



ToscanaMedica

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



Il piano vaccini e la vaccinazione antipneumococcica nell'adulto

G. Anzalone, G. Bartolozzi, P. Bonanni,
C. Canessa, M. Ruggeri

Intervista al neo Assessore al Diritto alla Salute Ing. Luigi Marroni

Riflessioni sulla "Dieta del Sondino" o Nutrizione Enterale Chetogena nella terapia dell'obesità

F. Sofi, A. Casini

25 anni di parto-analgesia peridurale in Toscana

A. Veneziani, A. Paolicchi, A. Rutili

N° 8 SETTEMBRE 2012

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr.
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Il cammino di un macchiaiolo: Odoardo Borrani
F. Napoli **4**

EDITORIALE

- Fonendoscopia o abbigliamento?
A. Panti **5**

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Il piano vaccini e la vaccinazione antipneumococcica nell'adulto
G. Anzalone, G. Bartolozzi, P. Bonanni, C. Canessa, M. Ruggeri **6**
- Vaccinare conviene
A. Panti **13**

INTERVISTA

- Intervista all'Ing. Luigi Marroni, Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana **14**

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Luci e ombre nell'evoluzione dell'ospedale per intensità di cure nella Asl di Firenze
C. Cappelletti e coll. **16**
- 25 anni di parto-analgesia peridurale in Toscana
A. Veneziani e coll. **18**
- La gestione delle informazioni in ambito sanitario
M. Masoni e coll. **22**
- Fare meno può darci di più? Un'esperienza americana sull'appropriatezza
E. Paci **24**
- Un Centro di Riabilitazione Oncologica: il CeRiOn di Firenze
M.G. Muraca e coll. **26**
- Il taglio dei "primari"
C. Palermo **28**
- Riflessioni sulla "Dieta del Sondino" o Nutrizione Enterale Chetogena nella terapia dell'obesità
F. Sofi e coll. **29**
- Il bambino con diabete a scuola
S. Toni e coll. **39**

REGIONE TOSCANA

- Il Registro Regionale Toscano dei traumi gravi
M. Tanzini e coll. **31**

- La valutazione della sanità penitenziaria
G. Capitani **38**

RICERCA E CLINICA

- La Neuroestetica: il cervello visivo tra percezione ed arte
E. Grassi e coll. **42**
- Le malattie infiammatorie croniche intestinali in età pediatrica
P. Lionetti e coll. **45**
- L'epidemia da "Klebsiella pneumoniae" produttrice di carbapenemasi
F. Menichetti e coll. **47**
- Termoablazione percutanea con radiofrequenza o con microonde delle lesioni polmonari maligne
E. Mazza e coll. **49**

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

- È stabile l'incidenza del tumore del rene in Toscana
A. Caldarella e coll. **52**

SANITÀ NEL MONDO

- C'è da fidarsi dell'OMS?
G. Maciocco **53**

LETTERE AL DIRETTORE

- Ancora sulle RSA
P. Moneti **54**
- Collaborare per la salute mentale
G. Corlito **55**
- Una questione irrisolta
E. Pecchioli **55**

RICORDO

- Il carisma di Giorgio Bartolozzi
di Carlo Calzolari **56**

LETTI PER VOI

INCIDENTI DI PERCORSO E DEONTOLOGIA

- Grida e graffi in guardia medica
B. Rimoldi **58**

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

BACHECA

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI 25/27/41/44/46/56



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXX n. 8 - Settembre 2012
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
O. Borrani
"La raccolta del grano a Castiglioncello"

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

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze

tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045

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

e-mail: 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: riccardo@edizionitassinari.it

http://www.edizionitassinari.it

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina

via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Il cammino di un macchiaiolo: Odoardo Borrani

Figlio d'arte, per qualche anno allievo presso lo studio di Gaetano Bianchi, il pittore Odoardo Borrani ha tutte le componenti proprie ad un pittore macchiaiolo.

FEDERICO NAPOLI

A questo artista, nato a Pisa nel 1832, il Centro Matteucci per l'Arte Moderna di Viareggio dedica fino al 4 novembre una selezionata mostra dal titolo *Borrani al di là della macchia. Opere celebri e riscoperte*, esposizione ricca di novità e di riscoperte: *Una mostra concepita e montata come un affresco che ricompone una personalità esaltando conoscenza di opere e metodi di lavoro dell'artista* (Giuliano Matteucci, direttore del Centro).

Tanti sono gli aspetti macchiaioli: la salda conoscenza delle regole accademiche, ma anche la pittura en plein air trasgressivamente fuori dall'atelier; la frequentazione della campagna toscana, le discussioni al Caffè Michelangelo, le idee risorgimentali, l'amicizia con altri macchiaioli quali Signorini Cecioni e Banti, la lunga presenza in Piagentina con Lega e l'impegno artistico a Castiglioncello grazie a Diego Martelli; infine, per esigenze pratiche familiari, le iniziative collaterali come la gestione di una galleria d'arte e l'attività di illustratore.

A fare da collante fra tutti questi aspetti, vi sono alcune costanti: la scelta di soggetti umili e quotidiani, idealisticamente sociali, ma anche un modo di trattarli sempre molto debitore al disegno che si rivela in una salda dettagliata composizione.

Il momento luminoso che dà sapore all'azione compositiva non è visto come mezzo di indagine sul reale, quanto mezzo per rendere evidente ciò che l'autore struttura in forme e volumi. È la rivelazione di un animo meditativo e ordinato, schivo e non passionale, sostanzialmente amante di una solitudine cosciente di sé: in mostra, ne sono esempi lo spettacolare "Arno a Varlungo" (1868) – presente, comunque, in duplice formato –, ma anche "Pescatore sull'Arno alla Casaccia" trionfo di silenzio e di fuga dalla modernità (1871). E se il mondo allora contemporaneo al nostro pittore è la città di Firenze rinnovata nelle forme e nei contenuti per il suo essere divenuta momentanea capitale d'Italia, appare chiaro l'atteggiamento anche rinunciatario di Borrani nei confronti della sua contemporaneità presente nell'opera tarda "Arno a Rovezzano" (1899) o precedentemente nel significativo "Il Mugnone presso il Parterre" (1880 ca), sentimentalmente intenso nell'ora di luce ritratta, schivo nella scelta del taglio di visuale.

La mostra viareggina, curata da Silvio Balloni e da Anna Villari, appare essere frutto di una lunga ricerca e di un approfondito studio: lo rivelano i me-

ditati accostamenti in esposizione fra soggetti simili come i tre impernati sulla presenza di un carro rosso sulla spiaggia o quelli dedicati ai colli attorno a Castiglioncello, oppure come i dettagliatissimi interni con figure ove forte è la suggestione del

Seicento olandese.

La mostra, dunque, propone continue riflessioni su di una pittura che negli anni si evolve verso forme di naturalismo, stemperando gli iniziali aspetti sociali in una dimensione privata. Ma rivelano la lunga ricerca dei curatori sia la presenza di molte opere inedite o esposte per la prima volta in quanto provenienti da collezioni private – tra le altre "Milite della Guardia Nazionale Toscana" (1860-61) –, sia la scoperta di trascorsi mai documentati di Borrani in qualità di collaboratore della Manifattura Ginori di Doccia, per alcuni soggetti da riprodursi su vasi e piatti, qui rintracciati nella loro presenza presso le collezioni di Peles in Romania e del Museo Richard Ginori a Sesto Fiorentino.

BORRANI AL DI LÀ DELLA MACCHIA

Opere celebri e riscoperte
Centro Matteucci per l'Arte Moderna (Viareggio)
fino al 4 novembre



O. Borrani,
L'analfabeta



Fonendoscopio o abbigliamento?

ANTONIO PANTI

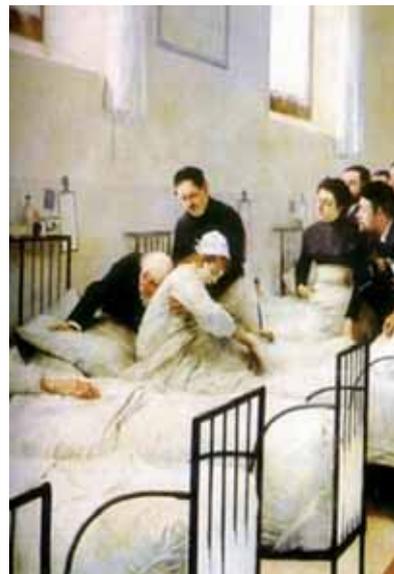
All'inizio il medico auscultava appoggiando l'orecchio sul torace del paziente, talora con l'interposizione di un fazzoletto. Così lo dipinge un pittore dell'Ottocento, benché nel 1819 Hyacintho Laennec avesse scoperto i vantaggi dello stetoscopio di legno. Già si cominciava a eliminare il contatto fisico col malato, a "prenderne le distanze", favoriti dai miglioramenti della tecnica. E le distanze dal paziente crebbero con l'uso del fonendoscopio, più preciso nell'ascolto ma che aumentava la lontananza fisica. Nel 1895, inizia la rivoluzione roentgeniana dei raggi X e poi, a metà del secolo scorso, esplose la "diagnostica per immagini", lanciata ormai verso traguardi impensabili attraverso tecnologie sofisticatissime, precisissime e miniaturizzate. Gli strumenti di oggi sono estremamente precisi, consentono diagnosi migliori, più comode (talora toccare il malato non è piacevole), insomma un grande passo avanti, una vera rivoluzione in poco più di un secolo. Ma toccare il malato è soltanto una desueta scomodità? Perché averlo di fronte, il malato, costringe a parlarci, assai più di quanto si possa fare usando strumenti che, al contrario, lo allontanano. I successi della scienza delle immagini tendono quasi a separare il malato dal clinico, che legge i referti e su quelli giudica. E, spesso, il malato resta solo.

Oggi nei corridoi e nei viali degli ospedali i medici camminano o corrono indaffarati col fonendoscopio al collo, con gli auricolari a destra e la membrana a sinistra. Sembra una divisa; certamente una moda importata dagli USA: così George Clooney in ER, così il Dr. House. È ovvio e fuor di discussione che ciascuno porta il "fonendo" come più gli aggrada. La vera questione, nel senso clinico e deontologico, è se lo usa, cioè se si avvicina al paziente e se e quanto tempo dedica all'ascolto e al colloquio. L'efficacia clinica, valore fondante della medicina in ogni tempo, si compone di due grandi spazi, ugualmente essenziali, la competenza cognitiva, cioè la padronanza delle conoscenze e delle tecniche e la competenza relazionale fondata sull'ascolto e l'empatia.

Insomma la complessa transizione della medicina diventa fatalmente crisi della professione. Di solito se ne ascrive la colpa al peso di una soffocante amministrazione e di un malinteso economicismo. Tuttavia anche i medici hanno qualcosa da rimproverarsi in questa specie di solco che si è scavato tra medicina e società, tra medici e pazienti. Tecnologia e budget rendono certamente più facile allontanarsi dal paziente piuttosto che ascoltarlo. Ma allora la

questione principale per il futuro della sanità non è tanto stabilire inutili responsabilità. La gente legge di malasana e accusa i medici, ascolta storie di sprechi, disorganizzazione e corruzione e si schiera con l'antipolitica. Il medico è il problema o la soluzione dei mali della sanità?

Sembra una domanda provocatoria, e lo è, ma, con ruvida chiarezza, è questo il quesito che sottende molte discussioni. Vi è chi pensa che la medicina sia una scienza troppo difficile e costosa per affidarla ai soli medici e chi, invece, ritiene che soltanto un reale coinvolgimento dei medici, il governo clinico, sia l'unica salvezza di un sistema sanitario in crisi. Dal punto di vista dei medici è ora di affrontare la questione con realismo e senza inutili recriminazioni. Una strategia in due tempi: una riflessione interna alla professione che riaffermi il primato della autonomia delle scelte del medico e isoli, mediante quel grande istituto democratico che è la riprovazione sociale, i comportamenti antideontologici. Non chiediamo che cosa la sanità debba fare per i medici ma domandiamo che cosa i medici possano fare per una sanità nello stesso tempo efficace e sostenibile (è possibile!). Fermo restando la condizione essenziale dell'autonomia della professione. Forse è possibile uscire da questa specie di trincea in cui medicina difensiva e insoddisfazione dei medici si intrecciano per affrontare in mare aperto i problemi della medicina moderna e ritrovare un ruolo professionale attivo, la miglior garanzia per i pazienti. **TM**



"La visita in ospedale" di Daniel Jimenez Prieto 1897 Siviglia Museo delle Arti.



Il piano vaccini e la vaccinazione antipneumococcica nell'adulto

TOSCANA MEDICA – Ad oggi l'abitudine dei medici alla prescrizione dei vaccini in età adulta appare piuttosto ridotta, associata inoltre ad una certa carenza di informazioni in materia. Si tratta invece di una questione molto importante che richiederebbe una ben diversa attenzione. Iniziamo pertanto con un inquadramento epidemiologico relativo all'infezione pneumococcica nell'adulto.

ANZALONE – Vorrei iniziare con una considerazione a mio parere estremamente importante: le polmoniti acquisite in comunità rappresentano la prima causa di morte per patologia infettiva nel mondo occidentale e in percentuale compresa dal 30 al 50% presentano come agente etiologico lo *Streptococcus pneumoniae* (Sp).

Tornando indietro nel tempo, per chiarire i limiti del problema, durante la pandemia influenzale del 1918-19 ben il 20% dei decessi fu attribuito alla polmonite pneumococcica e proprio da una recente disamina autoptica di quelle salme è emersa una positività per Sp nel 27% dei campioni da emocoltura. Più recentemente, durante la pandemia di H1N1 del 2009 si è verificato un aumento significativo dei ricoveri per patologia pneumococcica in toto, altra situazione che non può che destare allarme.

Sempre sul piano epidemiologico dobbiamo inoltre ricordare che, per quanto riguarda l'adulto, in Italia l'etiologia pneumococcica è una delle più basse a livello europeo (circa il 12%), potendo però arrivare ai valori assai preoccupanti della Finlandia con una percentuale che supera addirittura il 60%, forse a causa di uno scarso utilizzo dell'accertamento etiologico.

BONANNI – L'etiologia pneumococcica appare essenzialmente sottostimata soprattutto perché in caso di polmonite acquisita in comunità la terapia antibiotica viene iniziata per lo più tempestivamente, spesso prima anche del ricovero in ospedale durante il quale il dato colturale risulta ovviamente negativo. Oggi le cose in questo senso sono migliorate grazie alle nuove metodiche di biologia molecolare che permettono di "ricostruire" l'etiologia pneumococcica anche in quei

casi che prima non si potevano classificare come tali: attualmente è infatti possibile identificare l'acido nucleico batterico anche quando l'antibiotico ha ormai reso impossibile il rinvenimento del batterio nel sangue o nell'espettorato.

GIUSEPPE ANZALONE¹, GIORGIO BARTOLOZZI²,
PAOLO BONANNI³, CLEMENTINA CANESSA⁴,
MAURO RUGGERI⁵

¹ Primario Pneumologo Asl 4 Prato

² Pediatra

³ Ordinario di Igiene, Università degli Studi di Firenze

⁴ Pediatra, AOU "Meyer" di Firenze

⁵ Medico di medicina generale a Prato

BARTOLOZZI – Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, aggiornati al marzo 2012 (SIMI, ISS. Dati. Meningiti batteriche), i soggetti di età superiore ai 65 anni rappresentano i 2/3 di tutta la patologia da Pneumococco, mentre a oggi nel

bambino, grazie alla vaccinazione essa appare relativamente più bassa.

In linea di massima si può dire che più di frequente si ammalano i soggetti delle età estreme della vita, cioè i bambini più piccoli e gli anziani. I primi sono come una lavagna bianca sulla quale qualcosa ha scritto la madre, con gli anticorpi trasmessi al figlio, che scompaiono nel secondo semestre di vita, i secondi sono invece una lavagna sulla quale molto è stato scritto negli anni ma che inesorabilmente viene in parte cancellata dal tempo che passa (Figura 1).

CANESSA – Senza dubbio l'età pediatrica, in particolare la classe di età inferiore ai 5 anni, è ad alto rischio per quanto riguarda la patologia pneumococcica, comprendendo oltre alla polmonite anche la sepsi e la localizzazione meningea. I bambini più piccoli hanno infatti una ancora carente risposta anticorpale agli antigeni polisaccaridici che costituiscono la capsula del Pneumococco. Sempre al di sotto dei 5 anni di vita si osserva inoltre una percentuale fino al 50% di bambini portatori del germe in nasofaringe, evidentemente più soggetti a sviluppare l'infezione ma soprattutto potenziali fonti infettanti per coetanei e conviventi. In questa ultima categoria particolarmente a rischio appaiono i soggetti anziani, proprio per l'immunosenescenza prima ricordata dal prof. Bartolozzi.

TOSCANA MEDICA – Esistono sierotipi di *Streptococcus pneumoniae* più diffusi in Italia e quali sono quelli più aggressivi? Quali sono le reali dimensioni del problema "antibiotico resistenza"?

PARTECIPANO



Giuseppe Anzalone



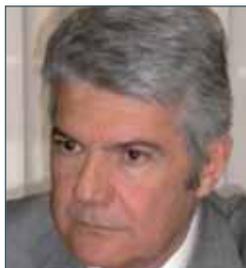
Giorgio Bartolozzi



Paolo Bonanni



Clementina Canessa



Mauro Ruggeri

ANZALONE – Ad oggi sono stati identificati 92 sierotipi di *Streptococcus pneumoniae* dei quali i più frequenti sono il 3, 19, 14. Il problema delle resistenze è davvero molto importante, non solo per quanto riguarda la penicillina, ma anche e soprattutto per i macrolidi con punte dell'85% ed è decisamente molto rappresentato anche nel nostro Paese.

BARTOLOZZI – In linea di massima si può dire che i sierotipi a maggiore diffusione sono tutti "compresi" nel vaccino coniugato 13 valente (PCV13).

Tra questi il sierotipo 19 A ha particolare importanza; oggi esso ha addirittura superato lo Stafilococco come frequenza ed appare inoltre particolarmente resistente sia ai macrolidi che alla penicillina. I primi casi di resistenza a questo sierotipo si sono riscontrati in Spagna una quindicina di anni fa ed adesso negli Stati Uniti il 19 A è presente in ben il 40% degli isolamenti.

Potere disporre di un vaccino attivo anche contro questo particolare ceppo rende ancora più significativa la possibilità di mettere in atto iniziative davvero efficaci di prevenzione attiva e non più solo passiva.

CANESSA – Prendendo spunto dall'intervento del prof. Bartolozzi, colgo l'occasione per sottolineare l'importanza di una adeguata sierotipizzazione, oggi

disponibile sfruttando le tecniche di biologia molecolare, per costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica il più efficace possibile. A questo proposito ricordo che oggi la sierotipizzazione è possibile, come già ricordato, anche quando il batterio è stato ucciso dalla terapia antibiotica somministrata precocemente, al contrario di quanto avveniva in passato con le normali tecniche colturali.

Sulla base di questo tipo di indagini al "Meyer" abbiamo descritto e pubblicato recentemente la distribuzione dei sierotipi nella popolazione adulta italiana, riscontrando una prevalenza di circa il 13% del sierotipo 7 F, seguito dal 19 A con il 10.5%, dal 22 F e dal 3.

BONANNI – A questo punto mi piace ricordare che i ceppi adesso menzionati si ritrovano tutti nel vaccino 13 valente, che pertanto si può considerare in grado di controllare la maggioranza dei casi di patologia anche nell'anziano e non solo nei pazienti in età pediatrica.

TOSCANA MEDICA – *La vaccinazione appare pertanto ancora una volta atto di straordinaria importanza: perché però in Italia quella antipneumococcica non ha ancora avuto una diffusione quale realmente avrebbe meritato? Si può imputare parte della "colpa" al vaccino polisaccaridico? Si può sperare in qualche miglioramento grazie alla rinata fiducia nei confronti dei vaccini coniugati?*

BONANNI – Effettivamente il vaccino polisaccaridico, disponibile ormai da decenni, nel nostro Paese non ha mai riscosso un grande successo, al contrario di quanto è invece avvenuto in Paesi come gli Stati Uniti o la Gran Bretagna. Si tratta di un vaccino che si è dimostrato efficace in percentuali variabili dal 50 all'80% per quanto riguarda le malattie invasive da Pneumococco, mentre non si è mai riusciti a dimostrare in modo definitivo la sua capacità di prevenire le polmoniti acquisite in comunità. Questa osservazione negli anni inevitabilmente ha finito per condizionare l'atteggiamento sia della classe medica che degli organismi di Sanità pubblica. Un'altra caratteristica che ha giocato a suo sfavore è il fatto che gli antigeni polisaccaridici determinano una risposta immunitaria che non prevede il coinvolgimento del comparto T ma solo delle cellule B con produzione di anticorpi (soprattutto di classe IgM) che una volta scomparsi non lasciano "memoria" immunologica, con conseguente necessità di ripetere la vaccinazione generalmente ogni cinque anni (Figura 2).

BARTOLOZZI – Partendo da lontano, quando venne reso disponibile il vaccino polisaccaridico non coniugato, 23 valente (23vP), l'epidemiologia dello Pneumococco non era ancora conosciuta in maniera approfondita, al contrario di quanto avveniva, per esempio, per il Meningococco e la patologia ad esso associata. Il 23vP ha tutti i difetti dei vaccini polisaccaridici non coniugati, come ha già ricordato il prof. Bonanni. Aggiungo che questo vaccino non ha alcun effetto sulla *herd immunity* (immunità di gruppo), per cui il suo uso non ha alcuna conseguenza sulla circolazione dello pneumococco nella popolazione. Anche per il vaccino coniugato, prima 7 e poi 13 valente (PCV7

e PCV13), si sono riscontrate delle difficoltà nella sua diffusione, per un'incomprensibile resistenza da parte di molti medici e, fattore da non trascurare, anche per il suo prezzo, molto più alto di quello di molti vaccini disponibili sul mercato, che ne avevano precluso l'ingresso nei LEA.

Fortunatamente questa situazione proprio di recente è cambiata ed il PCV13 può oggi essere distribuito senza oneri a carico dei pazienti perchè inserito nei LEA ed appare ovviamente auspicabile che questo risultato riesca a garantire una sempre maggiore diffusione.

ANZALONE – Una dozzina di anni fa a Prato è stata realizzata un'esperienza tutto sommato positiva, quando la Asl decise di somministrare il vaccino polisaccaridico in associazione a quello antiinfluenzale ai soggetti ultrasessantacinquenni ed a quelli a rischio a causa di comorbidità quali la BPCO o l'asma bronchiale.

Dall'esperienza dell'UO di Pneumologia di Prato, secondo studi recenti attualmente in corso di pubblicazione relativi alla riacutizzazione di BPCO ospedalizzate, l'etiologia pneumococcica risulta però nettamente inferiore rispetto alle casistiche nazionali, come se la notevole diffusione della vaccinazione negli anni passati avesse nel tempo contribuito alla comparsa degli effetti positivi riscontrati oggi.

CANESSA – Dati incoraggianti sull'uso del vaccino 13 valente nella popolazione adulta ancora una volta ci provengono dalla sorveglianza epidemiologica basata su tecniche di biologia molecolare. Recentemente è stato infatti dimostrato che questo vaccino potrebbe prevenire fino al 50% delle malattie pneumococciche negli adulti tra i 50 e 60 anni, arrivando addirittura al 65% nelle classi di età superiore ai 65 anni.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono le patologie che consigliano la somministrazione del vaccino 13 valente? È necessario fare una selezione dei pazienti oppure sarebbe meglio proporlo indiscriminatamente a tutti gli ultrasessantacinquenni?*

BONANNI – Questa domanda necessita di una precisazione. Ad oggi la letalità legata a patologie gravi da Pneumococco sostanzialmente non si è modificata rispetto al passato, continuando ad attestarsi secondo le statistiche internazionali intorno al 12-13%.

Dopo questa premessa direi che in linea di massima le categorie che maggiormente potrebbero beneficiare della somministrazione del vaccino 13 valente sono soprattutto le persone affette da patologie croniche quali broncopneumopatici, cardiopatici, diabetici, pazienti con insufficienza renale etc.

Io sono però convinto che per arrivare a proteggere davvero le categorie a rischio maggiore, l'uni-

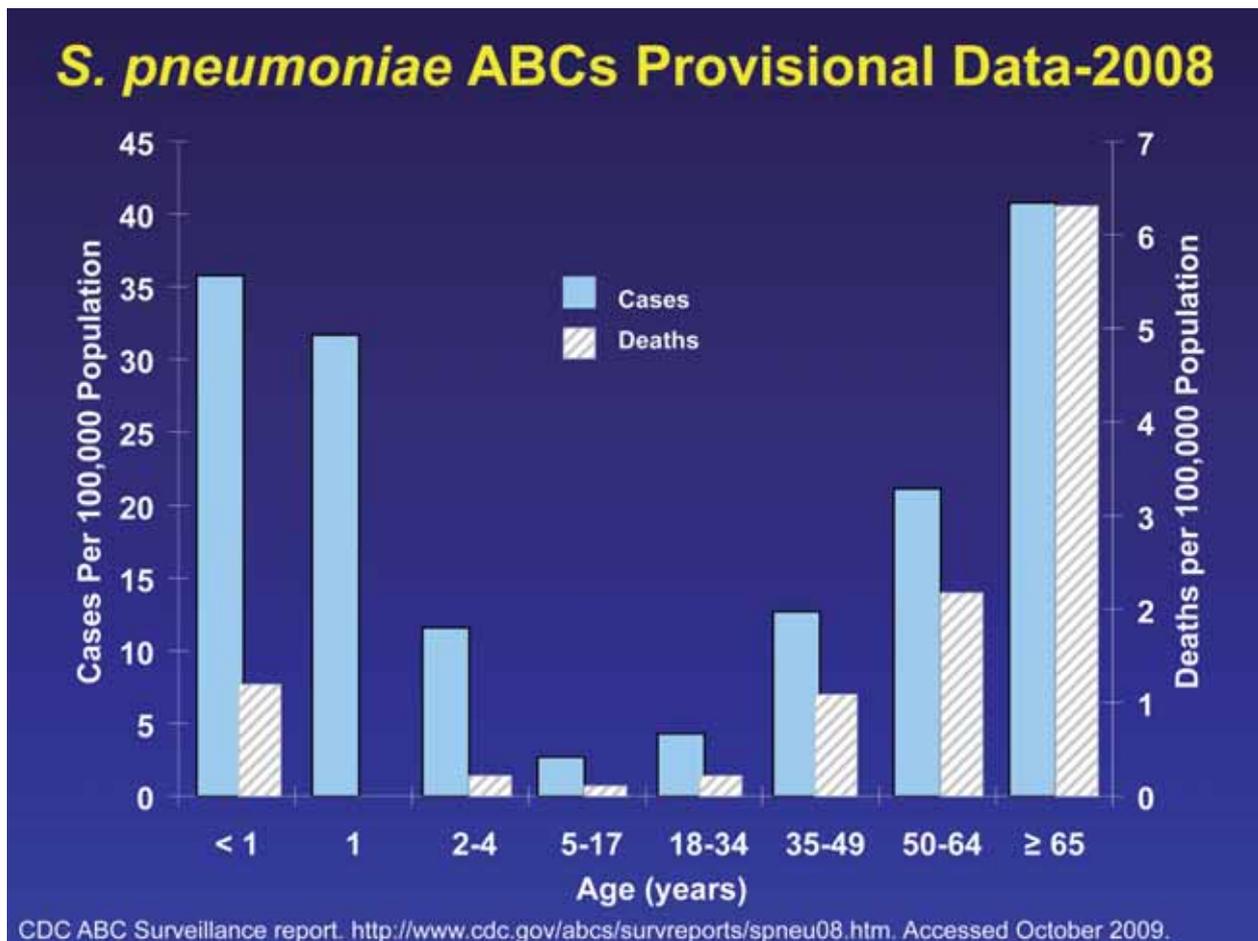
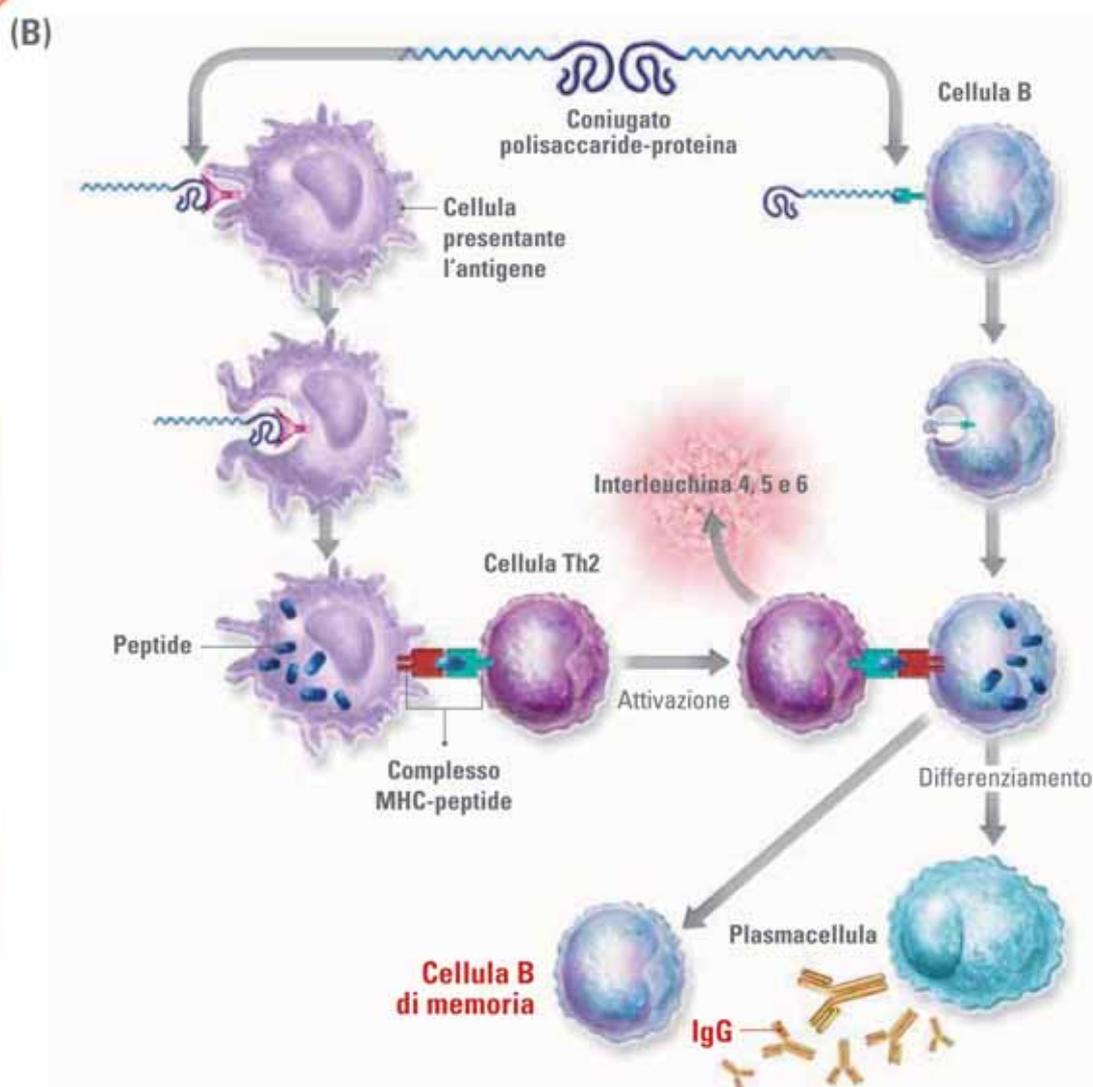
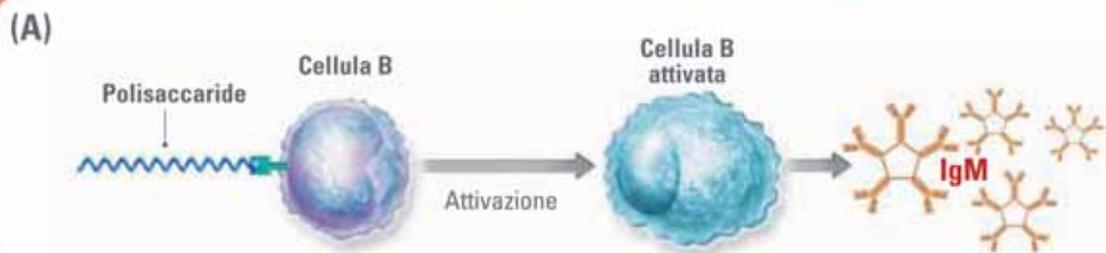


Figura 1

I vaccini coniugati rafforzano la risposta immunitaria



Risposta anticorpale agli antigeni polisaccaridici (A) e coniugati alle proteine (B) da parte del sistema immunitario ospite ⁽¹⁵⁾

Figura 2

ca strategia veramente efficace è quella di proporre vaccinazioni raccomandate per classi di età, avendoci l'esperienza di anni dimostrato che quando si vanno a cercare i gruppi a rischio uno per uno i risultati delle coperture vaccinali sono sempre drammaticamente bassi: vaccinare quindi per raccomandazione di età a mio parere potrebbe essere veramente utile per cercar di modificare questa situazione.

RUGGERI – Concordo certamente con il prof. Bonanni. La medicina generale, opportunamente supportata nell'ambito della riorganizzazione delle "Cure Primarie" potrebbe in questo campo svolgere un ruolo davvero di fondamentale importanza nella migliore individuazione dei singoli soggetti a maggior rischio da vaccinare. Ovviamente non si può che essere soddisfatti dei vaccini altamente immunogeni oggi disponibili visto che ne potranno trarre beneficio soprattutto molte classi di soggetti a rischio, i quali ovviamente

rispondono alla vaccinazione in maniera ridotta rispetto alle persone sane.

Gli anziani vanno considerati con particolare attenzione perché è stato dimostrato che l'incidenza dell'infezione pneumococcica nelle classi di età più avanzata è sostanzialmente sovrapponibile a quella che si riscontra nei soggetti a rischio per patologie croniche appartenenti a classi di età minore. Ben venga quindi una strategia vaccinale basata sulla raccomandazione per classi di età più avanzata (Figura 3).

ANZALONE – A livello internazionale l'ipotesi che oggi gode di maggior credito è quella secondo la quale, per proteggere domani le classi a rischio, appare opportuno vaccinare oggi i bambini!

