
M. Pandolfi 57

LETTI PER VOI 58

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani 59

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi 61

CORSI E SEMINARI 56/58/59/60

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXIX n. 8 - Settembre 2011
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
Giovanni Fattori, "Garibaldi a Palermo", olio su tela, 1860, Viareggio (Lucca), Società di Belle Arti SRL

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

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze

tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045

http://www.ordine-medici-firenze.it

e-mail: toscanamedita@ordine-medici-firenze.it

Editore

Edizioni Tassinari

viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze

e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it

http://www.edizionitassinari.it

Pubblicità

Edizioni Tassinari

tel. 055 570323 fax 055 582789

e-mail: ricardo@edizionitassinari.it

http://www.edizionitassinari.it

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina

via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



L'Italia dei 150 anni

Nell'ambito delle celebrazioni per il 150 anni dell'Unità d'Italia, manifestazione ufficiale inaugurata dallo stesso Presidente della Repubblica, spicca per particolarità dell'iniziativa e qualità dell'esposto la mostra *La Bella Italia. Arte e identità delle città capitali*.

Già ospitata presso le Scuderie Juvarriane alla Reggia di Venaria (Torino) da marzo a settembre 2011, è aperta dal 11 ottobre (fino al 4 marzo 2012) presso la Galleria Palatina a Firenze.

In una nazione che festeggia la sua raggiunta unità come territorio nazionale senza dimenticare le diverse identità stratificatesi nei secoli, una mostra siffatta rafforza l'appartenenza ad una storia comune non solo artistica, ma anche sociale, linguistica e religiosa.

Di conseguenza, il tanto materiale esposto viene articolato e suddiviso fra le varie zone di provenienza, cioè fra le varie antiche diverse capitali pre-unitarie (quindi, presenti sul territorio della Penisola ante il 1861): Torino, Firenze, Roma, Milano, Venezia, Genova, Parma e Modena, Bologna, Napoli, Palermo. Tante città, altrettanti piccoli regni con storie diverse, anche se fra loro inevitabilmente intrecciate.

Si susseguono così in esposizione opere strettamente di riferimento religioso, in specie legate all'ambiente romano (ritratti di Papi) ed a quello torinese (*Ostensione della Sindone* quadro realizzato da Peter Bolckman); ma Roma è anche sinonimo di antichità (*Afrodite accovacciata*, del II sec d.C. proveniente dai Musei Vaticani), come pure ispiratrice di classicità riproposta successivamente (la neoclassica *Musa Polimnia* di Antonio Canova) o trasfigurata con aperture ormai verso il romanticismo (le opere settecentesche di Giovanni Battista Piranesi).

Se Giotto e Masaccio culturalmente provengono dall'ambiente fiorentino attento al reale, la grazia di Parmigianino, di Guercino o di Correggio trovano la loro massima fortuna collezionistica presso le raffinate corti emiliane (Bologna, Modena, Parma), rivelando anche una inquietudine che si fa largo nella società cinquecentesca, sulla falsariga di Leonardo da Vinci a Milano (la luce vibrante nella *Testa di Cristo*).

Celebrativi e cortigiani, collocabili nell'arco di tre secoli (XVI-XVIII), in società comunque dominate da una aristocrazia mercantile, sono *Andrea Doria nelle vesti di Nettuno* (Bronzino, Firenze), *Ritratto del Procuratore Dolfín* e *Venezia riceve da Nettuno i doni del mare* (Giambattista Tiepolo, Venezia).

Il Settecento comporta la passione per le ampie vedute legate al Grand Tour, doveroso e formativo viaggio in Italia compiuto da giovani aristocratici

(Stendhal, Goethe, Turner), ma anche rispettoso dei principi illuministici: di conseguenza, ecco *Veduta di Piazza Navona* (Andrea Locatelli), *Partenza di Carlo di Borbone per la Spagna* (Antonio Joli), *Veduta di Torino* (Bernardo Bellotto), *Il porto di Palermo*

(Jacob Philipp Hackert).

In questa corsa nei secoli di quadro in quadro, si giunge all'Ottocento, naturale conclusione della mostra, trovando opere di sapore patriottico ora celato per motivi di opportunità politica come *Il bacio di Hayez*, ora palesi come *I Vespri siciliani* di Michele Rapisardi e *26 aprile 1859 Ragazza che cuce la bandiera* di Odoardo Borrani. Né mancano i personaggi che hanno animato secoli di storia, da *Pedro di Toledo* (Tiziano) a *Ugo Foscolo* (Francois-Xavier Fabre), da *Dante* (Domenico di Michelino) allo stesso ritratto del *Principe Tommaso di Savoia Carignano* (Antoon Van Dyck).

La mostra, dunque, rivela di nascere secondo differenze locali, volgendo però ad una unità finale: come diceva Stendhal *il più bel paese del mondo* è in questa mostra (ora ospitata a Firenze) interamente sotto i nostri occhi. **TM**

11 ottobre 2011 - 4 marzo 2012
Galleria Palatina - Palazzo Pitti, Firenze



Odoardo Borrani, "Il 26 aprile 1859 in Firenze", olio su tela, 1861, Viareggio, Istituto Matteucci.



Saranno medici anziani nel 2040... Che pensano oggi?

ANTONIO PANTI

Nel numero di luglio della rivista abbiamo dato notizia di un'inchiesta, piccola ma significativa, sulla condizione professionale dei neolaureati e dei medici con 10 e 20 anni di anzianità. I risultati più importanti riguardavano la motivazione dell'iscrizione a medicina legata, nell'80% dei casi, a ragioni etiche o scientifiche, la convinzione, nella stessa percentuale, di aver scelto bene (i pentimenti non superano il 20%), infine che la massima parte dei medici considera buona la propria preparazione sul piano conoscitivo, meno su quello professionale, meno ancora sugli aspetti organizzativi e contrattuali del lavoro. La maggior parte si dichiara pronta e disponibile al lavoro interprofessionale.

Questo quadro è uniformemente distribuito rispetto al rapporto di lavoro, pubblico o privato, mentre i medici generali sembrano più tranquilli nell'esercizio professionale. Le difficoltà segnalate sono maggiori tra i "poco convinti" rispetto a chi è contento della scelta fatta, forse perché questi hanno maggiori difficoltà cognitive.

Tuttavia la parte più interessante dell'inchiesta risiede nelle risposte "aperte", in cui ciascuno ha liberamente indicato le maggiori criticità e le migliori soddisfazioni del proprio lavoro. Le risposte inerenti le criticità sono molto più variabili mentre quelle sulle soddisfazioni professionali sono più omogenee sia tra i neolaureati (con scarsissima esperienza) che tra chi ha 10 o 20 anni di anzianità e quindi possiede ormai una buona esperienza.

Provando, tuttavia, ad accorpate le questioni secondo una logica di lavoro, nei neolaureati prevale la percezione delle criticità legate al rapporto col paziente, alla burocrazia (e chi mai gliela insegna?) ai rischi legali, in totale circa il 30% delle segnalazioni, mentre l'ingerenza della politica preoccupa il 10% dei giovani colleghi. Un altro 20% delle criticità segnalate deriva dalla disorga-

nizzazione del lavoro, mentre quelle riguardanti formazione e ricerca sono solo il 5%. I risultati quindi si confermano a vicenda. Buona preparazione, minori criticità formative; peggior preparazione professionale, maggiori difficoltà con i pazienti. Ma le soddisfazioni dichiarate riguardano per oltre il 50% il rapporto con i pazienti, croce e delizia dei medici da qualche decina di secoli. Ci affliggono durante la giornata dieci fastidiosi pazienti e basta uno solo che ci ringrazi per peggiorare ogni amarezza. Le soddisfazioni professionali rappresentano circa il 20% del campione dei neolaureati, seguite da altre minori cause.

Anche i medici laureati da 10 o 20 anni descrivono molteplici criticità, legate alla burocrazia per il 13% e ai problemi del lavoro (organizzazione, rapporti tra colleghi e con i dirigenti ecc.) per oltre il 20%. Il rischio legale (5%) e l'ingerenza della politica (2,5%) sono percepiti come meno critici rispetto ai neolaureati sia per maggior esperienza sia perché (ci auguriamo!) il sistema toscano sembra meno inquinato dalla politica. I motivi di soddisfazione risiedono per il 54% nel rapporto coi pazienti, il che sfata i pregiudizi dei medici anziani spesso affetti da burn out di fronte ai nuovi "pazienti informatizzati". Un buon 30% di soddisfazione deriva da motivi professionali.

In base a questi dati si potrebbe effettuare un'ulteriore inchiesta volta a mostrare quel che i medici che saranno anziani tra 20 o 30 anni si aspettano dalla sanità (cioè dal rapporto col paziente e dall'organizzazione del lavoro) e dalla medicina (cioè dal ruolo che avrà il medico a seconda dei successi della scienza e della tecnologia). Inoltre, siccome ciascuno è fabbro della sua fortuna (almeno per una piccola parte), sarebbe opportuno che i medici giovani riflettessero sulla medicina come e più ancora di quanto abbiamo fatto noi anziani. L'Ordine serve anche a questo e ospita volentieri qualsiasi iniziativa proposta dai colleghi più giovani. **TM**



Simone Pancani, specialista in Chirurgia Pediatrica e Chirurgia Plastica, è Dirigente medico presso la SODs Chirurgia Plastica e Centro Ustioni (Dipartimento di Pediatria Chirurgica) dell'AOU "Meyer" di Firenze. È membro della Società Italiana delle Ustioni, dell'International Society for Burn Injury, dell'European Burn Association e dell'European Club for Pediatric Burns.

Numeri ed impressioni

SIMONE PANCANI

La Statistica (mi scuseranno i cultori della materia per l'approssimazione delle mie affermazioni) per sua natura parla il linguaggio dei numeri e riesce ad elaborare in maniera matematicamente precisa anche realtà umane complesse ed articolate, ricche di contenuti e di personalissime sfumature, cariche di significati e di deluse aspettative. Per questo nell'indagine

conoscitiva del nostro Ordine sulle aspettative e fabbisogni dei medici toscani, con piacere si leggono, accanto alle percentuali ed alle tabelle, i risultati delle risposte "aperte" trasmesse dai colleghi che hanno partecipato all'iniziativa.

Mi sembra degno di nota che la principale criticità espressa dai neolaureati sia il rapporto con il paziente, come se giovani professionisti tecnologicamente e professionalmente "agguerriti", una volta fuori dalle aule universitarie, si trovassero improvvisamente a disagio di fronte al malato, cioè a colui che in pieno sostanza una scelta di vita entusiasmante ma talvolta difficile.

A questo proposito a me che faccio parte della seconda coorte di partecipanti allo studio, è tornato in mente il periodo delle prime guardie quando la teoria era chiara e ben presente, ma difettava paurosamente la pratica e dovere decidere così su due piedi di fronte al malato che aspettava fiducioso il dosaggio di un farmaco era semplicemente una sofferenza infinita!

Poi le cose cambiano e, come risulta dalle risposte dei medici più anziani, anche le criticità si modificano. I laureati di qualche anno fa oggi si lamentano *in primis* della burocrazia che quotidianamente affligge tutti gli ambiti lavorativi e, cosa piuttosto preoccupante, al secondo posto, dei rapporti con i colleghi: facile dire che in questo senso l'Ordine potrebbe davvero avere buon titolo per intervenire.

Le tabelle elaborate dal MeS (Laboratorio Management e Sanità, Pisa) relative ai neolaureati e a chi si è affacciato alla professione ormai da qualche anno fotografano due gruppi di professionisti che esprimono criticità diverse, ognuna degna della massima considerazione, sia l'impreparazione dei giovani di fronte alla gestione degli esiti infausti, che la mancanza di tempo ed i rischi

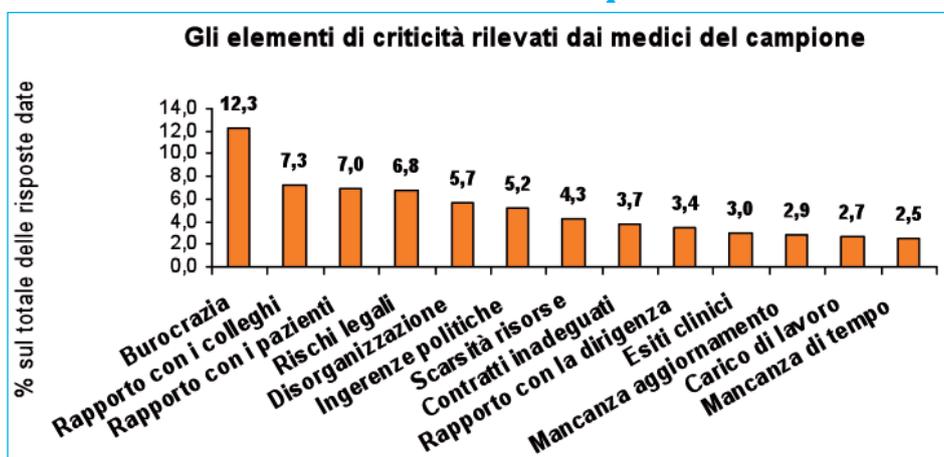
Un confronto tra i Cluster dell'indagine: le criticità

| | Cluster 1 (neolaureati) | Cluster 2 e 3 (laureati tra il 1988 e il 2000) |
|----|------------------------------------|---|
| 1° | Rapporto medico-paziente | Burocrazia |
| 2° | Burocrazia | Rapporto con i colleghi |
| 3° | Rischi legali | Disorganizzazione |
| 4° | Ingenze politiche | Rapporto con la dirigenza |
| 5° | Esiti clinici infausti | Scarsità risorse |
| 6° | Posizione contrattuale | Rischi legali |
| 7° | Rapporto con i colleghi | Ricerca e aggiornamento |
| 8° | Disorganizzazione | Rapporto medico paziente |
| 9° | Ricerca e aggiornamento | Carico di lavoro |
| 10 | Scarsità risorse | Mancanza di tempo |
| 11 | Carenza risorse pratiche | Carenza risorse pratiche |
| 12 | Formazione ricevuta | Scarsa collaborazione MMG-specialisti |
| 13 | Health literacy pazienti | Ingenze politiche |
| 14 | Aggiornamento continuo | Carenza personale |
| 15 | Gestione pazienti cronici | Scarsità compenso |

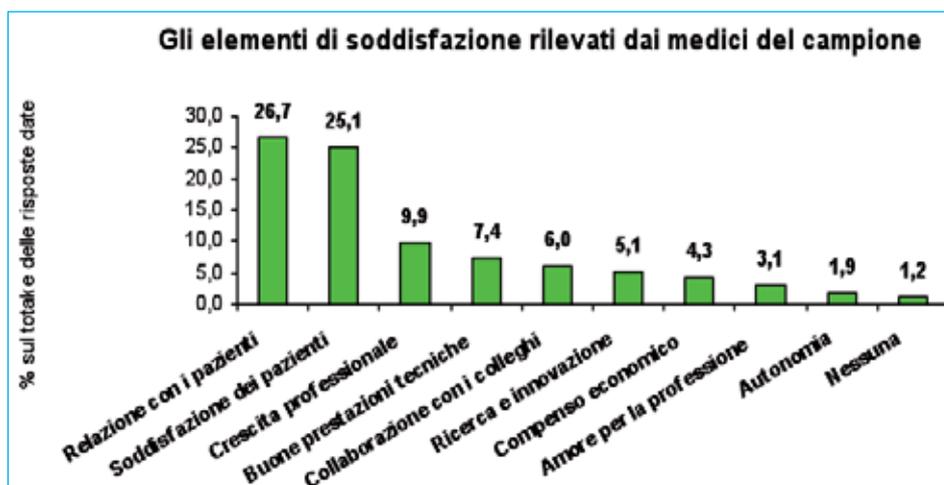
Un confronto tra i Cluster dell'indagine: gli elementi di soddisfazione

| | Cluster 1 (neolaureati) | Cluster 2 e 3 (laureati tra il 1988 e il 2000) |
|----|------------------------------------|---|
| 1 | Soddisfazione dei pazienti | Relazione con i pazienti |
| 2 | Relazione con i pazienti | Soddisfazione dei pazienti |
| 3 | Crescita professionale | Crescita professionale |
| 4 | Buone prestazioni tecniche | Collaborazione con i colleghi |
| 5 | Compenso economico | Buone prestazioni tecniche |
| 6 | Ricerca e innovazione | Ricerca e innovazione |
| 7 | Realizzazione | Autonomia |
| 8 | Amore per la professione | Compenso economico |
| 9 | Collaborazione con i colleghi | Amore per la professione |
| 10 | Posizione sociale | Nessuna |

Le criticità: i risultati complessivi



Gli elementi di soddisfazione: i risultati complessivi



legali che angustiano i colleghi più anziani.

Per quanto riguarda gli elementi di soddisfazione si può essere ragionevolmente convinti che le cose non vadano poi così male se è vero che i giovani mettono al primo posto la soddisfazione dei pazienti ed i meno giovani la relazione con i medesimi, quasi punti di arrivo e partenza di un percorso di crescita professionale e, soprattutto, umano. In questa classifica fa ben sperare anche il terzo posto della "crescita professionale" in entrambi i gruppi e l'ottavo e nono, rispettivamente,

dell'"amore per la professione".

L'indagine dell'Ordine può fornire molti spunti di riflessione, declinati secondo prospettive diverse, dai differenti ambiti di lavoro, alle esperienze personali, dai percorsi di formazione alla ricerca di un lavoro adeguato alle proprie aspettative, dalla angoscia per una storia clinica finita male alla speranza di un futuro pensionistico non troppo frustrante. L'Ordine aspetta consigli e suggerimenti: qualsiasi contributo di idee e proposte sarà ben accetto. **TM**

L'Ordine si aspetta che i giovani colleghi intervengano su questi dati e aprano un dibattito per cui è disponibile la sede ordinistica e i suoi mezzi di comunicazione (news elettroniche, Toscana Medica, sito web).

Ricerca e clinica

Toscana Medica 8/11



Maria Pia Amato, Professore Associato di Neurologia, Univ. di Fi, responsabile del Centro Sclerosi Multipla (SM), SOD Neurologia 1, AOU Careggi. Ha conseguito una formazione specifica nel campo dell'epidemiologia clinica presso la Johns Hopkins University (Baltimore, USA) e l'Erasmus University (Rotterdam, Olanda). Dal 2005 al 2009 Responsabile Nazionale del Gruppo di Studio sulla SM della SIN. Svolge intensa attività di ricerca sulla SM a livello internazionale nel campo dell'epidemiologia, clinica e terapia, partecipando ai principali trials terapeutici.

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale nella sclerosi multipla

Criticità e potenzialità nella gestione di malattia alla luce del nuovo Piano Sanitario Regionale

Introduzione

La sclerosi multipla (SM) è la più importante malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale (SNC). Colpisce prevalentemente giovani adulti tra i 20 e i 40 anni d'età, con un rapporto donna: uomo pari a 2-3:1.

neurologici, rappresentati da alterazioni della motilità e coordinazione, della sensibilità, del visus, dei movimenti oculari, disturbi sfinterici e sessuali, disturbi cognitivi, faticabilità e depressione.

Il decorso è cronico e comporta nel tempo gradi significativi di disabilità sia a carico delle funzioni motorie che cognitive, con elevati costi sociosanitari.

La disabilità cognitiva, sottostimata in passato, è oggi riconosciuta come la causa prevalente di riduzione o abbandono dell'attività lavorativa, che rappresenta a sua volta la maggiore componente dei

costi sociali indiretti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha in effetti inserito la SM tra le malattie socialmente più costose. Nell'ambito delle patologie neurologiche, ad esempio, incide più dell'ictus e della malattia di Alzheimer, poiché colpisce soggetti nella fascia di età giovanile-adulta, normalmente la più produttiva, comporta una disabilità progressiva nel tempo con impatto negativo sulla qualità di vita e impegno di cospicue risorse sanitarie e ha una lunga

L'eziologia della malattia rimane ad oggi sconosciuta. L'ipotesi più accreditata è che si tratti di una patologia multifattoriale in cui diversi fattori di natura genetica e ambientale contribuiscono a innescare una reazione autoimmune rivolta contro antigeni della guaina mielinica. Dal punto di vista neuropatologico la malattia si basa sulla presenza di aree multifocali ("placche") disseminate nella sostanza bianca del SNC, caratterizzate da variabile grado di infiltrato infiammatorio, demielinizzazione, danno assonale e gliosi reattiva. Poiché la SM può colpire qualsiasi area del SNC, può determinare, dal punto di vista clinico, un'ampia varietà di segni e sintomi

MARIA PIA AMATO, EMILIO PORTACCIO,
BAHIA HAKIKI, MARTA GIANNINI, LUISA PASTÒ,
LORENZO RAZZOLINI, BENEDETTA GORETTI

*Settore Sclerosi Multipla - SOD Neurologia 1
AOU Careggi, Firenze*

durata, stimata in media intorno a 40 anni. Un altro aspetto caratterizzante è la complessità del decorso e la grande varietà di sintomi e possibili complicanze che rende indispensabile una gestione multidisciplinare da parte di un team di operatori dedicati. Infine, per i recenti sviluppi nel campo della terapia di fondo e l'attuale disponibilità di diversi farmaci immunosoppressori o immunomodulanti in grado di modificare il decorso di malattia (farmaci "disease modifying", DMD), la SM costituisce un paradigma di complessità terapeutica, in cui rivestono un rilievo cruciale la valutazione del rapporto costo-beneficio e dell'appropriatezza degli interventi.

Epidemiologia

Il rischio di SM varia ampiamente nel mondo.

La prevalenza media stimata nel mondo è pari a circa 30 casi per 100.000 persone, l'incidenza media è di 2,5 casi per 100.000.

È emerso nelle ultime decadi un progressivo aumento dell'incidenza della malattia, più evidente nel sesso femminile. È inoltre aumentato il tasso di prevalenza mondiale, come conseguenza sia di un aumento reale dell'incidenza, sia del prolungamento della sopravvivenza dei malati.

Incidenza e prevalenza in Italia

L'Italia può essere considerata un'area ad elevato rischio per SM. Secondo la stima dell'Atlante mondiale della SM, la prevalenza nel nostro Paese è di circa 90 casi su 100.000 persone, mentre il tasso di incidenza medio è di 3 casi per 100.000 abitanti per anno. Secondo la stima dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM), i casi di SM in Italia sono circa 61.000. La prevalenza su base regionale è pari a 1 caso per 1000 abitanti, con valori nettamente superiori in Sardegna (1 caso per 600 abitanti). In Toscana incidenza e prevalenza sono nella media nazionale; il numero stimato di pazienti con SM è circa 3.700.

Caratteristiche cliniche e storia naturale

Sono classicamente descritte tre forme cliniche di SM:

- La forma Recidivante-Remittente (RR), che costituisce l'80-85% dei casi all'esordio, caratterizzata dalla comparsa di manifestazioni cliniche acute ("attacchi" o "ricadute"), con successivo recupero completo o parziale dei deficit neurologici.
- La forma Secondariamente Progressiva (SP), caratterizzata da un progressivo accumulo di disabilità, con o senza ricadute sovrainposte, che rappresenta l'evoluzione della forma RR nel 50% dei casi dopo circa 15 anni dall'esordio.
- La forma Primariamente Progressiva (PP), caratterizzata da progressione della disabilità fin dall'inizio della malattia, che rappresenta il 15-20% dei casi all'esordio.

La durata della vita è stimata intorno a 40 anni dall'esordio, con una riduzione dell'aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale del 25% circa.

La scala di valutazione della disabilità più utilizzata è l'Expanded Disability Status Scale (EDSS), basata sull'autonomia motoria del soggetto. In media, dopo circa 15 anni di malattia il 50% dei pazienti con SM raggiunge un punteggio sulla EDSS pari a 6 (necessità di appoggio per camminare) e circa il 10% raggiunge il punteggio 7 (uso della carrozzina). Si calcola inoltre che il 40-70% dei pazienti presenti significativi disturbi delle funzioni cognitive.

Costi della SM in Italia

In generale, il costo della patologia si compone di:

- costi diretti: ricoveri, visite, esami, terapie farmacologiche e riabilitative;
- costi indiretti: derivati dalla riduzione o perdita di produttività del malato e delle persone che lo assistono;
- costi intangibili: legati alla riduzione della qualità di vita.

Secondo la stima fornita dall'AISM, il costo sociale globale della SM in Italia è pari a 2,4 miliardi di euro, con un impatto sul Sistema Sanitario pari a circa 1,6 miliardi di euro (dato aggiornato al 2009). Lo studio analitico di Kobelt e coll. ha stimato in Italia costi totali pari in media a 39.000 euro all'anno per paziente. I costi diretti annui per paziente sono stati stimati a circa 27.500 euro, dei quali il 40% è da attribuirsi alla spesa sostenuta per i costi diretti sanitari, e il 60% alla spesa per i costi diretti non sanitari, in larga parte rappresentati dall'assistenza informale. È infatti da sottolineare che in Italia l'assistenza al paziente grava ancora in larga misura sul nucleo familiare. I costi conseguenti all'assistenza informale rappresentano quindi la maggiore voce di costo (36,7%), superiore addirittura a quella attribuibile alla spesa farmaceutica legata ai DMD (12,2%). Il 56% dei pazienti riceve assistenza dalla famiglia in media per 8 ore al giorno per 7 giorni alla settimana, che aumentano fino a 13 ore al giorno per i pazienti più disabili.

I costi indiretti in Italia sono dovuti prevalentemente alla quota di pensionamenti anticipati. Tutti i costi sono significativamente correlati con la gravità della malattia, aumentando da 16.422 euro per punteggi di disabilità sulla EDSS tra 0 e 3, a 42.125 euro per punteggi tra 4 e 6,5, fino a 66.800 euro per punteggi tra 7 e 9,5.

La stretta relazione tra costi di malattia e grado di disabilità del paziente sottolinea l'importanza dell'intervento terapeutico con DMD in fase precoce, al fine di ridurre la frequenza delle ricadute e ritardare l'accumulo di disabilità irreversibile nel lungo termine, con conseguente riduzione dei costi sociosanitari indiretti e intangibili.

La presa in carico della persona con SM: criticità e bisogni disattesi

A partire dal 1996, con l'introduzione sul mercato Italiano della terapia con interferone beta (IFNB), sono stati identificati dalle Regioni 223 centri per la diagnosi e cura della SM che dovrebbero provvedere alla presa in carico dei pazienti. La presa in carico globale del paziente ha come finalità più ambiziosa quella di preservare il più a lungo possibile l'autonomia funzionale nelle attività della vita quotidiana, ridurre le limitazioni del ruolo sociale e lavorativo e migliorare la qualità di vita del paziente e dei familiari.

Non tutti i centri comunque sono in grado di soddisfare alcuni standard di qualità. Alcune tra le principali criticità possono essere individuate come segue:

- ACCESSO: difficoltà dei pazienti residenti in alcune regioni ad accedere a strutture adeguate e in rete coi centri dedicati.
- AMBIENTE: mancanza di spazi e locali adeguati alle diverse attività cliniche e di percorsi agevolati per i pazienti.
- EQUIPE: mancanza di un approccio integrato interdisciplinare che veda coinvolti i diversi specialisti: oltre al neurologo, figura di riferimento e raccordo, lo psicologo, lo psichiatra, l'urologo, l'oculista, il fisiatra e i terapisti della riabilitazione.
- FUNZIONAMENTO: mancanza di percorsi diagnostici e terapeutici standardizzati che rispondano alle migliori evidenze scientifiche disponibili e alle linee guida internazionali.

• **SERVIZI:** carente integrazione tra ospedale e territorio relativamente all'offerta delle prestazioni sanitarie e parasanitarie che rispondano ai bisogni complessi del malato con SM.

Come superare le criticità?

Gli obiettivi principali per il superamento di tali criticità dovrebbero prevedere:

- **MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI:** sviluppo e diffusione di specifici protocolli basati su linee-guida "evidence-based" che identifichino il percorso per la diagnosi, la terapia e il monitoraggio del decorso della malattia.
- **IDENTIFICAZIONE E POTENZIAMENTO DI STRUTTURE A ALTA SPECIALITÀ:** strutture che possano svolgere nei confronti degli altri centri funzione di orientamento, educazione e aggiornamento del personale, "second opinion" su casi di particolare complessità ed erogazione di prestazioni e servizi ad alto grado di specialità.
- **MIGLIORE INTEGRAZIONE COL TERRITORIO:** effettiva integrazione sia col medico curante sia con altri operatori e strutture territoriali.
- **PROMOZIONE DI UN PERCORSO FORMATIVO E DI AGGIORNAMENTO** specifico per gli operatori del settore.
- **PROMOZIONE DI TRATTAMENTI RIABILITATIVI** secondo programmi terapeutici mirati specificamente per la patologia.

La ricerca e la sperimentazione di nuovi modelli clinico-gestionali, come i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) può rappresentare una soluzione in grado di garantire la piena sostenibilità

di una patologia come la SM. Tale approccio permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee-guida di riferimento e alle risorse disponibili, e consente al tempo stesso di valutare i risultati in termini di efficacia e efficienza degli interventi.

Percorso diagnostico

La necessità di un intervento terapeutico precoce si è accompagnata, nell'ultima decade, allo sviluppo di nuovi criteri diagnostici, in grado di ridurre la latenza diagnostica mantenendo una sufficiente accuratezza (Tabella 1). La diagnosi di SM si basa, attraverso evidenze anamnestiche, cliniche e strumentali, sulla documentazione di una disseminazione spaziale delle lesioni nel SNC (DIS) e di una disseminazione nel tempo degli episodi (DIT). Poiché non esiste un singolo test che permetta di definire la diagnosi con sufficiente sensibilità, specificità e accuratezza, è importante considerare che la diagnosi di SM rappresenta un processo complesso.

I passaggi fondamentali sono:

- definire la diagnosi di SM attraverso la verifica dei criteri diagnostici (Tabella 1);
- identificare sindromi clinicamente isolate (CIS: primo episodio clinico suggestivo di una forma demielinizzante) ad alta probabilità di conversione ad SM;
- escludere diagnosi alternative, secondo percorsi che devono necessariamente essere adattati al singolo caso;
- caratterizzare ogni singolo caso in base al decorso clinico e ai fattori di prognosi ai fini della scelta terapeutica.

Tabella 1 – Criteri di McDonald, revisione 2010 di Polman et al.

| Presentazione clinica | Dati aggiuntivi per diagnosi di SM |
|---|--|
| ≥2 attacchi; evidenza clinica di ≥2 lesioni o evidenza clinica di 1 lesione con una storia ragionevole di un precedente attacco | Nessuno |
| ≥2 attacchi; evidenza clinica di 1 lesione | Disseminazione nello spazio, dimostrabile con: 1. ≥1 lesioni T2 in almeno 2 delle 4 regioni del SNC tipicamente coinvolte dalla SM (periventricolari, juxtacorticali, sottotentoriali, spinali); 2. Aspettare un'ulteriore ricaduta che implichi il coinvolgimento di un'altra area del SNC |
| 1 attacco; evidenza clinica di ≥2 lesioni | Disseminazione nel tempo, dimostrabile con: 1. Presenza simultanea in qualsiasi momento di lesioni asintomatiche Gadolinio positive o negative; 2. Una o più nuove lesioni T2 e/o una lesion Gadolinio positive a prescindere dalla distanza di tempo dal primo scan; 3. Aspettare un'ulteriore ricaduta |
| 1 attacco; evidenza clinica di 1 lesione (clinically isolated syndrome) | Disseminazione nello spazio (DIS) e nel tempo (DIT), dimostrabile con: per DIS: 1. ≥1 lesioni T2 in almeno 2 delle 4 regioni del SNC tipicamente coinvolte dalla SM (periventricolari, juxtacorticali, sottotentoriali, o spinali); 2. Aspettare un'ulteriore ricaduta che implichi il coinvolgimento di un'altra area del SNC e per DIT: 1. Presenza simultanea in qualsiasi momento di lesioni asintomatiche Gadolinio positive o negative; 2. Una o più nuove lesioni T2 e/o una lesion Gadolinio positive a prescindere dalla distanza di tempo dal primo scan; 3. Aspettare un'ulteriore ricaduta |
| Progressione insidiosa dei sintomi, suggestivi di SM (PPMS) | 1 anno di progressione della malattia (retrospettivamente o prospettivamente determinata) più 2 dei 3 seguenti criteri: 1. evidenza di DIS nell'encefalo basata su ≥1 lesioni T2 in almeno 2 delle 4 regioni del SNC tipicamente coinvolte dalla SM (periventricolari, juxtacorticali, sottotentoriali, o spinali). 2. evidenza di DIS nel midollo basata su ≥2 lesioni T2 al midollo. 3. positività dell' esame del liquor (presenza di bande oligoclonali all'isoelettrofocusing e/o elevato IgG index). |

Se i criteri sono soddisfatti e non esiste una miglior spiegazione alla presentazione clinica, la diagnosi è "SM"; se il quadro è sospetto, ma i criteri non sono completamente soddisfatti, la diagnosi è "SM possibile"; se compare un'altra possibile diagnosi durante la valutazione, che meglio spieghi il quadro, allora la definizione è "non SM".

SM: sclerosi multipla; SNC: sistema nervosa centrale; RM: risonanza magnetica; DIS: disseminazione nello spazio; DIT: disseminazione nel tempo; PPMS: SM primariamente progressiva.

Alla **comunicazione della diagnosi** viene dedicata un'attenzione crescente nelle linee-guida internazionali (NICE), visto il profondo impatto emotivo e le implicazioni esistenziali che la diagnosi di SM riveste. La comunicazione diagnostica è affidata al neurologo referente che, in base alle necessità del singolo paziente, dovrebbe essere affiancato da uno psicologo esperto dedicato alla SM.

