



# ToscanaMedica

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



## Un passo avanti nella terapia anticoagulante

G. Casolo, S. Giustini, S. Grifoni, D. Inzitari,  
A. Messori, P. Salvadori

## Appropriatezza in cardiologia

A. Dolara

## Una panoramica sul taglio cesareo

A.M. Celesti, M. Da Fré, E. Fanti, M. Puglia, F. Voller,  
F. Cipriani, M. Di Tommaso, V. Dubini, G. Spinelli, S. Olivieri

## La violenza globale contro le donne

G. Maciocco

# N° 8 SETTEMBRE 2013



Depositato presso AIFA in data 06/05/2013

**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

- Il sogno prima di Freud  
*F. Napoli* **4**

**EDITORIALE**

- Lawsuit Lottery  
*A. Panti* **5**

**OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani**

- Un passo avanti nella terapia anticoagulante  
*G. Casolo, S. Giustini, S. Grifoni, D. Inzitari, A. Messori, P. Salvadori* **6**
- Le innovazioni fra benefici e costi  
*A. Panti* **14**

**QUALITÀ E PROFESSIONE**

- La Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica Senese  
*N. Nante e coll.* **15**
- Attraversare il lutto  
*M. Orsi* **18**
- L'esigenza formativa sul lutto perinatale degli operatori sanitari toscani  
*C. Ravaldi e coll.* **19**
- Tra tanti medici c'è un dottore?  
*A. Panti* **23**
- La salute nella prospettiva della prosperità delle popolazioni  
*G. Galletti e coll.* **24**
- Il Tavolo Tecnico Interdisciplinare *Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS*  
*A. Sanna e coll.* **25**
- Il sovraffollamento carcerario  
*F. Ceraudo* **39**
- Interazioni farmacologiche delle medicine complementari  
*A. Oteri* **41**

- Appropriattezza in cardiologia  
*A. Dolara* **43**

**REGIONE TOSCANA**

- Una panoramica sul taglio cesareo  
*A.M. Celesti, M. Da Fré, E. Fanti, M. Puglia, F. Voller, F. Cipriani, M. Di Tommaso, V. Dubini, G. Spinelli, S. Olivieri* **27**

**BACHECA**

**RICERCA E CLINICA**

- La neurostimolazione per la cura del dolore cronico  
*G. De Carolis e coll.* **46**
- Le amputazioni maggiori dell'arto inferiore  
*M. Rosati e coll.* **48**
- Un "vecchio" strumento per una nuova applicazione  
*F. Marini e coll.* **49**

**SANITÀ NEL MONDO**

- La violenza globale contro le donne  
*G. Maciocco* **51**

**LETTI PER VOI**

**LETTERE AL DIRETTORE**

- A "s" proposito di Basaglia!  
*L. Galli* **56**

**CORSI E CONVEGNI**

**56/61**

**STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA**

- La forchetta di Caterina De' Medici  
*M. Fanfani* **57**

**VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani**

**61**

**NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi**

**61**

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



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

Anno XXXI n. 8 - Settembre 2013  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta  
*Anonimo fiammingo. Il sogno di Raffaello, tavola.*  
*Airola (Benevento), collezione privata*

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

**Direttore Responsabile**

Antonio Panti

**Redattore capo**

Bruno Rimoldi

**Redattore**

Simone Pancani

**Segretaria di redazione**

Antonella Barresi

**Direzione e Redazione**

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

**Editore**

Edizioni Tassinari  
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze  
e-mail: [pre.stampa@edizionitassinari.it](mailto:pre.stampa@edizionitassinari.it)

**Pubblicità**

Edizioni Tassinari  
tel. 055 570323 fax 055 582789  
e-mail: [ricardo@edizionitassinari.it](mailto:ricardo@edizionitassinari.it)  
<http://www.edizionitassinari.it>

**Stampa**

Nuova Grafica Fiorentina  
via Traversari - Firenze

**COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA**

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

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





# Lawsuit Lottery

ANTONIO PANTI

“**L**otteria processuale”, così gli americani descrivono la sorte dei medici che finiscono (talora giustamente) nel tritacarne giudiziario. L'obbligo di assicurarsi è stato rinviato al 13 agosto 2014. Tuttavia, anche se non vi è obbligo, i premi sono altissimi e le assicurazioni possono revocare i contratti a loro piacimento. Intanto il contenzioso aumenta, in mezzo all'ignoranza dei magistrati dei problemi assistenziali e alla disparità delle sentenze. Il sistema risarcitorio non funziona né per i medici né per i pazienti. Insomma l'assicurazione obbligatoria (inevitabile e assolutamente giusta) esige, per essere una cosa seria, di una modifica del sistema legale: troppe sono le incertezze nei giudizi.

Intanto la discordanza tra periti. Alcuni studi americani dimostrano un alto tasso di disomogeneità nelle perizie per cui è difficile definire in senso giuridico lo standard delle cure. Inoltre c'è troppa facilità ad attribuire colpe perché c'è un danno. L'entità del danno, particolarmente nel civile, può influenzare il risarcimento nonostante una non dimostrata negligenza. Inoltre vi è la difficoltà di valutare decisioni assunte prima dell'evento, al momento fondate sul bilanciamento tra possibilità di rischi e probabilità di successo. Stabilire la negligenza sugli esiti e non sul processo di cura è umano ma distorcente.

I giudici dovrebbero tener conto della diligenza media o della “cura normale” mentre, sospinti dai periti, si riferiscono spesso ad un'astratta cura ottimale, disattenta alle quotidiane performances dei medici. Capita che le richieste di risarcimento spesso non siano correlate al danno e pazienti danneggiati non chiedono nulla mentre alcuni medici sono condannati a risarcire danni inesistenti. Tutto ciò induce alla medicina difensiva e quindi al rischio di esami e trattamenti addizionali, scoraggia trattamenti raccomandati ma più rischiosi, induce a nascondere gli errori, deteriora la relazione tra medico e paziente, erode il morale dei medici e impone costi esorbitanti al servizio. In conclusione, il sistema legale è costoso e talmente lungo da essere di per sé ingiusto e, spesso, caratterizzato da errori.

Le linee guida hanno ricevuto accoglienza opposta nelle sentenze e il consenso informato ha solo un peso negativo ove non raccolto. Per quanto i reclami siano pochi rispetto all'enorme quantità di prestazioni, non vi è un rapporto lineare tra questi e la qualità professionale, fatto salvo il dato che l'insoddisfazione del rapporto con un medico indisponibile e poco portato alla comunicazione è la causa più frequente di contenzioso. Se analizziamo le liti emergono tuttavia alcuni temi: la lamentela sullo standard delle cure perché l'incidente non abbia a ripetersi, il desiderio di una spiegazione su come l'incidente si sia verificato; la compensazione del danno e, infine, la convinzione che il medico debba rispondere delle proprie azioni.

Un'altra causa dell'aumento del contenzioso sta nel numero degli avvocati e nella difformità di leggi e sentenze. Lo standard della cura è ciò che è scientificamente indicato o ciò che è legalmente corretto? Sembra esservi un conflitto fra legge e sicurezza del paziente, fra accertamento della responsabilità e correzione degli errori. Troppe responsabilità per il medico. Un medico è stato condannato perché i Nas hanno trovato una fiala di morfina non ancora registrata nel registro che dovrebbe essere tenuto dal coordinatore infermieristico; la Cassazione ha condannato il medico per colpa in vigilando. Troppe responsabilità, incertezza nello standard delle cure, aleatorietà del giudizio e discrasia con la sicurezza del paziente; tutto ciò porta alla malpractice e al disagio. Vi sono rimedi? Proviamo a proporre alcuni:

- limitazione dell'entità del risarcimento;
- limitazione dell'accesso alla via giudiziaria a favore della conciliazione;
- maggiore responsabilità dell'organizzazione;
- adozione del no fault system cioè della responsabilità senza colpa.

I tempi sono maturi per adottare una soluzione che ci allontani dai rischi della sanità americana e ci avvicini ai paesi più attenti alla giustizia per tutti, medici e pazienti.

TM



# Un passo avanti nella terapia anticoagulante

**TOSCANA MEDICA** – *Fibrillazione atriale ed ictus cerebrale: epidemiologia e costi.*

**CASOLO** – La fibrillazione atriale colpisce circa lo 0.5-2% della popolazione generale, in progressivo aumento nel corso degli anni. La sua prevalenza varia moltissimo con l'età, essendo relativamente rara sotto i 50 anni di età ed aumentando esponenzialmente fino al 40% degli ultraottantacinquenni. Si calcola che ad oggi in Italia siano circa 700.000 i soggetti affetti, 3 milioni in Europa e circa 2.5 milioni negli Stati Uniti. L'incidenza annuale della fibrillazione atriale è di circa 2-4 per mille a livello di popolazione generale ed il rischio di presentare la malattia dopo i 50 anni è di 1 caso su 4. Tutte le statistiche ci dicono che il fenomeno andrà ad assumere contorni sempre più preoccupanti nel corso dei prossimi decenni.

**INZITARI** – Il fattore di rischio più importante per l'ictus cerebrale è ad oggi considerato l'ipertensione arteriosa: un soggetto ultrasessantacinquenne iperteso e con fibrillazione atriale presenta un rischio aumentato di ben 5 volte. Dai dati di un grande database europeo da noi pubblicati qualche anno fa, l'ictus da fibrillazione atriale appare più grave in termini sia di mortalità che di disabilità conseguente. Ben il 20% di pazienti ammessi in ospedale con diagnosi di ictus cerebrale da fibrillazione atriale finiva per sviluppare uno stato di demenza più o meno grave.

Alla luce di queste considerazioni devono essere tenute in opportuna considerazione le questioni di farmaco-economia e di costi complessivi legate a questa patologia. È stato infatti calcolato che i costi diretti "life time" per ogni ictus disabilitante di media gravità assommano a circa 100.000 euro, mentre di più difficile valutazione appaiono quelli indiretti legati alla perdita delle giornate di lavoro,

all'impegno quotidiano di caregivers e badanti, ai nuovi ricoveri in ospedale, alle terapie di riabilitazione ecc. In Italia è stato comunque stimato che ogni malato di ictus "costi" mediamente dai 700 ai 1000 Euro al mese, con una spesa complessiva annua di circa 3,5 miliardi di Euro.

Concludo ricordando che nei Paesi occidentali ben il 25% degli ictus ischemici è dovuto a

cardioembolia da fibrillazione atriale. Se si aggiunge il fatto che il cosiddetto ictus criptogenetico (quello cioè per il quale non è stato possibile identificare una causa certa, circa il 20%-30% di tutti i casi di ictus ischemico) è spesso legato ad episodi di fibrillazione atriale

parossistica, la cifra diventa enorme.

**GRIFONI** – Nonostante sappiamo che la fibrillazione atriale rappresenta una delle maggiori cause dello stroke ischemico, dobbiamo però anche riconoscere che circa il 50% dei soggetti con aritmia nota non riceve alcun trattamento anticoagulante e che di questa percentuale ben 2/3 lo riceve in maniera assolutamente inadeguata.

**TOSCANA MEDICA** – *Prendendo spunto dall'intervento del dottor Grifoni, allora come e da chi vengono trattati i pazienti con fibrillazione atriale?*

**GIUSTINI** – Il problema del sottotrattamento dei pazienti con fibrillazione atriale è relativamente recente, visto che fino a venti anni fa la questione era ancora praticamente misconosciuta. Oggi molte problematiche nascono dal fatto che questi soggetti, spesso di età molto avanzata, in un'alta percentuale di casi ricevono già terapie antiaggreganti per altri motivi quali la contemporanea presenza di diabete o di malattia ischemica coronarica. In queste situazioni è oggettivamente molto difficile instaurare un corretto regime di te-

GIANCARLO CASOLO<sup>1</sup>, SAFFI GIUSTINI<sup>2</sup>,  
STEFANO GRIFONI<sup>3</sup>, DOMENICO INZITARI<sup>4</sup>,  
ANDREA MESSORI<sup>5</sup>, PIERO SALVADORI<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Direttore della Cardiologia dell'Ospedale della Versilia

<sup>2</sup> Responsabile Settore Farmaco della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

<sup>3</sup> Direttore del DEA della AOU "Careggi" di Firenze

<sup>4</sup> Ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Firenze

<sup>5</sup> Responsabile Sezione HTA, ESTAV Centro;

<sup>6</sup> Già Direttore del Settore Servizi alla Persona sul Territorio, Area di coordinamento Sistema Socio Sanitario, Regione Toscana

## PARTECIPANO



Giancarlo Casolo



Saffi Giustini



Stefano Grifoni



Domenico Inzitari



Andrea Messori

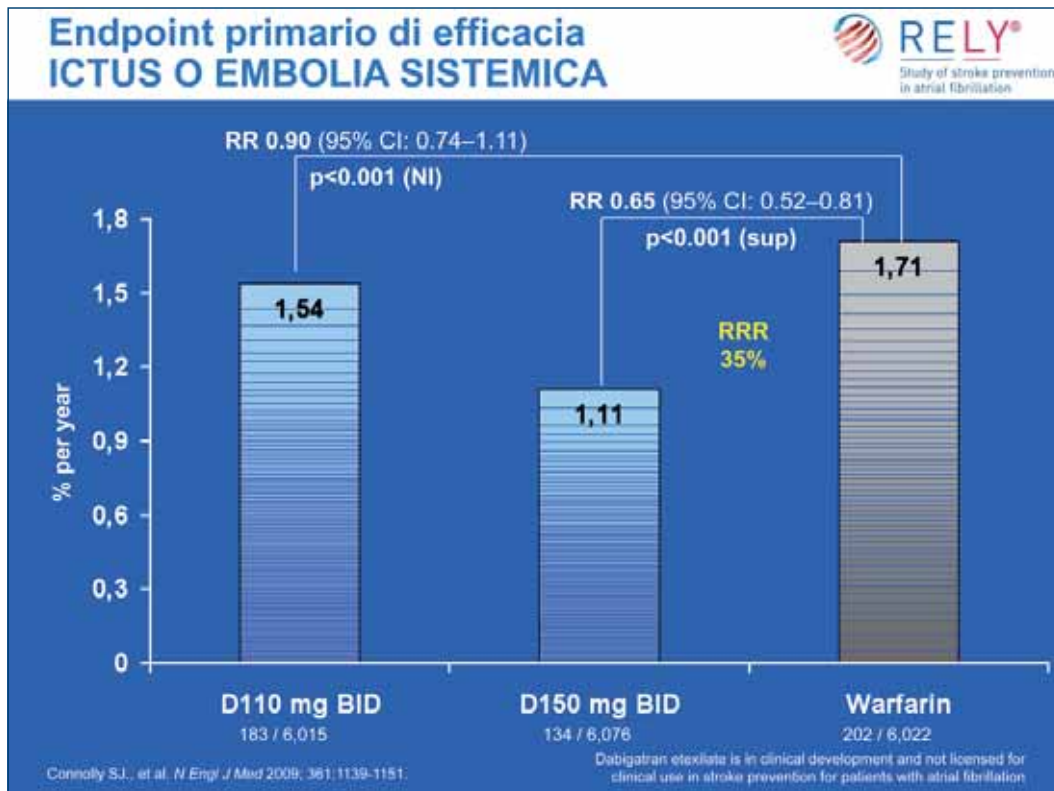


Piero Salvadori

rapia antiaritmica, soprattutto quando la polipatologia associata impone l'assunzione giornaliera di un numero molto elevato di farmaci. La collaborazione dei medici di famiglia e dei cardiologi nella gestione domiciliare di questi malati appare davvero di fondamentale importanza.

**CASOLO** – Parlando della terapia anticoagulante ricordo che il Warfarin si è dimostrato in grado di ridurre il rischio di stroke di oltre il 60% nei pazienti fibrillanti con un NNT di 37 casi in prevenzione primaria e di 12 in prevenzione secondaria. Si tratta quindi di una terapia estremamente efficace, tanto è vero che le indicazioni delle Società scientifiche del settore hanno progressivamente ampliato le indicazioni e portato ad un aumento davvero consistente del numero dei soggetti con fibrillazione atriale oggi candidati alla terapia anticoagulante. Parimenti sono andati a ridursi le indicazioni all'impiego dei farmaci antiaggreganti per i quali le evidenze di efficacia appaiono oggi meno forti a fronte di un rischio di sanguinamento spesso maggiore del beneficio nella prevenzione dello stroke cardioembolico.

**GRIFONI** – Uno dei problemi più importanti dei trattamenti con il Warfarin, indubbiamente di grande utilità, è legato alla gestione della terapia da parte del paziente o dei suoi caregivers. Infatti questo tipo di terapia, se non opportunamente ed attentamente monitorato, può risultare pericoloso. Purtroppo in una popolazione sempre più anziana, più sola e con sempre minore assi-



stenza questo aspetto non può assolutamente venire sottovalutato. Basta pensare ad esempio alla valutazione periodica dell'INR, alle conseguenti modifiche della posologia del Warfarin ed all'importanza di mantenere nel tempo un adeguato regime dietetico.

**TOSCANA MEDICA** – È di comune riscontro tuttavia che l'impiego degli antiaggreganti è ad oggi molto più diffuso degli anticoagulanti: questo avviene per una maggiore difficoltà di gestione di questi ultimi oppure per precise e circostanziate indicazioni cliniche?

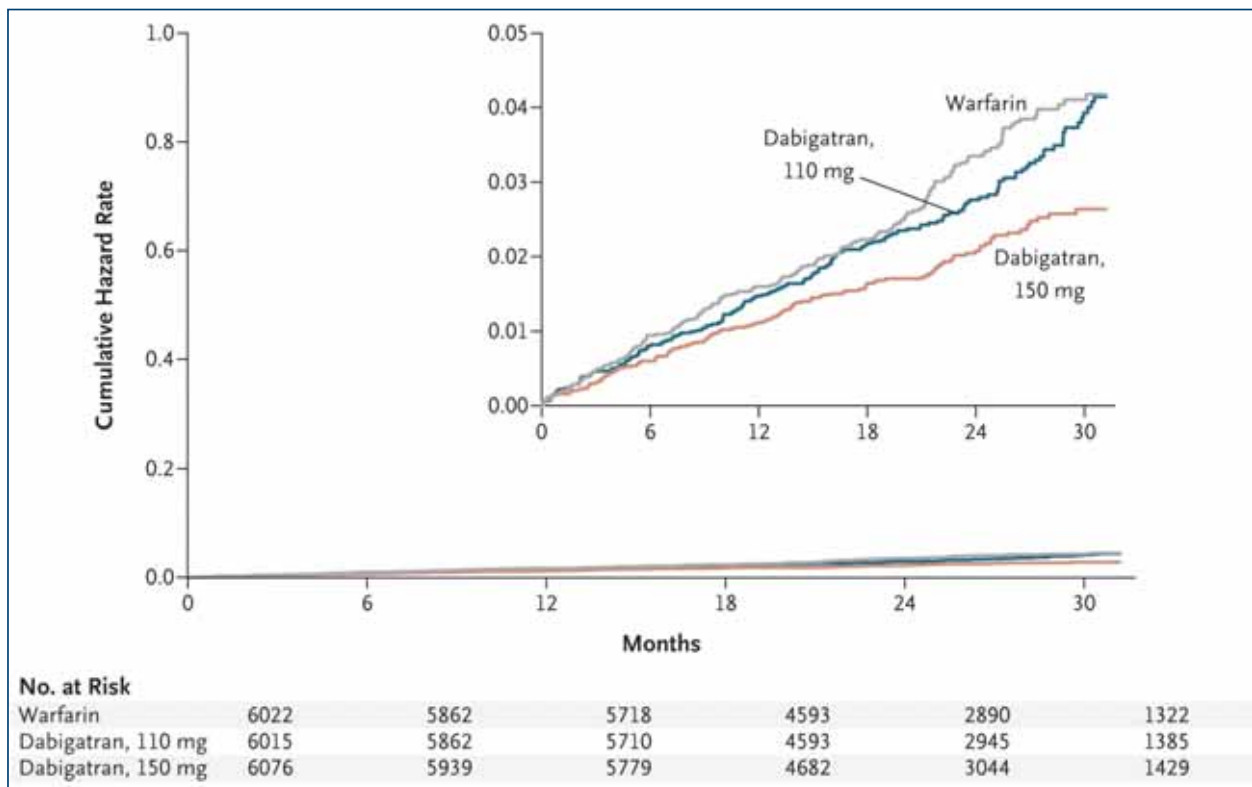
**GIUSTINI** – La prevenzione dell'ictus in soggetti con fibrillazione atriale dovrebbe essere gestita con i farmaci anticoagulanti, anche se spesso gli antiaggreganti sono impiegati con la medesima indicazione, magari in soggetti anziani con polipatologia associata nei quali può risultare oggettivamente difficile tenere sotto stretto controllo un regime terapeutico potenzialmente pericoloso. Ovviamente le cose cambiano di fronte a pazienti di più giovane età, attenti e collaboranti, soprattutto per quanto riguarda le ben note interazioni dietetiche e con eventuali altri farmaci presentate dagli anticoagulanti.

**GRIFONI** – Ancora oggi molti medici preferiscono gli antiaggreganti agli anticoagulanti per paura

sostanzialmente dell'emorragia cerebrale spontanea, soprattutto nel paziente anziano e con polipatologia associata nel quale è più frequente il rischio di caduta con conseguente maggiore possibilità di un episodio emorragico intracranico. Le linee guida ESC 2012 ribadiscono il concetto che nel paziente anziano le emorragie intracraniche da antiaggreganti sono sovrapponibili a quelle provocate da anticoagulanti. In realtà i dati disponibili in Letteratura dimostrano che in linea di massima è più "pericoloso" l'ictus da fibrillazione atriale rispetto ad una caduta con gli eventuali danni associati in corso di terapia anticoagulante.

In più non bisogna dimenticare che anche gli antiaggreganti, soprattutto se somministrati in associazione, non sono proprio del tutto scevri da rischi emorragici.

**CASOLO** – Tra l'altro proprio il paziente anziano è quello che presenta maggiore giovamento dalla terapia anticoagulante, anche se nelle scale di rischio emorragico il fattore "età" non presenta poi una così grande importanza. In campo cardiologico gli studi sulla fibrillazione atriale hanno condotto ad una sempre maggiore attenzione alla stratificazione nelle differenti classi di pazienti del rischio embolico, con conseguente aumento delle indicazioni alla somministrazione della terapia anticoagulante.



Cumulative Hazard Rates for the Primary Outcome of Stroke or Systemic Embolism, According to Treatment Group. Modificato da RELY: Connolly et al NEJM 2009.



**INZITARI** – In termini di mortalità e disabilità conseguente, l'emorragia cerebrale ha un peso ben maggiore rispetto all'ictus ischemico, anche se la sua incidenza in corso in terapia anticoagulante non sembra poi così elevata. I dati ad oggi disponibili dai trial recenti parlano di un'incidenza del 1-3%, anche se non bisogna dimenticare che la realtà dei grandi trials è generalmente ben diversa da quella, complessa, articolata e spesso caotica della pratica clinica quotidiana.

Attenendosi ai dati epidemiologici possiamo notare che l'emorragia cerebrale spontanea appare un po' dappertutto in diminuzione grazie ad un sempre migliore controllo dei suoi fattori di rischio (soprattutto l'ipertensione arteriosa), mentre quella associata alla terapia anticoagulante è in aumento.

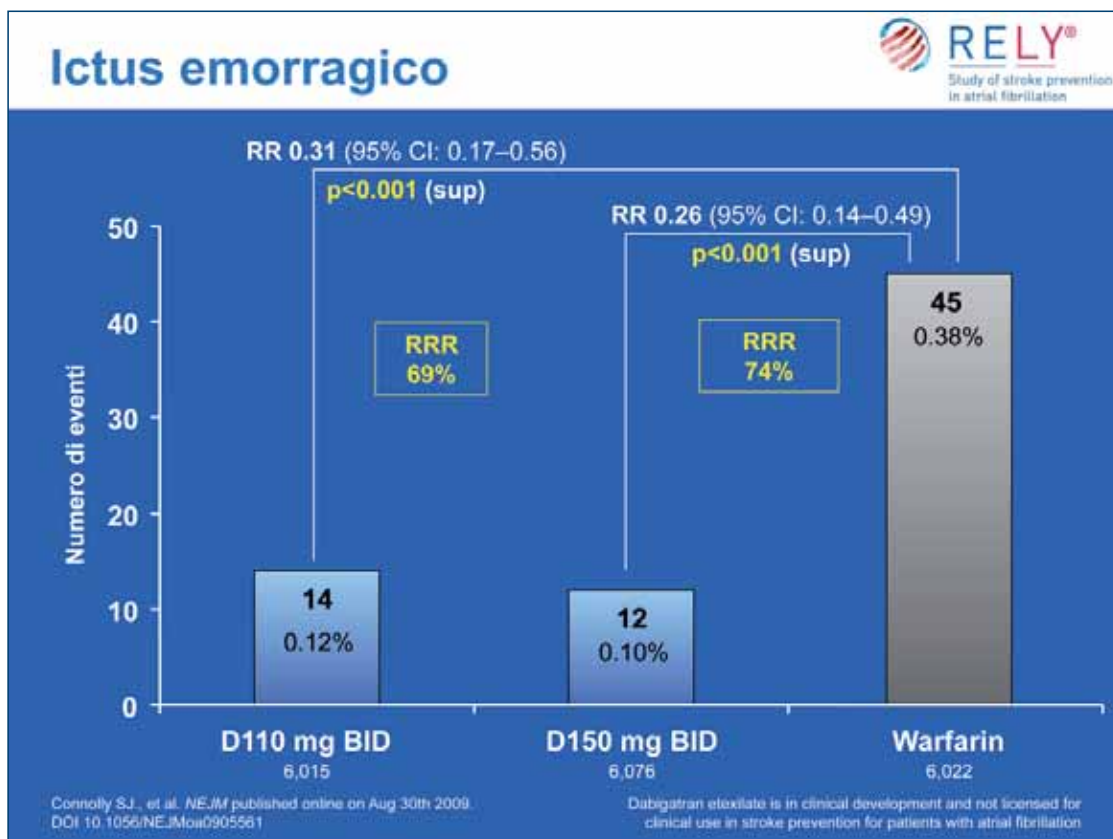
Concludo ricordando che accanto agli score per la predizione del rischio emorragico prima ricordati, un ulteriore, importante marcatore di rischio potrebbe venire in futuro rappresentato da particolari sequenze di RM cerebrale in grado di evidenziare minuscoli depositi di emosiderina (i cosiddetti microbleeds), particolarmente frequenti nell'anziano e nel soggetto demente, espressione sia della angiopatia amiloide cerebrale (parte integrante della malattia di Alzheimer) che della microangiopatia sottocorticale su base ipertensiva e/o diabetica. Purtroppo il ruolo predittivo di questi ulteriori marcatori non è stato ancora validato in modo prospettico.

**TOSCANA MEDICA** – La Regione Toscana ha preso in considerazione i costi complessivi legati alla terapia anticoagulante?

**SALVADORI** – In Toscana circa 120 persone ogni 1000 abitanti eseguono più o meno ogni 6 mesi il prelievo ematico per il dosaggio degli anticoagulanti. Di questi prelievi circa un quarto viene effettuato a livello domiciliare e quindi con il costo aggiuntivo per l'automezzo e l'infermiere che si reca a casa del malato. Sempre su 1000 persone poi circa 17-20 devono tenere sotto controllo i valori dell'INR, ovviamente non solo in caso di fibrillazione atriale o per una situazione post-ictale. Anche in questo caso molto spesso i pazienti devono essere accompagnati al punto-prelievi dall'ambulanza o dai caregivers oppure, dietro indicazione medica, eseguono il prelievo a domicilio con tutto quello che ne consegue in termini di costi indiretti.

Dai dati in nostro possesso tra l'altro risulta che purtroppo l'indicazione al dosaggio dell'INR non sempre sembra appropriata, se in un caso limite una persona ne ha eseguiti 41 in sei mesi e numerose altre dai 20 ai 27 sempre nello stesso lasso di tempo!

**GIUSTINI** – Effettivamente può succedere che il medico di famiglia trovi qualche difficoltà nel trovare la scadenza giusta dei controlli per ogni singolo paziente, però a sostegno dell'innegabile



utilità della terapia anticoagulante riporto alcuni dati a mio parere molto significativi. È stato infatti dimostrato che incrementando solo del 10% il ricorso alla terapia anticoagulante nei soggetti a rischio moderato e del 20% in quelli ad alto rischio potremmo evitare dai 2.500 ai 16.000 stroke per anno. D'altra parte bisogna anche riconoscere che in molte classi di pazienti, come ad esempio quelle prima ricordate, la gestione di terapie a base di Warfarin può essere assai problematica ed il problema dei costi complessivi diventa pertanto una questione di vera e propria economia sanitaria.