Anche secondo la Società Italiana di Pneumologia, per la quale ho curato un documento proprio sulla vaccinazione antipneumococcica, sarebbe auspicabile un periodo di transizione in cui la vaccinazione con il

La risposta immunitaria declina con l'avanzare dell'età

I soggetti anziani tendono a contrarre più infezioni a causa di una diminuzione della risposta immunitaria agli agenti infettivi (**immunosenescenza**), dovuta a:

- diminuita produzione di cellule B *naïve* e accumulo di cellule B della memoria nel midollo osseo
- perdita della specificità degli anticorpi verso l'agente infettivo scatenante

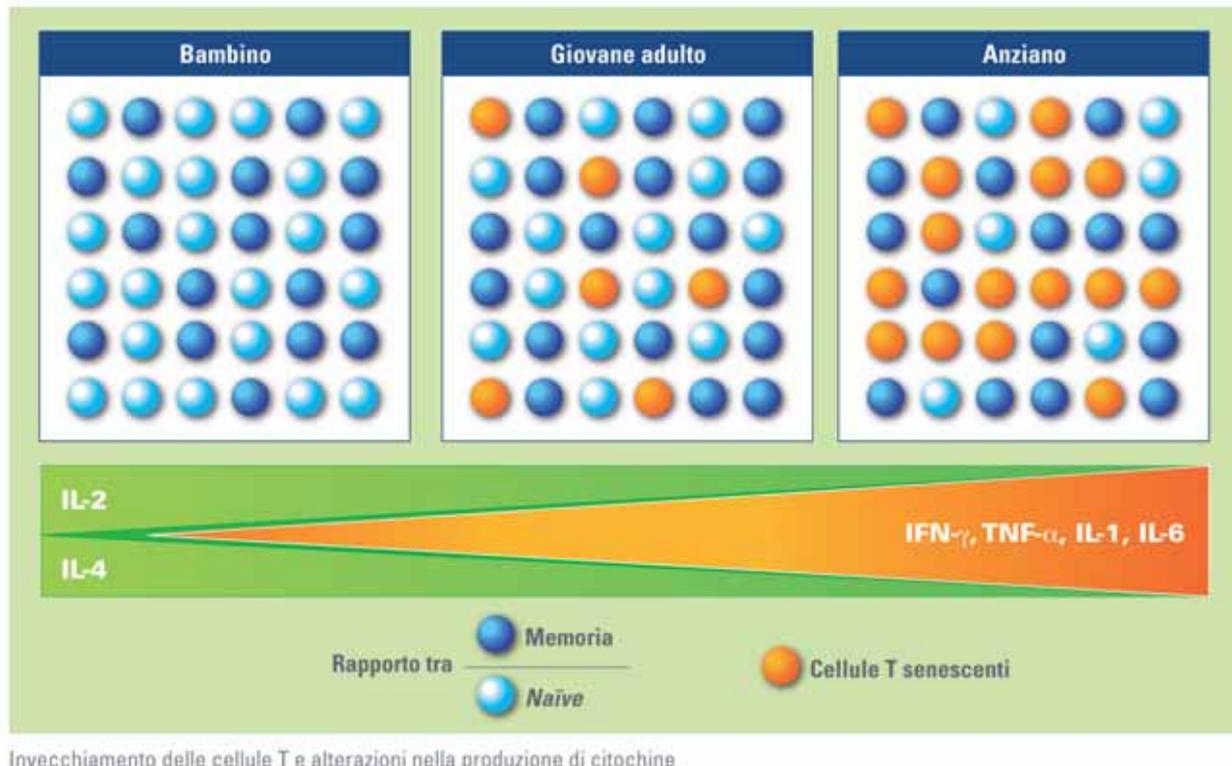


Figura 3

coniugato estesa sia i bambini che agli adulti di età superiore ai 65 anni, si dovrebbe affiancare a quella con il polisaccaridico nelle altre classi di età. La sequenza coniugato-polisaccaridico dovrebbe coprire il maggior numero possibile di ceppi con la speranza in un futuro non lontano di non dovere più vaccinare gli adulti perché, per il cosiddetto “effetto gregge” la vaccinazione estesa in età pediatrica dovrebbe avere drasticamente ridotto la circolazione dei patogeni senza pertanto più rischi per la popolazione adulta.

TOSCANA MEDICA – *Dopo avere ancora una volta sostenuto l'importanza della strategia vaccinale, affrontiamo la questione degli eventuali effetti collaterali della vaccinazione antipneumococcica.*

BONANNI – Gli effetti collaterali sono sostanzialmente gli stessi che si hanno con qualsiasi vaccino.

Il vaccino polisaccaridico per molto tempo è stato associato alla comparsa di reazioni locali piuttosto evidenti ed ad uno stato di malessere, soprattutto in caso di somministrazioni ripetute, anche se in realtà è stato dimostrato nel corso degli anni che queste manifestazioni non sono poi di così rilevante entità e che comunque si risolvono in tempi piuttosto brevi senza particolari reliquati.

Il vaccino coniugato in linea di massima non provoca grandi effetti indesiderati, essendo costituito da una frazione di polisaccaride capsulare coniugata con una proteina e non un vaccino vivo attenuato.

Si tratta in buona sostanza di vaccini con un profilo di sicurezza di assoluta tranquillità.

BARTOLOZZI – Nei bambini italiani, ad oggi sottoposti a vaccinazione antipneumococcica per circa il 70% della totalità, l'effetto indesiderato di più frequente riscontro è la febbre che raggiunge i 39° C in meno dell'1% dei casi.

Quello che però penso sia importante sottolineare è il fatto che con il 23vP non vi è la sicurezza assoluta che si ottenga la scomparsa dal cavo orale dei tipi di Pneumococchi contenuti nel vaccino con la conseguenza che essi continuano, nonostante la vaccinazione a essere diffusi nell'ambiente dai portatori con mancanza di quell'“immunità di gruppo”, ricordata in precedenza.

Secondo recentissimi studi (Clutterbuck E A et al, J Infect Dis 2012, 205:1408-16) il 23vP determina un impoverimento delle cellule della memoria e della sottopopolazione di cellule 1b, tale da indurre una successiva iporisposta anticorpale tale da limitare l'effetto del 23vP, almeno per 1 anno, per i ceppi di Pneumococco contenuti nel vaccino (vedi Figura 4). È anche per questo che ancora non c'è accordo sull'eventuale somministrazione sequenziale del polisaccaridico e del coniugato.

Va sottolineato a questo punto che i lavori recenti si basano sulla conta delle cellule della memoria e non sul livello degli anticorpi specifici, che per la durata della loro presenza potrebbero indurre delle conclusioni problematiche.

Le conclusioni sono che il 23vP non va mai usato per primo, e, *forse*, nemmeno come secondo.

ANZALONE – Il fenomeno ora ricordato dal prof. Bartolozzi non è causato da un'azione diretta del vaccino sulle cellule della memoria, quanto legato al fatto che anticorpi opsonizzanti residuati dopo la precedente vaccinazione con il polisaccaridico vanno ad aggredire degli antigeni del coniugato somministrato successivamente. Per questo l'ordine di somministrazione dei vaccini è stato ormai tassativamente identificato: prima il coniugato e solo in seconda istanza il richiamo con il polisaccaridico, mai viceversa.

RUGGERI – A parte le evidenze dei grandi trials internazionali e le indicazioni delle Autorità regolatorie dei vari Paesi, io penso che anche in Italia sia davvero necessario crearsi una esperienza personale in merito, basata essenzialmente sulla realtà epidemiologica del nostro Paese.

BONANNI – Sono perfettamente d'accordo con i due interventi precedenti e penso che una questione da affrontare con attenzione sia quella dell'intervallo di tempo ottimale tra la somministrazione di un coniugato e di un 23 valente. In questo senso credo sia giusto raccogliere il suggerimento del dottor Ruggeri per iniziare in Italia dei trials mirati che potrebbero in seguito venire utilmente “esportati” anche in altri Paesi.

RUGGERI – Un punto di partenza potrebbe essere quello di sfruttare la campagna di vaccinazione antiinfluenzale, dal momento che è stato dimostrato che la contemporanea somministrazione del vaccino antipneumococcico coniugato insieme a quello antiinfluenzale non ne riduce in maniera clinicamente significativa l'efficacia. In questa attività, oltre naturalmente i servizi di Sanità pubblica, dovrebbero essere coinvolti i medici di medicina generale ai quali, almeno nel nostro Paese, è demandato il carico maggiore delle strategie vaccinali contro l'influenza.

BONANNI – L'idea di agganciare la vaccinazione antipneumococcica a quella antiinfluenzale mi sembra ottima, anche se nel lungo periodo dovremmo senza dubbio pensare ad una sua destagionalizzazione, in maniera cioè di potere proporla in qualsiasi periodo dell'anno.

TOSCANA MEDICA – *Di fronte ad una popolazione molto estesa di vaccinati con il 23 polisaccaridico, è quindi possibile proporre anche il 13 valente coniugato?*

BARTOLOZZI – Studi recenti, già ricordati, sollevano qualche dubbio proprio sulla necessità di ricorrere alla sequenza “13-23” prima ricordata, anche perché è stato dimostrato che la risposta immunologica creata dal 13 nei soggetti normali dura a lungo e non richiede una seconda somministrazione come invece viene consigliato nei soggetti a rischio.

È ovvio che proponendo in sequenza il 23 valente si arrivano almeno in teoria a coprire altri 10 ceppi batterici, però è stato anche dimostrato che le risposte immunitarie di 12 ceppi su 13 risultano più alte dopo la somministrazione del 13 rispetto al 23 valente. Da pediatra non riesco quindi a capire fino in fondo la reale utilità della sequenza “13-23”!

Come interpretare la prolungata influenza negativa del 23vP sulle cellule della memoria? Probabilmente le ragioni sono molteplici, ma secondo la maggioranza degli esperti il fenomeno dipende dall'eccessivo carico di polisaccaridi (25 µg per polisaccaride x 23 = mg 0,575): la quantità di polisaccaride nei vaccini PCV7 e PCV13 è solo di 2 µg per polisaccaride, corrispondente a 12,5 volte meno.

ANZALONE – Esiste però anche uno studio del 2007 che aveva confrontato l'effetto del coniugato 7 sierotipi in una popolazione di ultrasessantenni che aveva nei cinque anni precedenti ricevuto il polisaccaridico. La popolazione era stata divisa in due coorti, una aveva ricevuto una doppia dose pediatrica del coniugato 7 e l'altra la seconda dose del polisaccaridico, come da indicazione, con la dimostrazione che i soggetti del primo gruppo sviluppavano comunque una risposta anticorpale nettamente superiore a quelli del secondo. Questo risultato a mio parere conferma l'opportunità ed assolutamente la non controindicazione a proporre la vaccinazione con il coniugato a chi già aveva ricevuto quella con il polisaccaridico.

TOSCANA MEDICA – Quali potrebbero essere i vantaggi costo-benefici di una campagna vaccinale contro lo *Pneumococco* realmente efficace, partendo dalla

considerazione che non si tratterebbe certo di un'iniziativa a costo zero?

BONANNI – Nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze stiamo facendo delle valutazioni proprio sulla vaccinazione antipneumococcica ed i dati, ancora preliminari, sembrano orientare verso una valutazione di costo-efficacia assolutamente positiva per quanto riguarda le classi adulte divise per fascia di età, praticamente sovrapponibile a quanto riscontrato per un'altra importante vaccinazione quale è stata quella contro l'HPV.

A questo proposito ricordo che il concetto di costo-efficacia ci dice che un intervento è considerato fattibile e comunque prioritario per la realtà italiana quando, più o meno, il costo per ogni anno di vita aggiustato per qualità è inferiore a 50.000 Euro e nel caso della vaccinazione contro lo *Pneumococco* i dati che stiamo rilevando in questo periodo ci parlano di cifre nettamente inferiori.

Un problema reale e contingente è rappresentato dalla situazione economica attuale che continua a vedere tagli importanti anche alla spesa sanitaria; senza entrare nel merito della questione, mi limito a dire che se non si investe in prevenzione, gli effetti sulla salute della popolazione saranno presto sotto gli occhi di tutti.

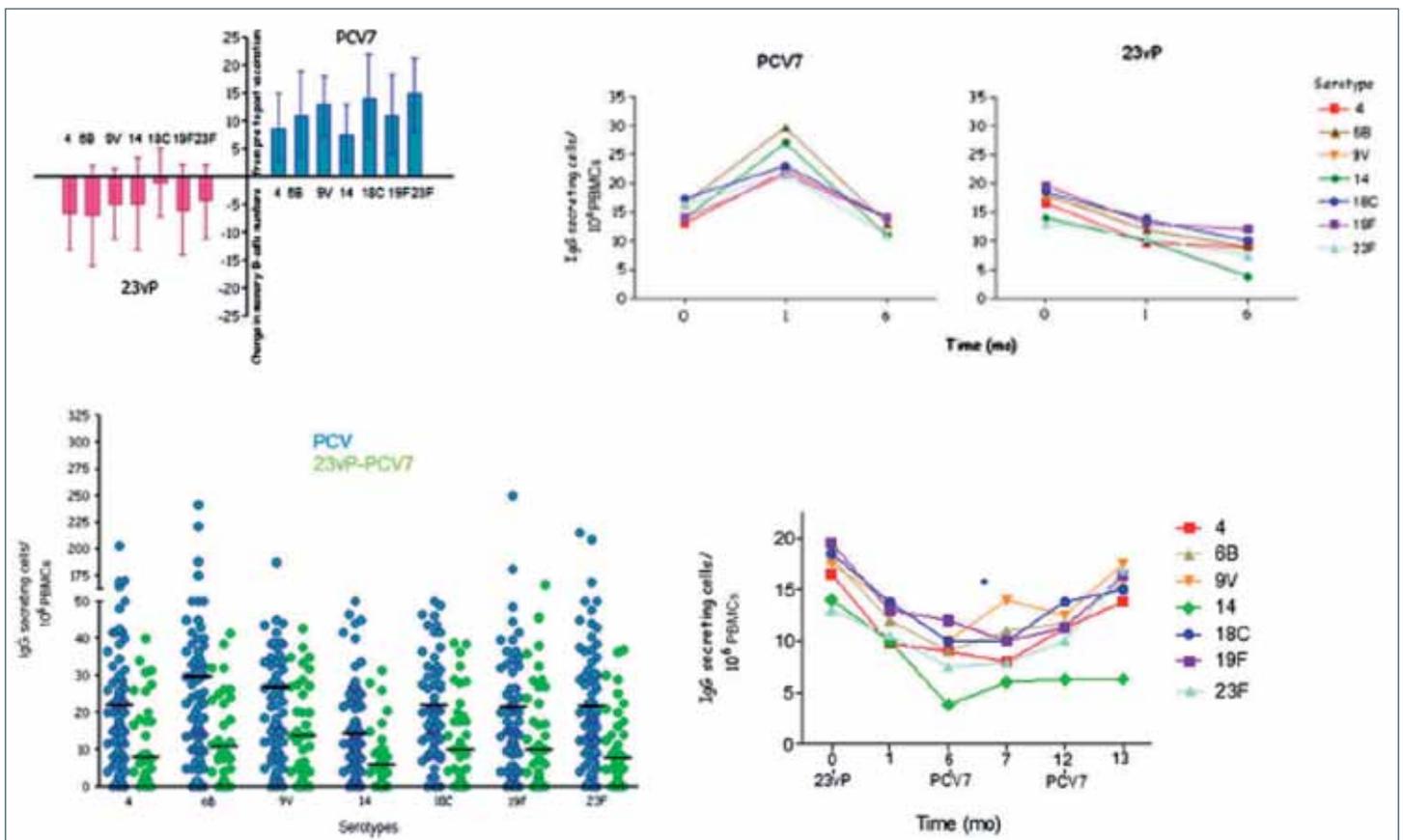


Figura 4 - Diminuzione nel numero delle cellule B della memoria dopo l'uso del 23vP e successiva ripresa dopo l'uso, mesi dopo, del PCV7. A. I partecipanti furono vaccinati con una dose (colore rosso) di 23vP o con una dose (colore blu) di PCV7. È evidente un aumento delle cellule della memoria verso tutti i sierotipi contenuti nel PCV7 e una diminuzione dopo 23vP - B. Il declino delle cellule della memoria dopo 23vP si mantiene anche dopo 6 mesi - C. Quando i partecipanti che hanno ricevuto una dose di 23vP ricevono una dose di PCV7, sei mesi più tardi, si osserva un aumento nel numero delle cellule della memoria (colore verde), ma questo numero rimane più basso di quello che si ottiene dopo una dose di CV7 (colore blu) - D. Dopo una seconda dose di PCV7, il numero delle cellule B della memoria torna ai livelli di base.

RUGGERI – Proprio perché siamo in una situazione di preoccupante ristrettezza economica, potrebbe essere utile iniziare a lavorare in quei campi dove ci potremo ragionevolmente aspettare i risultati migliori, vale a dire sui soggetti a maggior rischio, quali ad esempio i grandi anziani e quelli a rischio di patologia nelle classi di età più basse.

Ovviamente qualsiasi investimento nel campo delle vaccinazioni va opportunamente tarato sulle caratteristiche di una popolazione sana e non certo malata ed altrettanto ovviamente bisogna essere consci del fatto che gli effetti di qualsiasi intervento in questo campo si renderanno visibili soltanto dopo molti anni.

Sempre per rimanere in tema di costi volevo poi ricordare che, oltre alla corretta individuazione delle classi di soggetti da vaccinare, il vaccino contro lo Pneumococco deve essere somministrato una sola vol-

ta e non tutti gli anni come avviene ad esempio per quello contro il virus influenzale.

TOSCANA MEDICA – *Rivolgendosi per un attimo a chi ha la responsabilità della spesa sanitaria, possiamo quantificare i costi legati alle polmoniti in termini sia di spesa per i ricoveri in ospedale che per i casi trattati a domicilio?*

ANZALONE – I dati ad oggi disponibili risalgono solo a qualche anno fa e stimano che i costi economici di tutte le polmoniti nei 51 Paesi dell'area europea ammonino a circa 10 miliardi di Euro all'anno, di cui 6 per i costi legati alla ospedalizzazione e 4 per quelli indiretti. Considerando che l'etiologia pneumococcica oscilla tra il 30 ed il 50% di tutti i casi, nei Paesi sopracitati si parla di una spesa di circa 3-5 miliardi di Euro all'anno che verosimilmente potrebbero essere risparmiati con adeguate campagne di strategia vaccinale.

Vaccinare conviene

ANTONIO PANTI

Nel mondo occidentale le polmoniti acquisite in comunità rappresentano la prima causa di morte tra le patologie infettive e una percentuale fra il 30 e il 50% presenta come agente infettante lo *streptococcus pneumoniae*. Il problema quindi è importante anche se in Italia il livello epidemiologico è più basso che negli altri paesi europei. È facile osservare che l'uso di antibiotici fin dalla comparsa dei primi sintomi (abitudine spesso deprecabile) può sottostimare l'incidenza infettiva dello *streptococcus pneumoniae*, che tuttavia, può essere individuato con le nuove tecniche di biologia molecolare. Ma il dato veramente importante è che questa infezione colpisce prevalentemente bambini e anziani, probabilmente perché anche l'eventuale difesa anticorpale può cancellarsi negli anni. La facile convivenza tra bambini e anziani può facilitare l'infezione, che in questi ultimi ha sicuramente una prognosi peggiore.

I nostri esperti si sono diffusi ampiamente nello spiegare le differenze tra i diversi vaccini disponibili, in particolare cogliendo il miglioramento rappresentato dagli ultimi immessi in commercio il cui spettro di azione dà notevoli garanzie. A questo punto si tratta di affrontare il problema del rapporto costi/benefici dal momento che l'ultimo vaccino immesso in commercio, certamente più utile, ha tuttavia un costo elevato. Si tratta allora di indivi-

duare il target corretto che porti un reale vantaggio in termini di diminuzione della numerosità dei casi e, più che altro, della eventuale mortalità. In effetti se vacciniamo i bambini e gli anziani questi risultati possono essere raggiunti. La discussione verte se vaccinare tutti gli anziani oppure coloro i quali presentano anche altre patologie che aumentano il rischio (bronicopneumopatie, cardiopatie, diabete, pazienti con insufficienza renale e oncologici). Dal punto di vista epidemiologico e anche della bassa incidenza di effetti avversi sarebbe preferibile vaccinare tutti gli anziani, il che si può fare insieme alla vaccinazione antinfluenzale. Tra l'altro il vaccino antipneumococcico è somministrato solo una volta e non tutti gli anni. Forse la soluzione migliore sarebbe quella di effettuare alcune ricerche sul campo, che potrebbero darci una migliore conoscenza dei risultati conseguibili. Tuttavia se la valutazione costo/beneficio è decisamente positiva, occorre sempre fare i conti con le ristrettezze economiche in cui versa il Servizio Sanitario Nazionale e quindi con la sostenibilità del sistema. Certamente le Autorità governative possono tentare di ottenere una riduzione dei costi, che speriamo possa avvenire in Regione Toscana, ma comunque di fronte agli oneri per la ospedalizzazione o alle perdite di vita umane bisogna sempre ricordare che i vaccini sono ancora forse l'arma più potente a disposizione della medicina. **TM**

*Si ringrazia **Pfizer**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*

Poco prima della pubblicazione di questo forum è mancato, dopo breve malattia, l'amico e collega Giorgio Bartolozzi. Una grave perdita per la medicina fiorentina. Alla famiglia le condoglianze di Toscana Medica. A pag. 56 il ricordo di Carlo Calzolari.



Luigi Marroni, è nato l'11 agosto del 1957 a Castelnuovo Berardenga, nel Chianti Senese. Si è laureato con lode in ingegneria meccanica all'Università La Sapienza di Roma. Ha lavorato molti anni con CNH Global, azienda del gruppo Fiat, tra i leader mondiali del settore macchine agricole e da costruzione. Nel febbraio 2004 è stato chiamato a dirigere l'Azienda Sanitaria di Firenze, esperienza che si è conclusa il 29 maggio 2012, quando è stato nominato Assessore al Diritto alla Salute.



Intervista all'Ing. Luigi Marroni Assessore al Diritto alla Salute della Toscana

Una organizzazione che va cambiata per garantire la stessa qualità dei servizi. È questo l'obiettivo del neo Assessore regionale alla sanità. «Il problema non è spendere meno con l'attuale siste-

ma, ma cambiare il sistema». Luigi Marroni ha le idee molto chiare su come intervenire per continuare a mantenere in Toscana cure di qualità. Un progetto che da settembre, quando inizierà l'iter in Consiglio regionale e il confronto con le categorie professionali e sindacali, dovrebbe profondamente modificare la sanità. Un'occasione ma anche una necessità visti i soldi in meno che avrà da gestire.

La sanità toscana avrà 60 milioni in meno già quest'anno, poi 120 il prossimo e 130 nel 2014. Come farà?

Dovremmo vivere con 400 milioni di euro in meno all'anno. Per fortuna in Toscana abbiamo un sostanziale pareggio, i conti sono a posto, ma se prima potevamo lavorare su una fase espansiva adesso è cambiato tutto lo scenario.

E per evitare il peggio come si può fare?

Cambiare. Potrebbe essere uno stimolo in più per l'intero sistema. Di solito nascono idee nuove, a volte rivoluzionarie.

Intanto aumentate i ticket.

Dobbiamo ristrutturare tutto il sistema e quindi anche la contribuzione dei cittadini ai servizi, senza perdere di vista l'obiettivo primario, garantire il diritto alla salute e l'accesso alle prestazioni per tutti i cittadini, tutelando le fasce più deboli. Per questo abbiamo toccato solo i redditi più alti, sopra i 36mila euro.

E come fare per garantire che chi deve contribuire lo faccia veramente?

L'evasione va combattuta con gli strumenti che

ci offre la legge, ma anche le innovazioni gestionali introdotte - e penso al certificato elettronico, alla tessera sanitaria - consentiranno di aumentare la tracciabilità dei percorsi all'interno del sistema, e quindi di incrementare l'efficacia dei controlli.

A chi l'accusa di far pagare anche la fecondazione assistita, cosa risponde?

La Regione Toscana può contare su un sistema di eccellenza per la procreazione medicalmente assistita, fatto di centri pubblici e convenzionati di alto livello, che non trovano corrispondenza in altre realtà regionali.

A fronte dei servizi che offriamo, il contributo richiesto è minimo e funzionale a mantenere alto il livello di qualità, anche considerando che la procreazione medicalmente assistita non rientra attualmente nei LEA - i livelli essenziali di assistenza garantiti dal servizio sanitario nazionale.

Ogni anno si rivolgono alle strutture toscane, pubbliche o convenzionate, dalle 7500 alle 8mila coppie. Basti un esempio: la stessa prestazione per cui noi chiediamo 100 euro di ticket, da un privato costa dai 700 ai 1500 euro. Gli interventi più complessi, per i quali si richiede un contributo di 500 euro, in regime privato hanno costi che variano dai 3 ai 5mila euro.

Veniamo ai cambiamenti strutturali. Il governo impone di tagliare i posti letto negli ospedali, in Toscana, di quanti letti parliamo? 600, 900, di più?

Stiamo verificando le possibilità in rapporto alle necessità, ma nella nostra regione siamo già abbastanza vicini all'obiettivo indicato dal governo. Questo perché da tempo abbiamo intrapreso un percorso di miglioramento della presa in carico del paziente, che è partito proprio dalla necessità di cambiare il modo di concepire il posto letto, introducendo un punto di vista nuovo che va oltre il numero, per mettere al centro il paziente e le sue necessità di cura.

LUIGI MARRONI

Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana

Ma ridurre i posti letto vuol dire ridurre gli ospedali.

È importante evitare generalizzazioni e semplificazioni. Serve una visione d'insieme che consenta di pianificare in un'ottica integrata la missione e le funzioni dei diversi presidi. Si deve ragionare e lavorare in rete, e di questa rete devono far parte tutti gli ospedali, dai policlinici universitari, agli ospedali provinciali, fino ai piccoli presidi locali.

Quali saranno le conseguenze di queste riforme strutturali per i cittadini?

Non dovranno essere i cittadini a star dietro ai cambiamenti del sistema. E' il sistema stesso che deve essere messo in grado di continuare a garantire efficacia ed efficienza dei servizi e delle prestazioni, e potrà farlo proprio grazie al percorso di riforme che stiamo portando avanti in parallelo tra ospedali e territorio.

Il che significa...?

Significa incrementare e rafforzare la rete delle cure intermedie, cioè strutture in grado di garantire la continuità assistenziale al di fuori dell'ospedale, vicino al cittadino e al suo bisogno, dove è possibile trovare una assistenza costante, e dove sarà possibile seguire il paziente dimesso dall'ospedale in stretto rapporto con il medico di famiglia e in sinergia con l'ospedale di riferimento.

Insomma siamo a buon punto, non partiamo da zero...?

Direi che tanto è stato fatto, e i risultati ottenuti ci consentono di guardare alle sfide importanti con fiducia. Certo dobbiamo andare avanti e moltiplicare gli sforzi e le energie, ad esempio per eliminare gli sprechi. Andremo a rivedere tutte le unità operative, a definire "chi fa cosa", in direzione della semplificazione e dello snellimento dei percorsi, eliminando i doppietti e puntando ai letti di area.

Cosa sono?

I reparti di nuova concezione saranno molto grandi, e i posti letto saranno utilizzabili in modo flessibile e integrato in base alle necessità, dalle diverse unità operative, che dovranno interagire costantemente attraverso percorsi condivisi.

Quali sono le strategie per garantire l'assistenza necessaria a tutti quei cittadini che, vivendo in zone isolate, come le isole o i territori di montagna, hanno il proprio punto di riferimento nei piccoli ospedali?

La rete delle cure intermedie garantirà la prosimità, ma tengo a precisare che non si tratta di chiudere in modo indiscriminato piccoli ospedali, la regione non ha mai avuto questa intenzione. Il tema da affrontare è stabilire quali attività gli ospedali possono svolgere garantendo i livelli essenziali di sicurezza per il paziente. Il nodo sono infatti le soglie operative, che stabiliscono qual è il limite minimo di prestazioni per un certo intervento, sotto il quale non c'è più sicurezza. Se in un anno si fanno poche appendiciti, non si può essere sicuri per i pazienti.

E' per questo, ad esempio, che un punto nascita con meno di 500 parti all'anno è fortemente a rischio e non può essere considerato sicuro.

Insomma, non più tutti che fanno tutto....

I servizi saranno garantiti in tutta la rete ospedaliera, purché si rispettino le soglie minime di sicurezza, mentre le attività più specializzate saranno collocate dove si è in grado di assicurare la specializzazione, la qualità e il numero.

Perché allora non eliminare le Asl e puntare sulle tre Aree Vaste?

L'Assistenza ospedaliera sarà rimodulata tenendo come punto di riferimento l'area vasta. Per quanto riguarda le Aziende Sanitarie, con la riforma del sistema e i conseguenti accorpamenti degli anni '90, sono diventate la più grande azienda della provincia in cui si trovano. Eliminarle e concentrare le funzioni in sole 3 realtà territoriali, significherebbe creare strutture enormi, il cui livello di complessità potrebbe risultare ingestibile.

Però in un'ottica di risparmio e razionalizzazione sarebbe importante uniformare a livello regionale costi e procedure, ad esempio che le buste paga siano fatte da uffici diversi rappresenta uno spreco...

Anche a questo stiamo lavorando da tempo, e con impegno. Le buste paga oggi si fanno in tre posti, prima erano 21.

E il costo dei singoli prodotti?

È abbastanza omogeneo all'interno di ogni Estav, e ora renderemo omogenee anche le centrali di acquisto.

Altro tema importante: quale sarà il futuro delle società della salute?

A ottobre si deciderà.

Cambieranno anche i rapporti con la sanità privata?

Al privato chiediamo di diventare più complementare con il pubblico, di rafforzare il dialogo e l'interazione, nell'ottica di sviluppare intese funzionali alle esigenze del sistema sanitario regionale.

Idee e proposte per far fronte al problema delle liste di attesa, forse il più sentito dai cittadini?

Eliminare gli sprechi, le inefficienze, sburocratizzare il percorso del paziente, puntare sull'appropriatezza delle prestazioni e non solo sulla quantità. Certo è una strada lunga e tortuosa, ma l'abbiamo imboccata ormai da tempo, e i risultati ci dicono che è la via giusta, anche per risolvere il problema dei tempi di attesa. Come ho detto all'inizio di questa intervista, occorre cambiare il sistema, individuando i margini di miglioramento e intervenendo laddove si può aumentare efficacia ed efficienza, e non solo per risparmiare, ma anche per offrire di più e meglio ai cittadini toscani, che si meritano un sistema sanitario al passo coi tempi, e i tempi non sono facili.

TM



Carlo Cappelletti ha svolto il ruolo di primario della U.O. di Medicina Interna dell'Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio di Firenze per 20 anni e dopo è stato per 5 anni Direttore del Dipartimento medico nella stessa azienda fino al 2011. Attualmente continua la collaborazione con l'Azienda Sanitaria di Firenze ed è Direttore Sanitario dell'Humanitas di Scandicci e di Firenze.

Luci e ombre nell'evoluzione dell'ospedale per intensità di cure nella Asl di Firenze

Nell'Azienda Sanitaria di Firenze abbiamo iniziato a discutere sui nuovi modelli di organizzazione del lavoro

in ospedale intorno al 2006, dopo che nel 2005 la legge regionale 40 aveva previsto la "strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le

modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica".

È stata una discussione molto vivace e partecipata nella quale sono stati coinvolti un certo numero di medici, molti infermieri ed una buona rappresentanza del personale tecnico e delle altre professioni sanitarie. Abbiamo individuato un certo numero di pietre miliari, cioè principi e concetti sui quali fondare il cambiamento del modello organizzativo del lavoro in Ospedale. La prima pietra miliare è il superamento del concetto di ricovero per reparto di specialità, basato sulla patologia di organo, sostituito dal ricovero in area comune caratterizzata dal grado di necessità assistenziale medico-infermieristica del paziente. Sono state così individuate 3 aree di ricovero, diverse per intensità: 1) Area Critica, 2) High Care, 3) Low-Care.

L'Area Critica è strutturalmente e funzionalmente centralizzata e comprende la Terapia Intensiva, l'UTIC e un'area Sub-Intensiva adiacente alla terapia intensiva.

L'High Care, sia medica che chirurgica, corrisponde alla tradizionale degenza ordinaria ed è suddivisa in area di urgenza e di elezione. Per l'area medica, la maggior parte dei ricoveri avviene in urgenza dal Pronto Soccorso, in particolare per la medicina interna, e l'area medica di elezione è quindi numericamente molto più piccola di

quella di urgenza (in generale con un rapporto di 1:4 posti letto). Per l'area chirurgica invece questo rapporto è di circa 1:1, perché i ricoveri programmati sono circa uguali a quelli in urgenza. All'interno dell'High Care medica può essere prevista una zona di maggiore intensità assistenziale medico-infermieristica dove vengono collocati i pazienti più complessi. Sull'utilità di questa ulteriore differenziazione

non tutti sono d'accordo ed è stata applicata solo in alcuni presidi ospedalieri in altre Aziende.

La Low-Care è destinata ai pazienti più stabili dal punto di vista clinico e che necessitano di un livello di assistenza relativamente basso. Nella nostra azienda tale area si trova al di fuori dell'Ospedale per acuti ed è prevalentemente localizzata in case di cura private convenzionate.

Altra pietra miliare della riorganizzazione è l'attivazione e implementazione del Day-Hospital/Day-Service per l'area medica e della Day-Surgery e Chirurgia Ambulatoriale per l'area chirurgica.

È opportuno sottolineare che tale riorganizzazione per intensità di cure ha previsto l'abolizione dei reparti e l'istituzione di letti di area, cioè letti a comune tra specialità affini (un'area medica e un'area chirurgica). Il personale infermieristico non è più assegnato alle singole specialità ma si occupa di tutti i pazienti ricoverati nell'area; il personale medico segue i pazienti di competenza della propria specialità. Questa organizzazione, superando le rigidità della divisione in reparti, aumenta la flessibilità dei posti letto per il Pronto Soccorso.

La copresenza di più specialisti nella stessa area di ricovero favorisce i contatti ed il lavoro di gruppo, particolarmente importante nei pazienti complessi. L'esperienza maturata nei primi anni di questo cambiamento ha comunque mostrato che un'eccessiva dispersione dei pazienti delle singole specialità dislocati in più sezioni di ricovero rende

CARLO CAPPELLETTI*, ALBERTO FORTINI**

* Direttore Sanitario dell'Humanitas di Scandicci e di Firenze

** Primario di Medicina Interna, Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio a Firenze

talvolta difficile e dispersiva la conduzione clinica. Per tale motivo attualmente si cerca di venire incontro a queste difficoltà raggruppando i pazienti di una singola specialità preferenzialmente in una sola zona di ricovero.

Altro elemento di cambiamento è l'abolizione del classico giro-visita medico-infermieristico, sostituito da percorso che prevede 3 momenti distinti:

- un primo incontro tra medici ed infermieri, il cosiddetto *briefing*, in cui c'è uno scambio di informazioni sui pazienti;
- il giro-visita svolto separatamente da medici e infermieri;
- un nuovo incontro tra medici ed infermieri in cui essi si aggiornano reciprocamente sulle variazioni cliniche ed organizzative (cosiddetto *de-briefing*).

Questo scambio di informazioni è facilitato dalla cartella clinica informatizzata medico-infermieristica, nella quale sono riportate tutte le azioni e le decisioni di medici ed infermieri.