Terapie specifiche e percorsi terapeutici

Per il trattamento farmacologico è possibile distinguere tre campi di applicazione:

- **il trattamento delle ricadute**, basato su boli steroidei ad alte dosi e.v. Il trattamento mediante plasmferesi è riservato a casi di ricaduta particolarmente grave non responsiva agli steroidi;
- **il trattamento dei sintomi**: tra i più importanti disturbi sfinterici e sessuali, spasticità, fatica, tremore, depressione, dolore neuropatico, disturbi cognitivi;
- **il trattamento di fondo**, basato sull'impiego dei DMD sui cui ci soffermeremo.

Le tre principali classi di DMD registrati per la SM sono:

- farmaci immunomodulanti: beta-interferoni (BIFN) e glatiramer acetato (GA);
- farmaci immunosoppressori (Mitoxantrone);
- farmaci biologici di più recente introduzione (Natalizumab).

È stata inoltre recentemente registrata negli Stati Uniti e in Europa una nuova molecola per uso orale, il **fingolimod** (di prossima introduzione sul mercato Italiano), la cui efficacia sembrerebbe essere intermedia a quella delle terapie di prima linea e il natalizumab, rimanendo però non ancora completamente definito l'effettivo profilo di rischio.

Altri farmaci sono talora utilizzati "off-label" nei pazienti che presentano una risposta insoddisfacente, scarsa tollerabilità o controindicazioni all'impiego di altre terapie: azatioprina, ciclofosfamide e.v. e, più raramente, metotrexate e immunoglobuline e.v.

Trattamento della SM RR

Farmaci di prima linea

Sono rappresentati dall'interferone beta (IFNB) e dal glatiramer-acetato (GA) con una efficacia nel ridurre la frequenza di ricadute mediamente del 30% circa e sui parametri di attività alla RM del 70-80% (Tabella 3).

Farmaci di seconda linea

I trattamenti impiegati in pazienti che non rispondono alle terapie di prima linea sono il mitoxantrone (Novantrone) e l'anticorpo monoclonale

Natalizumab (Tysabri).

Il **mitoxantrone** è un farmaco con potente effetto citotossico e immunosoppressivo. Impiegato e.v. con diversi schemi posologici, è indicato nelle forme RR che non rispondono alla terapia di prima linea e nella forme SP caratterizzate da alta attività di malattia e rapida evoluzione della disabilità. Viene talora impiegato come terapia di induzione in pazienti con decorso particolarmente aggressivo. Il suo uso nella pratica clinica è attualmente limitato data la disponibilità di altre molecole (Tysabri) e il profilo di rischio caratterizzato, oltre che dall'effetto mielodepressivo, dal rischio di amenorrea (circa 26%), dalla cardiotoxicità e dal rischio di leucemia acuta, stimato recentemente in 6,7/1000.

Il **natalizumab** rappresenta il primo anticorpo monoclonale indicato per il trattamento della SM RR. Il farmaco agisce fondamentalmente inibendo la migrazione dei linfociti attivati dal torrente circolatorio all'interno del SNC. È indicato come terapia di seconda linea nei pazienti non rispondenti agli immunomodulanti e come terapia di prima linea in pazienti a decorso particolarmente attivo. Somministrato in unica dose mensile di 300 mg e.v. rappresenta il farmaco più efficace a disposizione del paziente con SM (riduzione delle ricadute cliniche circa 70% e di parametri di attività alla RM oltre il 90%). Il farmaco risulta generalmente ben tollerato. Si segnalano reazioni infusionali e allergiche, importanti in circa l'1% dei casi. Il principale rischio è rappresentato dalla possibilità di sviluppare una Leucoencefalopatia Multifocale Progressiva (LMP), una grave infezione opportunistica da JC virus. Il rischio di tale evento avverso, che si stimava essere circa 1/1000 casi trattati, in base a recenti studi sembra essere correlato alla positività del soggetto per gli anticorpi anti-JC, all'uso precedente di terapie immunosoppressive e alla durata del trattamento con natalizumab. Gli ATC anti JC virus sono identificabili nel 55% circa della popolazione adulta (Tabella 4).

Trattamento delle forme progressive

Gli unici farmaci registrati per le forme SP sono l'FNB-1b (Betaferon) e il Mitoxantrone (Novantrone), con efficacia comunque relativa.

Non esistono al momento farmaci di provata efficacia per le forme PP.

Per le forme SP e PP rimangono pertanto essenziali la gestione dei sintomi e la terapia riabilitativa.

Considerazioni conclusive per l'ottimizzazione della scelta terapeutica

Quando iniziare la terapia

Nel corso degli ultimi venti anni, numerose evidenze basate su studi anatomo-patologici, di neuro-immagine, trial clinici e studi post-marketing hanno

Tabella 3 - farmaci modificanti il decorso della malattia: prima linea

| Molecola | Nome commerciale | Posologia | Effetti collaterali |
|---------------------------------|------------------|------------------------------|--|
| Interferone beta 1/a | Avonex® | 30 mg i.m. 1/sett | Sindrome parainfluenzale (effetto generalemente transitorio, contenibile con la somministrazione di 500-1000 mg di paracetamolo) astenia; depressione del tono dell'umore; innalzamento degli enzimi epatici; leucopenia; sviluppo di anticorpi anti-tiroide |
| | Rebif 22® | 22 mg s.c. 3/sett. | |
| | Rebif 44® | 44 mg s.c. 3/sett. | |
| Interferone beta 1/b | Betaferon® | 250 mg s.c. a giorni alterni | |
| | Extavia® | | |
| Copolimero (Glatiramer acetato) | Copaxone® | 20 mg s.c./die | Reazioni allergiche in sede di iniezione, (raro: sintomi a tipo attacco di panico subito dopo l'iniezione) |

Tabella 4 – incidenza di LMP in relazione a tempo di esposizione a natalizumab, atc anti-JCV e pregressa esposizione a immunosoppressori.

| Tempo di esposizione al Natalizumab | Anticorpi anti-JCV negativi | Anticorpi anti-JCV positivi senza precedente esposizione a immunosoppressori | Anticorpi anti-JCV positivi con precedente esposizione a immunosoppressori |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|--|
| 0-2 anni | ≤ 0.11/1000 | 0.35/1000 | 1.2/1000 |
| Più di 2 anni | | 2.8/1000 | 8.1/1000 |

LMP leucoencefalopatia multifocale progressiva.

sottolineato la necessità di un intervento terapeutico in fase precoce, per ridurre il rischio di ricadute e l'accumulo nel tempo di disabilità irreversibile.

Quale approccio terapeutico: Induction versus Escalation (Figura 1)

L'approccio terapeutico nella pratica clinica può essere realizzato attraverso due modalità:

- L'*escalation therapy* che rappresenta la strategia più comunemente usata.
- L'*induction therapy* che costituisce un approccio riservato alle forme più attive, a rischio di accumulare rapidamente disabilità, dopo una accurata valutazione e discussione col paziente del rapporto rischio-beneficio.

Quale farmaco

È opportuno sottolineare che non esistono ad oggi raccomandazioni assolute riguardo all'uso di uno specifico farmaco nella terapia della SM. La scelta del farmaco e del tipo di approccio al trattamento dovrebbe essere affidata a un neurologo con elevato grado di esperienza specifica e altamente individualizzata, in linea con il concetto di "personalizzazione" della terapia. I principali elementi da valutare nel processo decisionale sono:

- le caratteristiche cliniche e prognostiche del paziente;
- il profilo di efficacia e sicurezza dei farmaci;
- gli effetti collaterali e la tollerabilità di farmaci, al fine di ottimizzare la "compliance" alla terapia;
- lo stile di vita, la preferenza del paziente, l'eventuale programma di maternità (i farmaci immunomodulanti sono risultati scervi da rischi maggiori in gravidanza);

- in riferimento alla terapia con IFNB, l'immunogenicità della molecola con possibile sviluppo di anticorpi neutralizzanti (NABs) che ne riducono l'efficacia. Le attuali linee guida Europee raccomandano il monitoraggio sistematico dei NABs e il cambiamento di terapia in presenza di NABs persistenti ad alto titolo. L'IFNB-1a per uso i.m. monosettimanale è in questo senso risultata la molecola meno frequentemente associata allo sviluppo di NABs;
- in riferimento alle terapie di seconda linea, è cruciale la valutazione del rapporto rischio/beneficio nel caso specifico. Tra i trattamenti di seconda linea, attualmente la scelta di natalizumab prospetta il rapporto più conveniente, con la possibilità di una più puntuale definizione del profilo di rischio a livello individuale.

In conclusione, l'analisi complessiva dei principali criteri decisionali, unitamente alla necessità di implementare nella pratica PDTA comuni per la gestione del paziente con SM, potrebbero rappresentare validi strumenti sia per la clinica che per la politica sanitaria, al fine di orientare verso scelte appropriate ed economicamente sostenibili.

In particolare, l'attuazione di un PDTA condiviso per la SM potrebbe migliorare la gestione clinica della patologia a beneficio sia del paziente che del SSN, traducendosi in una maggiore soddisfazione e qualità di vita del paziente e dei familiari e in una ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

Bibliografia

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

TM

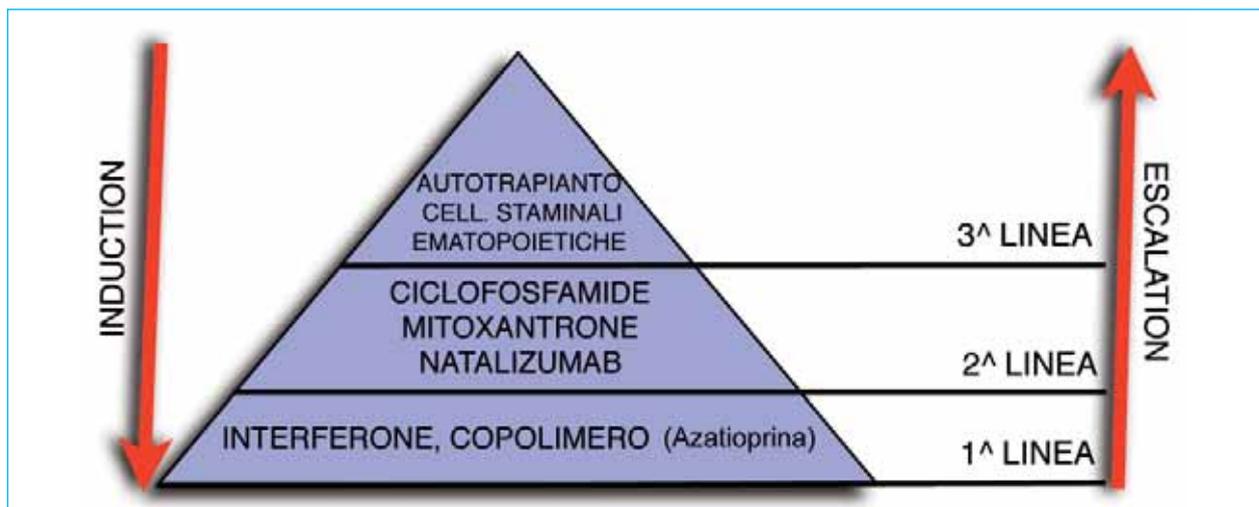


Figura 1 – rappresentazione grafica di "escalation therapy" e "induction therapy"

Recenti progressi nella diagnostica senologica



Jacopo Nori, è Resp. della Struttura Organizzativa Dipartimentale Semplice di Diagnostica Senologica della AOU Careggi. È iscritto alla SIRM dal 1992 ed alle Sez. di Radiol. Senologica e Interventistica. Autore di due monografie sulle procedure interventistiche in senologia e coautore di un'altra sulla indagine duttogalattografica in Senol. È stato segretario della sezione di studio in senologia della SIRM.

Lil tumore della mammella rappresenta attualmente un ingente problema, è nei paesi industrializzati la neoplasia più frequente delle donne di età fra i 40 e i 60 anni ed è la principale causa di morte e morbilità oncologica.

Negli ultimi anni si è registrato, a fronte di un lento e progressivo incremento dell'incidenza della malattia, una significativa riduzione della mortalità, risultato raggiunto grazie alla sensibilizzazione della popolazione femminile, ai progressi terapeutici e alla diagnosi precoce a cui ha contribuito la diffusione degli screening mammografici.

In Italia vengono diagnosticati 40.000 nuovi casi di tumore all'anno con un trend in aumento maggiore nelle donne di età compresa tra i 24 e 44 anni.

La mammografia è la tecnica utilizzata per la diagnosi delle neoplasie mammarie e resta la modalità di imaging di prima scelta per lo studio della mammella, ma non è priva di limiti; è quindi fondamentale utilizzare ed integrare tutti i mezzi a nostra disposizione per una corretta diagnosi.

Secondo le attuali linee guida si dovrebbe eseguire una mammografia annuale tra i 40-50 anni, a cui si associa l'esame ecografico in caso di dubbio diagnostico o di mammella densa; e mammografia ogni 16-18 mesi tra i 50-60 anni, sempre con eventuale esame ecografico associato.

La tecnologia ci è venuta in aiuto con l'introduzione di nuove tecniche di radiodiagnostica che si sono affiancate agli esami di imaging tradizionale, mammografia ed ecografia. Già da molti anni la Risonanza Magnetica Mammaria con mezzo di contrasto (RM con mdc) permette di risolvere alcuni quesiti diagnostici, inoltre da poco è stata introdotta nella pratica clinica della diagnostica senologica la nuova e promettente "Tomosintesi".

RISONANZA MAGNETICA DELLA MAMMELLA, CON MEZZO DI CONTRASTO

Fin dagli anni '80 si è diffuso l'utilizzo della RM mammaria: si tratta di una tecnica con elevata sensibilità che permette una rappresentazione tridimensionale della mammella con una fedele riproduzione anatomica, a cui purtroppo però non sempre corrisponde una elevata capacità di caratterizzare le lesioni: ha infatti una bassa specificità

ed è gravata da un discreto numero di falsi positivi (25% circa). È inoltre una tecnica indagativa, meno riproducibile della mammografia, ma se correttamente inserita all'interno dell'iter diagnostico integrato può fornire informazioni aggiuntive per un corretto e appropriato trattamento della paziente (Figura 1).

Il razionale su cui si basa questa metodica deriva dalla sua capacità di visualizzare lesioni con marcata vascolarizzazione ed in particolare con fenomeni di neoangiogenesi, tipica espressione di lesione maligne. Il mezzo di contrasto mostra le lesioni ipervascolarizzate con un incremento dell'intensità di segnale (*enhancement*) (Figura 2).

Facendo riferimento alle più recenti linee guida internazionali possiamo riportare le seguenti indicazioni all'esecuzione di questo esame:

- valutazione di donne ad elevato rischio genetico o familiare di sviluppare carcinoma mammario, con un lifetime risk di almeno il 25%;
- valutazione di pazienti con CUP syndrome (Unknown Primary Carcinoma);
- valutazione della risposta a chemioterapia neoadiuvante;
- follow-up della mammella sottoposta a chirurgia conservativa o radioterapia per fare diagnosi differenziale tra recidiva e cicatrice;
- valutazione di pazienti con protesi, sia per lo studio della loro integrità e di eventuali complicanze protesiche che per lo studio del parenchima mammario.

Un punto attualmente molto dibattuto è l'esecuzione prechirurgica di questa metodica. La RM individua componenti multifocali e multicentriche occulte all'imaging tradizionale, permette di evidenziare l'eventuale invasione dei muscoli pettorali e di studiare la mammella controlaterale, ma per il suo alto numero di falsi positivi può portare ad un *overtreatment*.

Le linee guida, per questi motivi, raccomandano di eseguire la RM in fase di stadiazione solo in determinati casi (pazienti con carcinoma lobulare invasivo, pazienti ad alto rischio, pazienti con mammelle mammograficamente dense, e infine

JACOPO NORI*, DALMAR ABDULCADIR**,
ELISABETTA GIANNOTTI**,
LEONARDO CAPACCIOLI°, ILARIO MENCHI°°

* Direttore SOD Diagnostica Senologica AOUC, Firenze

** Specializzando in Radiodiagnostica, Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Sezione di Radiodiagnostica, Università degli Studi di Firenze

° Direttore SOD Radiodiagnostica 3 AOUC e Direttore della Scuola di Specializzazione in Radiodiagnostica, Università degli Studi di Firenze

°° Direttore SOD Radiodiagnostica 4 AOUC e Direttore DAI di Radiodiagnostica

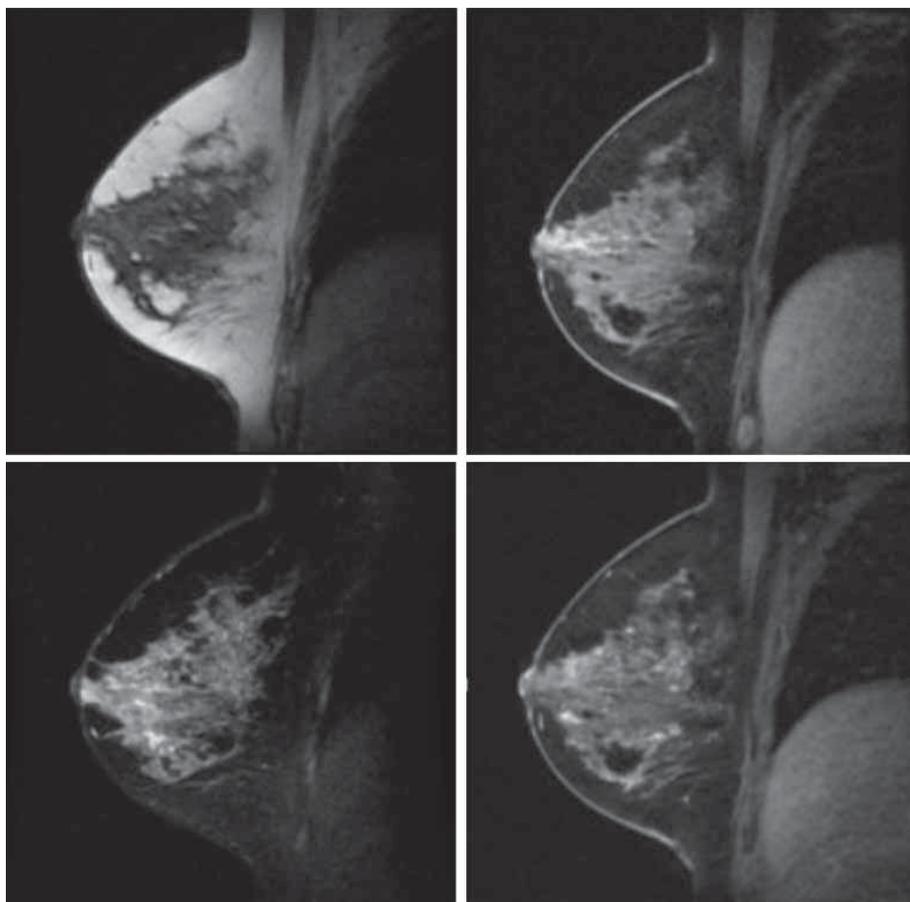


Figura 1 - Sequenze T1, T1Fat Sat, T2, T1 con mezzo di contrasto dopo sottrazione.

pazienti con una neoplasia multifocale e/o multicentrica valutata già all'imaging tradizionale).

Presso la Diagnostica Senologica dell'AOU Careggi vengono effettuate regolari sedute di risonanza magnetica i cui risultati, se necessario, vengono discussi nella riunione settimanale con gli altri membri della Breast Unit (Figura 3).

TOMOSINTESI

La mammografia convenzionale a raggi X, permette una visualizzazione bidimensionale della mammella; proprio a causa della natura 2D dell'immagine, alcune lesioni mammarie sono a volte difficili da discriminare con certezza a causa, principalmente, di una sovrapposizione dei tessuti mammary.

In risposta a queste difficoltà diagnostiche è nata l'ultima tecnica nello spettro delle metodiche radiologiche della diagnostica senologica: la tomosintesi digitale (Digital Breast Tomosynthesis, DBT).

La tomosintesi digitale è una tecnica che permette di visualizzare in maniera tridimensionale le immagini mammografiche attraverso l'acquisizione della mammella a differenti angolazioni. Queste proiezioni possono poi essere matematicamente ricostruite in immagini 3D attraverso un algoritmo simile a quello usato nella diagnostica TC.

La principale conseguenza di questa nuova modalità di acquisizione delle immagini, è la riduzione o anche l'eliminazione dell'effetto di sovrapposizione dei tessuti, che può far sfuggire

una lesione mammaria che si presenta con una distorsione strutturale. Inoltre può dipanare dubbi su una lesione sospetta, fornendo informazioni più dettagliate riguardo ai margini: elemento che permette di caratterizzare le lesioni mammarie (Figura 4).

Come abbiamo detto, la novità introdotta dalla tomosintesi digitale sta nell'analizzare la mammella da più punti di vista. Durante l'acquisizione in tomosintesi, la mammella viene tenuta fer-

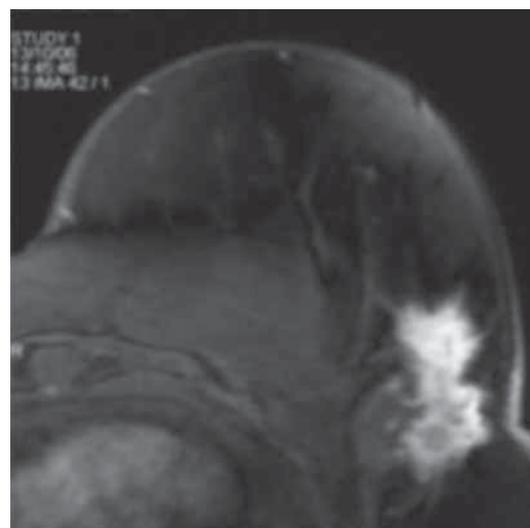


Figura 2 - Carcinoma infiltrante. Sequenza T1 con mezzo di contrasto dopo sottrazione.



Figura 3 - Confronto tra mammografia e Risonanza Magnetica di un Carcinoma infiltrante associato a Carcinoma Duttale in Situ. Alla mammografia cluster di microcalcificazioni, mentre alla RM si rileva una massa (occulta alla mammografia) e enhancement di tipo non mass like, a distribuzione regionale.

ma e compressa in maniera simile ad un esame mammografico tradizionale, ne consegue che non esistono difficoltà tecniche nell'apprendimento dell'esecuzione di questa indagine (Figura 5).

Il tubo radiogeno viene poi ruotato su un arco di 15° (Selenia Dimensions, Hologic Inc.), e ad



Figura 4 - Il mammografo Selenia Dimensions Hologic Inc.

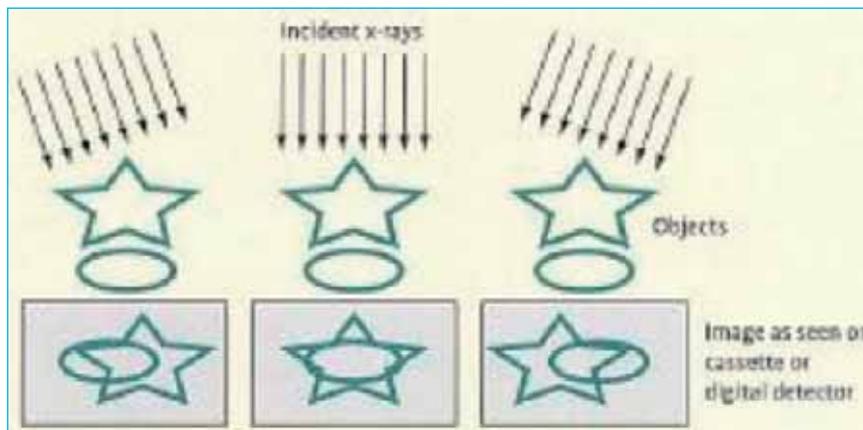


Figura 5 - I due oggetti (una stella ed un'ellisse) sono sovrapposti quando i raggi X sono a 0° mentre le acquisizioni a 15° spostano "l'ombra relativa" degli oggetti l'una rispetto all'altra perché sono a differenti profondità nella mammella.

ogni grado viene quindi fatta una acquisizione a bassa dose.

Quindi, la scansione completa consiste in 15 esposizioni con un tempo d'esame di circa 4-5 secondi.

Queste immagini vengono poi ricostruite con slices distanti 1 mm e il risultato finale consiste nell'insieme di un certo numero di strati che comprendono l'intera mammella.

Nei primi sviluppi della tomosintesi digitale è stato discusso se l'esame potesse essere eseguito in una unica proiezione (in particolare la medio-obliquo-laterale, MLO).

Nella nostra esperienza, in accordo con altri centri che fanno uso di questa metodica, l'esame risulta più completo e più utile se eseguito in entrambe le proiezioni MLO e CC (cranio-caudale).

È da sottolineare che la tomosintesi digitale non ha, ancora, come scopo la sostituzione della mammografia tradizionale, ma la affianca. Infatti, è vero che ci sono alcuni segni radiologici di lesione mammaria che sono meglio visualizzabili in un esame di tomosintesi (la distorsione architetturale e la retrazione del tessuto circostante), ma le microcalcificazioni, altro possibile segno di lesione neoplastica mammaria, sono meglio visualizzabili in un esame 2D, dato che possono essere presenti su differenti strati e quindi sfuggire anche ad un occhio attento in 3D.

Nella nostra pratica clinica abbiamo ovviato questo problema tramite l'esecuzione di un esame integrato in 2D e 3D acquisiti sequenzialmente,

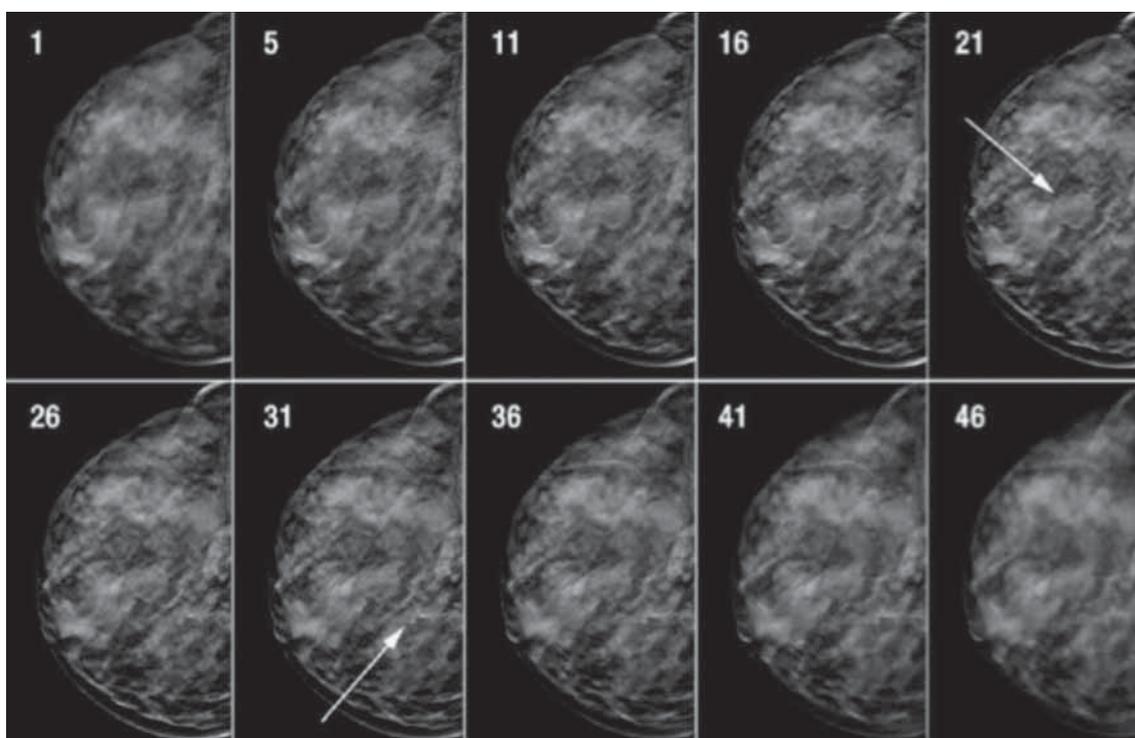


Figura 6 - Strati di ricostruzione di tomosintesi dal piano di appoggio della mammella fino alla piastra di compressione. Gli strati rivelano oggetti che giacciono a differenti altezze nella mammella, quali cisti e calcificazioni mostrati dalle frecce.

con lo stesso posizionamento della mammella, che ci permette di visualizzare prima la classica immagine 2D e poi di approfondire attraverso lo studio 3D.

Gli strati di ricostruzione con tomosintesi vengono poi visualizzati in maniera simile alle immagini che si ottengono da un comune esame TC.

Il radiologo senologo può visualizzare le proiezioni in maniera singola controllando lo scorrere degli strati, oppure in sequenza dinamica (cine-loop) (Figura 6).

La tomosintesi può potenzialmente ridurre la dose generale che viene data alla paziente. Il motivo sta nella capacità di questa metodica di ridurre la necessità di richiamare la donna per effettuare proiezioni aggiuntive o ingrandimenti mirati di lesioni sospette.

Si ritiene che in uno studio combinato (mammografia digitale associato a tomosintesi digitale, entrambe eseguite nelle due proiezioni MLO e CC) la dose totale sia paragonabile ad un esame mammografico analogico, standard.

Un altro beneficio sta nella minore compressione rispetto ad un esame mammografico 2D (necessaria proprio per ridurre l'effetto di sovrapposizione). Quindi il dolore da compressione della mammella è ridotto se non minimizzato.

L'Unità di Diagnostica Senologica nel Dipartimento di Radiodiagnostica è uno dei pochi centri in Italia ad essere dotato di un mammografo Selenia Dimensions (Hologic Inc.) dotato di sistema con tomosintesi digitale.

In futuro riteniamo possa essere utile un confronto tra la tomosintesi digitale e la RM mammaria nello studio prechirurgico di mammelle di me-

dia densità. Lo scopo è determinare se un esame tomosintesi è in grado con sicurezza di determinare la reale estensione di un tumore mammario e la sua eventuale multifocalità e multicentricità.

In conclusione, la tomosintesi digitale permette uno studio più accurato delle lesioni mammarie che si presentano prevalentemente con una distorsione dei tessuti circostanti, offrendo la possibilità di distinguere meglio i limiti della lesione, eventuali spicature, retrazioni tissutali o irregolarità dei margini. Garantisce inoltre un tasso di richiami inferiore, un valore di predittività positivo più alto nel decidere se effettuare una procedura interventistica su una lesione sospetta, una riduzione del numero delle biopsie su lesioni non

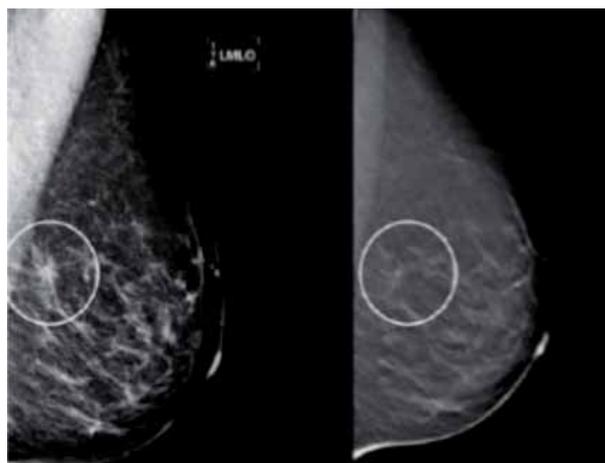


Figura 7 - Confronto tra immagine mammografica 2D e tomosintesi: area sospetta in 2D che è invece risultato di una sovrapposizione tissutale.

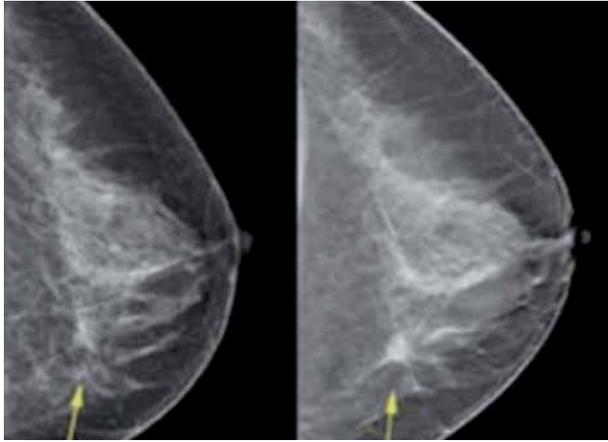


Figura 8 - Confronto tra immagine mammografica 2D e tomosintesi: migliore visualizzazione di lesione mammaria in tomosintesi rispetto alla mammografia 2D.

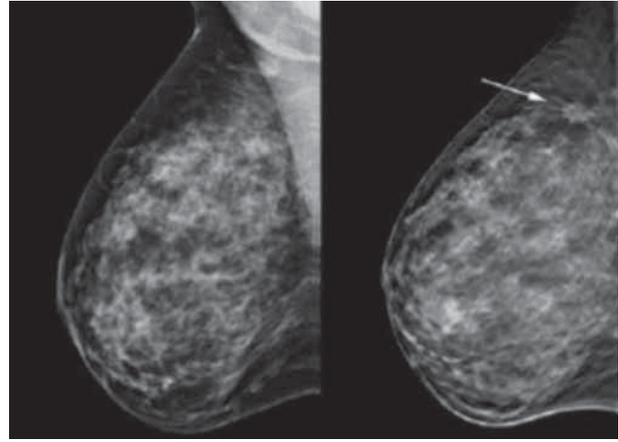


Figura 9 - Confronto tra immagine mammografica 2D e tomosintesi: nella immagine di tomosintesi si rileva carcinoma non rilevabile nella mammografia 2D.

più sospette, un minore dolore da compressione e, a lungo termine, anche una minore esposizione a radiazioni ionizzanti sulla popolazione femminile.