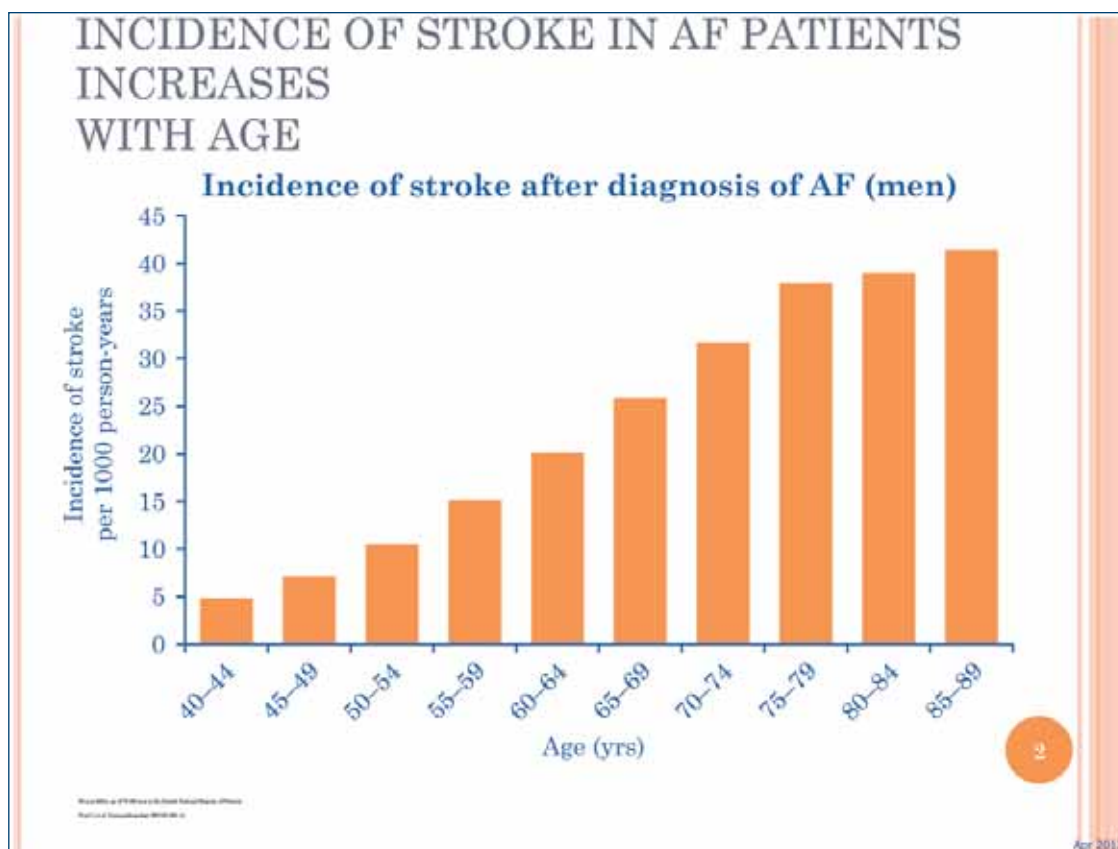
**TOSCANA MEDICA** – *Accanto ai farmaci tradizionali, adesso è disponibile in commercio il dabigatran, nuova molecola ad azione anticoagulante. Descriviamone le caratteristiche farmacologiche.*

**CASOLO** – Si tratta di un profarmaco dotato di azione inibitoria sulla trombina in grado di determinare il blocco della cascata coagulativa prevenendo la formazione di trombi. Ha un'emivita di circa 11-12 ore per cui richiede una duplice somministrazione giornaliera e viene escreto per l'80% a livello renale. Lo studio principale che ne ha testato le potenzialità è stato il RE LY, condotto su circa 18.000 pazienti, che ha preso in considerazione due dosaggi (110 e 150 mg 2 volte al giorno di dabigatran) contro uno schema tera-

peutico basato sul Warfarin. In buona sostanza le conclusioni dello studio RE LY, molto ben condotto ed in grado di soddisfare le richieste di numerose Agenzie regolatorie, sono state le seguenti: l'efficacia clinica del dosaggio 110 mg x 2/die si è dimostrata non inferiore rispetto al Warfarin nel prevenire lo stroke, mentre quella del dosaggio 150 mg x 2/die è risultata addirittura superiore. Inoltre, dabigatran ha mostrato una significativa riduzione dello stroke emorragico rispetto a Warfarin che raggiunge il 60-70% in meno a seconda del dosaggio usato. Anche i sanguinamenti maggiori sono risultati minori con il dabigatran mentre sono risultati modestamente superiori con la dose di 150 mg x 2/die. Il beneficio clinico netto è comunque sempre risultato superiore con dabigatran.

**TOSCANA MEDICA** – *Quali sono le indicazioni e le eventuali reazioni avverse del dabigatran?*

**GRIFONI** – Dabigatran viene indicato nel trattamento della fibrillazione atriale non valvolare e nella profilassi tromboembolica dei pazienti sottoposti a intervento di protesi di anca e di ginocchio. L'unico effetto avverso citato nello studio RE LY è stata la dispepsia comparsa in circa il 10% dei pazienti e facilmente controllata con adeguata terapia antiacida.



**MESSORI** – Vorrei precisare che, in uno studio di non inferiorità, è piuttosto complicato interpretare correttamente gli esiti clinici. Nel caso dello studio RE LY esistevano due endpoint principali, uno di efficacia ed uno relativo all'effetto avverso rappresentato dal sanguinamento. Riassumendo i dati emersi dallo studio, si può dire che la posologia di 150 mg/bid ha dimostrato una superiorità di efficacia e nessuna differenza sui sanguinamenti rispetto al Warfarin. Il dosaggio 110 mg/bid ha dimostrato, sempre rispetto al Warfarin, un'efficacia identica ma con un significativo vantaggio (cioè riduzione) nell'endpoint "sanguinamento".

**GRIFONI** – Avendo RE LY diviso gli eventi emorragici in gastroenterici e cerebrali, dabigatran 150 mg versus Warfarin ha presentato qualche problema nei primi, seppur con incidenza sovrapponibile nei tre bracci di trattamento, con invece notevoli vantaggi nei secondi.

Altri aspetti da considerare sono poi la percentuale piuttosto alta di discontinuità della terapia (circa il 20%) che era dovuta prevalentemente per decisione del paziente o per l'insorgenza di dispepsia e la probabile maggiore protezione offerta dal Warfarin nei confronti degli eventi ischemici miocardici.

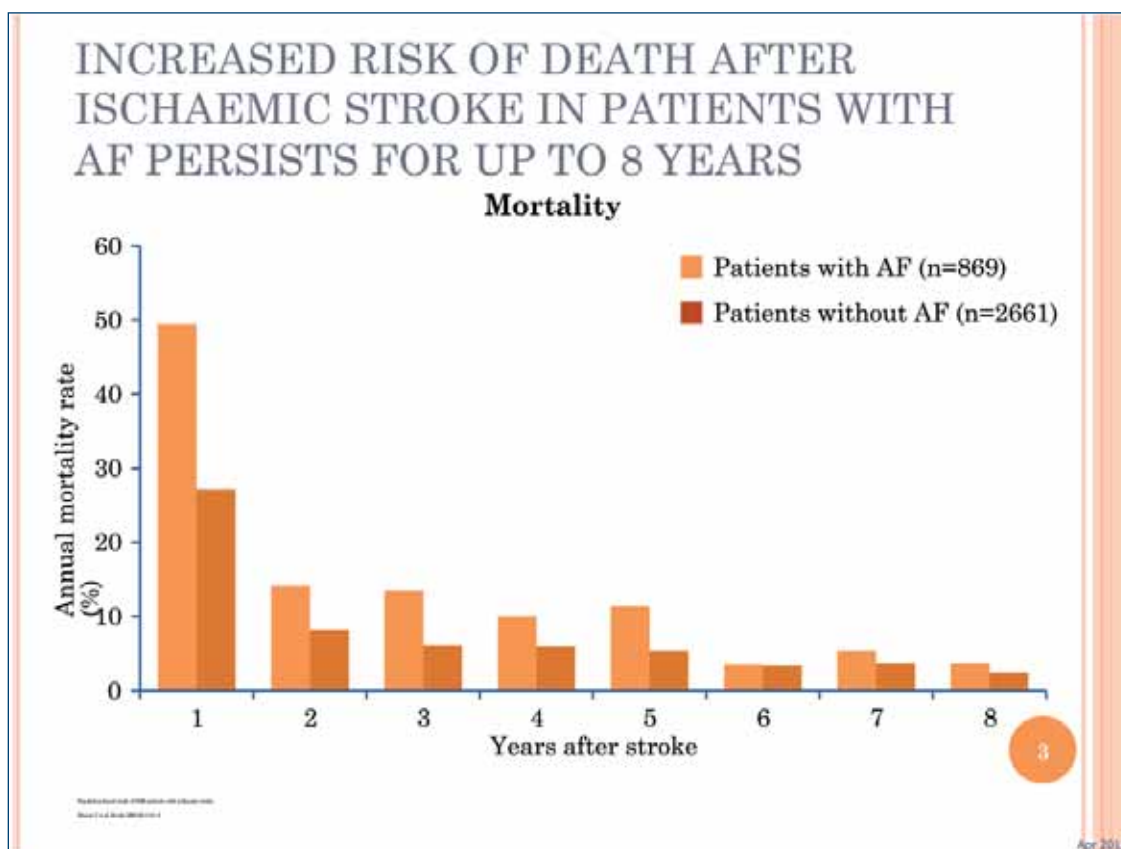
**GIUSTINI** – L'EMA in un comunicato del maggio 2012, basandosi su dati di post-marketing,

provenienti pertanto dalla normale attività clinica, ha rilevato che la frequenza dei sanguinamenti fatali in corso di terapia con dabigatran è stata significativamente inferiore rispetto a quella osservata negli studi clinici che avevano supportato l'autorizzazione del farmaco. In altre parole il dabigatran nel suo impiego protetto, come è stato in quasi tutti i Paesi europei, ha finito per dare meno problemi di quanto ci si sarebbe in realtà aspettato.

**TOSCANA MEDICA** – *Possiamo a questo punto fare qualche cifra ed affrontare il problema della sostenibilità di queste terapie?*

**CASOLO** – La terapia con il Warfarin costa circa 10 Euro al mese contro i circa 60 del dabigatran. Questo significherebbe, se tutti i pazienti toscani per ipotesi passassero al dabigatran, un aggravio economico per la Regione di circa 9 milioni di Euro all'anno, in parte compensati dai circa 6 milioni di Euro annui risparmiati adattando alla nostra realtà i dati di RE LY in termini di riduzione del rischio emorragico e dello stroke.

In linea di massima ulteriori benefici economici dallo shift terapeutico verso il dabigatran prima ipotizzato potrebbero poi essere rappresentati dall'abolizione di tutto quello che ruota oggi intorno ai meccanismi di controllo delle terapie anti-coagulanti quali ad esempio l'impegno dei medici



di base nell'assistenza a questi pazienti, il costo dei reagenti e delle apparecchiature per il monitoraggio dei parametri coagulativi e l'attività delle strutture sanitarie specificamente dedicate alla gestione delle terapie anticoagulanti orali.

**MESSORI** – L'AIFA non si è ancora espressa circa il costo rimborsato per i pazienti con fibrillazione atriale, per cui qualsiasi considerazione in questo senso appare ad oggi prematura. Va comunque ricordato che, ogni volta che AIFA amplia le indicazioni di un determinato farmaco, inevitabilmente il suo prezzo diminuisce.

**GIUSTINI** – Personalmente sono convinto che non si possano prendere i risultati dei grandi trials della Letteratura (nello specifico RE LY) ed adattarli sic et simpliciter alle singole realtà sanitarie nelle quali ci muoviamo tutti i giorni. Le indicazioni all'impiego del dabigatran sono state notevolmente allargate ed adesso per quanto riguarda la fibrillazione atriale il suo impiego è sottoposto al monitoraggio intensivo ed alla compilazione del piano terapeutico.

Secondo me sarebbe utile che la Regione Toscana che già altre volte si è dimostrata attenta a queste tematiche, spronasse l'AIFA a valutare realmente l'appropriatezza della terapia con dabigatran affidando i rilievi ai medici di famiglia ed agli specialisti cardiologi e neurologi per valutare "sul campo" costi, benefici, esiti a distanza ed effetti avversi del dabigatran.

**TOSCANA MEDICA** – *A questo punto, dopo avere considerato le indicazioni delle Agenzie regolato-*

*rie, la Regione Toscana deve decidere come regolamentare la prescrivibilità del dabigatran, scegliendo ad esempio un regime di prescrizione per così dire "protetto" affidato solo agli specialisti, oppure, in virtù della innegabile maneggevolezza della molecola, permetterne la prescrivibilità anche ai medici di medicina generale.*

*Il decisore pubblico deve poi tenere conto anche dei costi aggiuntivi, umani e sociali, legati alla necessità dei controlli clinici e di laboratorio richiesti, come abbiamo sentito, dai differenti tipi di terapie anticoagulanti. Anche nel caso del dabigatran i limiti di ogni decisione sono contenuti nella valutazione del rapporto costo-beneficio e della sostenibilità complessiva. Quali sono le intenzioni e le considerazioni della Regione Toscana?*

**MESSORI** – I tre capitoli di spesa che per il 2013 creano qualche preoccupazione a livello regionale sono al momento rappresentati dai nuovi farmaci oncologici, da quelli per la terapia tripla dell'epatite C ed appunto dai nuovi anticoagulanti orali. A ciascuno di questi capitoli di spesa corrisponde un impegno economico quantizzabile in circa 150-200 milioni di Euro all'anno su base nazionale, con la conseguenza che i circa 600 milioni assorbiti da queste innovazioni farmacologiche si scontreranno inevitabilmente, ad esempio, con la riduzione di circa il 15% delle risorse a disposizione della farmaceutica ospedaliera.

Per quanto riguarda il dabigatran, ci troviamo di fronte ad una dicotomia significativa tra quanto riguarda la sua "efficacy" riportata dai dati della letteratura dei trials registrativi in confronto alla "effectiveness" riscontrata nella pratica cli-

Intracranial and Gastrointestinal Bleeding Events in New Users of Dabigatran and Warfarin from the Mini-Sentinel Distributed Database, October 2010 through December 2011.*						
Analysis	Dabigatran			Warfarin		
	No. of Patients	No. of Events	Incidence (no. of events/100,000 days at risk)	No. of Patients	No. of Events	Incidence (no. of events/100,000 days at risk)
<b>Gastrointestinal hemorrhage</b>						
Analysis with required diagnosis of atrial fibrillation	10,599	16	1.6	43,541	160	3.5
Sensitivity analysis without required diagnosis of atrial fibrillation	12,195	19	1.6	119,940	338	3.1
<b>Intracranial hemorrhage</b>						
Analysis with required diagnosis of atrial fibrillation	10,587	8	0.8	43,594	109	2.4
Sensitivity analysis without required diagnosis of atrial fibrillation	12,182	10	0.9	120,020	204	1.9

\* Patients were included in the cohorts if, in the 183 days before the index dispensing of dabigatran or warfarin, they were enrolled in plans for drug and medical coverage and had been given a diagnosis of atrial fibrillation in any care setting. Patients were excluded from the cohorts if, in the 183 days before the index dispensing, they had a claim for an event of interest in an inpatient or emergency department setting or a claim for dispensing of dabigatran or warfarin. Events were assessed during drug exposure, from inpatient or emergency department settings only.

Fonte: *n engl j med 368; 14 nejm.1272 org april 4, 2013.*

nica quotidiana. I criteri di prescrivibilità non possono pertanto assolutamente prescindere dalle dimensioni del beneficio realmente riscontrato in termini di "effectiveness", per garantire la migliore allocazione possibile delle risorse disponibili ad una o all'altra categoria di nuove molecole.

Tra l'altro il dabigatran, come del resto anche le nuove molecole anti epatite C, rappresenta un buon modello per studiare la corretta allocazione delle risorse visto che la sua azione si protrae nel tempo in pazienti affetti da patologie di lunga o lunghissima durata. Lo stesso non può dirsi invece delle nuove molecole antitumorali il cui beneficio si esaurisce nel prolungare di solo pochi mesi una situazione clinica purtroppo già irrimediabilmente compromessa e molto spesso proiettata sul breve termine.

**SALVADORI** – Sono d'accordo con il dottor Giustini quando proponeva una sperimentazione per così dire sul campo, sotto l'egida della Regione, affidata ai medici di famiglia ed agli specialisti. Per quanto riguarda poi chi deve essere il soggetto prescrittore del dabigatran, penso che si possa tranquillamente parlare sia di specialista che di medico di base il quale, tra l'altro, è quello che per lo più sopporta il maggior carico assistenziale nei confronti di questi pazienti.

Anche io ad oggi non posso dire niente di definitivo per quanto riguarda la questione dei costi, però ho la sensazione, alla luce di quanto è stato detto finora, che il dabigatran potrebbe rappre-

sentare davvero una novità di significativa importanza.

**INZITARI** – Le aspettative dei malati sono molto elevate e pressante è la richiesta rivolta anche dalle Associazioni dei Malati, di sapere quando questi nuovi anticoagulanti potranno essere autorizzati. Penso che la loro prescrivibilità debba essere comunque orientata da specifiche linee-guida che però ancora in Italia non sono disponibili. A livello internazionale vi sono quelle emanate dalla Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, quelle della Società Europea di Cardiologia, e quelle dell'American College of Cardiology e dell'American Heart Association Task Force.

Non credo che a questo proposito possano poi essere di molta utilità anche gli score per la previsione del rischio, visto che in questo campo esiste tuttora molta confusione a livello internazionale.

**CASOLO** – Credo che le scelte del decisore in questo campo siano davvero molto difficili, dato che la questione dell'equità dell'accesso alle cure non può essere assolutamente trascurata. Io per esempio ho dei pazienti che potendoselo permettere si recano in Svizzera o presso la Farmacia Vaticana per procurarsi quei farmaci altrimenti introvabili in Italia.

Identificare delle categorie di pazienti che possano ricevere gratuitamente i farmaci innovativi è compito non certo dei tecnici, quanto piuttosto degli amministratori della cosa pubblica.

La Gazzetta Ufficiale n. 129 del 4 Giugno 2013 ha pubblicato i criteri di selezione dei pazienti ai fini della rimborsabilità che sono differenziati tra il dosaggio da 110 mg rispetto al dosaggio da 150 mg.

L'indicazione terapeutica per la confezione da 150 mg è: "Prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare con uno o più dei seguenti fattori di rischio:

- a) Precedente ictus, attacco ischemico transitorio o embolia sistemica (ES);
- b) Frazione di eiezione del ventricolo sinistro < 40%;
- c) Insufficienza cardiaca sintomatica, > Classe 2 della classificazione della New York Heart Association (NYHA);
- d) Età > 75 anni;
- e) Età > 65 anni associata con una delle seguenti condizioni: diabete mellito, coronaropatia o ipertensione".

L'indicazione terapeutica per la confezione da 110 mg è: "Prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare con uno o più dei seguenti fattori di rischio:

- a) Precedente ictus, attacco ischemico transitorio o embolia sistemica (ES);
- b) Frazione di eiezione del ventricolo sinistro < 40%;
- c) Insufficienza cardiaca sintomatica, > Classe 2 della classificazione della New York Heart Association (NYHA);
- d) Età > 75 anni;
- e) Età > 65 anni associata con una delle seguenti condizioni: diabete mellito, coronaropatia o ipertensione".

La medesima G.U. dispone inoltre quanto segue: "Ai fini delle prescrizioni a carico del SSN, i centri utilizzatori specificatamente individuati dalle Regioni, dovranno compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili, il piano terapeutico e la scheda di follow-up secondo le indicazioni pubblicate sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco che costituiscono parte integrante della presente determinazione".

Per quanto riguarda il mio campo di interesse devo dire che il malato con fibrillazione atriale non valvolare generalmente entra in un meccanismo di cura cardiologica e follow-up specialistico che spesso si sovrappone ed identifica con il solo controllo della terapia anticoagulante.

Credo che una gestione diretta dei farmaci anticoagulanti nuovi e tradizionali da parte della medicina generale sarebbe davvero importante, fermo restando la garanzia di offrire a questi

pazienti un'assistenza cardiologica da parte degli Specialisti quando necessario.

Analogamente ai farmaci anticoagulanti convenzionali credo che il Medico di Medicina Generale al momento dell'autorizzazione dell'AIFA debba avere ampia possibilità prescrittiva. La scelta di attribuire la prescrizione allo Specialista può generare importanti difficoltà organizzative e non appare legato a specifiche competenze professionali.

## Le innovazioni fra benefici e costi

ANTONIO PANTI

**L**a fibrillazione atriale non valvolare è sempre più frequente anche per l'invecchiamento della popolazione. Si calcola che quasi il 40% degli ultraottantenni ne soffrano. Altresì è noto che la FA è uno dei più importanti fattori di rischio per l'ictus, una patologia di grande rilevanza umana e sociale che comporta costi elevatissimi. Basti pensare all'assistenza allo stroke, ai costi della riabilitazione, agli oneri che le famiglie sopportano per affrontarne le conseguenze. È ugualmente noto che soltanto il 50% dei pazienti affetti da FA ricevono il trattamento e che quasi un terzo di questi non segue adeguatamente la terapia. I motivi sono molteplici e riguardano la difficoltà di mantenere una corretta gestione del paziente nell'uso del warfarin. Infatti chi necessita di questa terapia è per lo più anziano e assume molti farmaci, con conseguenze sulla *compliance* e sulle possibili reazioni avverse. Non è tanto difficile gestire il farmaco quanto il paziente.

Molto spesso l'uso più frequente degli antiaggreganti, anche quando vi sono migliori indicazioni per l'uso degli anticoagulanti, dipende dalla maggiore maneggevolezza dei primi. Infine alcune categorie di pazienti con FA non sono eligibili per il Warfarin, perché non riescono a mantenere un *range* corretto dell'I.R.N. perché soggetti a frequenti cadute, perché hanno rischi emorragici o troppe comorbidità. Altresì l'emorragia cerebrale, che rappresenta una complicazione, seppur rara, di questa terapia, è uno dei più gravi rischi di mortalità o di grave disabilità tra le malattie vascolari.

Ai costi di queste criticità cliniche dobbiamo aggiungere quelli per la gestione di questi pa-

zienti, compresi i centri specializzati, i frequenti prelievi a domicilio e le perdite di tempo per gli accertamenti periodici. Ora è in commercio un nuovo farmaco, il dabigatran. I nostri esperti ne hanno estesamente descritto pregi e difetti, indicazioni e controindicazioni, oltre alla maggior sicurezza rispetto al warfarin e alla minor frequenza di sanguinamenti gastroenterici e cerebrali. Questo farmaco non ha bisogno di controlli periodici (se non una valutazione della funzionalità renale), e quindi elimina le spese di monitoraggio del warfarin.

Quindi, razionalmente, la prescrizione dovrebbe essere compito del medico di medicina generale mentre, a causa della solita irragionevole preoccupazione amministrativa, l'AIFA ne affiderà la prescrizione agli specialisti. Non ci nascondiamo però che la differenza di prezzo tra i due farmaci è rilevante; anche dopo la conclusione della trattativa ministeriale sul prezzo, non è chiaro il confronto farmaco-economico, fermi restando gli impagabili benefici clinici. Quindi un calcolo economico preciso, che consenta un confronto farmacoeconomico fra i due farmaci, non è ancora possibile.

Tuttavia questa novità pone una questione generale, la valutazione a distanza dei benefici e la sostenibilità attuale dei costi. Per questo i nostri esperti propongono che, oltre ad una precisa linea guida prescrittiva, si effettui in Regione Toscana una sperimentazione sul campo che fornisca elementi utili per rispondere alla spinta mediatica favorevole all'uso di questi farmaci, definendone con precisione il target secondo criteri di correttezza clinica e equità sociale.

TM

Si ringrazia  **Boehringer Ingelheim**  
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione



Nicola Nante, Spec. in Igiene e Med. Prev., Economia e Management Sanitari. Prof. Ordinario di Sanità Pubblica, Dir. Scuola di Specializzazione e Master; Responsabile Laboratori di "Programmazione e Organizzazione Servizi Sanitari" e "Igiene Ambientale" c/o l'Univ. di Siena. Membro dell'Advisory Nomination Committee della European Public Health Association (EUPHA).

## La Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica Senese

### Introduzione

Il Dirigente di Sanità Pubblica esercita tipicamente un ruolo di interfaccia, in ospedale tra la proprietà e la produzione, tra il versante sanitario e quello amministrativo, sul territorio tra la parte politica ed i vari generatori di rischio epidemiologico; egli necessita, quindi, di competenze tecnico-professionali, relazionali ed organizzative multidisciplinari, la cui acquisizione è demandata principalmente alla formazione post-laurea.

Peraltro, nel panorama nazionale non sono molte le Scuole in grado di coprire a 360° con la propria offerta formativa il dominio culturale della Sanità Pubblica.

### Attività

A partire dal 1995, abbiamo costruito un sistema basato su una trentina di *Short Courses (SC)* che possono essere fruiti singolar-

mente (5 giorni=4 Crediti Formativi Universitari-CFU, circa 40-50 crediti Educazione Continua in Medicina-ECM) o come **Moduli (M)**, variamente articolati ed integrati da *stage* e progetti, nell'ambito di: **Corso di Perfezionamento (CP)** (3M-6 mesi-18 CFU), **Master (MS)** (9M-1 anno-60 CFU), **Dottorati di Ricerca (DR)** (15-20M3 anni-180 CFU) e **Scuole di Specializzazione (SS)** (20-25M5 anni-300 CFU) (Tabella1).

La Figura 1 descrive uno *SC-M*: concentrato residenziale di attività d'aula, laboratori didattici (dimostrazioni, esercitazioni, *workshop*), dopo cena (*caminetti scientifici* e *moonlight sessions*), integrati da formazione a distanza e studio individuale

NICOLA NANTE<sup>1</sup>, FULVIO MOIRANO<sup>2</sup>, GIUSEPPE BATTISTA<sup>1</sup>, SIMONETTA SANCASCIANI<sup>3</sup>, GABRIELE MESSINA<sup>1</sup>, GIANCARLO ROLLA<sup>4</sup>, GIAN MARIA ROSSOLINI<sup>1</sup>, ANGELO RICCABONI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Università di Siena  
<sup>2</sup> AGENAS, Roma  
<sup>3</sup> Asl 7 Regione Toscana, Siena  
<sup>4</sup> Università di Genova

Tabella 1 - SPLSPS: Moduli-Short Course, loro aree formative e mutazioni

SHORT COURSE (MODULI)	AREE FORMATIVE		MUTUAZIONI PREVISTE						● core curriculum ○ opzionale/potenziale	
	▲ Epid. e sanità pubblica ▲ Se organizzazioni □ Giuridico-amministr. ■ Economica ▼ Tecnico-professionale	Alta Formazione Aggiornamento ECM	Corso Prof. "Program. Organiz. Servizi Sanitari"	Corso Prof. "Dinamica Questionale Strutture Sanitarie"	Corso Prof. "Informatica, Statist., Epidemiologia"	MASTER I "Management per le Professioni Sanitarie"	MASTER II "Health Services Management"	Dottorato di Ricerca "Economia e Operazione delle A.S. Sanitarie"	Scuole Speciali in Igiene e Medicina Preventiva	Tirreno Comune Scuole Speciali Sanità Pubblica
Basi di etiopatogenesi e prevenzione	▲									
Basi di informatica e statistica in sanità	▲				●	●	○	○	●	○
Epidemiologia e programmazione sanitaria	▲		●				●	○	●	○
Sistema informativo sanitario	▲		●			●	○	○	●	○
Economia e scienza dell'organizzazione applicate alla sanità	■		●				○	○	●	○
Scienze giuridiche e sociali applicate alla sanità pubblica	□					●	○	○	●	○
Economia, gestione e controllo delle aziende sanitarie	■		●			●	○	○	●	○
La gestione amministrativa e finanziaria delle aziende sanitarie	□		●	●		●	○	○	●	○
Risorse umane in sanità: impiego e valorizzazione	▲		●			●	○	○	●	○
Risorse umane in sanità: tecniche direzionali	▲		●	●		●	○	○	●	○
Primary health care: dal mito all'organizzazione	▲		●	●		●	○	○	●	○
Tecnica ospedaliera: dal risk management alla clinical governance	▲		●			●	○	○	●	○
Igiene ambientale, abitativa ed urbana	▲		●			○	○	○	●	○
Igiene e sicurezza nell'ambiente di lavoro	▲		●			●	○	○	●	○
Igiene degli alimenti e della nutrizione	▲		●			○	○	○	●	○
Tutela e gestione della risorsa idropotabile	▲		●			○	○	○	●	○
Promozione della salute	▲		●			○	○	○	●	○
Il laboratorio di sanità pubblica	▲		●			○	○	○	●	○
Metodologia epidemiologica	▲		●			●	○	○	●	○
Statistica e metodologia della ricerca epidemiologica applicate	▲		●				○	○	●	○
Statistica avanzata applicata all'epidemiologia	▲		●			●	○	○	●	○
Epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive	▲		●			○	○	○	●	○
Epidemiologia e prevenzione delle malattie cronic-degenerative	▲		●			○	○	○	●	○
Qualità, comunicazioni e marketing in sanità	▲		●			○	○	○	●	○
Qualità e management nelle scienze infermieristiche ed ostetriche	▼		●			●	○	○	●	○
Qualità e management professioni sanitarie: prev. riabil. e tecniche	▼		●			●	○	○	●	○
Emergenze di sanità pubblica e collaborazione internazionale	▲		●				○	○	●	○

(FAD). La **residenzialità** sviluppa l'interattività discente-discente-docente-docente. La **concentrazione delle attività** agevola l'acquisizione CFU-ECM a studenti lavoratori, quali sono i professionisti (spesso in posizioni intermedie o apicali del Servizio Sanitario) che frequentano la Scuola.

**Risultati**

Circa **1200 discenti** di diverse Professioni e Regioni, hanno finora frequentato i corsi della *Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica Senese (SPLSPS)*. Nel grafico non sono contabilizzati gli iscritti alle Scuole di Specializzazione perché preesistenti e non soggette "al mercato".

La Figura 2 mostra la **produzione scientifica**

ca di *SPLSPS* nei suoi finora 17 anni di attività. Circa 330 lavori scientifici, frutto di interazione tra le diverse discipline e professionalità di Discenti e Docenti, per lo più sviluppati come Tesi, poi pubblicati e/o presentati in Convegni nazionali ed internazionali.

La Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica Senese ha raggiunto anche altri importanti risultati:

- attraverso la mutuazione di alcuni Moduli, è stata sperimentata, con anni di anticipo, la sinergia tra le Scuole di Specializzazione in *Igiene e Medicina Preventiva* ed in *Medicina del Lavoro* prima che il DM 1 agosto 2005 la istituzionalizzasse come "Tronco Comune";

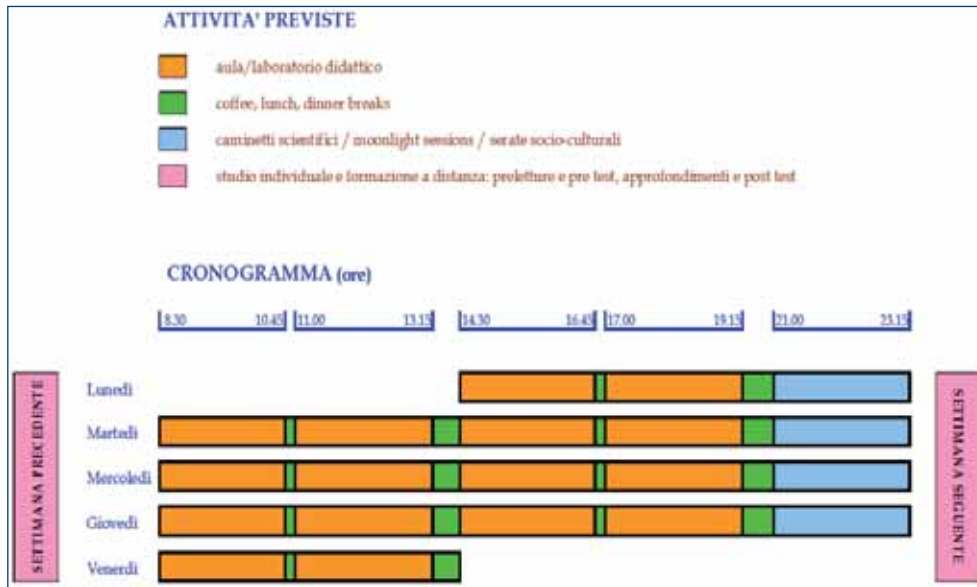


Figura 1 - SPLSPS: struttura di un Modulo-Short Course

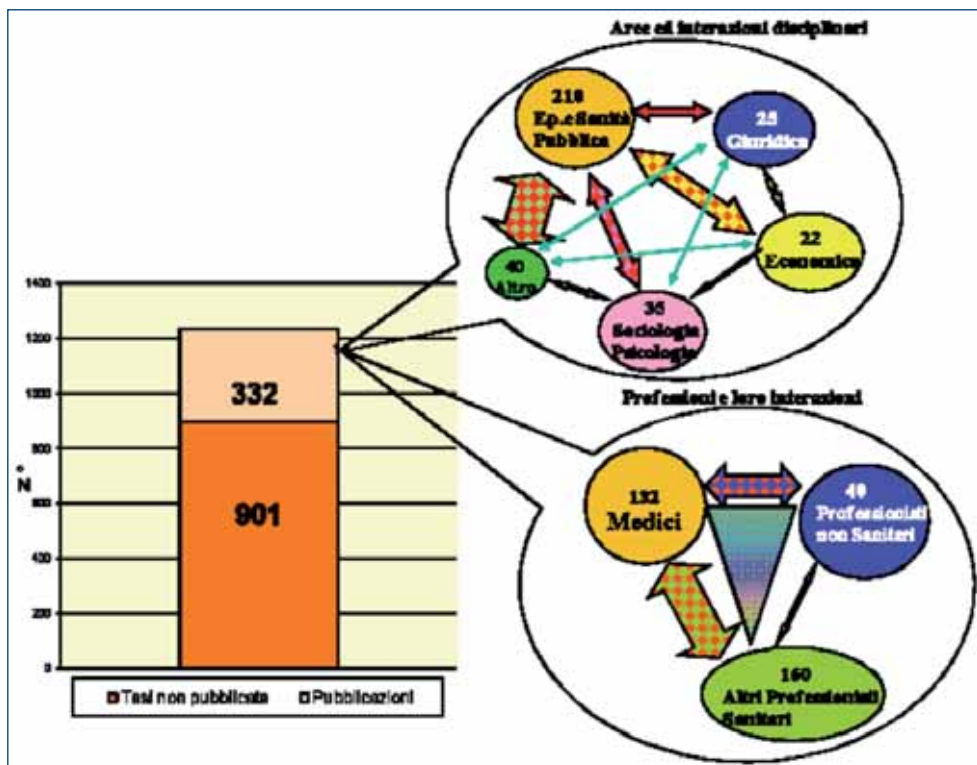


Figura 2 - SPLSPS: produzione scientifica (anni 1996-2012)



- il Corso di Perfezionamento “*Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari*” è stato istituito nel 1995, **prima** che il DPR 10 dicembre 1997 n. 484 disciplinasse i *Corsi di Formazione Manageriale per l'accesso alla Dirigenza dei Servizi Sanitari delle ASL*, anticipandone quasi perfettamente i requisiti;

- l'integrazione dei due Corsi di Perfezionamento “*Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari*” (1996) e “*Direzione Gestionale delle Aziende Sanitarie*” (1998), che ha dato origine al Master di II livello “*Health Services Management*” (2002), **soddisfa quasi perfettamente** le prescrizioni del DM 1 agosto 2000 “*Disciplina dei Corsi di Formazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie*”;

- il Master di I livello “*Management per le Professioni Sanitarie*” è stato istituito nel 2004, **prima** che la Legge 1 febbraio 2006 n.43 lo prescrivesse per le figure apicali delle Professioni Sanitarie;

- inaugurando i nostri corsi per l'anno accademico 1999-2000, R. BALDUZZI, attuale Ministro della Salute, ne lodò “*l'organizzazione assai curata e la splendida cornice di Pontignano*”;

- nel 2005 D.GUNNARSON, Presidente del Comitato Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, celebrando i primi 10 anni di attività della SPLSPS, scrisse: “*The institute's work in public health and for the environment is impressive. Your excellency, you can be proud of having such outstanding professionals and such internationally important work done in your country*”;

- nel 42° Congresso Nazionale di Sanità Pubblica-S.It.I. (Catania, ottobre 2006, 1213 partecipanti), la nostra Allieva, C.QUERCIOLI è stata premiata per la miglior Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva;

- nelle Conferenze Europee di Sanità Pubblica-EUPHA, 2006 (Montreux-CH, 1400 partecipanti), 2009 (Lodz-PL, 900 partecipanti), 2010 (Amsterdam-NL, 1500 partecipanti), 2012 (Malta, 1100 partecipanti), nostri Allievi hanno vinto il **premio per il miglior Poster**;

- “Medicina e Chirurgia”, Organo Ufficiale delle Facoltà, ha recentemente definito SPLSPS:

“*uno dei modelli più riusciti e concreti di formazione post-laurea nel nostro Paese*”.

In Figura 3 (linea verde) è riportato l'**ammontare delle quote di iscrizione** ai nostri Masters, Corsi di Perfezionamento e *Short Courses* **annualmente riscosse dalla Università di Siena**. Grazie all'*income* introitato (**oltre €3 milioni!**) SPLSPS si è sempre completamente autofinanziata. Ogni anno, inoltre, il 15-20% di tali quote sono state trattenute dall'amministrazione universitaria ed una % analoga (avanzi di gestione) ha finanziato l'attività di ricerca del nostro ISTITUTO/DIPARTIMENTO.

È riportata altresì (linea rossa) una stima (minimale) **dell'indotto economico per la città di Siena** sviluppato dalla *Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica Senese* (1 soggiorno di studente residente fuori area=50 €): **almeno €1,5 milioni!**

I cali di iscrizioni registrati nel 2005 e nel 2012 sono dovuti, a nostro avviso, a problemi creati dalle ristrutturazioni dipartimentali dell'Università più che ad una reale contrazione del bisogno formativo o della domanda a causa della crisi economica.

### Conclusioni

Nel settore post-laurea, la qualità (efficacia didattica) e l'efficienza erogativa (costi contenuti) devono consentire all'Università di riprendersi (non “*ope legis*”) quella importante fetta di mercato oggi in gran parte occupata da enti che non hanno la formazione come priorità istituzionale. La organizzazione “modulare” da noi sperimentata, agevola la “capitalizzazione” di crediti formativi, “fidelizzando”, per periodi potenzialmente lunghi, all'Università un'utenza professionale dotata di elevata, stimolante capacità critica.

La *Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica Senese* ha finora portato un visibile e quantificabile contributo, in termini scientifici e formativi alla Sanità Pubblica nazionale, in termini economici e di immagine alla Università ed alla Città di Siena. In un momento di crisi finanziaria ed istituzionale, mettiamo questa esperienza a disposizione della nostra Regione e del suo Servizio Sanitario. **TM**



**Figura 3** - SPLSPS: quote di iscrizione (linea rossa) e indotto economico (linea verde).



Mariella Orsi, già Vicepresidente della Commissione Reg.le di Bioetica, Dirigente dell'ASL di Firenze fino al 2010 nel Dipartimento dipendenze, come Resp. del Centro Studi e Documentazione sulle Dipendenze e AIDS ([www.cesda.net](http://www.cesda.net)), professore a contratto di sociologia alla Facoltà di Medicina, Vicepresidente dell'Associazione GRECALE, Direttore editoriale del *Laborcare Journal* ([www.laborcare.it](http://www.laborcare.it)).

# Attraversare il lutto

**S**e si considera che ogni decesso coinvolge circa 15-20 persone tra familiari ed amici e che ciascuna di queste deve affrontare il dolore della perdita ed un percorso, più o meno breve, di elaborazione del lutto, si comprende quanto questo tema rappresenti un evento che, prima o poi, riguardi ogni individuo. Ma se, dunque, il lutto rappresenta un problema molto comune nella nostra realtà di vita, troppo poco questo tema è ritenuto di interesse nella realtà sanitaria del nostro Paese.

Nonostante che i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari si confrontino quasi quotidianamente con il decesso di un loro paziente, poco è lo spazio e il tempo concesso o che si concedono, per riflettere sull'impatto che la morte di una persona per la cui assistenza hanno profuso intelligenza, energie e terapie, ha – e/o avrà – sulla loro vita professionale e personale. Certo molto si è fatto da quando è stato introdotto l'audit clinico per una valutazione da parte della stessa équipe curante degli eventi avversi che hanno condotto al decesso un malato in situazioni ritenute critiche, ma per i decessi ritenuti "normali" rimane un grande silenzio.

Da oltre 6 anni si è iniziato ad affrontare nel Policlinico di Careggi un percorso di formazione/aggiornamento del personale sanitario sui diversi aspetti della sofferenza e della morte e in questo periodo molti partecipanti sono stati gli infermieri e gli OSS, ma ben pochi i medici, nonostante che i seminari fossero rivolti anche a loro (addirittura ci è stato comunicato che, nonostante il successo di questo corso e i numerosi iscritti in attesa, la direzione aziendale dell'AOU di Careggi ha deciso di cancellarlo, non ritenendolo necessario).

Ci si è chiesto quali fossero i motivi di questa scarsa attenzione, nonostante la rilevanza della fase terminale della vita delle persone da loro assistite in ospedale e che muoiono nei vari reparti, nonostante terapie intensive o prolungate. Ad un'analisi frettolosa e superficiale potrebbe apparire quasi che quando... non è più possibile guarire" diminuisca anche l'impegno dell'équipe medica nel "prendersi cura" di un paziente giunto alla fase terminale della sua vita.

Oppure... è troppo duro e difficile entrare "dentro" il dolore di chi sta congedandosi dalla vita e di quello dei familiari per i quali è difficile accettare il distacco dal proprio caro; in una parola si pensa che "attraversare il lutto" rappresenti un percorso che farà la famiglia solo all'interno

della propria rete sociale.

Noi pensiamo invece, anche sulla base di esperienze e ricerche, che attraversare il lutto sia un percorso che riguarda tutti coloro che, in un ruolo o in un altro, stanno vicino alla persona morente e ne manterranno in qualche modo un ricordo.

È davvero importante prepararsi anche a questa fase della propria vita – l'elaborazione delle perdite – perché, oltre a ricordarci la finitezza di ogni vita umana (anche la nostra, se pur ci sembra scaramantico non pensarci), ci aiuta a vivere, anche se può sembrare paradossale, con maggiore intensità e generosità ogni giorno che ci è dato. Trovare tempi e spazi idonei per elaborare le perdite di persone con le quali abbiamo vissuto, magari condividendo con altri che si trovano nella stessa condizione di dolore (come viene fatto nei Gruppi di auto-mutuo aiuto per il lutto-GAMA) aiuta a vivere, ad andare oltre, nonostante il dolore e il vuoto che si prova.

Ecco perché come facilitatrici dei gruppi GAMA

di quattro Associazioni fiorentine (FILE, ATT, CALCIT e CIAO LAPO) abbiamo pensato di redigere un libretto intitolato

"Attraversare il lutto"\* quale strumento di sostegno a chi vive questo dolore per raccontare, anche attraverso le testimonianze di chi ci è già passato, quanto sia *normale* quello che si prova in quei momenti e che fa sentire tanto estranei, soli e disperati, se non si trova una sponda di aiuto in altre persone.

Pensiamo che sia opportuno che anche i medici – specie quelli di medicina generale – che seguono i familiari in lutto per la morte di un loro caro, conoscano questa risorsa dell'area fiorentina, promossa dal volontariato. Conoscere infatti l'esistenza dei GAMA e comprenderne l'utilità può costituire, in alcuni casi, anche un'alternativa all'uso di farmaci per persone che non riescono più a svolgere molti compiti della vita quotidiana e necessitano di un sostegno rispetto al vuoto terribile da cui si sentono schiacciati. La serata organizzata nello scorso giugno, presso l'Ordine dei Medici, aveva questo scopo, ma è stata forse poco compresa nelle sue finalità, vista la scarsità dei medici presenti, per altro convocati dalla stessa FIMMG. Sarà una esperienza comunque da ripetere perché non vada persa un'occasione di confronto e collaborazione tra chi "cura" per professione e chi si "prende cura" di persone che soffrono per un lutto, essendosi già trovati nelle stesse condizioni.

Il libretto è disponibile presso le Associazioni citate; è inoltre possibile scaricarlo dal sito [http://www.leniterapia.it/public/Libretto%20gama\\_interni\\_WEB.pdf](http://www.leniterapia.it/public/Libretto%20gama_interni_WEB.pdf), così come il volantino in cui sono segnate le sedi e gli orari in cui si ritrovano i vari GAMA: <http://www.leniterapia.it/contenuti/Assistenza/69-il-gruppo-di-auto-mutuo-aiuto-della-fondazione.asp>.

**TM**

MARIELLA ORSI

Sociologa - Comitato Scientifico  
File (Fondazione Italiana di Leniterapia)



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

# L'esigenza formativa sul lutto perinatale degli operatori sanitari toscani

## INTRODUZIONE

La morte perinatale è un lutto traumatico noto e codificato nei paesi più avanzati del mondo, e spesso poco considerato nella formazione dei medici e degli operatori sanitari italiani. L'Istat riporta che in Italia nel 2012 sono stati rilevati 1.578 nati morti (si definiscono nati morti i bambini morti in utero dalla 26 settimana di età gestazionale in poi) corrispondenti ad un tasso di natimortalità pari a 2,83 nati morti per ogni 1.000 bambini nati). L'indicazione della causa di morte è presente solo nel 19,4% dei casi. In Toscana il tasso di mortalità neonatale (morte che avviene dopo la nascita) è di 0,79 (circa 90 bambini ogni anno).

Il lutto perinatale di per sé possiede le caratteristiche di un evento di vita altamente stressante, grave e di forte impatto emotivo per la famiglia coinvolta (compresi nonni e fratelli). La letteratura ha ampiamente descritto come i genitori siano a grave rischio di sviluppare un ricco ventaglio di sintomi e patologie psichiatriche, dal lutto complicato a veri e propri disturbi psicopatologici, soprattutto nell'area ansioso-depressiva e del discontrollo degli impulsi.

La psicologia sistemica e gli studi sull'attaccamento hanno da tempo sottolineato che l'evento "perdita in gravidanza" influenza il rapporto dei genitori con i figli, già presenti al momento della perdita o concepiti successivamente, connotato da elevati livelli di ansia, difficoltà nell'accudimento, e maggior propensione alla depressione post-partum.

La morte perinatale è un evento con molteplici ricadute sul piano della salute della donna e della famiglia: per questo suo alto potenziale patogeno dovrebbe dunque essere adeguatamente inquadrata e assistita dai diversi operatori che si occupano di gravidanza, nascita e prima infanzia, come le ostetriche, i ginecologi, gli infermieri e gli psicologi.

La letteratura internazionale ci dimostra che gli atteggiamenti corporei, la modalità comu-

nicativa e la capacità di ascolto di questi operatori può fare veramente la differenza, contribuendo in modo incisivo sia a favorire una buona elaborazione del lutto sia a evitare il lutto patologico (lutto complicato). I genitori orfani del loro bambino, infatti, necessitano di specifiche cure mediche e psicologiche, sia in acuto che nei mesi successivi, anche al fine di evitare traumatizzazioni secondarie all'evento.

Riuscire a fornire questo adeguato e competente supporto alla coppia genitoriale in lutto è un compito in-

consueto e poco familiare per i nostri professionisti, poco abituati a districarsi tra distacco professionale e coinvolgimento emotivo.

In assenza di specifici *training* di formazione, queste competenze rimangono affidate alle capacità meramente personali, come un rischioso carico aggiuntivo nella routine professionale del singolo operatore.

Volgendo uno sguardo all'estero, e agli ormai radicati protocolli vigenti in Canada o in Australia, notiamo come anche in Italia inizia a emergere la reale necessità di strutturare efficaci protocolli di assistenza al lutto e di prevenzione del lutto complicato e degli altri disagi psichici, in modo da adeguare il livello di assistenza italiano agli standard internazionali presenti in altri paesi dal secolo scorso.

Le realtà italiane in cui è prevista una specifica formazione del personale sanitario sul lutto perinatale sono ancora pochissime: l'argomento lutto resta un tabù culturale, che genera ancora oggi notevoli difficoltà assistenziali, nonostante tra gli storici compiti del medico e dell'operatore sanitario vi sia l'accompagnamento al "sofferente" (non a caso, i nostri assistiti si chiamano pazienti).

In questi sette anni di attività nel campo del lutto perinatale abbiamo indagato approfonditamente come si muovono gli operatori sanitari di fronte a una paziente o a una famiglia colpita da lutto, per poi valutare il loro interesse sull'argo-

CLAUDIA RAVALDI<sup>1</sup>, ELENA ANGELI<sup>1</sup>,  
VALDO RICCA<sup>2</sup>, CARLO FARAVELLI<sup>3</sup>,  
GIORGIO MELLO<sup>2,3</sup>, ALFREDO VANNACCI<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Associazione CiaoLapo Onlus, Prato

<sup>2</sup> Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

<sup>3</sup> Università degli Studi di Firenze

mento, e l'eventuale richiesta di formazione specifica.

Lo scopo ultimo per cui in questi anni abbiamo raccolto oltre cinquecento questionari di vari operatori italiani, è stimolare, come già avvenuto in alcuni ospedali italiani, la stesura di semplici linee guida che siano in grado di approfondire la gestione clinica del lutto perinatale nella sua totalità, con particolare attenzione ai momenti critici come la comunicazione dell'evento negativo, l'incontro con il bambino morto e l'accompagnamento al lutto dei genitori nei mesi successivi la perdita.

Se correttamente assistiti in tutte le fasi del loro evento di perdita, dal momento della diagnosi fino alla dimissione e nei mesi successivi, la donna, la coppia e la famiglia saranno maggiormente capaci di dare un senso al loro lutto e di ricollocarlo all'interno della loro vita. Fondamentali alleati in questo processo risultano essere il sostegno dell'ambiente circostante (ospedale, consultorio, famiglia allargata e società) e la presenza di risorse specifiche (libri, documentari, siti web, gruppi di automutuoaiuto).

### IL NOSTRO STUDIO: "L'OPERATORE E IL LUTTO PERINATALE"

L'Associazione CiaoLapo Onlus ([www.ciaolapo.it](http://www.ciaolapo.it)) opera dal 2006 a fianco degli operatori della salute perinatale e dei genitori in lutto per promuovere una corretta cultura di prevenzione della morte perinatale e la diffusione di protocolli di assistenza clinica e psicologica basati sulle prove di efficacia. In particolare, all'interno del progetto di ricerca "Lucina Interview: l'operatore e il lutto perinatale", si è posta come obiettivo quello di valutare l'esigenza formativa negli operatori che lavorano in tre ospedali della Toscana (AOUC di Firenze, Arezzo, Pistoia) attraverso la sommi-

nistrazione di un questionario che indaga varie aree dell'assistenza alla morte perinatale.

Scopo di questo progetto è stato quello di raccogliere quante più testimonianze possibili al fine di descrivere non solo la tipologia di intervento assistenziale attualmente presente in alcuni centri ospedalieri toscani, ma anche quello di indagare il loro desiderio e la loro motivazione a partecipare a percorsi formativi in questo settore. I risultati qui presentati faranno riferimento all'evento della morte endouterina fetale.

Il questionario "Lucina" è composto da domande a scelta multipla e ciascuna domanda prevede tre opzioni di risposta, "No", "Sì", "Non so". Esso si compone di 26 items che indagano varie aree relative alla *care* nel lutto perinatale, come i comportamenti messi in atto dagli operatori in caso di morte perinatale, le conoscenze relative all'assistenza di questo evento luttuoso e i vissuti personali relativi all'evento stesso.

Nello specifico, all'interno di questa ricerca, abbiamo focalizzato la nostra attenzione sugli items che potessero rivelarci la predisposizione e la necessità autopercepita dagli operatori di formarsi sull'argomento. È stata dunque compiuta un'analisi di statistica descrittiva sugli item che riguardavano le caratteristiche del campione intervistato e sugli item cosiddetti formativi.

### RISULTATI

Il campione totale è costituito da 164 operatori intervistati in tre ospedali toscani, 98 provenienti dall'Ospedale Universitario Azienda di Careggi, 45 provenienti dall'Ospedale di Pistoia e 21 provenienti dall'Ospedale di Arezzo.

Per la descrizione dei dati socio-demografici, si rimanda alle seguenti grafici e tabelle (Tabella 1, Figura 1).

Nella Tabella 2 invece sono esposti i dati relativi all'età, al sesso, agli anni lavorativi e alla qualifica di lavoro degli operatori suddivisi per le tre province di provenienza.

La maggioranza degli operatori dichiara di aver assistito a un numero di morti endouterine fetali comprese tra una e cinque durante la loro carriera lavorativa, mentre più di un terzo del campione dichiara di aver assistito ad un numero più elevato di MEF (il 25% del campione totale riporta un numero tra 5 e 10 casi, mentre per il 14% il numero è maggiore di 10).

Le varie province sembrano seguire il trend del campione totale, ad eccezione di Arezzo, dove nessun operatore dichiara di non aver mai assistito ad una morte endouterina fetale e dove quasi la metà di essi hanno assistito ad un numero medio-alto, ovvero tra 5 e 10 (Tabella 3).

Quasi il 75% del campione totale intervistato crede che una formazione continua sulla morte

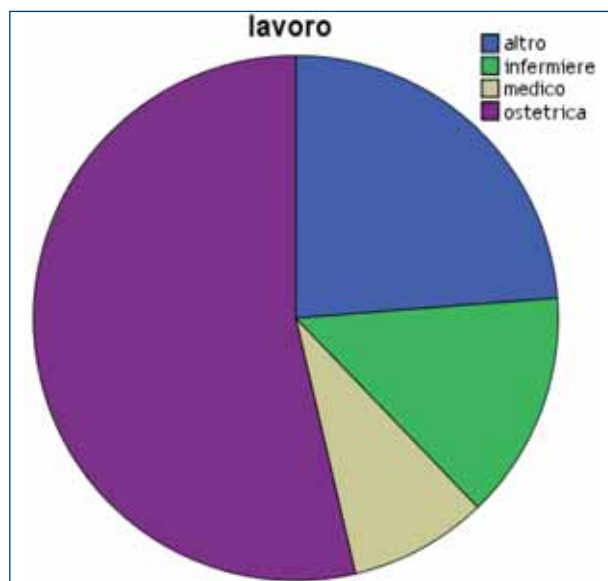


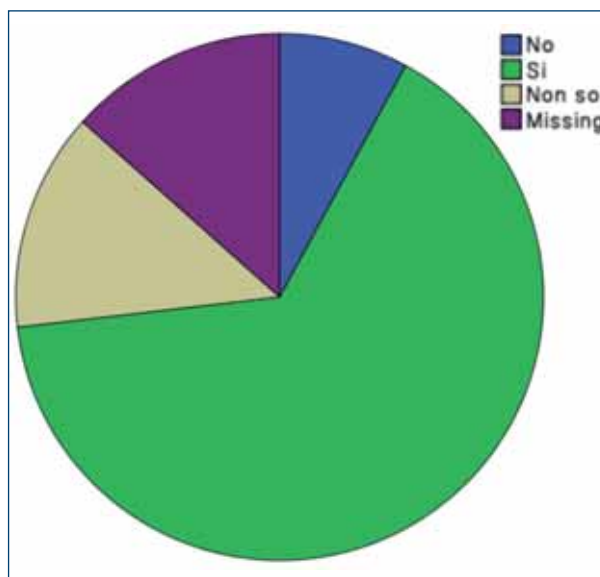
Figura 1 - Qualifica professionale dei partecipanti. Campione totale.

perinatale potrebbe aiutarlo ad offrire una migliore assistenza ai genitori. Il 16% non sa rispondere, mentre il 5% dichiara che la formazione non avrebbe questa capacità (Tabella 4).

Il 65% del campione totale crede che partecipare a riunioni periodiche con altri operatori riuscirebbe a modificare il suo approccio nelle situazioni critiche. Il 13% non sa rispondere (Tabella 5, Figura 2).

Alla domanda “Ha mai partecipato ad un corso di aggiornamento sul lutto perinatale?” la maggioranza del campione totale intervistato ha risposto in maniera negativa (64%) mentre il 22% dichiara di averlo fatto. Un numero considerevole di persone omette di rispondere (13,4%) a questa domanda (Tabella 6).

L'80% del campione totale si dichiara interessato a partecipare a corsi di aggiornamento sulla morte perinatale e il 59% sostiene di essere interessato a partecipare ad incontri di un gruppo di auto-mutuo-aiuto sull'argomento (Tabella 7, 8).



**Figura 2** - Partecipare a riunioni periodiche con gli altri operatori può modificare il suo approccio alle situazioni critiche? Campione totale.

**Tabella 1**

Età [anni]	Media ± DS	35,5 ± 10,5
Sesso [n, %]	Uomini	8 (4,9%)
	Donne	155 (95,1%)
Anni di servizio [anni]	Media ± DS	11,0 ± 9,8

**Tabella 2**

	Numero di soggetto	Età Media ± DS	Sesso N (%)	Anni di Lavoro Media ± DS
<b>AOUC</b>	98	33,2 ± 10,0	M 5(5,1%) F 93(94,9%)	9,2 ± 9,6
<b>Pistoia</b>	45	35,9 ± 9,52	M 3(7,1%) F 41(92,9%)	10,7 ± 7,9
<b>Arezzo</b>	21	45,0 ± 8,8	M 0(-) F 21(100%)	19,7 ± 9,5

**Tabella 3**

Le è mai capitato durante la sua carriera di assistere una madre con diagnosi di morte intrauterina?					
	mai	meno di 5	tra 5 e 10	piu' di 10	missing
Campione tot %	6,7	53,7	25	14	0,6
AOUC-FI %	9,2	57,1	18,4	15,3	0
Pistoia %	4,4	55,6	31,1	6,7	2,2
Arezzo %	0	33,3	42,9	23,8	0

**Tabella 4**

Crede che una formazione continua sull'argomento potrebbe aiutarla ad offrire una migliore assistenza e perché?				
	si	no	non so	missing
Campione tot %	74,4	3	9,8	12,8
AUOC-FI	89,8	2	7,1	1
PISTOIA %	73,3	6,7	17,8	2,2
AREZZO %	4,8	4,8	0	90,5

## CONCLUSIONI

La conoscenza dei protocolli assistenziali in caso di morte endouterina o perinatale, così come degli aspetti psicologici del lutto perinatale è fondamentale per tutto il personale sanitario coinvolto nell'evento.

Riuscire ad affrontare e a riconoscere i propri vissuti emotivi di fronte ad un evento così drammatico ed innaturale come la fine della vita nel momento della nascita, permette agli operatori di approcciarsi in modo adeguato alle morti endouterine e di essere di sostegno al dolore dei genitori.

Alcuni studi indicano che sia per i genitori così come per gli operatori che si sono trovati a vivere l'esperienza di una perdita in gravidanza, avere l'accesso ad informazioni e a materiale sull'argomento (sia cartaceo, sia virtuale) rappresenta un validissimo aiuto per iniziare e portare a buon fine l'elaborazione del lutto.

Purtroppo in Italia queste risorse sono ancora poco diffuse, anche se in aumento.

Dallo studio da noi condotto emerge che la maggioranza dei nostri intervistati non ha mai svolto un corso di formazione tematico. Però, allo stesso tempo, dai risultati si evince una chiara

disponibilità a formarsi sul lutto perinatale partecipando ad esempio a corsi di aggiornamento. Un dato interessante che emerge dall'indagine è la fiducia che viene riposta in un possibile percorso formativo, che viene immaginato come capace di migliorare il proprio lavoro di assistenza così come di modificare l'approccio nelle situazioni di maggiore criticità.