I vantaggi previsti da questa modifica del giro-visita sono: 1) possibilità di discutere liberamente dei casi clinici in assenza del paziente e dei vicini di letto con rispetto della *privacy*; 2) possibilità per gli infermieri di svolgere dopo il *briefing* la loro autonoma attività assistenziale, senza dover seguire più o meno passivamente il medico nel corso della visita; 3) ai *briefing* possono partecipare anche professionisti sanitari di altre specialità (fisioterapisti, assistenti sociali, dietisti). Tutto questo non esclude la possibilità che, in alcuni casi particolarmente complessi, la copresenza medico-infermieristica davanti al paziente sia indispensabile.

Altro elemento importante è l'istituzione della figura del medico "tutor", che ha il compito di redigere il piano diagnostico-terapeutico ed essere il riferimento per il paziente, i familiari, il medico curante e gli eventuali consulenti. L'istituzione del medico "tutor" è resa complessa dal fatto che i medici, oltre all'attività di reparto, svolgono altre

attività, quali le guardia notturne e festive, la sala operatoria, le visite ambulatoriali, la formazione e l'aggiornamento. Per ovviare a questi problemi abbiamo provato a istituire un tutoraggio di équipe, individuando 2 o più medici che si facevano carico, cioè diventavano "tutor", di un certo numero di pazienti. I risultati non sono stati pienamente soddisfacenti per cui attualmente stiamo sperimentando altre forme di organizzazione che rendano più efficace il tutoraggio, come il prevedere per alcuni medici una periodo di continuità assistenziale, esonerandoli dai turni di guardia.

I risultati dei primi 2 anni di esperienza ci sembrano complessivamente positivi, mostrando più luci che ombre. La riorganizzazione ha consentito di mantenere ed in certi casi aumentare la quantità e la qualità delle prestazioni a fronte della riduzione dei posti letto, che si sono allineati agli standard europei attuando quella razionalizzazione delle risorse indispensabile nell'attuale situazione economica del paese. Altro elemento positivo è stata la crescita del ruolo professionale della classe infermieristica nel suo insieme, che è stata un forte motore di spinta verso il nuovo modello organizzativo nel quale l'accresciuto livello professionale e culturale dell'infermiere ha trovato una adeguata realizzazione. Come è naturale, un cambiamento così importante ha determinato alcune criticità soprattutto manifestate dal personale medico. Oltre a quelle precedentemente segnalate, il processo di informatizzazione delle varie attività cliniche (cartella, esami ematici e radiologici, programma per le dimissioni complesse) risulta ancora poco intergrato con difficoltà di comunicazione fra i vari programmi, rendendo poco fluido il percorso complessivo. È così necessario che l'Azienda prenda in attenta considerazione le critiche costruttive che provengono dagli operatori sul campo e apporti i dovuti correttivi al fine di rendere, con le risorse attualmente disponibili, realmente proficui i cambiamenti intrapresi. **TM**



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

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

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

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

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

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



Andrea Veneziani, si è occupato di anestesia e analgesia ostetrica dal 1986 partecipando alla creazione di un servizio di analgesia del parto c/o l'Osp. San Giovanni di Dio di FI. Impegnato a livello regionale per una diversa cultura ospedaliera del dolore e nell'ottimizzazione della terapia antalgica postoperatoria. Fa parte del gruppo di studio della SIAARTI dedicato al Dolore e all'Analgesia e Anestesia Ostetrica. È Dir. dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione dell'Osp. di Poggibonsi USL 7

25 anni di parto-analgesia peridurale in Toscana

Luci ed ombre

INTRODUZIONE

A distanza di 25 e 15 anni da ricerche analoghe, recentemente abbiamo effettuato un'indagine, mediante un questionario inviato a tutte le U.O. di Anestesia e Rianimazione degli Ospedali pubblici della Toscana dotate di Punto Nascita (PN), per conoscere l'attività svolta dall'Anestesista in ambito ostetrico. In particolare lo scopo dello studio era quello di conoscere lo stato dell'arte della nostra Regione (circa 3,6 milioni di abitanti) riguardo all'analgesia e anestesia in ambito ostetrico, confrontandola con

i dati del 1987 e del 1996.

METODOLOGIA DELL'INDAGINE

Il questionario era strutturato in gruppi di domande volte a conoscere: a) il numero totale di nascite e la percentuale complessiva di tagli cesarei (TC) per Punto Nascita, b) il tipo di organizzazione specifica c) l'incidenza della parto-analgesia. Veniva inoltre lasciato uno spazio libero per segnalare eventuali criticità inerenti l'attività svolta. I dati ottenuti da tutte le U.O. di Anestesia e Rianimazione sono stati suddivisi in 3 gruppi in base al numero di nascite annue per PN (Gruppo 1 < 500 nascite per anno, Gruppo 2 > 500 < 1000 nascite anno, Gruppo 3 > 1000 nascite anno) al fine di stratificare i risultati.

RISULTATI

Tutte le U.O. Anestesia con Punto Nascita hanno completato il questionario. Sono riportati i dati più significativi che emergono dalle risposte alle

domande proposte ed il confronto con le due indagini precedenti.

Il numero dei Punto Nascita in base al numero di parti/anno, il numero di nascite totale e per raggruppamento, nonché la percentuale media di parti sul totale sono espressi nella Tabella 1.

Il Grafico 1 e 2 evidenziano rispettivamente il numero di nascite e la percentuale di tagli cesarei per Punto Nascita nel 2011. Nel Grafico 3 viene confrontata la percentuale di parti spontanei e tagli cesarei in elezione ed in urgenza rispettivamente del 1987, del 1996 e del 2011.

Nel Grafico 4 è confrontata l'attuale incidenza di tagli cesarei per tipologia di Punto Nascita.

Circa i modelli organizzativi, solo gli ospedali del gruppo III con un numero di parti > 3000 (Azienda Ospedaliera Careggi e Prato), e gli ospedali con un numero > 2000 parti (fatta eccezione per l'Ospedale SGDD di Firenze) dispongono di una guardia anestesiológica h24 dedicata all'anestesia ostetrica.

Negli ospedali con un numero di nascite compreso tra 1000 e 2000 anche gli ospedali di Massa, Livorno e

Viareggio dispongono di un anestesista dedicato alla sala parto. Tutti gli altri Punto Nascita del Gruppo III usufruiscono in h 24 per la sala parto della guardia anestesiológica.

Negli ospedali del Gruppo II l'anestesista per la sala parto è garantito con orario 8-20 e si supplisce in orario festivo e notturno ricorrendo alla pronta disponibilità e, in caso di emergenza, con il rianimatore di Guardia della Terapia Intensiva.

Il coinvolgimento degli anestesisti nella valutazione delle gravidanze a rischio, è un evento piuttosto raro e sicuramente non istituzionalizzato. Su 27 punti nascita in 11 (e in 7/11 del gr III)

A. VENEZIANI*, A. PAOLICCHI**, A. RUTILI***

* U.O. Anestesia e Rianimazione Poggibonsi

** S.O.D. Anestesia e Ospedale senza Dolore Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

*** U.O.S Anestesia e Rianimazione DMI ASL 1

Tabella 1

	N° Punti Nascita in Toscana			N° di Nascite			Percentuale e range dei parti		
	1987	1996	2011	1987	1996	2011	1987	1996	2011
Gr.I	18	15	6	4620	4335	1474	20,9%	18,3% range 84-428	4,6% range 16-487
Gr.II	11	11	5	8355	8126	3662	37,8%	34,1% range 550-919	10,43% range 605-911
Gr.III	7	8	16	9084	11310	27081	41,2%	47,5% range 1005-2407	84% range 1005-3138
Totale	36	34	27	22063	23791	32384	range 8-2404	range 84-2407	range 16-3138

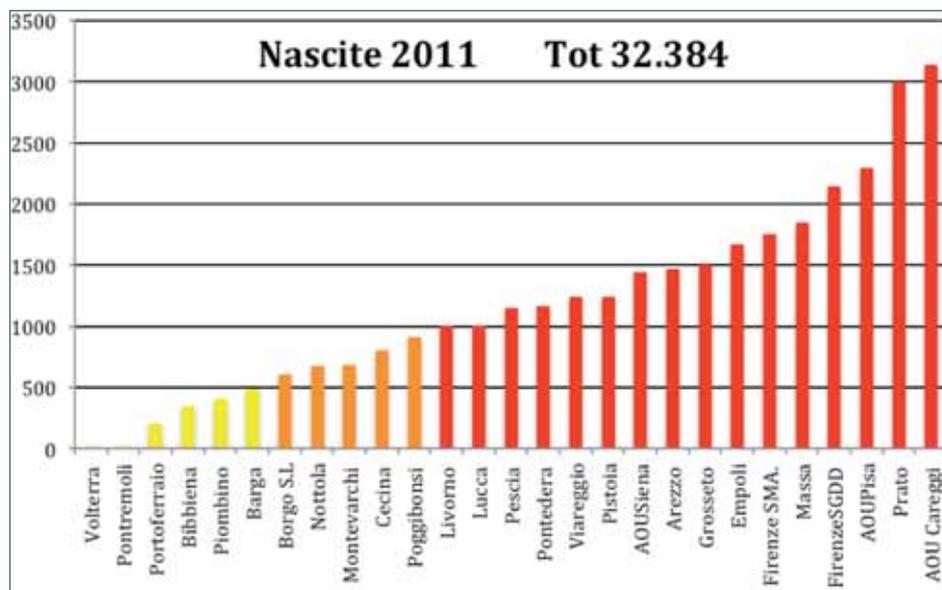


Grafico 1

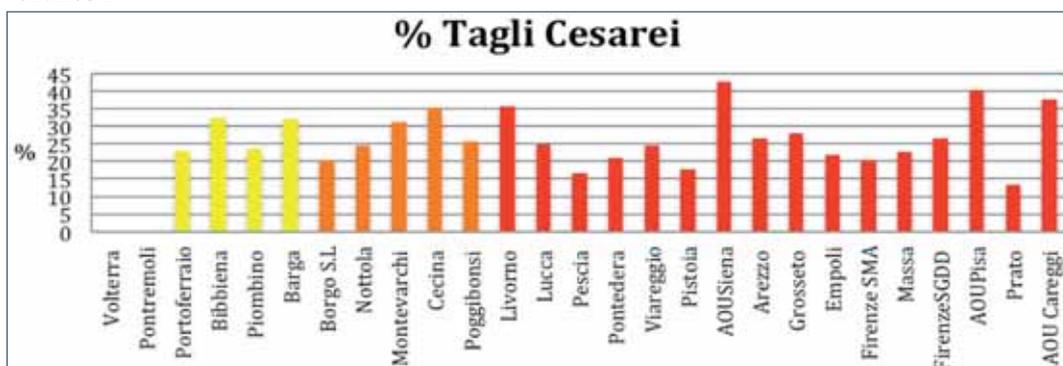


Grafico 2

non avviene o avviene solo sporadicamente.

La disponibilità della parto-analgesia con tecnica peridurale e l'incidenza sui parti spontanei laddove viene praticata, è espressa dai grafici 5 e 6 (media per gruppi di ospedali negli anni). Il grafico 7 permette di confrontare i Punto Nascita a distanza di 15 anni per questo tipo di attività.

In tutti i centri dove si esegue la parto-analgesia con la tecnica peridurale, viene fatta una informazione alle pazienti all'interno di un Percorso Nascita, per lo più ricorrendo a brochure (10 Punto Nascita su 26), in rari casi a filmati (5 Punto Nascita su 26) e in 7 casi su 26 anche con una visita anestesiológica. Viene fatta sempre una valutazione delle partorienti al III trimestre con un colloquio, completato con la firma di un consenso informato specifico. Ogni Punto Nascita è dotato di protocolli scritti specifici inerenti la parto-analgesia.

DISCUSSIONE

Dalla Tabella 1 si evince che vi è stato, negli anni, un assecondamento delle direttive Nazionali e Regionali mirante alla riduzione progressiva dei punti nascita più piccoli, che ha favorito la centralizzazione dei parti verso i punti nascita maggiori: allo stato attuale (2012) rimangono aperti solo 3 Punto Nascita (Grafico 1 per situazioni logistiche).

I punti nascita del gruppo II sono più che dimezzati rispetto al 1996.

All'interno del gruppo III, ove in 15 anni si è passati dal 47,5% delle nascite all'attuale 84%, vi sono 2 ospedali (Careggi e Prato) con oltre 3000 nascite/anno e 2 ospedali (AO Pisa, Firenze S. Giovanni di Dio-SGDD) con oltre 2000 parti/anno.

In Toscana nel 2011 sono stati effettuati circa 8500 tagli cesarei. La percentuale dei tagli cesarei (TC) sui parti totali è passata dal 16,29% del 1987, al 19,61% del 1996 ed alla percentuale attuale del 26,5% (14,48 % sono stati elettivi, il 3,89% urgenti non in travaglio, il 7,82% in travaglio). L'aumento ha interessato i tre gruppi di Punto Nascita in maniera simile e soprattutto i tagli cesarei elettivi.

La percentuale di parto-analgesie eseguita in Toscana è aumentata. Nel 1987 la peridurale per il travaglio era eseguita in un solo centro, nel 1996 in 12 (35,29%) degli allora 34 Punto Nascita con una percentuale media del 13,2%, e con un solo centro ove la percentuale di parto-analgesie era di poco superiore al 30%. L'analgesia del parto anche oggi non è garantita in tutti i punti nascita ma la disponibilità globale è aumentata (18 Punto Nascita su 26). In particolare tutti i centri ove avvengono più di 1000 parti l'anno, con una sola eccezione (Pontedera), sono in grado di offrirla

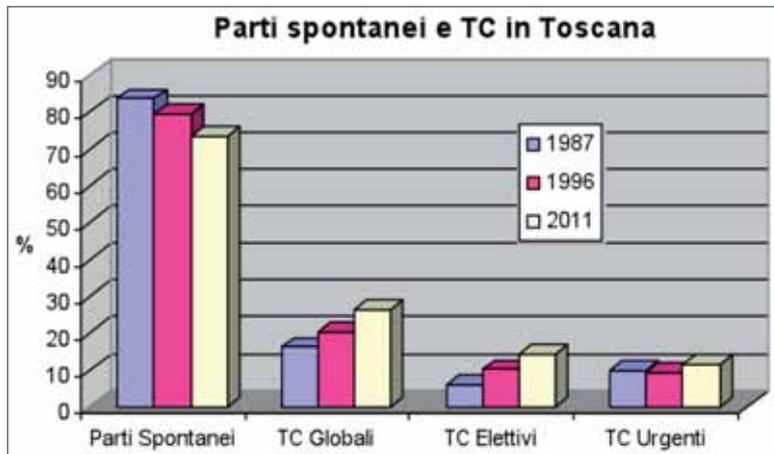


Grafico 3

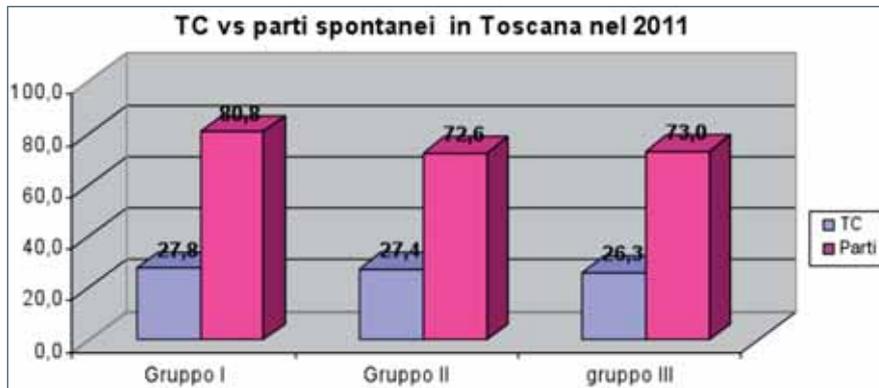


Grafico 4



Grafico 5

(incidenza tra il 30 e il 60%). Dai dati sembra di capire che l'impegno delle ASL a istituire almeno un Punto Nascita con analgesia nel territorio di competenza, come da indicazione dei vari PSR, sia stato conseguito. A questo hanno contribuito i corsi multidisciplinari svolti in ogni Area Vasta della Toscana nel 2007-2008. Hanno cominciato da tale data una attività di parto-analgesia regolare e anche consistente ospedali capoluogo di provincia come Lucca, Livorno, Siena, Grosseto. Negli ultimi due casi l'attività è iniziata grazie ad un progetto aziendale d'incentivazione. È interessante notare che la percentuale più rilevante di analgesie eseguite è nell'area Nord Ovest della Toscana, probabilmente per la presenza in regime h24 di un anestesista dedicato alla sala parto. Di sicuro questo favorisce un affiatamento maggiore delle

competenze coinvolte nel parto. Elementi a favore di una più larga diffusione della parto-analgesia in questi ultimi 15 anni sono stati: una informazione più capillare e una valutazione sistematica della donna che avviene ovunque all'interno del Percorso Nascita, l'utilizzo di protocolli scritti che prevedono l'impiego di concentrazioni di anestetico locale dimezzate rispetto al 1996, e una maggior sicurezza operativa. In controtendenza rispetto all'andamento generale è la sensibile regressione delle parto-analgesie nell'ospedale ove storicamente aveva preso l'avvio questa attività.

Accennare anche alle ombre relative a questa attività è doveroso. Proprio i limiti organizzativi, cioè la mancanza e/o disponibilità dell'anestesista dedicato, viene segnalata da più U.O. di Anestesia e Rianimazione come la causa principale delle diffi-

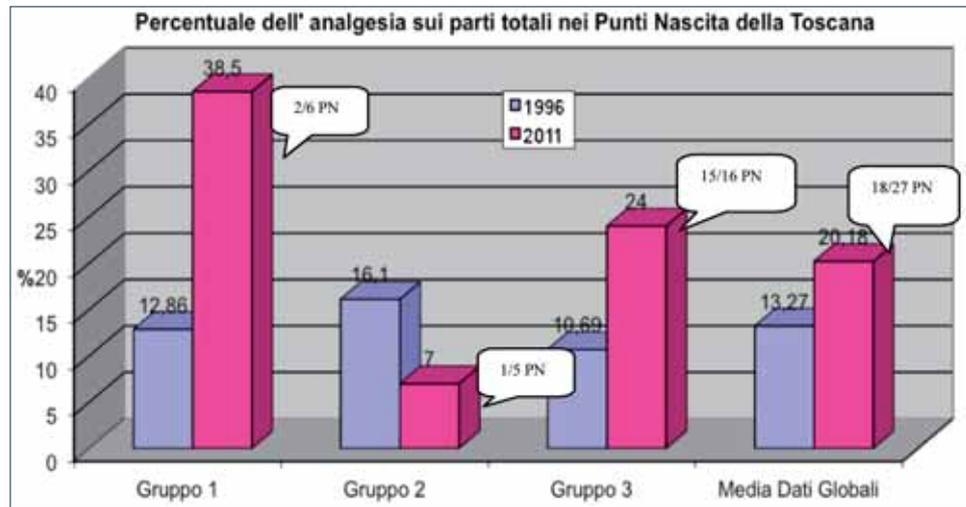


Grafico 6

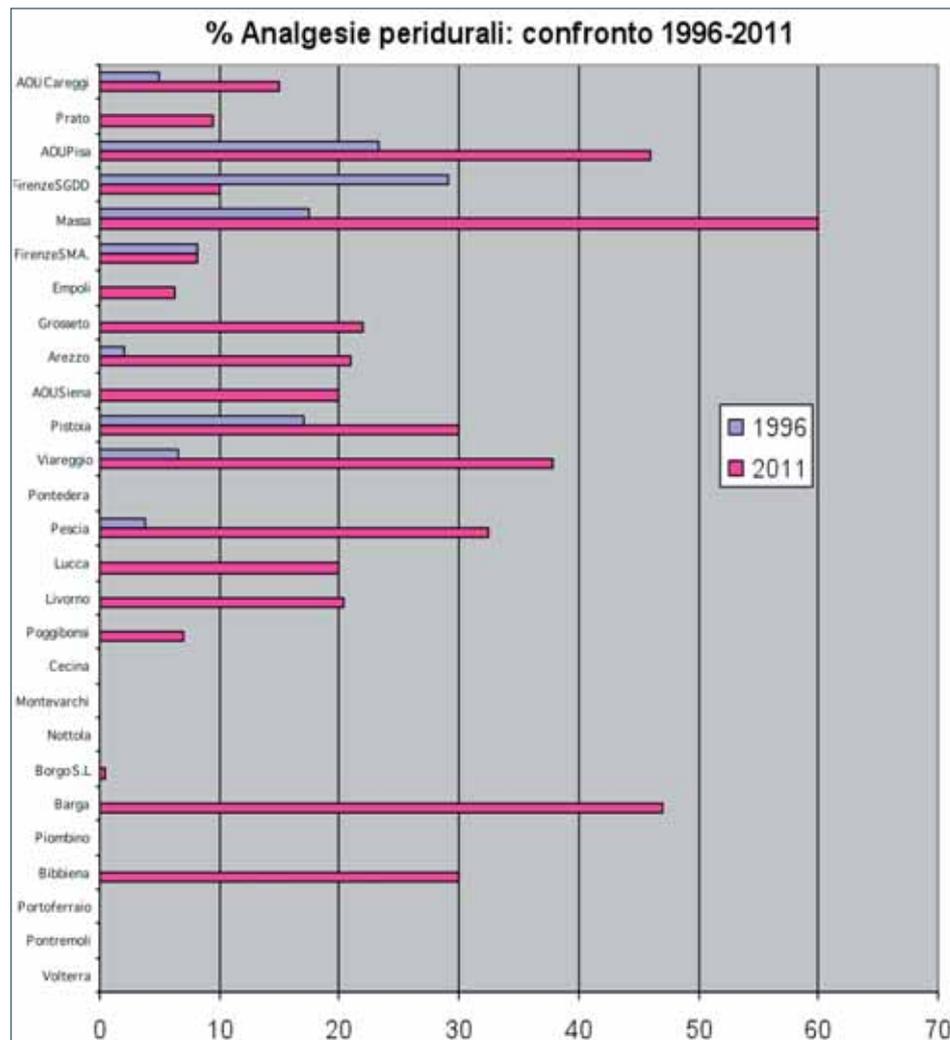


Grafico 7

coltà per una migliore erogazione di questa attività. In un centro ad esempio si ricorre all'istituto della pronta disponibilità notturna e festiva, che se da un lato nobilita l'ospedale per la sensibilità dimostrata verso la cura del dolore, dall'altro penalizza gli anestesisti che non sempre ritengono assimilabile la parto-analgesia all'urgenza chirurgica.

Tra le altre criticità riscontrate emerge lo scon-

tento degli anestesisti che si sono fatti carico da anni di una impegnativa attività alla quale non è stata prestata una sufficiente attenzione, e che, tranne in pochi casi, non ha ricevuto una qualche forma di gratificazione. Vengono segnalate nelle risposte rilevate da più centri, una scarsa reattività dei ginecologi e delle ostetriche verso la parto-analgesia se non, in alcuni casi, una vera e

propria ostilità. Alla base di questo vi sono carenze culturali che generano insufficiente collaborazione e comunicazione anche con i consultori del territorio.

Le aspettative delle donne verso la parto-analgesia sono molto aumentate rispetto a 15 anni fa, in buona parte frutto di una maggior informazione. Il numero di partecipanti agli incontri con l'anestesista è sempre elevato. Tuttavia il ricorso alla parto-analgesia rimane molto al di sotto di altri Paesi ove la peridurale al momento del travaglio è davvero pratica usuale. Di tutte le campagne sul dolore fatte dalla Regione Toscana, quella sul dolore del parto è forse quella che ha dato frutti minori. Eppure tra i contenuti di un progetto comune che ha coinvolto le tre Aree Vaste Regionali, il punto focale era, come stabilito a chiare lettere sia dal Piano Sanitario Nazionale che dal Piano Sanitario Regionale, il diritto a una scelta consapevole e libera da parte della donna e il rispetto del suo ruolo centrale. Sembra inoltre che vi sia verso la donna che ha chiesto l'analgesia per il suo travaglio, una certa ostilità e difficoltà nel rispettare le sue scelte personali, quasi che in fin dei conti il parto non fosse "suo". Rimangono spesso perplessità su quanto poco tempestivamente venga iniziata la parto-analgesia o sulla sua discontinuazione prima della fase espulsiva. Talvolta sembra che non siano state recepite le in-

dicazioni precise in proposito già da qualche anno espresse, sulla base di una adeguata e precisa documentazione della letteratura, da parte della Commissione Regionale per la parto-analgesia e che anche di recente sono state ribadite. Si ha frequentemente da parte anestesologica la sensazione che per questa attività, del tutto gratuita e frutto spesso di impegno personale, debba esserci ancora "l'onere della prova", come se 25 anni di analgesia ostetrica in Italia non avessero prodotto evidenze, oltre quelle assai consistenti anche per quantità, ricavabili da letteratura autorevole.

CONCLUSIONI

Il questionario, sebbene non sia propriamente uno strumento agile per ottenere informazioni da ciascun centro, si è tuttavia mostrato utile per fotografare ripetutamente nel corso degli anni una specifica realtà dell'analgesia e anestesia ostetrica della Nostra Regione. Poiché in nessun ospedale è disponibile un data base specifico per la parto-analgesia, è spesso difficoltoso portare a termine una raccolta dati. Sicuramente con un sistema del genere sarebbe possibile analizzare procedure e costi, revisionare e modificare metodi, e istituire un Registro Regionale delle complicanze in ostetricia, più volte auspicato anche a livello nazionale, ma mai realizzato. **TM**



Marco Masoni, specialista in Medicina Nucleare, lavora presso la Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica*, disponibile in Internet edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità*, edito da Springer (2011). È inoltre autore di articoli pubblicati sul *British Medical Journal*.

La gestione delle informazioni in ambito sanitario

Nella letteratura medica e scientifica sono stati pubblicati centinaia di articoli che hanno trattato come l'Information Technology (IT) ha influenzato e potrà modificare la

gestione e l'erogazione dei servizi sanitari, il rapporto medico-paziente, la comunicazione delle informazioni ai cittadini. Il contenuto di queste pubblicazioni varia all'interno di un segmento ai cui estremi si trovano integrati e apocalittici: persone aventi un atteggiamento eccessivamente entusiasta da una parte e dall'altro coloro che paventano una progressiva designificazione del ruolo del medico di fronte all'avanzare tecnologico.

Analizzando i due termini contenuti nell'acronimo IT (Information Technology), si può sicuramente affermare che l'aspetto tecnologico ha progredito molto di più rispetto a quello informativo. Con le

MARCO MASONI, MARIA RENZA GUELFU,
ANTONIO CONTI, GIAN FRANCO GENSINI

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

tecnologie digitali siamo capaci di memorizzare gigabyte, terabyte, petabyte, exabyte e zettabyte di dati e siamo in grado di inviarli sulla nuvola (cloud computing). Manca ancora un po' di larghezza di banda per fruire in modo rapido dei materiali multimediali, in particolare video. Il problema aperto rimane quello dell'informazione e della sua gestione, sia da un punto di vista digitale e ancor più umano.

Per quanto riguarda la gestione digitale delle informazioni la tecnologia sembra capace di offrire soluzioni inimmaginabili, ma sempre con l'aiuto di algoritmi creati dall'uomo: su un recente numero di *Nature* un editorial dal titolo "Gold in the text" invita gli scienziati a modificare la tradizionale modalità di pubblicazione progettata per essere lette da esseri umani (come questo articolo) per dirigersi verso forme diverse adatte ad essere analizzate tramite computer mediante tecniche di elaborazione del linguaggio naturale (text mining). Lo scopo è scorrere il testo di centinaia di articoli ricercando associazioni e connessioni che ogni essere umano individualmente non sarebbe in grado di trovare. Per il momento il software richiede operatori altamente qualificati, ma nell'arco di 10 anni è presumibile che la situazione possa cambiare.

Dal punto di vista della gestione individuale dell'informazione, in quest'epoca di grandi trasformazioni della Medicina, i medici dovrebbero conoscere appieno le potenzialità delle nuove tecnologie digitali per poterle utilizzare nel modo più efficace. Navigare all'interno della grande quantità di dati presenti nella rete Internet alla ricerca di informazioni inserendo parole chiave all'interno di un motore di ricerca è un'attività alla portata di chiunque, ma che pochi sanno svolgere con perizia. Nel linguaggio comune utilizziamo spesso in modo interscambiabile le parole dato, informazione e conoscenza, ma qualsiasi libro che tratti di Knowledge Management distingue chiaramente questi concetti.

Un dato è un fatto, una parola, una lettera, un valore al di fuori di qualsiasi contesto. Di fronte a un dato tutto ciò che noi esseri umani cerchiamo di fare è attribuirgli una qualche forma di significato. L'informazione è composta di dati a cui è stato attribuito un significato mediante connessioni e relazioni. L'informazione è materia inerte, lineare e statica nel tempo che può essere utile o meno. Al crescere delle relazioni e delle connessioni tra le informazioni ne posso apprendere il contenuto

e percepirne l'utilità trasformandole in conoscenza che viene sempre inserita in un contesto. Nella progressione gerarchica dato, informazione, conoscenza emerge quindi un crescendo di soggettività.

L'informazione è un prodotto di filtrazione sui dati, e la conoscenza lo è rispetto all'informazione. Questo processo di filtrazione è eseguito dalla nostra mente, che elimina ciò che è irrilevante e mantiene ciò che ritiene utile e significativo. A proposito dell'importanza dell'operazione di filtrazione e di come questo processo sia alla base della costruzione della cultura è interessante citare la novella "Funes el memorioso" di Jorge Luis Borges, in cui il protagonista ricorda perfettamente "ogni momento di vita vissuta, ogni foglia che ha visto su un albero, ogni parola che ha udito nel corso della sua vita, ogni lettera. In realtà Funes è un completo idiota, bloccato dalla sua incapacità di selezionare e di scegliere" (Umberto Eco). Questo processo di selezione diventa centrale nella costruzione di conoscenza e della cultura ed è un processo che dobbiamo svolgere, in maniera più o meno conscia, anche nelle attività online.

Presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze, sono previsti nei prossimi mesi tre incontri che tratteranno il tema del Information Management e del Knowledge Management, discipline di interesse generale il cui ambito non riguarda solo l'ambiente online ma anche quello offline. La trattazione di questi argomenti sarà tuttavia declinata verso l'uso delle tecnologie telematiche in ambito sanitario: in un'epoca di progresso incessante e continuo che influenza in modo sempre più massiccio l'esercizio della Medicina, è necessario che il medico conosca in modo non superficiale le potenzialità di Internet.

Scopo degli incontri è far acquisire ai partecipanti le competenze atte a ricercare informazioni in rete con perizia e accompagnare a queste le abilità necessarie a valutare l'attendibilità e l'affidabilità delle risorse recuperate. Ciò sarà utile al medico sia in un ambito decisionale, poiché le azioni intraprese da ciascuno di noi dipendono dalle informazioni di cui si dispone al momento, che come ausilio a svolgere una funzione di guida, per aiutare il paziente a districarsi tra risorse informative aventi variabile qualità e affidabilità.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.masoni@med.unifi.it

TM

BACHECA

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



Eugenio Paci, Direttore dell'Unità di Epidemiologia Clinica e Descrittiva di ISPO lavora nel Registro Tumori Toscano e nella valutazione dello screening oncologico. In particolare ha studiato l'impatto dello screening mammografico in Italia e in Europa e condotto ricerche di valutazione degli esiti. È stato segretario naz.le dell'Ass. Italiana di Epidemiologia (AIE) e dell'Ass. Italiana Registri Tumori (AIRTUM). È Direttore Scientifico della Rivista *Epidemiologia & Prevenzione*.

Fare meno può darci di più? Un'esperienza americana sull'appropriatezza

Che cosa è possibile fare nel nostro sistema sanitario?

La stampa Italiana ha riportato con una certa evidenza la notizia che diverse importanti Società Scientifiche americane hanno identificato ognuna 5 procedure /interventi la cui pratica è stata ritenuta non appropriata e delle

aree della medicina ed è facile immaginare come una iniziativa di questo tipo sia un segnale che andrebbe raccolto, adeguato al nostro contesto e approfondito.

Una domanda va posta ai dirigenti del servizio sanitario nazionale e regionale, alle nostre società scientifiche e agli Ordini dei Medici: perché sul tema appropriatezza nessuno si muove concreta-

mente (di appropriatezza si è parlato fino alla nausea in innumerevoli documenti), perché le società scientifiche non

cercano, almeno non in maniera significativa, di identificare e suggerire in maniera persuasiva le pratiche non appropriate, perché gli Ordini dei Medici, se non in qualche caso sporadico, non promuovono pratiche appropriate che incidano nella pratica clinica e che possano avere effetti non secondari sui costi?

I dati confermano la continua crescita della spesa a fronte di un PIL che decresce, e in tutte le ricette di cambiamento nel SSN che fioccano anche negli ultimi mesi, prevalgono i tagli mentre la questione dell'appropriatezza è in secondo piano. Ancora una volta la questione della sanità si risolve in nuovi – quanto stantii? – progetti di ennesima riorganizzazione. Si cerca di rispondere alle inefficienze, agli sprechi, alle strozzature attraverso l'offerta di improbabili nuove forme organizzative, spesso disegnate a tavolino e modulate nelle singole regioni – quelle che hanno capacità di sopravvivenza – all'interno di strutture che sono quotidianamente scassate dai tagli lineari governativi, che vengono altrettanto linearmente trasferiti nella maggior parte delle realtà aziendali. Il nostro SSN, di cui si discute tra orgoglio e pregiudizio (www.lavoce.info, V. Mapelli, 2012), non può pensare di sorreggersi basandosi sulla bontà di alcuni indicatori generali di salute. Le sfide che ci sono di fronte sono evidenti e interpellano scelte politiche di prospettiva che affrontino con lungimiranza la crescita della spesa, inesorabilmente connessa all'invecchiamento della popolazione e

quali si ritiene di disincentivare l'uso nella pratica clinica, invitando medici e pazienti a discuterne.

L'impatto, nella stampa specializzata e non, negli Stati Uniti è stato notevole e, conoscendo le modalità di funzionamento del sistema americano, basato sulle assicurazioni, sono ipotizzabili significativi cambiamenti. L'iniziativa si accompagna a un movimento che si è radicato in questi ultimi due anni in quel paese, in relazione alla riforma promossa dal Presidente Obama, che ha come suo slogan *Less is more* (si potrebbe tradurre: *fare meno può darci di più!*) in quanto traduce in indicazioni pratiche la necessità, da molti sempre più sentita, di ridurre l'uso improprio della tecnologia, che può portare a effetti collaterali dannosi per la salute e nello stesso tempo a costi per la sanità via via meno sostenibili. Un tema prioritario in un paese come gli Stati Uniti in cui le disuguaglianze e i costi per la sanità sono previsti in enorme crescita nei prossimi decenni. In un recente editoriale del NEMJ (24 Maggio 2012) si discute di una etica di *waste avoidance*, rifiuto dello spreco.