Ci aspettiamo dunque che la tomosintesi digitale della mammella possa, in un prossimo fu-

turo, conquistarsi un ruolo preciso sia in ambito di screening del tumore della mammella che, soprattutto, nella diagnostica senologica clinica (Figure 7, 8, 9). **TM**

Il nuovo **mammografo digitale**, primo sistema in Toscana con tecnologia di **tomo sintesi**, attivo presso la **Diagnostica Senologica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi** è stato acquistato grazie ai proventi raccolti nelle ultime quattro edizioni di **CORRI LA VITA**, manifestazione benefica organizzata in collaborazione con LILT, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. La IX edizione di **CORRI LA VITA**, che comprende una corsa podistica e una passeggiata attraverso i luoghi di importanza storica e artistica della città accessibile a tutti, è in programma per domenica 25 settembre 2011 con partenza da Piazza della Signoria alle ore 9.30.

Il Diabete Insipido

Introduzione

L'ormone antidiuretico è un peptide prodotto dalla neuroipofisi che regola il bilancio idrico favorendo il riassorbimento di acqua a livello renale.

La sua insufficiente liberazione (diabete insipido centrale) o la mancata risposta periferica (diabete insipido nefrogeno) comportano una grave poliuria con successiva disidratazione.

Le cause di diabete insipido sono molteplici (Tabella 1).

Il sintomo caratteristico è la poliuria, ossia una perdita urinaria superiore a 50-60 ml/kg/die nei primi 10 giorni di vita e superiore a 30-40 ml/Kg/die nelle età successive, con nicturia e conseguente polidipsia.

La poliuria può complicarsi con disidratazione, caratterizzata da secchezza e perdita di elasticità mucoso-cutanea, bulbi oculari infossati, tachicardia, sofferenza a carico del sistema nervoso centrale fino al coma ed allo shock ipovolemico.

Il rischio di disidratazione aumenta nelle stagioni calde o durante malattie con febbre, vomito e diarrea.

Diagnosi

Dopo anamnesi ed esame obiettivo, le prime analisi da effettuare sono:

- esame degli elettroliti plasmatici, glicemia, uremia, creatininemia ed esame completo delle urine;

- **b i -** lancio idrico delle 24 ore. Volumi urinari superiori a 50-60 ml/

kg/die nei primi 10 giorni di vita e superiori a 30-40 ml/kg/die nelle età successive confermano la presenza di poliuria. Viene anche considerato come cut-off per la poliuria una perdita urinaria maggiore di 2 l/m²/die,



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

SALVATORE SEMINARA, ELETTRA BERTI,
GIULIA BONCIANI

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino.
Università degli Studi di Firenze - A.O.U. Meyer Firenze

nettamente superiore ai limiti precedentemente considerati, ma a nostro parere è meglio adottare una condotta prudentiale e procedere con gli approfondimenti necessari per i livelli urinari inferiori sopra indicati (30-40 ml/kg/die);

- peso specifico delle urine, se inferiore a 1.002 g/l depone per diabete insipido;
- osmolalità urinaria nelle 24 ore, sospetta se inferiore a 300 mOsm/Kg di acqua;
- osmolalità plasmatica, indicativa se maggiore di 300 mOsm/Kg di acqua;
- ADH plasmatico.

La diagnosi di diabete insipido può essere confermata dal test dell'assetamento.

Il test di assetamento

Il test di assetamento deve essere effettuato a letto, in ambiente tranquillo, dove è possibile monitorare il paziente.

Il test inizia al mattino con la misurazione di peso, frequenza cardiaca e pressione arteriosa del paziente.

Successivamente viene inserita un'agocannula in vena periferica per effettuare prelievi ripetuti e, nei bambini più piccoli, un catetere vescicale per la raccolta delle urine.

Con il primo prelievo devono essere misurati valori basali di:

- sodio, ADH e osmolalità plasmatici;
- osmolalità e peso specifico urinari;

Inizia la deprivazione di acqua. Ad ogni ora devono essere controllati:

- peso corporeo;
- frequenza cardiaca e pressione arteriosa;
- osmolalità plasmatica e natriemia;
- volume, peso specifico ed osmolalità delle urine.

Il test non deve superare le 8 ore nei bambini e le 4 ore nei lattanti.

Risultati:

Il test deve essere sospeso e si fa diagnosi di **diabete insipido** se:

- il peso corporeo diminuisce del 5% rispetto al peso iniziale;
- l'osmolalità plasmatica supera il range di normalità suggerito dal laboratorio di riferimento (per il laboratorio dell'AOU Meyer pari a 320 mOsm/Kg);
- la natriemia oltrepassa 145 mmol/l;
- compaiono ipotensione ortostatica o tachicardia.

Se nelle misurazioni effettuate ad ogni ora si riscontrano Na <145 mmol/l, osmolalità sierica <300 mOsm/Kg, osmolalità urinaria <600 mOsm/Kg e non vi sono segni clinici di ipovolemia o di disidratazione è opportuno continuare la deprivazione di acqua fino al termine del test:

- se l'osmolalità urinaria >1.000 mOsm/Kg o >600 mOsm/Kg in due rilievi successivi: **il paziente non ha diabete insipido**;
- se l'osmolalità sierica >300 mOsm/Kg (con sodio plasmatico >145 mmol/l) e quella urinaria <600 mOsm/Kg: **il paziente ha diabete insipido**.

Per distinguere il diabete insipido centrale dal nefrogeno è sufficiente valutare i livelli di ADH circolante al termine del test: saranno bassi nel primo caso, normali o aumentati nel secondo.

È opportuno effettuare una TC o una RMN cranioencefalica, per evidenziare lesioni centrali, ed una valutazione del filtrato, un'ecografia o una TC renale, per individuare lesioni periferiche.

Nel sospetto di forme familiari, è opportuno eseguire esami molecolari del gene AVP.

Terapia

Desmopressina, nella forma centrale.

Dieta iposodica, diuretici e FANS, nella forma periferica.

Bibliografia

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

TM

Tabella 1 - Cause di diabete insipido.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Diabete insipido centrale | <p>Acquisito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumori - Malattie granulomatose - Malattie infettive - Ipofisite linfocitaria - Post-traumatico - Post-chirurgico - Vascolare - Farmacologico <p>Malformazioni congenite</p> <p>Familiare</p> <p>Idiopatico</p> |
| Diabete insipido nefrogeno | <p>Acquisito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Farmacologico - Metabolico - Disordini sistemici - Malattie renali - Uropatia post-ostruttiva <p>Familiare</p> |



Tra autorizzazioni e prontuario

Come utilizzare i farmaci innovativi

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo con i nostri esperti una questione di grande attualità, vale a dire la gestione dal punto di vista amministrativo, legislativo e regolatorio dei farmaci cosiddetti innovativi, alla luce anche del recente accordo Stato-Regioni che ha dato mandato all'AIFA di qualificare queste molecole per garantirne l'uso corretto in tutto il territorio nazionale. Si tratta di una novità davvero importante?*

MUGELLI – In linea di massima il grado di innovazione di un farmaco viene stabilito dall'AIFA sulla base di determinati algoritmi tra i quali uno dei più seguiti è quello elaborato alcuni anni fa dal prof. Montanaro. La novità importante dell'accordo Stato-Regioni adesso ricordato è rappresentata dal fatto che se le Regioni non condividono le conclusioni dell'AIFA in termini di innovatività di un dato farmaco, per decreto legge, lo devono dichiarare spiegando e motivando chiaramente le proprie conclusioni. Il nuovo sistema dovrebbe accelerare il processo che rende un farmaco innovativo disponibile sul tutto il territorio nazionale intervenendo su quei processi regionali che di fatto, attraverso un rallentamento della decisione a livello locale, portavano a disparità di accesso ad un nuovo trattamento.

MESSORI – Il cosiddetto algoritmo di Montanaro consente di valutare se, ad una determinata molecola di nuova introduzione, sia possibile riconoscere alcune tipologie di innovazione che comprendono l'innovazione terapeutica (aumento del bene-

ficio clinico), l'innovazione tecnologica (miglioramento della via di somministrazione; ad esempio: forme orali vs forme parenterali, somministrazioni monoquotidiane vs pluriquotidiane, etc) e l'innovazione farmacologica (nuovo meccanismo d'azione

che potrebbe in futuro tradursi in aumentato beneficio clinico).

Questo algoritmo è stato molto utile per impostare l'allora nascente dibattito sul significato del termine "innovazione". Oggi esso va visto forse più come un nuovo punto di partenza (o di "ripartenza") per questo dibattito piuttosto che come un punto di arrivo.

I motivi che spingono ad approfondire la tematica della innovazione in campo farmaceutico sono almeno tre. Il primo risponde ad una esigenza meramente culturale che riconosce l'opportunità di disporre di uno strumento terminologico condiviso basato su criteri scientifici di assoluta obiettività. Il secondo motivo è rappresentato dalla necessità che il farmaco innovativo debba essere ritenuto tale a tutti i livelli così da poter ricevere, addirittura in automatismo, sia la rimborsabilità da parte dell'AIFA sia l'inclusione nei prontuari ospedalieri locali. Il terzo motivo è legato al fatto che il farmaco in questione, oltre alla rimborsabilità garantita, deve avere accesso ad una remunerazione ulteriore che in qualche modo vada a premiare questa caratteristica "positiva" del nuovo farmaco.

A mio parere personale, l'elenco di farmaci elaborato nell'accordo Stato-Regioni non risulta granché condivisibile, visto che ad esempio le indiscutibili novità terapeutiche recentemente disponibili

TIBERIO CORONA¹, GIAN FRANCO GENSINI²,
LOREDANO GIORNI³, SAFFI ETTORE GIUSTINI⁴,
FABIO LENA⁵, ANDREA MESSORI⁶,
ALESSANDRO MUGELLI⁷

¹ Coordinatore del Dipartimento del Farmaco Asl n. 5, AOU Pisana

² Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze

³ Dirigente del Settore Politiche del Farmaco, Innovazione e Appropriatelyzza della Regione Toscana

⁴ Commissione Terapeutica Regione Toscana, Gruppo di Lavoro AIFA "Farmaci e Territorio"

⁵ Direttore del Dipartimento delle Politiche del Farmaco della ASL di Grosseto

⁶ Vicepresidente della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera

⁷ Ordinario di Farmacologia dell'Università di Firenze

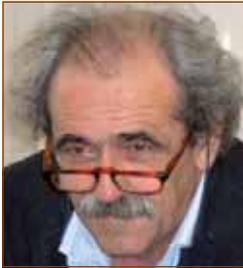
PARTECIPANO



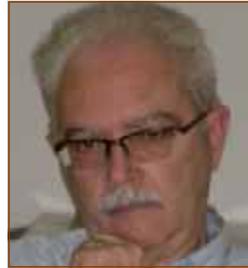
Tiberio Corona



Gian Franco Gensini



Loredano Giorni



Saffi Ettore Giustini



Fabio Lena



Andrea Messori



Alessandro Mugelli

in ambito oncologico sono assai scarsamente rappresentate.

Comunque, a parte le critiche probabilmente giuste mosse da molte Società scientifiche, credo tuttavia che la lista sia stata un buon punto di partenza per costruire un percorso condiviso e strutturato, comune a tutte le amministrazioni regionali italiane.

Infine è auspicabile che ulteriori miglioramenti possano essere introdotti su questa tematica grazie alla Commissione recentemente istituita dall'AIFA con il compito di rivedere completamente il Prontuario Farmaceutico, al pari di quanto fatto nel lontano 1993 e negli anni 2003-2004.

GENSINI – Anche io concordo sul fatto che si possa certamente parlare di successo per il metodo adottato, di insuccesso invece per quanto riguarda il risultato vista la non omogenea rappresentatività nell'elenco di quanto oggi disponibile sul mercato del farmaco, senza inoltre dimenticare il criterio economico che deve necessariamente venire considerato accanto alle evidenze di efficacia terapeutica.

Un altro aspetto a mio parere molto importante è quello di non rivolgersi solo ed esclusivamente alla "novità", ma anche cercare di ampliare le indicazioni di molecole già conosciute e disponibili da tempo sul mercato, ricercando in sostanza non la novità della sostanza quanto la "novità dell'impiego".

TOSCANA MEDICA – *I medici fino ad ora erano abituati a considerare "innovativo" qualunque farmaco presentasse evidenze di efficacia terapeutica maggiori di quelle dei farmaci già presenti sul mercato, anche se molto spesso si erano trovati ad avere di fronte delle molecole "nuove" ma non certamente "innovative". Il messaggio che adesso deve essere diffuso è quindi che, accanto all'efficacia terapeutica e tecnologica, deve essere considerato anche e soprattutto il rapporto costo-efficacia rispetto ai farmaci già in uso?*

GIUSTINI – È proprio così perché non bisogna dimenticare che ancora oggi non sono molto conosciute le modalità attraverso le quali un farmaco raggiunge il mercato e quale è la reale attività degli Enti regolatori come l'AIFA e l'Agenzia Europea del Farmaco. Si tratta di tematiche molto dibattute in tutta Europa visto che una cosa sono i cosiddetti "farmaci copia" ed un'altra quelli che, seppure partendo da un precursore ben conosciuto, contengono tuttavia delle modificazioni in grado di condurre a piccoli miglioramenti della loro efficacia clinica.

Un problema veramente di enorme gravità è rappresentato dal fatto che soprattutto nel nostro Paese praticamente non esistono studi di costo-efficacia relativi ad una sostanza nei confronti del suo diretto concorrente. Inoltre in Italia per avere l'autorizzazione all'immissione in commercio, non servono studi di superiorità e molto spesso bastano soltanto degli endpoint surrogati rilevati a livello di coorti di popolazioni estremamente selezionate. Questa situazione è purtroppo molto evidente in Oncologia, dove il via libera alla vendita di una sostanza viene spesso concesso sulla base di singoli studi di poche settimane e su casistiche molto limitate.

I medici secondo me dovrebbero perciò avere ben chiaro il fatto che appare oggi assai difficile po-

tere disporre di dati relativamente certi in fase di pre-registrazione sul rapporto costo-efficacia delle molecole di nuova introduzione.

LENA – Seppure l'elenco del quale stiamo parlando non appare certo soddisfacente, anche secondo me avere creato un metodo per valutare l'innovazione di un farmaco mi sembra una cosa davvero importante, soprattutto alla luce della annunciata revisione del Prontuario nazionale.

L'elenco a mio parere potrebbe poi rivelarsi uno strumento molto utile per cercare di uniformare in qualche modo le oggettive differenze esistenti a livello dei diversi Sistemi sanitari regionali italiani, caratterizzati da grande difformità nei criteri di accesso ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

CORONA – Gli algoritmi alla base dell'elenco dell'accordo Stato-Regioni rispondono a criteri di oggettiva scientificità per questo trovo difficilmente comprensibile che per definire i farmaci in esso contenuti realmente "innovativi" si debba ricorrere ad un decreto impositivo che li definisca tali. Il medico infatti è perfettamente in grado di capire ed apprezzare la novità senza che nessuno glielo debba imporre!

Tra l'altro, per avere un'idea di come sia stato strutturato l'elenco, prendiamo l'esempio dei nuovi antidiabetici che vi sono stati introdotti non tanto in quanto realmente innovativi, ma perché al momento del rinnovo della patente di guida non richiedono la segnalazione alla Motorizzazione Civile. Allora se è per questo anche la "vecchia" metformina, oltre a costare molto di meno, presenta le stesse identiche caratteristiche!

Io credo che la parte scientifica di iniziative di questo genere debba essere davvero sviluppata al massimo grado, lasciando poi al medico la possibilità di apprezzare in pieno la novità presentata.

TOSCANA MEDICA – *Da quanto detto finora emerge però una contraddizione importante. Da un lato si dice che alcuni farmaci vengono classificati come innovativi secondo un algoritmo certamente perfettibile, che secondo questa ottica si è deciso di procedere ad una totale revisione del Prontuario e che tutti i cittadini italiani devono essere messi nelle stesse condizioni per potere accedere a queste sostanze. Dall'altro lato si sostiene che siccome le evidenze scientifiche alla base dell'elenco per molti motivi non sono poi così significative, la scelta finale circa la reale innovazione delle molecole in esso contenute deve essere lasciata ai medici. Come si possono utilmente conciliare queste due istanze, partendo dall'esperienza della nostra Regione?*

GIORNI – Avendo seguito personalmente tutta la trafila dell'accordo Stato-Regioni, vorrei farne brevemente la cronistoria. Tutto è iniziato nel 2008-2009 in seguito alla pubblicazione di un articolo su "Il Sole 24 Ore" nel quale si sosteneva che in Italia era difficilissimo per i malati avere dai Servizi sanitari regionali i farmaci innovativi dei quali avevano bisogno, con tempi di attesa che potevano arrivare a superare i due anni. Fu pertanto istituito un tavolo tecnico al Ministero le cui conclusioni dimostrarono che nel nostro Paese in linea generale dalla disponibilità in commercio di un farmaco innovativo alla sua dispensazione al paziente passavano in media dai 20 ai 25 giorni. Ovviamente non tutte le Regioni si muovevano nello stesso modo, visto che quelle che avevano i Centri di riferimento per le malattie rare presentavano delle potenzialità di acquisto logicamente differenti dalle altre.

In seguito a queste iniziative è partita una campagna di stampa nazionale che, anche con il contributo fattivo delle Associazioni dei malati, ha portato alla creazione di una sorta di regolamento che è quello di cui stiamo parlando in questa sede.

Due sono i concetti a mio parere importanti che stanno alla base di questa iniziativa, certamente perfettibile. Il primo è quello di dare sostenibilità scientifica ad un farmaco, considerarlo realmente innovativo e pertanto inserirlo in una lista che obbliga le Regioni, ovviamente in caso di necessità, al suo acquisto. Il secondo è quello secondo il quale le Regioni, di fronte ad un nuovo farmaco la cui attività terapeutica appare sostanzialmente sovrapponibile a quella della molecola inserita nella lista (e quindi a tutti gli effetti "innovativa"), non sono, in nessuna maniera, obbligate all'acquisto di entrambe le molecole.

In pratica le Regioni e lo Stato hanno riconosciuto l'importanza fondamentale della sovrapposibilità terapeutica, chiaramente condivisa con tutti i protagonisti di un simile, complesso scenario, permettendo al sistema di acquistare il prodotto economicamente più vantaggioso. In questa maniera si introduce nel sistema farmaceutico un meccanismo virtuoso che fino ad adesso, almeno nel nostro Paese, ancora non esisteva.

Una simile innovazione ovviamente deve uscire dall'ambito puramente amministrativo per andare a sostanzarsi in un contesto scientifico assolutamente ineludibile, cosa che la Regione Toscana sta cercando di fare in questo periodo.

Riassumo i concetti di base di questo mio intervento: uniformità di accesso alle cure per tutti i pazienti, disponibilità per il medico di ricorrere agli strumenti terapeutici complessivamente più

appropriati, regolamentazione adeguata ed innovativa del mercato del farmaco.

MESSORI – Se è vero che l'innovazione terapeutica si rapporta in primo luogo con il beneficio clinico (riconosciuto sia come determinante principale dell'innovazione stessa sia come elemento-guida delle stesse analisi di farmacoeconomia), vorrei – sia pure brevemente – affrontare un tema metodologico importante sul quale si stanno confrontando anche i membri della Commissione AIFA per la revisione del Prontuario.

In linea di massima gli addetti ai lavori sono convinti che gli studi di superiorità siano lo strumento migliore per arrivare alla definizione di farmaco innovativo. Consideriamo il seguente scenario: a fronte di una patologia X consideriamo un trattamento S (standard) che a un certo punto viene superato da un'altra molecola che chiameremo I_1 ("innovativo 1") la quale si dimostra più efficace in base a uno o più studi di superiorità. Fino a questo punto le cose sono relativamente facili da gestire e da interpretare perché qualsiasi valutazione di efficacia comparativa può e deve essere eseguita paragonando testa a testa i due soli farmaci che abbiamo a disposizione, cioè I_1 vs S.

La situazione però si complica se e quando sul mercato arriva un'altra molecola, che chiameremo I_2 ("innovativo 2"), la quale si candida alle stesse indicazioni terapeutiche sia di S che di I_1 . A questo punto accade assai spesso che la presunta superiorità di I_2 venga suffragata solo ed esclusivamente da studi che la mettono a diretto confronto con S e non con I_1 .

Cosa decidere allora sul confronto I_2 vs. I_1 se manca il trial clinico di confronto I_2 vs. I_1 ?

Questa esemplificazione serve a spiegare che vi è una reale necessità di costruire meccanismi di valutazione diversi da quelli usati in passato, ovviamente condivisi quanto più possibile dalla comunità scientifica e orientati a superare i tradizionali confronti binari rivolgendosi invece specificamente ai confronti multipli a 3 o 4 o 5 termini (sempre nel campo dell'efficacia comparativa).

MUGELLI – Certamente oggi noi disponiamo di metodologie scientificamente attendibili che ci consentono di fare i confronti adesso ricordati dal dott. Messori. Quello che però a me preme sottolineare, oltre all'ovvia importanza di dimostrare l'efficacia di un farmaco, è anche caratterizzare al meglio il suo profilo di sicurezza. Personalmente penso che attribuire a tutti i farmaci che, per comodità, cataloghiamo nella stessa categoria farmaco-terapeutica, il medesimo grado di sicurezza solo perché hanno

un analogo meccanismo d'azione o effetto terapeutico, sia un'operazione azzardata e non priva di rischi. Sono anche convinto che nella nostra Regione disponiamo delle necessarie competenze anche per monitorare dal punto di vista della sicurezza i nuovi farmaci. Abbiamo in altre parole la possibilità di sviluppare percorsi decisionali fino a pochi anni fa impensabili che ci potrebbero consentire di fare scelte motivate e attivare processi di monitoraggio per valutare la validità delle scelte fatte.

TOSCANA MEDICA – *Per fare tutto quello di cui abbiamo parlato fino ad ora, è necessaria un'attività di monitoraggio da parte della Regione, con tutta una serie di suoi interventi attivi e partecipati?*

GENSINI – Certamente nel processo metodologico che conduce alla determinazione della innovazione di un farmaco, il livello regionale dovrebbe avere una valenza più significativa. La dimostrazione infatti della "bontà" di un farmaco non può che essere utilmente impiegata per motivare scelte ulteriori sia a livello centrale che periferico. Tra l'altro per i medici vedere che le proprie considerazioni sono servite per prendere decisioni importanti di farmacoeconomia non può che rappresentare motivo di gratificazione professionale e stimolare una maggiore attenzione verso queste tematiche.

GIUSTINI – In maniera forse un poco polemica, mi piacerebbe davvero sapere quali sono le nostre reali conoscenze a proposito di quelle molecole che l'AIFA ha voluto classificare come innovative: cioè riescono davvero a cambiare endpoint importanti o soltanto surrogati? Quale è il loro vero profilo di sicurezza? In parole povere, sono davvero innovativi o "soltanto" essenziali? In questo senso a mio parere si potrebbero sfruttare anche i dati di postmarketing disponibili oggi in Italia, uno dei pochi Paesi al mondo che ha tenuto sotto stretto controllo questi farmaci per tre anni arruolando molte migliaia di pazienti e coinvolgendo i medici del territorio e quelli dei Centri di riferimento.

LENA – Sono anche io convinto che gli studi veramente utili per valutare il grado di innovazione di un farmaco siano quelli "testa a testa" e non quelli, come comunemente avviene, costruiti per dimostrare efficacia e profilo di sicurezza di una molecola. È indubbio che in ogni caso una attenta attività di monitoraggio appare comunque di fondamentale importanza.

MUGELLI – Per l'attività di monitoraggio molto utile appare il ricorso ai dati di carattere amministra-

tivo che possono dare moltissime informazioni circa, ad esempio, le scelte prescrittive dei medici, la lunghezza dei trattamenti, l'aderenza dei pazienti alle terapie indicate, gli esiti a distanza ecc. Sulla scorta di queste valutazioni è possibile capire quali farmaci, tra quelli di una stessa classe o all'interno di classi diverse, presentino performances migliori. La nostra Regione possiede certamente le competenze per potere strutturare studi di questo tipo e potrebbe pertanto utilmente costruire, per quanto riguarda i farmaci innovativi, delle adeguate indagini prospettiche osservazionali.

GIUSTINI – Anche io sono convinto della importanza fondamentale dei dati che la moderna tecnologia informatica ci mette oggi a disposizione. Si tratta di una mole enorme di informazioni che potrebbero davvero servire anche alla Regione per programmare le proprie attività di politica socio-sanitaria.

Numerosi studi nazionali (vedi Rapporto OsMed 2010) documentano la grande variabilità prescrittiva diretta dei Medici Generali o indotta dagli Specialisti che tuttavia non si associa a dimostrate differenze nella salute della popolazione.

La promozione di progetti obiettivo di epidemiologia del farmaco e di farmacoutilizzazione può diventare, se cogestita fra Regione/ASL/Organizzazioni della Medicina generale, strumento di sensibilizzazione ed educazione verso un metodo di ricerca che può unire il dato clinico con l'uso del farmaco fornendo elementi di qualità; la Farmaco Sorveglianza (FS) attiva per problemi o per gruppi di popolazione, può migliorare la qualità della prescrizione; la gestione, la elaborazione e le informazioni sul farmaco (non solo di ADRs reports) potrebbe avvenire con un flusso di ritorno realmente utilizzabile in periferia (bollettino, corsi di formazione sulla prescrizione razionale del farmaco, su quella "evitabile", su quella non "efficace" e l'utilità della qualità della segnalazione), la raccolta e la l'organizzazione dei dati relativi alla esposizione dei farmaci nella popolazione (banca dati) è uno strumento indispensabile per la programmazione sanitaria.

TOSCANA MEDICA – *Dottor Giorni la regione potrebbe avere interesse ad investire in questo campo?*

GIORNI – Io penso proprio di sì, visto anche l'enorme interesse che la politica del farmaco in senso generale sta suscitando sia a livello nazionale che regionale, mettendo d'accordo sull'importanza dei dati raccolti praticamente tutte le figure professionali coinvolte a vario titolo nella questione, dal

farmacista ospedaliero al docente universitario, dal medico di base allo specialista dei Centri di riferimento.

TOSCANA MEDICA – *Il discorso che finora abbiamo condotto sulla cultura della valutazione dei farmaci fa pensare che i medici debbano in un certo qual modo passare da una sorta di attività di valutazione "passiva" ad un'altra invece "attiva" e partecipata. Un simile cambiamento di impostazione metodologica presuppone l'intervento della struttura accademica.*

GENSINI – In futuro certamente si arriverà ad una Scienza medica che sarà in grado di offrire reali garanzie di conoscenza relativamente alla globalità degli interventi terapeutici messi in pratica lungo tutta la vita di un malato. Questo significa che l'Università fin da ora deve essere preparata a formare nei prossimi anni i futuri colleghi per dotarli degli adeguati strumenti metodologici e culturali. I giovani devono essere preparati alla prosecuzione della valutazione delle evidenze elementari offerte dalla ricerca, spesso legate ad eventi surrogati, arrivando a capire che non sempre la diminuzione della pressione arteriosa o della colesterolemia si associa ad un aumento significativo della sopravvivenza o della qualità della vita.

Credo pertanto che il sistema formativo del nostro Paese debba essere attivamente coinvolto in un percorso di consapevole analisi che porti in un lasso appropriato di tempo i medici, per rimanere all'argomento della discussione, a capire in pieno la reale valenza di un nuovo farmaco.

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo il momento organizzativo. Come si dovrebbe integrare l'attività dei vari momenti decisionali che anche in Toscana sono stati attivati, quali la Commissione Terapeutica Regionale, i Prontuari di Area Vasta, quelli adottati dai singoli ospedali, le scelte dei singoli medici?*

CORONA – A livello di Commissione Terapeutica di Area Vasta Pisana abbiamo già dato il via libera ai farmaci innovativi, molti dei quali peraltro erano conosciuti dai nostri medici perché già impiegati sia in ospedale che sul territorio. Nella mia realtà non esistono quindi problemi di accesso e dispensazione di queste sostanze quanto semmai una certa scarsità di informazioni circa il loro rapporto costo-efficacia alla quale stiamo rimediando con tutta una serie di interventi mirati in collaborazione anche con la Scuola Superiore Sant'Anna.

LENA – Il sistema dei Prontuari toscani appare oggi in Italia ragionevolmente avanzato, sufficientemente distribuito nelle tre Aree vaste che, non dimentichiamolo, rappresentano i mattoni costitutivi dell'intero sistema sanitario regionale. L'indubbia efficacia di questi strumenti è certamente legata alla forte partecipazione che è stata riscontrata nella loro stesura e bene si accorda con un altro strumento importante del Governo clinico quale la Commissione Terapeutica Regionale.

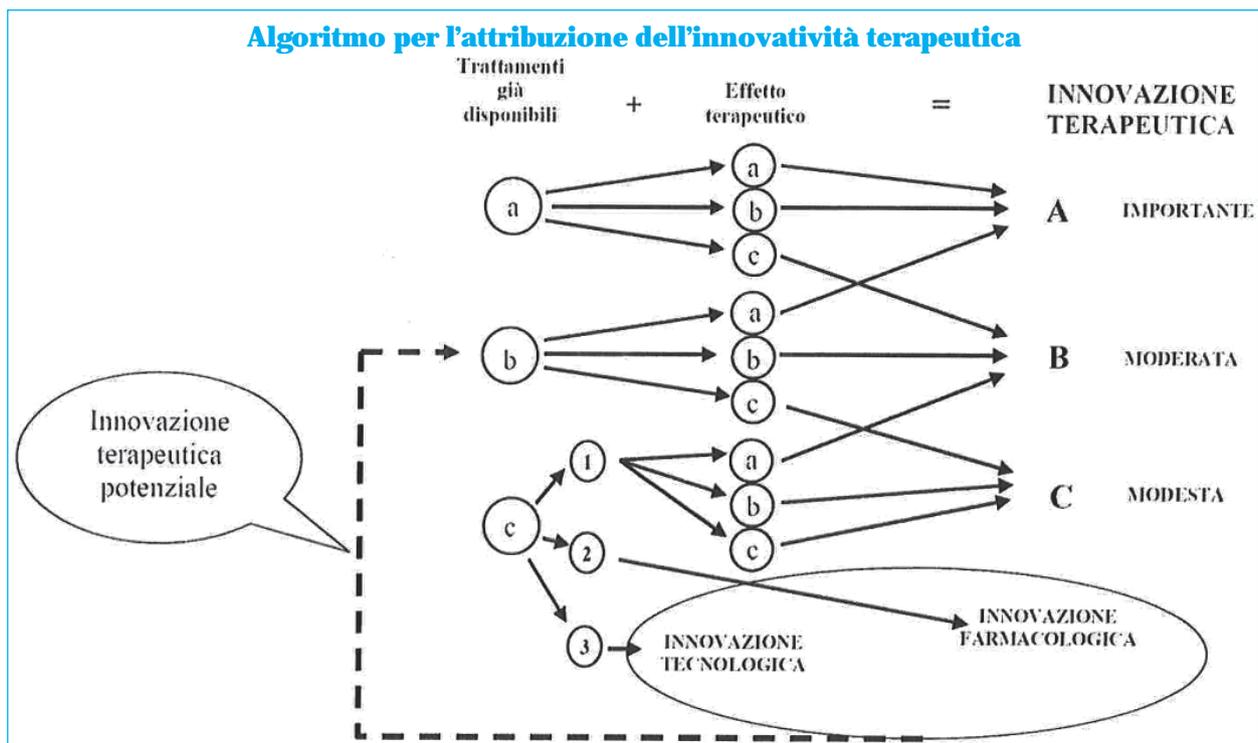
I Prontuari servono non soltanto ovviamente a rendere prontamente disponibile quanto di innovativo ci presenta il mercato, ma anche e soprattutto a garantire la disponibilità economica per potere acquisire innovazione, secondo le più accreditate procedure di appropriatezza.

MESSORI – Oggigiorno le problematiche di governance nell'ambito dei Prontuari si legano indissolubilmente alla gravità della crisi economica mondiale. Vi sono inoltre alcuni vincoli di fatto ineliminabili che condizionano profondamente le scelte di governance. Ad esempio, il costo di un farmaco (soprattutto se innovativo) risulta oramai pressoché omogeneo a livello europeo; sono quindi molto ristretti gli spazi di contrattazione nazionale (leggasi: del CPR di AIFA), per cui se una molecola costa 100, ad esempio in Francia, ben difficilmente arriverà a costare 50 in Italia. Siamo pertanto di fronte a vincoli di carattere internazionale che dobbiamo in qualche modo gestire a livello di singolo paese e che ovunque creano problemi e contrasti.

La situazione è inoltre resa ancor più difficile dal fatto che, per restare nel campo dei farmaci innovativi, le nuove molecole che arrivano ogni anno sono in numero molto maggiore rispetto a quanto accadeva soltanto pochi anni fa, il che genera proiezioni di spesa in crescita continua, anzi esponenziale.

Rimanendo solo nel campo delle nuove molecole destinate all'oncologia è ipotizzabile che tra qualche anno esse potrebbero comportare un aumento di spesa di altri 500 milioni di euro annui su base nazionale. Ancora, l'autorità europea approverà tra poco l'impiego di due molecole (boceprevir e telaprevir) destinate alla terapia dell'epatite C, patologia che tutti sappiamo essere molto frequente nel nostro Paese. Presto anche in Italia dovremo perciò esprimerci su questi due farmaci ed è stato calcolato che, se anche decidessimo di somministrarli soltanto al 20-30% dei soggetti che potrebbero beneficiarne, ciò causerebbe – per la sola spesa desinata all'epatite C – un incremento di spesa sovrapponibile a quello che negli ultimi anni abbiamo già osservato (e dovuto in qualche modo gestire) per l'oncologia.