Ciò è in perfetta sintonia con quanto mostrato dalla letteratura internazionale, secondo cui le esperienze di audit perinatale sono in grado di migliorare sia l'assistenza dal punto di vista clinico sia di ridurre l'impatto psicologico dell'evento sui genitori colpiti dalla perdita.

Si ringraziano per aver collaborato alla realizzazione dello studio e per la raccolta dei dati: le ostetriche Ester Tatini, Serena Serlupi D'Ongran, Mara Onorari, ed i ginecologi prof Luciano Savino e dott Cariti Giuseppe.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [info@ciaolapo.it](mailto:info@ciaolapo.it)

TM

Tabella 5

Partecipare a riunioni periodiche con gli altri operatori può modificare il suo approccio alle situazioni critiche?				
	SI	NO	NON SO	Missing
Campione tot %	65,2	7,9	13,4	13,4
AUOC-FI %	73,5	10,2	14,3	2
PISTOIA %	73,3	6,7	17,8	2,2
AREZZO %	9,5	0	0	90,5

Tabella 6

Ha mai partecipato ad un corso di aggiornamento sul lutto perinatale?				
	si	no	non so	missing
Campione tot %	22,6	64	0	13,4
AUOC-FI %	23,5	74,5	0	2
PISTOIA %	28,9	68,9	0	2,2
AREZZO %	4,8	4,8	0	90,5

Tabella 7

Le interesserebbe partecipare a corsi di aggiornamento sulla morte perinatale?				
	si	no	non so	missing
Campione tot %	80,5	1,8	3,7	14
AUOC-FI %	95,9	0	1	3,1
PISTOIA %	82,2	6,7	8,9	2,2
AREZZO %	4,8	0	4,8	90,5

# Tra tanti medici c'è un dottore?

ANTONIO PANTI

**L**a medicina ottiene continui successi e ancora di più ne promette; siccome non sempre li consegue, ciò causa delusione e smarrimento. È questa la causa per cui i cittadini e la stampa lamentano la scomparsa del vecchio “dottore”, quello amico e confidente, che il medico moderno, apprezzato tecnocrate, non riesce a sostituire e a farne cessare il rimpianto. La tecnologia imperante, con tutti i suoi trionfi, ha allontanato il medico dal rapporto umano? È anche vero che la socializzazione della medicina, grande conquista di civiltà, si è trasformata in medicalizzazione della società. E ormai si ricorre al medico e alla medicina come panacea dei mali del mondo, anche quelli che con la sanità non hanno niente a che fare, mentre non si attuano politiche sanitarie che determinino incrementi di salute.

Però l'invocazione all'umanizzazione della medicina è sempre più estesa; ma come si può umanizzare un'arte, la medicina, che si fonda proprio sul rapporto umano, sull'aiuto nella sofferenza? Eppure ora si dice più spesso: “vado dal medico” invece che “il mio dottore”. Insomma si vorrebbe di nuovo il “dottore” per antonomasia, in una sanità dove tutti sono diventati dottori, medici e non medici. I medici del buon tempo antico non erano, penso, più umani, quasi che oggi nei medici si fosse atrofizzato “l'organo dell'empatia”. Semplicemente i vecchi medici disponevano di più tempo e di minori tecnologie. E quindi supplivano con comportamenti più partecipativi alla carenza di reali strumenti di guarigione.

Evidentemente il potere di risanare o almeno di avviare alla cronicità non basta; il medico oggi può realmente guarire ma sembra dimentico della complessità dell'uomo e che quindi deve essere anche un “guaritore” in senso antico. Insomma oggi, che quasi nessuno guarisce più e il mondo si popola di cronici sofferenti di molte malattie, occorre una vecchia/nuova figura di “curante”, capace di curare e di prendersi cura. Viviamo un

periodo di trasformazione. La medicina è anch'essa malata? Indubbiamente si intrecciano tre crisi: quella *formativa*, che si esprime in una università inadeguata e chiusa; quella *professionale*, dominata da una burocrazia sempre più inutile e vessatoria; quella *culturale*, come se i medici vivessero con difficoltà i continui cambiamenti della scienza e della sanità.

Vi è una decadenza rispetto alla precedente dominanza medica, mentre l'università ha lasciato che questi cambiamenti, una sorta di ipertrofia dei mezzi di cura di fronte a un'atrofia dei fini, si affermassero senza mutare nulla della pedagogia e della *paideia* del medico. Inoltre il concetto di salute, la capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide sociali, fisiche e emotive, è storicamente variabile; nella cronicità è salute quanto resta per consentire l'adattamento alla vita residua. Allora le critiche ai medici nascono da una sorta di carenza di comportamento. Il medico ha perso credibilità non di fronte al singolo paziente ma nell'immaginario collettivo, con tutte le conseguenze che sono sotto i nostri occhi.

Infatti la scienza è anche manipolata e i medici, per tornare più credibili, dovrebbero resistere alle manipolazioni dell'assistenza, al *diseases mongering*, alle sirene di innovazioni più costose che efficaci, alla moltiplicazione di prestazioni inappropriate. Il curante insomma presuppone una visione olistica del paziente per operare secondo saggezza, equità e capacità di adattamento e personalizzazione della cura. Occorre un nuovo paradigma unificante della tecnologia e dell'empatia, fondato sull'intelligenza coniugata all'onestà intellettuale. Torniamo a Galeno. Il medico “amicus”, il vecchio dottore di casa; il medico “gratiosus”, disponibile e competente; quello “philosophus”, che persegue un'idea nobile di medicina secondo saggezza e giustizia. Insomma il medico deve tornare a essere anche il “dottore”.

TM



Giacomo Galletti, laureato in Economia nel 1997, si è occupato della verifica di sistemi di gestione della qualità e della responsabilità sociale d'impresa fino al 2004. Dallo stesso anno lavora all'ARS Toscana, dove oggi è impegnato in progetti di ricerca sull'impatto della crisi economica sulla salute della popolazione e in attività di monitoraggio a supporto della riorganizzazione del SST.

# La salute nella prospettiva della prosperità delle popolazioni

## Dalla Commissione "Stiglitz-Sen-Fitoussi" al rapporto BES di Istat/Cnel

**N**el febbraio 2008 il presidente francese Sarkozy affidava alla cosiddetta Commissione "Stiglitz-Sen-Fitoussi" (dal nome dei tre insigni economisti coinvolti) l'incarico di elaborare strumenti statistici idonei a rilevare quelle dimensioni del progresso e del benessere sociale "sostenibili" che l'indicatore principale della ricchezza delle nazioni, il PIL, non era in grado di misurare. Il rapporto delle attività fu pubblicato nel settembre 2009: tra le otto dimensioni in cui il benessere veniva declinato per la misurazione, la salute compare al secondo posto.

Tra i ventidue membri di quella commissione c'era Enrico Giovannini, allora impegnato alla direzione statistica dell'OCSE nel realizzare nuovi indicatori per misurare il progresso delle società.

Giovannini, oggi Ministro, quando era all'ISTAT ha prodotto il Rapporto BES 2013 insieme al CNEL: "il benessere equo e sostenibile in Italia". Il rapporto si articola in dodici capitoli (salute, istruzione e formazione, lavoro e conciliazione tempi di vita, benessere economico, relazioni sociali, politica e istituzioni, sicurezza, benessere soggettivo, paesaggio e patrimonio culturale, ambiente, ricerca e innovazione, qualità dei servizi) che riconducono sostanzialmente alle dimensioni del benessere individuate dalla Commissione Stiglitz.

Il BES "pone l'Italia all'avanguardia nel panorama internazionale in tema di sviluppo di indicatori sullo stato di salute di un Paese che vada oltre il PIL", come si legge sulla pagina web dell'Istat da cui è possibile scaricare il capitolo riguardante, appunto, la salute.

L'elemento innovativo è un concetto di stato di salute fortemente plasmata dagli aspetti della

qualità della vita, sulla scia di quel filone di studi sulla *Health related quality of life* la cui importanza nel panorama scientifico internazionale è costantemente in crescita.

Inoltre, gli indicatori del BES mirano a valutare lo stato di salute in un'ottica di benessere che sia tanto equa quanto sostenibile, e per farlo non sembrano concentrarsi sulla quantità o la qualità della malattia, quanto piuttosto sulla quantità o la qualità della "vita in assenza della malattia".

E allora? Com'è la salute degli italiani? O meglio: com'è la qualità della vita legata allo stato di salute degli italiani? E quella delle italiane?

Secondo il BES, in Italia si vive sempre più a lungo, ma con forti disuguaglianze sociali.

Gli italiani nel 2011 sono più longevi rispetto a 10 anni prima (2,4 anni in più, in media, per gli uomini e 1,7 per le donne), ma con differenze di genere ridotte, dato che le donne, che vivevano 6,8 anni in più degli uomini nel 1979, sono passate a 5,8 nel 2001 e 5,1 nel 2011.

La donne vivono comunque più a lungo, *ma non vivono meglio*: la loro speranza di vita in buona salute alla nascita, ovvero il numero medio di anni che una neonata può aspettarsi di vivere senza malattie non letali ma che possono degenerare in condizioni invalidanti, ammonta a 56,4 anni contro i 59,2 di un maschio.

Ne consegue che una donna può attendersi di vivere oltre un terzo della propria vita (33,3%) in condizioni di salute non buone, contro un quarto (25,4%) della vita di un uomo.

Le donne sono ancora sfavorite nella speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane: compiuti i 65 anni, un uomo può aspettarsi di vivere in piena autonomia 9 anni sui 18,3 rimanen-

GIACOMO GALLETTI, ANDREA VANNUCCI

Osservatorio Qualità ed Equità, Agenzia regionale di Sanità della Toscana



ti; una donna 9,1, su un orizzonte di però di quasi 22 anni.

Le differenze di genere, sui diversi aspetti dello stato di salute considerati, sono poi confermate anche dalle percezioni soggettive sullo stato fisico e quello mentale, dove per le donne gli indici registrano valori inferiori.

L'implicazione in termini di equità è così chiara: le donne vivono sì più a lungo, ma senza che la maggiore longevità sia accompagnata da una migliore *qualità* della sopravvivenza.

L'aspetto della sostenibilità del benessere è invece affrontato dal BES in riferimento agli stili di vita che mettono a rischio la salute. In questo caso ci limitiamo a citare l'obesità, diffusa prevalentemente tra gli uomini e i meno istruiti, e la seden-

tarietà, riscontrata frequentemente tra le persone di 14 anni.

I risultati del capitolo 1 del BES 2013, cui abbiamo solo accennato, ribadiscono cose comunque note, ma ci sembrava interessante sottolineare la contestualizzazione dello stato di salute nell'ambito della qualità della vita e nella prospettiva di un benessere equo e sostenibile.

La morale è che dal punto di vista della sostenibilità, il benessere della popolazione deve passare dalla promozione di stili di vita più sani; dal punto di vista dell'equità, il benessere della popolazione non può prescindere dall'eliminazione di quegli elementi discriminatori che, a profili socio-anagrafici differenti, assicurano diversificate opportunità di godimento di una vita di qualità. **TM**

## Il Tavolo Tecnico Interdisciplinare *Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS*

**L**a sindrome dell'apnea ostruttiva nel sonno (OSAS) è caratterizzata da russamento abituale e persistente, pause respiratorie ed eccessiva sonnolenza diurna (ESD). Riconosce l'obesità quale maggiore fattore di rischio ed ha una prevalenza che tra i 30 e 60 anni arriva fino al 9% in quello femminile ed al 24% in quello maschile. Applicando tali dati alla medicina generale il numero di soggetti che ne sono affetti è compreso tra i 90 ed i 240 ogni mille assistiti. È la più frequente causa medica di ESD e con questa è responsabile del 21.9% degli incidenti stradali. I soggetti OSAS hanno un rischio per incidente stradale da 2 a 7 volte superiore a quello osservato nei soggetti sani. Tale rischio è più che doppio rispetto a quello impu-

tabile all'abuso di alcol e/o al consumo di ansiolitici o cannabis. Più recenti studi indicano che la OSAS è un significativo fattore di rischio anche per infortuni sul lavoro e ridotta performance lavorativa. Un'analisi condotta con il contributo dell'Istituto Superiore della Sanità ha stimato pari a euro 838.014.400 e 101.083.761 i costi socio-sanitari per anno attribuibili rispettivamente

ad incidenti stradali e lavorativi nei soggetti OSAS. Il loro trattamento con applicazione di una pressione positiva continua nelle vie aeree abbate il numero di incidenti stradali ai valori osservati nella popolazione generale con riduzione dei costi



Antonio Sanna, Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio. Dal 1988 al 1993 ricercatore Università Libera di Bruxelles e quindi Università Cattolica di Lovanio, dove ha conseguito il PhD in Scienze Biomediche. È dirigente medico presso l'U.O. di Pneumologia, Azienda USL 3 di Pistoia. Membro commissione AIMS "Sonnolenza, Sicurezza e Trasporti". Delegato nazionale AIMAR per i Disturbi Respiratori nel Sonno.

ANTONIO SANNA\*, SAFFI GIUSTINI\*\*

\* Dirigente Medico, U.O. Pneumologia, Azienda USL 3 Pistoia - Delegato nazionale Associazione Interdisciplinare Medicina Apparato Respiratorio (AIMAR) al Tavolo Tecnico Interdisciplinare Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS

\*\* Medico di Medicina Generale Modulo eCCM Montale (PT) - Consulente AIFA Cure Primarie - Delegato nazionale Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) al Tavolo Tecnico Interdisciplinare Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS

sanitari diretti ed indiretti. Più recenti studi indicano che tale trattamento riduce anche il numero di incidenti domestici e sul lavoro.

Sulla base di tali dati è atteso che l'ottimale gestione sanitaria, anche relativa all'idoneità psico-fisica alla guida dei soggetti affetti da OSAS, riduca l'infortunistica stradale dei cittadini residenti in Europa. Per questo la Comunità Europea ha recentemente avviato le valutazioni per l'inserimento della OSAS nell'allegato III (requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida) della Direttiva 91/439/CEE, riferimento normativo obbligato per i codici della strada di tutti gli stati membri. In ambito comunitario l'Italia è per questo rappresentata dalla *Direzione Medica di Rete Ferroviaria Italiana (RFI)* su delega del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti.

In Italia, pur non essendo la OSAS formalmente riconosciuta quale fattore di rischio per incidenti stradali e sul lavoro, è sempre più attuale l'attenzione del medico legale e del medico competente nel ricercarla e valutarla quando venga loro chiesto un giudizio di idoneità psico-fisica. Già nel 2010 il *Coordinamento Medici Legali Aziende Sanitarie (COMLAS)* ha concretizzato il suo interesse a quest'argomento dedicando un intero capitolo delle sue "Linee guida per gli accertamenti in ambito Commissione Medica Locale" alla valutazione dell'idoneità psico-fisica alla guida dei soggetti OSAS. L'acquisizione dei dati utili alla formulazione di tale giudizio ha inizio con il certificato anamnestico, redatto dal medico di medicina generale, e si completa con il contributo del neurologo, odontoiatra, otorinolaringoiatra e pneumologo, tutti protagonisti nel porre diagnosi di OSAS e nel curarla.

Recenti valutazioni condotte in diverse aree territoriali dell'Italia indicano la reale e significativa difficoltà nell'accesso alla diagnosi e cura. È infatti spesso di molti mesi l'intervallo di tempo

tra la prenotazione della prima visita e l'inizio del trattamento, in particolare quello domiciliare con CPAP. Pur nell'attesa di norme che la riconoscano fattore di rischio per incidenti stradali e sul lavoro la crescente attenzione dedicata alla OSAS quando venga richiesto un giudizio di idoneità psico-fisica, ne rende sempre più difficoltoso l'accesso alla diagnosi e cura.

Consapevoli di tali problematiche diverse società scientifiche e la *Direzione Medica di RFI* partecipano al **Tavolo Tecnico Interdisciplinare *Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS***. L'*Associazione Interdisciplinare Medicina Apparato Respiratorio (AIMAR)*, l'*Associazione Italiana Medicina del Sonno (AIMS)*, il *COMLAS*, la *Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)*, la *Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII)*, la *Società Italiana Medicina del Sonno Odontoiatrica (SIMSO)*, la *Società Italiana di Neurologia (SIN)*, la *Società Italiana di Otorinolaringoiatria (SIO)* e la *Direzione Medica di RFI* hanno individuato ed approvato gli obiettivi da perseguire e raggiungere. Questi sono: 1) armonizzare i linguaggi e le modalità operative delle diverse figure mediche deputate alla diagnosi e cura della OSAS quando finalizzate alla formulazione del giudizio di idoneità psico-fisica alla guida o lavorativa; 2) produrre percorsi clinico-assistenziali finalizzati alla valutazione dell'idoneità psico-fisica alla guida o lavorativa che siano facilmente e rapidamente fruibili per il cittadino e sostenibili per il sistema sanitario; 3) produrre proposte normative da offrire al legislatore italiano ed in sede comunitaria.

Il **Tavolo Tecnico Interdisciplinare *Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS***, primo esempio in Italia di integrazione paritetica fra professionisti e rappresentanti delle istituzioni deputate alla produzione di norme in materia di idoneità psico-fisica, è pienamente operativo dal mese di gennaio del corrente anno. **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](http://www.edizionitassinari.it) - [pre.stampa@edizionitassinari.it](mailto:pre.stampa@edizionitassinari.it)

## Consiglio Sanitario Regionale

# Una panoramica sul taglio cesareo

Il Consiglio Sanitario Regionale al fine di rispondere anche in Toscana alla richiesta derivante dal documento predisposto dalla Commissione-Salute della Conferenza Stato-Regioni inerente l'incidenza e le problematiche del taglio cesareo, ha costituito un gruppo di lavoro che ha analizzato il documento redatto dall'Osservatorio di Epidemiologia della Agenzia Regionale Sanità sui tagli cesarei. Il documento ha preso in esame per ogni punto nascita il numero di parti per classi di Robson e le proporzioni di parti con tagli cesarei sempre per classi di Robson in riferimento agli anni 2008-2009-2010 e 2011. Il Gruppo di lavoro ha rilevato che nella Regione Toscana vi è da tempo la tendenza ad una stabilizzazione del numero di tagli cesarei contrariamente al quadro nazionale ancora in aumento. La Toscana infatti è al quarto posto tra le Regioni con proporzioni di cesarei più bassi (nel 2011 26%) (dati: Certificato di assistenza al parto).

Tuttavia permane una significativa differenza di incidenza tra le strutture sanitarie. Per questo al fine di trovare percorsi condivisi, per ottimizzare sempre più i risultati, il Consiglio Sanitario Regionale ha ritenuto opportuno organizzare una Conferenza di Consenso a cui hanno partecipato i responsabili dei punti nascita della Toscana. A conclusione di questo complesso e condiviso lavoro si è convenuto di procedere con linee di indirizzo da sottoporre ad una nuova Conferenza di Consenso sui seguenti punti:

- perfezionamento della rilevazione e dell'inserimento dei dati;
- taglio cesareo elettivo;
- parto gemellare e taglio cesareo;
- espletamento del parto dopo pregresso taglio cesareo.

*Anna Maria Celesti*

Consiglio Sanitario Regionale - Coordinatrice  
Gruppo di lavoro su taglio cesareo

## Il parto cesareo in Toscana

**L**a proporzione di taglio cesareo è notevolmente aumentata in Italia negli ultimi anni passando dall'11% nel 1980 al 38% nel 2008. Questa percentuale è nettamente superiore alla soglia del 10-15% delle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, ma anche degli standard europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile pubblicato nel 2008. Tra i paesi europei, l'Italia presenta la più alta percentuale di cesarei, seguita dal Portogallo con il 33%, mentre negli altri paesi si registrano valori inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia.

Si rileva inoltre una spiccata variabilità interregionale, con valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nel meridione: si va dal 23% nella Provincia autonoma di Trento e in Friuli-Venezia Giulia al 62% in Campania. La Toscana si colloca tra le regioni con la proporzione di cesarei più basse.

Nel 2011 nelle strutture toscane l'incidenza di taglio cesareo è stata del 26,0% (dati Certificato

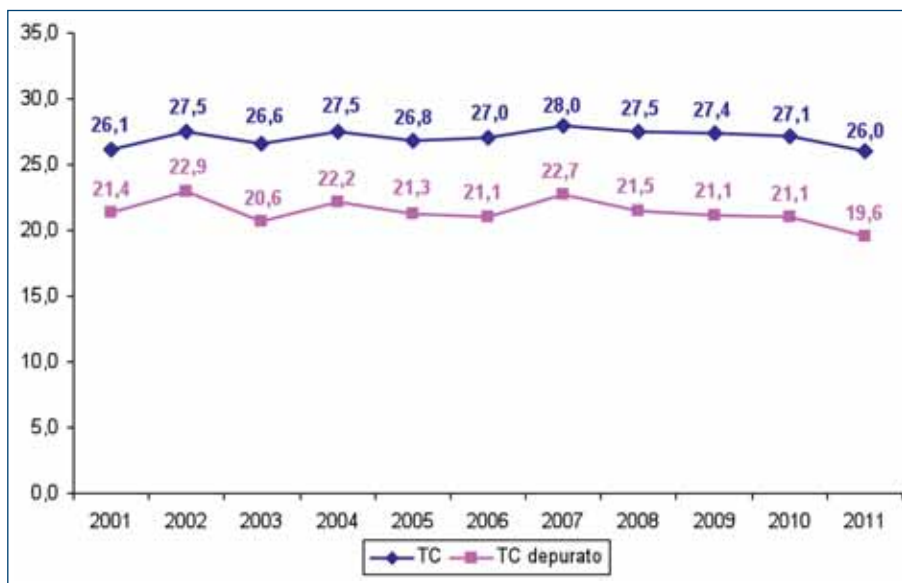
di Assistenza al Parto), mentre la proporzione di taglio cesareo depurato, considerando cioè le gravidanze singole, a termine, da madre primipara e presentazione fetale di vertice, è del 19,6% (Figura 1). Queste proporzioni sono leggermente diminuite negli ultimi anni: nel 2004 erano il 27,5% e il 22,2% rispettivamente.

L'analisi sui tagli cesarei è stata svolta considerando le classi di Robson dei 31.877 parti avvenuti nelle strutture toscane nel 2011 (Tabella 1). Le prime 5 classi riguardano i parti a termine con feto singolo in presentazione cefalica. In particolare, la prima e la terza classe di Robson comprendono i parti con travaglio spontaneo delle primipare e delle pluripare senza pregresso taglio cesareo (TC) rispettivamente. Esse rappresentano il 59,4% dei parti mentre assorbono il 12,3% dei cesarei. La proporzione di TC è infatti molto bassa in queste due classi: 7,9% tra le primipare e 2,1% tra le altre.

La seconda e la quarta classe comprendono invece i parti indotti o con taglio cesareo prima del travaglio, delle primipare e pluripare senza pregresso TC rispettivamente, e costituiscono il

MONICA DA FRÈ, ELEONORA FANTI, MONIA PUGLIA, FABIO VOLLER, FRANCESCO CIPRIANI

*Osservatorio di Epidemiologia  
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*



**Figura 1** - Proporzioni di parti cesarei grezza e depurata in Toscana.

TC depurato: proporzione calcolata sulle gravidanze singole, a termine, da madre primipara e presentazione fetale di vertice.

22,0% del totale dei parti totali e il 31,7% dei parti cesarei.

È invece la classe di Robson costituita dai progressi TC (V) ad assorbire il 29,0% dei cesarei pur rappresentando l'8,8% del totale dei parti. L'incidenza di taglio cesareo in questa classe è dell'83,3%.

Le altre classi di Robson rappresentano in totale il 9,9% dei parti e sono le gravidanze singole con feto in presentazione podalica (classe VI e VII), le gravidanze plurime (classe VIII), le gravidanze singole con feto in presentazione anomala (classe IX) e il feto singolo in presentazione cefalica ma pretermine (classe X).

La proporzione di tagli cesarei è del 47,4% in quest'ultima classe. Le altre classi di Robson pre-

sentano proporzioni superiori all'80%, in particolare la VI e la VII che riguardano i podalici presentano un'incidenza superiore al 90%.

L'analisi per classe di Robson ha evidenziato una variabilità tra punti nascita. C'è da considerare però che questa classificazione non valuta condizioni cliniche preesistenti, complicanze della gravidanza e le condizioni del neonato che possono presentare un case mix differente tra i vari punti nascita.

Per arrivare a una significativa riduzione del taglio cesareo è necessario lavorare sui parti dopo progresso TC che assorbono una proporzione significativa di cesarei, ma anche sui parti delle primipare che, a parità delle altre condizioni, presentano proporzioni di TC più elevate delle pluripare.

**Tabella 1** - Frequenza di tagli cesarei secondo le Classi di Robson - Anno 2011.

Classi di Robson		Totale parti	% sul totale dei parti	Totale cesarei	% sul totale dei parti cesarei	% parti cesarei
I	nullipare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica	9.887	31,9	781	10,0	7,9
II	nullipare, parto a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio, feto singolo, presentazione cefalica	4.612	14,9	1.870	24,0	40,5
III	pluripare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica, no parto TC progressivo	8.509	27,5	179	2,3	2,1
IV	pluripare, parto a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio, feto singolo, presentazione cefalica, no parto TC progressivo	2.196	7,1	603	7,7	27,5
V	progresso TC, parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica	2.717	8,8	2.262	29,0	83,3
VI	nullipare, feto singolo, presentazione podalica	604	2,0	572	7,3	94,7
VII	pluripare, feto singolo, presentazione podalica	339	1,1	314	4,0	92,6
VIII	gravidanze multiple	549	1,8	464	6,0	84,5
IX	feto singolo, presentazione anomala - non cefalica e non podalica	42	0,1	36	0,5	85,7
X	feto singolo, presentazione cefalica, pretermine	1.515	4,9	718	9,2	47,4

# Evidenze scientifiche sulle indicazioni al taglio cesareo elettivo

**U**n taglio cesareo è detto “elettivo” quando è stato deciso a priori ed è effettuato in situazioni non di urgenza. Elettivo è sinonimo di “scelto” e nel caso del taglio cesareo non va mai utilizzato da solo, ma richiede la specifica relativa alla/e motivazione/i per cui tale intervento è programmato in modo elettivo.

Qui di seguito sono riportati esempi delle indicazioni che più frequentemente motivano un taglio cesareo elettivo. La rassegna delle suddette indicazioni, valutata alla luce delle linee guida delle Società Scientifiche di riferimento, permette di valutare come mentre per alcune di esse l'indicazione è pertinente, per altre viceversa è molto meno forte e, addirittura per alcune va riconsiderata l'appropriatezza della necessità di ricorrere ad un taglio cesareo.

**Presentazione podalica:** interessa il 3-4% dei feti singoli a termine e tale percentuale può essere ridotta attraverso il rivolgimento per manovre esterne, a partire dalla 37<sup>a</sup> settimana. Tale manovra è controindicata in caso di travaglio di parto, rottura delle membrane, anomalie cardiocografiche, sanguinamenti vaginali, cicatrici e malformazioni uterine. Il caso di fallimento del rivolgimento o di mancata esecuzione, l'indicazione al TC, è appropriata. Il parto vaginale in questi casi può essere effettuato solo nell'ambito di protocolli specifici, previa acquisizione di consenso e l'esito è legato all'esperienza dell'operatore.

**Placenta previa:** l'indicazione è assoluta sia in caso di localizzazione centrale che marginale (distanza dall'orifizio interno inferiore a 2 cm). In questi casi il rischio di emorragia in corso di taglio cesareo è 12 volte superiore alla media e pertanto tale intervento deve essere effettuato in contesti di strutture attrezzate per l'emergenza.

**Patologia da adesione placentare,** placenta accreta/percreta, da sospettare nei soggetti con precedente taglio cesareo e localizzazione placentare bassa. In questi casi se il Color Doppler effettuato a 32-34 settimane è suggestivo per adesione patologica, la diagnosi definitiva viene effettuata mediante Risonanza Magnetica. In caso di conferma dell'adesione patologica della placenta, il taglio cesareo andrà effettuato presso una struttura attrezzata per l'emergenza coinvolgendo anche il personale senior (ostetrico, anestesista ed ematologo).

**Gravidanza multipla:** nella gravidanza gemellare bicoriale o monocoriale, per presentazioni diverse da quella cefalica-cefalica deve o può esse-

re indicato il taglio cesareo rispettivamente se la presentazione del I feto è diversa da quella cefalica o se la presentazione del secondo feto è podalica.

**Infezioni con rischio di trasmissione materno-fetale:** a) per l'HIV il taglio cesareo è indicato quando la paziente non ha effettuato terapia antiretrovirale, ha effettuato terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART) ma la carica virale è maggiore di 400 copie, ha effettuato terapia diversa da HAART e la carica virale è maggiore di 50

copie; b) per infezione da Herpes Virus Simplex c'è indicazione al TC solo se le lesioni virali a livello genitale sono presenti nel 3° trimestre o al mo-

mento del parto; c) HbsAg (Antigene di superficie del virus dell'epatite B) e HCV (Virus dell'Epatite C) non costituiscono indicazioni al taglio cesareo.

**Parto pretermine spontaneo:** la prematurità “in sé” non costituisce indicazione all'esecuzione del taglio cesareo.

**Ritardo di crescita intrauterino:** il ricorso al taglio cesareo va valutato in funzione della gravità del caso e solo in presenza di alterazioni della velocimetria doppler.

**Cardiopatie materne:** le indicazioni al taglio cesareo sono oggi molto ridimensionate rispetto al passato e vanno discusse con il cardiologo. In caso di taglio cesareo, l'anestesia epidurale è controindicata e, nelle pazienti ad alto rischio, va fatta la profilassi antibiotica.