La lista delle pratiche considerate non appropriate ne include alcune molto importanti e diffuse, e parla un linguaggio chiaro per i professionisti Europei, che dalle riviste americane traggono le principali indicazioni sulle nuove tecnologie e i comportamenti medici. Si leggono nel sito e non credo ci sia bisogno di commenti particolari. Naturalmente alcune riflettono i costumi, specialmente orientati all'uso (e abuso) della tecnologia, propri degli USA. Ma anche in Italia potremmo documentare molti comportamenti simili in queste

EUGENIO PACI

Unità di Epidemiologia Clinica e Descrittiva,
ISPO Firenze

alla crescita delle patologie croniche.

La nostra medicina vive anche di innovazione tecnologica, e questa sta assumendo caratteri che pongono a rischio la sostenibilità futura del sistema universalistico. Nuovi farmaci, tecnologie di imaging, innovazioni in chirurgia richiedono crescenti investimenti. Rinunciare alla innovazione tecnologica sarebbe esiziale per il SSN, con conseguente marginalizzazione del sistema pubblico; il SSN sarebbe destinato a divenire il servizio dei poveri lasciando ad altri attori la risposta alla domanda di salute che richiede nuova tecnologia. Un sistema duale (al pubblico si lasciano nei fatti i meno abbienti e la assistenza a bassa innovazione tecnologica) ha come conseguenza la perdita di significato del SSN di tipo universalistico.

L'esempio presentato si riferisce a una realtà

molto diversa da quella dei sistemi europei, ed è richiesta molta cautela da parte dei professionisti, ma anche da parte degli amministratori e della politica in generale nel proporre una azione sulla appropriatezza.

Ci vuole davvero un nuovo patto sociale e una reale comunicazione medico-cittadino-paziente per far considerare possibile alle persone che non si nega qualcosa per risparmiare sui costi, ma che la riduzione dell'offerta di prestazioni inappropriate vuol dire offrire di più in termini di salute. Un cambiamento di questo tipo – che è professionale ma anche culturale – non lo possono fare i professionisti da soli, è necessario discuterne insieme e approfondirne il significato. Sarebbe una sfida per il futuro che potrebbe garantire una migliore medicina e a tutti una migliore salute. **TM**

La campagna Choosing Wisely promossa dalla Fondazione ABIM (USA) e da Consumer Report identifica test o procedure di uso comune che sono spesso non necessarie o usate troppo frequentemente.

La lista è stata predisposta da nove importanti Società Scientifiche americane e ognuna di esse ne suggerisce 5, *'le cinque cose che i medici e i pazienti dovrebbero discutere'* e danno specifiche raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche e riguardanti la più appropriata assistenza e cura per la specifica situazione individuale.

Le organizzazioni che hanno per ora preparato le loro cinque proposte rappresentano 375.000 medici americani e operano con la collaborazione di Consumer Report un gruppo di supporto a numerose associazioni di pazienti sono:

- American Academy of Allergy, Asthma & Immunology;
- American Academy of Family Physicians;
- American College of Cardiology;
- American College of Physicians;
- American College of Radiology;
- American Gastroenterological Association;
- American Society of Clinical Oncology;
- American Society of Nephrology;
- American Society of Nuclear Cardiology.

Andando nel sito di *Choosing Wisely* si possono leggere le 5 pratiche che ciascuna società scientifica americana suggerisce a medici e pazienti di discutere insieme e, in assenza di particolari situazioni, di evitare.

Tre esempi delle raccomandazioni proposte da ASCO (i dettagli si ritrovano nel sito*).

Non fare una PET, TC o scintigrafia ossea nello *staging* del tumore prostatico precoce a basso rischio di metastasi.

Non fare una PET, TC o scintigrafia ossea nello *staging* del tumore della mammella precoce a basso rischio di metastasi.

Non fare test di monitoraggio e sorveglianza (biomarker) o imaging radiologico (PET, TC, scintigrafie ossee) in soggetti asintomatici che siano stati trattati per tumore della mammella con intento curativo.

* <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx>

CONVEGNI E CONGRESSI / CORSI E SEMINARI

LA PATOLOGIA VULVO-PERINEALE

Primo corso di aggiornamento - Firenze, **13 ottobre 2012** - Segreteria Scientifica: Dr Riccardo Rossi e-mail: dott.riccardorossi@libero.it - Segreteria Organizzativa: Menthalia, e-mail: eventi@menthalia.it - Accreditemento ecm per 150 medici discipline di: ginecologia, anat.patologica, dermatologia, ematologia, urologia Iscriz € 50,00+IVA Argomenti trattati: vulvosopia, patologia vulvare, vaccino hpv, lichen scleroso vulvare e nuovo approccio terapeutico, VIN, carcinoma vulvare.



Maria Grazia Muraca, medico chirurgo, dal 2005 Direttore di UO Semplice del Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On.) dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori sezione di Firenze. Si occupa da più di venti anni di follow-up clinico ed aspetti riabilitativi in oncologia curando l'integrazione multidisciplinare.

Un Centro di Riabilitazione Oncologica: il CeRiOn di Firenze

Il CeRiOn (Centro di Riabilitazione Oncologica) è nato a Firenze nell'aprile del 2005 grazie all'integrazione tra un servizio pubblico (ISPO, Istituto per lo Studio e la Prevenzione On-

cologica) ed un'associazione no profit (LILT, Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori ONLUS, sezione di Firenze). Partecipa ad un progetto regionale supportato dall'Istituto Tumori Toscano e dalla Regione Toscana, che si articola nelle tre aree vaste con i rispettivi centri di riferimento

(Firenze, Livorno e Siena). Ogni anno riceve un fondamentale sostegno finanziario dalla corsa podistica "Corri la Vita", manifestazione benefica fiorentina, giunta alla IX edizione, realizzata anche grazie al sostegno organizzativo della LILT di

Firenze. Al Centro sono presenti il volontariato della LILT con il Servizio *Donna Come Prima*, l'Associazione Stomizzati Toscani (ASTos), l'Associazione Italiana Prostatetomizzati

(AIP), l'Associazione Italiana Laringectomizzati (AIL) e l'Associazione ONLUS La Finestra.

Il Centro ha sede a **Villa delle Rose**, in zona Careggi, è ben raggiungibile con i mezzi pubblici

MARIA GRAZIA MURACA¹, GUIDO MICCINESI²,
GIOVANNA FRANCHI³

¹ Medico ISPO-CeRiOn

² Epidemiologo ISPO-CeRiOn

³ Psicologa Psicoterapeuta LILT-CeRiOn

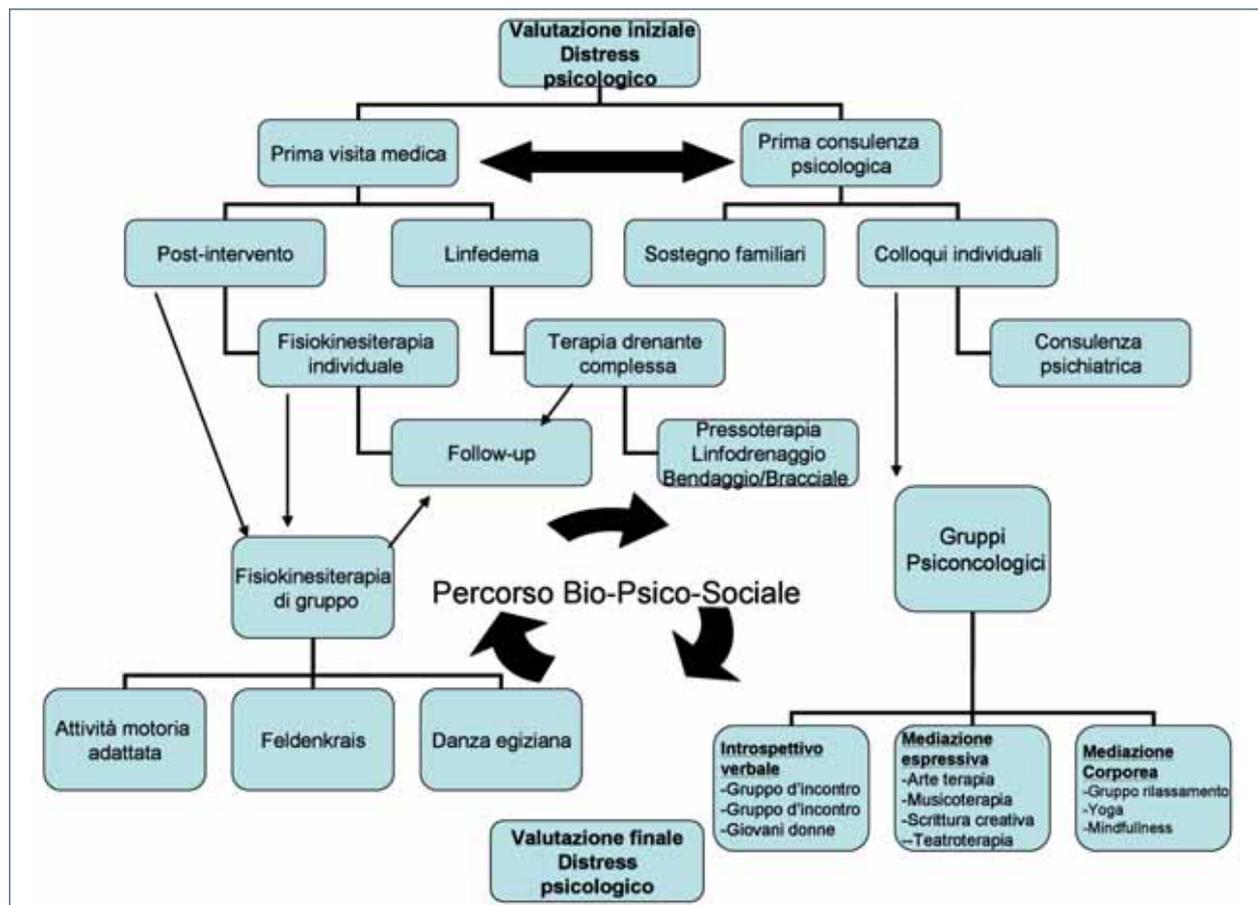


Figura 1

ed è dotato di un ampio parcheggio interno. Ambulatori e aree per la riabilitazione si integrano col verde che circonda l'edificio e sono collocati in maniera tale da tutelare la privacy dei pazienti.

Dall'apertura del Centro al dicembre 2010 sono stati seguiti oltre 5118 pazienti (circa 12.000 visite e 50.000 prestazioni). Di questi, 1400 sono stati seguiti anche dal servizio di Psiconcologia.

L'obiettivo del CeRiOn è quello di offrire tutte le possibilità, con spazi e tempi definiti, per mobilitare le proprie risorse interiori, confrontarsi con i propri timori, i sensi di colpa, i significati attribuiti alla malattia, per poter prendere nuove decisioni, aumentare le capacità di coping ed attuare un cambiamento. Il paziente oncologico viene accompagnato in un percorso riabilitativo integrato e individualizzato, grazie alla sinergia tra diverse figure professionali. La persona viene presa in carico nella sua interezza, quindi nei suoi aspetti clinici, psicologici, esistenziali, relazionali e sociali, per tutto il percorso che inizia dalla diagnosi, attraversa chirurgia e terapie ed arriva fino alla remissione della malattia o alle cure di fine vita.

I pazienti accedono al servizio per invio diretto da parte del medico specialista che in quel momento ha in cura il paziente, per invio del medico di medicina generale o a seguito di richiesta spontanea di supporto riabilitativo. Il percorso può iniziare con una visita fisica o con una consulenza psicologica, cui segue la valutazione multidisciplinare finalizzata all'individuazione precoce sia degli esiti fisici sia delle problematiche psicologiche; il percorso prosegue con la pianificazione dei trattamenti fisioterapici e, ove necessario, con i percorsi psicorelazionali individuali o di gruppo.

Prima di qualsiasi visita il paziente compila due questionari (*Termometro del distress psicologico* e *Psychological Distress Inventory*) volti a valutare il disagio psicologico specificamente in pazienti oncologici. A fine percorso terapeutico, vengono somministrati gli stessi questionari per valutare l'effettivo cambiamento e nello stesso tempo l'efficacia e l'efficienza di prassi e procedure.

Il *target* afferente al servizio è per lo più costituito da donne affette da carcinoma mammario o uterino, alle quali il Centro è specificatamente dedicato; nel corso degli anni sempre più pazienti con altre patologie oncologiche sono stati trattati, in special modo pazienti con tumori del colon, del distretto testa-collo, della prostata, melanomi e

portatori di stomia.

La riabilitazione fisica, grazie alla presenza di molteplici figure (medici specialisti- oncologo, angiologo, fisiatra, genetista, dermatologo, chirurgo generale, epidemiologo- e terapisti della riabilitazione) offre un percorso riabilitativo integrato con individuazione e trattamento delle disabilità e delle comorbidità sia precoci (post-intervento) che tardive (linfedema). Ai trattamenti individuali e di gruppo, erogati nell'ambito del percorso di cura del SSR, si aggiungono altre attività, realizzate grazie al contributo delle associazioni del volontariato presenti al Centro (Attività Motoria Adattata, Feldenkrais, Acquagym, Dragon Boat, Danza Egiziana, Nordic Walking) che aiutano le persone a ritrovare e recuperare il massimo delle capacità motorie ed a vivere "normalmente".

La riabilitazione psicologica prevede colloqui individuali ed assistenza ai familiari, consulenza psichiatrica ed attività di gruppo (Gruppo d'Incontro, Gruppo d'Incontro per Giovani Donne, Rilassamento, Yoga, Mindfulness, Arteterapia, Musicoterapia, Scrittura Creativa, Teatroterapia).

Ogni persona che arriva al Servizio Psiconcologico viene presa in carico da una psicologa, che diventa la sua figura di riferimento. L'*assessment* comprende l'ascolto della storia di vita della persona, il contesto attuale, le risorse ambientali, le preoccupazioni, gli stili di reazione alla malattia ed i sintomi di sofferenza psicologica. Attraverso i primi colloqui individuali, in base ai bisogni ed alle aree di maggior urgenza, viene individuato un percorso specifico, diverso per ogni persona e che potrà essere flessibile nel tempo.

La creazione di percorsi individualizzati che rispondono ai bisogni specifici della persona è possibile grazie ad una presa in carico condivisa tra tutte le figure professionali dello staff, garantita dalla accurata organizzazione di spazi periodici e permanenti di riunione tra tutti gli operatori del centro.

Partendo dall'approccio integrato, il servizio diventa un duttile strumento per cercare di rispondere alle esigenze riabilitative del paziente oncologico, coniugando corpo e mente, sogni e bisogni.

Bibliografia

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

TM

CONVEGNI E CONGRESSI / CORSI E SEMINARI

SOCIETÀ ITALIANA DI ENDOSCOPIA AREA CHIRURGICA (ISSE)

In data **1 Ottobre 2012** si terrà il X Congresso Nazionale della Società Italiana di Endoscopia Area Chirurgica (ISSE). Resp. Luca Bandettini Prof. Associato di Chirurgia - Dipartimento Area Critica Medico Chirurgica Università degli Studi di Firenze. Info: luca.bandettini@unifi.it



Carlo Palermo, spec. in Reumatologia e in Medicina Interna. Dirigente Medico, responsabile di Struttura Semplice, presso l'U.O. di Medicina Interna del Presidio "Ospedali Riuniti Alta Val d'Elisa", Azienda USL 7 Siena, è impegnato nello sviluppo di un progetto di integrazione Ospedale-Territorio per la gestione dello Scompenso Cardiaco.

Il taglio dei "primari"

Anatomia di una notizia falsa

Indubbiamente l'articolo pubblicato con grande rilievo da "Repubblica" domenica 13 maggio in merito al presunto esubero di "primari" nella nostra sanità ha fatto molto rumore.

Le fonti di un'inchiesta giornalistica andrebbero sempre verificate per non incorrere in grossolani errori, in particolare se si interviene nel complesso mondo della sanità.

L'articolo fa riferimento a dati sulle strutture complesse del servizio sanitario nazionale (SSN) forniti da una non meglio precisata commissione composta da "tecnici" delle Regioni e del Ministero della salute. I numeri però sono letteralmente inventati. Si indicano, infatti, in addirittura 19.000 le strutture complesse della dirigenza medica presenti nel nostro SSN. Peccato che la Ragioneria Generale dello Stato e la Corte dei Conti forniscano numeri "leggermente" diversi. Nella recente relazione della Corte dei Conti al Parlamento, le strutture complesse riferite al 2010 sono individuate esattamente in 9.647, con una consistente flessione rispetto al 2009 (- 5,6%). È una delle principali conseguenze delle politiche che da circa quattro anni molte Regioni sono costrette ad applicare mediante i piani di rientro per la riduzione dei deficit sanitari storici. Inoltre, il taglio lineare delle risorse stabilito con la manovra Tremonti dell'estate 2010 ha indotto il resto delle aziende sanitarie del Paese ad avviare processi di riorganizzazione e revisioni della spesa. Tutto ciò ha portato, per la prima volta da molti anni, ad una riduzione del numero globale di dirigenti medici in servizio (- 1,3% nel 2010 rispetto al 2009).

Lo standard di riferimento per individuare il corretto numero di primariati in ogni ospedale (mediamente, 17,5 letti per ogni "primariato" attivato) è stato costruito, sempre dalla suddetta commissione, in modo molto criticabile, escludendo le Regioni in piano di rientro. Uno standard di questa importanza dovrebbe basarsi su indicatori ben più pesanti e riflettere essenzialmente la complessità organizzativa, la popolazione di riferimento, la quantità e la qualità dei servizi da offrire e non semplicemente il fattore produttivo "posto letto".

Nonostante queste criticità, l'applicazione dello standard alle diverse realtà ospedaliere della Toscana riserva non poche sorprese. Valga per tutti l'esempio dell'Area vasta sud-est che comprende le Aziende sanitarie di Siena, Arezzo, Grosseto e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Siena.

Il risultato è il seguente:

ASL 7 Siena: 380 posti letto, "primari" teorici 22, in servizio 13, differenza - 9;

ASL 8 Arezzo: 690 posti letto, "primari" teorici 50, in servizio 41, differenza - 9;

ASL 9 Grosseto: 630 posti letto, "primari" teorici 36, in servizio 36, differenza 0;

Azienda O-U di Siena: posti letto 750, "primari" teorici 43, in servizio 63, differenza + 20 (di cui 18 appartenenti al ruolo universitario).

In sostanza, è la sola Azienda mista a mostrare un eccesso rispetto allo standard definito dalla commissione del Ministero della Salute. In ogni caso, valutare la complessità organizzativa necessaria per lo sviluppo di un'azienda vocata all'alta specializzazione mediante l'applicazione di unico standard numerico, peraltro d'incerta costruzione, da applicare sia nei piccoli sia nei grandi ospedali, anche a noi, che abbiamo sempre criticato la frammentazione

delle strutture e dei processi assistenziali legati all'assegnazione "particolare" delle cattedre e dei "primariati" universitari,

sembra francamente eccessivo.

In definitiva, "Repubblica" è stata trascinata nell'errore fidandosi di dati farlocchi e di una metodologia di costruzione dello standard quanto meno avventata.

La realtà è che la spinta iconoclasta al risparmio sta portando in molte aziende ad una destrutturazione dei servizi che passa anche attraverso l'eliminazione dei "primari", considerati un ostacolo verso quei modelli organizzativi "low cost" che si propongono di tagliare nel contempo i diritti dei cittadini e quelli degli operatori.

Una struttura di assistenza e cura ospedaliera senza un direttore e un'adeguata dotazione organica è destinata a un lento e inesorabile declino. Il direttore, particolarmente in realtà con dotazione di personale ridotta al minimo, assume un ruolo insostituibile nella continuità dei rapporti con i pazienti e i loro familiari, coordina l'équipe dal punto di vista della formazione e della crescita culturale e professionale, favorisce l'innovazione organizzativa oltre ad "amministrare" le risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate, sulla base delle quali deve garantire, in virtù di precise norme legislative e contrattuali, gli obiettivi assistenziali e di sviluppo richiesti in sede di budget. I politici e i tecnocrati che si cimentano nel prospettare nuovi mondi, dovrebbero almeno comprendere che i riferimenti organizzativi tradizionali nelle famiglie professionali dotate di elevate conoscenze scientifiche e sofisticate capacità tecniche sono indispensabili per governare sistemi complessi e pluralistici come gli ospedali.

CARLO PALERMO

Segretario Anaa Assomed della Toscana

TM

Riflessioni sulla “Dieta del Sondino” o Nutrizione Enterale Chetogena nella terapia dell’obesità



Francesco Sofi, ricercatore c/o il Dip. di Area Critica Medico-Chirurgica dell’Univ. di Firenze. Presta servizio assistenziale presso la S.O.D. Agenzia Nutrizione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

Sintesi del documento di consenso espresso dalla Federazione delle Società Italiane di Nutrizione (FESIN)

ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica)
SINPE (Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo)
SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana)
SINUPE (Società Italiana di Nutrizione Pediatrica)
SIO (Società Italiana dell’Obesità)
SISA (Società Italiana di Scienza dell’Alimentazione)

Comitato Editoriale FeSIN

Nino C. Battistini, Furio Brighenti, Riccardo Caccialanza, Giulia Cairella, Antonio Caretto, Manuela Gambarara, Marcello Giovannini, Francesco Leonardi, Lucio Lucchin, Pietro Migliaccio, Maurizio Muscaritoli, Francesco Nicastro, Fabrizio Pasanisi, Luca Piretta, Danilo Radrizzani, Giuseppe Rotilio, Roberto Vettor, Federico Vignati

Gruppo di Lavoro

Lorenzo M. Donini, Giancarlo Sandri, Maria Antonia Fusco, Maurizio Muscaritoli

La “dieta del sondino” o meglio denominata nutrizione enterale chetogena (NEC)¹ è una metodica nutrizionale ideata dal prof. Gianfranco Cappello responsabile dell’Unità Operativa Regionale per la Nutrizione Artificiale Domiciliare del Policlinico Umberto I di Roma e basata su una tecnica di somministrazione di una miscela proteica tramite una sonda naso-gastrica continua per 10 gg.

Visto il dilagare di informazioni non sempre corrette, e a fronte di presupposti benefici addotti dai fautori di questa metodica, la FeSIN, quale federazione di esperti nel campo nutrizionale afferenti a diverse società scientifiche, ha sentito il bisogno di produrre un documento di consenso in cui sottolinea alcuni punti di notevole interesse.

Ecco di seguito una sintesi:

1. La NEC non rappresenta un approccio corretto all’Obesità

Come riportato da tutte le Linee Guida pubblicate in precedenza sia in Italia che in altri Paesi la **patogenesi** dell’obesità è **multifattoriale** per cui il trattamento migliore consiste in un **approccio multidimensionale** affidato al lavoro integrato di diverse figure professionali.

2. La NEC non va confusa con le diete a basso apporto di carboidrati e/o ad elevato apporto di proteine e/o chetogeniche già presenti in letteratura che rientrano nel grande capitolo delle “popular diets” e che presentano la caratteristica comune di non avere alcuna sperimentazione scientificamente corretta a favore.

FRANCESCO SOFI, ALESSANDRO CASINI
S.O.D. Agenzia Nutrizione, Università degli Studi di Firenze, AOU Careggi, Firenze

¹ La Nutrizione Enterale Chetogena (NEC) viene presentata nei diversi siti anche come Nutrizione Enterale Proteica (NEP) o Nutrizione Enterale Domiciliare (NED) o Nutrizione Artificiale Chetogena (NAC).

3. La NEC andrebbe meglio denominata “digiuno con poche proteine”

- nel digiuno vengono attivati processi proteolitici similmente a quanto si osserva in corso di malattie caratterizzate da ipercatabolismo muscolare;
- il fabbisogno di proteine in un soggetto obeso non è diminuito e rappresenta sempre 0.8-1g/kg di peso corporeo di riferimento. Pertanto gli aminoacidi assicurati dalla NEC sono un apporto inadeguato e non può che portare ad un progressivo depauperamento del patrimonio proteico muscolare;
- il rimanente fabbisogno energetico è assicurato dalla lipolisi che però, in assenza di un adeguato apporto di carboidrati non può arrivare alla completa ossidazione degli acidi grassi, ma si “fermerà” alla produzione di corpi chetonici.

4. La NEC non va confusa con la Nutrizione Artificiale

- si definisce nutrizione artificiale una “terapia mediante la quale è possibile prevenire o correggere la malnutrizione in pazienti in cui l'alimentazione naturale è compromessa, temporaneamente o permanentemente, a causa di una sottostante condizione di malattia o dei suoi esiti”;
- la nutrizione enterale (NE) è una “modalità di nutrizione artificiale mediante la quale i nutrienti in forma prevalentemente complessa sono somministrati nello stomaco o nell'intestino mediante l'uso di apposite sonde o stomie” (Glossario FeSIN). Risulta pertanto evidente che la NEC non è una tecnica di nutrizione artificiale, ma una procedura attraverso la quale una miscela proteica viene somministrata al paziente attraverso un sondino naso-gastrico.

5. Razionale e risultati della NEC non sono pubblicati né sottoposti al vaglio della Evidence-Based Medicine

- non esistono lavori in letteratura che illustrino o avvalorino il razionale ed i risultati e i pochi dati clinici disponibili non rispondono a criteri di scientificità;
- i principi della termodinamica vengono adottati ed interpretati in modo errato per giustificare un razionale del trattamento;
- è impossibile che la perdita di peso promessa ed ottenuta (fino ad 1kg/die) possa essere attribuita unicamente alla perdita di massa grassa: la riduzione di 1 kg di grasso presuppone un deficit calorico di oltre 7000 kcal: l'ipotesi più probabile è che gli apporti di energia e proteine talmente ridotti (200-250 kcal), così come la totale assenza di carboidrati, facciano sì che, inevitabilmente, la perdita di peso registrata debba essere attribuita in buona parte a perdita di massa magra e acqua.

6. Efficacia, ruolo e rischio della chetosi generata dalla NEC sono da verificare

- in letteratura non esistono evidenze chiare

sulla reale efficacia della chetosi nel causare anoressia. Esistono invece evidenze che dimostrano come a seguito di una dieta chetogenica ci sia un *rebound* nell'*intake* energetico superiore al deficit accumulato nella fase di dieta restrittiva;

- da notare che tra i vari effetti dei corpi chetonici c'è anche quello di limitare la lipolisi, per evitare un troppo rapido depauperamento delle riserve di grassi, e la ridotta produzione di triiodotironina con un effetto di rallentamento del metabolismo basale.

7. La gestione della NEC solleva molte perplessità

- non viene effettuata alcuna selezione iniziale dei pazienti ed in particolare non c'è alcun accertamento di eventuali comorbidità a parte l'esclusione dal trattamento dei pazienti con insufficienza renale cronica;
- vengono arruolati soggetti con caratteristiche completamente diverse, siano essi obesi o sovrappeso: è il paziente a decidere l'opportunità del ricorso alla procedura e non il medico: di fatto, quindi, non c'è presa in carico del paziente;
- la gestione di patologie complesse e spesso correlate all'obesità è approssimativa (“La NEC comporta un aumento della sensibilità (?!?!!) ai farmaci antipertensivi e ai farmaci antidiabetici **che devono essere sospesi per tutta la durata della NEC** e devono essere ripresi immediatamente alla ripresa della normale alimentazione);
- dubbi persistono anche sull'opportunità e sulla liceità della somministrazione, di routine, di inibitori di pompa protonica (“i pazienti durante il ciclo vengono sottoposti ad una terapia che riduce la secrezione gastrica che tende ad essere eccessivamente stimolata dall'infusione di proteine” e lassativi (“...devono inoltre eseguire una routine di lavaggi intestinali per eliminare residui di cibi nell'intestino e per evitare intasamenti del colon”), così come sulla struttura della cosiddetta dieta di mantenimento che appare anch'essa notevolmente squilibrata negli apporti di macro e micronutrienti.

In definitiva la NEC appare pericolosa sia intrinsecamente (chetosi, perdita massa magra, uso di lassativi, ...) che nell'ottica di una strategia efficace al trattamento dell'obesità.

Il razionale e le basi scientifiche sulle quali poggia la NEC sono deboli, discutibili e non vagliate.

È infine mistificatorio proporre la NEC come una tecnica di NA, in quanto in nessun modo essa risponde alla definizione universalmente accettata di NA.

Rimane il problema di pazienti con obesità grave complicata che hanno necessità di una rapida perdita di massa grassa per ridurre il rischio cardiovascolare; tali problematiche sono ben evidenti agli occhi della FeSIN e saranno oggetto di ulteriori approfondimenti e studi. **TM**

Il Registro Regionale Toscano dei traumi gravi

Esperienza dei primi anni di sperimentazione

Perché un Registro Regionale Toscano dei Traumi Gravi

Registri per la gestione del trauma hanno assunto un ruolo sempre più importante a livello internazionale e nazionale al fine di rilevare dati epidemiologici riguardanti la popolazione coinvolta, l'area geografica interessata, le modalità del soccorso e del trattamento dei pazienti traumatizzati.

Nell'ambito dell'Emergenza Urgenza, un sistema di reporting rappresenta uno dei presupposti per consentire un'analisi dei fabbisogni di risorse e della qualità dei processi assistenziali, che consenta di avere un maggior controllo sulla gestione del rischio clinico in questo ambito di pazienti e quindi di implementare la qualità delle prestazioni erogate.

La valutazione della qualità dell'assistenza è uno degli obiettivi primari del Sistema Sanitario Regionale, pertanto trova una naturale applicazione anche nell'ambito della gestione del paziente traumatizzato.

Raccogliere, analizzare e condividere informazioni sulla gestione del trauma grave in Toscana serve a monitorare e a valutare il funzionamento del sistema di Emergenza Urgenza, tracciando l'intero percorso di cura del paziente e ricercando gli eventuali snodi critici, con il fine di introdurre le opportune azioni di miglioramento. L'analisi dei dati consente inoltre agli operatori di crescere professionalmente imparando dalla propria esperienza e confrontandola con quella degli altri Centri. Il monitoraggio dei principali indicatori di qualità ed efficienza dell'assistenza al paziente traumatizzato grave rappresenta un intervento fondamentale nel contesto di un programma di verifica e ottimizzazione delle risorse.

La rete del trauma in Toscana

Il Sistema Trauma della Regione Toscana (STRT) è costituito dall'Emergenza Sanitaria Ter-

ritoriale, il Pronto Soccorso, i Centri HUB e Centri SPOKE come descritto nella delibera regionale 446 del 31 Marzo 2010 (Osservatorio Permanente sul sistema di emergenza-urgenza).

Secondo il PSR 2008-2010 la rete del trauma ha raggiunto punti di grande qualificazione sulla

base degli obiettivi basilari che il Piano stesso indicava:

- un sistema pre-ospedaliero, tale da assicurare una base di soccorso qualificata sul piano operativo;
- l'identificazione dei Trauma Center (Hub) rispetto alla possibilità di assolvere ai

compiti non attuabili presso i Centri Spoke (vedi Tabella 1);

- un trasporto rapido e protetto al Presidio Ospedaliero, non il più vicino, ma il più appropriato per la situazione clinica;
- una risposta di più professionalità specialistiche integrate in team.

Registro Regionale Toscano dei Traumi Gravi Definizione e finalità

Il Registro Regionale Toscano dei Traumi Gravi è un database nel quale confluiscono dati sui percorsi assistenziali e l'esito delle cure nei pazienti con trauma.

I dati raccolti sono molteplici ed eterogenei (demografici, situazionali, temporali, clinici, procedurali) e rispondono essenzialmente a quattro finalità:

1. raccolta di dati epidemiologici descrittivi relativi ai pazienti, alle modalità, alla logistica e alle tempistiche dell'evento traumatico;
2. rilevazione di indicatori di processo, relativi ai percorsi assistenziali pre- intra- e post ospedalieri (con particolare attenzione all'iter diagnostico-terapeutico della "golden hour") e estremamente utili per la valutazione dei processi assistenziali;
3. rilevazione di indicatori di esito, relativi all'outcome del paziente traumatizzato (sia in termini di mortalità che di morbilità e/o invalidità

MICHELA TANZINI*, RICCARDO TARTAGLIA*,
 ROSARIO SPINA**, ADRIANO PERIS**,
 MASSIMO ARENA°, PAOLA BONUCCI°,
 ROBERTA BERTOLINI§, GIANCARLO BERNI^

* Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana

** AOU Careggi

° ASF 10 Firenze

°° AOU Senese

§ AOU Pisana

^ Osservatorio Permanente sull'Emergenza - Urgenza della Regione Toscana

Tabella 1 - Requisiti regionali centri HUB e SPOKE

Centri HUB - requisiti regionali	Centri SPOKE - requisiti regionali
<ul style="list-style-type: none"> • "... sedi di attività radiologiche e interventistiche operative oltre che di chirurgia specialistica cardiovascolare e neurologica (h/24)" • "... capacità di risolvere al suo interno ogni tipo di problematica specialistica (h/24)" • "... standard di attività, ad esempio trattamento di non meno di 400-500 casi/anno in ciascun centro" 	<p>"Il centro SPOKE dispone nell'arco delle 24 ore di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina e Pronto Soccorso Medico-Chirurgico; • Anestesia e Rianimazione; • Chirurgia Generale; • Radiologia; • Laboratorio per gli esami ematochimici di urgenza; • Servizio di immunoematologia che possa garantire l'immediata disponibilità di emocomponenti in emergenza (anche con emoteca in PS); • Pronte disponibilità situate all'interno del DEU, di team di Anestesia e Rianimazione e di Traumatologia Ortopedica". <p>"Per alcuni Centri Spoke dotati di risorse specialistiche specifiche (Neurochirurgia), con consolidata attività su alcune tipologie di traumi maggiori (traumi cranici), si ritiene ovviamente che l'attività suddetta debba continuare ad essere svolta presso gli stessi, facendo capo al centro HUB nel caso di pazienti particolarmente complessi".</p>

residue), utili per la *valutazione di qualità delle cure*;

4. ricerca in ambito epidemiologico, clinico, organizzativo.

Dal progetto alla fase applicativa

Il percorso sperimentale del Registro Regionale dei Traumi gravi è iniziato nel 2008 per la forte motivazione di alcuni professionisti dell'area della medicina critica e dall'incontro tra questi e il Centro Gestione Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente (Centro GRC) della Regione Toscana.

La fase iniziale ha visto coinvolti personale afferente alle diverse strutture sanitarie coinvolte nella gestione del trauma grave a livello regionale (118, DEA, terapie intensive, chirurgie d'urgenza). Dopo una fase di analisi della letteratura esistente e successivo consenso, il gruppo ha indentificato i criteri di arruolamento:

- età superiore ai 15 anni;
- trauma grave definito da un Injury Severity Score (ISS) ≥ 15 ;
- ricovero in Terapia Intensiva;
- deceduti in Pronto Soccorso.

In questa prima fase, sono stati esclusi dalla registrazione i pazienti deceduti sul territorio, da un lato perché queste informazioni sono già rilevate, dall'altro perché il focus del progetto mira a identificare la performance della rete del trauma.

È stato utilizzato un database operante *off-line* (in ambiente Excel sviluppato in Visual Basic) e installato presso le unità di terapia intensiva. La scelta delle terapie intensive è stata motivata sia dalle esperienze della letterature internazionale e nazionale, sia perché rappresentano il percorso

fisiologico di ricovero dei pazienti traumatizzati gravi.