In Italia quindi si prospettano scelte molto difficili, anche e soprattutto alla luce della considerazione per cui in Italia non si è mai detto "No" in precedenza. Infatti tutto quello che le Autorità europee hanno autorizzato, noi finora siamo sempre riusciti in qualche modo a renderlo rimborsabile. Ciò è un merito ma è anche, in prospettiva, una difficoltà in più.



Farmaci nuovi e farmaci innovativi: ripensare il prontuario

ANTONIO PANTI

Risale al 2007 la prima utilizzazione da parte dell'AIFA del concetto di Farmaco Innovativo. A seguito di un successivo accordo tra lo Stato e le Regioni l'AIFA ha deciso di introdurre questo criterio nella valutazione dei farmaci. Si tratta di un elenco di nuovi prodotti che rispondono a criteri definiti con un algoritmo di valutazione basato sulla efficacia terapeutica, sull'innovazione tecnologica e sulle diversità farmacologiche. I fini sono molteplici e legati anche alla politica industriale delle aziende chimiche; tuttavia sono innegabili gli scopi culturali di tale modifica dei criteri di valutazione. Questi farmaci sono rimborsabili e il loro riconoscimento porta a una maggior remunerazione delle aziende produttrici. Tuttavia la lista è apparsa subito imprecisa e incompleta e gli stessi criteri di inserimento non ancora del tutto validati. L'aspetto positivo della vicenda è la spinta a rivedere per intero il prontuario secondo criteri di innovatività fondati sull'efficacia terapeutica e sul rapporto tra costi e efficacia. Insomma si cerca di procedere sulla strada molto più scientifica della valutazione del farmaco sulla base di studi costo efficacia e, più che altro, di superiorità, finora assai scarsi in letteratura.

Tutto ciò introduce una serie di questioni non irrilevanti. Le Regioni possono, in base al predetto accordo, motivare la mancata introduzione di uno di questi farmaci nei prontuari in caso di presenza di più farmaci innovativi per la stessa patologia. Come stabilire differenze e uguaglianze terapeutiche sulle quali il criterio del costo, che è diverso dal prezzo, sia sostenibile? Occorre monitorare in fase post marketing i farmaci con uno sforzo di valutazione a tutti i livelli di uso, ospedaliero e domiciliare. Se vi è un problema di

uguaglianza di accesso ai farmaci innovativi da parte dei cittadini vi è anche la necessità di rendersi conto se la spesa sostenuta dalle Regioni e posta a carico morale, se non materiale, dei prescrittori, sia clinicamente appropriata.

La nostra Regione è convinta di salvaguardare l'uguaglianza del diritto di accesso ai farmaci e la loro disponibilità introducendo elementi di mercato cioè di concorrenza tra aziende chimiche. Tuttavia non è facile effettuare studi di superiorità e monitorare situazioni cliniche complesse. Occorre che tutti i medici siano coinvolti nella cultura della valutazione clinica dei farmaci. Uno sforzo per la riconquista di un ruolo attivo rispetto alla passività dell'informazione tradizionale. Seguire un farmaco per tutta la durata del suo uso da parte dei singoli pazienti, cosa già possibile mediante le banche dati esistenti, renderebbe un grande servizio ai cittadini e al servizio sanitario.

Da questo punto di vista si giustifica l'esistenza di prontuari di area vasta perché consente una maggiore concorrenzialità tra aziende chimiche e una più estesa compartecipazione decisionale dei medici, fatto questo essenziale per conseguire la migliore appropriatezza d'uso. Altresì i farmaci innovativi, spesso essenziali nella cura di alcune patologie, saranno sempre più presenti sul mercato a prezzi elevatissimi costringendo a scelte difficili se non tragiche. Un problema sociale e politico che non può essere scaricato sui medici come finora si è fatto. L'AIFA dispone, le Regioni pagano e i medici sono caricati di responsabilità improprie.

In conclusione l'innovazione, è implicito nel discorso dei nostri esperti, ha da essere reale e non presunta, sostenibile nel rispetto del rapporto costi efficacia e dimostrata sul campo. **TM**

*Si ringrazia AstraZeneca (Italia)
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Eugenio Pattarino, Presidente Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Provincia di Firenze, Presidente Società Italiana di Medicina Generale, Provincia di Firenze.



Bilancio ENPAM 2010

Il 25 giugno u.s. si è tenuto a Roma il consiglio nazionale della Fondazione ENPAM chiamato a discutere e approvare il bilancio consuntivo

2010. Nelle settimane precedenti la stampa quotidiana si è molto occupata della salute delle casse dell'Ente previdenziale alimentando, diffondendo, smentendo voci di un possibile "buco" miliardario, dovuto ad operazioni finanziarie azzardate. Su questo argomento già si sono espressi i vertici istituzionali dell'Ente in questione in maniera chiara e decisa, minacciando anche di adire alle vie legali contro gli autori di tali affermazioni. Molti colleghi si sono giustamente preoccupati per il futuro della cassa pensioni anche perché contemporaneamente si è parlato di predisporre il "bilancio attuariale" (copertura a bilancio del pagamento delle future pensioni) da quindici anni a trenta anni come obbligato dalle ultime disposizioni di legge, e pertanto si è posta la necessità di rivedere le tabelle pensionistiche anche alla luce dell'allungamento dell'aspettativa di vita. Questo obbligo necessita inoltre di una manovra di adeguamento delle entrate (leggi "contributi") nel prossimo futuro per mantenere le condizioni pensionistiche ai livelli a cui ci siamo abituati, anche se sicuramente i più giovani colleghi dovranno attendere un pò di più di adesso per andare in pensione e probabilmente riscuoteranno poi importi monetari minori di quelli attuali.

La dirigenza dell'ENPAM si sta attivando per cercare di arrivare all'obiettivo trentennale in un maggior lasso di tempo essendo impossibile, immediatamente, coprire un periodo di previsione raddoppiato se non a costo di grandissimi sacrifici per tutti.

Sarebbe bene che per comprendere il futuro pensionistico tutti i colleghi leggessero il bilancio e la relazione che lo accompagna (materiale consultabile sul sito www.enpam.it), dedicandogli quell'attenzione che sicuramente dedicano al proprio conto bancario. Da una rapida scorsa di detta relazione cosa si evince per esempio?

Nel 2010 l'esercizio si è chiuso con un utile di

€ 1.137.224.321 che ha determinato a fine anno un aumento dell'11,03% del patrimonio totale della fondazione, pari a € 11.443.111.473. Questo vuol dire che il tesoretto messo da parte dai medici italiani è quasi triplicato dall'anno 2000, passando da poco meno di 4 miliardi di euro agli attuali quasi 12 miliardi.

Come si è determinato questo utile? *In primis* dall'avanzo previdenziale (la differenza fra i contributi incassati e le previdenze versate) pari a € 1.086.224.321.

Questo significa che i contributi sono stati maggiori delle pensioni erogate e che quindi il capitale non è stato toccato, cosa che non si può affermare di altri enti previdenziali che hanno avuto necessità di ricoperture da parte dello stato. L'INPDAP, per esempio, a fronte di entrate contributive per € 58.726 milioni, ha elargito pensioni per € 66.284 milioni, coperte da una contribuzione aggiuntiva statale, e lo stesso INPS ha avuto uno scoperto del 33%, coperto sempre dallo stato (145.954 milioni incassati, distribuiti 216.899).

Certo anche per noi potrebbe sopperire lo stato, ma di sicuro perderemmo l'indipendenza che fino ad adesso ci ha contraddistinti e saremmo sempre più mescolati nel grande calderone del deficit statale. Anzi sicuramente questi dati, uniti alla ricchezza del nostro patrimonio immobiliare e mobiliare, hanno stimolato gli appetiti di qualcuno ed ecco forse il perché di tanta animosità verso i nostri dirigenti.

Ma l'ENPAM nell'anno trascorso non ha solo elargito pensioni. A seguito delle calamità naturali ha distribuito sussidi per quasi 6 milioni di euro oltre che borse di studio e contributi vari.

Il Consiglio Nazionale, dopo un vivace dibattito, ha approvato a stragrande maggioranza il bilancio, confermando la fiducia all'attuale dirigenza. Comunque questa si è dotata di un nuovo assetto organizzativo per le decisioni di investimento e disinvestimento degli *assets* patrimoniali, nell'obiettivo di gestire la sostenibilità del sistema con pensioni adeguate, attrezzandosi anche per garantire una maggior informazione a tutto campo per gli iscritti. **TM**

EUGENIO PATTARINO

Medico di medicina generale. Firenze

Eugenio Pattarino esperto ENPAM presso l'Ordine di Firenze

Dal 1° ottobre l'Ordine ha chiesto al dr. Eugenio Pattarino di fungere da consulente e tramite per le problematiche previdenziali; in particolare Enpam e pensioni integrative.

È possibile porre quesiti attraverso l'ufficio ordinistico rivolgendosi a:

Marina Dini - Tel. 055.496522 int. 1



Prisco Piscitelli, Laurea in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva all'Università Cattolica di Roma. Epidemiologo, è ricercatore presso il Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Firenze. Premio ESCEO 2009. Già professore a contratto alla Temple University (Philadelphia), Libera Università Mediterranea di Bari e Seconda Università di Napoli.

La Toscana e l'Università affrontano le fratture di femore degli anziani: il Progetto T.A.R.Ge.T.

Il progetto T.A.R.Ge.T. (acronimo di Trattamento Appropriato delle Ri-fratture Geriatriche in Toscana) è un programma quadriennale della Regione Toscana, realizzato in collaborazione con le Università di Firenze e di Siena, che si propone i seguenti obiettivi:

- ridurre l'incidenza delle fratture femorali e nello specifico delle ri-fratture di femore su base osteoporotica nei soggetti anziani (oltre i 65 anni di età);
- diminuire l'inappropriatezza derivante dal mancato avviamento dei pazienti con frattura femorale a terapie farmacologiche preventive di provata efficacia antifratturativa, nonché lo spreco di risorse legato ad una cattiva adesione alla terapia.

Per raggiungere questi obiettivi, la Regione Toscana ha chiesto agli ortopedici, ai medici di medicina generale e a tutti gli specialisti coinvolti nella gestione del paziente osteoporotico di operare in sinergia per avviare sistematicamente i pazienti con frattura femorale ad un efficace trattamento dell'osteoporosi fin dal momento della dimissione ospedaliera (l'obiettivo è garantire una terapia rimborsata almeno all'80% degli anziani fratturati), con massima attenzione alla compliance terapeutica (lo scopo è raggiungere una compliance di almeno un anno nell'80% dei pazienti e di almeno il 50% a due anni). La scelta della terapia antifratturativa, che include un'adeguata supplementazione con vitamina D, deve essere personalizzata per ciascun paziente anziano con frattura femorale (che molto spesso è una donna >75 anni

di età) tenendo conto della prevedibile adesione alla terapia da parte del/la paziente in relazione al suo stato di salute generale, dei possibili effetti collaterali, dello stato cognitivo e alla presenza di eventuali *care-givers* (familiari, badanti, personale delle case di riposo).

Il Progetto T.A.R.Ge.T. nasce con l'approvazione della delibera di Giunta Regionale n. 188 del 16 marzo 2009, anche come risposta ad un'ampia inchiesta condotta su tutto il territorio regionale

per conoscere quali fossero nell'opinione dei cittadini le priorità sanitarie da affrontare con urgenza e che vide comparire proprio le fratture femorali degli anziani come problema prioritario indicato direttamente dai cittadini toscani. Alla Direzione Generale per il Diritto alla Salute era demandata dalla giunta regionale ogni azione necessaria per l'attuazione del progetto, mentre le Università di Firenze e Siena venivano successivamente indicate dalla stessa Direzione Generale come coordinatori scientifici del programma. A conferma del "commitment" istituzionale la Regione Toscana ha inserito gli obiettivi del progetto T.A.R.Ge.T. nel "bersaglio" di valutazione dei direttori generali di tutte le aziende sanitarie e ospedaliere a partire dal 2011. Di fatto, con l'adozione del progetto T.A.R.Ge.T., la Toscana ha anticipato gli obiettivi che il governo nazionale si è prefisso solo alla fine del 2010, puntando proprio sulla prevenzione delle ri-fratture attraverso adeguate terapie da garantirsi all'80% dei soggetti ricoverati per fratture da fragilità, con un obiettivo di compliance del 70% ad un anno.

PRISCO PISCITELLI¹, CARLA RIZZUTI²,
SIMONE PARRI¹, DANIELA MERLOTTI³,
RANUCCIO NUTI³, LOREDANO GIORNI², MARIA
LUISA BRANDI¹

¹ Università degli studi di Firenze

² Regione Toscana, Settore Politiche del Farmaco, Innovazione e Appropriatazza

³ Università degli studi di Siena

A monte dell'implementazione di questo programma regionale specificamente dedicato agli anziani con frattura femorale vi sono considerazioni che coinvolgono sia la razionalizzazione della spesa per questa problematica sanitaria, sia l'obiettivo di aumentare i livelli di salute degli anziani fragili, che rappresentano una fascia sempre più numerosa della popolazione toscana. Basti pensare che a livello nazionale quasi il 70% di tutte le fratture femorali degli anziani si verificano oltre gli 80 anni di età ed il 16,5% riguarda gli ultranovantenni. Le Fratture di femore costano al SSN più dei ricoveri per infarto e ictus (per un totale di circa 1 miliardo di euro all'anno), ma per ridurre il numero di anziani fratturati ed i conseguenti costi ospedalieri, nonché le umane sofferenze che ne derivano, bisogna avere il coraggio di impegnarsi veramente per la prevenzione. La strada imboccata dalla Regione Toscana con il progetto T.A.R.Ge.T. è sicuramente quella giusta per diversi motivi di ordine organizzativo e gestionale:

- La Toscana spende 101 milioni di Euro per ricoverare e operare poco più di 8000 anziani ogni anno, dei quali il 30% muore entro un anno, il 50% diventa disabile (con costi a carico dell'INPS) e un 20% si frattura l'altro femore entro 4 anni: di qui il rationale della durata quadriennale del progetto, che prevede un controllo a posteriori rispetto alla situazione del quadriennio precedente. Ogni anziano con frattura femorale genera 12.625 euro di soli costi ospedalieri e riabilitativi. In questo contesto, l'unico modo per porre un freno alla spesa complessiva non è tagliare i costi alla cieca, ma spendere in maniera intelligente per una prevenzione mirata, guardando alla globalità della spesa anziché ragionare per compartimenti stagni tra i vari centri di costo.

- Meno di 1000 anziani con frattura femorale vengono oggi avviati a terapie antifratturative; per di più il 60% di questo già esiguo numero di pazienti interrompe quasi subito la cura vanificandone l'efficacia: in tal modo la Toscana spreca almeno 250.000 euro all'anno per terapie in Nota 79 troppo brevi nei fratturati di femore.

Nel 2009, la spesa farmaceutica nazionale a carico del SSN per farmaci di classe A è stata di circa 10 miliardi di Euro (+1.5% rispetto al 2008) e i farmaci attivi sull'apparato cardiovascolare sono

stati la principale categoria terapeutica in termini di spesa, per un totale di 3 miliardi 540 milioni (pari al 37% della spesa farmaceutica nazionale). I primi 30 principi attivi (di cui ben 24 sono sostanze attive sul sistema cardiovascolare) rappresentano quasi il 40% della spesa farmaceutica ed il 47% delle dosi per 1000 abitanti/die. *Dunque i farmaci per l'osteoporosi non compaiono ai vertici della spesa farmaceutica complessiva.* La spesa sostenuta per tutti i farmaci antifratturativi inclusi nella nota AIFA 79 rappresenta non più del 2,6% del totale della spesa farmaceutica nazionale. Ma quanta parte dei 252 milioni di euro spesi dal SSN per tutti i farmaci antifratturativi in nota 79 – in Toscana – circa 16.5 milioni di Euro nel 2008 – raggiunge gli obiettivi di compliance a cui è legata l'efficacia? La risposta è forse nei dati di spesa toscani che rappresentano le premesse del progetto T.A.R.Ge.T., in base ai quali si può stimare che in tutta Italia almeno 65 milioni di euro per farmaci erogati a carico del SSN siano sprecati in terapie troppo brevi per essere efficaci. Ciò conferma che affrontando il problema delle fratture di femore degli anziani in maniera globale (*disease management approach*), superando la parcellizzazione dei diversi centri di costo (visione "*component-based*"), la Regione meriterà la gratitudine dei cittadini ma avrà anche speso in modo intelligente risparmiando risorse. Economia sanitaria non equivale infatti a tagliare in modo indiscriminato i servizi che tutelano la salute dei cittadini, ma razionalizzare la spesa. L'orizzonte dell'etica incrocia i percorsi delle valutazioni economiche proprio in sanità, perché la salute è un bene "meritorio" che va tutelato di per sé, nella consapevolezza delle limitate risorse a disposizione e dunque alla luce ma non in funzione di mere considerazioni economiche. Ancora una volta la Toscana si propone come modello ed avanguardia proprio in un settore, quello delle fratture osteoporotiche femorali degli anziani, verso il quale le autorità nazionali stanno rivolgendo massima attenzione in relazione al costante invecchiamento della popolazione italiana. Quella del progetto T.A.R.Ge.T. è un'opportunità, ma anche una sfida da cogliere per tutto il personale sanitario coinvolto. Se sapremo vincerla ne guadagneranno i pazienti.

TM

CONVEGNI E CONGRESSI

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

Il convegno si terrà il giorno **8 Ottobre 2011** presso la sede dell'Ordine dei Medici, via G.C. Vanini, 15. Responsabile e coordinatore scientifico Prof. Fabio Franchini, Professore Associato di Pediatria Università Firenze. Componenti del Gruppo di studio degli Aspetti Nutrizionali e Comportamentali dell'Adolescenza Firenze: D.ssa E. Filippini, D.ssa S. Pisano, Dott.ssa F. De Stefani, Dott.ssa G. Bellini, Dott.ssa Mileti, Dott.ssa S. Tarducci, Dott.ssa C. Mancarella, Dott. G. Cotena, Prof. F. Franchini. Segreteria: S. Pisano 338/4315377 - G. Bellini giuliabellini84@libero.it. L'iscrizione è gratuita a: seminari_firenze@libero.it.

Farmacovigilanza in Toscana: risultati primo quadrimestre 2011

La farmacovigilanza italiana apre il primo quadrimestre del 2011 con risultati incoraggianti, confermando l'impegno costante nel monitoraggio e nella tutela della salute del paziente. Negli ultimi quattro anni infatti le segnalazioni di reazioni avverse sono più che triplicate. Se lo scorso anno la media italiana è stata di 336 segnalazioni per milione di abitanti per un totale di 20.186 segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci (vaccini compresi), segnando una crescita del 38% rispetto all'anno precedente, i primi quattro mesi del 2011 confermano un trend in crescita nel tasso di segnalazione nazionale con un incremento di 19 punti percentuali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Cinque regioni italiane si distinguono per l'attività di segnalazione: Lombardia, Toscana, Basilicata, Veneto e Lazio, rispettivamente con 323-255-156-112-110 segnalazioni per milione di abitanti (Figura 1), superando l'indicatore di qualità dell'OMS riferito al periodo in

esame (100 segnalazioni per milione di abitanti).

Questi successi sono stati raggiunti grazie ad una sempre più attiva collaborazione tra l'AIFA e i Centri Regionali di Farmacovigilanza. La rete

regionale della Toscana ad aprile 2011 ha raggiunto complessivamente un numero di segnalazioni di sospetta reazione avversa pari a

947, con un incremento di 71,2 punti percentuali rispetto all'anno precedente. La Regione Toscana si distingue anche per il numero di segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini, 21,04 per milione di abitanti rispetto a 15,59 della media nazionale. Le regioni che hanno dato un maggior apporto alle conoscenze scientifiche sulla sicurezza dei farmaci sono state Toscana, Sicilia, Veneto, Emilia Romagna, Lombardia e Campania. Il Centro Regionale Toscana si colloca al primo posto nel panorama della farmacovigilanza italiana per numero e qualità delle pubblicazioni.

Il lavoro dei centri di farmacovigilanza sul territorio ha permesso di sensibilizzare tutti gli ope-

LOREDANO GIORNI, MARIA PARRILLI
*Politiche del farmaco, Innovazione e Appropriatezza
Regione Toscana*

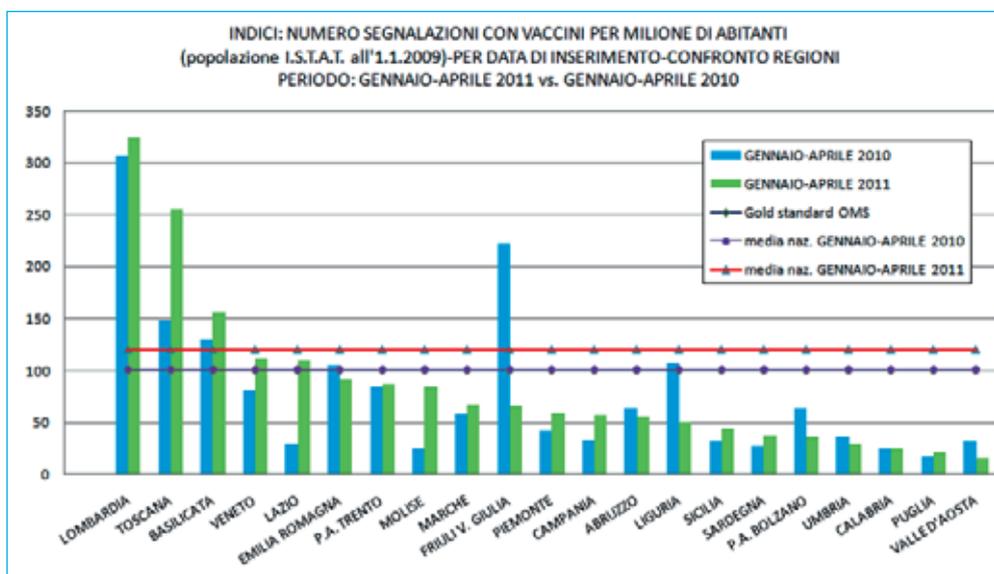


Figura 1 - Confronto del tasso di segnalazioni regionali con vaccini per milione di abitanti nel periodo gennaio-aprile 2011 vs. gennaio-aprile 2010.

DISPOSITIVI MEDICI: N. segnalazioni per INCIDENTI e MANCATI INCIDENTI, per 500.000 (gg. degenza 2009 + prestazioni ambulatoriali 2009), per Az. Sanitaria, inserite DAL GENNAIO 2008 (inizio gestione Data-Base) AL 30 APRILE 2011

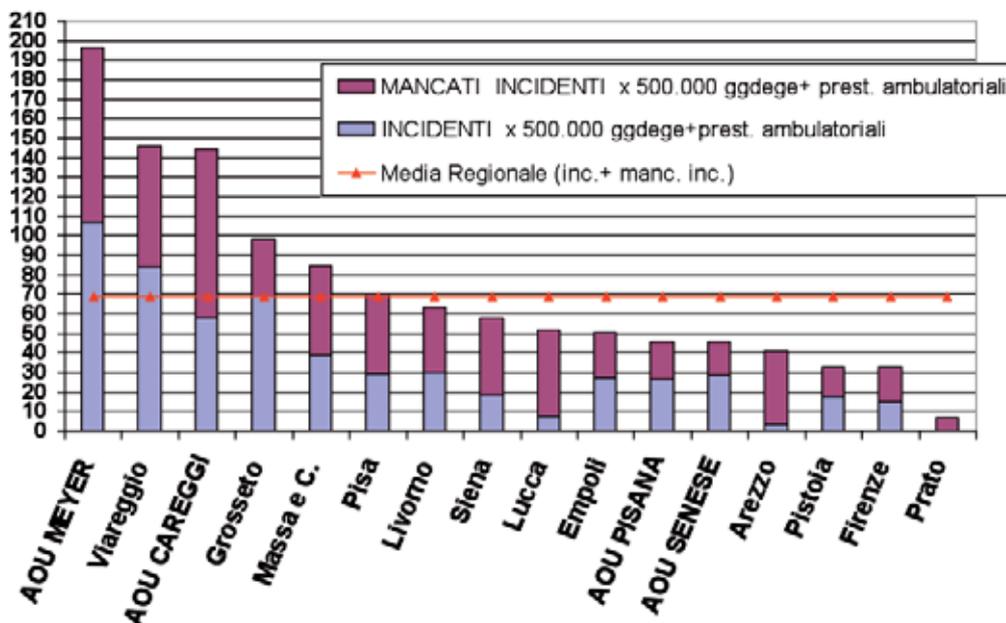


Figura 3 - Andamento delle segnalazioni di incidenti e mancati incidenti da dispositivi medici della Regione Toscana per il periodo gennaio 2008-aprile 2011.

gionali, fanno comprendere il contributo sostanziale del progetto al tasso di segnalazioni della Regione Toscana.

Lo studio ASTRAGALUS, attivato a partire da settembre 2010, è stato disegnato per registrare i pazienti che afferiscono alle U.O. di Reumatologia di quattro ospedali toscani Careggi, Pisa, Siena e Arezzo, al fine di monitorare gli eventi avversi che si osservano durante le terapie farmacologiche, con particolare attenzione per le terapie che prevedono l'impiego di farmaci biologici. I risultati dei primi quattro mesi del 2011 hanno portato a 39 segnalazioni.

Il miglioramento della qualità e della quantità delle segnalazioni è legato soprattutto alla formazione di professionisti con competenze specifiche e altamente qualificati dediti al monitoraggio delle reazioni avverse nei Centri di Farmacovigilanza. Ogni progetto è gestito da un borsista di riferimento, messo a disposizione dei vari centri e dal Centro Regionale di Farmacovigilanza, che ha il compito di raccogliere, valutare e gestire le segnalazioni, ed inoltre di supervisionare e coordinare i presidi ospedalieri coinvolti.

Nei prossimi mesi sono attesi ulteriori potenziamenti delle attività grazie al sostegno costante di AIFA e Regioni. Nel corso del 2011 la Regione Toscana ha in previsione di attivare nuovi pro-

getti di farmacovigilanza attiva nel contesto dei pazienti oncologici, dei pazienti cardiopatici, della gravidanza, e dell'anziano politrattato. I sistemi di monitoraggio rappresentano infatti un momento di valutazione unico che permetterà un'analisi continua e sempre più approfondita del profilo di sicurezza dei farmaci, assicurando una maggiore appropriatezza prescrittiva, con il fine di migliorare la salute del cittadino, e la diffusione in maniera capillare della cultura sulla farmacovigilanza.

A tal proposito, la Toscana è stata coinvolta da quest'anno nella redazione di un bollettino interregionale, "Focus Farmacovigilanza", pubblicato per diversi anni dal Centro Regionale Farmacovigilanza del Veneto ed oggi esteso ad una collaborazione su scala nazionale. Da marzo 2011, tale iniziativa coinvolge nella rete organizzativa anche i centri regionali di farmacovigilanza di Lombardia e Campania. Questa proposta editoriale ha lo scopo di creare un sistema informativo e formativo sulla farmacovigilanza, fornire spunti di riflessione che sfruttano l'esperienza dei vari centri per divulgare la cultura della sicurezza dei farmaci. Questo bollettino è rivolto non solo agli addetti ai lavori, ma a tutti i cittadini che sono utilizzatori diretti di farmaci o semplicemente interessati a tutti i risvolti delle terapie.

Le malattie veicolate da alimenti in Toscana

Il sistema di sorveglianza speciale regionale

Dal 1999 esiste in Toscana un sistema di sorveglianza speciale delle malattie veicolate da alimenti gestito dal Ce.R.R.T.A. - Centro di Riferimento Regionale sulle Tossinfezioni Alimen-

tari che è funzionalmente allocato presso il Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL 3 di Pistoia, U.F. Igiene degli Alimenti e Nutrizione. Gli scopi e le attività svolte dal Centro di Pistoia sono lo sviluppo di metodologie appropriate per la rilevazione e raccolta delle notizie relative alle malattie trasmesse da alimenti, la aggregazione ed elaborazione dei dati sugli episodi provenienti dalle Aziende USL toscane, la gestione del processo di feed-back nei confronti dei gruppi di interesse (operatori sanitari nel settore della Prevenzione in Sanità Pubblica, medici del territorio, dirigenti regionali), la formazione del personale sanitario deputato all'investigazione degli episodi.

Il lavoro del Ce.R.R.T.A. è consultabile sul sito: <http://www.usl3.toscana.it/Sezione.jsp?titolo=Centro+di+Riferimento+Regionale+sulle+Tossinfezioni+Alimentari+Ce.R.R.T.A&idSezione=710>.

Il tema della sicurezza alimentare con il passare degli anni è diventato sempre più rilevante in Europa. Con l'emanazione del Reg. CE 178/02 e

successivamente con l'introduzione del cosiddetto "Pacchetto igiene" 2004, l'Unione Europea ha regolamentato le attività comunitarie nell'ambito della sicurezza alimentare e tra le priorità, puntualizzate dalla Direttiva 99/2003/CE, sono state

individuate le attività investigative nei casi di focolai di malattie trasmesse da alimenti. L'Unione Europea ha di conseguenza istituito

un flusso di dati dagli Stati Membri alla Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare EFSA e al Centro Europeo per la Prevenzione e Controllo delle Malattie ECDC, relativo alle notizie emerse dalle indagini epidemiologiche, chiedendo esplicitamente l'invio di una serie di dati che necessariamente non possono che scaturire da programmi speciali di sorveglianza, non essendo tali informazioni previste nel flusso dati del SIMI, Sistema Informativo Malattie Infettive e Diffusive. La scelta della Regione Toscana di implementare un sistema di sorveglianza speciale sulle malattie veicolate da alimenti si è quindi rivelata vincente. La Toscana infatti è tra le poche regioni italiane che, possedendo un sistema di sorveglianza speciale sulle malattie trasmesse da alimenti è in grado di rispondere efficacemente a quanto richiesto dalla UE (Tabelle 1, 2).

COSTANZA PIEROZZI

Centro di Riferimento Regionale
sulle Tossinfezioni Alimentari - Regione Toscana

Tabella 1 - Focolai di malattie trasmesse da alimenti in alcuni Stati Europei *EFSA-ECDC Community Summary Report - Trends and Sources of Zoonoses and Zoonotic Agents and Food-borne Outbreaks in the European Union in 2009.*

| Focolai di malattie veicolate da Alimenti Unione Europa - Totale anno 2009 | | | |
|--|-------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Nazione | N. di focolai riportati | % sui focolai europei | Tasso per 100.000 abitanti |
| Regno Unito | 96 | 1,7 | 0,2 |
| Italia | 248 | 4,5 | 0,4 |
| Grecia | 53 | 1,0 | 0,5 |
| Germania | 602 | 10,8 | 0,7 |
| Polonia | 313 | 5,6 | 0,8 |
| Spagna | 416 | 7,5 | 0,9 |
| Olanda | 247 | 4,5 | 1,5 |
| Francia | 1256 | 22,6 | 2,0 |
| Slovacchia | 303 | 5,5 | 5,6 |
| Tutte le Nazioni UE | 5550 | | 1,1 |

Dai dati SIMI si evince come, in regioni come la Lombardia, il Piemonte, l'Emilia-Romagna e la Toscana, che da anni stanno sperimentando sistemi speciali di sorveglianza delle malattie veicolate da alimenti, sia maggiore la capacità di rilevare gli episodi, studiarli e riportarli mentre, evidentemente tale possibilità si perde quando l'unico sistema di segnalazione è quello indicato dal DM 15 Dicembre 1990 - SIMI.

Alla luce delle normative europee e con l'intento di migliorare ulteriormente la qualità dei dati sui focolai di malattie trasmesse da alimenti che devono essere comunicati alla UE, la Giunta Regionale Toscana con DGR 12 Luglio 2010 n° 657 ha approvato le "Linee Guida per la gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti". Le Linee Guida vogliono essere uno strumento che consenta agli operatori territoriali di trasmettere dati di qualità provenienti dalle indagini epidemiologiche effettuate sui focolai epidemici e casi sporadici di malattie veicolate da alimenti e che siano in grado perciò di fornire informazioni che permettano di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il sistema di sorveglianza toscano delle malattie veicolate da alimenti prevede l'individuazione in ogni Azienda USL di un referente che funge da raccordo tra un coordinamento regionale del sistema e gli operatori sanitari della propria Azienda che effettuano le investigazioni sugli episodi. Gli operatori, facendo riferimento a quanto stabilito dalle Linee Guida, effettuano l'indagine utilizzando la modulistica allegata a tale documento. Il punto di partenza è la segnalazione dell'episodio, sia accertato che sospetto, segnalazione che, oltre che dai medici di base ed ospedalieri, secondo quanto stabilito dal DM 15 Dicembre 1990, può provenire da privati cittadini, Forze dell'Ordine, altre Aziende USL. Un'inchiesta per malattie veicolate da alimenti è un'operazione complessa che non si limita

all'intervista alle persone coinvolte nell'episodio, malati e non, ma spesso prevede ulteriori analisi, microbiologiche e non, sui casi e loro conviventi, sugli alimenti, sugli operatori alimentari e sulle superfici su cui vengono processati e conservati gli alimenti. Lo scopo finale dell'inchiesta, oltre a quello di individuare i malati ed operare le misure di profilassi previste per evitare la propagazione nella comunità del patogeno, è principalmente quello di riuscire ad individuare l'alimento che lo ha veicolato ed interrompere perciò la catena di trasmissione della malattia attraverso il consumo del cibo contaminato. Altro scopo dell'inchiesta è il riconoscimento di operazioni scorrette di processazione degli alimenti, atteggiamenti questi che possono essere responsabili dell'instaurarsi di episodi anche in forma epidemica se rilevati in esercizi che operano servizi di ristorazione collettiva. All'inchiesta perciò partecipano tutte le figure professionali coinvolte nel sistema di salvaguardia della salute pubblica e della sicurezza alimentare, quindi: medici igienisti, infermieri e assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, medici veterinari, biologi che operano nei laboratori sia di Microbiologia Clinica che di analisi degli alimenti. Spesso, ad un'inchiesta per malattia trasmessa da alimenti, seguono prescrizioni, multe fino a sospensioni temporanee dell'attività dell'esercizio pubblico in cui si è verificato l'episodio, nel caso che vengano riscontrate gravi carenze igienico-sanitarie nel corso del sopralluogo effettuato a seguito del focolaio.