**Sclerosi multipla, epilessia, patologie oftalmiche e obesità:** non costituiscono indicazioni al taglio cesareo.

**Richiesta materna:** in assenza di indicazioni mediche e/o ostetriche. In Italia è un argomento equivoco e finché non ci sarà giurisprudenza in merito, l'interrogativo rimane. Esistono elementi a favore ed elementi contrari e molto ruota attorno all'interpretazione più o meno restrittiva dell'art. 5 del Codice Civile che “vieta gli atti di disposizione del proprio corpo che comportano una riduzione dell'integrità fisica, o quando siano contrari alla legge, all'ordine pubblico e al buon costume” e dell'art 32 della Costituzione che fa riferimento al principio dell'autodeterminazione del soggetto.

Per concludere va ricordato che, nella gravidanza singola, con eccezione della placenta previa e del ritardo di crescita intrauterino, in tutti gli altri casi il taglio cesareo elettivo non va mai programmato prima della 39<sup>a</sup> settimana per il rischio di esiti neonatali avversi, non solo riferibili alla patologia respiratoria.

MARIAROSARIA DI TOMMASO

*Dipartimento Scienze della Salute, Sez. di Pediatria, Ginecologia e Ostetricia e Sc. Infermieristiche  
Dipartimento Assistenza Materno Infantile,  
AOU Careggi Firenze*

# Taglio cesareo e parto gemellare

**N**ella valutazione dell'incidenza dei tagli cesarei riveste un'importanza non trascurabile la presenza, costantemente in aumento nella nostra regione, come del resto in altre parti di Italia, di gravidanze plurime.

Nel 2011 le gravidanze gemellari in Toscana, hanno raggiunto il 3.4% di tutti i parti con un incremento percentuale del 54% rispetto al 2001 (Figura 1).

Anche le gravidanze trigemine, sebbene rappresentino solo una piccola parte delle gravidanze totali, pesano per un 5.2% nel triennio 2009-2011 contro il 3.9% delle gravidanze gemellari del triennio 2003-2005, con un incremento costante presumibilmente legato agli effetti della legge 40. (Figura 2)

L'aumento delle gravidanze gemellari riconosce due fattori principali: da una parte l'aumento dell'età materna al parto, che è un fattore che predispone alle gravidanze plurime di per sé (Figura 3) e dall'altra il ricorso sempre più frequente a tecniche di fecondazione assistita. In realtà questi due fattori sono strettamente legati tra loro e non possiamo nasconderci che è proprio l'età materna avanzata una delle cause principali di quel "turismo procreativo" cui in questi ultimi anni abbiamo assistito, a fronte dei limiti posti dalla legge Italiana.

Purtroppo spesso centri dedicati più al *business* che a strategie di salute pubblica perseguono il risultato concreto in modo spregiudicato, indipendentemente dalle possibili conseguenze sulla salute, con il risultato di lasciare al nostro Paese costi e rischi della prematurità e delle possibili patologie a cui, donne in età anche molto avanzata, vengono esposte nell'affrontare una gravidanza plurima.

Un'analisi statistica multivariata dei dati toscani per il triennio 2009-2011, dimostra come il ricorso alla procreazione medicalmente assistita risulti essere il principale fattore di rischio per la gemellarità con un OR di 22,9 (IC 95%: 20,8-25,2).

La distribuzione delle nascite da gravidanze plurime non è omogenea nella nostra regione: la nostra struttura risulta tra i primi tre presidi a cui afferiscono le gravidanze gemellari, in virtù della presenza di un percorso per le gravidanze gemellari che parte dal centro ecografico di riferimento, dove vengono seguite con cadenza quindicinale o mensile, per l'individuazione precoce della corionicità e di possibili patologie.

In effetti le gravidanze gemellari sono gravi-

danze nelle quale incidono in misura maggiore alcune patologie sia materne che fetali: per quanto riguarda la madre il rischio di mortalità materna aumenta di 2.5 volte, il rischio di preeclampsia di 3 volte nei gemelli e di 9 nelle trigemine, il rischio di emorragia postpartum di 3 volte.

Per quanto riguarda i feto, certamente il rischio maggiore è rappresentato dal parto pretermine (63% nati prima della 36 settimana) seguito da basso peso alla nascita, un'aumentata incidenza di malformazioni fetali, aumento della morbilità e della mortalità perinatale (0.66 nati morti nei gemellari vs 0.25% delle gravidanze singole), e un rischio aumentato di mortalità intraospedaliera con un OR di 1.34, che non raggiunge la significatività statistica per la scarsa numerosità della casistica (0.89-2.03).

A fronte di tutte queste considerazioni, non stupisce quindi l'aumentato ricorso al taglio cesareo in questo particolare tipo di popolazione con un'incidenza globale nella nostra regione pari a 84.7%. (Figura 4)

Negli ultimi due anni sono state prodotte diverse linee guida per le gravidanze gemellari a cui è possibile fare riferimento: prendendo in considerazione quelle del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, UK) e dell'Istituto Superiore di Sanità, si trovano ampie sovrapposibilità, e si possono offrire alcuni punti che ad oggi costituiscono dei riferimenti consistenti per quanto riguarda le modalità del parto.

Da tutti gli studi risulta chiaro ad esempio che nella presentazione vertice-vertice (VV) il taglio cesareo programmato non offre sostanziali vantaggi ma anzi risulta associato ad una più alta mortalità perinatale (RR: 2.24), e quindi su questa

VALERIA DUBINI

*Direttore Ginecologia e Ostetricia,  
Osp. Nuovo San Giovanni di Dio Firenze*

## Nati vivi da parto plurimo

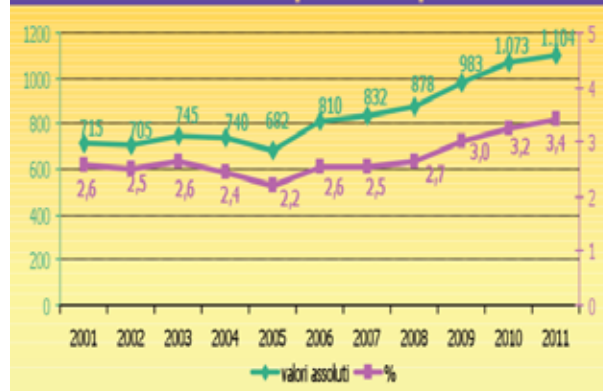


Figura 1

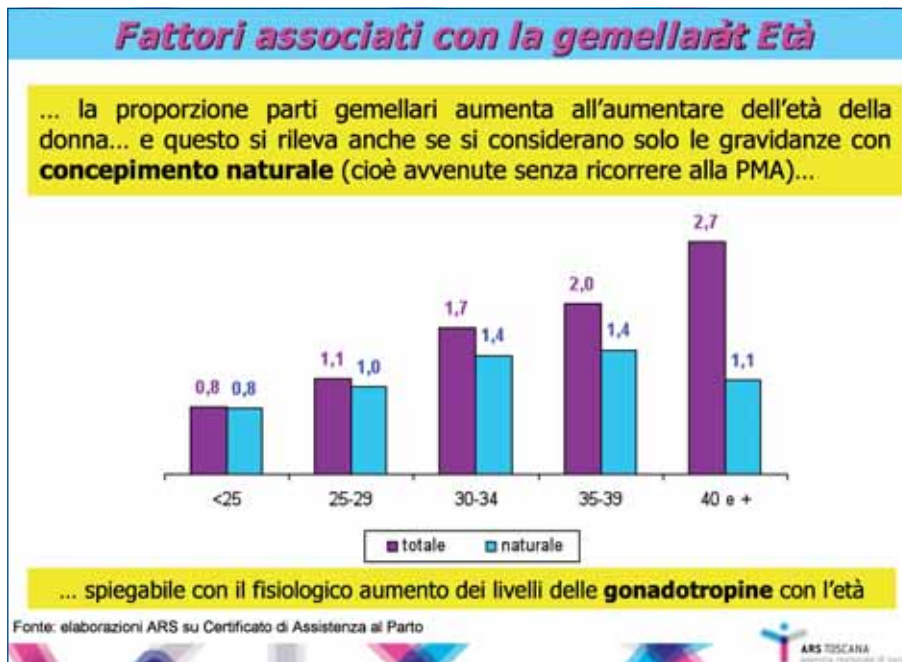


Figura 2

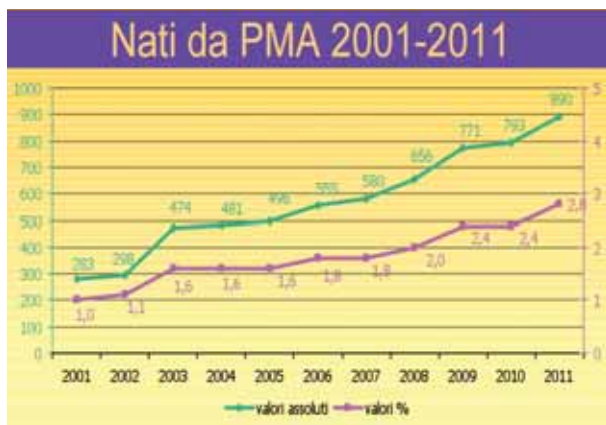


Figura 3



Figura 4

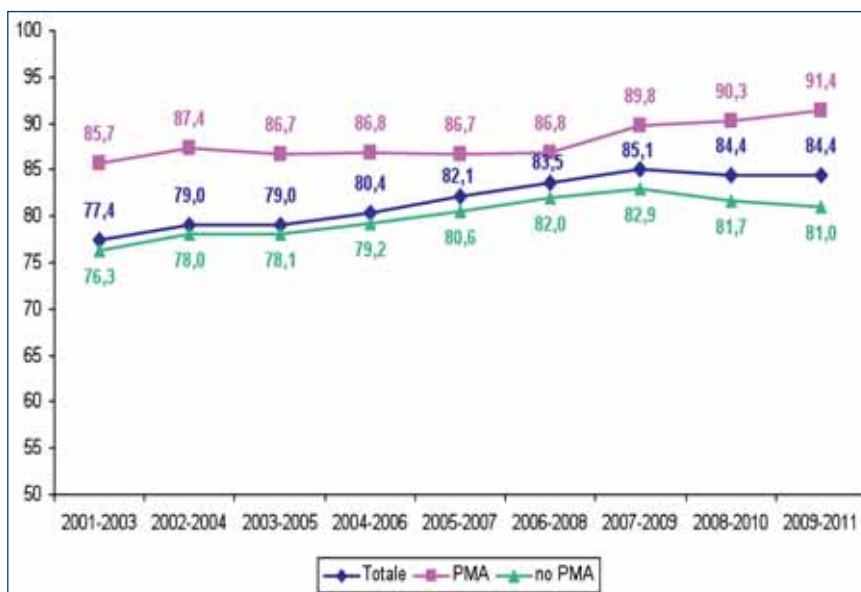


Figura 5 - Proporzioni di taglio cesareo nelle gravidanze gemellari da procreazione assistita e non.

popolazione, che è anche quella più numerosa, si deve cercare di promuovere il parto vaginale.

Nella presentazione vertice-podice (VP) invece il taglio cesareo sembra associato ad una più bassa mortalità neonatale senza tuttavia raggiungere la significatività statistica (RR: 0,79).

La corionicità rappresenta un'elemento essenziale nella valutazione del rischio: le gravidanze monocoriali monoamniotiche (MM) sono rare (circa 1% di tutte le gravidanze monocoriali), ma sono associate a mortalità perinatale elevata. Entrambe le linee guida raccomandano pertanto l'espletamento del parto a 32 settimane tramite taglio cesareo e previa somministrazione di corticosteroidi.

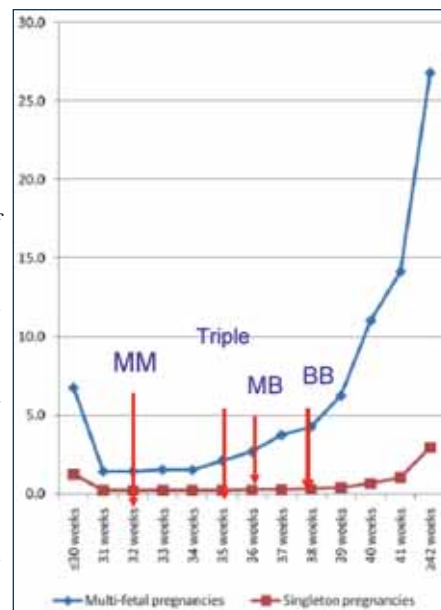
Diversa la condizione in caso di gravidanze monocoriali bi-amniotiche (MB), con feti cefalici, dove può essere proposto, in centri attrezzati, il parto vaginale, preferibilmente tra 36 e 37 settimane.

Un altro punto su cui c'è univocità è rappresentato dal fatto che dopo la 38 settimana aumentano i rischi fetali in modo esponenziale, per cui è raccomandato che nei gemelli il parto venga offerto entro la 38+0, che diventano 35 per le gravidanze trigemine, 36-37 per le BB e 32 per le gravidanze monocoriali monoamniotiche (Figura 5).

Legato a questo punto è anche l'appropriatezza dell'uso dell'induzione dopo tale epoca, punto ancora discusso per il quale non ci sono evidenze scientifiche sufficienti tanto che l'WHO nel 2011

conclude che non è possibile dare una raccomandazione in tal senso.

Non è qui la sede di discutere altri aspetti clinici circa le modalità con le quali seguire la gravidanza: preme però sottolineare come in questa particolare popolazione siano necessari percorsi clinici ed ecografici specifici e lo sviluppo di skill ostetrici per promuovere il parto vaginale dove raccomandato.



**Figura 6** - Evidence profile for the risk of fetal death in spontaneous or uncomplicated birth at different gestational ages (studies reporting results for twin pregnancies or predominantly twin pregnancies): a) fetal deaths per 1000 fetuses at the start of the given gestational week.

## Espletamento del parto dopo pregresso taglio cesareo

Secondo i dati dell'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo riferiti al 2007 il tasso globale di taglio cesareo (TC) nei paesi industrializzati varia dal 14% dei Paesi Bassi al 40% dell'Italia.

Parallelamente, i dati dell'European Perinatal Health Report e del National Center of Health Statistics statunitense relativi al 2004 mostrano che il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo (VBAC) avviene in percentuale variabile dal 9% degli USA al 55% dei Paesi Bassi; l'Italia si colloca al penultimo posto con il 10%. Nel 1990 l'ACOG incoraggiava il parto di prova (TOLAC) e il tasso di VBAC negli USA era del 20%. Nel 1996, quando questo tasso sfiorava il 30%, un lavoro pubblicato sul New England Journal of Medicine (NEJM) mise in relazione il TOLAC con un aumentato nu-

mero di rotture d'utero e isterectomie post-partum. In conseguenza di ciò la percentuale di VBAC negli USA è andata a ridursi. Negli ultimi anni si è cominciato a rivalutare la possibilità di VBAC: nel 2004 un articolo del NEJM ha associato un basso tasso di rotture uterine e di outcome negativi al TOLAC, dato confermato l'anno successivo da un altro lavoro dell'American Journal of Obstetrics and Gynecology. Nel 2010 la Consensus Conference del National Institut of Health statunitense ha dichiarato il TOLAC un'opzione ragionevole.

GIANSENIO SPINELLI\*, SIMONE OLIVIERI\*\*

\* Direttore

\*\* Dirigente medico

Dipartimento Materno Infantile Asl 4  
Ospedale Misericordia e Dolce, Prato

### LA SITUAZIONE IN ITALIA E IN TOSCANA

Dall'elaborazione dei dati SDO effettuata dall'Age.Na.S, nel 2009 in Italia il tasso di taglio cesareo è stato in media del 38,43%, con una distribuzione regionale che varia dal 23,77% del



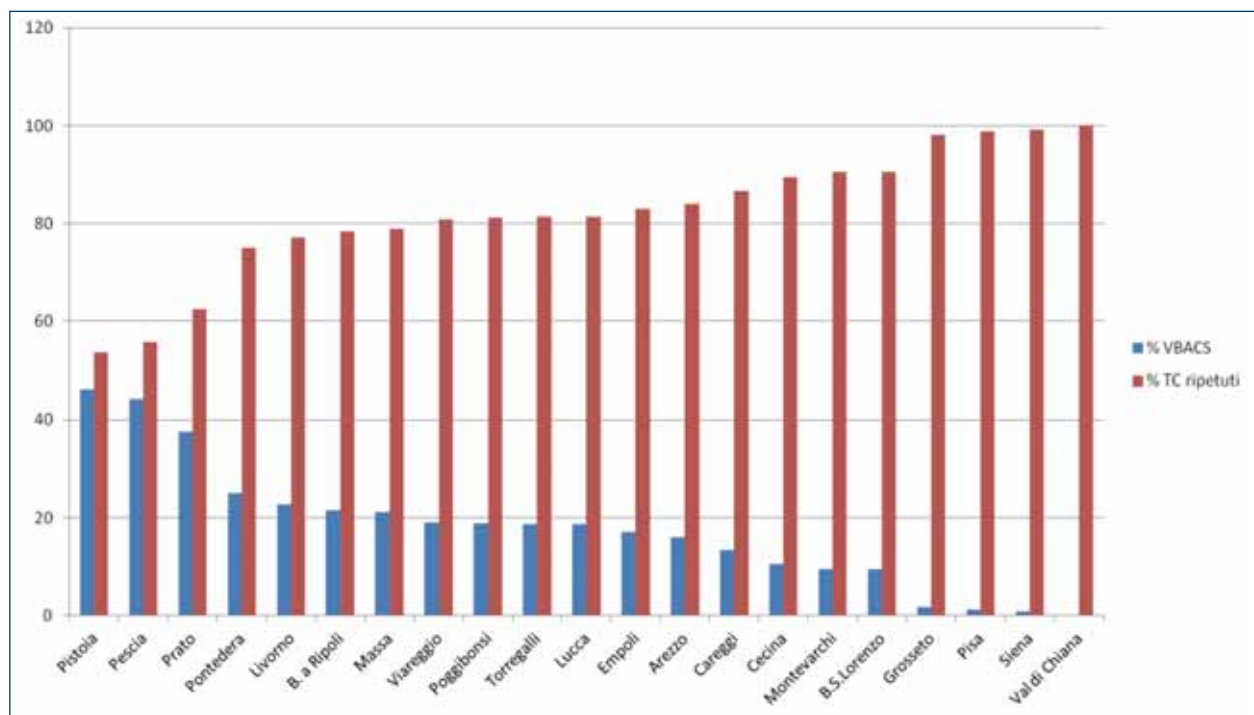
Friuli Venezia Giulia al 62,24% della Campania. La Toscana si colloca al quarto posto con il 26,89%. Per quanto riguarda invece la distribuzione regionale dei parti vaginali dopo pregresso taglio cesareo, a fronte di una media nazionale del 10,2%, i dati ottenuti dai Certificati d'assistenza al parto del 2009 mostrano percentuali variabili dal 36,0% della Provincia di Bolzano al 4,1% della Basilicata, mentre la Toscana si assesta al 21,7%. Ma analizzando il comportamento clinico di, ogni singolo punto nascita della Regione Toscana, si nota come l'atteggiamento nei confronti della donna con pregresso taglio cesareo sia molto differente: nel 2011 in Toscana la percentuale di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo variava dal 46,3% a 0% (Figura 1).

Il dato è confermato anche considerando il numero assoluto di parti vaginali dopo pregresso taglio cesareo in rapporto al numero di pazienti con pregresso taglio cesareo: nell'AOU Pisana, a fronte di 260 pazienti con pregresso taglio cesareo, l'intervento chirurgico è stato ripetuto su 257 donne, mentre solo 3 hanno partorito per via vaginale. Di contro, nell'Asl 4 di Prato, su 181 donne con pregresso taglio cesareo, 68 hanno avuto un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo (Figura 2).

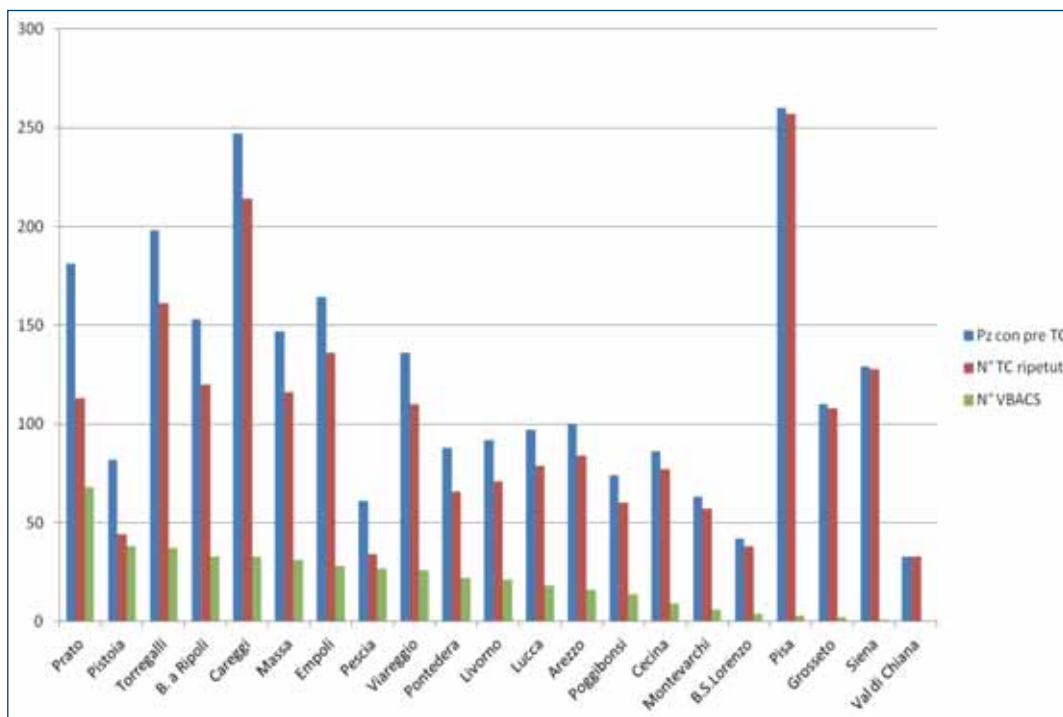
Si è ipotizzato che nei punti nascita più piccoli, in cui spesso è presente un solo medico di guardia, senza l'anestesista dedicato per la guardia ostetrica e con meno esperienza nella gestione del pregresso taglio cesareo, il ricorso al taglio cesareo

ripetuto sia più frequente, mentre nei centri più grandi esistono le condizioni per avere un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo. Per valutare quest'ipotesi abbiamo confrontato la percentuale di tagli cesarei ripetuti rispetto a quella di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo, suddividendo i punti nascita della nostra regione in due gruppi, il primo comprendente gli ospedali con più di 1500 parti l'anno, e il secondo con i centri con meno di 1500 parti l'anno. Analizzando l'andamento della gestione della paziente con pregresso taglio cesareo negli anni 2008-2011 all'interno di questi due gruppi, si nota come l'ipotesi che la sicurezza e l'esperienza assicurate dai centri più grandi non siano sufficienti a garantire alle pazienti un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo. Il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo avviene più frequentemente nell'Asl 4 di Prato tra i punti nascita con più di 1500 parti e nell'Ospedale di Pescia tra i punti nascita con meno di 1500 parti l'anno, con una media per entrambi questi centri di circa il 40% di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo nei 4 anni considerati (Figure 3 e 4).

Questo eccessivo ricorso al taglio cesareo ripetuto, non è giustificato nemmeno se si considerano i dati dell'Agenzia Regionale della Sanità (ARS) per quanto riguarda gli outcome neonatali dei nati da mamme appartenenti alla V classe di Robson. Infatti, in questa categoria, la percentuale di bambini deceduti durante il ricovero nei primi 28 giorni di vita è stata dello 0,8 per mille in caso di parto



**Figura 1** - Pazienti con pregresso taglio cesareo in Regione Toscana. Parti vaginali e tagli cesarei ripetuti (%) anno 2011. Punti nascita con > 500 parti. Elaborazione su dati Agenzia Regionale Sanità.



**Figura 2** - Pazienti con pregresso taglio cesareo in Regione Toscana. Parti vaginali e taglio cesareo ripetuti (n.) anno 2011. Punti nascita con > 500 parti. Elaborazione su dati Agenzia Regionale Sanità.

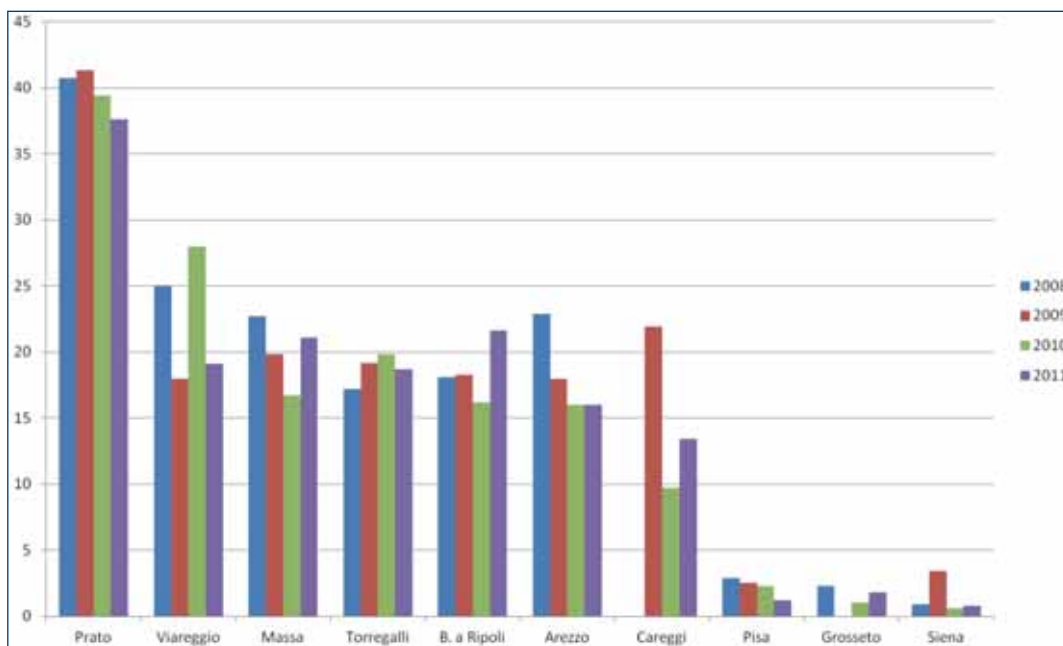
vaginale dopo pregresso taglio cesareo e dello 0,7 per mille in caso di taglio cesareo ripetuto; analizzando invece la percentuale di bambini ricoverati in T.I.N. (Terapia Intensiva Neonatale) i nati da taglio cesareo ripetuto rappresentavano esattamente il doppio dei nati da parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo (1,8 contro 0,9 per mille).

### LA NOSTRA ESPERIENZA

Nel 2012 nella Sala Parto dell'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato sono avvenuti 2887

parti; la percentuale di taglio cesareo è stata del 15%, i parti operativi l'8%, mentre il 77% delle partorienti hanno avuto un parto vaginale spontaneo. In questa casistica la percentuale di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo è stata del 36%.

Che questi risultati siano il frutto di un impegno costante nel tempo, si evince dall'analisi dell'andamento della modalità del parto nella nostra struttura negli ultimi 20 anni: nonostante che in questo lasso di tempo si siano avvicendati



**Figura 3** - Pazienti con pregresso taglio cesareo in Regione Toscana. VBAC (%) anni 2008-2011. Punti nascita con > 1500 parti. Elaborazione su dati ARS.

alla guida dell'Unità Operativa tre diversi Direttori e siano cambiati molti dei Dirigenti Medici, la percentuale di taglio cesareo dal 1989 ad oggi si è sempre mantenuta tra il 10% e il 16%. Anche per quanto riguarda la gestione della paziente con pregresso taglio cesareo negli ultimi 10 anni la filosofia di lavoro dell'Unità Operativa ha permesso di ottenere risultati pressoché costanti.

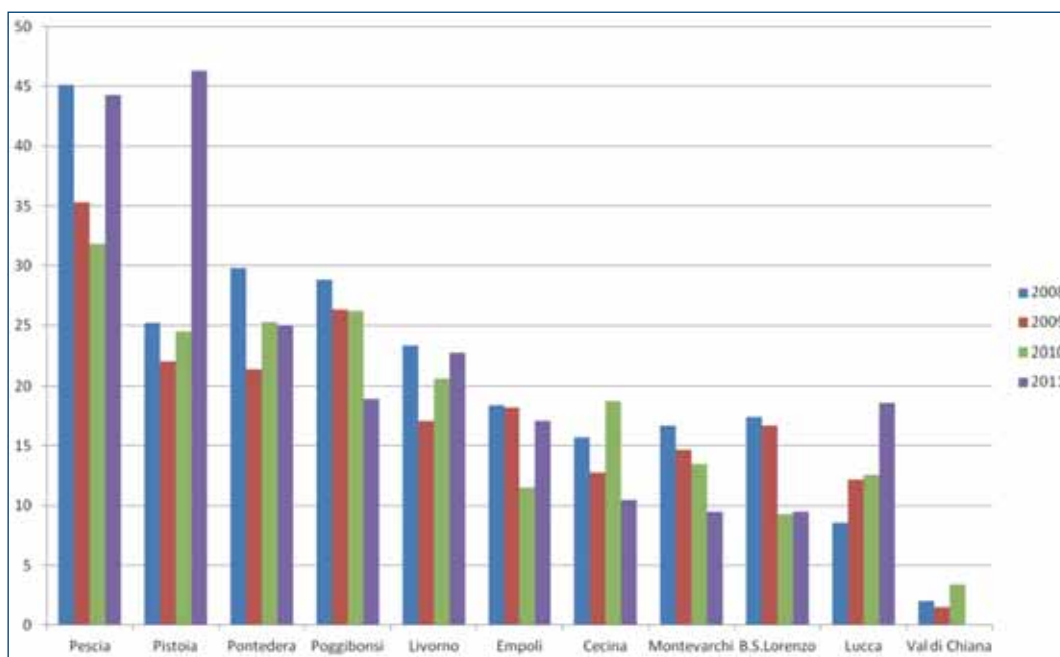
Dal 2003 al 2009 ci sono stati 1211 casi di pazienti con pregresso taglio cesareo; di queste, il 91% (1107 pazienti) avevano avuto un solo pregresso taglio cesareo, mentre il 9% (104 donne) avevano alle spalle più di un taglio cesareo. Delle 1107 pazienti con un pregresso taglio cesareo, 603 (corrispondenti al 54%) sono state indirizzate al taglio cesareo iterativo, mentre a 504 (ovvero il 46% del totale) è stato proposto il TOLAC.