La fase sperimentale ha visto coinvolto sette terapie intensive di tutte le tre Aree Vaste; i tre centri di alta assistenza per il trauma grave (terzo livello - HUB) AOU Careggi, AOU Pisana, AOU Senese e quattro ospedali (secondo livello - SPOKE) ASL 6 Livorno, ASL 9 Grosseto, ASL 10 Firenze (Ospedali S. Giovanni di Dio e S. Maria Annunziata). Alla fase sperimentale, iniziata nel gennaio 2009, è seguita una fase applicativa vera e propria, in cui il numero di strutture coinvolte è stato allargato al fine di coprire interamente il territorio toscano.

Il gruppo di lavoro è stato costituito e formalizzato dai referenti di ciascuna di queste strutture, insieme ai referenti del Centro GRC.

La progettazione del database è frutto di:

- uno studio dei principali Trauma Registry europei (TARN) ed italiani (RITG);
- una condivisione, attraverso questionari diffusi all'interno del gruppo di lavoro, dei dati da raccogliere sulla base della *rilevanza* e della *rintracciabilità* dei dati stessi;
- una selezione di oltre 200 *campi* dai quali è stato possibile ricavare indicatori sia di *processo* che di *esito*.

Struttura del database

Il registro è organizzato in schede secondo uno schema che può essere riassunto come segue:

- informazioni generali sul paziente, la tempistica e il luogo dell'evento;
- dati riferiti alla scena del trauma: tempi, dati clinici, indicatori e procedure;

- dati riferiti al Pronto Soccorso ospedaliero Spoke o Hub: tempistiche, dati clinici, indicatori e procedure, iter diagnostico-terapeutico, destinazione del paziente;

- scores di gravità e di previsione dell'outcome: RTS, ISS, TRISS, calcolati automaticamente dal programma;

- dati sul percorso ospedaliero Spoke o Hub: interventi chirurgici, complicanze, mortalità;

- dati sull'outcome a sei mesi ricavati dai follow-up: Glasgow Outcome Scale (GOS), questionario EuroQol5-D, scala EQ5-D-VAS.

Modalità di reporting

Ogni azienda ospedaliera ha identificato un referente responsabile della gestione del database e della qualità di compilazione dei dati.

Le informazioni vengono ricavate dalle schede del 118, dalla cartella clinica del Pronto Soccorso Hub e Spoke, dalla cartella clinica terapia intensiva, seguendo il percorso di ciascun paziente.

La compilazione del database avviene presso la terapia intensiva a posteriori.

Ogni referente, con cadenza mensile, invia al Centro GRC i dati relativi a tutti i pazienti traumatizzati transitati nella propria terapia intensiva nel mese di riferimento.

A sei mesi dalla dimissione dalla terapia intensiva, per ciascun paziente è previsto un follow-up, con registrazione dei dati rilevati.

I dati inviati in formato elettronico vengono archiviati secondo i termini stabiliti dalla legge sulla privacy¹ viene quindi effettuato un controllo di qualità sul *dataset* prima di procedere all'analisi statistica e al calcolo degli indicatori.

Risultati 2009-2010

Tra l'anno 2009 e il 2010 sono stati registrati 769 pazienti con trauma grave, (Injury Severity Score ≥ 15).

Il campione esaminato è rappresentato da 43% donne e 57% uomini;

La distribuzione per età evidenzia una maggiore frequenza negli intervalli 16-20 (10,6%) e 36-40 (10,3%) anni confermando i dati della letteratura. Nell'età compresa tra i 16 e i 45 anni, il trauma grave è generato nel 78% dei casi da incidente stradale. Inoltre non è trascurabile la quota parte di trauma maggiore che riguarda l'anziano (13% oltre i 75 anni), soprattutto per la presenza di comorbidità importanti proprie dell'anziano. (Grafico 1).

Nel 90% dei casi il trauma è per dinamica *chiuso*.

Dai dati rilevati risulta evidente che l'area urbana/metropolitana (32%) genera una percentuale maggiore di traumi gravi rispetto all'area extraurbana (30%) (autostrade, strade a scorrimento veloce e statali); i mezzi maggiormente coinvolti risultano i motocicli (45%) le automobili (14%). Non è trascurabile la percentuale di incidenti domestici (9%), e di infortuni sul lavoro (6%) (Grafico 2 e Grafico 3).

È da rilevare, che nella nostra regione, l'evenienza di traumi maggiori di tipo *penetrante*, in particolare legati a lesioni da arma da fuoco o arma bianca, è trascurabile.

La dinamica più frequente degli incidenti stradali riguarda l'impatto fra veicoli (73%), con maggior coinvolgimento di motocicli (59%) (Grafico 4).

Più frequentemente, nel trauma grave, il

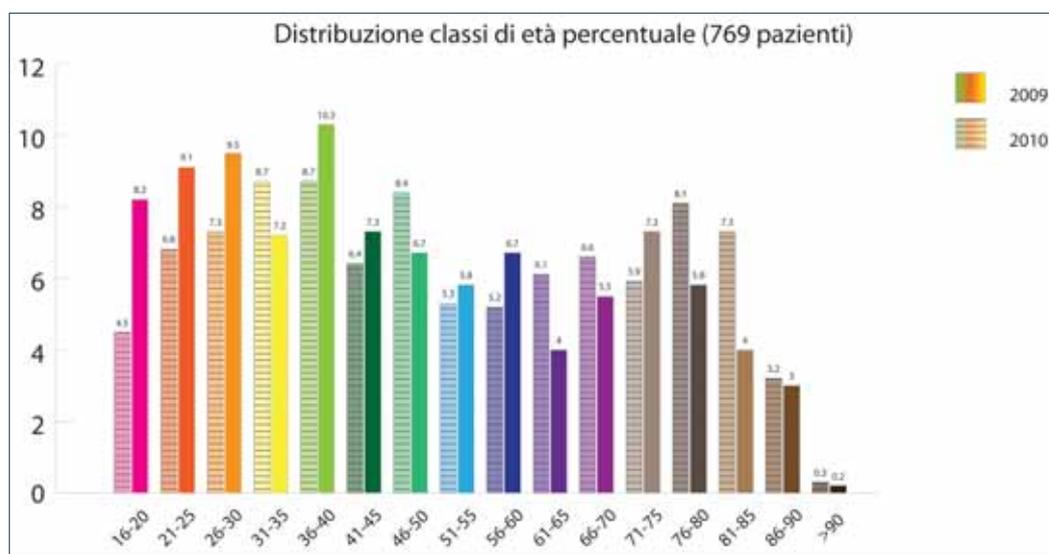


Grafico 1 - Distribuzione traumi gravi per fasce di età.

¹ Dlgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

mezzo di soccorso utilizzato è stata l'unità mobile di soccorso (53%). L'eliambulanza, sia come intervento primario, sia di supporto all'unità mobile di soccorso, è intervenuta nel 20% dei casi (Grafico 5).

L'organizzazione del soccorso nella rete extraospedaliera nel trauma maggiore evidenzia una buona logistica sul territorio, in ottemperanza ai requisiti evidenziati dalla delibera regionale; infatti, il tempo medio di intervento rilevato dei mezzi di soccorso sul luogo dell'incidente è stato di 11 minuti (DS range 2-30 minuti).

La scelta dell'ospedale di destinazione in grado di garantire il più appropriato livello assistenziale condiziona in maniera rilevante l'outcome sia in termini di mortalità che di disabilità; infatti l'ospedale di destinazione è stato un centro HUB (72% nel 2009 e l'84% nel 2010); nel 75% dei casi l'accesso è avvenuto direttamente dal territorio, nei restanti casi per trasferimento secondario

da un ospedale SPOKE (18% nel 2009 e 16% nel 2010).

Sono stati valutati anche la qualità dei percorsi assistenziali tramite una serie di indicatori di processo e di performance (Tabella 2).

Tra gli indicatori intra-ospedalieri, sono stati presi in esame quelli ritenuti maggiormente utili e sensibili nel percorso del trauma maggiore: gli **scores di gravità**, i **tempi** degli interventi diagnostico-terapeutici e gli **indicatori di esito**.

L'Injury Severity Score (ISS) è un punteggio di gravità basato sull'entità anatomica delle lesioni riportate dai pazienti traumatizzati; la valutazione è possibile solo in sede ospedaliera, un ISS >15 si correla come indice di gravità per predire mortalità e morbilità del trauma. Il valore medio rilevato nella nostra casistica è di 28,9 (DS= 13,2) a conferma della gravità del danno anatomico dei pazienti.

I tempi degli interventi diagnostici eseguiti in Pronto Soccorso (ecografia FAST, Radiografia (RX) del torace e tomografia (TC) di qualunque distretto) e degli interventi chirurgici d'emergenza (chirurgia addominale, neurochirurgia degli ematomi intracranici e chirurgia ortopedica delle fratture maggiori) sono riportati in Tabella 3, confrontati con gli standard internazionali.

Sui 769 casi registrati la mortalità ospedaliera è del 25% (84 decessi) (Grafico 6); analizzando la distribuzione temporale dei decessi si evidenzia che il picco maggiore avviene nelle prime 24 ore dall'arrivo in pronto soccorso.

Andando a considerare il follow-up a sei mesi dalla dimissione dalla terapia intensiva, si rileva un dato molto interessante sulla qualità di salute prodotta nell'ambito del trauma grave. Dopo la dimissione ospedaliera, la maggior parte dei pazienti è stata ospitata presso strutture di riabilita-

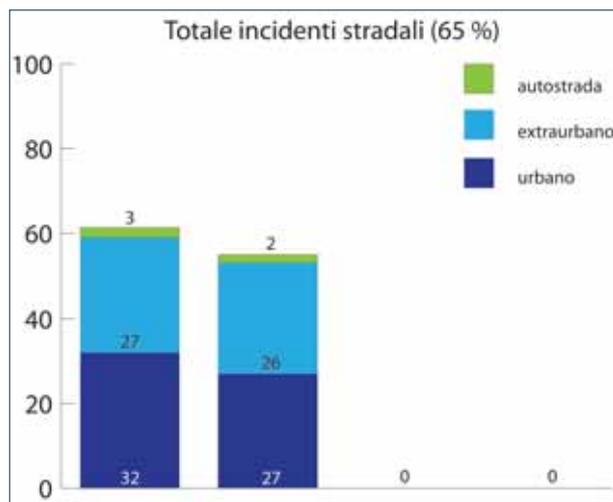


Grafico 2 - Percentuale incidenti stradali

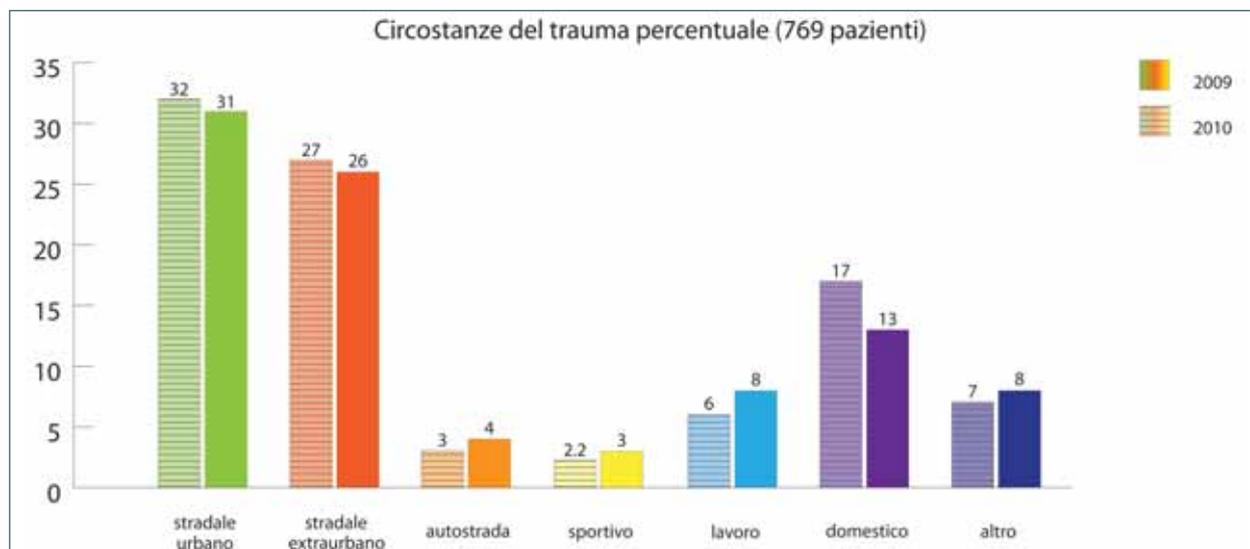


Grafico 3 - Circostanza trauma grave

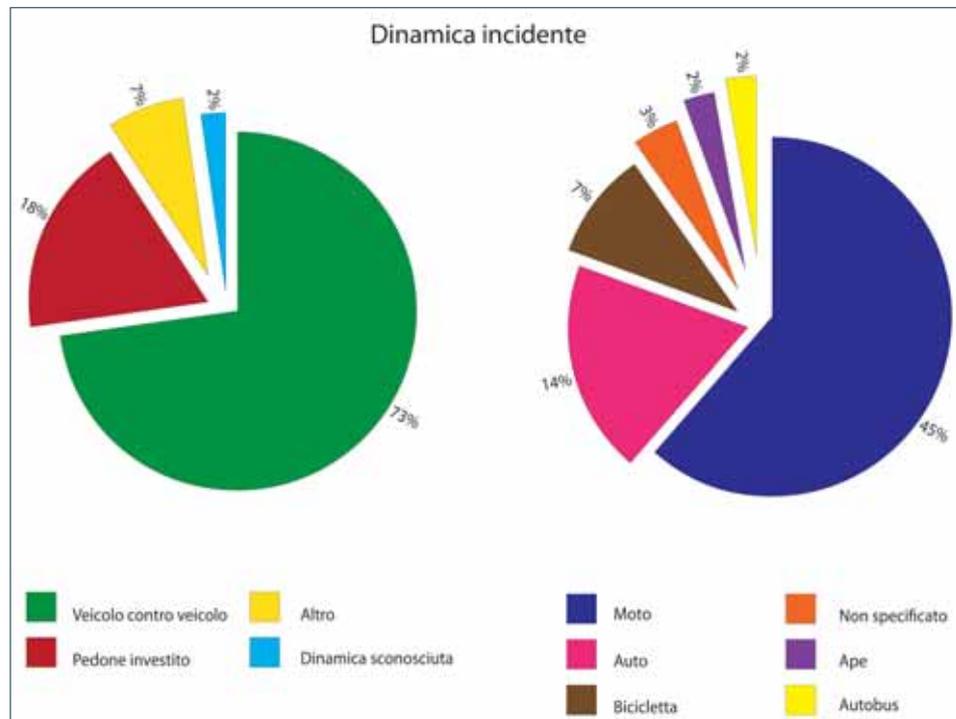


Grafico 4 - Dinamica incidente stradale e mezzi coinvolti.

Tabella 2 - Indicatori processo e performance registro dei traumi toscano

Indicatori pre-ospedalieri	Indicatori intra-ospedalieri
% Procedure Via Aerea % Intubazione Glasgow Coma Scale - classi di Intervallo di riferimento	% Allertamento % Procedure Via Aerea % Intubazione Glasgow Coma Scale Trasferimenti da PS Spoke a PS Hub Time RX Torace Time Eco Fast Time TAC Time in pronto soccorso senza interventi % centralizzazione secondaria Tempo attesa intervento addominale Tempo attesa intervento neurochirurgico per ematoma sub/extra durale Interventi chirurgici nelle 24 h Tasso di mortalità Scores di gravità (ISS, TRISS, RTS) Complicanze Follow up

Tabella 3 - Tempi medi rilevati per la diagnostica strumentale in pronto soccorso e il trattamento chirurgico d'urgenza

Indicatore	Tempi Medi Rilevati (DS)	% Osservazioni entro lo standard
Eco FAST	23' (20')	68,9%
Rx torace	24' (18')	38,5%
Tac	65' (52')	43,3%
Intervento chirurgico addominale	65' (65')	34,2%
Intervento neurochirurgico	147' (105')	81,5%
Intervento ortopedico	186' (66')	84,1%

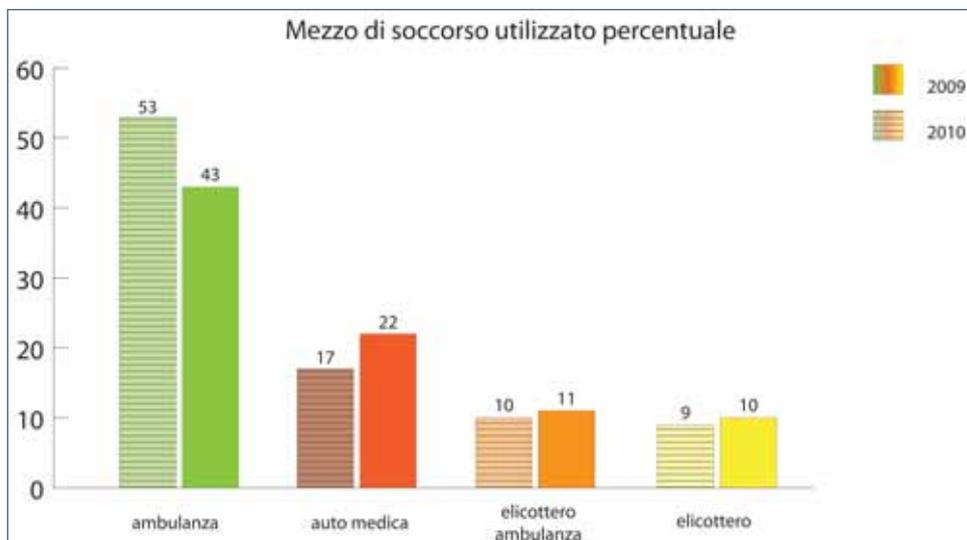


Grafico 5 - Mezzi di soccorso intervenuti sulla scena

zione (39,5%) o al proprio domicilio (34,6%).

Dall'analisi del Glasgow Outcome Score risulta che il 73% dei pazienti ha dichiarato un buon recupero o una disabilità modesta; il 20% permane con una disabilità severa o in stato vegetativo e il 7,1% risulta deceduto (Grafico 7).

Prospettive future e trasferibilità del progetto

Sono in fase di definizione i requisiti funzionali per lo sviluppo dell'applicativo web-based da installare sulla rete informatica regionale, in modo da coinvolgere direttamente nella raccolta dei dati il sistema 118 e i Pronto Soccorso ospedalieri, oltre alle terapie intensive.

Un importante obiettivo di medio termine per promuovere l'adozione continua di questo strumento è rappresentato dall'attestazione del suo

utilizzo come buona pratica regionale, poiché l'adozione di tale sistema crea le condizioni per un ritorno informativo puntuale di primaria importanza sia per le strutture sanitarie stesse – che potranno avvalersi di uno strumento prezioso di autoverifica e di monitoraggio del proprio operato – sia per la Regione Toscana che avrà così la possibilità di valutare strategie complessive di tutela della qualità e della sicurezza di un percorso clinico estremamente delicato.

Già i primi anni di analisi ci consentono di avere una prima valutazione della fenomenologia del trauma maggiore attraverso l'analisi degli indicatori di processo e di esito. Quindi la futura adozione di un registro regionale online consentirà di accedere a una conoscenza più dettagliata del fenomeno, che potrà essere messo a disposizione delle istituzioni – ad esempio al fine di predispor-

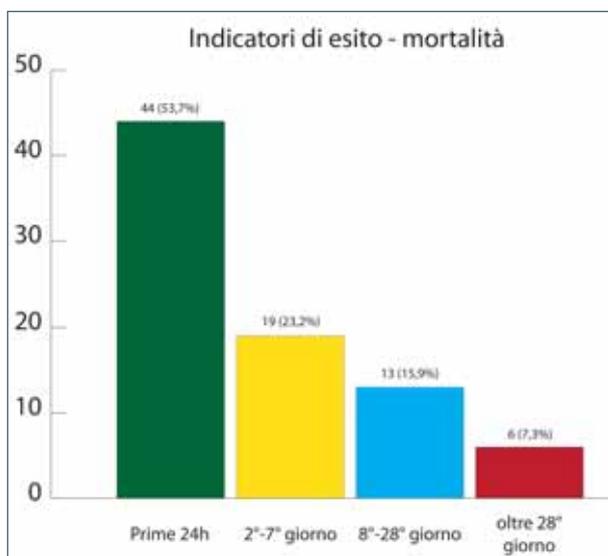


Grafico 6 - Mortalità ospedaliera

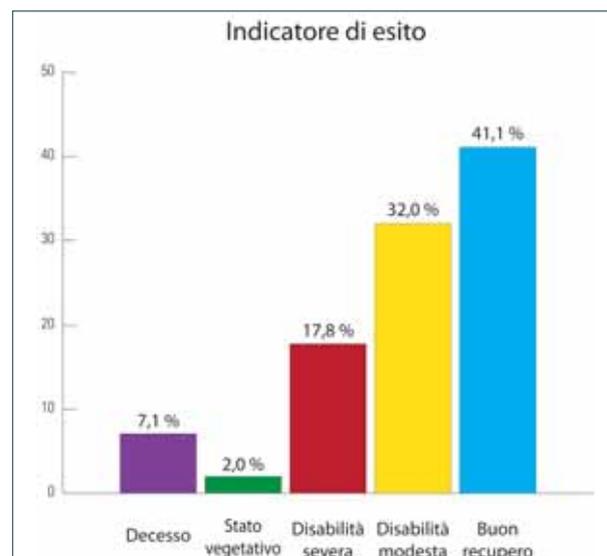


Grafico 7 - Indicatori di esito - follow up

re campagne informative ed iniziative mirate alla prevenzione di eventi specifici – e del cittadino stesso, per una sua maggiore consapevolezza.

E inoltre risulterà più semplice valutare le performance e poter delineare dei “percorsi virtuosi” per ciascun centro Hub e Spoke.

Conclusioni

Il progetto del **Registro Regionale Toscano dei Traumi Gravi** rappresenta ancora una sfida e il percorso sinora realizzato costituisce solo il punto di partenza per la realizzazione di un intervento di pianificazione sanitaria di lungo periodo con obiettivi e ambizioni elevatissime. Come gruppo di lavoro siamo però fortemente convinti che lo sviluppo di questo progetto, con il contributo di tutti i soggetti coinvolti, potrà portare ad avere uno strumento stabile e condiviso di gestione e di

governo clinico in un ambito sanitario articolato e complesso quale la gestione del paziente grave traumatizzato.

Lo strumento presentato nell'articolo ci consente una valutazione a livello regionale di eventi critici, in questo caso il trauma maggiore, documentata in maniera opportuna. Il coinvolgimento diretto nell'immediato futuro delle centrali operative 118 e dei DEU in questo progetto consentirà un completamento sulla modernizzazione iniziata dal gruppo fondatore per coprire tutto il percorso assistenziale nel trauma grave.

Sembra opportuno sottolineare che questo strumento possa sdoganare dal gruppo delle Neglected Diseases il trauma grave e consentire così aspettative migliori per la riduzione della mortalità e il contenimento delle invalidità.

Glossario

Golden hour: intervallo di tempo che definisce la precocità degli interventi di soccorso con lo scopo di migliorare l'esito dei pazienti traumatizzati (in termini sia di mortalità che di morbilità).

Trauma chiuso: trauma con lesioni che non comportano esposizione di organi interni.

Trauma penetrante: trauma con lesioni che comportano esposizione di organi interni.

Revised Trauma Score (RTS): sistema a punteggio basato sui parametri fisiologici del paziente (indicatore di gravità).

Injury Severity Score (ISS): sistema a punteggio basato sull'entità del danno anatomico subito dal paziente (indicatore di gravità).

Glasgow Coma Scale (GCS): scala del coma (indicatore di gravità del trauma cranico).

Glasgow Outcome Score (GOS): scala di valutazione della disabilità dopo un evento acuto (indicatore di outcome).

Ospedale HUB: ospedale multispecialistico centro di riferimento per i traumi gravi in ambito di Area Vasta (rif: delibera RT n. 446/2010).

Ospedale SPOKE: ospedale centro di riferimento per i traumi in ambito di ASL (rif: delibera RT n. 446/2010).

Ecografia FAST: esame ecografico eseguito in Pronto Soccorso sul paziente traumatizzato, con metodica rapida e finalizzato a riconoscere lesioni rapidamente evolutive (FAST= Focused Assessment Sonography of Trauma).

Bibliografia e risorse on-line

The EuroTARN Writing Committee on behalf of the EuroTARN Group, “A comparison of European Trauma Registries. The first report from the EuroTARN Group”, in *Resuscitation* 2007, 75: 286-297.

O, Cimbanassi S, Zoia R, Solito L, Vesconi S, Pugliese R, Gruppo di Studio Trauma Maggiore Ospedale Niguarda. Trauma registry at the Niguarda Ca' Granda Hospital of Milano: epidemiology and quality assessment. *Ann Ital Chir* 2004; 75:515-22.

Ringdall KG e coll. The Utstein template for uniform reporting of data following major trauma. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2008, 16:7.

Di Bartolomeo S., Gordini G., Michelutto V., Nardi G., Sanson G., Ciminello M., Giugni A., Cingolani E., Cancellieri F., “Un registro multiregionale italiano dei traumi gravi: ragioni, metodologia e risultati iniziali”, in: *Acta* 2005.

Greiner W., Weijnen T., Nieuwenhuizen M., Oppe S., Badia X., Busschbach J., Buxton M., Dolan

P., Kind P., Krabbe P., Ohinmaa A., Parkin D., Roset M., Sintonen H., Tsuchiya A., de Charro F., “A single European currency for EQ-5D health states. Results from a six-country study”, in: *Eur J Health Econ*. 2003 Sep; 4(3):222-31.

Demetrios Demetriades, MD, PhD (FACS), Matthew Martin, MD, Ali Salim, MD, Peter Rhee, MD (FACS), Carlos Brown, MD, Jay Doucet, MD (FACS), Linda Chan, PhD, “Relationship Between American College of Surgeons Trauma Center Designation and Mortality in Patients with Severe Trauma (InjurySeverityScore > 15)”, in: *Journal of the American College of Surgeons* Volume 202, Issue 2, February 2006, Pages 212-215.

The Trauma Audit & Research Network (TARN). <http://www.TARN.ac.uk> - <http://www.trauma.org>.

Dlgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali - DELIBERA R.T. 446/2010 Osservatorio permanente sul sistema di emergenza-urgenza - Approvazione linee di indirizzo alle Aziende sanitarie.

La valutazione della sanità penitenziaria

Che cosa significa valutare la sanità penitenziaria? Che finalità deve avere la misurazione della performance quando si parla di tutela della salute dei detenuti, salute che è da garantire in un contesto attraversato da problemi poco frequenti nelle strutture sanitarie ordinarie, come il sovraffollamento e l'inadeguatezza di molti locali dedicati ad attività di diagnosi e cura?

Con la DGR n°441 del 2011 la Regione Toscana ha affidato al Laboratorio Management e Sanità il compito di estendere il sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, ormai attivo dal 2006, alla realtà della sanità penitenziaria, coerentemente con il DPCM del 1/04/2008 che trasferisce al Ministero della Salute le competenze in materia di tutela della salute dei detenuti, fino a quel momento affidate al Ministero della Giustizia.

In un prossimo futuro dunque le Aziende Sanitarie Toscane (tutte tranne l'ASL 12 di Viareggio, l'unica a non avere un penitenziario sul proprio territorio) si confronteranno con nuovi indicatori sul Bersaglio, relativi alla capacità di rispondere con appropriatezza ed efficacia ai bisogni di salute dei detenuti. L'obiettivo principale è verificare se ci sono, e da cosa dipendono, differenze nel godimento del diritto alla salute tra le persone detenute e i cittadini liberi, in linea con quanto stabilito dalla L.R. n° 64/2005: legge con cui la Toscana ha affermato la parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, fra persone libere e persone detenute ed internate. Il sistema di valutazione consentirà quindi non solo il confronto tra le varie ASL, come è ormai nella tradizione del Bersaglio, ma anche tra liberi e detenuti, per evidenziare l'eventuale maggiore rischio a carico di questi ultimi e individuare gli strumenti di management necessari per il superamento di condizioni di disuguaglianza.

L'estensione del sistema di valutazione al mondo della sanità penitenziaria è un processo par-

ticolarmente sfidante, non solo per le difficoltà strutturali già ricordate, che incidono in modo pesante sulle condizioni di salute di chi vive in carcere, ma proprio per il coesistere, all'interno degli istituti di pena, di due distinte amministrazioni, esercitanti sui detenuti azioni diverse (la sorveglianza e la presa in carico sanitaria) che inevitabilmente finiscono

per influenzarsi vicendevolmente. Un problema significativo è poi rappresentato dalla mancanza di flussi informatizzati sulle prestazioni sanitarie erogate in carcere, che vengono perlopiù registrate su supporti cartacei, rendendo particolarmente ardua la raccolta di informazioni.

Quali i passi compiuti finora? Con la collaborazione del settore Residenzialità, Cure Intermedie e Protezione Sociale della Regione Toscana e di alcune Aziende Sanitarie, è iniziata un'attività di ricognizione che ha coinvolto le 11 ASL interessate. A tutti i referenti aziendali è stato chiesto di fornire una serie di dati relativi a come vengono erogate le prestazioni sanitarie ai detenuti e di indicare dove e in che forma esse vengono registrate. Dalla medicina di base alla specialistica, dalla salute mentale alle dipendenze, dall'emergenza alla farmaceutica, dai ricoveri al rischio clinico, i dati raccolti consentiranno di avere un quadro dettagliato per ogni Azienda, e di cominciare a costruire ipotesi di indicatori in grado di misurare la specificità della tutela della salute dei detenuti. Quanto tempo passa tra una visita medica e la successiva, se il detenuto non ne fa richiesta? Quanti i suicidi o gli atti di autolesionismo? Quali le difficoltà nel garantire le visite specialistiche o gli interventi di emergenza?

In attesa dei primi risultati della mappatura, possiamo comunque affermare che l'obiettivo dichiarato di tale iniziativa è che l'applicazione del sistema di valutazione alla sanità penitenziaria possa sortire gli stessi effetti avuti in altri ambiti: spingere al confronto e al miglioramento delle performance nell'interesse degli utenti dei servizi.

GIULIA CAPITANI

Laboratorio MeS

Il bambino con diabete a scuola

L'esperienza toscana: la collaborazione possibile



Sonia Toni, Resp. del Centro Reg.le di riferimento per la Diabetologia Pediatrica operante c/o il Dip. di Pediatria Internistica dell'AOU Meyer (Direttore prof Maurizio De Martino). Resp. regionale della Rete Regionale Pediatria Specialistica settore Diabetologia.

Il diabete di tipo 1 è la patologia cronica più frequente in età evolutiva. In Toscana l'incidenza in età pediatrica è stimata intorno a 11.1 per 100.000, con una prevalenza stimata di circa 600-700 pazienti. I soggetti con diabete in età scolare, estrapolati dal registro regionale risultano così distribuiti (Tabella 1).

L'incremento costante di incidenza e prevalenza del diabete giovanile, 3.6% su base annua, con progressiva riduzione dell'età alla diagnosi, pone problemi di assistenza del tutto peculiari, per quanto riguarda lo stato di salute attuale e l'aspettativa di salute, lo sviluppo della persona, la crescita psicofisica del bambino di oggi e dell'uomo di domani.

L'approccio alla corretta gestione del diabete oltre all'impegno per la terapia insulinica che necessariamente deve essere intensificata, comporta regole e cambiamenti nella vita quotidiana del bambino e della sua famiglia e coinvolge tutti coloro che con il bambino entrano in relazione: il mondo della scuola, delle amicizie, dello sport, del tempo libero. Le persone che ruotano intorno al bambino non possono rimanere indifferenti ai suoi bisogni, anche perché la risposta ad un bisogno del bambino con diabete può significare la sua sicurezza nell'immediato e la prevenzione delle complicanze per il futuro.

Stimando una prevalenza di 1 soggetto con diabete ogni 1000 studenti, ne deriva che statisticamente un insegnante può avere tra i suoi alunni un bambino con diabete ogni 15-20 anni e non necessariamente è preparato a rispondere ai bisogni particolari del bambino.

La prevenzione delle complicanze acute e croniche del diabete passa attraverso un adeguato controllo metabolico che richiede una gestione attenta, consapevole, continua e integrata delle variabili che influenzano l'andamento glicemico. L'attenzione alla gestione del diabete non ci consente "ab-

bassamenti del nostro livello di guardia". L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico è da tempo all'attenzione delle

Istituzioni (Comuni, Province, Amministrazioni Scolastiche, AUSL), delle Società Scientifiche e delle Associazioni delle famiglie che ne seguono da tempo l'evoluzione con periodiche indagini. Le Raccomandazioni del

25 novembre 2005 tra Ministero dell'Istruzione e della Salute, note come "raccomandazioni Moratti-Storace", rappresentano un primo indirizzo per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico. Questo primo, importante passo, non ha però portato ai risultati attesi o comunque non ha determinato un comportamento omogeneo nelle varie realtà ed è stata fortemente sentita l'esigenza di rendere più applicative queste raccomandazioni.

La Regione Toscana, ha istituito un tavolo di lavoro che ha visto coinvolti Scuola (Ufficio Regionale Scolastico, Personale Docente), Regione (Diritto alla Salute, Consiglio dei Sanitari, Commissione Regionale Diabetologica), Servizio Sanitario (Centro Regionale di riferimento Diabetologia Pediatrica, Pediatria di famiglia) e Associazioni dei genitori e dei pazienti. Il gruppo di lavoro ha prodotto un primo documento applicativo delle raccomandazioni del 25 novembre 2005, stilando "il percorso sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino con diabete in ambito scolastico e il protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola" cui, dopo una fase di sperimentazione, ha fatto seguito la definizione della delibera n. 112 del 20/2/2012.

Parte integrante del protocollo è rappresentato dal Piano Integrato di Trattamento Diabetologico (PITD).

SONIA TONI*, MONICA GUASTI*,
LORENZO LENZI*, FEDERICA BARNI*,
BARBARA PICCINI*, ROBERTO COCCI**

* Dirigente Medico, Centro Regionale Diabetologia Pediatrica, Dipartimento Pediatria Internistica, AOU Meyer, Firenze

** Presidente Federazione Toscana Diabete

Tabella 1

fascia di età	0-4 anni	5-9 anni	10-14 anni	15-19 anni
N° soggetti	35	131	270	331

Il bambino con diabete a scuola: perché dobbiamo occuparcene

1) Età media all'esordio in progressiva diminuzione. Problematiche del tutto peculiari legate al fatto che il bambino piccolo è completamente dipendente dagli adulti di riferimento per tutte le necessità che comporta il diabete.

2) Genitori spesso in difficoltà per la gestione scolastica del diabete. La famiglia di oggi vede entrambi i genitori impegnati in attività lavorative che non sempre si conciliano con le necessità della gestione del diabete del figlio.