Al termine di quella che si può definire una vera e propria "investigazione" viene redatta su appositi moduli una relazione che viene inviata al coordinamento regionale del Ce.R.R.T.A.

Dal 2002 ad oggi il Centro aggrega i dati provenienti dal territorio e produce report riepilogativi sui focolai e casi singoli/sporadici di malat-

Tabella 2 - Focolai di malattie trasmesse da alimenti in Italia - Dati SIMI.

| Focolai epidemici di infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare Italia anno 2009 (Dati SIMI) | | | |
|---|---------------------------------|----------------|---------------------------------|
| Regione | N. di focolai notificati | Regione | N. di focolai notificati |
| Valle d'Aosta | 0 | Campania | 6 |
| Umbria | 0 | Abruzzo | 7 |
| Molise | 0 | Piemonte | 8 |
| Basilicata | 0 | Sicilia | 10 |
| Calabria | 0 | Veneto | 13 |
| Sardegna | 0 | Trentino | 21 |
| Puglia | 2 | Toscana | 21 |
| Friuli Venezia Giulia | 2 | Lazio | 26 |
| Marche | 3 | Emilia Romagna | 73 |
| Liguria | 6 | Lombardia | 105 |

tie trasmesse da alimenti, aggregando i dati per anno, Azienda USL, tipologia di alimento, agente responsabile e ambito di sviluppo dell'episodio. Tali report, oltre che fungere da messaggio di feed-back per gli operatori territoriali, vengono utilizzati dalle autorità preposte per implementare azioni preventive e di controllo su questo genere di patologie.

Si riportano a seguito i principali dati sui focolai provenienti da tali elaborazioni (Figura 1).

Dal 1999 ad oggi si evidenzia una sostanziale tendenza alla diminuzione del numero di focolai di malattie veicolate da alimenti in Toscana con conseguente diminuzione del numero di malati (Tabella 3).

Ogni anno è stato calcolato quante persone hanno fatto ricorso a cure ospedaliere (intendendo sia i pazienti ricoverati in reparto con più giorni di degenza sia gli accessi al Pronto Soccorso senza susseguente ricovero). Mediamente si può affermare che circa il 18% delle persone con patologia dovuta a consumo di alimenti contaminati ha dovuto far ricorso alle cure ospedaliere ed ha subito conseguenze anche gravi che sono arrivate in alcuni casi al decesso (5 casi negli anni 2002-

2009, principalmente anziani o soggetti affetti da patologie croniche) (Figura 2).

L'ambiente domestico è stato l'ambito di sviluppo del focolaio (intendendo il luogo in cui il pasto è stato consumato) in cui si sono sviluppati il 46,4% degli episodi, gli altri sono distribuiti tra ristoranti, mense e catering (Figura 3).

Il maggior responsabile di focolai di malattie veicolate da alimenti è risultato essere, come era da aspettarsi, il gruppo delle salmonelle non tifoides. L'andamento globale del numero di focolai da salmonella mostra una netta diminuzione ed è associato ad una iniziale prevalenza del sierogruppo D (per la maggior parte riferibile a *Salmonella Enteritidis*, la "classica" salmonella presente in uova e ovoprodotti) cui è seguito un incremento degli isolamenti di salmonelle del gruppo B, presumibilmente riferibili a *Salmonella Typhimurium* o alla più recentemente individuata *Salmonella* gruppo B monofasica (Figura 4).

Nella voce "altri agenti" sono compresi altri patogeni responsabili di focolai (*Campylobacter*, *E.coli* enteropatogeno, *Vibrio parahaemolyticus*, *Listeria monocytogenes* etc.) che nel totale sono stati responsabili di 13 focolai di cui, a titolo di

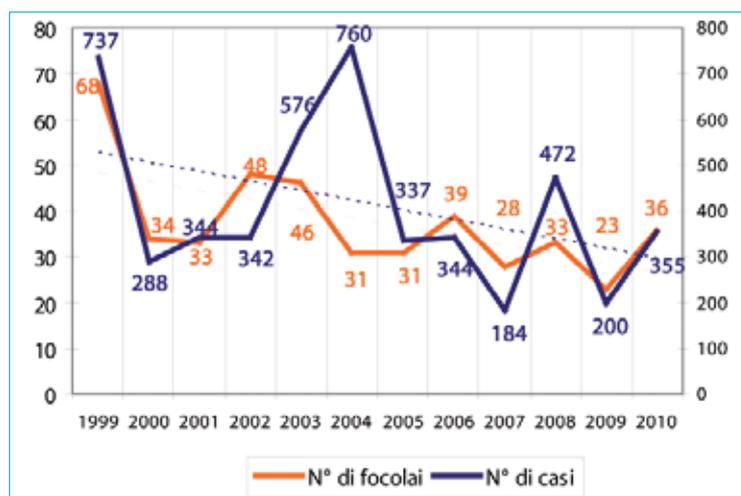


Figura 1 - Andamento temporale del numero di focolai e casi associati - Regione Toscana. Anni 1999-2010.

Tabella 3 - N° di casi ricoverati e percentuale sui casi totali.

| Anno | Casi totali | Casi ricoverati | % casi ospedalizzati |
|------------------|-------------|-----------------|----------------------|
| 2002 | 342 | 60 | 17,5 |
| 2003 | 576 | 69 | 12,0 |
| 2004 | 760 | 177 | 23,3 |
| 2005 | 337 | 48 | 14,2 |
| 2006 | 339 | 63 | 18,6 |
| 2007 | 184 | 31 | 16,8 |
| 2008 | 472 | 40 | 8,5 |
| 2009 | 200 | 67 | 33,5 |
| 2010 | 355 | 85 | 23,9 |
| 2002-2010 | 3574 | 643 | 18,0 |

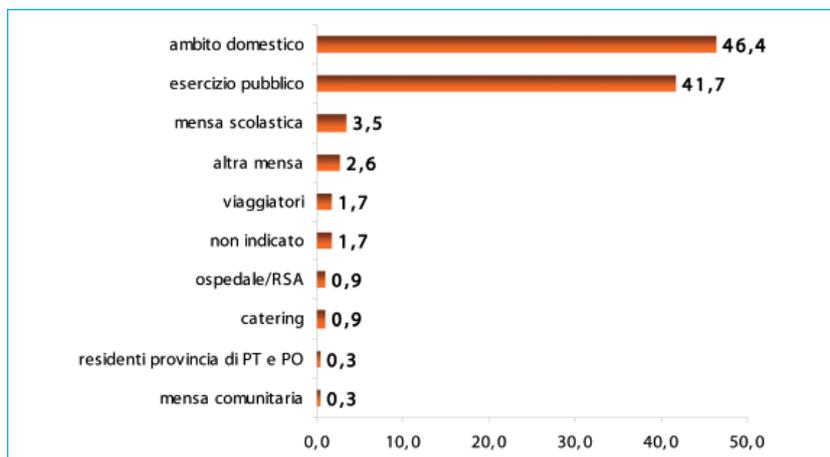


Figura 2 - Ambito di sviluppo dei focolai. Anni 2002-2010 (valori percentuali).

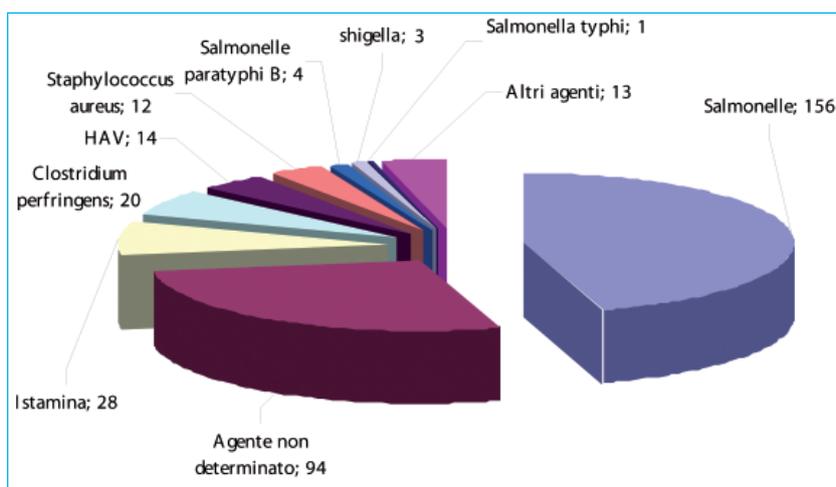


Figura 3 - Agenti responsabili di focolai e n. di focolai correlati. Anni 2002-2010

esempio, uno da consumo di acqua di fonte contaminata da *Francisella tularensis* spps palaeartica che ha coinvolto 39 persone ed uno da consumo di un'erba tossica contenente colchicina ed utilizzata per preparare una omelette, con 21 casi associati (Figura 5).

Gli alimenti più frequentemente implicati in focolai di MTA risultano essere le uova e prodotti correlati, seguiti da pesce e carne. Da notare come i prodotti carnei siano i responsabili del maggior numero di casi (1071 nei 9 anni) e di questi, 727 dovuti a *Clostridium perfringens*. Dei 727 casi 276 si sono verificati a seguito di consumo di alimenti in esercizi pubblici, 371 in mense scolastiche e 46 in RSA.

In circa un quarto dei focolai non è stato possibile risalire all'alimento che ha veicolato l'agente patogeno (colonna "non determinato") Ciò spesso è dovuto al ritardo con cui giunge la segnalazione che, si ricorda, deve essere effettuata anche solo per il sospetto di una malattia veicolata da alimenti. Tale ritardo sovente non permette di reperire gli alimenti responsabili, che spesso sono già stati consumati o gettati e rende difficile ai soggetti coinvolti ricordare ciò che hanno consumato, essendo necessario, in considerazione dei periodi di incuba-

zione, risalire a menù anche di 3-5 giorni prima ed in alcuni casi anche oltre (Epatite A, Listeriosi).

L'inchiesta per malattia trasmessa da alimenti si attiva a partire da varie fonti; per individuare quelle che maggiormente forniscono la notizia e quantificare l'entità del ritardo della notizia, a partire dall'anno 2010, è stato chiesto alle Aziende USL di indicare, nella relazione finale dell'episodio le fonti, i tempi con cui giunge la notifica e i tempi di inizio dell'indagine.

Dall'elaborazione dei dati è emerso che il tempo medio tra inizio dei sintomi e inizio dell'inchiesta epidemiologica è di **5,16** giorni, con una media di **4,7** giorni tra l'inizio sintomi e la notifica e **0,05** giorni tra la notifica e l'inizio indagine (Tabella 4, Figura 6).

Tabella 4 - Media dei giorni trascorsi dall' inizio dei sintomi all'arrivo della notizia differenziati per fonte.

| Fonte della notizia | Giorni inizio sintomi - notizia |
|-------------------------|---------------------------------|
| Pronto Soccorso | 0.87 |
| Privato cittadino | 1.28 |
| Forze dell'Ordine | 3.2 |
| MMG/ Medico ospedaliero | 11 |

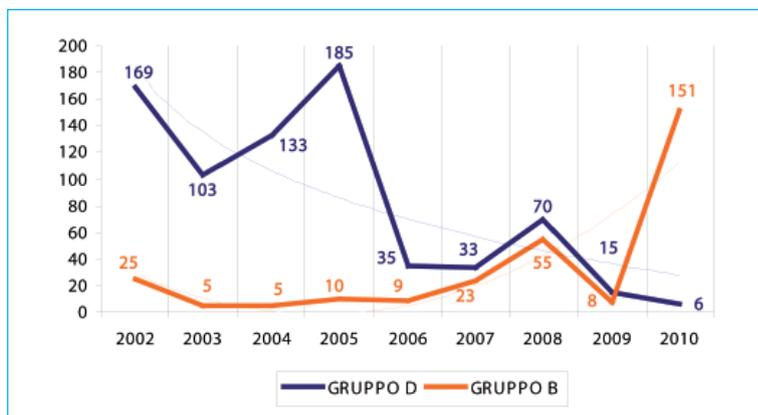


Figura 4 - Casi di salmonellosi associati a focolai epidemici suddivisi per sierogruppo. Anni 2002-2010.

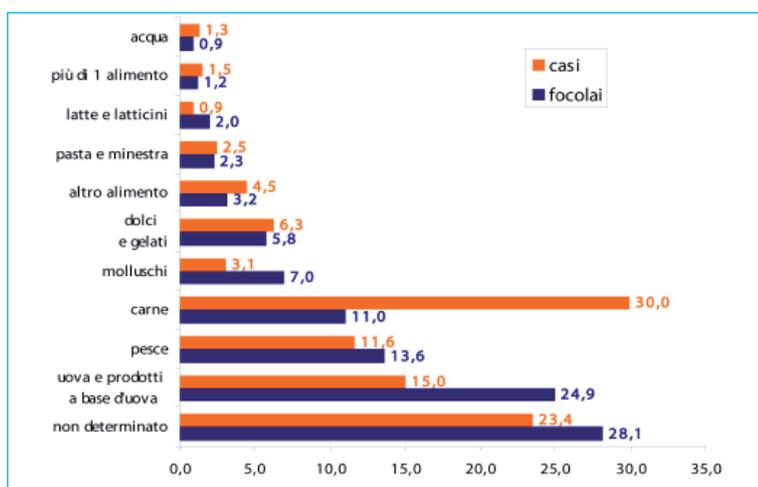


Figura 5 - Alimenti responsabili di focolai. Anni 2002-2010 (valori percentuali).

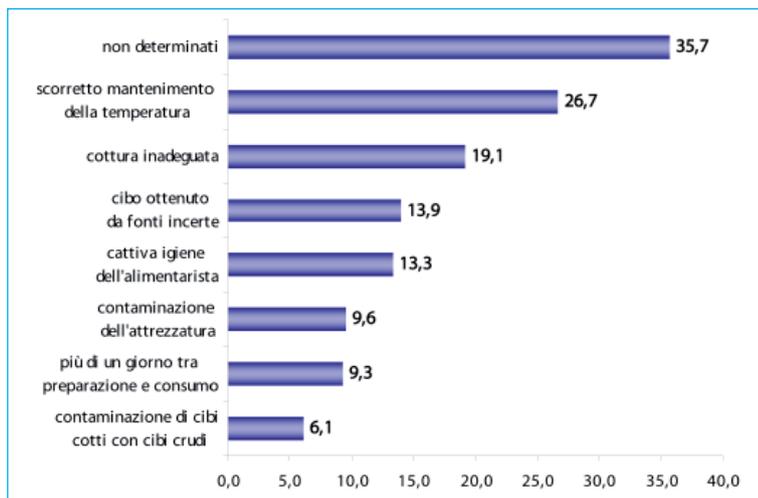


Figura 6 - Fattori che hanno contribuito allo sviluppo del focolaio (valori percentuali). Regione Toscana. Anni 2002-2010.

Tra i dati forniti dalle Aziende USL figurano le valutazioni, effettuate dagli operatori che hanno indagato l'episodio, su quali potrebbero essere i comportamenti errati che avrebbero favorito lo sviluppo del focolaio. L'interruzione della catena del freddo risulta essere il comportamento che più ha contribuito al verificarsi della contaminazione,

legato anche ad una cottura inadeguata, intendendo con questo termine anche il consumo di prodotti crudi. Nella maggior parte dei casi, però, non sono stati individuati comportamenti scorretti, sempre a causa del ritardo di indagine che non ha permesso una investigazione in "tempo reale".

Ecocardiografia e supporto vitale avanzato



Simone Cipani laureato a Fi e specializzato in Anestesia e Rianimazione nel 2001. Si è sempre occupato di emergenza e di formazione. Istruttore ACLS ANMCO American Heart Association dal 2006 dedicandosi alla formazione di personale infermieristico e medico in emergenza urgenza. Istruttore ACLS ASF 10. Si occupa di ecocardiografia dal 2008.

I decessi da attività elettrica senza polso (PEA) e da asistolia sono aumentate. Sono le tipiche cause di decesso dei pazienti critici ospedalizzati in cui si verifica un progressivo deterioramento dei parametri vitali. Queste forme di arresto cardiaco possono essere corrette individuando le sottostanti cause come raccomandato dalle linee guida European resuscitation council (ERC)/American Heart Association (AHA) 2010. L'uso degli ultrasuoni al letto del paziente vittima di arresto cardio respiratorio permette una diagnosi ed un trattamento precoce.

Il protocollo C.A.U.S.E (cardiac arrest ultrasound exam) identifica cinque cause di attività elettrica senza polso diagnosticabili con l'utilizzo degli ultrasuoni che sono: **tamponamento cardiaco, ipovolemia, embolia polmonare, pnx iperteso e pea vera** (da differenziarsi dalla pseudoepa dove è evidenziabile un movimento di parete miocardica e quindi maggior chances di un ritorno ad un circolo spontaneo). Tale diagnosi può essere performata semplicemente acquisendo competenze eco di primo livello e non richiede più di quindici secondi di interruzione durante le manovre di rianimazione cardiopolmonare avanzata; questo in perfetta armonia con il dogma delle linee guida ERC/AHA 2010 riguardante la minima interruzione delle compressioni toraciche esterne duran-

te rianimazione cardiopolmonare.

Le finestre acustiche utilizzabili in emergenza sono: **sottocostale, parasternale ed apicale 4 camere**.

La completa assenza di movimento contrattile permette quindi di diagnosticare la vera PEA e ciò permette l'immediata somministrazione di vasoattivi e riempimento volemico. Il tamponamento pericardico con collasso del ventricolo destro può essere evidenziato attraverso gli approcci sottocostale e parasternale e ciò permette di porre diagnosi differenziale tra tamponamento cardiaco e pnx iperteso, talvolta di non facile

distinzione per clinica ed obiettività. Il pnx iperteso si evidenzia per l'assenza dell'effetto sliding pleurico e delle linee B a livello del secondo spazio

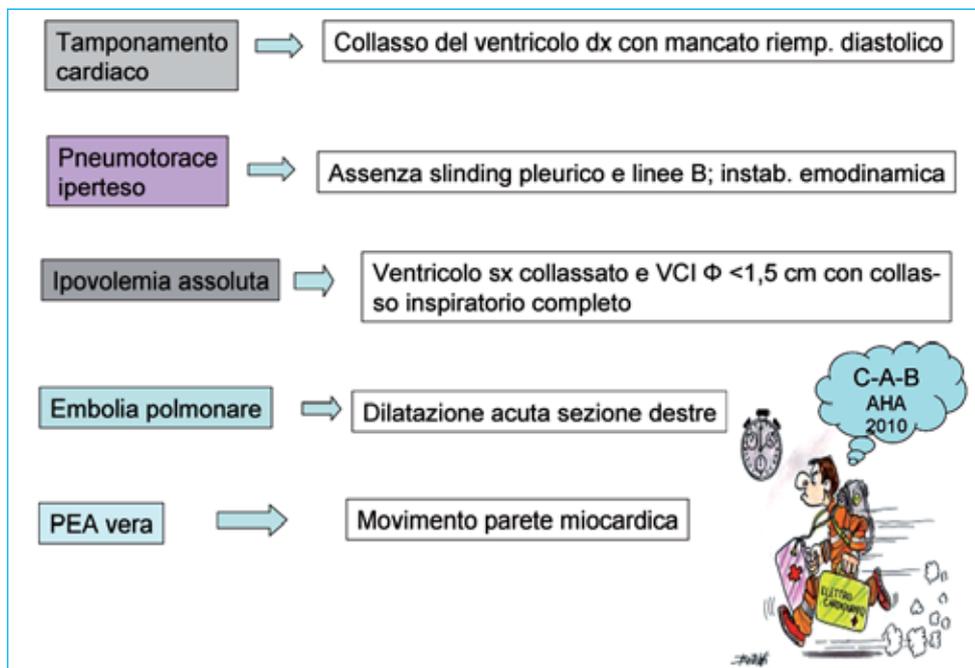
intercostale a livello emiclaveare bilateralmente ed instabilità emodinamica.

L'aspetto collassato del ventricolo (kissing ventricle) attraverso l'approccio parasternale asse lungo e di una Vena Cava inferiore, attraverso finestra sottocostale, con diametro < 15 mm permette di porre diagnosi di ipovolemia e giustifica un'aggressiva resuscitazione fluidica.

La trombos polmonare evidenzia un quadro di cuore polmonare con dilatazione acuta della sezioni

destre che sovrastano le sezioni sinistre. Tale reperto eco è evidente quando si ha un'ostruzione del 30% dell'arteria polmonare a causa di un embolo determinante arresto cardiaco da mancato ritorno venoso sinistro. Ecco quindi che l'ecocardiografia rappresenta uno strumento indispensabile per l'intensivista, dove una diagnosi precoce in situazioni di periarresto permette maggiori chances di sopravvivenza per il paziente critico.

SIMONE CIPANI, FEDERICA MARINI,
CLAUDIO POLI, ARMANDO SARTI
SC Anestesia e Rianimazione Ospedale S Maria Nuova
ASF 10, Firenze



TM



Canio Martinelli Specialista in Malattie Infettive, Dermatologia e Venereologia, Allergologia ed Immunologia Clinica. Dirigente Medico I Livello Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, SOD Malattie Infettive

Studio epidemiologico sulla sifilide e la co-infezione da HIV a Firenze nel periodo 2003-2009

INTRODUZIONE

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST), costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica. La loro incidenza è in continuo aumento grazie anche alla maggiore mobilità, all'aumento della tendenza ad avere rapporti sessuali con più partners, all'abbassamento dell'età del primo rapporto sessuale ed una delle categorie più a rischio è quella dei giovani adolescenti. Va anche ricordato che le lesioni e le infiammazioni genitali dovute alle diverse infezioni sessualmente trasmesse aumentano consistentemente il rischio di trasmissione di HIV (AIDS). Il controllo pertanto delle infezioni sessualmente trasmesse dovrebbe essere una delle priorità delle organizzazioni sanitarie e la strategia dovrebbe basarsi soprattutto sulla prevenzione con misure che vanno dalla identificazione delle persone infette, al loro trattamento, alla prevenzione di ricadute e alla prevenzione della trasmissione. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'incidenza delle infezioni sessualmente trasmesse sarebbe circa 350 milioni di nuovi casi all'anno. Nel nostro paese, in base ai dati disponibili, si valuta che le infezioni sessualmente trasmesse possano essere più di mezzo milione l'anno e che assorbono ingenti risorse finanziarie. Di qui la proposta per creare un percorso assistenziale specifico per il paziente con infezione sessualmente trasmessa, che integra la collaborazione tra il dipartimento di Medicina Specialistica cui afferisce la SOD di Malattie Infettive e il Dipartimento di Laboratorio cui afferiscono la SOD Accoglienza e le SOD di Microbiologia e Virologia.

LA SIFILIDE NEL MONDO

Benché si considerasse pressoché scomparsa fino agli anni '60 del secolo scorso, la sifilide ha ripreso a diffondersi negli anni '80, in concomitan-

za con la diffusione dell'epidemia da HIV. Ad oggi, la sifilide, considerata una patologia "riemersa", rappresenta una delle infezioni sessualmente trasmesse più diffuse, con tassi di incidenza in aumento, in particolare fra giovani adulti dai 15 ai 34 anni. Nel 1999 l'OMS registrava 14 milioni di nuovi casi in tutto il mondo, di cui 140.000 in Europa. A partire dal 2000 si sono verificate epidemie di sifilide sia nelle grandi capitali d'Europa e degli Stati Uniti, soprattutto fra i maschi che hanno rapporti con altri maschi, gli MSM (men who have sex with men - uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini) degli anglosassoni. Il biennio 2000-2001 ha visto un largo incremento nelle grandi città europee, con un 70-95% dei casi diagnosticati fra gli MSM. Similmente, negli Stati Uniti si sono osservati tassi di incidenza aumentati del 9.1% fra il 2001 ed il 2002, con 760 nuovi casi nel 2002, che hanno continuato a salire fino al 2006. È da notare inoltre come molti casi di sifilide siano stati sotto-diagnosticati negli ultimi decenni: ciò è vero specialmente nelle forme di sifilide secondaria, scambiate per infezioni virali o manifestazioni allergiche. Inoltre, non vi era l'abitudine di richiedere test sierologici per la sifilide in pazienti che mostravano eruzioni simil-pitiriasi rosea o simil-parapsoriasi guttata.

LA SIFILIDE IN ITALIA

Per quanto riguarda l'Italia, in passato i dati sulla diffusione delle infezioni sessualmente trasmesse erano elaborati unicamente dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e dal Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI), il quale è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e comprende vari centri localizzati nella maggior parte delle regioni italiane. Nel 1990 è stato creato un sistema di sorveglianza composto dai centri specializzati nella diagnosi e cura delle IST,

CANIO MARTINELLI¹, LINDA TOGNETTI²,
GRAZIA COLAO³, ANTONIO CAROCCI¹,
PAOLA CORSI¹, PATRIZIA BORDONARO⁴,
PATRIZIA PECILE⁵, FRANCESCO LEONCINI¹

¹ Unità di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

² Clinica Dermatologica II, Divisione di Dermatologia Clinica, Preventiva ed Oncologica - Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Università di Firenze

³ Laboratorio di microbiologia, virologia e siero-immunologia, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

⁴ Ambulatorio Accoglienza dei Servizi di Laboratorio

⁵ Laboratorio di Microbiologia

che sono andati ad aumentare progressivamente, allo scopo di colmare il divario esistente fra i dati statistici disponibili e la reale situazione epidemiologica. A partire dal 1999, questo sistema ha garantito un controllo su quasi tutto il territorio italiano. Queste fonti hanno rilevato un trend in crescita della sifilide a partire dalla fine degli anni '90, con un aumento di casi di circa 10 volte dal 2000 al 2007. In particolare, le notifiche italiane di infezione sifilitica sono state 321 nel 1999, 351 in 2000, 451 nel 2001, 793 nel 2002, 1084 nel 2003 e 1345 (1032 maschi e 231 femmine) nel 2004. L'incremento maggiore, pari al 92%, si è verificato nel biennio 2000-2002. Le epidemie di sifilide si sono verificate in varie regioni italiane ed hanno interessato principalmente le grandi città come Roma e Milano, dove l'infezione era maggiormente diffusa fra gli uomini HIV-positivi. La regione Lombardia ha registrato l'incidenza maggiore (347 casi), seguita dal Lazio (323 casi), l'Emilia-Romagna (166 casi) e dal Piemonte (157 casi). A Milano, si è passati da 46 nel 2000 a 211 casi nel 2002, mentre a Roma da 77 nel 2002 a 118 nel 2004. Considerando la distribuzione per età, fra il 2000 ed il 2006 nella fascia 15-24 anni è stato stimato complessivamente un aumento del 146% del tasso d'incidenza, che saliva al 199% nella fascia 25-64 anni. La maggiore incidenza nella fascia d'età 15-24 è stata registrata nella provincia di Trento, mentre in Friuli-Venezia Giulia e Lazio per il gruppo 25-64 anni. Una fotografia del 2005 della situazione nella categoria 15-24 anni vedeva la sifilide latente prevalente nella femmine (9.6% vs 4.1% dei maschi), mentre l'infezione primaria e secondaria era più diffusa fra i maschi (4.2% vs 2.8% delle femmine). Come nelle altre nazioni, anche in Italia la categoria più colpita era (ed è tutt'oggi) quella degli MSM HIV-positivi: essi infatti rappresentavano l'81% delle notifiche italiane di sifilide nel 2000, il 70% nel 2001 ed il 72% nel 2002. In particolare, gli MSM costituivano l'85% della casistica del centro MTS di Milano fra il 2000 ed il 2002. A Roma, la co-infezione HIV-sifilide si è rilevata nel 48% degli MSM nel 2001, che è scesa a 28% nel 2002 e 22% nel 2003: un terzo di questi pazienti non era conscio di essere HIV-positivo prima della diagnosi di sifilide. Nel 2007, avendo registrato un considerevole incremento nei casi di sifilide, il Centro per le infezioni sessualmente trasmesse di Milano ha lanciato l'allarme per focalizzare l'attenzione pubblica sul problema. Con questo intento, nell'agosto dello stesso anno il Ministero della Salute ha promosso la campagna "Non solo aids" rivolta alla sensibilizzazione della popolazione verso le infezioni sessualmente trasmesse.

LA SIFILIDE NELL'AREA FIORENTINA

Reclutamento dei pazienti

All'inizio degli anni 2000, i dati disponibili sulla popolazione toscana affetta da sifilide risultava-

no relativamente pochi. Abbiamo pertanto condotto questo studio epidemiologico in un periodo di 7 anni al fine di stimare la diffusione dell'infezione, i comportamenti sessuali e le patologie associate riflettessero la situazione presente nelle altre regioni. Fra il gennaio 2003 ed il dicembre 2009 abbiamo esaminato 259 casi di sifilide primaria e secondaria presso il Centro per le infezioni sessualmente trasmesse dell'Unità di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC) di Firenze. Tale Centro raccoglie una buona parte dei casi di sifilide dell'area fiorentina, alla quale, secondo i dati ISTAT, appartengono circa 2/3 di tutta la casistica Toscana. Non sono stati inclusi nello studio i casi di sifilide congenita. I pazienti erano inviati al nostro Centro dai medici di medicina generale, dai ginecologi, dai medici del pronto soccorso o dagli Ambulatori dell'Accoglienza, qualora riscontrassero un test positivo per la sifilide o mostrassero lesioni patognomiche.

Diagnosi clinica

La diagnosi di sifilide primaria veniva fatta in presenza del sifiloma, nodulo eroso non dolente con margini netti e bordo duro e rilevato, localizzato nel sito di inoculo del *Treponema Pallidum*, e della linfadenite satellite associata. Sono state osservate varie manifestazioni di sifilide secondaria, fra cui il sifiloderma eritematoso e papuloso ed i condilomi piani (o *condylomata lata*), papule o placche piane, vellutate, da rosa pallido a biancastre-opaline, localizzate in sede mucosa tipicamente perianogenitale). Il sifiloderma eritematoso (o *roseola sifilitica*) era diagnosticato in pazienti che presentavano numerose chiazze eritematose color rosa fior di pesco o bruno-cianotiche non pruriginose localizzate in prevalenza al tronco e alla superficie flessoria degli arti superiori, talvolta con tipico interessamento di piante e palme. Il sifiloderma papuloso era diagnosticato in presenza di papule intensamente pruriginose da rosso-rosee a rameiche (con aspetto *a lenticchia* nella varietà più frequente) localizzata al volto, regioni periorificali, fianchi, superficie antero-mediale degli arti inferiori e palmo-plantari. Abbiamo preso in considerazione anche presentazioni cliniche meno comuni, faringite, quali alterazioni ungueali (onichia sifilitica), alopecia areolata non cicatriziale, lesioni ipo-iperpigmentate (*leucomelanoderma sifilitica*), uveiti, meningismo, febbre, malessere e linfadenopatia.

ANALISI DI LABORATORIO

Tutti i campioni di siero sono stati testati in primis con il test treponemico ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) (Trep-Sure™ EIA, Diamedix, Italy®). I campioni che risultavano avere un test ELISA positivo o indeterminato venivano sottoposti al test non treponemico RPR (rapid plasma reagin) per la ricerca degli anticorpi anti-treponema: quelli con un titolo inferiore a

1:8 erano destinati, per conferma, alla reazione di emo-agglutinazione TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay) (ASI TPHA test kit, Arlington Scientific, USA®). I campioni con un test ELISA positivo o indeterminato ed un titolo RPR di 1:8 venivano considerati indicativi di infezione recente, mentre un titolo RPR inferiore a 1:8 ed una reazione ELISA positiva indicavano una infezione pregressa. Contrariamente, risultati negativi al test ELISA o al TPHA escludevano l'infezione sifilitica sia recente che pregressa. Per distinguere una infezione recente da una pregressa, i sieri venivano anche testati con la reazione di immunofluorescenza FTA-Abs (fluorescent treponemal antibody-absorption). Tutti i pazienti sono stati sottoposti al test di screening ELISA per l'infezione da HIV (ADVIA Centaur HIV Ag/Ab Combo, Siemens, USA®), ed i risultati positivi confermati dall'analisi Western blot (HIV Blot 2.2, Genelab Diagnostics, USA®).

CARATTERI CLINICI E COMPORTAMENTALI DELLA CASISTICA

Nel periodo di studio abbiamo raccolto dati generali (sesso, età, cittadinanza), clinici (stadio dell'infezione, presenza o meno dell'infezione da HIV), caratteri etnico-culturali e luogo, sospetto o sicuro, di contagio. I comportamenti sessuali dei pazienti, il loro orientamento sessuale, il numero di partner e la pratica di rapporti non protetti sono state indagate tramite un questionario standardizzato. Ai pazienti è stato inoltre chiesto quale sospettassero essere la via di trasmissione dell'infezione fra sesso vaginale, anale ed orale. Al fine di stimare la distribuzione per età dell'infezione sifilitica primaria e secondaria abbiamo suddiviso la casistica in 6 fasce di età: 0-15, 16-30, 31-45, 46-60, 61-75 e 76-90 anni.