L'analisi della modalità del parto delle 504 pazienti con pregresso taglio cesareo avviata al TOLAC ha mostrato che 99 di queste sono andate incontro a taglio cesareo in travaglio, mentre 405 pazienti, ovvero l'80% di quelle che erano state considerate candidabili al TOLAC, hanno ottenuto il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo. In totale, quindi, su 1107 pazienti con un pregresso tagli cesarei, il 64% ha subito un taglio cesareo ripetuto, mentre il 36% ha partorito per via vaginale. Questa percentuale di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo complessiva degli anni dal 2003 al 2009 è esattamente la stessa percentuale di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo ottenuta nel 2012, a dimostrazione della costanza nella gestione di questo tipo di paziente che l'Unità Operativa mantiene negli anni.

## L'ANALISI DELLA LETTERATURA

Il parere espresso dalla Cochrane Collaboration è che, non essendo presente in letteratura nessun trial randomizzato che confronti il taglio cesareo ripetuto con il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo, nonostante sia ormai chiarito che gli *outcomes* sfavorevoli materno-fetali siano rari (< 1%), la scelta della donna è altamente influenzata dal parere del medico e dal luogo scelto per partorire. Questo atteggiamento determina un bias di selezione che condiziona i livelli d'evidenza e la qualità delle raccomandazioni poiché i dati derivano da studi retrospettivi non randomizzati. Nel 2010 la Consensus Conference del NIH ha affrontato il tema del parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo chiarendo tre punti importanti: il rischio globale di mortalità e morbilità perinatale per il VBAC è simile a quello di ogni nullipara in travaglio; il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo richiede un più alto standard di cure rispetto ad altre situazioni ostetriche; vi è una oggettiva difficoltà ad una copertura ottimale sanitaria e organizzativa in tutte le strutture ostetriche che consenta la diffusione del parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo. Le associazioni inglesi e americane di ostetrica e ginecologia (RCOG e ACOG) hanno pubblicato le loro raccomandazioni sulla gestione della paziente con pregresso taglio cesareo, ponendo al centro della questione la corretta selezione delle pazienti a cui proporre il TOLAC. Secondo le linee guida anglosassoni, infatti, le *chances* di successo di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo variano dal 72% al 76% e poiché la maggioranza delle complicazioni legate al parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo è associata al fallimento

**Figura 4** - Pazienti con pregresso taglio cesareo in Regione Toscana. parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo (%) anni 2008-2011. Punti nascita con < 1500 parti. Elaborazione su dati Agenzia Regionale di Sanità.



del parto vaginale, l'identificazione delle pazienti con più alta probabilità di successo diventa cruciale nella decisione sulla via da seguire nella gestione della paziente con pregresso taglio cesareo. Per ottenere una corretta selezione occorre conoscere i fattori che possono influenzare il successo o meno di un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo, distinguendo i fattori clinici e i fattori non clinici (Tabella 1). Inoltre è possibile valutare la probabilità di un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo: l'età materna, il pregresso parto vaginale, l'età gestazionale, il peso fetale stimato, la dilatazione cervicale e l'inizio spontaneo del travaglio sono i fattori che più influenzano la riuscita di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo e quindi sono quelli che devono essere tenuti in maggior considerazione al momento di offrire un TOLAC.

Per facilitare la decisione del medico e della paziente tra TOLAC e taglio cesareo ripetuto, Grobman ha elaborato un nomogramma per calcolare la percentuale previsionale di successo di un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo (Figura 5): con questo nomogramma viene assegnato un punteggio in relazione alla presenza o all'assenza di ognuno dei singoli fattori che abbiamo descritto come i più influenti per la riuscita di un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo; la somma dei punteggi corrisponde ad una determinata percentuale di successo e in base a quella è possibile decidere verso quale percorso indirizzare la paziente.

All'indirizzo internet <https://mfmu.bsc.gwu.edu/PublicBSC/MFMU/VGBirthCalc/vagbirth.html> è possibile avere la valutazione on-line della probabilità di riuscita del parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo applicando lo stesso calcolo del nomogramma cartaceo.

Anche l'Istituto Superiore di Sanità, tramite il Sistema Nazionale Linee Guida, ha espresso le proprie raccomandazioni riguardo al taglio cesareo e al TOLAC. In particolare vengono specificate le seguenti buone pratiche cliniche: alle donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio durante il TOLAC. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni, nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.

È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera.

In aggiunta alle informazioni cliniche sulle modalità di parto, è necessario fornire alle donne con pregresso taglio cesareo indicazioni relative alle caratteristiche e all'organizzazione della struttura e informazioni specifiche sulle modalità assistenziali in uso (induzione del travaglio, utilizzo di ossitoci-

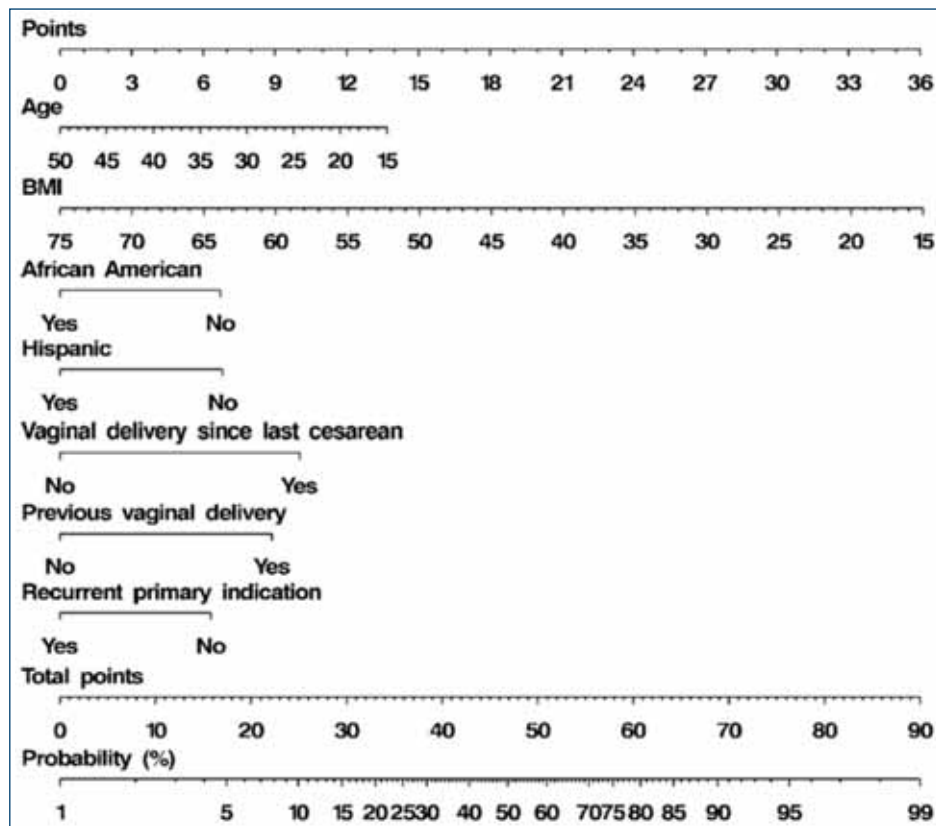


Figura 5 - Nomogramma per la previsione % di un parto vaginale dopo taglio cesareo (da Grobman et al. *Obstet Gynecol* 2007).

**Tabella 1** - Fattori clinici e non clinici da valutare per selezionare le pazienti da indirizzare ad un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo.

FATTORI CLINICI		FATTORI NON CLINICI
Controindicazioni assolute al parto di prova	Controindicazioni relative al parto di prova	
pregresso TC corporale	macrosomia fetale	atteggiamento del medico
pregressa isterotomia	gravidanza protratta	luogo delle cure
pregressa rottura d'utero	gemellarità	educazione materna
rifiuto del consenso	presentazione podalica	incertezza del travaglio
impossibilità ad eseguire un TC urgente	incisione isterotomica del pregresso TC sconosciuta	paura del dolore
	più di un pregresso TC	scelta della donna

na, uso di parto-analgesia, uso del parto operativo vaginale profilattico), in quanto tali aspetti possono condizionare gli esiti relativi alla salute materna e feto-neonatale.

### RISCHI MATERNI E MORBIDITA' NEONATALE

L'atteggiamento di diffidenza nei confronti del parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo dimostrato in alcune realtà ospedaliere Toscane è legato alla percezione del rischio materno-fetale in cui si può incorrere adottando questa modalità di parto. Quando si fa un'analisi dei rischi e dei benefici di una determinata procedura medica, però, è corretto fare la stessa analisi anche sulla procedura alternativa. Il confronto tra le due modalità di parto nella paziente con pregresso TC in relazione ai rischi materni è esposto nella Tabella 2.

Nella Tabella 3 sono confrontate le cause di morbidità neonatale nei nati da taglio cesareo ripetuto e da parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo. Come si può notare i rischi sono quelli sovrapponibili ai parti di pazienti senza pregresso taglio cesareo.

Ma la gestione della paziente con pregresso taglio cesareo, e i rischi ad essa correlati, deve essere analizzata nella sua complessità. Infatti, oltre alle complicazioni successive al parto, sia esso stato un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo o un taglio cesareo ripetuto, occorre considerare le implicazioni della scelta della modalità del parto. La scelta del TOLAC, infatti, implica la possibilità di confrontarsi con la necessità dell'induzione del parto o quantomeno dell'augmentation; questa condizione avviene in circa un quarto delle pazienti che

affrontano un TOLAC e di conseguenza è necessario conoscere quale, tra le tecniche attualmente a disposizione, è la più indicata nella paziente con pregresso taglio cesareo. Ophir nel 2012 ha pubblicato una review in cui venivano confrontate le varie modalità di induzione del travaglio e il rischio di rottura d'utero nelle pazienti indirizzate ad un TOLAC. Le conclusioni dell'autore sono state che tutte le tecniche di induzione del travaglio aumentano il rischio di rottura d'utero rispetto all'attesa dell'insorgenza spontanea del travaglio nella paziente con pregresso taglio cesareo. L'aumento del rischio è minimo con l'uso di ossitocina per l'augmentation, che risulta quindi l'unica tecnica eventualmente percorribile. Occorre allora domandarsi quali possano essere le tecniche alternative all'induzione medica in corso di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo; l'unica risposta possibile è lo scollamento delle membrane. Infatti, oltre all'attesa spontanea del travaglio, si può considerare l'amniorexi se la dilatazione cervicale lo consente, oppure si può considerare l'induzione meccanica con catetere di Foley se la situazione ostetrica è sfavorevole, ma se con queste tecniche non si ottiene il risultato sperato non rimane che ricorrere al taglio cesareo programmato.

Infine, nella valutazione della scelta della modalità del parto, non si deve dimenticare il rischio legato alle anomalie di placentazione nelle pazienti con tagli cesari ripetuti. Silver ha pubblicato nel 2006 uno studio di coorte osservazionale prospettico coinvolgente oltre 30.000 donne con pregresso taglio cesareo dimostrando come il rischio di placenta previa e accreta aumenti in maniera stati-

**Tabella 2** - Rischi materni da taglio cesario ripetuto e da TOLAC (da: ACOG Practice Bulletin n° 115, 2010).

Rischi materni	TC ripetuto (%)	TOLAC (%)	
		1 pregresso TC	> 1 pregresso TC
Endometrite	1,5-2,1	2,9	3,1
Lesioni intraoperatorie	0,42-0,6	0,4	0,4
Emotrasfusione	1,0-1,4	0,7-1,7	3,2
Isterectomia	0-0,4	0,2-0,5	0,6
Rottura uterina	0,4-0,5	0,7-0,9	0,9-1,8
Morte materna	0,02-0,04	0,02	0

sticamente significativa in relazione al numero di taglio cesareo a cui viene sottoposta la paziente. In particolare, mentre il rischio di placenta previa e accretismo è del 3% dopo il primo taglio cesareo, questa percentuale aumenta rapidamente fino a raggiungere valori superiori al 60% dopo 4 tagli cesareo. All'aumentato rischio di placenta accreta, conseguentemente, si associa un aumentato rischio d'isterectomia post-partum, eventualità di cui la donna deve essere adeguatamente informata, nell'ambito delle informazioni riguardo ai rischi e ai benefici di un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo rispetto ad un taglio cesareo ripetuto, per consentirle una scelta il più possibile adeguata e consapevole.

### CONCLUSIONI

Praticamente tutte le linee guida nazionali ed internazionali concordano sul fatto che il VBAC dovrebbe sempre essere considerato come alternativa al taglio cesareo ripetuto nelle pazienti con pregresso TC. Nella pratica clinica, però, la gestione di questa situazione ostetrica è ben differente: negli Stati Uniti il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo viene offerto a meno della metà delle donne che sarebbero candidabili al TOLAC, in circa il 25% dei casi il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo viene rifiutato dalla paziente stessa e comunque il ricorso al TOLAC è ancora poco considerato (la media di parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo è del 10% in Italia e del 20% in Toscana). Certamente occorre capire quali sono gli ostacoli alla diffusione del TOLAC e cercare di implementare le conoscenze e la pratica del parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo. Tutto ciò si potrebbe ottenere fornendo un'informazione continua alla donna a sostegno del TOLAC e incentivando le procedure che consentono il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo. Occorre ricordare che per il successo del parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo è necessario selezionare con appropriatezza il TOLAC ed è necessario sostenere i punti nascita affinché siano dotati delle condizioni (soprattutto dal punto di vista della sicurezza) che consentano loro di incrementare in maniera appropriata il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo.

Anche lo studio della riduzione dei costi deve es-

sere considerato dalle strutture sanitarie allo scopo di aumentare il ricorso al TOLAC. Il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo può essere uno strumento valido per il contenimento dei costi, ma solo se utilizzato in maniera razionale. L'efficienza dei costi del parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo, infatti, dipende dalla probabilità di successo del parto vaginale: se la probabilità del parto è superiore al 74% allora il parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo risulterà vantaggioso rispetto ad un taglio cesareo ripetuto. Infine non bisogna dimenticare che né il taglio cesareo elettivo né il parto vaginale sono esenti da rischi nella paziente con pregresso taglio cesareo. Il metodo migliore per ridurre i problemi del parto in questa categoria di pazienti è (e rimane) quello di evitare il primo taglio cesareo.

### BIBLIOGRAFIA

- MacDorman M et al. Recent Trends and Patterns in Cesarean and Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Deliveries in the United States. *Clin Perinatol* 2011;38:179-192.
- Eden KB et al. New insights on vaginal birth after cesarean. Can it be predicted? *Obstet Gynecol* 2010;116:967-81.
- Grobman WA et al. Development of a Nomogram for Prediction of Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2007;109:806-12.
- "Il Sistema di valutazione della performance degli ospedali toscani - REPORT 2011". Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore Sant'Anna.
- Chung A et al. Cost-effectiveness of a trial of labor after previous caesarean. *Obstet Gynecol* 2001;97:932-41.
- ACOG Practice Bulletin n° 115, 2010: Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery.
- Ophir E et al. Uterine rupture during trial of labour: controversy of induction's methods. *Ob Gyn Survey* 2012;67:734-45.
- Silver RM et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226-32.
- Harper LM et al. The pattern of labor preceding uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207-10.
- Sistema Nazionale per le Linee Guida. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole.
- Documento dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana del 11-07-2012. A cura di Monica Da Frè, Monia Puglia, Eleonora Fanti e Fabio Voller.
- Landon MB et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med* 2004;351:2581-9.

**Tabella 3** - Rischi neonatali da taglio cesareo ripetuto e da TOLAC (da: ACOG Practice Bulletin n° 115, 2010).

Rischi neonatali	TC ripetuto (%)	TOLAC (%)
Morte intrauterina fetale (37-38 settimane)	0,08	0,38
Morte intrauterina fetale (> 39 settimane)	0,01	0,16
Encefalopatia ischemica ipossica	0-0,13	0,08
Morte neonatale	0,05	0,08
Morte perinatale	0,01	0,13
Morbilità respiratoria	1-5	0,1-1,8
Tachipnea	6,2	3,5
Iperbilirubinemia	5,8	2,2

# Il sovraffollamento carcerario

## Una catastrofe umanitaria



Francesco Ceraudo,  
già Direttore del Centro  
clinico del carcere  
"Don Bosco" di Pisa.

**È** oramai un coro assordante di indignazione per le gravissime condizioni di sovraffollamento che caratterizzano quasi tutte le 206 carceri italiane. L'indice di sovraffollamento è oggi pari al 140%, mentre la media europea si aggira intorno al 99%.

Le condizioni delle pene detentive sono assolutamente illegali e incompatibili con il dettato costituzionale e con i principi fondamentali delle regole penitenziarie europee.

Un sovraffollamento intollerabile che lede diritti e dignità della persona, un degrado strutturale che rende ancora più difficile l'esistenza quotidiana e che rende agevoli percorsi di ulteriore marginalizzazione.

Risulta fissato in 7 m<sup>2</sup> per persona la superficie minima auspicabile per una cella di detenzione.

I detenuti al momento attuale vivono in spazi più angusti di quelli previsti per i cani e per l'allevamento dei maiali.

Nell'anno 2012 si sono registrati nelle carceri italiane 60 suicidi (a Firenze Sollicciano 5 suicidi) e 97 morti per cause naturali.

1300 detenuti hanno tentato il suicidio.

7317 sono stati gli atti di autolesionismo.

Oltre 1500 le manifestazioni di protesta per le gravi, intollerabili condizioni di sovraffollamento.

Gravi elementi di turbolenza caratterizzano l'atmosfera di una cella (contrapposizioni, contrasti, tensioni) dove i detenuti stentano a muoversi: se uno sta in piedi, gli altri devono stare sdraiati sul letto.

Si impongono forzatamente i turni.

Uomini ammassati alla rinfusa spesso estranei e insofferenti gli uni agli altri.

Un carcere sovraffollato implica spazi ristrettissimi, fatiscenti e assolutamente non igienici, una costante mancanza di privacy (anche durante lo svolgimento di funzioni basilari come l'uso del bagno) e ridotte attività fuori della cella.

Si realizza inevitabilmente in cella un microclima (emanazioni corporee sgradevoli come il sudore, il fiato, esalazioni fecali e urinarie) che risulta particolarmente nocivo alla salute dei detenuti.

Alte temperature associate ad elevati valori di umidità costituiscono fattori favorevoli la crescita delle muffe e degli acari.

Il sovraffollamento favorisce il contagio e la diffusione delle malattie infettive.

I detenuti in attesa di giudizio sono il 44% del totale.

Circa 24.000 detenuti sono stranieri provenienti da 149 Paesi (le etnie più rappresentate

FRANCESCO CERAUDO

Già Direttore del Centro Clinico  
del Carcere "Don Bosco" di Pisa

sono:

- Marocco;
- Tunisia;
- Romania;
- Albania.

Il 35% dei detenuti è tossicodipendente.

2801 sono le donne detenute.

Sono presenti 52 madri con 54 figli a seguito.

Dal 2000 si contano 730 suicidi con un tasso 20 volte superiore alla popolazione libera. Nelle carceri affollate secondo uno studio di Luigi Manconi si rileva una maggior frequenza di suicidi.

Solo il 15% della popolazione detenuta è adibita ad un'attività lavorativa.

A causa dell'attuale crisi economica è diminuito in modo preoccupante il coinvolgimento dei detenuti nelle attività lavorative e trattamentali.

Gli ulteriori e annunciati tagli (previsti dalla *spending review*) a personale e risorse comporteranno verosimilmente un ulteriore, inevitabile aggravio della situazione.

Quando ero giovane spesso mi sentivo dire che l'Italia era la culla della civiltà giuridica.

Crea profondo sconcerto, invece, dover rilevare che oggi l'Italia è lo Stato Europeo con il maggior numero di condanne per violazione della Convenzione Europea dei diritti dell'Uomo, preceduta in classifica solo dalla Turchia.

Sono infatti oltre 2.000 le sentenze emanate contro il nostro Paese.

Tra le più frequenti motivazioni di condanna risultano le condizioni disumane in cui sono costretti a vivere i detenuti nelle carceri italiane.

Al momento attuale l'Italia per la condizione carceraria è fuori di ogni legalità. Siamo in pieno FAR-WEST.

Sit-in.

Proteste.

Scioperi della fame (ha iniziato Franco Corleone e proseguirà a staffetta).

Interrogazioni parlamentari a gettito continuo.

Le stesse denunce fatte dal Presidente della Repubblica Napolitano.

*“È una vergogna. Non fa onore al nostro Paese e ne ferisce la credibilità internazionale e il rapporto con le istituzioni europee”*, scivolano nel nulla e non scalfiscono minimamente il Parlamento.

Tutto si frantuma contro un muro di gomma.

Tutto rimane come prima, anzi peggio di prima.

Si contano circa 67.000 (in Toscana 4200 con la mancanza di 1100 posti-letto) detenuti stipati come polli nelle stie.

La capienza regolamentare è di 45.568, ma è una capienza virtuale, perché a causa della mancanza di fondi per la manutenzione ordinaria e straordinaria, intere sezioni negli istituti sono chiuse, transennate, ma restano straordinariamente nel computo della capienza regolamentare.

Il carcere in queste condizioni di preoccupante sovraffollamento è una voragine che inghiotte tutto dalla legalità ai diritti umani.

Uno sopra l'altro in un'interminabile serie di letti a castello dove non si arriva alla dislocazione di materassi per terra lungo i corridoi.

Uno accanto all'altro in un contesto ambientale fatiscente, dove si avverte materialmente la mancanza d'aria da respirare.

Diventa difficile continuare a vivere in queste condizioni disumane e mortificanti: una sorta raffinata di tortura.

Suicidi, tentativi di suicidio, atti di autolesionismo, scioperi della fame sono la testimonianza tangibile di uno stato di malessere grave.

Siamo costretti a registrare un preoccupante aumento degli autolesionismi soprattutto a carico dei detenuti extracomunitari.

Sono ormai tanti in carcere a tagliarsi, a cucirsi la bocca, ad aggredire il proprio corpo per riuscire ad esprimere il gravissimo disagio per lo stato di carcerazione.

Il sovraffollamento incrementa il livello di aggressività sia verso se stessi (suicidi, autolesionismi) che verso gli altri (intolleranza, violenza, aggressività).

Inevitabilmente vengono meno le più elementari regole della Medicina Preventiva.

Si rincorrono esclusivamente le emergenze.

Il sovraffollamento può essere portato in relazione alla sua entità e ai suoi effetti come elemento che configura un trattamento disumano e degradante ai sensi dell'Art. 3 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo.

Il sovraffollamento quando riguarda edifici vecchi e fatiscenti (conventi, caserme) non comporta solo deterioramento delle condizioni igieniche, ma promiscuità, degrado, violenza.

Nelle condizioni attuali il carcere viene meno a quella che è la sua prerogativa costituzionale principale: la rieducazione.

Il sovraffollamento carcerario con le sue estrinsecazioni più negative ci mette sotto accusa:

- sulla tutela dei diritti inviolabili dell'uomo e sui doveri di solidarietà;
- sulla pari dignità e sulla uguaglianza delle persone davanti alla legge;
- sul senso di umanità che deve presiedere alla esecuzione delle pene;
- sulla efficace protezione della salute.

Il carcere è profondamente malato.

Sempre più spesso viene usato come discarica sociale in quanto serve a gestire fenomeni sociali quali:

- l'immigrazione;
- la tossicodipendenza;
- la povertà;
- l'emarginazione;
- la malattia mentale.

Sovverte, pertanto, la sua stessa natura che è quella di contenere i fenomeni propriamente criminali.

Il sovraffollamento carcerario attuale è un dato che non deriva dall'aumento della criminalità, i cui numeri sono in diminuzione, ma è invece la conseguenza di precise scelte di politica legislativa.

Basta prendere in considerazione la legge sulla droga, la cosiddetta legge Bossi-Fini che criminalizza gli immigrati irregolari e la legge sulla recidiva.

Di fronte ai numeri preoccupanti attuali occorre necessariamente:

- amnistia e indulto;
- una seria politica di depenalizzazione.

Non tutto deve essere sanzionato con il carcere.

Occorrono forme alternative al carcere.

Occorre il differimento della pena in attività socialmente utili.

Occorre il lavoro penitenziario con il potenziamento della legge Smuraglia.

Il carcere è una medicina troppo amara per coloro che sono malati seriamente e di questo dovrebbero tener conto soprattutto i Magistrati di Sorveglianza.

Il carcere deve essere riservato ai reati che destano allarme sociale e deve costituire una sorta di extrema ratio.

Invece succede che per ogni tipo di devianza marginale, comunque determinata, la risposta più facile è una sola, il carcere, cioè l'esclusione.

Persistendo in questa situazione anomala, i conti non tornano e l'Italia continuerà ad essere vergognosamente oggetto di condanne per violazione della Convenzione Europea dei diritti dell'Uomo.

Non è una prospettiva che ci fa onore!

**TM**



# Interazioni farmacologiche delle medicine complementari

Da Vobis News Letter Anno III -n. III - Maggio 2013.

L'uso di medicine complementari in associazione ai farmaci convenzionali appare sempre più frequente. In Australia, circa il 50% dei consumatori di tali prodotti riferisce l'uso concomitante di farmaci di sintesi, con conseguente incremento del rischio di interazioni farmacologiche. La conoscenza dei processi alla base di tali interazioni può aiutare a predirne la comparsa in pazienti già sottoposti a terapie convenzionali.

Di seguito si riporta la sintesi di un articolo pubblicato di recente che affronta questa problematica.

ALESSANDRO OTERI

*Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia, Università degli Studi di Messina*

A causa della loro complessa struttura chimica, le erbe medicinali possono indurre interazioni farmacologiche attraverso il sistema ossidativo del citocromo P450 o mediante la glicoproteina-P. Un classico esempio è rappresentato dall'iperico, che attraverso l'induzione di CYP1A2, CYP3A4, CYP2C9 e della glicoproteina-P riduce i livelli plasmatici del

farmaco concomitante.

Nella tabella seguente sono elencate le interazioni farmacologiche di alcuni dei più utilizzati rimedi erboristici. Le interazioni vengono catalogate sulla base del possibile esito, del grado di severità, del livello di evidenza e del meccanismo d'azione.

**Tabella 1** - Interazioni erbe farmaci basate sull'evidenza

Medicina complementare	Farmaco interagente	Possibile reazione	Grado di severità / Livello di evidenza	Meccanismo d'azione / commento
Olio di enotera	Antiaggreganti piastrinici, warfarin	↑ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello B	Contiene acido gammalinolenico, probabile effetto anticoagulante
Aglione	Contraccettivi orali	↓ effetto farmacologico	Moderato, Livello D	Induttore del CYP3A4
	Saquinavir/inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa	↓ livelli plasmatici ↓ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello B	Induttore del CYP3A4
	Antiaggreganti piastrinici, warfarin	↑ rischio emorragico	Moderato, Livello D	Teorica attività antiaggregante piastrinica
Ginkgo	Anticonvulsivanti	↑ rischio di convulsioni	Moderato, Livello D	Grandi quantità di ginkgotossina possono indurre neurotossicità
	Warfarin, antiaggreganti piastrinici	↑ rischio emorragico	<b>Maggiore</b> , Livello D	Attività antiaggregante piastrinica dopo diverse settimane di trattamento
	Substrati del CYP2C9	↑ livelli plasmatici	Moderato, Livello D	Inibizione dell'attività enzimatica
	Substrati di CYP1A2, CYP2C19, CYP2D6 e CYP3A4	↑ dei livelli plasmatici	Moderato, Livello B	Potenziale inibizione di tali enzimi
	Ipoglicemizzanti	↑ e ↓ effetto farmacologico	Moderato, Livello B	Altera in modo variabile la glicemia
Glucosamina	Warfarin	↑ rischio emorragico	<b>Maggiore</b> , Livello D	Diversi case report di aumento dell'INR
Biancospino	Calcio-antagonisti, nitrati, inibitori della fosfodiesterasi	↑ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello D	Effetti vasodilatatori additivi
	Digossina, beta-bloccanti	↑ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello D	Effetti additivi su frequenza cardiaca e/o pressione arteriosa. Ha effetti cardiotonici
Kava	Farmaci ad azione depressiva sul SNC	↑ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello A	Sonnolenza
	Substrati di CYP1A2, CYP2D6, CYP2C9, CYP2E1 e CYP3A4	↑ livelli plasmatici	Moderata, Livello B	Potenziale inibizione di tali enzimi
	Substrati della glicoproteina-P	↑ livelli plasmatici	Moderata, Livello D	Potenziale inibizione

Medicina complementare	Farmaco interagente	Possibile reazione	Grado di severità / Livello di evidenza	Meccanismo d'azione / commento
Iperico	Alprazolam	↓ livelli plasmatici ↓ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello B	Aumento della clearance; emivita ridotta del 50%
	Amitriptilina	↑ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello B	Aumento del rischio di sindrome serotoninergica
	Antidepressivi, tramadolo	↑ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello D	Aumento del rischio di sindrome serotoninergica
	Petidina	↑ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello D	Aumento del rischio di sindrome serotoninergica
	Triptani	↑ effetto farmacologico	Moderato, Livello D	Aumento del rischio di sindrome serotoninergica
	Clopidogrel	↑ rischio emorragico	Moderato, Livello B	Aumentata conversione a metabolita attivo
	Substrati di CYP1A2, CYP2C9 e CYP3A4	↓ livelli plasmatici ↓ effetto farmacologico	CYP3A4 = <b>Maggiore</b> , Livello B; CYP1A2 e 2C9 = Moderato, Livello B	Induttore enzimatico
	Inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa, inibitori della proteasi	↓ livelli plasmatici ↓ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello B	Induttore del CYP3A4
	Contraccettivi orali	↓ livelli plasmatici	<b>Maggiore</b> , Livello B	Spotting; fallimento della contraccezione
	Substrati della glicoproteina-P	↓ livelli plasmatici ↓ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello B	Induzione della glicoproteina-P intestinale
	Simvastatina	↓ livelli plasmatici	Moderato, Livello B	I livelli di statine possono essere ridotti fino al 28%
	Warfarin	↓ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello B	Induttore di CYP1A2, CYP2C9 e CYP3A4
Valeriana	Alprazolam	↑ livelli plasmatici	<b>Maggiore</b> , Livello B	Inibitore del CYP3A4. In uno studio i livelli di alprazolam sono aumentati del 19%
	Farmaci ad azione depressiva sul SNC	↑ effetto farmacologico	<b>Maggiore</b> , Livello D	Effetto farmacodinamico
	Substrati del CYP3A4	↑ effetto farmacologico	Moderato, Livello D	Effetto farmacodinamico

Il livello di interazione è stato ricavato dal Natural Medicines Comprehensive Database. Il grado di severità (maggiore, moderata o minore) è stato calcolato utilizzando il livello di evidenza ed la probabilità di danno. Esso è legato a delle raccomandazioni generiche per la gestione dei pazienti.