3) Le eventuali difficoltà organizzative o di gestione possono influenzare l'inserimento del bambino a scuola, e questo può condizionare il rendimento scolastico del bambino e probabilmente anche il suo futuro inserimento sociale e lavorativo.

4) Il controllo metabolico può essere compromesso da strategie messe in atto per "evitare problemi e disagio" al bambino e agli insegnanti. Questo può compromettere il controllo metabolico e l'aspettativa di salute futura (es.: tendenza a mantenere le glicemie alte per evitare ipoglicemie).

5) Trovare una scuola 'accogliente' e 'attenta' anziché impaurita o distratta rappresenta la premessa per un buon vissuto del diabete.

6) Il diabete deve essere tenuto sotto controllo 7 giorni su 7 e un bambino trascorre in media 1000-1200 ore all'anno all'interno della scuola.

All'interno del Protocollo sono indicate le singole azioni che i vari attori sono chiamati a compiere, in particolare:

1. **Servizio di diabetologia pediatrica** deve:
 - a. Segnalare il caso all'USR con i dati anagrafici, previa acquisizione dai genitori del consenso.
 - b. Compilare con la famiglia il Piano Individuale di Trattamento Diabetologico (PITD) che è parte integrante del protocollo.
 - c. Garantire eventuali interventi mirati in singole scuole.
 - d. Istituire lo "sportello scuola".
 - e. Effettuare corsi di formazione alle scuole e al Servizio Infermieristico Territoriale.
 - f. Sottoscrivere il consenso per la segnalazione all'Ufficio Scolastico Regionale (USR).
 - g. Compilare la richiesta di somministrazione di farmaci a scuola.
 - h. Sottoscrivere il PITD, condividerlo con il pediatra di famiglia.
 - i. Consegnare alla Scuola il PITD.
 - j. Consegnare alla Scuola il materiale previsto per il controllo (glucometro e relative strisce), per la terapia (insulina e materiale per la sua somministrazione), per la gestione delle emergenze (zucchero, Glucagone).
2. **Famiglia** deve:
 - a. Sottoscrivere il consenso per la segnalazione all'USR.

- b. Compilare la richiesta di somministrazione di farmaci a scuola.
- c. Sottoscrivere il PITD, condividerlo con il PDF, che se del caso attiva il Servizio Infermieristico Territoriale.
- d. Consegnare alla Scuola il PITD.
- e. Consegnare alla Scuola il materiale previsto per il controllo (glucometro e relative strisce), per la terapia (insulina e materiale per la sua somministrazione), per la gestione delle emergenze (zucchero, Glucagone).
3. **Ufficio Scolastico Regionale (USR)** deve:
 - a. Raccogliere segnalazioni di casi di diabete.
 - b. Tenere anagrafe diabetologica.
 - c. Coordinare i corsi di formazione.
4. **Singole Scuole** devono:
 - a. Prendere visione del PITD.
 - b. Garantire una formazione specifica agli operatori.
 - c. Rispondere ai bisogni del bambino.
 - d. Creare un "percorso interno".
 - e. Individuare luoghi e persone.
5. **Pediatra di Famiglia** deve:

Condivide il PITD

 - a. Attivare il Servizio Infermieristico Territoriale (se necessario).
 - b. Effettuare incontri con le scuole per problemi di singoli bambini.
 - c. Collaborare con il Servizio di Diabetologia nella realizzazione dei corsi di formazione.
6. **Distretto Socio-Sanitario** di competenza deve:
 - a. Ricevere le richieste di attivazione del Servizio Infermieristico distrettuale.
 - b. Promuovere e coordinare gli incontri fra le parti interessate.
 - c. Organizzare la formazione specifica del proprio personale infermieristico.
7. **Servizio Infermieristico** deve:
 - a. Effettuare la prestazione, attenendosi al piano individuale di trattamento diabetologico.
8. **Associazioni Dei Pazienti** devono:
 - a. Collaborare con il Servizio di Diabetologia nella realizzazione dei corsi di formazione.
 - b. Assicurare supporto alle famiglie.
 - c. Dare disponibilità ad un eventuale intervento diretto nella scuola.

Contestualmente alla delibera gli operatori della Rete Regionale Diabetologia Pediatrica hanno preparato e condiviso un corso teorico pratico sulla gestione del bambino con diabete a scuola, in modo tale da dare un messaggio univoco e uniforme il comportamento sul territorio regionale.

Questa delibera è un punto di riferimento per l'inserimento scolastico dei bambini con diabete affinché, attraverso una comune conoscenza e consapevolezza degli eventuali problemi legati alla patologia, vengano garantite un'accoglienza ed una permanenza in ambito scolastico in condizioni di sicurezza e di piena integrazione sociale.

La scuola rappresenta il mondo degli adulti e dei coetanei, il momento del confronto e della crescita personale, culturale e sociale. Se la scuola

Il Piano Integrato di trattamento diabetologico contiene:

1. I contatti con le persone di riferimento (genitori, servizio di diabetologia pediatrica, pediatra di famiglia).
2. Quanto c'è da sapere sull'ipoglicemia e sull'iperglicemia (sintomi, correzione).
3. La dose di insulina prevista (per il pasto, per la correzione dell'iperglicemia).
4. Quanto c'è da sapere sulla glicemia (tempi di esecuzione, obiettivi glicemici personalizzati).
5. Quanto c'è da sapere sull'alimentazione.
6. Il materiale che la famiglia consegna alla scuola.

rispetta le esigenze specifiche del bambino con diabete, non mostra ansia e non mette in atto discriminazioni, allora tutto andrà per il meglio. Se questo non accade, non solo avremo un diabete meno equilibrato ma metteremo in pericolo un intero percorso di adattamento al diabete e alla

vita. La vicinanza di persone informate e soprattutto formate che lo facciano sentire al sicuro contribuisce a fare del diabete una condizione di vita e non una malattia.

Si ringraziano la dr.ssa Anna Pasquini, il dr. Renzo Liccioli, la dr.ssa Maria Parrilli e il sig. Antonio Benigni per il piacere di aver lavorato insieme a questo progetto, il dr. Mario Barresi per il supporto che ci ha fornito nell'ambito della Commissione Diabetologica, la Rete Regionale Pediatria Specialistica Settore Diabetologia e tutto il Personale Docente e Non Docente della Scuola per l'impegno nel mettere in pratica le raccomandazioni che altrimenti rimarrebbero solo uno sterile documento.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: s.toni@meyer.it

TM



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

Venerdì 12 ottobre 2012

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

- 08:30** Saluto delle autorità - **Antonio Panti, Valtere Giovannini**
- 08:45** Introduzione al convegno - **Luigi Marroni**
- 09:00** La crisi di identità del medico, tra senso di onnipotenza e limiti della medicina - **Sandro Spinsanti**
- 09:30** Sognavo di fare il medico - **Roberto Satolli**
- 10:00** Il benessere del medico come obiettivo del servizio - **Laura Belloni**
- 10:20** Un medico *not at ease* in una sanità in *disease* - **Gemma Brandi**
- 10:40** Discussione
- 12:00** Tavola rotonda Chairman - **Giancarlo Berni**

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

Discussants:

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

- 13:00** Conclusioni: un patto con la società - **Amedeo Bianco**
- 13:30** Fine lavori

Al termine dei lavori verrà offerto un light-lunch

Si prega di dare cortese conferma di partecipazione entro il 5 ottobre a:
relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it
specificando come oggetto: iscrizione convegno 12 ottobre



Enrico Grassi, laureato a FI. Spec. in Neurologia Dottore di Ricerca in Neuroscienze con tesi dal titolo: "Il cervello destro di Ravel". Dal 2000 è Dirigente Medico di I° livello presso la U.O. di Neurologia dell'Osp. di Prato dove è responsabile del Centro dei Disturbi del Movimento e dell'Ambulatorio per le Cefalee. Libero docente in Neurologia c/o la Scuola di Spec. in Neurologia dell'Univ. degli Studi di Firenze.

La Neuroestetica: il cervello visivo tra percezione ed arte

Il termine **AESTHETICA**, dal greco *aisthesis* (sensazione) venne coniato da Baumgarten nel 1735, scrivendo che "l'estetica è la scienza della conoscenza sensibile".

Al contrario il termine **NEUROESTETICA** usato per la prima volta una quindicina d'anni fa dal neurofisiologo della visione londinese **Semir Zeki** muove da tre premesse generali:

1) Le arti visive devono obbedire alle leggi del cervello visivo, sia nella fruizione sia nella creazione.

2) Le arti visive sono un'estensione del cervello visivo che ha la funzione di acquisire nuove conoscenze.

3) Gli artisti sono in un certo senso dei neurologi che studiano le capacità del cervello visivo con tecniche peculiari.

L'arte è quindi un'estensione della funzione del cervello. E l'artista è come un **neuroscienziato** che esplora le potenzialità e le capacità del cervello, con tecniche del tutto personali, coadiuvandolo nella comprensione del mondo.

Tuttavia ancor prima delle tesi di Zeki la neuroestetica trova il proprio significato in una valenza **ontologica**.

Ogni giorno apriamo gli occhi e creiamo il mondo; qualcosa là fuori, quelli che per convenzione vengono chiamati come **oggetti**, eccita i nostri organi di senso, e tale **percepto**, viene elaborato dal nostro cervello, per vie in gran parte sconosciute, a configurare il dato fenomenico, la nostra realtà. Senza il nostro cervello visivo il colore non esisterebbe, così come non esisterebbe il suono senza i nostri organi di senso acustici.

Noi creiamo quotidianamente il mondo esterno come il pittore crea la sua opera d'arte sulla tela o lo scrittore sulla pagina bianca.

La percezione finale non sono i dati grezzi che arrivano ai miei sensi dal mondo esterno, ma è

un'immagine che combina tutti questi segnali grezzi con la mia **memoria millenaria del mondo**.

La mia percezione diventa una **predizione** di ciò che dovrebbe esserci **là fuori**, e tale predizione viene costantemente controllata dall'azione.

Per questo la neuroestetica, ovvero lo studio delle basi neurobiologiche della creazione e della fruizione dell'opera d'arte rappresenta un modello sperimentale ideale per studiare tale fenomeno di smontaggio, elaborazione e riconfigurazione dei dati fenomenici che si chiama realtà.

Il sensore visivo è molto importante per la sopravvivenza perché dà un'informazione rapida, molto più istantanea rispetto al messaggio verbale.

Il cervello umano ha nella via sensoriale visiva una via privilegiata e più del 50% dei neuroni della corteccia all'informazione proveniente degli occhi.

cerebrale rispondono

Già nel Cambriano, più di 500 milioni di anni fa, si trovano nei trilobiti esempi di occhi molto sviluppati. Il linguaggio nasce molto dopo il sensore visivo, solo 30.000-40.000 anni fa, e solo recentemente, solo 5000 anni fa, è nata la scrittura che non è un prodotto della natura dipendente da strutture innate come il linguaggio, ma bensì un prodotto culturale del cervello dell'uomo attraverso meccanismi di plasticità neurale che permettono l'apprendimento.

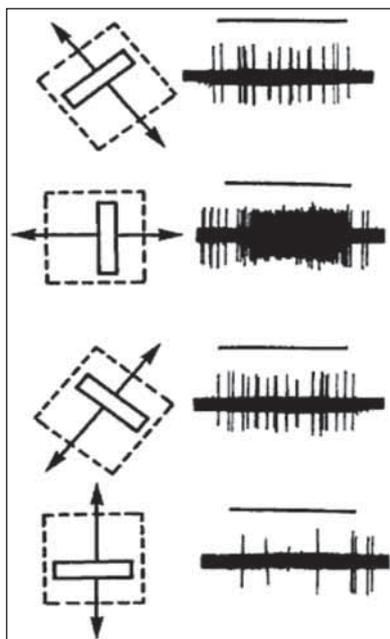
A dispetto di grandi diversità tra le varie specie (e le varie culture) ci sono probabilmente solo pochi modi per costruire sistemi percettivi efficienti, perché probabilmente le regole di funzionamento generali del cervello si assomigliano.

LA NEUROFISIOLOGIA DELLA LINEA

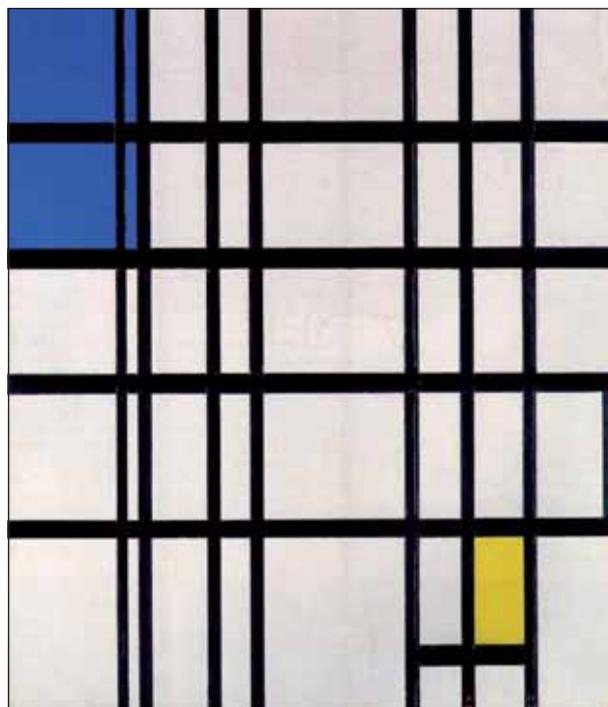
Gli artisti di tutte le epoche si sono chiesti se esistano degli universali delle forme, ossia degli elementi che costituiscono la parte essenziale di tutte le forme alla ricerca delle caratteristiche invariabili dell'oggetto.

ENRICO GRASSI, PASQUALE PALUMBO

U.O. Neurologia - Ospedale di Prato



This cell responds best to lines of a specific orientation and responds less to other orientations.



Mondrian *Rhythm of Black Lines* (c. 1935/42) Kunstsammlung Nordrhein-Westfalen, Dusseldorf.

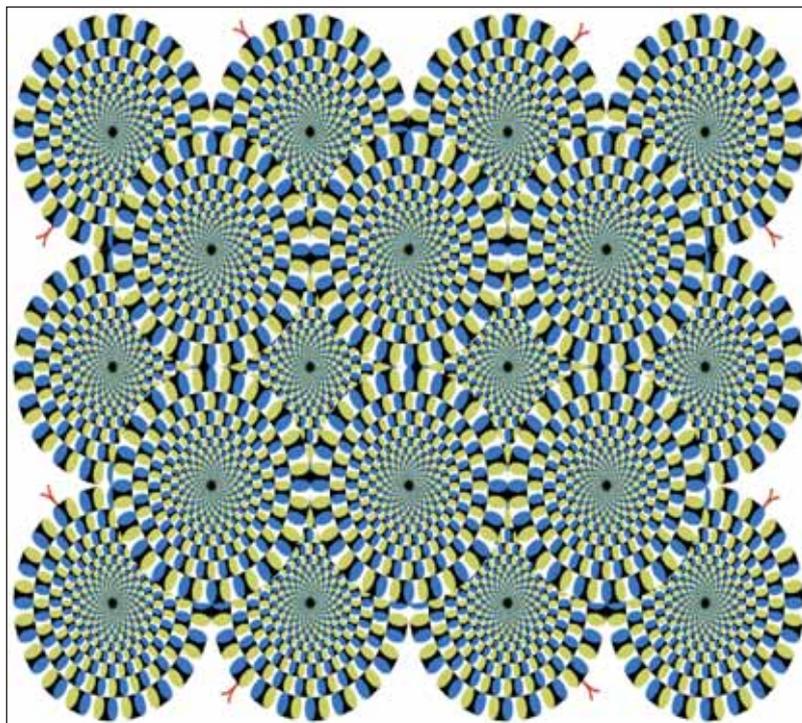
Proprio questa ricerca ha portato all'emergere delle linee come forma predominante in molte opere d'arte moderna.

Questa attenzione particolare alle linee non deriva da conoscenze geometriche profonde o da concettualizzazioni intellettuali degli artisti, ma semplicemente dagli esperimenti fatti da questi per ridurre l'insieme delle forme all'essenziale o, posto in termini neurologici, per cercare e trovare che cosa può essere **l'essenza di una forma così come è rappresentata nel cervello**.

La linea ha un ruolo dominante nell'arte da molto tempo prima della scoperta da parte di

Hubel e Wiesel (premi nobel 1981) della **Selettività dell'orientazione** nel 1959.

Infatti recenti scoperte della neurofisiologia hanno mostrato che nella corteccia visiva predominano cellule che reagiscono selettivamente alle linee con un'orientazione specifica (**cellule selettive all'orientazione**). Le cellule con preferenze comuni tendono a raggrupparsi insieme e a separarsi da quelle con altre preferenze.



Akiyoshi Kitaoka, *Rotating Snakes* (2003).



Marcel Duchamp, *Nudo che scende le scale, N.2* (1912) Philadelphia Museum of Art.

Senza un base neurobiologica come questa è difficile pensare all'esistenza dell'arte di Mondrian e a tanta arte contemporanea dove una com-

posizione a "griglia" è fondamentale.

Tali sistemi neurobiologici innati condizionano inevitabilmente il nostro mondo visivo e la nostra produzione artistica: ad esempio se noi non avessimo una visione tricromatica ma anche recettori per la luce U.V., come hanno taluni pipistrelli, forse avremmo sviluppato una U.V. art.

Un altro esempio di come l'arte possa essere modellata sulla fisiologia dell'area cerebrale visiva si può trovare nella relazione tra **ARTE CINETICA** (un'arte in cui il movimento reale è una componente dell'opera) e la fisiologia dell'**area V5**, specializzata per il movimento visivo.

Alcune cellule di V5 reagiscono al movimento multidirezionale, ma un maggior numero è selettivo per una direzione orientata, cioè risponde al movimento in un verso ma non a quello nel verso opposto o a nessun movimento.

Tutte sono indifferenti al colore dello stimolo e molte sono indifferenti anche alla forma.

Nello sforzo di privilegiare il movimento, l'opera degli artisti cinetici si sviluppò nella stessa direzione: accentuando il movimento e depotenziando la forma ed il colore, adattando (senza saperlo) le loro creazioni cinetiche alla fisiologia dell'area V5.

Sulla base di queste strutture innate neurologiche gran parte dell'arte moderna e contemporanea può essere letta come uno "**sforzo di trovare un nuovo metodo per osservare in profondità la struttura organica delle cose**" (Franz Marc) alla ricerca delle qualità primarie e invarianti dell'**OGGETTO** stesso, nella sua pesantezza, nella sua luminosità, nella sua forma e spessore senza decomporlo nell'impressione cromatica e luminosa. **TM**

CONVEGNI E CONGRESSI / CORSI E SEMINARI

CORSO DI GENETICA MEDICA DI BASE IN DIAGNOSI PRENATALE

Il corso, dedicato al personale medico e ostetrico impegnato nei percorsi assistenziali della diagnosi prenatale, si terrà dall'**8 novembre** al **10 novembre 2012**, per un totale di 20 ore e si prefigge lo scopo di migliorare ed incrementare la conoscenza delle basi della genetica medica al fine di permettere una partecipazione diretta di tutti gli operatori alle problematiche relative. Numero max di 40 partecipanti. Direttore del corso Elisabetta Pelo - Dirig. Medico S.O.D. Diagnostica Genetica, AOU Careggi (FI). Presidente del corso Enrico Periti. Docenti: Elisabetta Pelo, Enrico Periti, Lucia Rosignoli. Seg. Org.va: Elena Gufoni - SS Formazione - Tel. 055 6938418 - mail: elena.gufoni@asf.toscana.it. Sede: Presidio Ospedaliero Piero Palagi, Viale Michelangelo 41, Firenze - Auletta Diagnosi Prenatale, piano 2°. L'iniziativa è inserita nel percorso regionale per l'attivazione dei crediti ECM.

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA

Corso interattivo di ecografia epatologica
Castello di Gargonza **1-3 ottobre 2012**

Il Corso mette a fuoco il ruolo dell'ecografia in ambito epatologico basandosi su una didattica interattiva. I principali argomenti sono rappresentati da: tipizzazione delle lesioni focali epatiche mediante ecografia con contrasto (CEUS), studio eco-color-Doppler dell'ipertensione portale, trattamenti ecoguidati sia delle neoplasie che di ascessi e cisti del fegato. Ampio spazio viene dedicato anche alla diagnosi non invasiva della fibrosi epatica grazie anche all'innovazione tecnologica rappresentata dall'elastosonografia. La biopsia epatica viene rivisitata per quanto riguarda la tecnica ed il suo ruolo attuale e si affrontano anche argomenti clinici quali il trattamento personalizzato delle epatiti virali croniche. Direttori del Corso: M. Caremani (UOC Malattie Infettive) e F. Magnolfi (UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva) Azienda USL 8 - Arezzo. Sede e data del Corso: Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) 1-3 ottobre 2012. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria organizzativa: Ultrasound Congress - Tel 0575.380513 - 348.7000999 - Fax 0575.981752 - E-mail: info@ultrasoundcongress.com - Http://www.ultrasoundcongress.com

Le malattie infiammatorie croniche intestinali in età pediatrica

Un problema emergente



Paolo Lionetti, Professore Associato, Presidente del Corso di Laurea in Dietistica, Università di Firenze. Responsabile della SOD Gastroenterologia e Nutrizione Pediatrica, AOU Meyer. Autore di numerose pubblicazioni su riviste internazionali il suo campo di interesse sono l'immunologia mucosale, la malattia celiaca, le malattie infiammatorie croniche intestinali, la gastroenterologia e la nutrizione pediatrica

Con il termine di Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) ci riferiamo a due entità cliniche principali: la Malattia di Crohn (MC) e la Colite Ulcerosa (CU), e ad una terza forma, la cosiddetta Colite Indeterminata (IBDU), con le caratteristiche intermedie di una colite infiammatoria, istologicamente non distinguibile in una delle due forme.

Fino ad alcune decine di anni fa queste condizioni erano considerate rare in età pediatrico-adolescenziale. Oggi, purtroppo, non è più così. Circa un quarto dei casi di Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali esordisce prima dei 20 anni di età e il numero dei casi di Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa diagnosticati in età pediatrica è andato crescendo nelle ultime decadi, parallelamente all'aumento dell'incidenza complessiva nella popolazione. In Italia, sulla base dello studio epidemiologico condotto dal gruppo del Registro Italiano IBD-SIGENP, l'incidenza è passata da 0,89 nel 1996 a 1,39/100000 giovani di età inferiore ai 18 anni nel 2003. Nel nostro paese prevalgono i casi di Colite Ulcerosa (52%) rispetto a quelli di Malattia di Crohn (40%) e Colite Indeterminata (8%). È fondamentale, però, sottolineare come recenti studi evidenzino un significativo e rapido incremento dei casi pediatrici di Malattia di Crohn (+23%), mentre permane una sostanziale stabilità nei tassi d'incidenza di Colite Ulcerosa.

Manifestazioni cliniche

Le forme di Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali che esordiscono in età infantile o adolescenziale mostrano, generalmente, una maggiore estensione di malattia: approssimativamente il 60% dei pazienti pediatrici affetti da Colite Ulcerosa si presenta con una pancolite, contro il 20-30% degli adulti, e le coliti sono più frequenti anche

tra i bambini con Malattia di Crohn. Le forme pediatriche denotano, più spesso, una maggiore severità di malattia ed un rischio più elevato di sviluppare steroido-dipendenza. Inoltre, il coinvolgimento dell'alto tratto gastroenterico è più probabile nei pazienti pediatrici rispetto a quelli adulti.

Sintomi d'allarme che devono porre il sospetto di Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali in un bambino comprendono:

- dolori addominali continui ed invalidanti che interferiscono con le sue normali attività, con obiettività positiva alla palpazione dell'addome;
- diarrea cronica con emissione di sangue e muco nelle feci e/o tenesmo;
- dolore e diarrea cronica notturni, con risveglio;
- rettorragia, con ispezione anale negativa;
- calo ponderale involontario, ritardo di crescita staturale-ponderale e dello sviluppo puberale.

I sintomi più frequentemente associati alle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali sono: la febbre di origine sconosciuta, le artromialgie migranti, le aftosi ricorrenti del cavo orale, le fistole ed altre manifestazioni di malattia perianale. Nei bambini, le manifestazioni extra-intestinali, quali artrite periferica, spondilite anchilosante, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, uveite, episclerite, colangite sclerosante ed epatite cronica attiva, possono precedere la comparsa dei sintomi gastro-intestinali.

Diagnosi

Nel sospetto di Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, le prime indagini da effettuare sono la valutazione degli indici di flogosi (VES, PCR, fibrinogeno), dell'esame emocromocitometrico e della formula leucocitaria, dello stato nutrizionale; inoltre ha assunto crescente impiego

PAOLO LIONETTI¹, PAOLA PELOSI²,
ILARIA CIANCHI³, PAOLO DEL GRECO⁴,
GIULIA PAOLACCI⁵, TERESA DI CHIO⁶

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

² Medico-Chirurgo interno, AOU Meyer, Firenze

³ Medico-Chirurgo interno, AOU Meyer, Firenze

⁴ Medico-Chirurgo, Roma

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

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

il dosaggio della calprotectina fecale, marker biochimico che rappresenta un valido strumento per selezionare pazienti con sintomi suggestivi di Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali da sottoporre ad endoscopia diagnostica. La calprotectina risulta infatti aumentata in caso d'infiammazione attiva a livello intestinale, e quindi anche nei pazienti con MICI, rispetto ai controlli sani ed ai pazienti affetti da disturbi funzionali del tratto gastroenterico. È importante poi ricercare gli anticorpi anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA), altamente specifici per la Malattia di Crohn, positivi nel 50-60% dei casi, ed anti-citoplasma dei neutrofili con pattern perinucleare (pANCA), associati a Colite Ulcerosa nel 60-80% dei pazienti.

A tutt'oggi, l'endoscopia costituisce l'indagine *gold standard* per la definizione dell'attività e severità di malattia: la pancoloscopia con ileoscopia retrograda e la esofago-gastro-duodenoscopia rappresentano le indagini fondamentali per la diagnosi di Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali.

Tra le indagini strumentali, soprattutto nei pazienti con manifestazioni extra-intestinali, l'ecografia delle anse intestinali, con misurazione dello spessore delle parete intestinale e valutazione della vascolarizzazione con metodica Doppler, trova crescente impiego come metodica di screening e nel follow-up dei pazienti affetti; con gli indubbi vantaggi di essere una tecnica non invasiva, altamente sensibile e che non espone il paziente a radiazioni ionizzanti.

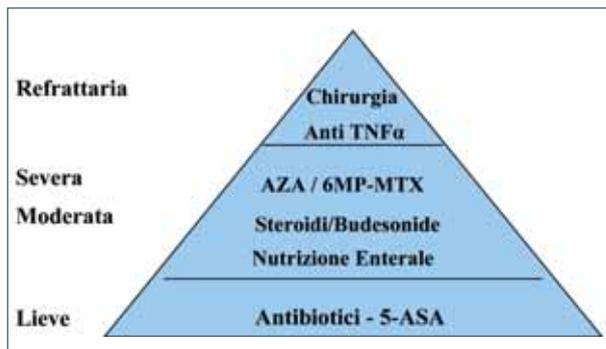


Figura 1 - Piramide terapeutica del trattamento delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali.

Terapia

Gli obiettivi della terapia medica nelle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali pediatriche prevedono l'induzione e il mantenimento della remissione e la prevenzione della progressione e delle complicanze della malattia; il principale endpoint del raggiungimento della remissione clinica è il cosiddetto *mucosal healing*, ovvero la guarigione delle lesioni endoscopiche presenti all'interno del viscere. Nei pazienti pediatrici, è fondamentale che l'approccio terapeutico favorisca una normale crescita ed un adeguato sviluppo puberale, ed, allo stesso tempo, che migliori la qualità della vita dei pazienti. Tutto questo deve essere ricercato, mantenendo un favorevole rapporto rischi-benefici e minimizzando gli effetti tossici dei farmaci.

Attualmente, l'armamentario terapeutico a disposizione dei gastroenterologi pediatrici per la cura dei pazienti con Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali comprende varie classi di farmaci, classicamente rappresentate all'interno di una piramide: in base alla gravità della malattia, possono essere impiegati diversi farmaci, anche se, a seconda dei casi, questa piramide può essere capovolta e si può decidere di introdurre più precocemente nella terapia farmaci immunosoppressori e biologici, al fine di prevenire le ricadute e cambiare la storia naturale della malattia.

Tra le molteplici opzioni terapeutiche, desideriamo solo ricordare che la terapia nutrizionale è considerata, nella maggior parte dei Centri europei, il trattamento di prima linea in bambini ed adolescenti con nuova diagnosi di Malattia di Crohn. La nutrizione enterale esclusiva (NEE) con formule polimeriche, somministrata per periodi di 6-8 settimane, si è dimostrata efficace nell'indurre la remissione di malattia con un'efficacia paragonabile a quella dei corticosteroidi, ma col vantaggio, rispetto ad essi, di una sostanziale assenza di effetti collaterali, di un miglior recupero della velocità di crescita staturale, del peso corporeo e della massa magra.

Bibliografia

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

TM

CONVEGNI E CONGRESSI / CORSI E SEMINARI

CORSO DI ECOGRAFIA PER CHIRURGI

Arezzo, 26-27 ottobre

Presidenti: Andrea Valeri, Fabio Sbrana

Coordinatore: Marco De Prizio

Segreteria Scientifica: Jacopo Martellucci

Argomenti: con il patrocinio delle Società Scientifiche SIC, ACOI, SPIGC, TOSCO UMBRA CHIRURGIA verranno affrontati argomenti peculiari dell'attività ecografica del chirurgo generale (eco intraoperatoria, eco interventistica, eco in urgenza, eco laparoscopica e robotica, eco endocavitaria). Il corso a numero chiuso è riservato a 30 partecipanti. **ECM:** 10 crediti

Informazioni: aliwest travel tel. 055/4221201 fax. 055/417165 congressi@aliwest.com

L'epidemia da "Klebsiella pneumoniae" produttrice di carbapenemasi

Una sfida per il sistema sanitario della Toscana



Francesco Menichetti, Specialista in Medicina Interna e Malattie Infettive, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive, Ospedale Nuovo Santa Chiara, Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana dal marzo 1999. Ha condotto ricerche sulla neutropenia febbrile e sulle infezioni fungine invasive. È attualmente impegnato, assieme ai suoi collaboratori, nella definizione di strategie antibiotiche per le infezioni da microrganismi multi-resistenti.

La resistenza dei microbi agli antibiotici va considerato un fenomeno biologicamente ineluttabile (i microbi mutano per sopravvivere) ma clinicamente controllabile poiché intimamente legato all'uso (ed abuso) di tali farmaci.

Le infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici sono causa di rilevante morbilità e mortalità nei pazienti colpiti, di impegno dei servizi sanitari e costi per la collettività.

A titolo puramente esemplificativo si ricorda che ogni anno, negli Stati Uniti, *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina causa più morti di AIDS e tubercolosi.

Attualmente gli ospedali italiani, e tra questi anche quelli toscani, stanno fronteggiando una grave epidemia causata dalla diffusione di *Klebsiella pneumoniae* produttrice di carbapenemasi di tipo KPC (KP-KPC), un enzima capace di rendere inefficaci tutti gli antibiotici beta-lattamici, inclusi i carbapenemici (meropenem, imipenem). KP-KPC, bacillo Gram negativo della famiglia delle *Enterobacteriaceae*, risulta quindi resistente a cefalosporine, penicilline protette, carbapenemici e chinoloni. Si tratta di una resistenza plasmidica, quindi potenzialmente trasferibile ad altri batteri.

Il primo isolamento di KP-KPC è avvenuto negli USA nel 1996. Negli ultimi 5 anni KP-KPC si è diffusa rapidamente ed ampiamente: in Europa l'epidemia è stata prima segnalata in Grecia per poi estendersi rapidamente in tutto il continente. In Italia oramai è un fenomeno che riguarda tutti i maggiori ospedali.

Nell'ospedale di Pisa, dall'aprile 2010 all'ottobre 2011, KP-KPC è stata isolata in circa 200 pazienti, 50 con infezione clinicamente rilevante e 150 con sola colonizzazione intestinale.

Nonostante l'allarme tempestivo e la diffusione di procedure di contenimento dell'infezione il numero dei casi è in costante aumento e la letalità risulta elevata (20% circa).

Maggiormente esposti al rischio sono i pazienti in condizioni più gravi (anziani con comorbidità), assistiti in unità di terapia intensiva, e spesso operati di recente.

Tali pazienti sono ospedalizzati da lungo tempo, portatori di dispositivi invasivi ed hanno ricevuto numerosi e prolungati trattamenti antibiotici.

L'infezione è di solito preceduta dalla colonizzazione intestinale che può essere facilmente rilevata con coltura selettiva di tampone rettale al fine di isolare i pazienti colonizzati o di riunirli in coorti.

Le infezioni più frequenti sono le polmoniti, di solito associate a ventilazione meccanica e tracheostomia, le infezioni delle vie urinarie da catetere, e le sepsi correlate al catetere ve-

noso centrale.

I 10 decessi documentati finora sono avvenuti soprattutto in pazienti con sepsi e condizioni generali compromesse.

Vale la pena sottolineare che alcune delle infezioni letifere si sono verificate in pazienti sottoposti a chirurgia elettiva con esito positivo, che hanno contratto il microrganismo durante la degenza post-operatoria in terapia intensiva.

Consideriamo tali decessi veri e propri *eventi sentinella* che, oltreché innescare i necessari processi di audit da parte della Gestione del Rischio Clinico, mettono il chirurgo di fronte al dilemma se esporre o meno il proprio paziente ad un evento letifero post-operatorio con conseguenze cliniche e medico-legali assolutamente negative.

Le opzioni terapeutiche per KP-KPC multiresistente sono molto limitate: tigeciclina, gentamicina, colistina e fosfomicina sono gli unici antibiotici che l'antibiogramma indica come attivi: alcuni di questi farmaci sono gravati da pesanti effetti collaterali e altri sono difficili da reperire.

Poiché tali antibiotici non hanno in genere una rapida e spiccata attività battericida ed hanno un profilo cinetico-dinamico (PK/PD) modesto, vengono solitamente utilizzati in associazione.

Si tenta anche di utilizzare antibiotici nei confronti dei quali il microrganismo non è pienamente sensibile (ad esempio: imipenem), impiegandoli a dosi superiori a quelle raccomandate ed ovviamente in associazione.

FRANCESCO MENICHETTI*,
ENRICO TAGLIAFERRI**, CARLO TASCINI**

* Direttore, U.O.C. Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

** U.O.C. Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Ecco quindi la necessità di disporre di una *microbiologia di "secondo livello"*, sorta di bottega artigiana dove, con metodi prevalentemente manuali, vengono saggiate le diverse associazioni antibiotiche in tempi rapidi, al fine di fornire al clinico suggerimenti terapeutici plausibili.

Tale esigenza è stata da tempo individuata dai colleghi intensivisti toscani che hanno sollecitato l'Assessorato della Salute della Regione Toscana ad adottare iniziative che garantissero tale servizio. La proposta di un "fast-lab microbiologico" operativo 24h / 7g settimanali / 365 l'anno è stato da tempo da noi presentata a livello aziendale.