RISULTATI

Il numero di casi di sifilide è variato ampiamente negli anni, con un aumento progressivo dal 2004 al 2008 pari al 148% (Figura 1). In base allo stadio d'infezione, 202 (78%) dei pazienti erano affetti da sifilide primaria/secondaria e 57

(22%) presentavano entrambe le forme, mostrando lesioni proprie della infezione primaria e secondaria. Relativamente alla distribuzione per età, la fascia 31-45 anni è stata la più numerosa, con 123 pazienti; seguivano la categoria 45-60 anni (75 pazienti), la 16-30 (37 pazienti) e la 61-75 (18 pazienti). Tre pazienti appartenevano, rispettivamente, al gruppo under-15 e a quello over-76 (Figura 2). Per quel che riguarda la distribuzione per sesso (Figura 3), quello maschile è risultato prevalente. Il numero dei pazienti maschi superava di circa 4 volte quello delle femmine (209 vs 50) e questo divario è rimasto pressoché stabile per tutto il periodo di studio. Infatti, i maschi costituivano il 72% della casistica nel 2003 e 2004, l'84% nel 2005, il 79% nel 2006, il 94% nel 2007, il 77% nel 2008 e l'81% nel 2009. La maggior parte dei maschi (80%) rientrava nel gruppo 45-60 anni, mentre le femmine erano più numerose nella fascia d'età 20-30. L'incremento numerico è stato particolarmente evidente nel biennio 2006-2008 per entrambi i generi. Considerando la cittadinanza, i 2/3 circa dei maschi erano italiani, il rimanente immigrati stranieri, mentre fra le femmine vi erano 34 immigrate dall'Africa e dall'Est Europa, e 12 italiane. La percentuale di pazienti co-infettati con sifilide ed HIV per ogni anno dello studio è mostrata nella (Figura 4). Nel totale dei 7 anni, i pazienti affetti da sifilide e HIV erano 147 (57%), contro i 112 (43%) sifilitici HIV-negativi. La prevalenza più alta della co-infezione HIV/sifilide si è registrata nel 2007. Fra il 2004 ed il 2008, gli HIV-positivi sono aumentati del 244.4%. Fra i pazienti maschi HIV-positivi, circa l'82% erano MSM. Di particolare interesse il fatto che oltre un terzo dei pazienti co-infettati erano ancora ignari di aver contratto l'infezione da HIV al momento della nostra osservazione clinica. Pertanto, questi pazienti nei quali l'infezione da HIV è stata rivelata durante le analisi di laboratorio (con un livello dei linfociti CD4+ < 200 cellule/ml) sono stati definiti *late presenters*. Essi rappresentavano il 32.8% di tutti i pazienti HIV-positivi, e 44 di loro (51.7%) si trovavano in uno stadio avanzato di infezione da HIV. I dati relativi al comportamento sessuale dei

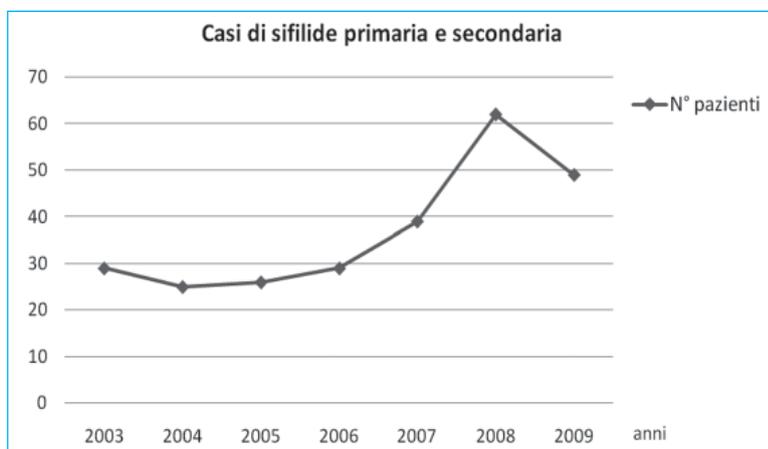


Figura 1 - Andamento dell'infezione sifilitica in 7 anni.

pazienti, ottenuti tramite questionario standardizzato ed anamnesi, sono mostrati nella Tabella 1. Dall'indagine è emerso che il 57.4% dei partecipanti ha avuto il debutto sessuale prima dei 18 anni, che le percentuali di rapporti non protetti sono alte (70%), soprattutto il sesso orale (91%). Abbiamo stimato che il 79.9% dei maschi erano MSM, 62.% circa omosessuali e 18% bisessuali. Relativamente alla domanda su quale fosse la via di contagio sospettata, il 49% dei pazienti ha risposto il sesso anale, 37% il sesso vaginale e 14% il sesso orale. Diversamente, in base all'anamnesi e all'esame obiettivo, abbiamo stimato che il sesso orale era la probabile causa del contagio in circa il 70% dei pazienti totali, nell'80% degli MSM e nel 73% dei pazienti HIV-positivi.

DISCUSSIONE

L'inflessione osservata fra il 2008 ed il 2009, quando i casi sono scesi da 49 a 42, potrebbe essere messa in relazione con la maggiore informazione sulle modalità di contagio che è stata promossa dalla campagna di sensibilizzazione sulle infezioni sessualmente trasmesse promossa in Italia dall'agosto 2007. I fattori di rischio comportamentali che portano alla trasmissione dell'infezione sifilitica sono pressoché gli stessi delle altre infezioni sessualmente trasmesse: rapporti sessuali non protetti, alto numero di *partners* contemporanei, promiscuità, prostituzione, rapporti con persone di cui si ignora se siano in fase latenza dell'infezione da HIV. Da considerare anche il ruolo svolto dai social network on-line, che nell'ultimo decennio hanno fornito una facile e rapida via per incontrare *partners* sessuali, di cui non si conosce lo stato di portatore di infezioni sessualmente trasmesse, soprattutto fra gli MSM. Tali cambiamenti nei comportamenti sessuali, unitamente all'aumento dei viaggi e delle migrazioni da aree ad alta prevalenza, hanno contribuito al riemergere della sifilide, più che una suscettibilità biologica. Nella nostra casistica, le cause principali della trasmissione della sifilide sono state la disinformazione

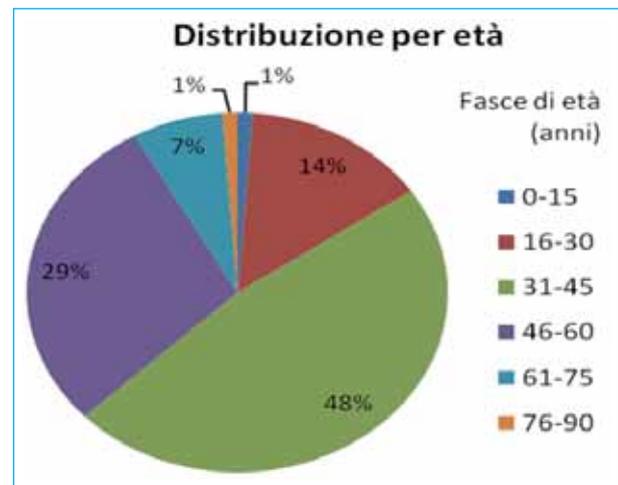


Figura 2 - Percentuali di distribuzione per fasce di età della casistica.

sull'esistenza di infezioni sessualmente trasmesse che presentano fasi di latenza e sintomaticità e l'ignoranza circa le modalità di contagio. Infatti, le nostre interviste hanno messo in evidenza il fatto che la quasi totalità dei pazienti non considera il sesso orale come una possibile via di trasmissione dell'infezione. Molti pazienti sono quindi rimasti sorpresi al momento della diagnosi di infezione sifilitica. Inoltre, vari MSM HIV-positivi che pure avevano rapporti anali protetti praticavano, però, sesso orale non protetto, considerandolo sicuro. Un precoce debutto sessuale è pure un fattore di rischio, unito alla maggiore disinformazione che si ha in giovane età. Abbiamo diagnosticato 4 casi di sifilide acquisita in ragazze fra i 14 ed i 16 anni fra il 2008 ed il 2009. I risultati del nostro studio riguardanti una prevalenza dell'infezione sifilitica nei pazienti HIV-positivi sono in linea con quelli condotti in Europa, Stati Uniti e Cina. Le ragioni della predominanza di questa co-infezione non sono ancora del tutto chiare, ma possono essere messe in relazione sia con la maggior suscettibilità alle infezioni degli HIV-positivi, sia alla maggior pratica di sesso non protetto rispetto ad

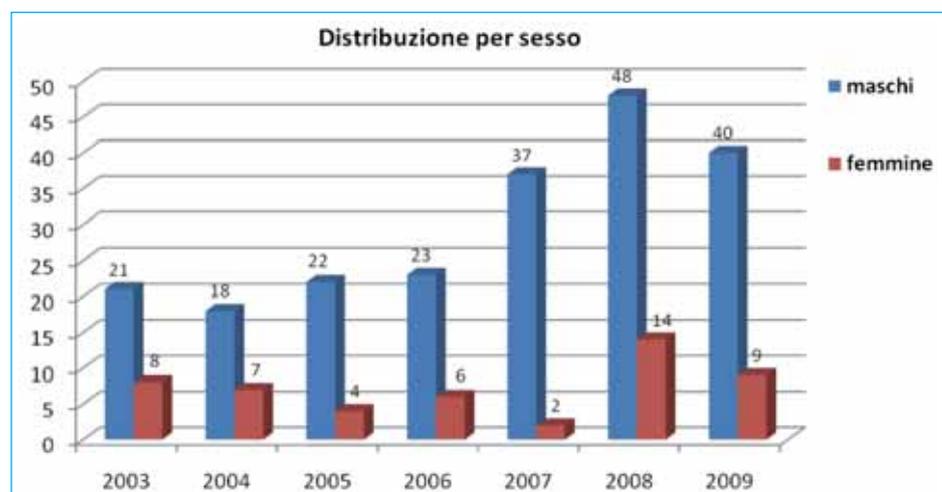


Figura 3 - Distribuzione per sesso della casistica.

Tabella 1 - Analisi del comportamento sessuale dei pazienti con sifilide.

| | Maschi (209) | Femmine (50) |
|---|--------------|--------------|
| Variabile | % (n) | % (n) |
| Età al debutto sessuale | | |
| < 18 anni | 46.9% (98) | 68% (34) |
| ≥ 18 anni | 53.1% (111) | 32%(16) |
| Orientamento sessuale | | |
| Omosessuale | 62.2% (130) | 2% (1) |
| Bisessuale | 17.7% (37) | 8% (4) |
| Eterosessuale | 20% (42) | 90% (45) |
| Rapporti sessuali con partner maschili nell'ultimo anno | | |
| 0 | 9% (19) | - |
| ≤ 5 | 84.7% (177) | 78% (39) |
| ≥ 5 | 9% (19) | 22% (11) |
| Rapporti sessuali con partner femminili nell'ultimo anno | | |
| 0 | 62.7% (131) | 94%(47) |
| < 5 | 22% (46) | 6% (3) |
| ≥ 5 | 25.3% (32) | - |
| Sesso non protetto negli ultimi 6 mesi | 69.8%(146) | 34%(17) |
| sesso vaginale | 36.3% (76) | 70% (35) |
| sesso anale | 73.2% (153) | 48% (24) |
| sesso orale | 91.9% (192) | 82% (41) |
| MTS in anamnesi | 40.2%(84) | 58% (29) |

altre categorie. In tal senso, è stato notato come i pazienti che assumono la HAART (*highly active antiretroviral therapy*) si sentano al sicuro da un possibile contagio dell'infezione da HIV con i rapporti non protetti, non considerando l'esistenza di altre infezioni sessualmente trasmesse. Non a caso, il numero di casi di sifilide (come quello di altre infezioni sessualmente trasmesse) è salito progressivamente dopo che la HAART è diventata disponibile, facendo così diminuire la "paura" dell'AIDS. Di particolare interesse il fatto che circa 1/3 dei nostri pazienti co-infettati sono risultati essere *late presenters* relativamente all'infezione da HIV, metà dei quali in uno stadio di malattia avanzato: essi sono giunti alla nostra osservazione a causa delle manifestazioni della infezione sifilitica, e non erano consapevoli di essere HIV-positivi. Pertanto, questo ci permette di affermare che la sifilide può in alcuni casi essere una spia dell'infezione da HIV, e può favorire una precoce diagnosi. Molti studi hanno riportato un'alta prevalenza fra gli MSM HIV-positivi. Oltre a tutto quanto detto finora, questa categoria di pazienti gioca un ruolo importante nella diffusione dell'in-

fezione da HIV, della sifilide e di altre infezioni sessualmente trasmesse, trasmettendola dai loro *partners* maschili ad alto rischio a quelli femminili a basso rischio. In conclusione, sottolineiamo l'importanza dei test di screening per la sifilide, che dovrebbero essere effettuati regolarmente in tutti gli MSM (siano essi HIV-positivi, sia negativi, sia che si ignori se sono infetti o meno) che hanno avuto almeno un partner nell'ultimo anno. Questo approccio, assieme ad una sorveglianza epidemiologica attenta, può ridurre il peso della malattia e fornire nuove conoscenze concernenti i fattori di rischio per la trasmissione della sifilide, specialmente fra gli HIV-positivi nelle grandi città.

CONCLUSIONI

Nella Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi è stato organizzato un percorso assistenziale specifico per il paziente con infezioni sessualmente trasmesse presso la SOD Malattie Infettive. La proposta di miglioramento del percorso assistenziale per i pazienti con o a rischio di infezioni sessualmente trasmesse prevede di

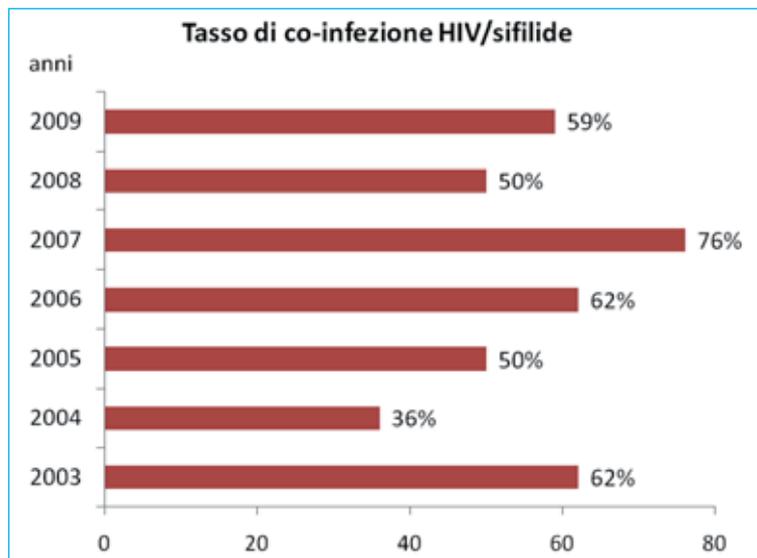


Figura 4 - Tasso annuale di co-infezione HIV/sifilide nella casistica.

mettere in collaborazione le tre strutture sopramenzionate. Le urgenze accedono direttamente oppure vengono inviate dal Pronto soccorso alla SOD di Malattie Infettive ed i medici dedicati alle infezioni sessualmente trasmesse inviano direttamente l'utente provvisto di richiesta regionale agli Ambulatori dell'Accoglienza per effettuare i tamponi e/o i prelievi richiesti che vengono quasi sempre eseguiti nella stessa giornata. Fatti i prelievi e i tamponi, il campione viene identificato come urgente e viene inviato al responsabile del settore delle infezioni sessualmente trasmesse del laboratorio di Microbiologia e Virologia per ottenere in tempi brevi (nel giro anche di pochi minuti)

le prime risposte. La richiesta iniziale può essere integrata con altre ricerche e indagini di secondo livello. Entro pochi giorni l'utente torna all'Ambulatorio di malattie infettive IST, e qui ritirerà il referto e verrà valutato in modo completo per un piano terapeutico adeguato e/o per ulteriore cure. Tale percorso ovviamente può essere posto in essere anche a partire dall'Ambulatorio dell'Accoglienza nei casi in cui il medico operante in quella sede ritenga di essere venuto a conoscenza di lesioni fortemente sospette. In ogni caso il laboratorio resta un fondamentale punto di riferimento per la diagnosi diretta e per la diagnosi precoce.

TM

Il dolore nella correzione mininvasiva del petto scavato

Protocollo di trattamento nel Dipartimento di Pediatria Chirurgica, AOU Meyer di Firenze

Il petto scavato è la più comune malformazione congenita della gabbia toracica, caratterizzato da concavità dello sterno e della parete toracica anteriore, spes-

ELISA BRANDIGI*, ANTONIO MESSINEO**,
ANDREA MESSERI°

* Specializzanda in Chirurgia Pediatrica, Siena

** Professore di Chirurgia Pediatrica dell'Università di Firenze e Direttore DAI di Pediatria Chirurgica, AOU Meyer Firenze

° Servizio Terapia del dolore, AOU Meyer Firenze

so asimmetrico.

Il difetto toracico solo in casi particolarmente severi in-



Elisa Brandigi è nata a Firenze nel 1984 e si è laureata all'Università di Firenze nel 2010. Con la sua tesi in Chirurgia pediatrica sul trattamento del dolore nella riparazione mininvasiva del petto scavato ha condotto un lavoro sperimentale ottenendo il massimo di voti con lode. Da gennaio 2011 è entrata a far parte dell'associazione medici pittori.

terferisce con la funzionalità polmonare e cardiaca, ma in ogni caso determina grave disagio psicologico nei giovani pazienti.

A partire dagli anni '50 fino all'inizio degli anni '90, la correzione chirurgica delle forme più gravi di petto scavato prevedeva un'ampia sternoplastica che includeva la resezione di cartilagini costali e un'osteotomia sternale (intervento di Ravitch).

Nel 1998, Donald Nuss ha proposto una nuova metodica definita mininvasiva (MIRPE : Mini Invasive Repair of Pectus Excavatum) perché non ricorre ad un'ampia toracotomia, ma prevede l'inserimento a livello retro sternale di una o due barre metalliche per via toracoscopia attraverso due piccole incisioni ai lati del torace, mantenute poi in sede per 3 anni.

Quest'intervento ha riscosso grande successo e rappresenta oggi la metodica di scelta per la correzione del petto scavato in bambini e adolescenti perché è associato a minor tempo operatorio, minime perdite di sangue, un risultato estetico migliore e permette una ripresa più rapida della normale attività fisica.

L'età adolescenziale è ritenuta la più appropriata per la correzione del petto scavato, perché il paziente è consapevole dell'intervento, il torace è ancora elastico e la rimozione della barra avviene quando la crescita del torace è già avvenuta riducendo così la possibilità di recidiva.

Nonostante l'intervento di Nuss sia definito mininvasivo, questa procedura è associata a un intenso dolore correlato all'inserzione della barra metallica che modifica in modo forzato le cartilagini costali e lo sterno.

Il dolore postoperatorio è intenso e prolungato e necessita di più di una settimana di trattamento con oppioidi forti.

È stato dimostrato che il grado del dolore postoperatorio dopo l'intervento mininvasivo di Nuss rappresenta il fattore principale nel giudizio che il paziente dà sulla qualità del decorso postoperatorio e influenza l'abilità nel muoversi, la capacità a respirare in modo profondo con conseguente predisposizione alle infezioni respiratorie e la durata della degenza.

Un'adeguata prevenzione del dolore postoperatorio è quindi indispensabile perché riduce la morbidità, la mortalità, la degenza, i costi e il rischio di sviluppare una condizione di dolore cronico in seguito a stimolazioni nocicettive ripetute.

Presso l'AOU Meyer è stato recentemente condotto a cura del Servizio di Terapia del dolore e dell'UO di Chirurgia Pediatrica uno studio retrospettivo su 60 pazienti (età compresa tra i 12 e i 27 anni), sottoposti a intervento mininvasivo di Nuss tra il 2007 e il 2010, per verificare la validità

del protocollo analgesico. Il protocollo prevedeva la valutazione del grado del dolore postoperatorio utilizzando una scala numerica compresa tra 0 (nessun dolore) e 10 (peggior dolore immaginabile). È stato possibile l'utilizzo di una scala numerica perché l'intervento veniva eseguito in pazienti con età superiore a 11 anni. La rilevazione del dolore è stata eseguita al risveglio dall'anestesista e durante le prime 7 giornate postoperatorie dall'infermiere a intervalli fissi.

La notte prima dell'intervento tutti i pazienti sottoposti a correzione del petto hanno ricevuto lorazepam con l'obiettivo di controllare l'ansia che precede l'intervento chirurgico denominata ansia anticipatoria. È infatti dimostrata l'esistenza di una relazione diretta tra grado di dolore riportato e ansia anticipatoria espressa durante le procedure mediche.

Il dolore è stato controllato con analgesia epidurale per le prime 96h postoperatorie. Il catetere epidurale veniva posizionato in sala operatoria in anestesia generale a livello di T6-T7 o T7-T8 facendolo risalire fino ad ottenere l'anestesia del dermatomero corrispondente a T5. È stata utilizzata un'infusione epidurale di levobupivacaina e fentanyl associata a paracetamolo per via endovenosa.

In caso di inadeguato controllo del dolore sono stati somministrati farmaci analgesici aggiuntivi (ketorolac, morfina, tramadolo) o benzodiazepine per controllare l'ansia.

Nei pochi casi in cui è non stato possibile introdurre il catetere o si è verificata disfunzione del catetere nelle prime 2 giornate postoperatorie è stata utilizzata PCA (patient controlled analgesia) endovenosa con boli a richiesta di morfina. La rimozione del catetere epidurale è stata preceduta di 2-3 ore dalla somministrazione di ossicodone a lento rilascio per os, per evitare che i pazienti si trovassero senza copertura analgesica. L'ossicodone è stato continuato per circa una settimana associato a paracetamolo per os. In caso di inadeguato controllo del dolore sono stati somministrati farmaci analgesici aggiuntivi (ketorolac, morfina, tramadolo). I pazienti venivano dimessi con terapia orale al bisogno di paracetamolo e codeina fosfato.

Lo studio ha dimostrato un buon controllo del dolore con questo protocollo in quanto il dolore mediano giornaliero è risultato inferiore al livello 2 della scala numerica. Inoltre si è dimostrato una riduzione statisticamente significativa del consumo di analgesici aggiuntivi nei pazienti trattati durante il ricovero con benzodiazepine, risultato che avvalorava l'influenza dei correlati psicologici del dolore come lo stress, l'ansia e la paura sull'intensità della sensazione dolorosa. **TM**

Nutrizione e nutrigenetica



Carlo Calzolari si è laureato a FI nel 1952. Spec. in Pediatria c/o in Clin. Pediatrica all'Univ. di FI. Ha svolto la sua attività c/o la Clin. Pediatrica di FI come assistente volontario e poi come Assistente di ruolo nel 1969 con qualifica di Aiuto dal 1979. Libera docenza in Clin. Pediat. nel 1963. Nel 1980 è stato nominato Prof. Associato e confermato idoneo nel 1986. Autore di 100 pubblicazioni scient. in particolare sull'alimentazione in campo pediatrico.

LA NUTRIGENETICA

La Nutrigenetica studia il rapporto fra genetica ed ambiente. Rivela come i componenti della dieta (alimenti) interagiscono con i geni per modificare l'espressione, senza cambiamenti del genoma (DNA), ma con possibili modificazioni del genotipo.

LA NUTRIGENOMICA

La Nutrigenomica spiega gli effetti dei singoli nutrienti sul genoma, le possibili interazioni tra dieta e genoma e come la predisposizione genetica, l'espressione del potenziale genetico, le variazioni genetiche siano modulate dai nutrienti, mediante meccanismi epigenetici pre- e post-natali.

I nutrienti funzionali, le vitamine, i minerali, determinati enzimi, le fibre, gli antiossidanti, alcuni grassi (LC Pufa), l'aspetto qualitativo di alcune proteine, i probiotici, sono in grado di attivare i geni associati alla crescita (Vitageni), regolando la differenziazione cellulare, influenzando lo sviluppo di determinate funzioni neurologiche e visive.

Gli effetti dei nutrienti sull'espressione del genoma possono influenzare l'assorbimento e l'utilizzazione degli alimenti e moderare la capacità di tolleranza, offrendo nuove guide alimentari (nuove scelte alimentari) e la possibilità di personalizzare la dieta.

La nostra costituzione genetica reagisce in modo diverso all'alimentazione. Una dieta non equilibrata, associata ad una predisposizione genetica, incide sulla salute del soggetto.

Importante, quindi, la dieta personalizzata come fattore di prevenzione.

La genetica di oggi è stata determinata dall'ambiente e l'ambiente di oggi costituisce la genetica di domani.

Genetica ed ambiente sono inseparabili, sono strettamente legati.

La stimolazione, l'espressione genetica determinata dall'ambiente (alimenti), aumenta con l'età.

A tre anni la genetica prevale sull'ambiente, successivamente, dopo i tre anni, l'espressione genetica diminuisce e prevale l'ambiente.

Esiste un programma genetico (fetal programming) condizionato da un destino metabolico, legato alla dieta, un adattamento metabolico del feto all'ambiente intrauterino. Il feto, esposto ad un'alimentazione materna in gravidanza (ipotesi di Barker) ad una dieta in eccesso (3° trimestre), o in difetto (1° e 2° trimestre), può determinare un difetto di sviluppo metabolico e di crescita, una mutazione della sensibilità programmata dei vari organi

ed apparati (trascinamento metabolico) che possono favorire, in futuro, lo sviluppo di obesità, diabete e malattie cardiovascolari.

Lo stesso concetto è valido anche nella dieta della madre durante l'allattamento. Esiste una correlazione fra assunzione di pesce in gravidanza e nell'allattamento e l'influenza dei geni che codificano gli enzimi per la sintesi degli omega 6 e omega 3. Un deficit di folati (insalata, arance) influisce sulla produzione di omocisteina.

Bisogna programmare la crescita, agendo sulla nutrizione, ma ciascuno potrà conoscere quali cibi necessitano per essere in buona salute.

CARLO CALZOLARI

Professore Associato,
Clinica Pediatrica Università di Firenze

Le variazioni genetiche influenzano il bisogno di particolari nutrienti.

Esistono, pertanto, dei test genetici sul DNA rivelatori e diagnostici mirati per identificare i soggetti portatori di una variabilità genetica nell'espressione fenotipica che ha importanza nei meccanismi che innescano determinate patologie o intolleranze.

La Nutrigenomica suggerisce, attraverso questi test, la quantità e la qualità dei micro- e macronutrienti che sono più indicate per controllare le principali malattie del benessere, la capacità di tollerare certi alimenti, favorendo le scelte alimentari. È possibile stabilire una compatibilità con la malattia prima ancora della comparsa dei sintomi clinici e, di conseguenza, prevenire l'insorgenza con una dieta appropriata (dieta personalizzata).

La Nutrigenetica può essere di aiuto per il controllo del peso, può assicurare la giusta quantità di nutrienti specifica per il suo particolare genotipo.

Il fabbisogno nutrizionale cambia in base alle esigenze dell'organismo e alle caratteristiche genetiche di ognuno.

La dieta deve essere mutevole, adeguandosi alle richieste del soggetto e gli schemi dietetici standard devono essere dimensionati.

Esistono test per la lattasi (LCT), (intolleranza al lattosio), test dell'antigene HLA DQ2 e DQ8 per la celiachia, test per l'omocisteina (deficit di acido folico aumento dell'omocisteina, maggiore danno miocardio), LPL (sensibilità ai grassi saturi), ACE (sensibilità al sale) (A. Olivotti-Prospersius-Convegno Nutrizione-Genetica, marzo 2011 Firenze).

Il genoma, per il momento, non detta la dieta, ma i geni ci diranno come mangiare.

TM



Andrea Gabbuti Medico chirurgo specializzato in malattie infettive, master in malattie tropicali ad Anversa. Dirigente medico malattie infettive, dal 1996 presso la ASL di Firenze. Dal 2001 effettua, tra le attività ambulatoriali specialistiche come dipendente ASL, visite infettivologiche presso il NCP di Sollicciano con cadenza settimanale. Ha presentato numerose relazioni infettivologiche a congressi di medicina penitenziaria.

L'inarrestabile tubercolosi

Basta la medicina d'iniziativa?

La problematica della salute in carcere sta assumendo costantemente una tribuna sempre più ampia negli ultimi anni, anche grazie all'attuazione della riforma che prevede il passaggio dell'assistenza sanitaria anche dei cittadini detenuti alle strutture sanitarie.

L'architettura carceraria, che risponde alle esigenze di sicurezza, sicuramente non presenta le migliori caratteristiche per ridurre ed impedire il propagarsi delle patologie a trasmissione a via aerea.

Le caratteristiche sociali degli ultimi decenni e le normative hanno influito sulla variazione della composizione della popolazione anche carceraria.

Tale popolazione è aumentata in numero, superando spesso i limiti di capienza delle strutture penitenziarie, e per aree geografiche di provenienza geografica.

In particolare presento i dati del quinquennio 2004-2009 per il Nuovo Complesso Penitenziario (NCP) di Sollicciano (Firenze) nella Tabella 1.

In questo contesto la tubercolosi ha acquistato una rilevanza non trascurabile che richiede un intervento attivo nell'identificazione ed il trattamento il più precocemente possibile.

Di fatto si presenta l'andamento delle Mantoux eseguite presso la Carcere Casa (CC) circondariale di Sollicciano di Firenze dal 3/11/2004 al

29/6/2009 presso le sezioni maschili. La proposta del Test Mantoux, ai soggetti presenti nel novembre 2004 e successivamente ai nuovi ingressi, era articolata in 2 tempi a secondo dell'esito del primo test. In caso di negatività al primo test veniva nuovamente somministrata una Mantoux a 60 giorni. Altrimenti veniva avviato l'iter di controllo a secondo del complessivo quadro clinico.

Nell'arco dei 5 anni d'osservazione, presso il Nuovo Complesso Penitenziario di Sollicciano Firenze, sono giunti 7500 soggetti maschi, di cui 5044 (67,2%) con un singolo accesso. Per il 95% dei soggetti sono stati osservati da 1 a 5 accessi. Solo il 5% dei soggetti ha fatto registrare più di 5 accessi (6-39).

A **1166** soggetti sono stati offerti 1920 test di cui 1914 effettuati, 1160 con 1° test. Al 60 giorno

o in occasione di nuovo ingresso sono stati effettuati test a 664 soggetti della coorte. 63 soggetti hanno effettuato un terzo test a distanza di anni o come contatti di soggetto bacillifero. Solo 19 soggetti hanno ricevuto una 4° somministrazione della Mantoux. 2 soggetti hanno ricevuto 5 somministrazioni dal 2004 al 2009. 6 soggetti hanno rifiutato d'effettuare la lettura del test.

È stato testato il 15% della popolazione con una rappresentazione attendibile di tutti i gruppi etnici/geografici (vedi riga X₂ e OR della Tabella 1) eccetto che per i cittadini provenienti dall'America Centrale.

La provenienza dei soggetti esaminati è stata del 33% di Italiani che raggiunge il 44% con i cittadini EU e complessivamente gli europei sono

ANDREA GABBUTI

Dirigente medico Malattie Infettive
Azienda Sanitaria di Firenze

Tabella 1 - Distribuzione geografica della popolazione transitata/testata.

| | Africa | America | | | Asia | Italia | EU | Ex J | Europa | Totale |
|---------------------|--------|----------|------|------|------|--------|------|-------|--------|--------|
| | | Centrale | Nord | Sud | | | | | | |
| Soggetti transitati | 1993 | 200 | 10 | 110 | 340 | 2877 | 830 | 139 | 1001 | 7500 |
| % transitati | 27% | 3% | 0% | 1% | 5% | 38% | 11% | 2% | 15% | 100% |
| Soggetti testati | 364 | 13 | 1 | 19 | 52 | 387 | 128 | 45 | 151 | 1160 |
| % dei testati | 31% | 1% | 0% | 2% | 4% | 33% | 11% | 4% | 13% | 100% |
| X ₂ | 0.99 | 14.70 | 0.34 | 0.05 | 1.53 | 57.60 | 3.32 | 11.66 | 5.79 | |
| OR | 1 | 0.35 | 0.55 | 0.94 | 1,21 | 0.60 | 0.82 | 1.80 | 0.80 | |

stati il 61%. Dall'Africa proveniva il 31% dei soggetti, il 4% e 3% rispettivamente dall'Asia e dalle Americhe.

Dal giugno 2009 sostanzialmente non è stato più effettuato il test Mantoux per indisponibilità della Mantoux dopo l'interruzione della produzione da parte della multinazionale aggiudicatrice della concessione nazionale e le conseguenti difficoltà ad ottenere il PPD presso gli ambulatori.

La popolazione sottoposta a Mantoux nel più breve tempo possibile dall'ingresso in carcere ha mostrato la negatività del test nel 58% dei casi. Il 42% della popolazione ha presentato una positività alla prima Mantoux ed in particolare, ha fatto riflettere l'aspetto che il 35% della popolazione presentava una Mantoux diametro uguale e maggiore di 10mm. Tale valore indica una situazione d'infezione pregressa importante o malattia in atto.

Tralascio tale aspetto in questa comunicazione che non presenta altra caratteristica che nella popolazione di quel periodo nel Nuovo Complesso Penitenziario di Sollicciano si presentava un tasso di positività doppia a qualunque altra presentata nella letteratura che riporta tassi fino al 17,9%.

Certamente l'attenzione alla tubercolosi ha portato all'identificazione di un maggior numero

di casi ed il loro trattamento come mostrato nella Tabella 3.

In questa comunicazione voglio evidenziare come l'iniziativa medica d'effettuare uno screening costante ha evidenziato 128 casi con cuticonversione, cioè l'incremento di 5 mm del diametro tra la prima e seconda Mantoux effettuata 60 giorni dopo. (Tabella 4)

In questi soggetti si è identificata una malattia tubercolare latente (TBL) e in queste condizioni è possibile attuare il trattamento con rifampicina e isoniazide in dose unica giornaliera per 90 giorni nei quali vanno effettuati 3 controlli di funzionalità epatica.

Il dato indica la preoccupante situazione nell'ambiente carcerario, che presenta numerosi fattori che facilmente possono produrre epidemie di notevoli entità.