- **Maggiore:** dissuadere fortemente il paziente dall'utilizzo di tale associazione, in quanto si potrebbe verificare una reazione avversa grave. In caso di impiego, monitorare attentamente il paziente nei confronti di possibili esiti avversi.

- **Moderato:** utilizzare con cautela o evitare l'uso concomitante in quanto si potrebbe verificare un'importante reazione avversa. In caso di impiego, monitorare il paziente nei confronti di possibili esiti avversi.

- **Minore:** essere consapevoli che si può verificare un'interazione. Avvisare il paziente circa

i sintomi che possono manifestarsi e l'eventuale piano da seguire.

### Livello di evidenza

A: RCT di elevata qualità o metanalisi

B: trial clinici non randomizzati, revisioni della letteratura, studi di coorte o caso-controllo, altri studi epidemiologici

C: consensus o expert opinion

D: evidenze aneddotiche; studi in vitro o sugli animali da esperimento o teorie basate sulla farmacologia.

### Bibliografia

Moses GM, McGuire TM. Drug interactions with complementary medicines. Aust Prescr 2010; 33: 177-80.

<http://www.farmacovigilanza.org/>

**TM**

## BACHECA

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



Alberto Dolara, nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957. Specializzato in Cardiologia, 1961. Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968; Hammersmith Hospital (Londra) 1980; NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987. Già Direttore Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002.

# Appropriatezza in cardiologia

## I risultati di una ricerca su Internet

### Introduzione

Gli aspetti generali del problema dell'appropriatezza in medicina sono stati esaminati in una serie di articoli pubblicati sul Toscana Medica nel 2004. Recentemente si è sviluppato un movimento di opinioni, sia negli Stati Uniti che nel nostro Paese, rappresentato dalla Slow Medicine e dall'iniziativa Choosing Wisely che hanno sottolineato l'importanza dell'appropriatezza nella pratica medica. Può essere utile riferire alcuni dati della letteratura riguardanti il settore cardiologico nel quale vi è stato negli ultimi decenni un esplosivo sviluppo di procedure tecnologiche diagnostiche e terapeutiche.

### Linee guida e metodi di ricerca della appropriatezza

Con il motore di ricerca Medline, digitando "Appropriateness in cardiology" si ritrovano 294 articoli scientifici, recensiti peer view, e quindi con una notevole garanzia di affidabilità. La maggior parte riguarda le linee-guida ed i metodi per valutare l'appropriatezza delle procedure. Si stima che negli Stati Uniti siano state emanate oltre 400 linee guida da parte di 40 organizzazioni mediche. Dal 1984 la Task Force dell'American College of Cardiology e dell'American Heart Association per le linee guida nella pratica cardiologica ha monitorizzato circa 17 aree (focalizzate in particolare al trattamento delle malattie) con revisioni ed aggiornamenti continui.

Mentre le linee guida forniscono un riassunto ed una discussione dell'evidenza partendo dai *trials* clinici i criteri di appropriatezza focalizzano le caratteristiche e lo stato clinico del paziente come lo si osserva nella pratica clinica quotidiana. A metà degli anni '80, considerata la estrema variabilità dei risultati riportati in pubblicazioni precedenti, fu sviluppato da parte della RAND (*Health Insurance Corporation*) e della università di California-Los Angeles (UCLA) il metodo RAM per valutare la correttezza delle procedure mediche e chirurgiche. Riunioni di esperti esaminano la letteratura scientifica mondiale su un determinato argomento e ne valutano l'efficacia e l'efficienza, le indicazioni, i costi economici e l'uso corrente. Viene così formulata una lista d'indicazioni cliniche specifiche e l'appropriatezza valutata in una scala da 1 a 9 (indicazioni

appropriate da 7 a 9; incerte da 4 a 6, inappropriate da 1 a 2). Una procedura viene definita come appropriata quando i benefici medici in termini di qualità e durata della vita, riduzione del dolore e miglioramento della funzione vengono ritenuti superiori, con margine sufficientemente ampio,

rispetto ai rischi medici di mortalità, morbilità ed ansietà causati dalla procedura.

ALBERTO DOLARA

Già Direttore Unità Cardiovascolare di S. Luca,  
Ospedale di Careggi, Firenze

### Esami ecocardiografici ed altri test non invasivi

Uno studio interregionale italiano del 2000 ha evidenziato come le richieste di esami ecocardiografici da parte di cardiologi e clinici risultavano scarsamente appropriate nel 39% dei pazienti ed inappropriate nel 36% di essi. Nel 2002 è stata valutata l'appropriatezza delle prescrizioni di esami ecocardiografici, test da sforzo, esami Holter ed ecovascolari nei pazienti ambulatoriali in Toscana ed Umbria secondo le linee guida della Federazione Italiana di Cardiologia: meno della metà delle prescrizioni risultavano appropriate e la non appropriatezza era minore da parte dei cardiologi rispetto ai medici. Nel 2008 seguendo le indicazioni delle linee guida dell'ACC/AHA/ASE del 2003 è stato riscontrato anche nella provincia di Milano un livello inadeguato di appropriatezza per questo esame sia nei pazienti ricoverati che ambulatoriali. Negli Stati Uniti le indicazioni cliniche per gli esami ecocardiografici transtoracici e transesofagei, riconsiderate nel 2007, sono state giudicate appropriate in 44/59 occasioni, non appropriate in 14/59 ed incerte in 1/59; è interessante notare come la metà delle indicazioni non appropriate riguardavano esami di routine senza alcuna giustificazione clinica.

### Coronarografie

In uno studio pubblicato nel 2008, riguardante 9356 pazienti esaminati per sospetta angina stabile in 6 ospedali del Regno Unito, le indicazioni per la coronarografia vennero giudicate da due panels di esperti inappropriate nel 58.5% dei casi, incerte nel 28.7% ed appropriate solo nel 14.8% dei pazienti. Da sottolineare comunque che 2400/9356 pazienti furono controllati per tre anni ed in 134/762 nei quali l'indagine coronarografica era stata giudi-

cata appropriata, ma non era stata eseguita, il rischio di morte coronarica e sindrome coronarica acuta non fatale risultava superiore a quello degli altri sottogruppi. Anche se gli Autori sottolineano che il gruppo studiato era piccolo questi risultati suggeriscono che anche un sottouso delle metodica può essere dannoso. In uno studio italiano del 2013 è stata rivalutata l'appropriatezza dell'indagine coronarografica in 761 pazienti seguendo le indicazioni dell'*American College of Cardiology/American Heart Association*. Sono risultate inappropriate il 23.13% delle coronarografie. La percentuale più alta è stata riscontrata nei pazienti con sintomatologia aspecifica e con dolore toracico di origine indeterminata, quella più bassa nei pazienti con angina instabile.

### Studi di perfusione miocardica

È stato calcolato che negli Stati Uniti gli studi di perfusione miocardica mediante tomografia assiale computerizzata con emissione di singolo fotone (SPECT) sono aumentati da 4 milioni nel 1998 a 8 milioni del 2008. La commissione congiunta di esperti dell'*American College of Cardiology* e l'*American Society of Nuclear Cardiology* ha definito nel 2005 i criteri di appropriatezza di questi esami ed esaminato le possibili applicazioni identificandone solo 27/52 con indicazioni appropriate, mentre 13/52 erano inappropriate e 12/52 incerte. Alla clinica Mayo le indicazioni sono state valutate non appropriate nel 14% dei casi nel 2008. Nel commento editoriale a questo studio Bonow, illustre cardiologo clinico americano, sottolinea la difficoltà nel valutare l'appropriatezza di queste indagini, ma conclude che è necessario fornire una rigorosa evidenza che esse aumentino la qualità delle cure. Merita inoltre di essere sottolineata l'entità della dose effettiva di radiazioni somministrata al paziente con questi esami, valutabile da 10 a 29 mSV, che può raggiungere 41 mSV nello studio di viabilità miocardica con stress e reiniezione al tallio (si tenga presente che la dose effettiva di un esame radiologico standard del torace è di soli 0.1 mSV!).

### Tomografia assiale computerizzata (TAC) per lo studio non invasivo dell'albero coronarico

Un revisione nel 2010 dei criteri di appropriatezza della tomografia cardiaca computerizzata (TAC), pubblicata nel 2006 dalla commissione di esperti degli Stati Uniti, indica come favorevole l'uso della metodica nei pazienti con rischio intermedio o basso e come pretest di probabilità di una malattia coronarica; la valutazione è tuttavia meno favorevole nei pazienti a rischio elevato. Per quanto riguarda il riscontro di calcificazioni coronariche l'uso della TAC senza mezzo di contrasto viene considerato appropriato solo in pazienti con rischio intermedio o in quelli selezionati a basso rischio. Comunque la stessa commissione stima la metodica come appropriata solo in 35/93 indicazioni specifiche e non appropriata o incerta nelle rimanenti 58. Anche

per questo esame viene sottolineato come l'eccesso di ricorso ad esami radiologici determina rischi inutili, non vi sia una dose sicura di radiazione e che ogni esposizione può aumentare il rischio di cancro a lungo termine; la dose media effettiva di radiazioni riportata per la TAC a 64 strati, indicata in 15 mSV, supera quella di un'angiografia invasiva. Sono stati avviati dal 2009 programmi che possono ridurre notevolmente la dose di esposizione, che rimane comunque molto elevata.

### Procedure di rivascularizzazione

Prima della elaborazione dei criteri di appropriatezza secondo il metodo RAND/UCLA (1984-1996) diverse pubblicazioni riportavano percentuali non appropriate molto elevate delle procedure di rivascularizzazione: in un gruppo di ospedali selezionati a caso nella parte occidentale degli Stati Uniti le indicazioni degli interventi di by-pass aortocoronarico risultavano inappropriate o equivocate nel 23%-69% dei casi; nella regione di Trent in Inghilterra coronarografie ed interventi di bypass aortocoronarico venivano eseguiti per motivi non appropriati o equivoci in circa la metà dei casi.

Nel 2009 veniva valutata dall'*American College of Cardiology* l'appropriatezza delle procedure di rivascularizzazione coronarica nei diversi scenari clinici. L'assenza di sintomatologia e l'entità della stessa influenzavano l'appropriatezza o la non appropriatezza in modo determinante rispetto alla situazione anatomica rivelata dalla coronarografia e dai tests non invasivi ed invasivi. In altri termini la non appropriatezza e le indicazioni incerte risultavano elevate nei pazienti asintomatici, mentre diminuivano progressivamente con l'aumento della sintomatologia anginosa (Tabella I).

In Germania, usando i criteri RAND è stato riscontrato un basso tasso di non appropriatezza delle procedure di rivascularizzazione con by-pass aortocoronarico nel periodo 2000-2001, ma la percentuale di procedure con indicazione incerta risultava del 42%; inoltre solo il 38% di essi erano stati sottoposti a stress tests prima dell'intervento.

### Valutazione dei fattori di rischio ed appropriatezza

La valutazione isolata dei singoli parametri clinici o di laboratorio indicati dalle linee guida come fattori di rischio, può indurre a variazioni nelle indicazioni diagnostiche, terapeutiche e preventive ed aumentare le difficoltà nel valutarne l'appropriatezza. Sulla base della esistenza di una relazione lineare tra i valori del colesterolo HDL ed il rischio di malattia cardiovascolare i valori ottimali si sono abbassati da 190 mg/dL nel 1993 fino a 70 mg/dL nei soggetti ad alto rischio nel 2004. Tuttavia un studio di lunga durata del 1999 su una vasta popolazione normale, aveva dimostrato che la riduzione dell'attività fisica può essere più importante del valore della colesterolemia nel determinare gli eventi coronarici e la mortalità cardiovascolare. Le

linee guida suggeriscono come limiti superiori per la pressione sistolica/diastolica 135/85 mmHg, ma un esame di trial randomizzati pubblicati nella letteratura dal 1966 al 2008 non ha mostrato differenza in termini di morbilità e mortalità rispetto ai valori standard di 140-160/90-100. Date le incertezze sulla valutazione di parametri isolati indicati come fattori di rischio risulterebbe quindi più utile aumentare da parte dei medici i consigli atti a modificare lo stile di vita complessivo piuttosto che sollecitare una esecuzione indiscriminata di check-up non mirati.

### Conclusioni

L'esame della letteratura indica come vi siano percentuali variabili, ma tutto altro che trascurabili di procedure diagnostiche e terapeutiche non appropriate o scarsamente appropriate che necessitano una particolare attenzione. Evitare la non-appropriatezza è un compito difficile, ma non eludibile da parte delle istituzioni sanitarie e dei medici. È indispensabile che l'appropriatezza venga valutata non solo in termini generali, ma esaminando nel concreto da parte degli esperti le varie procedure con l'intento di procedere sempre più ad una medicina "personalizzata".

Il compito del medico nell'attività quotidiana è oggi difficile dovendo fronteggiare le difficoltà di rispettare il budget, le richieste dei pazienti, la pressione dei mass media, l'incombere di una medicina difensiva e le lusinghe di una dilagante tecnologia. Non può comunque abdicare al suo ruolo decisionale: per quanto riguarda l'appropriatezza delle prescrizioni il ruolo può apparire modesto nel caso di esami o terapie semplici, quali la richiesta supplementare di un esame ecocardiografico o la prescrizione di una compressa di acido acetilsalicylico; le conseguenze di una prescrizione inappropriata possono essere tuttavia non trascurabili per la spesa pubblica anche in queste evenienze se la prescrizione è moltiplicata per migliaia o milioni di volte. Il ruolo decisionale è certamente maggiore nel caso della prescrizione di esami o procedure terapeutiche invasive e costose, come ad esempio una procedura di rivascolarizzazione coronarica o una TAC multistrato. Un capitolo a parte meriterebbe per il suo significato etico la scelta delle terapie di fine vita.

Cosa fare allora? La risposta non è facile considerando che il "processo decisionale" non è evitabile in quanto riguarda il nostro modo di agire come esseri pensanti in tutti gli aspetti della nostra vita quotidiana, e non solo in quello professionale. Nell'incontro medico-paziente sono comunque un prezioso ausilio alcuni elementi metodologici se tenuti costantemente presenti: in primo luogo la raccolta accurata della storia clinica, "l'ascolto"; da sottolineare a questo proposito come sono segnalate come inappropriate soprattutto quelle procedure diagnostiche effettuate in pazienti asintomatici. Un altro elemento importante è rappresentato dall'esame obiettivo completo, oggi in disuso durante la visita medica, il quale offre ulteriori preziosi elementi, anche in termini di aumento dell'empatia. Inoltre può essere consigliata la prescrizione di esami e terapie più semplici e meno invasive, ma a minor rischio e rivalutare successivamente mediante colloqui se sono necessarie ulteriori indagini o terapie. È evidente che per tutti questi passaggi è necessario evitare "... la fretta che l'onestade ad ogni atto dismaga...", come indicato dalla Slow Medicine, distinguendo ovviamente la fretta dalla rapidità decisionale, indispensabile nelle emergenze, ma rare per fortuna nella routine quotidiana.

Infine, rimanendo in termini di citazioni, è a tutti conosciuta la prima parte del celebre aforisma d'Ippocrate "La vita breve, l'arte è lunga, l'occasione è fugace, l'esperienza è fallace, il giudizio è difficile", un messaggio consolante per chi esercita la professione della medicina. È meno nota la seconda parte dell'aforisma "Bisogna che non solo il medico sia pronto a fare da sé le cose che devono essere fatte, ma anche il malato, gli astanti, le cose esterne". Chiaro invito non solo al medico ad assumersi le proprie responsabilità, ma anche una indicazione al necessario coinvolgimento nel processo decisionale e del paziente e di tutti quelli che lo circondano, ciò che richiede una modifica dell'attuale situazione sociale.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [elisa.dolara@tin.it](mailto:elisa.dolara@tin.it)

TM

**Tabella 1**

Appropriatezza delle procedure di rivascolarizzazione coronarica in rapporto alla sintomatologia in 30 scenari calcolati sulla base del rischio evidenziato dagli stress tests, dalla risposta alla terapia e dai vari tipi di lesioni anatomiche coronariche (Da Patel et al. Journal of American College of Cardiology 2009).

Appropriatezza delle procedure	Pazienti asintomatici	Pazienti sintomatici (angina in classe I-II*)	Pazienti sintomatici (angina classe III-IV*)
Appropriate	9/30	18/30	26/30
Incerte	15/30	10/30	3/30
Non appropriate	6/30	2/30	1/30

\* Classificazione della Società Canadese di Cardiologia.



*Giuliano De Carolis, Anestesista esperto in neurostimolazione. Special. in Anestesia e Rianimazione c/o l'Univ. di Pisa. Dal 2002 lavora come anestesista presso l'AOU Pisana e nel 2004 inizia la sua attività c/o la UO di Terapia Antalgica e Cure Palliative della stessa azienda. Ha partecipato a numerosi congressi e corsi di formazione in qualità di relatore e formatore sul tema della neurostimolazione.*

## La neurostimolazione per la cura del dolore cronico

**L'**utilizzo della corrente elettrica per il controllo del dolore risale al 1969, ma solo nel 1983 viene introdotto il primo elettrodo nel sistema nervoso e il primo

pacemaker completamente impiantabile per il trattamento del dolore cronico. Negli ultimi quarant'anni la tecnologia medica è riuscita ad ottenere risultati importanti e a creare dispositivi sempre più efficaci per il controllo del dolore cronico.

GIULIANO DE CAROLIS\*, PAOLO POLI\*\*

\* Anestesista - UO Terapia del Dolore Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

\*\* Anestesista - Direttore UO Terapia del Dolore Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

neuropeptidi. Di fatto, la neurostimolazione provoca un importante blocco del simpatico nell'area di pertinenza, cui consegue una vasodilatazione distrettuale che spiega la sensazione di calore riferita dal paziente.

La neurostimolazione trova principale indicazione nelle seguenti situazioni cliniche: radicolopatia e neuropatia periferica, lombosciatalgia, FBSS (Failed Back Surgery Syndrome), dolore ischemico per arteriopatia periferica, angina refrattaria.

La neurostimolazione spinale (SCS: Spinal Cord Stimulation) consiste nella stimolazione elettrica selettiva del midollo spinale tramite elettrocatteteri, impiantati per via percutanea nello spazio epidurale, situati a varie altezze nella sede in cui è necessario ottenere una stimolazione, collegati a un generatore d'impulsi grande circa come un cronometro. I segnali elettrici agiscono in modo da modificare (modulare) i messaggi dolorifici prima che raggiungano il cervello; il formicolio prodotto dal sistema dissimula la sensazione di dolore.

Varie sono le ipotesi sul meccanismo di funzionamento della neurostimolazione, dalla modulazione di prostaglandine alla produzione di

I pazienti che traggono beneficio dalla neurostimolazione sperimentano in media una riduzione del dolore del 50%, hanno una minore necessità di farmaci orali e, di conseguenza, meno effetti collaterali provocati all'uso e abuso di questi ultimi. La riduzione del dolore porta naturalmente a un notevole miglioramento delle attività quotidiane e della qualità della vita.

Inoltre questo tipo di trattamento non comporta cambiamenti radicali a carico del midollo spinale. Può essere regolato e fornire diversi livelli di stimolazione nelle varie attività o nei diversi momenti della giornata, è reversibile e può essere "testato" per un breve periodo prima di sottoporsi all'impianto permanente.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

La neurostimolazione dovrebbe sempre essere presa in considerazione quando:

- il paziente non risponde ad altri tipi di trattamento;
- non sono possibili altri interventi chirurgici;
- non ci sono condizioni mediche che potrebbero complicare l'intervento;
- il paziente non presenta gravi disturbi psichiatrici.

Dal 1990 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana è attiva un reparto di Terapia del Dolore diretto dal Dott. Paolo Poli, dal 2007 Unità Operativa Complessa. Il primo impianto di neurostimolatore midollare risale al 1992, il numero è cresciuto negli anni e alla fine del 2012 il totale superava le 600 unità.

Nel Dicembre 2012 presso la UO di Terapia del Dolore dell'AOUP è stato impiantato un nuovo tipo di neurostimolatore: il primo sistema di neuromodulazione spinale impiantabile ad alta frequenza, Nevro™ System.

I vantaggi del nuovo device sono una maggiore efficienza procedurale e semplicità d'uso. Gli interventi sono più brevi perché al contrario degli altri neurostimolatori non è necessario alcun tipo di programmazione intraoperatoria. L'innovazione principale dell'uso dell'alta frequenza è il sollievo dal dolore senza parestesia. Gli effetti sulla qualità di vita sono notevoli: il paziente, grazie all'uso dell'alta frequenza, non avverte alcuna sensazione fastidiosa e rileva un notevole miglioramento dell'attività diurna e del riposo notturno.

L'Italia è al terzo posto in Europa per prevalenza di dolore cronico nella popolazione generale. Il 26% degli italiani, infatti, soffre di dolore. Un grave problema che comporta un costo sociale notevole. Secondo stime del 2011 il costo mensile per il trattamento di un paziente con diagnosi di FBSS è 221.12€, 177.34€, 1046.12€ considerando rispettivamente la prospettiva del SSN (costi diretti sanitari), del paziente (costi diretti sanitari

e non sanitari) e della società (costi diretti sanitari, costi diretti non sanitari e costi indiretti non sanitari).

Numerose ricerche dimostrano che la neurostimolazione midollare (SCS) è più efficace dei trattamenti medici convenzionali nel trattamento della FBSS. Gli studi indicano che i costi correlati al trattamento dei pazienti con SCS sono recuperati nell'arco di 1-3 anni grazie a una riduzione dell'uso di risorse sanitarie quali la terapia farmacologica e le ospedalizzazioni ripetute.

La neurostimolazione rappresenta il futuro per il trattamento del dolore cronico non oncologico. La possibilità di migliorare la qualità di vita dei pazienti con trattamenti e tempistiche adeguate, potrebbe tradursi in un notevole risparmio in termini economici per l'intero sistema.

La UO di Terapia del Dolore dell'AOUP è tra i primi Centri in Italia per numero di accessi (oltre 10.000 nel 2012) e per numero di impianti di neurostimolatori ed è, pertanto, diventato Centro di riferimento per il trattamento del dolore con metodiche invasive della Regione Toscana.

Curare il dolore è un dovere etico e un continuo impegno sociale. Per questo all'interno della UO di Terapia del Dolore è nata l'associazione ONLUS NeMo, fondata da un gruppo di pazienti che a seguito dell'impianto di neurostimolatore hanno risolto il loro dolore. Lo scopo di NeMo è di promuovere e organizzare attività di informazione dell'opinione pubblica sul tema della neuromodulazione, affinché sia data massima conoscenza delle possibili soluzioni al problema della malattia dolore. NeMo si propone inoltre di supportare chi soffre di dolore fornendo assistenza tecnica e materiale e psicologica attraverso l'organizzazione di gruppi di incontro e auto sostegno.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [giulianodecarolis@gmail.com](mailto:giulianodecarolis@gmail.com); [p.poli@ao-pisa.toscana.it](mailto:p.poli@ao-pisa.toscana.it)

TM



M. Rosati, Spec. in Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia della Mano, Microchirurgia. Dirigente Medico di 1° Livello c/o la 1° Clinica Ortopedica dell'Univ. di Pisa. Prof. a Contratto c/o la Scuola di Specializzazione di Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Pisa.

# Le amputazioni maggiori dell'arto inferiore

**L**e amputazione di coscia o di gamba interessano maggiormente pazienti anziani, spesso diabetici e/o vasculopatici. Probabilmente i pazienti e i medici che non praticano questa chirurgia ignorano come essa sia ancora gra-

vata da un alto tasso di mortalità perioperatoria (dal 9 al 23%), superiore anche a quella di pazienti sottoposti a bypass coronarici (2,5%) od a riparazioni di Aneurismi dell'Aorta Addominale (6%). Se poi l'analisi dei risultati *quoad vitam* si prolunga nel tempo si osserva come la mortalità salga al 20% a 2 mesi ed al 40% a 12 mesi. In ragione di questi dati siamo convinti che questi pazienti, affetti da patologie multiorgano (cardiocircolatorie, renali, metaboliche) vadano affrontati con un corretto approccio multidisciplinare perioperatorio (chirurgico, rianimatorio ed internistico). L'intervento chirurgico è indubbiamente un momento critico durante il quale si devono contenere al massimo le perdite ematiche per non squilibrare il paziente. Ugualmente importante è una adeguata gestione postoperatoria identificando squilibri cardiocircolatori e metabolici in tempo reale, ponendovi subito rimedio. I pazienti a rischio più elevato (ASA 3-4) dovrebbero essere seguiti nel follow-up postoperatorio in un reparto di terapia intensiva/subintensiva indi trasferiti in un reparto di diabetologia/medicina generale.

## Urgenza o elezione?

Occorre distinguere tra amputazioni "urgenti" e quelle che non lo sono. Le amputazioni urgenti sono: quelle traumatiche dove l'arto è praticamente già perso e l'intervento è finalizzato a bloccare l'emorragia o i casi di gangrena gassosa e setticemia, situazioni in cui si è innescata una instabilità emodinamica che rischia di divenire irreversibile e l'amputazione è volta solo a diminuire la carica batterica ed i metaboliti tossici. Nella maggior parte dei casi invece siamo di fronte a pazienti con lesioni ischemiche croniche ed ecco che l'intervento chirurgico diventa di elezione. In questi pazienti uno stato di malnutrizione calorica o proteica aumenta notevolmente la mortalità e la morbilità dell'intervento. Pazienti con albu-

minemia < 3,5 gr/dl hanno infatti prognosi peggiore. Ugualmente le trasfusioni preoperatorie fronteggiano l'anemia di questi pazienti affetti da arteriopatie multidistrettuali (coronarie, carotidi, arti, rene) dando ossigeno e sollievo ad un sistema cardiovascolare già in crisi, limitando l'ulteriore perdita ematica sequestrata nell'arto amputato.

## Programmazione del livello di amputazione

L'ortopedico deve considerare la perfusione dell'arto da amputare e le condizioni di cute e tessuti molli. L'ECO Color Doppler, di semplice e rapida esecuzione, è considerato l'esame di routine per lo studio vascolare dell'arto da amputare. Critica è l'identificazione del livello adeguato, infatti il risparmio del ginocchio

diminuisce l'impatto emodinamico intraoperatorio, ha una percentuale di mortalità inferiore all'amputazione di coscia e permette l'esecuzione del passo con minor dispendio energetico. Ma questi sono pazienti che "non hanno molti colpi da sparare" ed ogni reintervento rappresenta uno stress potenzialmente fatale, per cui non è consigliabile intestardirsi a risparmiare il ginocchio e tentare l'amputazione di gamba ad ogni costo se non è il caso.

## L'intervento vero e proprio

La procedura chirurgica deve essere eseguita con accuratezza, senza gesti inutili e perdite di tempo. Fondamentale è l'accurata emostasi dei maggiori tronchi vascolari, isolati e legati anche a più livelli. I tronchi nervosi maggiori vanno identificati, infiltrati con anestetico e sezionati con elettrobisturi lasciandoli affondare tra i muscoli. Il moncone deve essere adeguatamente stoffato e coperto dai muscoli, così da renderlo privo di neuromi dolorosi, permettendo al paziente di indossare in modo confortevole la protesi. Adeguati bendaggi elastocompressivi nelle prime tre settimane contribuiranno a modellare il moncone. Per le amputazioni di gamba spesso è possibile applicare una protesi temporanea a circa un mese dall'intervento, con cui il paziente potrà riprendere la deambulazione. Solo quando il moncone si sarà assestato per forma e consistenza sarà possibile applicare la protesi definitiva.

M. ROSATI; I. CASTELLINI; G. CIAPINI;  
L. DOLFI; M. LISANTI

1° Clinica Ortopedica e Traumatologica dell'Università di Pisa, Direttore: Prof. M. Lisanti



**Nostra esperienza**

Tra Ottobre 2007 e Dicembre 2012 presso la 1° Clinica Ortopedica e Traumatologica Universitaria di Pisa sono stati eseguiti 94 interventi chirurgici di amputazioni maggiori agli arti inferiori per insufficienza vascolare ischemica cronica, 50 di gamba e 44 di coscia. Molti pazienti erano diabetici, data la stretta collaborazione tra la nostra U.O. e la Sezione del Piede Diabetico del nostro ospedale.