Per queste terapie sperimentali, totalmente "off-label" sia per quanto riguarda le indicazioni degli antibiotici che per le loro modalità di utilizzo (dosi elevate, associazioni) risulta necessario dotarsi di alcuni strumenti prioritari ed indispensabili:

1. protocolli terapeutici che codifichino per quanto possibile gli schemi di terapia antibiotica da utilizzare nei pazienti infetti;
2. approvazione dei Comitati Etici Aziendali di tali protocolli sperimentali per infezioni non altrimenti trattabili;
3. studi casistici prospettici, collaborativi, ampi, con l'apporto di diversi ospedali, per raccogliere informazioni scientifiche non altrimenti acquisibili.

Le industrie farmaceutiche hanno da tempo abbandonato la ricerca su nuovi antibiotici poiché troppo lunga, costosa e poco redditizia, allocando risorse in campi più vantaggiosi (ad es.: farmaci antiretrovirali ed anti-epatite).

È quindi necessario acquisire rapidamente coscienza che **l'idolo totemico dell'evidenza clinica non può più essere alimentato dai classici studi clinici controllati, prospettici e randomizzati (DB-RCT), che comparino nuovi farmaci alle terapie standard.** Tali studi, per lo più con disegno di non inferiorità, a finalità registrative e commissionati dall'industria farmaceutica, non sono più realistici ed utili.

Occorre invece rilanciare con forza la necessità di una *ricerca indipendente* nel campo della terapia antinfettiva e che questa esigenza trovi il necessario sostegno istituzionale (ad es.: fondi di ricerca regionali).

È poi raccomandabile che l'organizzazione del lavoro in ospedale tenga conto delle sinergie trasversali necessarie (lavoro in team) favorendo la creazione di gruppi interdisciplinari che abbiano precisi obiettivi, risorse e strumenti di verifica idonei (indicatori di processo e di risultato).

In tal senso l'assetto dipartimentale proposto da molte aziende ospedaliere toscane non sembra corrispondere pienamente a tali esigenze.

In realtà ospedaliere moderne ed evolute sono operanti programmi di *Antibiotic Stewardship* con l'obiettivo generale di ottimizzare l'uso degli antibiotici al fine di incidere positivamente sull'outcome clinico, contenere il fenomeno della resistenza antibiotica e generare risparmio virtuoso.

L'Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana spende 56 milioni di euro/anno per i farmaci; il 25% circa di tale spesa è generata da farmaci antinfettivi (12 milioni di euro, circa), la metà dei quali è rap-

presentata dal costo degli antiretrovirali (farmaci per l'HIV/AIDS). Ciò significa che l'Ospedale di Pisa spende 6-7 milioni di euro/anno per antibiotici (4,5 milioni) ed antifungini (2 milioni circa).

C'è ampio margine per lavorare sull'appropriatezza non tanto limitando l'utilizzo dei farmaci a più alto costo ma bensì sollecitando gruppi di esperti (ad es.: intensivisti, ematologi) a produrre loro protocolli ben definiti che abbiano soprattutto l'obiettivo di *combattere la spirale dell'empirismo*.

Il progetto dell'AOU ha prodotto, nel corso del 2010, un risparmio superiore al milione di euro senza ricorrere a meccanismi di sostituzione automatica dei farmaci a più alto costo ma esaltando invece la scelta competente e responsabile dei clinici prescrittori.

È proprio questa la chiave per limitare la resistenza dei microrganismi agli antibiotici: contenerne l'uso empirico, per lo più inappropriato, perseguendo una terapia mirata sulla base della diagnosi eziologica e riducendo la durata del trattamento al periodo minimo efficace.

L'adozione di linee guida ospedaliere, la formazione continua del personale medico e infermieristico, il monitoraggio del consumo, la consulenza infettivologica rappresentano ulteriori possibili strumenti.

La sfida dell'epidemia di KP-KPC è una concreta occasione per il sistema sanitario toscano di adeguare il proprio assetto organizzativo al fine di generare un salto qualitativo di interesse più generale.

Infettivologi, microbiologi, farmacologi e farmacisti, igienisti ospedalieri, esperti del rischio clinico, rappresentano nello specifico un team multidisciplinare da affiancare ai clinici ed al personale infermieristico dei reparti interessati dall'epidemia per una sua adeguata gestione e controllo.

Occorrono strumenti nuovi che integrino il lavoro di altri organismi (CIO, Rischio Clinico) esaltando con la multidisciplinarietà il contributo di ciascuna competenza. Ci riferiamo ad un sistema di "vasi comunicanti", costruito su obiettivi precisi.

Parafrasando "Il Potere è di Tutti" di Aldo Capitini occorre diffondere il concetto che "Le Infezioni sono di Tutti", nel senso che ciascun operatore sanitario, medico e non, ciascun dirigente che cura gli aspetti organizzativi ed amministrativi sino al livello politico più elevato, sviluppi tale coscienza ed agisca di conseguenza.

Gli antibiotici sono uno strumento terapeutico nelle mani di tutti gli operatori sanitari, in ospedale e fuori, e spesso anche oggetto di auto prescrizione non sanitaria.

Se la resistenza antibiotica è direttamente proporzionale all'uso degli antibiotici occorre fare ogni sforzo per non generare un ritorno all'era pre-antibiotica a causa della mancanza di farmaci per i microrganismi più resistenti.

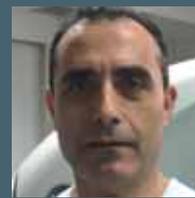
La lezione della KP-KPC ci insegna però che l'era pre-antibiotica è già iniziata.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: f.menichetti@ao-pisa.toscana.it

TM

Termoablazione percutanea con radiofrequenza o con microonde delle lesioni polmonari maligne



Ernesto Mazza, è direttore della SOD di Radiologia Interventistica Extravascolare dell'AOU Careggi. È autore di numerose pubblicazioni di radiologia diagnostica e interventistica. Docente delle Scuole di Spec. in: Radiodiagnostica, Malattie del fegato e del ricambio, Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica presso l'Università di Firenze. Membro della SIRM, dell'ESR e dell'RSNA.

Introduzione

Il cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) costituisce circa il 75% di tutte le neoplasie polmonari primitive ed è il tumore con la maggiore incidenza di mortalità nell'uomo, con una sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi del 15% circa. L'85% dei pazienti con tumore polmonare primitivo è rappresentato da fumatori o ex fumatori; tutti i tipi istologici di tumore polmonare sono correlati al fumo di sigaretta, tuttavia, il tumore polmonare può presentarsi anche in individui che non hanno mai fumato.

Inoltre il polmone è frequentemente sede di metastasi da neoplasie originate in altre sedi anatomiche.

L'intervento chirurgico rappresenta il trattamento di scelta per i pazienti affetti da lesioni polmonari maligne primitive o secondarie, ma solo un terzo dei pazienti affetti da NSCLC e solamente casi selezionati di metastasi polmonari sono eleggibili per la chirurgia. In tutti gli altri casi ci si avvale di terapie alternative quali le terapie loco-regionali, la radioterapia e la chemioterapia.



Figura A - Elettrodi Cool-tip TM per RFA.

Fra le terapie loco-regionali si sono affermate negli ultimi anni soprattutto la termoablazione percutanea con radiofrequenza (RFA) e la termoablazione con microonde (MWA), or-

mai impiegate routinariamente presso la SOD di Radiologia Interventistica Extravascolare dell'AOU Careggi.

La termoablazione con radiofrequenza si basa sulla produzione di calore a livello della membrana delle cellule bersaglio generata dalla propagazione di una corrente ionica alterna-

ta erogata nella sede della lesione da un elettrodo introdotto per via percutanea.

L'ablazione con microonde sfrutta il fenomeno dell'isteresi dielettrica per la produzione di calore all'interno di un tessuto. La distruzione dei tessuti si verifica quando questi vengono riscaldati a temperature non compatibili con la vita attraverso l'applicazione di un campo elettromagnetico, con una frequenza di oscillazione tipicamente compresa tra 900 e 2500 MHz.



Figura B - Antenne percutanee Evident TM per MWA.

In entrambe le tecniche di ablazione, RFA o MWA, è necessario introdurre il dispositivo (agolettrodo per la RFA e antenna per la MWA) all'interno della lesione neoplastica.

Termoablazione delle lesioni neoplastiche polmonari

La termoablazione percutanea con RF o con MW è una tecnica consolidata nel trattamento delle neoplasie maligne solide inoperabili del fegato, dei surreni, dei reni, dell'osso e più recentemente anche del polmone. Il trattamento deve essere esteso oltre il margine della lesione per il principio oncologico del margine di sicurezza.

Le procedure di termoablazione percutanea vengono routinariamente condotte seguendo il

normale protocollo per l'esecuzione della biopsia TC-guidata; pertanto si esegue prima una anestesia locale con un ago sottile, quindi sotto guida TC si inserisce il dispositivo RFA o MWA e si procede, previa sedazione cosciente, all'accensione del generatore e all'ablazione del tessuto neoplastico.

Indicazioni

Le maggiori indicazioni sono rappresentate dai tumori solidi periferici in pazienti con elevato rischio chirurgico quale trattamento unico o in associazione a radioterapia e chemioterapia.

Può essere utilizzata inoltre quale trattamento palliativo in pazienti con metastasi polmonari e ossee in cui le altre terapie siano state fallimentari.

Procedura di RFA

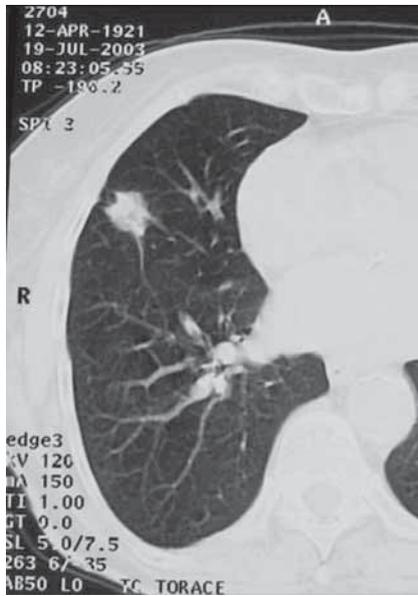


Figura 1 - Valutazione preprocedurale.



Figura 2 - Posizionamento della sonda.



Figura 3 - Durante la procedura di ablazione.

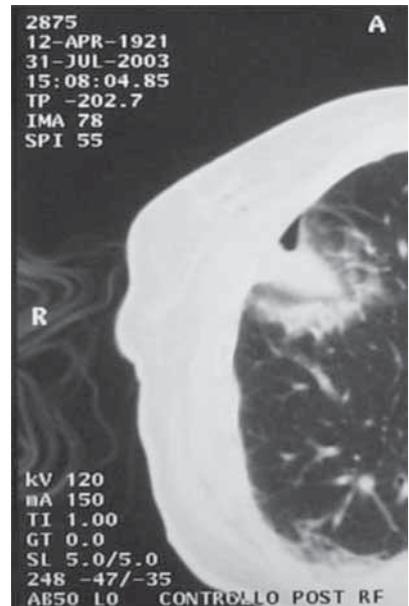


Figura 4 - Valutazione postprocedurale.

Per poter essere sottoposti ad una procedura di termoablazione i noduli tumorali da trattare dovrebbero possibilmente avere dimensioni non superiori a 3 cm e distare almeno 1 cm dalle strutture mediastiniche; le lesioni poi non dovrebbero essere più di 4 per emitorace e, in caso di rilievo di metastasi extratoraciche, i pazienti sono considerati accettabili se è dimostrabile che queste non aumentano di dimensioni durante la chemioterapia sistemica.

Controindicazioni alla termoablazione delle lesioni polmonari sono la presenza di infezioni attive al momento del trattamento, di insufficienza renale e di diatesi emorragica non rispondente alla terapia medica.

La decisione di escludere il paziente da un trattamento chirurgico e di indirizzarlo verso l'intervento di termoablazione viene presa da un team multidisciplinare composto da chirurghi toracici, radioterapisti, oncologi, e radiologi interventisti.

Complicanze

Le complicanze più frequenti correlate alle procedure di termoablazione, con radiofrequenza o con microonde, delle lesioni polmonari sono lo pneumotorace ed il versamento pleurico.

Follow-up

Il paziente viene rivalutato a 1, 3 e 6 mesi dal trattamento e poi ogni 6 mesi con scansioni TC del torace senza e con mdc. Nei casi sospetti per recidiva è consigliabile l'esecuzione di una PET. Fra i nostri pazienti meritano una speciale menzione i casi di piccolo NSCLC, di diametro inferiore a 3 cm, inoperabili per motivi anestesiológicos, trattati prima del 2006 e ormai sopravvissuti oltre 5 anni dall'ablazione percutanea con incidenza sovrapponibile a quella della chirurgia.

Conclusioni

In conclusione, l'ablazione polmonare con RF o MW è una terapia mini-invasiva, che si esegue in anestesia locale associata a sedazione cosciente, che si è dimostrata valida, efficace e ben tollerata dai pazienti nel trattamento delle lesioni polmonari maligne inoperabili.

È un trattamento ripetibile, che consente di ritrattare tutti quei pazienti che vanno incontro a recidiva locale o a progressione di malattia. Inoltre, dato che generalmente per eseguire il trattamento sono sufficienti solo 1-2 giorni di degenza, va considerata anche la riduzione dei costi sanitari che questo tipo di terapia comporta se confrontata con la chirurgia, con la radioterapia o con la chemioterapia. **TM**

Procedura di MWA



Figura 5 - Valutazione preprocedurale.



Figura 6 - Posizionamento della sonda.

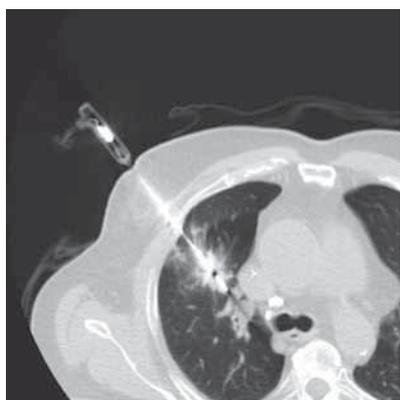


Figura 7 - Durante la procedura di ablazione.



Figura 8 - Valutazione postprocedurale.



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

È stabile l'incidenza del tumore del rene in Toscana

In Italia il tumore del rene, una dizione che qui include, sulla base della classificazioni internazionali utilizzate, anche i tumori della pelvi renale, ha rappresentato nel periodo 2003-2005 il 3.8% di tutti i tumori diagnosticati fra gli uomini ed il 2.5% fra le donne, risultando l'ottavo tumore maligno più frequente fra gli uomini.

Il grafico mostra i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (RTRT) relativi ai tumori del rene incidenti nel periodo 1996-2005 nell'area di Firenze e Prato, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (x 100.000).

L'andamento medio nel periodo risulta stabile in entrambi i sessi, mostrando un cambiamento percentuale annuo - APC - del tasso non statisticamente significativo sia fra le donne (APC +0.8, CI -3.7, +5.6) che tra gli uomini (APC +1.4, CI -0.9, +3.7). Nel 2005 il tasso di incidenza standardizza-

to risultava pari a 9.9 nel sesso femminile e 22.7 in quello maschile.

La stabilizzazione dell'incidenza del tumore renale evidenziata negli anni più recenti, dopo l'incremento nel numero di nuovi casi diagnosticati all'inizio degli anni novanta e già documentato anche nei nostri dati, appare in gran parte dovuta alla attenuazione dell'effetto dato dall'introduzione di tecniche diagnostiche più sensibili, ma potrebbe forse segnalare anche modifiche nell'esposizione a fattori di rischio quali il fumo, almeno per quanto riguarda il sesso maschile, che risulta comunque sempre il più interessato da questo tipo di tumori.

A. CALDARELLA, C. SACCHETTINI, G. MANNESCHI, A. CORBINELLI, L. NEMCOVA, T. INTRIERI

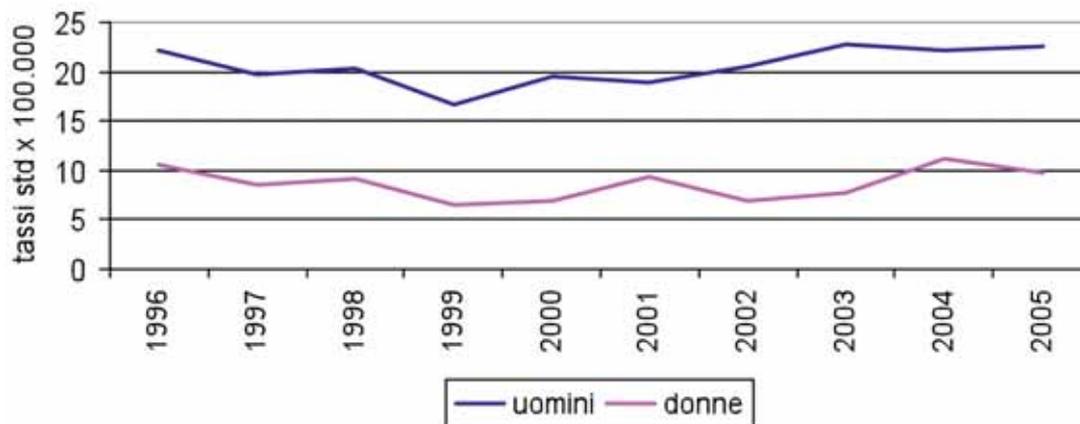
UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica

Bibliografia

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

TM

Registro Tumori della Regione Toscana 1996-2005; tumore del rene, incidenza per sesso



Metodi: Sono stati analizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (www.ispo.toscana.it) relativi ai residenti nelle province di Firenze e Prato utilizzando i codici C649-C659 (tumori del rene e della pelvi renale) secondo la classificazione internazionale ICD-O-3 (International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition). La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea. La variazione media annuale percentuale dei tassi (APC) viene calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile di regressione, secondo la procedura del software SEER*Stat.



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

C'è da fidarsi dell'OMS?

C'è da fidarsi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)? Le sue decisioni, le sue scelte sono fatte in difesa e nell'interesse della salute della popolazione? Oppure no?

Alla fine dello scorso maggio si è tenuta a Ginevra l'annuale Assemblea Mondiale della Sanità. All'ordine del giorno la riforma dell'OMS e al centro della discussione la sua indipendenza, e in ultima analisi la sua credibilità come istituzione pubblica internazionale.

Il problema naturalmente non è di oggi e bisogna risalire a trent'anni indietro per trovare le prime tracce del conflitto tra OMS e interessi "esterni", ovvero dell'attacco alla sua indipendenza.

Siamo agli inizi degli anni 80 del secolo scorso (che coincide con l'avvio dei processi di globalizzazione) e l'OMS, sotto la guida di Halfdan Mahler, lancia due iniziative:

1) "International Code on Breast Milk Substitutes" che riguarda la promozione dell'allattamento al seno e la regolamentazione dell'uso del latte in polvere e

2) "Essential Drugs Programme" finalizzato all'uso appropriato dei farmaci e all'introduzione dei "generici" a basso costo.

Entrambe le iniziative toccano interessi vitali delle grandi compagnie multinazionali e le reazioni non si fanno attendere. Mahler viene sostituito alla direzione generale con una figura grigia e ininfluente e i finanziamenti diventano sempre più razionati e condizionati.

Inizia l'era del doppio finanziamento dell'OMS: da una parte il "budget ordinario" proveniente dai singoli stati e destinato alle attività istituzionali dell'organizzazione, e dall'altra l'"extra-budget", rappresentato da fondi "volontari" provenienti da singoli stati, da varie istituzioni (vedi Banca Mondiale) e da "donatori" privati, finalizzato alla realizzazione di specifici programmi (generalmente riguardanti singole malattie o specifici interventi, vedi vaccinazioni) e sul quale il controllo dell'OMS è quasi sempre marginale. Col tempo la componente "extra-budget" si dilata progressivamente, a scapito del "budget ordinario". Il bilancio OMS per il biennio 2012-2013 è di 3.959 milioni di dollari dei quali solo 944 milioni (24%) apparten-

gono al "budget ordinario".

Rispetto al biennio precedente c'è stato un taglio di 600 milioni di dollari e ciò ha comportato una riduzione del 12% del personale nella sede centrale di Ginevra (circa 600 persone), mettendo in serio pericolo il funzionamento di settori strategici, come quello dei "Farmaci essenziali".

Ma prima ancora della bancarotta finanziaria, ciò che preoccupa maggiormente è il rischio di bancarotta politica dell'istituzione, ovvero il fallimento della sua missione e del suo ruolo nell'arena della salute

globale: "L'OMS è l'autorità che dirige e coordina le politiche della salute all'interno del sistema delle Nazioni Unite. E' l'istituzione di riferimento per le questioni che riguardano la salute globale, stabilendo le priorità delle attività di ricerca, definendo norme e standard, proponendo opzioni strategiche basate sull'evidenza, fornendo supporto tecnico ai paesi e valutando le tendenze della salute della popolazione".

Come trent'anni fa, sono i settori del cibo (e delle bevande) e dei farmaci (e dei vaccini) su cui si gioca l'indipendenza dell'Istituzione e la credibilità del suo Direttore Generale.

L'opaca gestione dell'epidemia suina H1N1 e l'incapacità di porre un argine al dilagare dell'industria del fast-food e all'esportazione incontrollata di modelli alimentari altamente nocivi per la salute sono lì a dimostrare che alcuni potenti

GAVINO MACIOCCO
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze



interessi riescono a condizionare le politiche e le decisioni dell'OMS e degli Stati. "Oggi - ammette Margaret Chan, Direttore Generale dell'OMS - molte delle minacce che contribuiscono alla diffusione delle malattie croniche provengono dalle compagnie multinazionali che sono grandi, ricche e potenti, guidate da interessi commerciali e assai poco interessate alla salute della popolazione".

Ma rispetto a trent'anni fa è cambiato qualcosa: è cambiata la governance e sono mutati i rapporti di forza. Se allora erano i governi che intervenivano per conto e in difesa delle industrie, oggi le compagnie multinazionali si muovono in proprio, sono all'interno della governance dell'OMS, attraverso il meccanismo dei partenariati pubblico-privato (Global Health Partnerships).

Il filantropo Bill Gates (Microsoft) con la sua fondazione è - con la donazione di 220 milioni di dollari (2012-2013) - il secondo maggiore finanziatore dell'OMS (dopo gli USA). Le aree di intervento della Fondazione sono molteplici: dai vaccini alla salute materno-infantile, dal micro-credito

allo sviluppo agricolo. Molteplici anche i sostenitori della sua Fondazione, attraverso un groviglio di partecipazioni (e di conflitti d'interesse), come MacDonalds, Coca Cola, Nestle, Sanofi-Aventis.

Nel corso dei lavori dell'Assemblea è stata ribadito il diniego, da parte degli Stati Membri, di aumentare i contributi obbligatori con la conseguente perdita di controllo dell'OMS sulla propria agenda. La soluzione attualmente proposta dal Segretariato è il cosiddetto "financing dialogue" con i propri donatori, in merito al quale Margaret Chan, riconfermata Direttore Generale durante la stessa Assemblea, ha più volte assicurato che l'Organizzazione non accetterà finanziamenti che non supportino le aree prioritarie di lavoro previamente definite dagli stessi Stati Membri. Forse questo meccanismo riuscirà a garantire una maggiore trasparenza, ma al momento non sembra essere in grado di evitare che i donatori (pubblici e privati - ovvero i paesi più forti e le fondazioni alla Gates) continuino a scegliere quali aree finanziare, bypassando le scelte dell'OMS. **TM**

Lettere al direttore

Toscana Medica 8/12



Ancora sulle RSA

Egr. Direttore,
ho letto con stupore l'articolo di Gavino Maciocco a pag. 52 del numero 6/2012 di Toscana Medica. Non mi aspettavo tanta superficialità dall'autore che dimostra di non conoscere la realtà attuale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sia in Italia che in Toscana. Propone come alternativa l'esperienza del Centro Sociale di Lastra a Signa struttura per autosufficienti, mentre nelle RSA si ricoverano anziani non autosufficienti gravi che non possono essere assistiti a casa propria. Speravo che dopo 20 anni nessuno pensasse più che nelle RSA fossero ricoverati anziani in ottime condizioni, che sono lì solo perché non sanno dove andare. Chi vuole esprimere giudizi sulle RSA vada prima a visitarle sono strutture aperte al pubblico, anche quelle private, e poi emetta giudizi: "essere sradicato dalla propria casa, allontanato dagli affetti, subire ritmi tempi e regole imposti dalla struttura, subire spesso umiliazioni come l'obbligo di indossare sempre il pannolone, essere costretti a letto anche con misure di contenzione, non poter usare utilmente e autonomamente i propri livelli di residua autonomia". Questo scrive l'autore

dell'articolo paragonando le RSA a luoghi di reclusione e se vogliamo esagerare quasi a campi di concentramento. Non conosce la realtà: gli ospiti spesso non hanno famiglia o è presente un solo figlio magari anche lui già anziano, la nostra società è fatta di regole infatti se dobbiamo recarci in un ufficio pubblico dobbiamo rispettare i giorni e gli orari di apertura. Il pannolone è indicato solo per coloro che ne hanno effettivamente bisogno e ricordo che è un costo per la RSA e quindi usato solo se necessario. Le misure di contenzione sono condivise dai familiari, dal medico curante e dal geriatra della struttura e adottate solo se necessarie con protocolli scritti e sottoscritti dai familiari, dal medico curante e dal geriatra della struttura.

Sono disponibile ad una tavola rotonda coordinata da Toscana Medica per approfondire il tema RSA e invito l'autore dell'articolo a studiare di più prima di affrontare un argomento.

Paolo Moneti

Presidente Anaste Toscana
(Associazione Nazionale Strutture Terza Età)
Direttore RSA Villa Gisella, Firenze

Collaborare per la salute mentale

Caro Direttore, ho apprezzato che la nostra rivista abbia dedicato la tavola rotonda del numero di marzo ai temi più recenti della salute mentale, mentre intorno a questi temi vi è un silenzio preoccupante, soprattutto istituzionale.

Volevo sottolineare due elementi della discussione. In primo luogo Ella ha sottolineato a chiosa delle opinioni dei miei colleghi, che a fronte dell' "epidemia dei disturbi borderline della personalità" (riguardanti il 4% della popolazione come Lei giustamente scrive) "ancora non esiste o è ai primordi un percorso terapeutico assistenziale che contenga queste nuove patologie". Non siamo messi così male: esistono in vari servizi di salute mentale toscani programmi complessi di trattamento, che - pur non sottovalutando il ruolo della farmacoterapia - sono centrati sulla presa in carico multidisciplinare, sul trattamento psicoterapico, che ha la maggior evidenza scientifica, e sulla supervisione di gruppo. Mi permetto di rimandare all'esperienza grossetana sintetizzata in un libro scritto per un'applicazione estesa ai servizi, comprensivo dei presupposti teorici, dell'implicazioni pratiche, della casistica e della valutazione degli esiti (C. A. Barnà, G. Corlito, *Emergenze Borderline. Istituzione, gruppo, comunità*. Angeli, 2011). Mi permetto di citare questo lavoro collettivo perché come ho detto nella presentazione fatta a Firenze grazie ai colleghi Domenichetti e Saraò "se si è potuto fare a Grosseto, si può fare dappertutto".

In secondo luogo giustamente Ella ha sollecitato

la collaborazione dei servizi di salute mentale con le varie agenzie sociali e soprattutto con la medicina generale, facendo appello alla "cultura del lavorare insieme che però non brilla oggi". Ha sottolineato che "nel quadro della continuità assistenziale forse sarebbero utili esperimenti di formazione a comune". Esiste da tempo nella letteratura internazionale un sistema con una notevole messe di evidenze scientifiche che è stato definito *collaborative care* per i disturbi emotivi comuni (ansia e depressione), il quale sposta il focus della collaborazione dai servizi specialistici al setting delle cure primarie con un sistema proattivo centrato sulla presa in carico intensiva e su tecniche psicoterapiche brevi. La stessa *Toscana Medica* ha ospitato nell'ultimo anno vari contributi di colleghi psichiatri e medici di famiglia, che vanno in questa direzione; nella vostra tavola rotonda vi ha fatto esplicito riferimento Lorenzo Roti. La *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, che esce on line a cura dei servizi dell'Area Vasta Sud Est (Siena, Arezzo e Grosseto) compresa la Clinica Psichiatrica di Siena, ha ospitato vari contributi in merito.

Mi auguro che il dibattito su questi temi prosegua, anche alla luce del nuovo Piano Socio-Sanitario Integrato della Regione, e ci sia possibilità di prendere decisamente questa direzione, che è a rischio nel momento in cui si stanno avvicinando i responsabili del settore.

Giuseppe Corlito

Psichiatra, neuropsichiatria infantile, psicoterapeuta, Grosseto

Una questione irrisolta

Leggo su *Toscana Medica* 6/12 due articoli a firma dei colleghi Panconesi e Sanfilippo, dopo aver letto quello di Pandolfi sul numero 2/12 della stessa rivista.

Per quanto riguarda l'articolo di Pandolfi mi stupisce che si ironizzi sull'esistenza del Qi solo perché non si vede. Sarebbe come dire che non esiste l'elettricità o l'elettromagnetismo o la forza di gravità o l'aria che respiriamo perché non si vedono. In realtà, basterebbe un minimo di cultura in materia per sapere che il Qi non è qualcosa di magico o di trascendente ma è solo il tentativo dell'organismo di combattere il 2° principio della termodinamica cercando di abbattere l'entropia che tende ad aumentare in tutti i sistemi che divengono sempre più complessi, alla ricerca di una sempre nuova omeostasi. Ed è proprio questa continua ricerca, questa continua instabilità dell'omeostasi a tenerci in vita, fino al momento in cui raggiungeremo l'omeostasi perfetta e duratura della morte. Negli articoli di Panconesi e Sanfilippo, invece, leggo qualcosa di ancora più preoccupante. L'omeopatia è inefficace e, quindi, inutile, motivo per cui non va finanziata con denaro pubblico. Non solo, ma questa pseudoscienza eretica ha la pretesa di guarire le cefalee. Non sia mai detto. Salviamo gli ignari cefalalgici da certe assurde speranze e rimandiamoli fra le accoglienti braccia dei centri specializzati. E chi ci dice che l'omeopatia è inutile ed inefficace? Ma gli studi scientifici, naturalmente, nei quali non c'è ombra alcuna riguardante le evidenze terapeutiche della materia. Ebbene, al di là

del fatto che studi scientifici che provano la validità dell'omeopatia sono reperibili a migliaia, evidentemente, i milioni di pazienti che traggono beneficio da questa pratica e le centinaia di migliaia di medici che, in tutto il mondo, la praticano sono dei perfetti imbecilli. Ma si dice: no, i pazienti non sono degli imbecilli, sono solo preda dell'effetto placebo. A parte il fatto che l'effetto placebo esiste in tutti i casi, quando esso dimostri di funzionare fa già parte della terapia, credo sia, comunque, difficile da dimostrare un effetto placebo negli animali, nelle piante, nei neonati e nei bambini estremamente piccoli. Quanto alle cefalee sarò stato sfortunato, ma, in 45 anni di professione medica non ho mai avuto il piacere di trovare un paziente guarito dalla cefalea da parte dei vari centri specialistici. Infine, l'idea di proibire gli investimenti sia nella ricerca che nella terapia effettuate con la medicina integrata mi sembra alquanto peregrina e, certamente, antidemocratica. Per fortuna viviamo in una regione che incoraggia l'omeopatia e la rende pubblica con l'apertura dell'Ospedale Integrato di Pitigliano in cui si cerca di mettere in atto quella medicina integrata che, senza rifiutare alcunché che sia dimostrato utile della medicina convenzionale, trovi un punto di contatto fra le varie facce di un'unica medicina nell'interesse del malato.

Eugenio Pecchioli

Spec. In Chirurgia Gen., Chirurgia dell'apparato digerente, Chirurgia Vascolare, Già Aiuto presso la Div. di Chirurgia Generale di Careggi, Firenze

Il carisma di Giorgio Bartolozzi



Il Prof. Giorgio Bartolozzi è mancato a Firenze il 26 luglio 2012.

Il mio compito è ricordare quanto ha fatto per la Pediatria, sia dal punto di vista scientifico che organizzativo. L'entusiasmo che lo animava era ammirevole e comunicativo. Alle doti scientifiche univa la didattica e la clinica. Da ammirare la sua dinamica personalità. La sua capacità didattica non lo distoglieva dal letto del piccolo ammalato che costituiva il centro del suo interesse e delle sue cure. Ha effettuato numerose pubblicazioni, ha partecipato con relazioni e come moderatore a congressi pediatrici. Nell'ambito dei suoi compiti organizzativi, ha effettuato corsi di perfezionamento, servizi e collaborazioni con altri colleghi e con altre istituzioni come la Scuola di Nefrologia e l'Alimentazione per l'adolescente. Importanti gli studi sulle vaccinazioni. Disponibile al dialogo, al rapporto diretto con

gli studenti, per la sua straordinaria capacità di comunicare, ha sempre messo la propria conoscenza al servizio degli altri.

Ha saputo essere amico dei piccoli e paziente con i genitori. Nel momento del bisogno era sempre presente per dare un aiuto, un consiglio, un incoraggiamento, con entusiasmo e spontaneità, talora intuendo le intenzioni più che rispondendo a una richiesta.

La sua intelligenza si manifestava nella chiarezza nell'affrontare i problemi in semplicità, nel risolverli e in una grande sicurezza nell'esporre le conclusioni. Aveva una visione e una preparazione clinica totali.

Pur appartenendo alla generazione delle ultraspecializzazioni, nell'approccio con il paziente anteponeva sempre l'elemento clinico e gli accertamenti di laboratorio venivano programmati in modo critico.

Contribuì ad afferrare il nuovo che avanzava ancora prima che si realizzasse. Dotato di forte personalità, di una notevole forza e vivacità intellettuale, talvolta è stato difficile difendere le sue idee.

La Scuola di Pediatria fiorentina ha perduto una figura importante di riferimento culturale. A me personalmente ha dato molto e molti da lui hanno imparato.

Aveva un carisma vero, coinvolgente, a volte sembrava schivo e scontroso, ma forse era solo una corazza. Lo stimavo ed ero contento della sua buona opinione.

Ciao Bartolo

Carlo Calzolari

L'Associazione MEE, Gruppo di Studio di Medicina per l'Età Evolutiva, col suo Presidente Prof. Fabio Franchini, si associa al cordoglio dei Medici fiorentini per la grave perdita del Prof. Giorgio Bartolozzi.