Nella storia naturale dell'infezione tubercolare sappiamo che il paziente infetto manifesterà la malattia tubercolare nel 50% dei casi nei 5 anni dall'infezione e il restante 50% nel resto della vita, e la prima percentuale può essere incrementata anche in un periodo inferiore di 5 anni se il paziente è esposto ad altri rischi quali tossicodipendenza, infezione HIV, tabagismo molto comuni nei pazienti reclusi.

Tabella 2 - Prevalenza pregressa infezione TB nel NCP di Sollicciano 2004-2009.

| | Africa | America | | | Asia | Italia | EU | Ex J | Europa | Totale | |
|-----------------------|--------|----------|------|-----|------|--------|-----|------|--------|--------|-----|
| | | Centrale | Nord | Sud | | | | | | | |
| Soggetti testati | 364 | 13 | 1 | 19 | 52 | 387 | 128 | 45 | 151 | 1160 | |
| % dei testati | 31% | 1% | 0% | 2% | 4% | 33% | 11% | 4% | 13% | 100% | |
| Soggetti 1° TST > 5mm | 208 | 4 | 0 | 11 | 29 | 69 | 62 | 25 | 74 | 482 | 42% |
| % TST > 5mm | 43% | 1% | 0% | 2% | 6% | 14% | 13% | 5% | 15% | 100% | |
| Soggetti 1° TST >9 mm | 181 | 4 | 0 | 11 | 20 | 57 | 53 | 22 | 54 | 402 | 35% |
| % TST > 9 mm | 45% | 1% | 0% | 3% | 5% | 14% | 13% | 5% | 13% | 100% | |

Tabella 3 - Andamento delle differenti forme tubercolari dal 2002 al 2010 nella popolazione carceraria del NCP di Sollicciano.

| Pazienti | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| TB Cavitaria | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TB | 0 | 3 | 3 | 4 | 6 | 20 | 7 | 15 | 1 |
| TB Linf. | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TBL | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 21 | 24 | 26 | 4 |

Tabella 4 - Prevalenza delle cuticonversioni nel NCP di Sollicciano 2004-2009.

| | Africa | America | | | Asia | Italia | EU | Ex J | Europa | Totale | |
|--------------------------|--------|----------|------|-----|------|--------|-----|------|--------|--------|-----|
| | | Centrale | Nord | Sud | | | | | | | |
| Soggetti testati | 364 | 13 | 1 | 19 | 52 | 387 | 128 | 45 | 151 | 1160 | |
| % dei testati | 31% | 1% | 0% | 2% | 4% | 33% | 11% | 4% | 13% | 100% | |
| cuti-conversioni > 5 | 53 | 2 | 0 | 3 | 10 | 20 | 13 | 9 | 18 | 128 | 11% |
| % delle cuti-conversioni | 41% | 2% | 0% | 2% | 8% | 16% | 10% | 7% | 14% | 100% | |

Dei pazienti con TBL 77 hanno potuto effettuare tutto il corso diagnostico e terapeutico. 25 pazienti non hanno effettuato la terapia o parte per soprappiù fine pena o trasferimento. 15 pazienti hanno rifiutato il trattamento per motivi culturali o religiosi. 10 pazienti hanno interrotto il trattamento per riferito insufficiente effetto sostitutivo del metadone, anche se adeguatamente incrementato di concerto con le colleghe del SerT.

Facilmente si evidenzia come sia necessaria un'azione che coinvolga tutte le figure professionali all'interno ed all'esterno dell'istituto penitenziario perché i dati demografici illustrati mostrano come tale popolazione non può essere

definita stabile nell'istituto al quale accede anche dopo una recente infezione o dal quale esce con una probabile recente infezione.

Tale quadro si riferisce al 2009 ed attualmente è ancora in fase di strutturazione l'attività di screening ed identificazione precoce delle TBL e delle forme tubercolari pauci sintomatiche nei cittadini reclusi al NCP di Solicciano.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: andrea.gabbuti@asf.toscana.it

TM



Maria Grazia Petronio, specialista in Nefrologia, in Igiene e Med. Prev. Indirizzo Epidemiologia e Sanità Pubblica, esperta in Igiene ambientale.

La prevenzione primaria nella programmazione sanitaria

Proposte per il PSR⁽¹⁾

Rivalutare la prevenzione primaria nella ripartizione delle risorse.

Riequilibrare gli interventi di prevenzione dei rischi individuali o delle differenze di salute dovute a cause inevitabili (ad es. legate al sesso, all'età) e/o all'assunzione volontaria di comportamenti pericolosi a favore di **interventi mirati a tutelare l'ambiente, le popolazioni e i lavoratori** nelle circostanze che determinano esposizioni ad agenti pericolosi o assunzioni di comportamenti sbagliati o impossibilità di accesso ai servizi sanitari e di mobilità sociale.

Assumere tra le priorità di sanità pubblica il **diritto ad un ambiente di vita e di lavoro salubre**. Occorre concentrarsi sui rischi "moderni" come l'inquinamento atmosferico delle aree urbane, l'accumulazione di rifiuti solidi, tossici e nocivi, l'emergere di nuove malattie infettive e il riemergere di malattie che si ritenevano debellate, i grandi cambiamenti ecologici quali il riscaldamento globale, la deforestazione e la distruzione dello strato di ozono stratosferico.

MARIA GRAZIA PETRONIO

*Direttore UO Semplice Salute e Ambiente/
Igiene e Prevenzione zona Valdarno Inferiore*

E siamo già in ritardo: già nell'anno 2000 era disponibile un documento dell'OMS ("Global Ecological Integrity and Sustainable Development: Corner-stones of Public Health", scritto e curato da L. Colin Soskolne e R. Bertollini), in cui si sosteneva che la sanità pubblica deve fronteggiare le sfide presentate

da un cambiamento globale ed equipaggiarsi con gli strumenti necessari, tecnici e scientifici, per anticipare e, laddove possibile, prevenire le conseguenze sulla salute umana del degrado degli ecosistemi.

Adottare un **approccio globale** alla prevenzione primaria ed una visione sistemica per la quale la salute viene ad essere correlata ad una moltitudine di determinanti.

La salute è una risorsa per la vita quotidiana che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma deve superare la mera proposta di modelli di vita più sani per aspirare al benessere, basandosi su scelte non

solo legate alla valutazione dei rischi sanitari ma considerando in maniera sostanziale anche valori di altro genere come la giustizia e l'equità sociale.

Informare il pubblico, gli amministratori, i politici circa le solide evidenze scientifiche sulle cause di cancro e delle malattie cronico-degenerative legate all'industrie, al traffico e ad altri fattori ambientali con rischio riconosciuti.

È necessario che ogni individuo comprenda di essere "il principale curatore" della propria vita e il "centro della propria salute": questa nuova visione, che deve necessariamente basarsi sulla definizione di nuove forme partecipative piuttosto che "educative" della cittadinanza nella scelta delle misure di prevenzione, è fondamentale per perseguire un benessere centrato sulla persona.

Tutto ciò sarà possibile anche a seguito della definizione di nuove modalità di comunicazione e partecipazione per garantire una maggiore condivisione delle conoscenze scientifiche, finalizzata alla formulazione delle scelte di prevenzione.

Nell'ambito delle attività autorizzative e/o di supporto per piani/programmi/strumenti urbanistici/singoli impianti **occorre non limitarsi a richiedere l'applicazione dei limiti normativi, ma fare scelte ambientali vere che si pongano al servizio di fini autonomi quali la salute, il bene e la felicità delle persone**, in una prospettiva ecocentrica e non puramente antropocentrica.

I controlli su piani, programmi e progetti debbono sia anticipare la realizzazione degli oggetti per valutarne i requisiti, sia essere svolti sugli oggetti stessi una volta realizzati.

Quando esiste una forte incertezza circa i rischi e i benefici la decisione deve **tendere più verso l'estremità della cautela per l'ambiente e la salute pubblica**: trasformare l'approccio reattivo in uno precauzionale è pienamente in linea con l'idea fondamentale della pratica di Sanità Pubblica (D. Kriebel e Joel Tickner, 2003). L'approccio precauzionale è chiaramente mirato a fornire risposte provvisorie a minacce potenzialmente gravi alla salute, fino a quando non siano disponibili dati adeguati per azioni fondate su una maggiore base scientifica.

Non contrapporre l'approccio precauzionale alla Prevenzione basata sull'Evidenza: nell'am-

bito della prevenzione primaria e ambientale la situazione è complessa, e non sempre il risultato da quantificare è riconducibile al cambiamento di indici ambientali e sanitari.

Una valutazione troppo legata ad un approccio meramente riduzionista porterebbe ad interpretare come inutili interventi che invece hanno come scopo il cambiamento della percezione e dei comportamenti a rischio, la collettività e l'ambiente.

Individuare forme di **coordinamento** tra Enti e strutture deputati **alla tutela dell'Ambiente e SSN**.

Riorientare il programma "Guadagnare salute" verso la promozione della salute, e in particolare di quella dei bambini, in tutti i piani, i programmi e gli strumenti di pianificazione urbanistica.

Inserire negli strumenti di programmazione sanitaria (PSN, PNP, PSR, PRP) una seria analisi sui determinanti ambientali e socio-economici di malattia, aggiungere alle priorità già individuate il problema delle patologie pediatriche con particolare riferimento ai tumori, prevedendo una specifica sorveglianza epidemiologica su queste patologie e sui relativi possibili fattori di rischio con la finalità di indirizzare strategie di prevenzione primaria.

(1) PRIMI FIRMATARI:

Maria Grazia Petronio (ASL di Empoli), **Fabrizio Bianchi** (Fondazione Monasterio CNR Pisa), **Mauro Valiani** (ASL di Empoli), **Nicola Comodo** (Università di Firenze), **Marcello Buiatti** (Università di Firenze), **Gaetano Privitera** (Università di Pisa), **Roberto Romizi** (ISDE Italia), **Danila Scala** (ARPA Toscana), **Gruppo di lavoro Ambiente e Salute della Società Italiana di Igiene (SItI) coordinato dal Prof. Salvatore Sciacca, Paolo Lauriola** (ARPA Emilia Romagna), **Antonio Faggioli** (Università di Bologna), **Michela Franchini** (ASL di Empoli), **Agnese Cini** (ASL di Empoli), **Giuseppe Farina** (ASL di Empoli), **Severina Vincenza Errico** (ASL di Empoli), **Agnese Cini** (ASL di Empoli), **Massimo Generoso** (Pediatria Firenze), **Elisabetta Chellini** (ISPO Firenze), **Gregorio Loprieno** (Asl di Lucca). **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

SCLEROSI MULTIPLA



Giovanna
Paziente



Susanna
Infermiera



Stefano
Fisioterapista

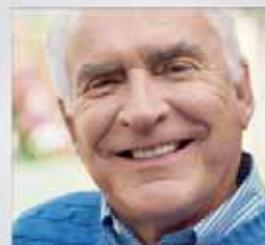


Marco
Paziente

PER MOLTI È UN FATTO PERSONALE



Luca
Medico di medicina generale



Bruno
Padre



Anna
Neurologa



Simona
Ricercatrice

ANCHE PER NOI



Maria
Psicologa

Biogen Idec è la *biotech company* indipendente con la più lunga tradizione alle spalle, una delle più importanti al mondo, grazie a una ricerca d'avanguardia capace di offrire risposte a esigenze di cura ancora insoddisfatte. In particolare la **Sclerosi Multipla** è stata la prima area terapeutica su cui l'azienda ha indirizzato le proprie attività, a testimonianza di un impegno fortemente radicato e tuttora in costante sviluppo. Impegno che si traduce nella volontà di accompagnare quotidianamente nel loro percorso i **pazienti** e tutte le **persone** coinvolte nella lotta a questa patologia. E con loro **condividere obiettivi, speranze e risultati** di una ricerca tesa a offrire **5 nuove soluzioni terapeutiche nei prossimi 5 anni**. Nuovi farmaci, ma anche **servizi e strumenti di informazione**: tutte espressioni di una sfida che, giorno dopo giorno, in Biogen Idec appassiona tutti.

Piazza della Indipendenza. Le origini, gli aneddoti, le storie di vita.



DI MANFREDO FANFANI

Seconda Parte (Prima parte nel numero precedente)

Le demolizioni per collegare Piazza S. Marco con Piazza Maria Antonia; una provvidenziale sopraelevazione salvò la piazza dall'alluvione nel 1966

L'undici Marzo del 1846 veniva completata Via S. Apollonia (ora *Via Ventisette Aprile*) che congiungeva Piazza San Marco e *Via degli Arazzieri* con il nuovo quartiere di *Piazza della Indipendenza*. I materiali di demolizione furono trasferiti nella piazza per aumentarne il livello di circa due metri e mezzo; ciò fu provvidenziale per salvarla dalle acque durante l'alluvione del 1966. Un Architetto che dirigeva i lavori, memore di precedenti disastrose inondazioni che avevano colpito Firenze, fra cui quella recente del 1844, aveva previsto che questa sopraelevazione avrebbe protetto la Piazza dalle alluvioni e favorito la vendita degli immobili! Nei secoli passati la memoria storica, quella che si tramandava insieme alle emozioni vissute nelle veglie intorno al focolare, aveva evidentemente molta più presa delle tante informazioni "usa e getta" dei moderni

mass-media. Dopo tale realizzazione il Gonfaloniere sostenne l'urgenza di assegnare un nome alla Piazza e alle vie adiacenti onde evitare che i fiorentini, secondo una loro inveterata abitudine, attribuissero a dette località nomi capricciosi che sarebbero poi fatalmente rimasti in uso nonostante le targhe poste sulle cantonate delle strade; il Gonfaloniere aveva molte valide ragioni per sostenere questa tesi! Basti pensare al rifiuto dei fiorentini a chiamare la Piazza col nome della serenissima Granduchessa "Maria Antonia" e alla loro perseveranza nel chiamarla "Piazza di Barbano", dal nome degli orti sui quali era stata edificata. Era costume dei fiorentini esternare il proprio dissenso coprendo le targhe originali con cartelli dove era inciso il nome di maggiore gradimento: ciò avverrà sia nel caso di Piazza della Indipendenza che dell'attuale Via Nazionale, in origine Via Tedesca.

Leopoldo II, ultimo Granduca di Toscana, ricordato con l'epiteto sottilmente ironico di Canapone per la folta capigliatura chiara e stopposa. Insieme a lui il figlio primogenito Ferdinando e la Granduchessa Maria Antonia di Borbone, figlia di Francesco I, Re di Napoli e sorella di Ferdinando II, detto "Re Bomba" per aver represso a colpi di cannone quella rivoluzione siciliana antesignana dei moti indipendentisti del "quarantotto"; lottò per primo contro l'unità d'Italia.



Piazza della Signoria in occasione della rivoluzione del Ventisette Aprile 1859 come appariva in un dipinto di Enrico Fantani dal titolo "La pacifica rivoluzione toscana" (Firenze, Galleria d'Arte Moderna). In quel faticoso giorno il corteo di popolo si mosse da Piazza della Indipendenza preceduto da una carrozza con una bandiera tricolore e raggiunse Piazza della Signoria dove la folla festante, come appare nel dipinto, issò il tricolore sulla facciata di Palazzo Vecchio. L'immagine sottolinea l'atmosfera distesa di quella che fu definita la più pacifica e civile delle rivoluzioni; una rivoluzione piena di buon senso. Sotto la Loggia dei Priori, detta poi Loggia dei Lanzi, accanto ad un popolano che come agitando festoso le braccia alcuni bambini sono intenti a giocare e signori in giubba e cilindro assistono con composta curiosità alla "rivoluzione". Anche un piccolo cane partecipa festosamente all'evento! Sul lato sinistro è emblematica la presenza di un gendarme del Granducato che guarda accondiscendente, legato alla folla dal medesimo sentimento nazionale. Racconta Yorik che i forestieri uscirono dagli alberghi per venire a vedere la rivoluzione come se si fosse trattato dello scoppio del caro o del paio de' cocchi!

DIREZIONE DEL POLITEAMA FIORENTINO



Per attestare la riconoscenza della città verso la famiglia granducale, animatrice di riforme e di progresso, sotto i cui auspici si era operato questo ampliamento della città, alla Piazza fu attribuito il nome della moglie dei Granduca, *Maria Antonia*. I fiorentini non accettarono di chiamare la Piazza con il nome di una granduchessa borbonica, preferirono chiamarla *Piazza di Barbano*, dal nome del podere sul quale era stata insediata. Alle strade limitrofe furono attribuiti nomi in base a precise considerazioni topografiche: *Via Remota* (ora Via G. Dolfi) in quanto ultima strada che comunicava lungo le mura; *Via della Piazza* (ora Via G. Montanelli) perché collegava *Via Evangelista* (ora Via Guelfa) con il lato sud della Piazza; *Via del Podere* (ora Via V. Salvagnoli) perché portava alla casa colonica dei soppressi poderi; *Via della Fortezza* (nome rimasto invariato) perché conduceva alla Fortezza da Basso; *Via S. Paolo* (ora Via C. Ridolfi) perché portava al bastione S. Paolo della Fortezza; *Via del Pratello* (nome invariato) perché giungeva ad un suolo alberato detto "pratello". Ad altre vie furono assegnati i nomi di famosi proprietari delle abitazioni demolite, come ad esempio *Via Dei Robbia*, oppure il nome di Chiese, Oratori, Conventi e terreni espropriati come *Via S. Caterina d'Alessandria*, *Via S. Francesco Poverino*, *Via S. Apollonia*, *Via di Barbano*; si trattò di una sorta di risarcimento morale per le imposte espropriazioni. A *Via delle Officine* (oggi Via E. Poggi) fu attribuito detto nome in quanto doveva essere sede di insediamenti artigianali. Sull'area del Monastero di S. Caterina sorge l'attuale Palazzo delle tasse. Nel giugno 1848 iniziò la costruzione della chiesa del nuovo quartiere a cura dell'Opera Pia delle "Scuole delle Zittelle Povere" che, per difficoltà economiche, tardò ad essere portata a termine; nel 1858 il progetto riprese con il Commissario Avv.to *Bernardo Reghini* e con l'Ingegnere *Giuseppe Martelli*. Il 31 Dicembre 1863 la chiesa fu aperta al pubblico e fu dedicata alla *SS.ma Concezione* e a *Santa Caterina*. In seguito prese il nome di *Nostra Signora del Sacro Cuore*.

Il teatro Politeama Fiorentino, costruito in prossimità della piazza nel 1851, fu colpito da un incendio ed in seguito trasferito in Corso Vittorio Emanuele (oggi Corso Italia) dove si trova l'attuale teatro Comunale.

Nella stagione teatrale del 1853 veniva rappresentata la Traviata, uscita da poco nella trilogia popolare del Verdi, assieme al Trovatore e al Rigoletto. L'immobile, visibile dalla Piazza in fondo a Via Salvagnoli, è oggi utilizzato come Garage-Parcheggio.



Piazza della Indipendenza intorno al 1875; la doppia fila di alberi era stata piantata nel 1869 con grande rammarico dello scrittore Guido Nobili, che abitava al n. 22 e perdeva, in tal modo, la bella visuale della Piazza a tutto campo. Non ci sono ancora le statue del Peruzzi e del Ricasoli insediate fra il 1896 e il 1897. In epoca successiva la Piazza sarà divisa in due da una strada centrale che congiungerà Via Ventisette Aprile con Via Ridolfi, aprendo una direttrice tra Piazza S. Marco e i viali. Nel 1953 furono insediate anche le aiuole centrali mentre la restante superficie venne in parte asfaltata.

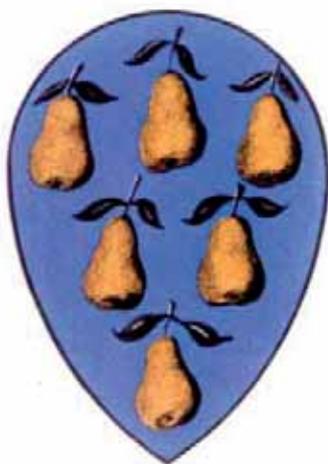


Statua di Bettino Ricasoli, realizzata da Augusto Rivalta e insediata nel 1897. Alle spalle della statua l'immobile dove abitava Guido Nobili che, da questo osservatorio, fu un attento cronista della vita della Piazza.

Bettino Ricasoli, con altri cospiratori, si riuniva proprio nella casa del Nobili per preparare la rivoluzione del 1859. Gli immancabili piccioni danno ragione a Nobili quando, nel criticare la

sistemazione delle statue, sosteneva che "anche i grandi uomini non possono sottrarsi al ridicolo neppure dopo morti".

Dopo le critiche del Nobili, alla statua è stato abilmente sostituito con un foglio di bronzo uno strano affare tondo e piatto che il Ricasoli teneva nella mano sinistra; si trattava di un cilindro a scatto, il gibus, che avrebbe creato non poche difficoltà interpretative ai posteri una volta persa la memoria di quello strano oggetto!



Stemma nobiliare dei Peruzzi, vi campeggiano 6 pere dorate in campo azzurro; alcuni versi di Dante ricordano l'antica casata dei Peruzzi come "quei de la Pera".

Una pacifica e civile rivoluzione: sventola in Piazza la bandiera tricolore dell'unità d'Italia

Il 27 Aprile 1859, con una pacifica e civile rivoluzione, nasceva il governo provvisorio della Toscana; un laboratorio di libertà e democrazia che favorì la volontaria annessione al Regno Sabauda con il plebiscito del Marzo 1860, creando le condizioni della successiva impresa dei Mille. La Piazza della Indipendenza e gli avvenimenti di cui è stata testimone, hanno avuto in Guido Nobili, avvocato e scrittore, un testimone oculare e attento cronista; le finestre della sua casa erano un ottimo osservatorio, specie prima della piantagione degli alberi! Nobili criticò questo evento che evidentemente toglieva la bella visuale della Piazza a tutto campo; scrive infatti Nobili: "la piazza di bella, ampia che era, l'hanno borghesemente ristretta coll'averla ombreggiata di tigli". Lo scrittore nato il 7 Dicembre 1850 al n. 22 della Piazza, scrive in "Memorie lontane": "Quando vi capita di passare in mezzo a Piazza della Indipendenza, voltate lo sguardo verso tramontana, vedrete quel palazzo, che rimane in linea proprio dietro le spalle di Bettino Ricasoli: quella era casa mia. Sono nato al primo piano, in quella stanza ultima a destra di chi guarda". Nobili affermava che un giorno su quel palazzo sarebbe stata posta questa epigrafe: "Qui nacque un illustre ignoto, che seppe apprezzare per quello che valeva l'uman genere". Così non è stato e i posteri hanno posto questa lapide: "QUI VISSE GUIDO NOBILI (1850-1916) CHE CON ARTE DELICATA RIEVOCÒ LA VITA FIORENTINA DELL'OTTOCENTO". Nobili, ragazzo di 8 anni, ricorda che, in un'atmosfera di cospirazione, la sua casa era frequentata da Bettino Ricasoli, Ferdinando Bartolommei e Giuseppe Dolfi; quest'ultimo gestiva un forno in Borgo S. Lorenzo al n. 4 dove un busto e due epigrafi lo ricordano. Aveva molte ragioni il Nobili a pensare alla cospirazione, poiché quei personaggi furono attivi protagonisti delle vicende rivoluzionarie del 1859. Nobili aveva notato la madre che cuciva in gran segreto una bandiera tricolore; avrebbe sventolato, per prima, in quel fatidico 27 Aprile 1859, proprio dal balcone della sua casa. Nobili ci tramanda il ricordo del raduno del popolo di Firenze, iniziato alle ore 9 del 27 Aprile 1859, per dare inizio ai patriottici moti che, al grido di "Viva l'indipendenza italiana" e "Viva l'Italia unita", abbattono pacificamente il trono dei Lorena; Nobili si affacciò alla finestra per dare un'occhiata alla Piazza e così descrisse la scena: "Era un mare di popolo, che ogni tanto urlava a squarciagola con urla che arrivavano in cielo... lo zio Niccolò prese la bandiera, la portò al terrazzo e la sventolò. Urlò ed evviva giù dalla piazza accolsero il vessillo tricolore che si spiegava al sole in una bella giornata di primavera. Era il vessillo dell'unità d'Italia, che il 27 Aprile in tutta Firenze, e dalla casa mia per il primo, compariva alle acclamazioni del popolo. Poco dopo altre due bandiere sulla piazza sventolavano dai balconi", ma, asserisce Nobili, la storia non ha registrato che il primo vessillo fu proprio quello che aveva sventolato dalla sua casa: "chi desse differenti notizie da quelle che asserisco perché veduto coi miei propri occhi, o non c'era, o niente dice di proposito". "Devo dire", continua Nobili, che la "grande dimostrazione si è formata sulla Piazza, sotto le finestre di casa del Signor Landucci (il discusso Ministro degli Interni), senza che si udisse un solo grido di odio";



L'altra statua, insediata nella Piazza nel 1897, è dedicata a Ubaldo Peruzzi; fu modellata da Raffaello Romanelli: sono evidenti gli addobbi per l'inaugurazione avvenuta nel 1898 alla presenza di Re Umberto I e della Regina Margherita. Alle spalle della statua il giardino di Villa Ruspoli. "Sor Ubaldo", stimato Sindaco della città dal 1870 al 1878, era soprannominato dai suoi concittadini "meline", secondo i cronisti per le guance sempre arrossate. Si trattava verosimilmente di un più tagliente scherzo da "maledetti toscani". Se Dante ricordava i Peruzzi come "quei de la pera", per le sei pere che campeggiano sul loro stemma nobiliare (la pera era considerata il più prestigioso e nobile dei frutti), un fiorentino non si poteva lasciare sfuggire la ghiotta occasione di attribuire al nobiluomo il soprannome di "meline", un frutto di basso prestigio.



Altorelievo sulla base del monumento: Ubaldino Peruzzi, 20 settembre 1870, esce dal Municipio, allora in palazzo Spini, e mostra ai cittadini il telegramma che annunciava la presa di Porta Pia e il conseguente trasferimento della capitale da Firenze a Roma.

Come appare evidente la notizia fu appresa in modo gioioso dai fiorentini che appaiono esultanti. Come riferisce Ugo Pesci "I fiorentini si lasciavano scapitalizzare battendo le mani, con una disinvolture ed un buon garbo che fu il miglior elogio del loro senno... d'allora...".



Il 27 Aprile 1859, in Piazza della Indipendenza, a dare inizio alla rivoluzione, c'era anche Ubaldino Peruzzi; lo scultore Romanelli lo ha immortalato in un altorelievo posto sulla base del monumento a lui dedicato mentre in piedi su una panchina (segnalata nell'immagine a destra) arringa la folla plaudente (sulla base è incisa la fatidica data del 27 aprile 1859). Dai profili delle case alle spalle di Sor Ubaldino, profil rimasti invariati, che l'artista ha riprodotto con accurato realismo, si può arguire che quella panchina si trova sul lato nord-est della piazza, probabilmente proprio quella sulla quale si riposa un signore ignaro di sedere su un così importante cimelio storico.

il popolo fiorentino seppe dimostrare di essere capace di fare rivoluzioni non violente, ma anche prive di eccessi verbali, tanto che la rivoluzione fiorentina è rimasta nella storia come la più civile, educata e pacifica delle rivoluzioni; una rivoluzione "in carrozza" se si pensa che una carrozza imbandierata precedeva il corteo dei manifestanti diretto verso il centro cittadino. Il commento più pittoresco sulla rivoluzione fiorentina, così piena di buon senso, fu espresso dal console francese a Firenze:

"Perbacco! E neanche un vetro rotto o una carrozza rovesciata!". Una rivoluzione così non si era mai vista nel mondo, prima di quel giorno! Nel pomeriggio la rivoluzione era già finita e, come ebbe a dire il Salvagnoli: "alle sei la rivoluzione andò a pranzo...".



Il 27 Aprile del 1859 il popolo fiorentino si riunì in Piazza della Indipendenza per dare inizio a quella che è stata ricordata come la più pacifica e civile delle rivoluzioni che, al grido di "viva l'indipendenza italiana", mise fine al trono dei Lorena. A seguito di quegli storici eventi alla Piazza Maria Antonia (Piazza di Barbano per i fiorentini) fu attribuito l'attuale nome di Piazza della Indipendenza. Angelo Vadalà (1995) ha così ricostruito quella fatidica giornata; in primo piano due dei massimi artefici della rivoluzione, il nobile Bettino Ricasoli e il popolano Giuseppe Dolfi. Nella Piazza una folla esultante, altri cittadini che assistono con composta

curiosità allo storico evento e la carrozza che, con la bandiera tricolore, avrebbe preceduto il corteo dei rivoluzionari verso Piazza della Signoria. Ad accentuare il folclore della giornata a quella carrozza ne seguirono altre con attori e attrici francesi che recitavano al teatro "Il Cocomero"; come ricorda Ugo Pesci il popolo cominciò ad applaudire fragorosamente più per la simpatia verso i francesi, che non per il loro talento artistico... Il Console francese a Firenze, che ben conosceva il diverso e acceso carattere delle rivoluzioni parigine, per sottolineare la pacifica atmosfera di quella giornata, ebbe ad esclamare: "Perbacco! e nemmeno un vetro rotto o una carrozza rovesciata!"

Fra gli illustri stranieri che hanno abitato nella Piazza una famiglia di inglesi, i Trollope, che presero parte attiva alla rivolta contro il governo granducale; abitavano il villino d'angolo fra le attuali *Via Vincenzo Salvagnoli* e *Via Giuseppe Dolfi* dove è stata posta una targa: "IL GIORNO 13 APRILE 1865 MORÌ IN QUESTA CASA THEODOSIA GARROW TROLLOPE CHE SCRISSE IN INGLESE CON ANIMO ITALIANO DELLE LOTTE E DEL TRIONFO DELLA LIBERTÀ".

Salvagnoli era un assiduo frequentatore del "salotto" dei Trollope, dove gli intimi si radunavano per parlare del futuro dell'Italia.

Nel novembre 2009 è stato pubblicato un inedito volume di Adolphus Trollope (marito di Theodosia), un secondo testimone oculare, dopo lo scrittore Guido Nobili, che era presente il 27 Aprile 1859 fra la folla assiepata vicino alla Piazza, in via della Fortezza, con i volti segnati dall'ansia per il timore che i cannoni della Fortezza da Basso potessero sparare.

I responsabili della Fortezza stabilirono con documento scritto che "le disposizioni di sparare non possono portarsi ad effetto perchè la Truppa non fa fuoco sul Popolo" (Truppa e Popolo scritti sul documento con lettera maiuscola a sottolineare la pari dignità dei protagonisti).

Il Trollope, arrivato in Piazza Maria Antonia, notò che "qualche mano aveva coperto il nome non gradito di Maria Antonia con cartelli con su scritto Piazza della Indipendenza".

Giovan Battista Giuliani, lodato illustratore dell'opera di Dante, aveva abitato al n° 16 della Piazza dal 1859 al 1884 ed è ricordato da una targa posta dal comune di Firenze, che lo aveva fatto concittadino dell'Alighieri, manifestando riconoscenza per il dono della biblioteca dantesca.

Continua nel prossimo numero...



Mercurio ed il caduceo: a proposito di un articolo

Caro Direttore,

invio una integrazione all'articolo di Fernando Prattichizzo, apparso sul numero di Maggio 2011 di Toscana Medica.

La simbologia nel mondo della Medicina è estremamente ricca, ma non sempre il significato appare univocamente definito. In riferimento al contributo di F. Prattichizzo, Mercurio e il caduceo nei tempi moderni (Toscana medica, Maggio 2011, p. 52), ricordo quanto segue.

“Caduceo di Mercurio”. Narra la leggenda che Hermes-Mercurio (secondo altre fonti, l'indovino Tiresia) avesse ricevuto in dono un bastone da Febo-Apollo; giunto in Arcadia, trovò due serpenti, avvinghiati: gettò il bastone in mezzo a loro ed essi si acquietarono. Da qui, il simbolo del caduceo coi due serpenti attorcigliati, segno di pace, corredato anche da ali e da nastri, prerogativa del dio Hermes-Mercurio.

Nel momento in cui si consolidò il rapporto tra Hermes-Mercurio e la alchimia e si disegnò, per sincretismo, la figura di Hermes Trismegistos, il caduceo di Hermes-Mercurio venne associato agli altri saperi legati all'alchimia: medicina, chimica, farmaceutica. Per questo, i farmacisti usano il caduceo come simbolo della loro professione.

“Bastone di Esculapio”. Il dio della Medicina Asclepio-Esculapio spesso raffigurato appoggiato a un bastone, attorno al quale è attorcigliato un serpente: il serpente ha sempre rivestito un ruolo fondamentale nella medicina e nella mitologia, veicolando un messaggio di immortalità nell'ouroboros, il serpente che si morde la coda e forma la perfezione della circolarità.

Il serpente può inoculare il veleno, pharmakon, in cui sta il carattere an-

tipico dell'intervento di guarigione, fortemente legato alla doxa del terapeuta stesso.

Altre interpretazioni sostengono che il serpente di Asclepio sia una raffigurazione del Dracunculus medinensis, un elminta che veniva estratto praticando un'incisione sulla cute e facendolo attorcigliare intorno ad un bastoncino.

Essendo Asclepio-Esculapio il dio della medicina, questo suo attributo divenne il simbolo dell'arte medica.

Per sovrapposizione tra questi due simboli, il caduceo di Hermes-Mercurio e il bastone di Esculapio, diversi, ma con elementi simili, le associazioni mediche li hanno spesso contaminati: in realtà, il simbolo originale, che lega il serpente alla Medicina è quello di Asclepio-Esculapio.

Testimonianza iconografica di questa ricostruzione è l'incisione tratta da un originale nell'ex-Museo di Pio Clemente a Roma, Galerie Mythologique, Recueil de Monuments by Aubin Louis Millin, Paris 1811.