Leadership al Femminile nella Sanità Toscana Criticità ed Eccellenze

Sabato 24 Novembre 2012

Scuola Sanità Militare - Via Venezia 5, Firenze

08.30-09.00	Saluti delle Autorità
	MODERATORI: ANTONELLA AGNELLO, MARIA ANTONIA PATA
09.00-09.30	Donne in medicina, esempi dal passato MARIA CRISTINA BOSCHI, Firenze
09.30-10.00	I numeri di oggi FEDERICA ZOLFANELLI, Firenze
10.00-10.30	Discriminazioni remunerative di genere? MONICA CALAMAI, Livorno
10.30-11.00	Discussione
11.00-11.30	INTERVALLO
11.30-12.00	Leadership nelle Società Scientifiche GIOVANNA RICCIPIPETTONI, Milano
12.00-12.30	Condizioni di lavoro e conciliazione ANTONELLA AGNELLO, Padova
12.30-13.00	Discussione
14.00-15.00	Colazione di lavoro
15.00-15.30	Filmato
15.30-17.00	Tavola Rotonda

Quanta strada ancora per il pieno raggiungimento di una Leadership Femminile in Sanità?

MODERATORI: TERESITA MAZZEI, ANTONIO PANTI

Relatori: ANNA BALDI (*Responsabile Reg.le CGIL Medici*) - SUSANNA CRESSATI (*Capo ufficio Stampa della Regione Toscana*) - ROSA MARIA DI GIORGI (*Assessore all'Educazione del Comune di Firenze*) - LUIGI MARRONI (*Assessore al Diritto alla Salute, Regione Toscana*) - CRISTINA SCALETTI (*Assessore alla Cultura, Regione Toscana*) - CLAUDIA TOGNONI (*Revisore dei Conti Ordine di Firenze*) - LUIGI TUCCI (*Direttore Comunicazione e Sviluppo Asl 10 Firenze*)

Iscrizione gratuita. Si prega di dare cortese conferma di partecipazione entro il 15 novembre a: relazioniesterne@ordine-medici-fiorenze.it, inserendo come oggetto: Iscrizione convegno 24 novembre

Fare ed essere psicoterapeuta

Corrado Bogliolo

Franco Angeli Editore

Un'altra opera recente di Bogliolo è dedicata alla formazione degli psicoterapeuti sia dal punto di vista pedagogico che per quel che attiene alla personalità e al vissuto familiare e sociale del discente. In questo intreccio dell'attività didattica e professionale con la scoperta della consapevolezza dei propri limiti e errori si forma un vero professionista, dotato di empatia e di serenità nel rapporto col paziente. Il volume è cor-

redato da una serie di casi clinici dimostrativi appunto di questo insolubile intreccio di diversi vissuti e di come lo si possa trasformare in positività relazionale. È sotteso a questa tesi che lo stesso percorso dovrebbe essere offerto a tutti i medici che più interagiscono col paziente in una comune storia di vita e di malattia, fondamentale i medici di medicina generale.

Bruno Rimoldi

Marilyn Monroe

Francesco Mari, Elisabetta Bertol

Le Lettere Editore

Eravamo abituati ai "fuori programma" rispetto alla consueta produzione scientifica di Francesco Mari e Elisabetta Bertol che, altre volte, ci hanno sorpreso con sapienti e piacevolissime ricostruzioni di intricate vicende rimaste celate nei secoli. Questa volta, con alcuni validi collaboratori, si dedicano alla rivisitazione di uno dei misteri più intriganti dei tanti che hanno punteggiato la storia degli States. Qui si ricostruisce con acribia scientifica e con puntigliosità poliziesca, degna dei migliori detectives, la complessa vicenda della morte di una delle maggiori icone del mondo contemporaneo, Marilyn Monroe, che ha inciso sulla storia del cinema quanto i più celebrati registi. Una story che va letta tutta d'un fiato perché riesce a tenere insieme la gelida rilettura di verbali e testimonianze con la vita e il vissuto della più celebre diva dei

tempi moderni. La conclusione, che forse sospettavamo, ma che è giustificata da un'analisi competente e condotta con mano sicura è che Marilyn "è stata suicidata", il che è una definizione poco giuridica ma esplicita. Edito da "Le Lettere" il libro è completato da una piacevole iconografia. Perché parlarne ai medici? Perché è anche un'affascinante lezione di tossicologia forense e uno spaccato di come la medicina anche la più costosa e specialistica - Marilyn passa tutta la vita in cura dai migliori psicoanalisti americani, perfino Anna Freud e assume ogni genere di pillole durante la sua vita travagliata e penosa nonostante il successo planetario - non può sostituire carenze di affetto né consentire di resistere alle pressioni eccessive di un ambiente fin troppo disumanizzante.

Antonio Panti

Se' tu già' costi' ritto Benedetto?

Gregorio Monasta

Editori Riuniti

“Non si può fare i medici senza conoscere il prezzo del caffè alla Borsa di Londra” afferma Gregorio Monasta, medico fiorentino. Che dopo un'intera vita trascorsa ad aiutare le popolazioni più misere e disagiate del terzo mondo, rientrato in Italia, racconta la sua esperienza in un libro, edito dagli Editori Riuniti, di appassionata, coinvolgente denuncia. In effetti, quando si vive senza assistenza medica con uno o due dollari di reddito giornaliero, se cala il prezzo del caffè, unica fonte di guadagno e di sopravvivenza di folle di contadini africani, e la borsa cede, che accade della salute propria e dei figli? Tutti i medici sanno che i veri rischi primari per la salute sono la miseria e l'ignoranza. Se le malattie da iniquità non sono vinte del tutto neppure nei nostri sofisticati e costosissimi sistemi sanitari occidentali, che fare quando l'indigenza non consente neppure di vaccinare i bambini? Le organizzazioni umanitarie e le persone come Monasta fanno

molto ma gli Stati ancora poco, assai poco, e nella storia i respingimenti non sono mai serviti a nulla. L'autore, cattolico, cresciuto alla scuola di La Pira e Don Milani, intreccia la sua narrazione con una critica serrata alla Chiesa cercando di portare un contributo di pensiero teso a sanare la cesura tra il messaggio cristiano, la sua possibile pratica donata ai poveri della terra, e la pompa e il fasto dell'Ecclesia Triumphans. "La Chiesa tra potere e spiritualità" è il sottotitolo del libro che ha una prefazione di Gustavo Zagrebelsky. Lasciamo ai lettori il giudizio sulle considerazioni politiche di un cattolico che, tuttavia, racconta vita e esperienze che non possono passare misconosciute. Proprio di quei medici che, nel proprio paese o in quelli più lontani, hanno dedicato la vita a assistere con umanità e compassione chi soffre, si nutre la più profonda ragion d'essere della medicina nella società.

Antonio Panti

La scultura della famiglia

Corrado Bogliolo

Armando Editore

Leditore Armando pubblica l'ultima fatica di Corrado Bogliolo che, con alcuni collaboratori, si dedica a una nuova visione psicoterapeutica della famiglia, la costruzione di un modello scultoreo spaziale. È una tecnica che è insieme strumento formativo e terapeutico all'interno dell'indirizzo relazionale, in

cui la rappresentazione spaziale dei corpi dei familiari, presenti e passati, consente esperienze rivelatrici di nuovi significati del vissuto familiare. Il testo si completa con la descrizione di esperienze pratiche.

Bruno Rimoldi



Sottoponiamo periodicamente ai colleghi lettori di Toscana Medica, ai fini dell'informazione e della riflessione, alcuni casi disciplinari paradigmatici che il Consiglio dell'Ordine ha discusso e talora sanzionato.

Grida e graffi in guardia medica

Il caso

In una sede di guardia medica in cui operano due medici in due distinti ambulatori, un collega – di ritorno da una visita domiciliare ed essendo la prima stanza occupata da un'altra collega – intende entrare nel secondo ambulatorio, ma non riesce a trovare le chiavi. Per questo entra nella stanza accanto per chiederle alla collega, che però è al telefono impegnata in una conversazione privata e gli risponde di non sapere dove siano.

Per non disturbarla, il medico si reca per una mezz'ora nella stanza attigua dedicata al primo soccorso e dove stanno operando un medico e un'infermiera. Non facendosi viva la collega, però, decide di tornare lui nella stanza da lei occupata, ma la trova chiusa a chiave; per questo, bussa varie volte senza successo dopo di che, aperta la porta, la collega lo aggredisce e lo percuote. Il medico di Primo Soccorso e l'infermiera accorrono nella stanza, gli medicano le ferite e stilano un referto.

Il parere dei due medici

Gli eventi di cui sopra seguono passo passo la trattazione del collega, che in più aggiunge che dopo essere stato preso a schiaffi dalla dottoressa, si è visto costretto ad allontanarla e ad avvicinarla sul lettino per tenerla ferma, in quanto agitava violentemente le braccia e le gambe. La dottoressa invece sostiene di essere stata lei a essere colpita.

Il parere dell'Ordine

L'Ordine, sentite le parti, ritiene le informazioni sufficienti a definire il quadro della situazione. Si ritiene infatti che, mentre la ricostruzione dei fatti operata dal primo medico appariva logicamente coerente e corroborata da dati documentali, quella della dottoressa non consentiva di comprendere una

logica motivazione dell'evento e non forniva riscontri oggettivi né documentali né testimoniali.

Per questa ragione l'Ordine ritiene che la responsabilità dell'evento sia da imputare alla collega che ha reagito in maniera eccessiva alla richiesta del collega, con un comportamento incongruo a un corretto scambio fra persone ragionevoli.

A sostegno di questa tesi stanno in più le testimonianze del medico e dell'infermiera del Primo Soccorso e del referto stilato dal primo per il primo medico, ma non per la dottoressa.

Il provvedimento

La Commissione ordinistica ritiene che al primo medico non sia imputabile alcuna responsabilità nell'accaduto e lo proscioglie dall'addebito, mentre riconosce la dottoressa responsabile di comportamento assolutamente inadeguato nei confronti del collega e le commina come sanzione la *censura*.

Commento

Questo episodio, sinceramente non frequente, contravviene in ogni caso a un aspetto fondamentale di ogni relazione interumana, quello del rispetto e del decoro. L'Ordine ha ritenuto che l'aggressione sopra descritta rientrasse dunque anche nella violazione dell'articolo 2 (1° comma) del Codice di Deontologia Professionale, quello generale che si occupa di "Potestà e sanzioni disciplinari".

Eccone il testo: L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili dalle Commissioni disciplinari con le sanzioni previste dalla legge.

TM



Provvedimenti disciplinari Ordine Firenze anno 2011

Nel 2011 l'Ordine di Firenze ha assunto i seguenti provvedimenti:

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| • Deliberazioni di apertura di procedimento disciplinare | n. 40 | • Deliberazioni di assoluzione o di archiviazione del procedimento disciplinare | n. 11 |
| • Deliberazioni di apertura e sospensione di procedimento disciplinare in attesa di giudizio penale | n. 16 | • Provvedimenti di avvertimento | n. 6 |
| • Sospensioni dall'esercizio della professione nei casi di cui all'art. 43 del DPR 221/1950 | n. 1 | • Provvedimenti di censura | n. 4 |
| | | • Provvedimenti di sospensione | n. 2 |
| | | • Provvedimenti di radiazione | n. 0 |



Spending review et similia: un po' di chiarezza

Fra luglio e agosto l'accavallarsi di decreti, provvedimenti ed emendamenti sulla "Spending review" e su altre disposizioni ha creato

Il decreto legge sulla "Spending review" è stato convertito in Legge dal Parlamento ed è entrato in vigore il 15 agosto scorso.

Per quanto riguarda la contestata norma sulla prescrizione dei medicinali, il testo definitivo del decreto è il seguente: "Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia

Il decreto di attuazione della Legge 148/2011 è entrato in vigore anch'esso il 15 agosto scorso.

Nel decreto vi sono norme che interessano tutte le professioni e altre che interessano solo le professioni tecniche e giuridiche, ma non le professioni sanitarie.

Fra le prime (quelle che interessano anche i medici) vi è la norma sulla pubblicità che così dispone: "E' ammessa con ogni mezzo la

Per quanto riguarda l'obbligo di assicurazione contro i rischi da responsabilità civile professionale, è stato rinviato di un anno al 13 agosto 2013. Tuttavia resta valida la raccomandazione dell'Ordine di dotarsi (se non già stipulata) di idonea copertura assicurativa al di là dell'obbligo di legge, per evitare che il medico resti scoperto e risponda

Sempre nel provvedimento per lo sviluppo, ancora in discussione, le norme che interessano la sanità riguardano anche l'intramoenia e la reperibilità dei medici di famiglia 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Per quanto riguarda l'intramoenia, dovrebbero essere messi dei paletti

Che le tariffe e i compensi professionali sono oramai liberalizzati e che ogni tariffario è abolito è cosa nota. La novità di questi giorni sta in un decreto del Ministro della Giustizia che però si applica solo alle professioni tecniche e giuridiche e non alle professioni sanitarie. Per il momento, quindi, potremmo anche evitare di parlarne, ma può essere interessante vedere quali norme sono state previste per le altre professioni, perché probabilmente a breve ne usciranno di simi-

una certa confusione riguardo alle nuove norme che interessano il mondo delle professioni. Cerchiamo di fare un po' di chiarezza, focaliz-

Prescrizione di farmaci

non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il far-

Pubblicità

pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale e i compensi richiesti per le prestazioni. Le informazioni pubblicitarie di cui al comma 1 devono essere funzionali all'oggetto, veritiere e corrette, non devono violare l'obbligo del segreto professionale e non devono essere equivo-

Obbligo di assicurazione

col proprio patrimonio personale in caso di risarcimento per errore professionale. Nel frattempo il Ministro della Salute ha inserito nel pacchetto di misure per lo sviluppo che dovrà essere a breve discusso dal Consiglio dei Ministri anche una serie di norme in cui è previsto che il medico che, nell'esercizio della sua professione, si attiene ai

Intramoenia e medici di famiglia H24

per l'esercizio della professione al di fuori delle strutture ospedaliere: riscossione dei compensi con strumenti tracciabili (no al contante) e requisiti per le strutture ospitanti. Per i medici di famiglia, forte spinta all'associazionismo, in modo da garantire al paziente assistenza

Liberalizzazione tariffaria e obbligo di preventivo

li anche per i medici. In particolare il Ministro della Giustizia dice che il giudice, nel liquidare il compenso ad un professionista, deve tener conto di vari parametri, fra cui anche il fatto che il professionista abbia o meno sottoposto al cliente il preventivo di spesa. In mancanza di preventivo, il giudice è autorizzato a ridurre l'importo del compenso chiesto dal professionista. Si ripete che per il momento questa è una disposizione che non riguarda direttamente i medici, ma è bene tener

zando l'attenzione sulle norme che interessano i medici.

macista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità".

Sempre sul fronte della sanità, è prevista la riduzione dei posti letto che da 4 per mille abitanti scenderà a 3,7. Viene infine aumentato lo sconto sui farmaci a carico del SSN che graverà sulle aziende farmaceutiche e sulle farmacie.

che, ingannevoli o denigratorie. La violazione della disposizione di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare".

Non riguardano, invece, le professioni sanitarie le norme contenute nel decreto che disciplinano il tirocinio e il procedimento disciplinare. Nemmeno quelle relative alla formazione obbligatoria, in quanto per le professioni sanitarie resta confermata la disciplina ECM.

protocolli e alle linee guida, risponde solo per i danni causati da dolo o da colpa grave. Inoltre viene previsto che dovrà essere emanato un regolamento ministeriale per fissare i parametri delle clausole dei contratti assicurativi per responsabilità medica, con formule tipo il bonus/malus esistenti per le polizze auto.

continuativa senza interruzioni. Resta il medico di fiducia, scelto dal cittadino, ma dovrà operare con altri colleghi che avranno accesso alla scheda sanitaria elettronica del paziente in caso di necessità.

conto di questo orientamento ministeriale e che anche i medici liberi professionisti prendano l'abitudine di sottoporre al cliente il preventivo di spesa onde evitare problemi nelle procedure di riscossione. Inoltre il decreto implicitamente abroga i pareri di congruità rilasciati dagli Ordini. Il fatto che da ora in poi sarà il giudice a stabilire l'equità del compenso, sulla base dei parametri previsti dal decreto, rende superfluo e quindi non più necessario il parere di congruità ordinistico.



La pillola dei cinque giorni dopo

Arriva anche in Italia la pillola dei 5 giorni dopo, il nuovo farmaco contraccettivo d'emergenza a base di Ulipristai acetato, disponibile nelle farmacie italiane a partire dal 2 aprile scorso. Maggiore efficacia e tollerabilità sono i suoi punti forti, come hanno spiegato gli esperti nel corso di una conferenza stampa promossa per illustrare l'azione del nuovo farmaco. Utilizzato entro le prime 24 ore dal rapporto è tre volte più efficace delle vecchie preparazioni a base di Levonorgestrel, e due volte di più nelle prime 72 ore. Inoltre, la

nuova pillola può essere assunta dalle donne fino a cinque giorni dopo il rapporto non adeguatamente protetto e quindi a rischio di gravidanza non desiderata. Il farmaco richiede una ricetta medica non ripetibile. Prima della prescrizione il medico è tenuto a verificare l'assenza di una gravidanza preesistente attraverso l'esito negativo di un test a base di beta Hcg. Test che la donna può effettuare anche con un semplice stick sulle urine reperibile nelle farmacie. La contraccezione di emergenza agisce evitando il concepimento

e non ha effetti abortivi. La nuova pillola va assunta il prima possibile e non oltre le 120 ore dal rapporto non protetto o anche dopo l'uso di un altro metodo contraccettivo non adeguatamente utilizzato (ad esempio quando la donna ha dimenticato di assumere 2-3 o più pillole anticoncezionali, c'è stato un distacco del cerotto, la rottura di un preservativo) e nei casi in cui si sia registrata una violenza sessuale. Non può quindi, e non deve mai, sostituire un metodo contraccettivo di routine.

Illegittimità della trattenuta IRAP

Con ricorso al Tribunale, alcuni sanitari dipendenti di una ASL, autorizzati all'esercizio della attività libero professionale in regime di intramoenia, espongono di aver ricevuto dall'Azienda una comunicazione secondo cui l'IRAP, rappresentando un onere aggiuntivo sugli emolumenti corrisposti a titolo di attività libero

professionale, sarebbe stata recuperata dalla tariffa garantita ad ogni medico o équipe. I ricorrenti lamentavano che in questo modo l'amministrazione avrebbe trasferito illegittimamente l'onere derivante da questa imposta direttamente in capo ai sanitari, con un conseguente aumento delle tariffe praticate ai pazienti. Sono sogget-

ti all'IRAP gli enti pubblici che corrispondono i trattamenti relativi a prestazioni intramurarie non i singoli sanitari. Il Tribunale in primo grado e la Corte d'Appello hanno accolto le ragioni dei sanitari dichiarando l'illegittimità delle trattenute IRAP. (Cassazione Civile - Sezione Lavoro; Sentenza n. 8533 del 29/05/2012).

Modifiche al DPGR 22 marzo 2012 n. 10/r

Con il D.P.G.R. del 22/03/2012 n. 10/R "Modifiche al decreto del Presidente della Giunta Regionale 24 dicembre 2010, 61/R (Regolamento di attuazione della Legge Regionale 5 Agosto 2009 n. 51) pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 13, parte prima del 28 marzo 2011, sono state apportate fra le altre, le seguenti modifiche all'allegato A del regolamento: è stata corretta la cadenza da quadriennale a biennale per la partecipazione del personale sanitario ai corsi Basic Life Support Defibrillation in conformità con la normativa nazionale e re-

gionale; in analogia con il parere n. 60/2011 del Consiglio sanitario regionale nel paragrafo "Requisiti Organizzativi" della sottosezione B1.5 relativa all'endoscopia, al posto della richiesta disponibilità nel presidio del medico anestesia generale nel qual caso è richiesta la presenza anche di un medico anestesista e gli altri casi in cui è sufficiente il medico e l'infermiere a supporto, in possesso entrambi di attestato BLS-D; nel paragrafo "protocolli di continuità assistenziale" della Sezione C1.16 relativa al presidio autonomo di day-surgery, è eliminata la procedura di

raccordo organizzativo con un presidio di classe A per la gestione di eventuali complicanze in quanto tale procedura è di fatto già in essere nelle modalità di attivazione del servizio di emergenza urgenza del 118 che per definizione non è programmabile; permane invece la procedura di raccordo con i presidi di classe A e B per il trasferimento del paziente che necessita di ricovero ordinario per il proseguimento delle cure. Referenti di settore per la Regione Toscana: Loredana de Simio, Manuela Fioretti, Sabrina Lelli.

Informazione odontoiatrica

Il caso del professionista denunciato per evasione fiscale

"Ci costituiamo come parte lesa nei confronti del professionista romano denunciato per evasione fiscale". A dichiararlo è Gianfranco Prada presidente dell'ANDI il più rappresentativo sindacato dei dentisti italiani, con oltre 23.000 soci. Il medico romano denunciato per l'evasione di otto milioni di euro non risulta nemmeno iscritto all'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine di Roma e quindi esercita in modo irregolare la professione di dentista. "La vicenda che ha trovato spazio nelle cronache di questi giorni, continua il Presidente ANDI, non fa altro che penalizzare l'immagine della

nostra professione fomentando il luogo comune del dentista evasore che non trova riscontri in nessun dato certo. Infatti sulla base dei numeri ufficiali diffusi nei giorni scorsi dall'Agenzia delle Entrate, i dentisti con i loro 129.400 euro di fatturato medio (dati dell'anno 2010) sono, dopo i notai, i liberi professionisti che denunciano di più: quasi il doppio dei colleghi medici, il triplo di quanto denuncia mediamente un architetto. Combattere l'evasione fiscale è anche negli interessi della nostra categoria, chi lavora in nero non solo fa concorrenza sleale nei confronti dei dentisti onesti potendo appli-

care tariffe più basse ma spesso offre prodotti scadenti ai propri pazienti essendo costretto a comprare materiali non fatturati e quindi senza la garanzia delle necessarie certificazioni di qualità". Anche a livello FNOMCeO si inizia a discutere (ad esempio per le tariffe del medico competente) se un eccessivo ribasso può essere di pregiudizio per la qualità delle prestazioni. Non si auspica un ritorno al tariffario minimo già abolito dal decreto Bersani, ma si inizia a discutere sul valore delle prestazioni legate alla osservazione delle linee guida. Vedremo gli sviluppi.



Modalità tecniche per le certificazioni di malattia

Il servizio di trasmissione telematica dei certificati di malattia è finalizzato a consentire l'invio, da parte dei medici del SSN, dei certificati attestanti l'assenza per malattia per i lavoratori sia del settore privato sia del settore pubblico all'INPS e, per il suo tramite, ai rispettivi datori di lavoro, secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente. Sulla Gazzetta

Ufficiale della Repubblica Italiana n. 128 del 4/06/2012 è stato pubblicato il decreto interministeriale 18/04/2012 recante la definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC Sistema di accoglienza centrale. Il nuovo capitolato tecnico risolve alcuni problemi del precedente modello di certi-

ficazione, quali l'identificazione della qualifica del medico o l'attestazione di speciali patologie, correlate a specifici benefici per l'assistito. Inoltre, la nuova modalità di dimissione ospedaliera dovrebbe risolvere le difficoltà segnalate per l'attuazione dell'obbligo certificativo in capo al medico ospedaliero.

Obbligo di referto quando il medico presta la propria opera in occasione di infortuni e di malattie professionali

È stato recentemente siglato un accordo tra tutte le Procure della Repubblica della Toscana e tutte le ASL finalizzato a perseguire in maniera sistematica i responsabili di lesioni colpose gravi (prognosi superiore a 40 giorni, pericolo di vita, indebolimento permanente di un organo o di un apparato) o di omicidi colposi verificatisi in occasione di lavoro. Le indagini saranno condotte dalle Unità Funzionali di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (U.F. P.I.S.L.L.) delle ASL alle quali dovranno essere trasmessi i referti. Per rendere operativo l'accordo è necessaria, oltre che obbligatoria e penalmente sanzionata, la collaborazione di tutti i medici che prestano assistenza od opera in occasione di malattie

professionali od infortuni sul lavoro. Per questo le Procure della Repubblica e le Direzioni Generali delle Aziende USL raccomandano ai medici di inoltrare sempre il referto alle UU.FF. P.I.S.L.L. delle ASL (e non alle Procure della Repubblica, carabinieri o ad altri corpi di polizia) quando prestano assistenza od opera in occasione di lesioni che possono essere ricondotte a malattie professionali od infortuni sul lavoro; redigere referti massimamente attendibili, non solo in ordine alla diagnosi ma soprattutto alla prognosi, che è quasi sistematicamente sottostimata nel primo certificato, con la conseguenza di ritardare l'avvio delle indagini e di renderle meno efficaci; redigere sempre referto al momento della constatazione di

un decesso che possa essere correlato con l'attività lavorativa svolta; prestare maggiore attenzione alla possibile origine professionale di patologie a genesi multifattoriale quali ad esempio broncopneumopatie, patologie osteorticolari. Da segnalare che, essendo il referto inoltrato alle Aziende USL, nessuna conseguenza negativa può comunque derivare a carico del soggetto infortunato o affetto da patologia professionale, anche se lavoratore irregolare o irregolarmente presente in Italia. Le informazioni relative agli infortuni pervengono in tempi successivi alle UU.FF. P.I.S.L.L. delle ASL anche attraverso l'INAIL e che è quindi possibile evidenziare e perseguire le omissioni di referto.

Concorso Nazionale A.M.M.I.

Per il conferimento del supporto finanziario per un progetto di ricerca in Medicina di Genere e Farmacologia di Genere da svolgere nelle Università e nei Consorzi Intereuniversitari Italiani.

Sono risultati vincitori ex equo:

- Dr.ssa Campesi Ilaria - Università di Sassari - con il progetto: "Individuazione di biomarker e target farmacologici sesso-genere specifici per il diabete di tipo 2".

- Dr.ssa Saracini Claudia - Università di Firenze - con il progetto: "Valutazione del rischio vascolare a lungo termine in donne con pregressa storia di preeclampsia e/o ritardo di crescita fetale".

La responsabilità non termina con la delega

Ragazzo di 19 anni, affetto da grave ascesso dentale, si reca all'ospedale per fortissimi dolori; il medico del pronto soccorso riconosce una grave patologia, che non risponde alla terapia antibiotica ma lo dimette senza incidere l'ascesso o senza disporre l'incisione. Per questa ragione il giovane si rivolge ancora a un dentista che, per mancanza di strumenti e personale adeguati, lo invita a rivolgersi a un ospedale. Viene dunque ricoverato due volte e subito dimesso. Il ragazzo muore.

I giudici, nelle diverse fasi processuali fino alla Cassazione,

condannano i medici. Le ragioni? Almeno due, legate ai vari professionisti coinvolti:

1. I medici del pronto soccorso hanno omesso di provvedere all'incisione dell'ascesso, che ha poi provocato mediastinite e sofferenza cardiaca con edema polmonare finale del giovane.

2. Il dentista (assolto in primo grado, ma condannato in appello) non ha seguito il percorso di cura del suo paziente, fornendo idonea spiegazione ai colleghi ospedalieri.

Il collegio di legittimità ha ricordato che se esiste colpa medica "in presenza di una condotta col-

posa posta in essere da un determinato soggetto, non può ritenersi interrottiva del nesso di causalità una successiva condotta parimente colposa posta in essere da altro soggetto, quando essa non abbia le caratteristiche dell'assoluta imprevedibilità".

Insomma, se un medico invia a un collega (specialista, ospedaliero o quant'altro) un proprio assistito (anche occasionale), la sua responsabilità non termina con l'invio e la delega, soprattutto se non ha adeguatamente informato il collega o la struttura cui il malato viene affidato.



La nuova legislazione di farmacovigilanza: cosa cambia

È in vigore dal 2 luglio 2012 la nuova normativa europea in materia di *farmacovigilanza* (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/glossary/term/1454>), modificata con l'adozione nel 2010 del Regolamento UE 1235/2010 e della Direttiva 2010/84/UE, attualmente in fase di recepimento.

I cambiamenti introdotti tendono ad aumentare l'efficacia, la rapidità, la comunicazione e la trasparenza degli interventi di *farmacovigilanza* (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/glossary/term/1454>) e degli annunci di sicurezza attraverso regole che mirano a:

- rafforzare i sistemi di *farmacovigilanza* (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/glossary/term/1454>);
- razionalizzare le attività tra gli Stati Membri attraverso la condivisione del lavoro svolto evitando duplicazioni;
- incrementare la partecipazione dei pazienti e degli operatori sanitari;
- migliorare i sistemi di comunicazione delle decisioni prese e darne adeguata motivazione;
- aumentare la trasparenza.

Data la complessità delle attività da svolgere e dei cambiamenti da effettuare le modifiche saranno rese esecutive in tempi successivi, iniziando dai cambiamenti a maggior impatto sulla tutela della salute pubblica.

In primo luogo, cambia la definizione di *reazione avversa* (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/glossary/term/1475>)

intesa ora come "Effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un medicinale". Di fatto, con tale definizione, indipendente dal tipo di uso del medicinale, saranno oggetto di segnalazione le reazioni avverse, incluse anche quelle derivanti da errore terapeutico, abuso, misuso, uso off-label, sovradosaggio ed esposizione professionale. Pertanto, si avrà un incremento delle segnalazioni a cui corrisponderà una maggiore attività di monitoraggio.

È stato inoltre previsto che siano resi disponibili al pubblico, attraverso il portale web:

- i rapporti di valutazione pubblici, unitamente a una loro sintesi;
- i riassunti delle caratteristiche del prodotto e i fogli illustrativi; i riassunti dei piani di gestione del rischio;
- l'elenco dei medicinali sottoposti a monitoraggio aggiuntivo;
- le informazioni sulle diverse modalità per la segnalazione di sospette reazioni avverse dei medicinali alle autorità competenti da parte degli operatori sanitari e dei pazienti.

In tutti i paesi dell'UE i pazienti potranno segnalare direttamente le sospette reazioni avverse. In Italia questa possibilità è già prevista da anni mediante modulo cartaceo, ma d'ora in avanti le segnalazioni potranno essere effettuate anche via web.

Tutte le segnalazioni di reazioni avverse confluiranno nel databa-

se europeo Eudravigilance con una tempistica diversificata a seconda della gravità della reazione (entro 15 giorni per le segnalazioni gravi ed entro 90 giorni per quelle non gravi) e saranno accessibili al pubblico. Nel database Eudravigilance confluiranno anche le segnalazioni da parte delle aziende farmaceutiche. Il monitoraggio dei dati raccolti nel database Eudravigilance sarà effettuato dall'EMA, l'Agenzia Europea dei Medicinali, in cooperazione con gli Stati Membri, mentre il monitoraggio dei dati originati a livello nazionale sarà effettuato dallo Stato Membro coinvolto.

Le premesse per il raggiungimento di tali obiettivi sono state già poste in essere, mentre, per quanto riguarda i risultati bisognerà attendere il pieno funzionamento di quanto previsto, anche in termini di formazione del personale sanitario, con particolare riguardo alle attività di *farmacovigilanza* (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/glossary/term/1454>) da parte delle strutture sanitarie e, più in generale, una maggiore partecipazione di tutte le parti interessate, inclusi i pazienti.

Per approfondimenti consulta la sezione dedicata sul sito AIFA (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/node/11441/>) e visita la sezione dedicata sul sito EMA (http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/general/general_content_000492.jsp&mid=WC0b01ac058033e8ad).

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

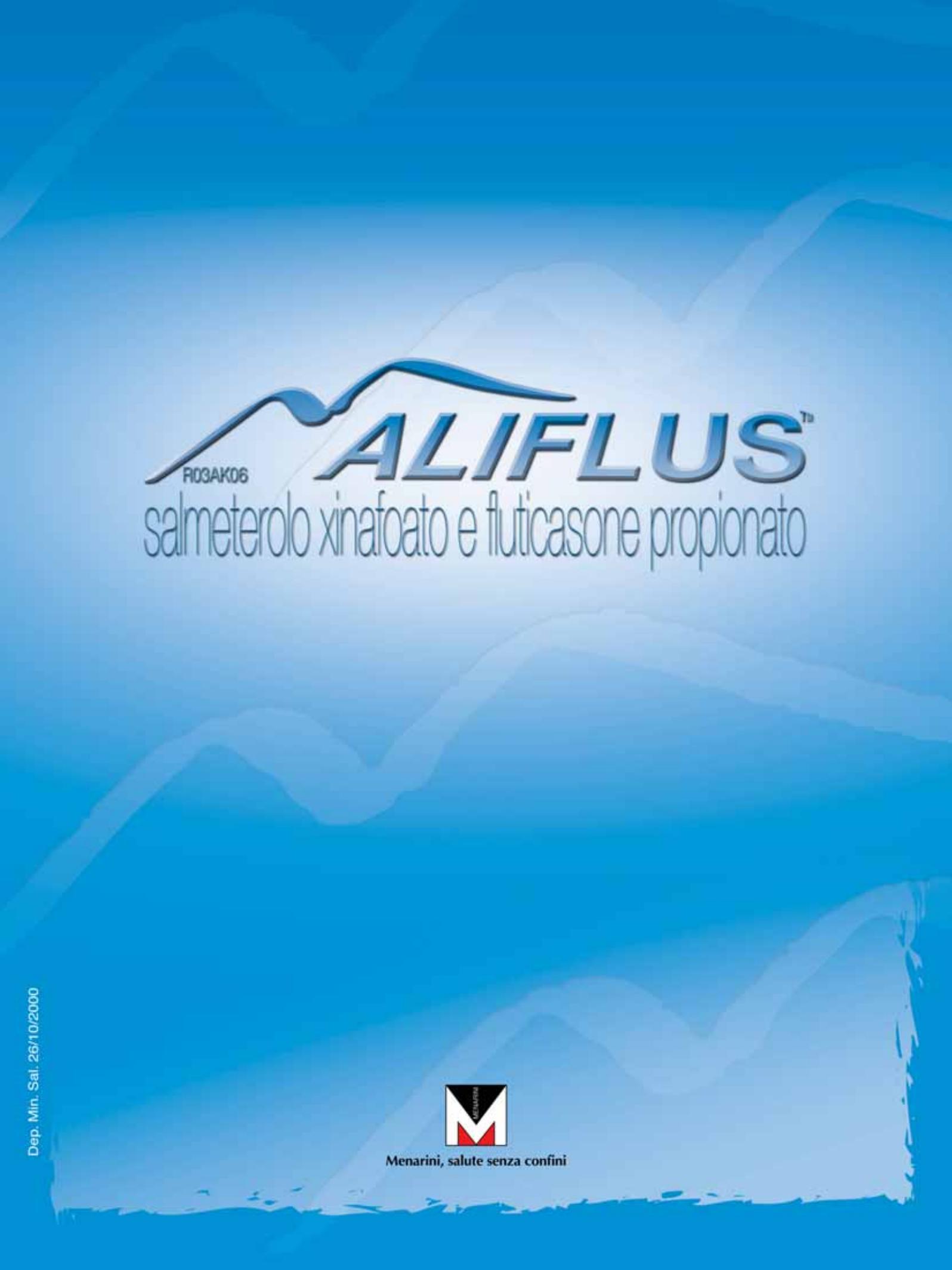
CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI sito Internet dell'Ordine
AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org
FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

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

~ ~ ~

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



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini



Edizione del
centocinquantesimo
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

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

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



Eugene Fiumi

Cosimo Cecchi



Fondazione Spadolini
Nuova Antologia