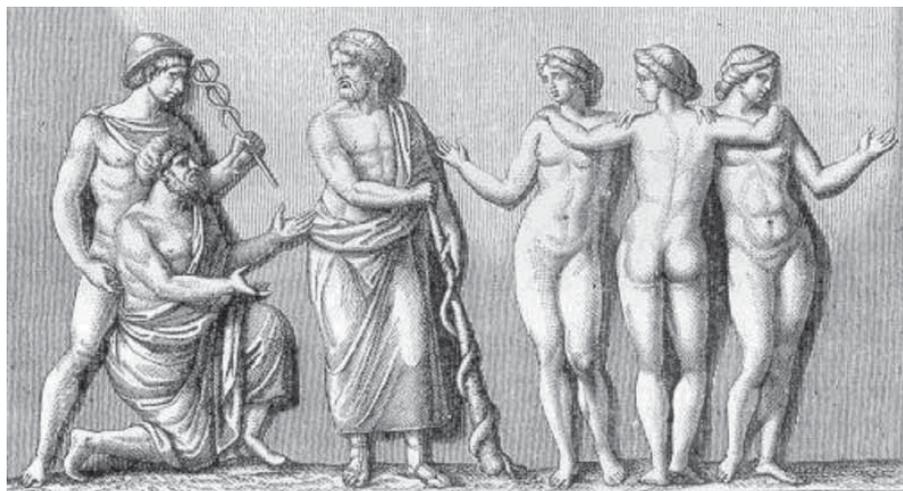
Il contributo completo è reperibile al sito http://www.med.unifi.it/segreteria/notiziario/anno3n10/notiziario_n10.pdf.



Donatella Lippi, laurea in Lettere Classiche, con Specializzazioni in Archeologia, in Archivistica, in Storia della Medicina e in Bioetica. Professore Associato confermato di Storia della Medicina e Bioetica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze, Direttore del Centro di Medical Humanities. Visiting Professor di diverse Università straniere, autore di circa 300 pubblicazioni, tra cui varie monografie. Giornalista pubblicista, cura la rubrica Evidence Based History of Medicine, sul Sole24Ore-Sanità.

DONATELLA LIPPI

Professoressa di Storia della Medicina - Direttore Centro di Medical Humanities Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Firenze





I testimoni di Geova tra “risorsa sangue” e “qualità della vita”

Pubbllichiamo volentieri questo contributo dei Testimoni di Geova ad un dibattito che, per quanto risolto sul piano giuridico, è tuttora vivo sul piano clinico.

Speso dei testimoni di Geova si sente parlare a proposito del rifiuto della terapia emotrasfusionale. Più di un addetto ai lavori riconosce che anche **grazie a loro** si sono sviluppate apparecchiature e strategie mediche per il risparmio del sangue. Hanno contribuito a rendere noti i **vantaggi** della chirurgia *bloodless*: eliminazione dei rischi infettivi, dell'immunodepressione in chirurgia oncologica e degli errori umani, purtroppo abbastanza frequenti (ad es., “scambio delle sacche”), con conseguenti gravi danni.

I testimoni di Geova rifiutano solo le trasfusioni di sangue (intero, dei globuli rossi, dei globuli bianchi, delle piastrine e del plasma) per ragioni religiose; **non assumono però un atteggiamento passivo e fatalista, né sono contrari alla medicina e alla ricerca scientifica**. Anzi, hanno creato una rete di assistenza per Testimoni con problemi di salute che sono di solito affrontati con la terapia emotrasfusionale che è diretta dalla nostra sede mondiale, con uffici nelle varie sedi nazionali, e coordina l'attività di 1.500 comitati formati da personale esperto che dà supporto spirituale ed emotivo ai pazienti Testimoni e collabora con oltre 100.000 medici. Avvalendosi anche di una banca dati e un archivio di articoli scientifici, questi comitati informano i medici e incoraggiano lo scambio di informazioni, dati, casistiche tra le diverse équipe chirurgiche per favorire la ricerca e l'applicazione delle alternative al sangue.

Abbiamo riscontrato che per evitare il ricorso alle emotrasfusioni occorre **preparare** il paziente e **pianificare** preventivamente l'intervento; **suddividere**, se possibile, in più sedute gli in-

terventi complessi; praticare **un'emostasi accurata**; mantenere **costante la volemia** e, in caso di emergenza, **agire tempestivamente**, senza aspettare che i valori ematici calino fino al punto che non è più possibile intervenire senza l'apporto del sangue. I chirurghi che praticano un'emostasi scrupolosa, che operano velocemente e con sicurezza, riducendo così i tempi dell'intervento, riescono con più facilità a non usare il sangue: ovviamente, si avvalgono anche dei farmaci e degli strumenti adatti ai singoli casi e adottano un approccio “multidisciplinare” nel valutare e preparare i casi più complicati.

Acquisita l'esperienza, ora diversi operatori sanitari considerano le strategie emoconservative una opzione praticabile su **tutti** i pazienti. Vista la cronica carenza di sangue, con l'approccio *bloodless*, oltre a ridurre i costi, non si spreca una risorsa così preziosa da impiegare su pazienti che non vi obiettano. È auspicabile che venga riconosciuto il fatto che ogni paziente ha il diritto di decidere se una terapia è compatibile con quanto ritiene “degno di essere vissuto”, senza che altri gli impongano la propria idea di “qualità della vita”. Il Comitato di assistenza sanitaria dei testimoni di Geova di Firenze vuole dare il suo piccolo contributo perché nelle strutture della provincia abbia pieno corso l'“alleanza terapeutica” tra medico e paziente, soggetti che, pur con diverse conoscenze e competenze, operano con pari dignità per debellare la malattia.

Giancarlo Meini

Comitato di assistenza sanitaria
dei Testimoni di Geova di Firenze

CORSI E SEMINARI

ANEMIA FALCIFORME

Corso SITE (Società Italiana per lo Studio della Talassemia e Emoglobinopatie), Master di Ematologia Prof. Alberto Bosi, si terrà il **12 Novembre 2011** con orario 9-17 presso il Palazzo degli Affari, toccherà i temi delle emergenze nel paziente con Drepanocitosi pediatrico e adulto e gli standard terapeutici trasfusionali, ferro chelazione ecc. Responsabili Maria Domenica Cappellini, Paolo Cianciulli, Alma Augusta Lippi 3355373545. Segr: Symposia s.r.l. Patrizia Pasolini 06.39725540, 329.6811384 patrizia.pasolini@grupposymposia.it.

Le critiche: spiacevoli ma spesso utili

Caro Presidente,

premessi che Garattini poteva esprimersi in termini più pacati, la nostra Regione mostra, a mio parere, credulità promuovendo l'uso delle medicine non convenzionali (MnC) nei suoi ambulatori e in un ospedale.

Si tratta infatti (cose dette e ridette) di cure prive di fondamenti scientifici. Per fare due esempi, l'omeopatia presuppone una chimica inesistente mentre l'agopuntura si basa sul vitalismo, una dottrina estinta più di un secolo fa, e oggi non più rispettabile dell'astronomia geocentrica.

Nelle scienze sperimentali (la medicina è una di esse) vige la regola per cui un effetto si rivela più chiaramente migliorando la qualità delle osservazioni. L'opposto accade di regola nelle Medicine non Convenzionali ove tale relazione si inverte: quanto più rigorose le verifiche cliniche, tanto più rari i risultati positivi.

Prendiamo l'agopuntura, che tra queste medicine è forse quella che oggi gode di maggior credito. Proprio lo scorso aprile, l'affidabile rivista americana "Pain" ha pubblicato una minuziosa rassegna della letteratura su questa pratica apparsa negli ultimi dieci anni restringendola ai lavori di buona qualità. La rassegna è preceduta da un editoriale che così ne sintetizza il risultato: "Agopuntura: effetto sul dolore non provato, non innocua." E l'azione sul dolore è quella che i sostenitori dell'agopuntura danno per meglio documentata.

Appare logico concludere che se l'agopuntura

avesse davvero una qualche azione specifica (cioè al netto dell'effetto placebo e di artefatti vari), questa sarebbe in qualche modo venuta fuori negli studi meglio eseguiti. Anche a norma di buon senso, quando una terapia è ampiamente studiata per anni e anni, e chiare prove di efficacia continuano a non farsi vedere, diventa sempre più probabile che quella terapia non serva, in verità, a niente.

L'assessore al Diritto alla Salute, Daniela Scaramuccia, ha giustificato in parte l'ospedale di Pitigliano con l'attribuirgli lo scopo di una "sperimentazione controllata dell'efficacia dei trattamenti integrati". Ma cosa si può ragionevolmente attendere da ricerche cliniche su omeopatia, agopuntura, fitoterapia, condotte proprio da cultori di queste pratiche, se non risultati positivi? Non mi sembra il modo migliore per verificare terapie controverse.

Le critiche sono spiacevoli ma spesso utili. È augurabile che i responsabili della politica sanitaria della nostra regione vogliano, prima di proseguire su questa strada, sentire in proposito il parere indipendente e disinteressato di altri esperti oltre quelli consultati finora. Un ripensamento può evitare future disillusioni, che sicuramente verranno, dato che la medicina, torno a dirlo, è scienza, e in scienza la verità (vedi il caso della "cura Di Bella") ha l'abitudine di venire, prima o poi, a galla.

Maurizio Pandolfi
già Cattedra di oculistica
all'Università di Lund, Svezia



CAREGGI

VIA DELLE PANCHE

VENDESI

UFFICI PERFETTI PER STUDI MEDICI,
PROFESSIONALI, SHOW-ROOM
A PARTIRE DA 200 MQ.
AMPIA DISPONIBILITÀ DI POSTI AUTO.

Info 055 582772

www.giudicicostruzioni.it

giudicicostruzioni
CONSTRUTTORI DI FIDUCIA.



Federalismo fiscale e riqualificazione del SSN

Sabina Nuti, Milena Vainieri

Edizioni Il Mulino

Le conseguenze sulla realtà dei servizi regionali del federalismo fiscale rappresentano un tema di grande interesse e attualità. Sabina Nuti, professore di Economia alla Scuola Superiore di Sant'Anna, insieme a Milena Vainieri, ricercatrice presso la stessa Scuola, lo affronta con grande perizia e dovizia di dati, ma, più che altro, sostenendo una tesi molto interessante. Il federalismo fiscale, come la minaccia dei piani di rientro, rappresenta in realtà una ottima occasione per le Regioni per dimostrare la loro reale capacità gestionale. Quante riusciranno a mantenere i livelli assistenziali, i cosiddetti LEA? La Toscana dovrebbe essere

tra quelle che vi riescono ma solo se saprà adeguare l'offerta secondo criteri di appropriatezza e di recupero di risorse. Un'operazione complessa e difficile perché deve coinvolgere i cittadini e superare ostacoli localisti. Ma i costi standard, tanto temuti, sono un'occasione di governance che può coinvolgere tutti i professionisti stimolando le regioni a intraprendere un cammino di consolidamento degli aspetti positivi del sistema e di correzione di quegli negativi. Un testo accurato, capace di provocare opportune riflessioni in tutti gli addetti ai lavori.

Antonio Panti

Nascere e morire, quando decido io?

G. Baldini, M. Soldano

Firenze University Press

Stefano Rodotà ha scritto la prefazione di questo testo a più voci, curato da Gianni Baldini e Monica Soldano. Un testo che affronta dal punto di vista medico, sociologico, bioetico e giuridico, i complessi dilemmi dell'inizio e della fine della vita, quando la moderna tecnologia medica ha trasformato processi biologici naturali in procedure artificiali che spesso non risolvono bensì complicano la vita delle persone. Il punto di vista degli autori è prevalentemente laico, ma le argomentazioni dei sostenitori delle diverse ideologie intorno a questioni così vitali sono riportate tutte. In effetti una questione si riaffaccia sempre in questo paese,

in controtendenza con le legislazioni e i costumi del resto dei paesi industriali, quella della libertà dell'individuo che potenti ideologie vorrebbero condizionata da vincoli esterni. È la vicenda del disegno di legge sul testamento biologico col quale di fatto si vuol vincolare l'agire del medico e sottrarre capacità decisionale ai cittadini. Chi decide sulle questioni che riguardano il mio corpo? Il codice deontologico lascia piena potestà al cittadino, sia pur nell'ambito di un rapporto empatico col medico. Non si rifletterà mai abbastanza su temi di questa portata e questo libro aiuta a pensare.

Simone Pancani

Igiene e Sanità pubblica

N. Comodo, G. Maciocco

Edizioni Carocci

Nicola Comodo e Gavino Maciocco pubblicano per le edizioni Carocci una rinnovata edizione del loro fortunato "Manuale per le professioni sanitarie". Un manuale completo e moderno che colma molte carenze formative e conoscitive. Infatti, accanto alla classica igiene pubblica, la medicina moderna ha sempre più necessità che tutti gli studenti abbiano cognizioni sui sistemi sanitari, sui determinanti di salute, sulla politica, programmazione e organizzazione della

sanità, sull'economia sanitaria, nonché sulla medicina preventiva, sulla demografia e sulla epidemiologia, infine sullo stato di salute della popolazione. Di tutto questo tratta l'opera di Comodo e Maciocco, dedicando anche ampio spazio al tema della salute e l'ambiente. In conclusione un libro di testo per studenti e un'opera di consultazione per i colleghi.

Bruno Rimoldi

CORSI E SEMINARI

IL BENDAGGIO FUNZIONALE NEL BAMBINO

Il corso della Asl Firenze si terrà in data **17 ottobre 2011** e propone l'utilizzo delle tecniche del Bendaggio Funzionale in alcune patologie pediatriche di interesse riabilitativo. Il bendaggio funzionale può essere applicato fin dai primi mesi di vita come strumento abilitativo-riabilitativo. Obiettivi specifici: conoscere i concetti di base del Bendaggio Funzionale nel bambino. Sapere applicare il Bendaggio Funzionale: nel piede equino-varo supinato, nel piede metatarso-varo, nel torcicollo congenito, nelle paralisi ostetriche e nell'arto superiore del bambino emiplegico. Info: ed iscrizioni: S.S. Formazione - Sig.ra Serena Stupani - tel. 055 2758416 - serena.stupani@asf.toscana.it



Certificati di malattia: quando vale il cartaceo

Rispondendo ad un quesito formulato dall'Ordine dei Medici di Firenze, l'Assessore per il Diritto alla Salute della Regione Toscana ha recentemente fornito un importante chiarimento riguardo ai certificati di malattia telematici e alla validità, in questa fase, dei certificati cartacei. In particolare l'Assessore ricorda che allo stato attuale della normativa, i certificati di malattia cartacei sono tuttora pienamente validi se rilasciati: 1) dai medici liberi pro-

fessionisti, compresi i sostituti dei medici di medicina generale, ancora non in possesso delle credenziali per il rilascio telematico; 2) dai medici convenzionati qualora al momento della certificazione non siano in grado di inoltrare il certificato telematico per malfunzionamenti del sistema generale o di quello utilizzato dal medico; 3) dai medici dipendenti che certifichino in dimissione dal DEA e/o da ricovero ospedaliero. In tutte queste situazioni, quindi, resta

attiva la possibilità di certificare in forma cartacea, fino alla messa a punto complessiva del sistema. Di conseguenza il datore di lavoro del paziente-lavoratore è tenuto ad accettare l'eventuale certificato cartaceo rilasciato dal medico. Infine l'Assessore ricorda che, in queste situazioni, non è ovviamente applicabile alcuna sanzione, né disciplinare né di altro tipo, nei confronti del medico.

Definizione e valore della medicina clinica basata sulla conoscenza scientifica

Pubblichiamo questo documento approvato dalla Federazione Toscana degli Ordini dei Medici il 18 giugno 2011 su proposta del Dr. Carlo Manfredi, Presidente dell'Ordine di Massa, poiché intende dare un contributo alla discussione sui confini epistemologici della Medicina, come scienza biologica e pragmatica dell'individuo.

La medicina è una disciplina che si adatta alla variabilità storica dei contesti e delle conoscenze scientifiche mantenendo inalterata la capacità di relazionare con le persone nel rispetto della loro libertà e autonoma in un rapporto di condivisione esistenziale e di comunicazione autentica.

La medicina clinica si basa su un corpo di conoscenze che si costruiscono e si rinforzano grazie ai risultati della ricerca condotta secondo la metodologia della scienza. Per questo motivo l'attività diagnostica e terapeutica prevede l'adozione di procedimenti *la cui efficacia viene dimostrata attraverso osservazioni sperimentali sistematiche e pianificate.*

La conoscenza scientifica si acquisisce attraverso il procedimento ipotetico-deduttivo-sperimentale che, sulla base delle conoscenze già esistenti, formula un'ipotesi, biologicamente plausibile, dalla quale *dedurre* una serie di conseguenze da sottoporre al controllo dell'*esperimento* per osservare se si realizzano o meno nella realtà. Se l'ipotesi è corroborata dai fatti, viene provvisoriamente accettata come vera, in caso contrario

è rigettata come falsa. Il metodo scientifico è caratterizzato da alcuni elementi che ne assicurano il rigore e lo identificano rispetto ad altre forme di pensiero. I principali sono la sistematicità, l'intersoggettività, la tendenza a passare da osservazioni qualitative a osservazioni di tipo quantitativo, la definizione operativa e la verificabilità o confutabilità delle sue asserzioni teoriche. L'esperimento clinico randomizzato e controllato, evoluzione attuale del metodo ipotetico-deduttivo-sperimentale, permette di ottenere la prova, entro i limiti di probabilità assegnati, dell'esistenza di un preciso nesso tra causa (il trattamento) ed effetto (cambiamento favorevole dell'evoluzione clinica della malattia).

La medicina clinica si basa dunque sulle risultanze della ricerca che, esplorando progressivamente la realtà, producono risultati conoscitivi e pratici che si approssimano alla conoscenza della verità dei problemi che trattano. Solo quando i risultati delle sperimentazioni sono coerenti e riproducibili si possono trarre delle indicazioni fondate e affidabili da trasferire dalla minoranza che ha fatto parte della

sperimentazione alle singole persone della realtà clinica corrente portatrici dello stesso problema.

Nella fase di definizione e di gestione del percorso diagnostico e terapeutico le decisioni maturano nell'ambito del processo relazionale intersoggettivo che il medico instaura con il singolo paziente. Si stabilisce, infatti, una comunicazione bidirezionale condizionata dalla conoscenza scientifica e dalle abilità tecniche, dalla personalità e i valori del clinico che interagisce con il progetto di vita, la personalità, i valori, le sensibilità, le credenze, le condizioni di vita e la volontà di guarigione del paziente. Nella scelta terapeutica il medico trasferisce le conoscenze di carattere generale, ricavate su popolazioni selezionate, al singolo individuo che è un universo a sé, diverso da tutti gli altri passati, presenti e futuri, ed è portatore di una storia localizzata nel tempo e nello spazio. La medicina clinica è pertanto una sintesi fra i contenuti della conoscenza scientifica e le peculiarità della storia e della realtà clinica dell'individuo per decidere qual è la strada migliore da seguire per lui.

CORSI E SEMINARI

NUTRIZIONE UMANA E DIETETICA APPLICATA

Un corso, 7 Workshop. A Firenze dal **24 settembre 2011 al 18 dicembre 2011** si terrà il Corso Teorico Pratico di Nutrizione umana e Dietetica Applicata. La finalità del corso è quella di fornire tutte le conoscenze utili a chi vuol intraprendere o migliorare la professione di medico-nutrizionista attraverso 37 ore di pratica in aula con la preparazione di elaborati nutrizionali. Il corsista potrà optare per la scelta dell'intero corso e dei singoli workshop. La sede del corso è Firenze. Per tutte le informazioni: www.nutrive.org.



Carta Europea di Etica Medica

Tutto a Kos ricorda il suo figlio più celebre, Ippocrate, padre della medicina scientifica, iniziatore di quell'atteggiamento etico che i medici di tutto il mondo gli riconoscono. Che il Consiglio degli Ordini dei Medici Europei, la CEOM, abbia scelto proprio Kos per approvare la propria "Carta dei principi etici", non è cosa di poco conto. C'è il simbolismo, c'è l'aura del leggendario padre ispiratore. Quattordici delegazioni in rappresentanza di altrettanti Paesi, a cui si sono aggiunti in qualità di ospiti osservatori, le delegazioni di tre rappresentanze mediche internazionali: questi i numeri della folta componente professionale che si è ri-

trovata per dialogare sull'etica medica. Il risultato è stato, appunto, l'approvazione della "Carta Europea dei principi di Etica Medica", composta da sedici principi che rappresentano il fondamento dell'etica medica: il medico è chiamato ad agire in scienza e coscienza per il bene del paziente senza discriminazione alcuna (art. 1 e 2), sempre nel rispetto della libertà di scelta e dell'autonomia morale e decisionale del paziente stesso (art. 9 e 13). L'excursus dei sedici principi, dopo aver ribadito la centralità del consenso informato e dell'esercizio della professione che deve avvenire in assoluta "coscienza, dignità e indipendenza" (art. 16), ha raccolto

l'unanimità dei consensi. L'evento si è concluso in un luogo di grande fascino storico: il sito di Asclepion. Proprio tra i resti suggestivi ed evocativi dell'Asklepion si è tenuto nella serata di sabato 11 giugno, l'atto finale di questa due giorni, con la lettura dei sedici articoli dei principi di etica medica appena votati ed assunti come Carta di riferimento. Ognuno nella propria lingua, tutti i rappresentanti hanno dato voce ad uno degli articoli, prendendosi simbolicamente l'impegno di interpretare e diffondere nei propri Paesi di origine, la Carta appena condivisa. Per approfondire: www.fnomceo.it.

CORSI E SEMINARI

NUOVO CENTRO PAVIMENTO PELVICO DI CAREGGI

Il giorno **Giovedì 15 settembre** alle ore 19

sarà presentato presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze
il Nuovo Centro Pavimento Pelvico di Careggi.

Il Centro, coordinato dal dott. A. Valeri,

congiunge le professionalità di chirurghi, urologi, ginecologi, gastroenterologi e altri professionisti esperti del settore per offrire un servizio multidisciplinare e di qualità a livello regionale.

Ingresso libero.

Ai partecipanti sarà offerto un aperitivo/cena.

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscamedica@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



La Asl di Grosseto premiata come prima tra le aziende toscane per “Good practice”, con il progetto del braccialetto identificativo

La Asl 9 di Grosseto è stata premiata dalla Regione Toscana, come prima tra le aziende del territorio regionale, con il riconoscimento “Good Practice”. Il premio assegnato anche all’Azienda Ospedaliera Meyer (2° classificata) ed alla Asl di Arezzo (3a) è stato consegnato dall’Assessore Regionale al Diritto alla Salute, Daniela Scaramuccia, e dal Senatore Ignazio Marino, Presidente della Commissione Nazionale sulla Efficacia ed Efficienza del Sistema Sanitario Nazionale.

Grosseto è stata riconosciuta come prima delle Asl toscane nell’applicazione delle pratiche per migliorare la qualità e la sicurezza dell’assistenza. Nel caso specifico, ha vinto il progetto che

ha visto l’introduzione del braccialetto identificativo del paziente in tutti gli ospedali del territorio provinciale. L’identificazione del paziente rappresenta, infatti, una buona pratica sia a livello regionale che nazionale, purtroppo ancora non molto diffusa. Il braccialetto, nella sua semplicità e basso costo, migliora notevolmente le modalità di identificazione del paziente, soprattutto di quello non collaborante, e può prevenire i possibili, e sempre in agguato, errori di identificazione, che in questo caso, pur non essendo frequenti, rischiano di produrre gravi conseguenze.

Alla Asl 9 è stata attribuita una targa premio e un invito a partecipare al prossimo congresso inter-

nazionale di Oviedo “Healthcare Ergonomics and Patient Safety”, centrato sui temi della sicurezza del paziente e fattore umano. La cerimonia di premiazione è avvenuta nel corso del “Safety Quality Day”, la Giornata per la sicurezza e qualità delle cure sanitarie, tenutasi a Firenze.

Le iniziative premiate, spiega l’assessore Scaramuccia, sono state considerate le migliori tra le diverse candidature, tutte di qualità e di ampio respiro, pervenute dalle Aziende Sanitarie Toscane. A valutarle è stata la Commissione Qualità e Sicurezza della Regione Toscana.

Defibrillatori in ambiente extra-ospedaliero

Sulla Gazzetta Ufficiale di lunedì 6 giugno è stato pubblicato il Decreto del Ministro della Salute avente ad oggetto: “Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni”. Il decreto fa proprio l’accordo Stato-Regioni in

materia e ha lo scopo di promuovere la realizzazione di programmi regionali per la diffusione e l’utilizzo di defibrillatori semiautomatici esterni, indicando i criteri per l’individuazione dei luoghi, degli eventi, delle strutture e dei mezzi di trasporto dove deve essere

garantita la disponibilità dei defibrillatori semiautomatici esterni e le modalità della formazione degli operatori addetti. Il decreto stanziava appositi finanziamenti per le Regioni, connessi ai programmi locali di formazione degli operatori e all’utilizzo degli apparecchi.

Rapporto nascite 2008

Il VII Rapporto sull’evento nascita in Italia, riguardante l’analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) relativo all’anno 2008, costituisce la più ricca fonte a livello nazionale di informazioni sia di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere socio-demografico. Dal rapporto emergono alcuni dati interessanti. Ad esempio, l’88,4% dei parti è avvenuto negli istituti di cura pubblici, l’11,4% nelle case di cura private e solo 0,2% altrove. Il 67,0% dei par-

ti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui, mentre il 9,11% dei parti ha luogo in strutture che accolgono meno di 500 parti annui. Nel 2008, il 16,9% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana (15,9% nel 2007). Tale fenomeno è più diffuso al centro nord dove quasi il 20% dei parti avviene da madri non italiane. L’età media della madre è di 32,4 anni per le italiane mentre scende a 28,9 anni per le cittadine straniere. Il rapporto conferma il ricorso eccessivo all’espletamen-

to del parto per via chirurgica. In media, il 37,8% dei parti avviene con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all’espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un’elevata propensione all’uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura in circa il 60,5% dei parti contro il 34,8% negli ospedali pubblici. Per approfondimenti: www.salute.gov.it.

La cocaina è nemica anche del cuore

La cocaina è dannosa anche per il cuore. Lo conferma uno studio della Fondazione “Gabriele Monasterio” CNR-Regione Toscana, condotto in collaborazione con la ASL 5 di Pisa e i SERT (Servizi per le tossicodipendenze) toscani. Lo studio ha rilevato un’elevata presenza di cardiotoxicità in persone con abuso cronico di cocaina. La risonanza magnetica cardiaca ha dimostrato nell’83% dei soggetti studiati la presenza di segni di danno

miocardico cronico (fibrosi) o acuto (edema). In particolare, un’elevatissima presenza di esiti fibrotici miocardici tossici si sono riscontrati in soggetti che assumevano insieme cocaina e alcol. Malgrado la giovane età media di questa popolazione, il 23% ha evidenziato un danno cicatriziale di tipo ischemico, del tutto simile a un infarto miocardico. Nel 2010 inoltre, è stata completata una sperimentazione promossa dalla Regione con i

SERT toscani per il trattamento e la riabilitazione di persone con dipendenza da cocaina e per una ricerca sui danni correlati. Al trattamento farmacologico si è associata una psicoterapia residenziale, in cui i pazienti sono stati sottoposti a un protocollo di screening, per identificare tra i consumatori la popolazione a rischio di eventi fatali e stabilire le opportune misure terapeutiche.



Un supporto domiciliare al malato oncologico

Si è realizzato nell'Asl 12 Viareggio un progetto, per ora unico in Toscana, di distribuzione di supporto nutrizionale domiciliare per il paziente oncologico, totalmente gratuito.

In un contesto di effettiva multidisciplinarietà, sono parti attive del progetto il medico nutrizionista, il medico di medicina generale, il Servizio Farmaceutico dell'AUSL 12, le Cure Palliative ed il Servizio Infermieristico Distrettuale. Si viene così a potenziare la rete di sostegno domiciliare intorno al nucleo familiare colpito e si concretizza una continuità assistenziale ospedale-territorio. Con la realizzazione di tale progetto si giunge quindi ad un'attuazione di una "Welfare Community" in cui interagiscono struttura pubblica-volontariato ed associazioni di pubblica assistenza per cui, il malato e la propria famiglia, si possano sentire costantemente sostenuti e seguiti.

Un aspetto particolarmente innovativo e proiettato verso un prossimo futuro, in cui verranno rilevati i benefici tratti, è la realizzazione del progetto attraverso una sinergia tra la Direzione dell'Asl 12 di Viareggio, l'Associazione dei Volontari Versiliesi

per le Cure Palliative e l'Associazione Croce Verde di Pietrasanta; si viene così a realizzare un nuovo modello di volontariato con una partecipazione attiva ed un inserimento in un contesto sociale pluridimensionale. Con una convenzione tra le tre parti, su richiesta dei pazienti e dei familiari interessati, i volontari delle due associazioni, direttamente dal servizio Nutrizionale Aziendale, portano a domicilio presidi di nutrizione enterale o parenterale, con un servizio assolutamente senza oneri per l'Azienda Sanitaria e per le famiglie richiedenti.

L'obiettivo è sollevare da incombenze derogabili pazienti e caregivers e facilitare la cura domiciliare, anche là dove sono carenti i sostegni familiari od in presenza di nuclei costituiti esclusivamente da anziani, permettendo inoltre al soggetto-utente di avere un costante contatto esterno, eliminando quel senso di isolamento che spesso si viene a creare una volta dimessi dall'ospedale e rientrati al proprio domicilio. Ricordiamo infine che il ritiro dei presidi nutrizionali nella struttura ospedaliera è spesso legato ad orari rigidi ed obbliga al

trasporto di materiali ingombranti e pesanti.

In conclusione, vorremmo sottolineare due aspetti fondamentali: da un lato la realizzazione effettiva della tanto auspicata "centralità del malato" e dall'altro la possibilità di un interagire virtuoso tra struttura pubblica ed associazioni di volontariato.

Il servizio viene gestito dalla Associazione Volontari Versiliesi per le Cure Palliative con sede in Viareggio in via Mazzini n. 14, d'intesa con la U.O.S. Cure Palliative della Asl Versilia diretta dal Dott. Aurelio Buono, mediante chiamata da parte dell'interessato dei suoi familiari o caregivers al numero 333 3536649. La richiesta viene quindi immediatamente inoltrata dalla AVV alla Associazione Croce Verde di Pietrasanta al numero 349 8195274 oppure il 0584 72255, che invia i volontari con il mezzo di trasporto per la presa in carico dei prodotti nutrizionali presso il Servizio Farmaceutico della ASL e la consegna a domicilio del paziente.

Ecografia d'urgenza per la spalla

Sabato 11 giugno si è svolto a Firenze un corso di ecografia in urgenza ed emergenza dedicato alla valutazione ecografica nel dolore acuto di spalla, con la supervisione della dr.ssa Silvia Petralli e la collaborazione di Esaote. Erano presenti medici di medicina generale e del 118, oltre a varie autorità, ed è stato possibile instaurare un

importante dibattito sulla necessità di migliorare le competenze diagnostiche del medico che andranno a integrare e supportare le conoscenze cliniche, ma che avranno come scopo la scelta terapeutica più efficace. In questo senso il corso appena concluso, ha sicuramente contribuito a rispondere, almeno per quanto riguarda

l'area scapolo-omeroale e toracica, alle due problematiche peculiari relative all'organizzazione dell'ecografia in emergenza/urgenza e cioè la necessità di ridurre al minimo i tempi delle decisioni cliniche e dell'assistenza e la disponibilità delle specifiche risorse, strumentali e professionali.

Medaglia d'argento a Fabio Fanfani

Il 30 giugno scorso Alberto Monaci, Presidente del Consiglio Regionale della Toscana, ha conferito una medaglia al dottor Fabio Fanfani, Console onorario della Repubblica delle Filippine a Firenze, per la sua attività a favore della comunità presente in Italia e per le sue iniziative umanitarie nel territorio filippino. Alla cerimonia, che si è tenuta nella sala del Gonfalone di Palazzo Panciatichi, hanno assistito anche il Vicepresidente del Consiglio Regionale, Roberto Benedetti, Mauro Romanelli dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Regionale e il Consigliere Eugenio Ciani.

CORSI E SEMINARI

MASTER UNIVERSITARIO DI 1° LIVELLO IN RIABILITAZIONE EQUESTRE

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Univ. di Firenze, Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, in collaborazione con Associazione "Lapo" organizza per gli **Anni Accademici 2011-2013** la VI edizione del Master Universitario di 1° Livello in Riabilitazione Equestre. Il Master fornisce la preparazione neuropsichiatrica, neuropsicologica, riabilitativa e dell'equitazione necessaria per la formazione delle competenze proprie della figura professionale del "Coordinatore Tecnico di Riabilitazione Equestre": impianto, organizzazione, gestione operativa di Centri di RE, direzione, conduzione, verifica dell'attività di RE. Durata biennale - 590 ore - esenzione dall'obbligo acquisizione ECM per il biennio - posti disponibili 30 - iscrizione entro il 20/12/2011 - inizio febbraio 2012. L'accesso è consentito a coloro che possiedono una Laurea triennale e la patente FISE B o una competenza certificata nelle tre andature. Titolo di studio: Diploma di "Master di 1° Livello in Riabilitazione Equestre" rilasciato dal Rettore. Per informazioni: www.unifi.it; Segreteria Scuole Specializ. e Master: tel 055.4598771-775-767, fax 055.4598928, e-mail scuospec@adm.unifi.it; Prof.ssa Anna Pasquinelli, Dr.ssa Claudia Mannini: tel 055.4298431 - 055.4298425 - 347.5398994, fax 055.4298432, e-mail pasquinelli@neuro.unifi.it - www.associazione-lapo.it

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

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

valsartan + idroclorotiazide

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr
50 100 4785



MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

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

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



Eugenio Fiumi

Cosimo Cecchi



Continuazione dell'articolo all'interno della rivista