Solo in 3 casi si è verificato il decesso postoperatorio del paziente entro 15 giorni dall'intervento (3,19%), mortalità comunque inferiore alle percentuali riportate in letteratura.

Diversi fattori hanno portato a questo buon risultato: imprescindibile una esecuzione dell'intervento precisa e veloce con limitate perdite ematiche, risolutiva una adeguata gestione pre e postoperatoria a cura di internisti ed anestesisti.

In 5 casi sono stati necessari reinterventi (due revisioni della cute del moncone, tre casi passati dall'amputazione di gamba a quella di coscia).

Tutte le nostre amputazioni di gamba hanno ripreso la deambulazione senza necessità di revisioni secondarie. Non abbiamo al momento avuto infezioni e/o fistolizzazioni.

Per la coscia, la percentuale di chi è stato capace di riprendere la deambulazione è minore, solo in pazienti sufficientemente atletici e di età inferiore a 70 anni.

È stata prestata una particolare attenzione all'informazione pre-operatoria sui rischi legati all'intervento, soprattutto coi parenti. Al tempo stesso ci siamo preoccupati di mostrare umanità e disponibilità con questi sfortunati pazienti nelle varie fasi del trattamento: essi si sono poi affezionati a noi in maniera impreveduta, rendendo un lavoro così triste più preciso tecnicamente ed affettivamente più gratificante.

**Bibliografia**

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [iacopocastellini@yahoo.it](mailto:iacopocastellini@yahoo.it)

TM

# Un "vecchio" strumento per una nuova applicazione

## Ultrasuoni e polmone

**P**er molti anni gli ultrasuoni (US) non sono stati utilizzati per la valutazione del polmone. Nonostante il grande impiego che l'ecografia ha avuto nelle varie discipline mediche, il parere dominante degli ecografisti, che in parte persiste, è quello della incompatibilità dell'uso degli US sugli organi aerei; in base alle conoscenze convenzionali essendo il polmone un organo pieno di aria, gli US non possono passare. Negli ultimi dieci anni, le conoscenze dell'impiego degli US per lo studio del polmone sono aumentate enormemente e sono stati raccolti dati relativi non solo per la valutazione dello spazio pleurico, ma anche per la definizione di certi aspetti di patologia del polmone. L'ecografia pleuro-polmonare, pertanto, si sta imponendo come strumento importante per un approccio più completo

al paziente, fin dalle prime fasi dell'esame fisico; offre inoltre interessanti prospettive, garantendo spesso la possibilità di porre diagnosi con rapidità, a basso costo, in assenza di invasività, a letto del malato. È una metodica applicata non solo nei reparti di terapia intensiva, nel dipartimento di emergenza o in chirurgia traumatologica ma anche in pneumologia e nei reparti di medicina interna. La differenza è nell'approccio.

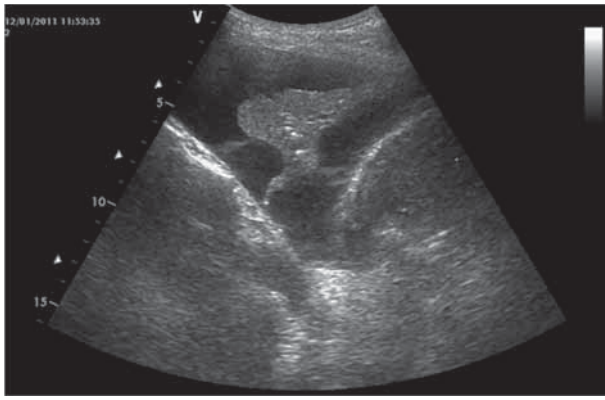
Negli ultimi anni utilizziamo tale tecnica sia in terapia intensiva che per il malato ricoverato in sub-intensiva. La metodica facile e di rapido impiego, può essere ripetuta più volte nello stesso giorno, a letto del malato.

FEDERICA MARINI, SIMONE CIPANI,  
LAURA PERA, ARMANDO SARTI

SC Anestesia e Rianimazione  
Ospedale Santa Maria Nuova  
Azienda Sanitaria Firenze



*Federica Marini. Spec. in Anestesia e Rianimazione c/o l'Univ. di Firenze. Spec. in Medicina Interna c/o l'Univ. di Siena nel 2013, dal 2008 si occupa di ecografia in Terapia Intensiva con particolare riguardo all'incannulamento dei vasi, ecografia polmonare, valutazione di trombosi agli arti, eco fast dell'addome. Dal marzo 2011 è Presidente della SEA, Società Ex Allievi in Anestesiologia e Rianimazione dell'Univ. di Firenze.*



**Figura 1** - Polmone atelectasico che “galleggia” nel versamento.

All'ingresso per ogni paziente viene eseguita un'ecografia polmonare, la valutazione del diametro della vena cava inferiore come indice di riempimento, della funzionalità cardiaca e un esame doppler agli arti inferiori per escludere la presenza di trombosi. I dati vengono registrati su una scheda (Tabella 1) dove il polmone viene suddiviso

in zone, in modo da poter valutare anche nel tempo l'efficacia della terapia. In alcuni casi è stata impostata ventilazione non invasiva o/e invasiva e valutata l'efficacia (reclutamento alveolare). La scheda viene aggiornata per ogni controllo di US polmonare o cardiaco eseguito.

Nella nostra esperienza, l'esame del torace con l'utilizzo degli US si è dimostrato superiore alla radiologia tradizionale; ciò ci ha permesso di ridurre l'utilizzo e di richiedere eventualmente un esame di tomografia assiale computerizzata per i casi di difficile interpretazione.

L'utilizzo degli US polmonari ci guida anche nell'esecuzione di metodiche invasive come l'inserimento di un drenaggio per versamento pleurico o l'esecuzione di tracheotomie (Figura 1).

L'utilizzo semplice, specialmente con le nuove macchine di facile trasporto tra una stanza e l'altra, permette la rivalutazione del paziente anche più volte nello stesso giorno in modo da rilevare anticipatamente un peggioramento o un miglioramento del quadro clinico. **TM**

**Tabella 1** - Scheda di valutazione del paziente con US.

Ascellare media/post	Ascellare anteriore	Emiclaveare	Parasternale	Spazio intercostale	Parasternale	Emiclaveare	Ascellare anteriore	Ascellare media/post
				II				
				III				
				IV				
				V				
Time	Tipo di ventilazione	CPAP	IPAP/EPAP	FIO2	Valutazione vena cava	Funzionalità cardiaca	Trombosi venosa profonda	Altro

## 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](http://www.ordine-medici-firenze.it)



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".

## La violenza globale contro le donne



**L**a violenza contro le donne è un fenomeno globale, una tragedia di immani dimensioni: in tutto il mondo circa un terzo delle donne ha sperimentato sulla propria persona episodi di violenza, nella gran parte dei casi commessi dal partner.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la prima volta dedica un rapporto specifico a questo tema, descrivendone dimensioni e le conseguenze sulla salute delle donne, indicando anche il ruolo essenziale che i servizi sanitari sono chiamati a svolgere.

### Le dimensioni del fenomeno

“La violenza contro le donne non è un fenomeno nuovo, come non lo sono le sue conseguenze sulla salute fisica, mentale e riproduttiva delle donne. Ciò che c'è di nuovo è la crescente consapevolezza che gli atti di violenza contro le donne non sono eventi isolati, ma piuttosto un tipo di comportamento che viola i diritti delle donne e delle ragazze, che limita la loro partecipazione alla società e danneggia la loro salute e il loro benessere. Quando studiata sistematicamente, come è stato fatto in questo Rapporto, appare chiaro che la violenza contro le donne è un problema globale di salute pubblica di proporzioni epidemiche che interessa

un terzo delle donne nel mondo”.

Con queste affermazioni si apre il Rapporto prodotto dall'OMS in collaborazione con la London School of Hygiene and Tropical Medicine e con il South African Medical Research Council (per scaricare il Rapporto)<sup>1</sup>.

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Il Rapporto prende in considerazione due differenti tipi di violenza contro le donne: a) quella fisica o sessuale commessa dai partner e b) quella sessuale commessa da non-partner. Complessivamente il 35% delle donne nel mondo hanno subito una violenza di questo tipo.

**La più frequente è quella commessa dai partner, con un dato globale del 30% delle donne vittime di violenza**, con differenze regionali descritte nella **Figura 1**. La maggiore prevalenza della violenza contro le donne si verifica in Medio Oriente (37%) e in Africa (36,6%), la minore nei paesi ad alto reddito (23,2%) (Figura 1).

La ricerca ha rilevato che l'esposizione alla violenza è già molto alta tra le giovani donne (età 15-19 anni) con una prevalenza del 29,4% e raggiunge il massimo picco nella fascia di età 40-44 anni con una prevalenza del 37,8%.

Inoltre il Rapporto rileva che il 38% degli assassini di donne sono commessi dal proprio compagno.

<sup>1</sup> <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/index.html>.

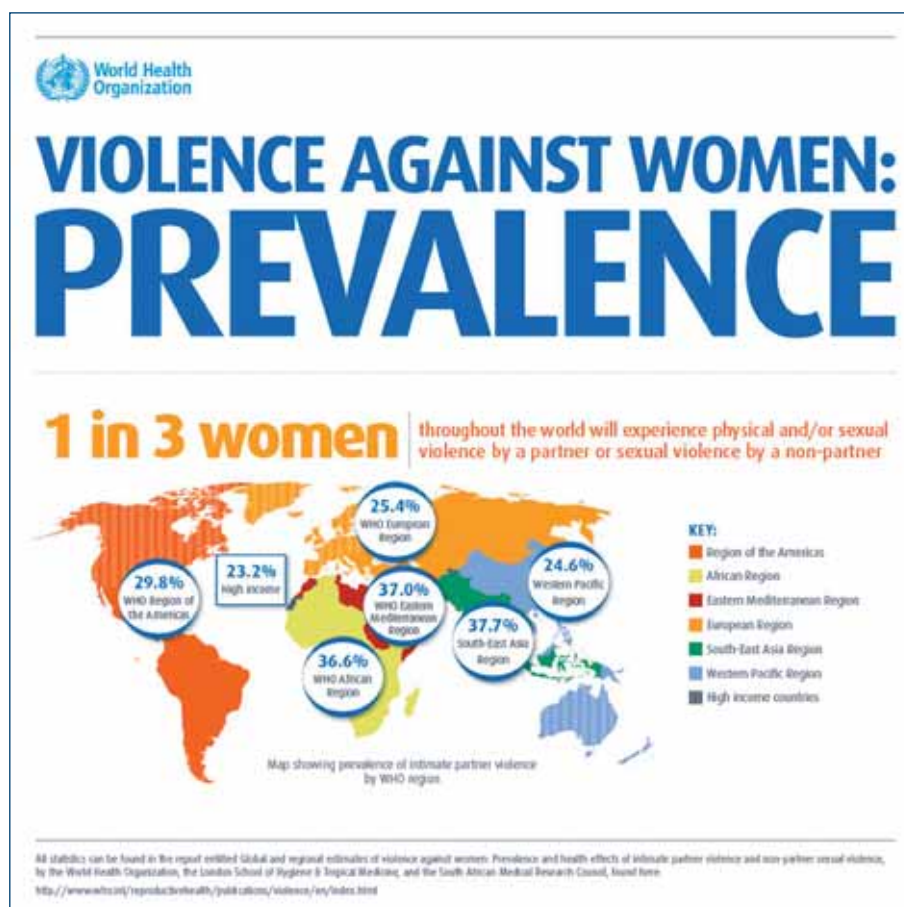


Figura 1

Il fenomeno della violenza sessuale commessa da altri soggetti (non-partner) è più ridotto e interessa globalmente il 7% delle donne.

### Le conseguenze sulla salute e il ruolo degli operatori sanitari

Le donne che subiscono violenza presentano rilevanti di problemi di salute, oltre a quelli direttamente provocati dalle aggressioni. Dal punto di vista della salute riproduttiva, vivere in ambiente violento è associato a una maggiore probabilità di avere un aborto, di partorire prematuramente e di avere neonati con basso peso alla nascita. L'esposizione a eventi traumatici aumenta inoltre la probabilità di andare incontro a problemi di salute mentale, inclusi i tentativi di suicidio e – in alcune realtà – di contrarre un'infezione HIV.

Il Rapporto rivela che in molti paesi è ancora bassa la consapevolezza che la violenza contro le donne è un problema di salute (e non solo giudiziario o, peggio, di ordine domestico), e in alcune realtà l'attitudine degli operatori sanitari verso le donne che denunciano una violenza è più negativa che di sostegno. Per questo motivo il Rapporto contiene delle raccomandazioni stringenti sui

compiti e sui doveri degli operatori sanitari che si trovano a dover affrontare situazioni di violenza contro le donne. Il protocollo prevede i seguenti punti principali:

La visita deve avvenire in un ambiente che garantisce la massima riservatezza, fornendo alla donna il massimo supporto psicologico e raccogliendo fedelmente – validandole – tutte le informazioni che la donna riferisce.

Gli interventi clinici devono includere, se necessario, l'offerta di contraccezione d'emergenza e di profilassi post-esposizione HIV.

Lancet ha dedicato un editoriale al Rapporto OMS<sup>2</sup>, facendo notare – a proposito di un altro aspetto della violenza contro le donne – che il governo britannico ha lanciato una campagna contro le mutilazioni genitali femminili (MGF) nel mondo (con un finanziamento di 35 milioni di sterline), ma ben poco è stato fatto all'interno del Regno Unito per aiutare le 22 mila ragazze a rischio di MGF e delle 66 mila donne che hanno subito una tale mutilazione. Purtroppo – osserva Lancet – nonostante una legge del 1985 consideri illegale tale pratica, mai nessuno è stato processato per questo.

TM

<sup>2</sup> [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61222-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61222-2/fulltext).



## Ambiente e salute

**Ernesto Burgio**

*Edito dall'Ordine dei Medici di Arezzo*

**T**utti conoscono l'ISDE, una meritevole associazione che cerca di svolgere opera di tutela dell'ambiente a partire da un gruppo di professionisti e, nello stesso tempo, è particolarmente impegnata in molteplici iniziative di sensibilizzazione dei medici alle problematiche ambientali. Un'opera, questa, che ha già trovato rispondeva nel Codice Deontologico che oggi obbliga i medici a tener conto delle problematiche ambientali, affrontandole o segnalando alle autorità, non solo nei riguardi delle patologie esistenti o emergenti, ma anche a salvaguardia della vivibilità ambientale delle future generazioni. Tra queste azioni formative è senz'altro meritevole di elogio la pubblicazione di un testo di Ernesto Burgio, edito dall'Ordine dei Medici di Arezzo, dedicato alle problematiche più attuali dei rischi ambientali per la salute dell'uomo. Senza entrare nel merito della discussione scientifica sul valore

dell'evoluzionismo e sulle correnti di pensiero che sostengono una sorta di sintesi tra darwinismo e lamarkismo o almeno sull'influenza che il fenotipo acquista nelle prime fasi embrionali dello sviluppo umano, l'interesse del libro, ben documentato anche sul piano iconografico, consiste fondamentalmente nel richiamo alla professione di porre attenzione e manifestare sensibilità per le problematiche patologiche legate più o meno sicuramente all'ambiente, secondo un'applicazione accorta del principio di precauzione. Questo è il pregio maggiore del testo, al di là delle affermazioni più o meno sostenibili. In effetti, non soltanto gli igienisti o gli epidemiologi, bensì tutti i medici dovrebbero avere consapevolezza che il ruolo professionale si sostanzia oggi nella promozione della salute, intesa nel senso più ampio, per i viventi e per le future generazioni.

*Bruno Rimoldi*

## Difendere il cuore delle donne

**Leda Galiuto**

*Minerva Editore*

**L**eda Galiuto è cardiologa al Policlinico Gemelli di Roma, ricercatrice e, nello stesso tempo, gradevole scrittrice. Lo dimostra con questo libro, edito da Minerva, in cui affronta un problema per nulla secondario. In effetti ormai sappiamo che la medicina di genere ha rilevante importanza proprio nella prassi quotidiana del medico. Quasi tutto ciò che sappiamo discende, da studi e ricerche effettuate su soggetti di sesso maschile e siamo per lo più convinti che il cuore della donna non presenti differenze apprezzabili con quello maschile se non per le dimensioni o il grado di rischio legato spesso a abitudini di vita più pericolose nell'uomo. Il che oggi è falso perché le donne fumano quanto gli uomini e

forse lo stress di una donna moderna, che lavora e mantiene gli impegni familiari, è ancora maggiore di quello del suo compagno. E quindi questo libro colma una lacuna sia dei medici, affrontando con perizia la complessa tematica della differenza biologica tra i generi, sia delle donne, cui è diretto, insegnando stili di vita e modi e strumenti per mantenere in salute il proprio cuore. Insomma, quando sembrerebbe quasi raggiunta la parità dei sessi, ci accorgiamo che la biologia ci fa diversi e che la bellezza del rapporto umano consiste forse nel considerarsi uguali e nel conoscere le differenze.

*Bruno Rimoldi*

## Guida alla via degli abati

**Luciano Mazzucco**

*Terra di Mezzo Editore*

**L**uciano Mazzucco è un ortopedico fiorentino che ama sinceramente la storia e la vita all'aperto. Insieme a due collaboratori, Niccolò Mazzucco e Guido Mori, ha descritto un antichissimo percorso di pellegrinaggio da Pavia alla Lunigiana, attraverso i colli piacentini, che faceva parte del complesso di antichissime strade noto come Via Francigena. Via degli Abati perché fin dai tempi del più alto Medioevo era un percorso di pellegrinaggio e perché vi

giunse e vi soggiornò San Colombano, un monaco irlandese che trasformò un piccolo borgo, Bobbio, in un importante centro di cultura e di religiosità.

È piacevole seguire gli autori nella descrizione di questo viaggio e ci auguriamo che anche altri siano invogliati a farlo unendo i piaceri della bellezza e della cultura con il sano esercizio fisico.

*Simone Pancani*

## Le ragioni degli altri

Piero Coppo

Cortina Editore

“**M**i sentivo non il rappresentante della scienza, di una verità che avrebbe dovuto essere imposta al mondo intero, ma un artigiano pieno di ammirazione per il mestiere di altri artigiani”.

Piero Coppo, neuropsichiatra con una lunga storia di cooperazione internazionale, ha pubblicato per Cortina editore, un libro che è insieme un testo di etnopsichiatria, una storia di vita vissuta, una descrizione di un possibile approccio clinico a problemi complessi quali quelli psicologici degli immigrati, infine una riflessione sul multiculturalismo del mondo contemporaneo, che non può non comprendere la considerazione che diverse culture abbiano diversi modi e siano dotate di differenti strumenti per affrontare i problemi dell'uomo e che c'è da imparare da tutti.

Le “ragioni degli altri” appunto, che è il titolo del libro.

L'etnopsichiatria, secondo l'autore, potrebbe offrire un approccio alla sofferenza comune degli uomini intrecciando le molteplici tecniche che i popoli hanno nel tempo consolidato per la cura. Insomma nel villaggio globale, una comunità di terapeuti collaboranti può ottenere risultati visibili, almeno sul piano della comprensione della psiche dell'uomo, così come questa si costruisce nei differenti ambienti di vita e nei variabili contesti familiari, spostando l'asse della cura dall'ospedale, o comunque dai luoghi di inclusione, al territorio; la terapia come riadattamento comunitario.

In conclusione, l'osservazione contestualizzata dei diversi metodi posti in essere dai guaritori nelle differenti culture non è un esercizio di curiosità intellettuale ma uno stimolo potente alla comprensione delle sofferenze umane e alla virtù terapeutica e civile della inclusione tollerante.

Simone Pancani

## Un estraneo nel palazzo

Danilo Poggiolini

Phasar Edizioni

**P**er quanto, più volte “onorevole”, rimanendo tuttavia osservatore attento e disincantato. Danilo Poggiolini ha dato questo titolo, “Estraneo nel palazzo”, al suo racconto che ha per sottotitolo “dalle associazioni mediche alla politica”, edito da Phasar. Danilo, uno dei miei più cari amici (confesso subito il conflitto di interessi!), durante la sua vita ha ricoperto le più prestigiose cariche all'interno delle organizzazioni mediche, da segretario nazionale della FIMMG – il maggior sindacato medico – a presidente dell'Ordine di Torino, a presidente della Federazione Nazionale degli Ordini, e ha percorso una brillantissima carriera politica, prima parlamentare a Roma, poi a Bruxelles, insomma un *cursus honorum* che gli ha consentito di vivere molteplici esperienze, ma anche di valutarle con grande saggezza umana e consapevolezza politica.

Un libro di memorie allora? Sì e no. Il testo procede lungo il filo dei ricordi e degli avvenimenti, una testimonianza storica appassionante, ma l'interesse e il fascino scaturisce piuttosto dall'interpolarsi di una serie di ritratti, da Sgarbi a Segni, da Mitterand a Monti, da Di Pietro a Berlusconi a tanti altri, occasioni di incontri e di frequentazioni che l'autore sa tradurre in pungenti osservazioni e in giudizi umani e politici di particolare rilievo.

Poggiolini è persona curiosa e osservatrice. Così, tra le pagine più interessanti, sono quelle dedicate ai viaggi in molti paesi per studiare i sistemi sanitari e le soluzioni politiche escogitate in diverse parti del mondo per risolvere il problema affascinante di ga-

rantire a tutti il diritto alla tutela della salute entro i limiti di una spesa sostenibile.

Poggiolini fa parte, anzi ne è stato forse il maggior leader, di quel gruppo di giovani, tra i quali si annovera anche chi scrive, che, eticamente e professionalmente sconvolti dal “medico della mutua” di Alberto Sordi, decisero di fondare in Italia la medicina generale come disciplina autonoma con pari dignità nel concerto delle scienze mediche, e ci riuscirono e il successo del loro impegno è oggi sotto gli occhi di tutti. Ma lo sviluppo travolgente della medicina e della sanità è coinciso con un periodo di trasformazioni sociali, etiche e politiche, culminate con la drammatica crisi che tuttora viviamo.

Poggiolini è stato un testimone privilegiato di questo travagliato periodo storico e, se nel finale del libro si scusa con colleghi di aver dedicato poco spazio ai problemi e alla storia della sanità, in realtà da raffinato politico sa che di questo lo dobbiamo ringraziare, di aver contribuito a far comprendere come la medicina sia una parte della società, inserita nel complesso procedere della storia, e che questo è l'insegnamento più importante che deriva da questa lettura.

Un estraneo nel palazzo, si definisce l'autore, e forse lo è stato davvero perché la deriva demagogica e corrotta della politica nostrana non gli appartiene, egli ne è del tutto lontano sul piano morale e istituzionale. Ma un estraneo che ha saputo trarre dalla sua storia insegnamenti validi per tutti.

Antonio Panti

## La salute in cucina

**Giovanna Masala, Domenico Palli**

*Giunti Editore*

**V**iva la medicina allegra! Diciamo la verità, spesso la medicina è triste. Il medico ci scopre in sovrappeso, ci vieta il fumo, proibisce i grassi, via i dolci, mai bistecche, niente alcol, un'ora di cammino (60 minuti di ossido di carbonio, una meraviglia!). Colpevolizzante e depressivo. Invece non è vero.

C'è una medicina piacevole: Giovanna Masala e Domenico Palli, dirigenti all'ISPO, hanno condotto un esperimento per dimostrare che si può guadagnare salute mangiando bene.

“La salute in cucina”, è un ottimo libro di cucina, ben sperimentato da un folto gruppo di gentili signore, perfette padrone di casa, frutto di due anni di ricerca in cucina, appunto per definire gli alimenti, i dosaggi, i piatti che coniughino il massimo di attenzione alla correttezza scientifica dell'alimentazione con il miglior risultato per il palato. In effetti esiste una copiosa letteratura che mostra i legami tra alcune tipologie alimentari e l'incidenza di de-

terminati tumori.

Lo studio “DAMA” ha voluto verificare alcuni di questi assunti in due anni di lavoro volti, però, non solo al rilievo epidemiologico del legame anzidetto, ma ad insegnare a gruppi di volontarie un corretto stile di preparazione del cibo. Con ciò facendo contenti anche i familiari, spesso coinvolti contro voglia in diete tanto severe quanto poco durevoli. In conclusione un libro di cucina per i cittadini, i pazienti e, più che altro, per i medici e le loro famiglie. Il medico consiglierà più volentieri ciò che ha provato e apprezzato.

Infine una nota del redattore. Nel testo si consiglia un uso moderato di alcolici tradizionali. Perché non corredare le ricette col suggerimento del vino più adatto? E perché non predisporre un corso di cucina per medici? Renderebbe più digeribile, nel vero senso della parola, qualche noioso corso di ECM.

*Antonio Panti*

## Cliente, paziente, persona, il senso delle parole in sanità

**Marco Geddes**

*Il Pensiero Scientifico*

**S**enza scomodare la teoria della comunicazione è chiaro che le distorsioni del messaggio possono avvenire durante il percorso comunicativo, per quanto ne sia perfezionato lo strumento, oppure per difetto dell'emittente o del ricevente. Un fenomeno inevitabile e tanto più rilevante oggi, quando siamo subissati da una sorta di tsunami informatico e i rapporti umani cedono il passo a forme stereotipate di messaggio.

Per questo è veramente utile, oltre che piacevole a leggersi, quest'ultima fatica dell'amico Marco Geddes, attento osservatore di fenomeni sociali oltre che esperto in organizzazione sanitaria, che ha raccolto in un breve ma succoso testo – pubblicato da “Il Pensiero Scientifico” – le sue riflessioni sulle principali “parole chiave” della sanità. E si torna allora alla grande civiltà dei cavalli sapienti di Broadbignac, immaginati da Swift, che prima di iniziare qualsiasi discussione erano usi mettersi d'accordo sul significato delle parole che avrebbero sostanzialmente le argomentazioni da esaminare.

Purtroppo saggezza e pazienza sembrano ricordi del passato; ecco perché questo piccolo libro dovrebbe essere oggetto di diffusa meditazione. Perché così di frequente non ci intendiamo? Perché accade che nelle norme, negli accordi, nei convegni di studio, insomma ovunque, un osservatore esterno non capisce quasi mai di che si contende e se intendono la stessa cosa tutti coloro che usano la stessa parola?

Prevale il gusto incivile del talk show o davvero non sappiamo soffermarci a riflettere sul glossario, cosa non banale ma anzi giovevole in tempi così confusi?

Geddes cita il suo nipotino che, abituato a mangiare panini in paninetteria e pizze in pizzeria, pensava che in fanteria si bevessero la Fanta. Facciamo una controprova e chiediamo la definizione di “appropriatezza” (un lemma assente dal vocabolario) ai medici (sacerdoti dell'EBM o della NBM?), agli amministratori, agli epidemiologi, ai giornalisti, ai magistrati, alle associazioni dei pazienti, infine ai genitori che affidano i figli alle cure di Stamina. Un gran guazzabuglio. La medicina e la sanità hanno un loro specifico linguaggio come molte altre attività umane.

Ma la medicina è oggi un ambito coesistente a molteplici settori della società. E coinvolge i professionisti della sanità e i pazienti e gli amministratori, i politici, e poi giornalisti, magistrati, filosofi e altri ancora, si che alcuni vocaboli comuni non possono non essere oggetto di precedenti accordi semantici pena l'incomprensione, che poi è ciò che in realtà avviene. “È importantissimo intendersi chiaramente”, è un verso di Brecht. Questo libretto porta un non irrilevante contributo alla comprensione tra i diversi “attori sociali” della medicina e della sanità. Un'opera meritevole e, insieme, piacevole.

*Antonio Panti*



## A “s” proposito di Basaglia!

**S**ulla libera enciclopedia Wikipedia la voce Legge Basaglia include il paragrafo Applicazione della legge quadro Basaglia che testualmente riporta: attualmente la riforma del sistema dell'assistenza psichiatrica ospedaliera e territoriale ha avuto reale attuazione solo nella *regione Friuli Venezia Giulia*, nel comune di *Pistoia* e in altre località minori dove come ha dichiarato lo psichiatra e all'epoca assistente di Basaglia Peppe Dell'Acqua “il settore pubblico e privato sociale funziona bene, le persone in cura vivono nelle loro case o in luoghi in cui possono esprimere i propri desideri in relazione con altri, ambire a un lavoro e alla realizzazione di obiettivi”.

Ringrazio il redattore per aver incluso, con intento verosimilmente lusinghiero, la città dove lavoro come psichiatra; tuttavia queste poche righe mi hanno suscitato alcune riflessioni.

A parte una evidente imprecisione nel confondere comune di Pistoia con provincia, mi chiedo quale sia ad oggi il significato di “reale attuazione” della legge 180 se non un paralizzante anacronismo che non tiene conto dell'innegabile evoluzione scientifica e di percorsi formativi, nella quasi totalità degli operatori della salute mentale, posteriori al '78.

A Basaglia va riconosciuto l'innegabile merito di aver restituito dignità umana e di malato al “folle” e di aver attuato il superamento di strutture alienate estranee alla cura.

Erano anche gli anni nei quali cominciavano a svilupparsi i primi psicofarmaci che, determinanti nel placare gli eccessi, hanno permesso una graduale riappropriazione della propria dignità e

del tessuto sociale.

Da allora la ricerca scientifica si è notevolmente evoluta ed oggi ci mette a disposizione approcci di cura psicofarmacologica, riabilitativa e psicosociale, sempre più mirati.

Purtroppo, a fronte di un reale abbattimento di barriere fisiche, serpeggiano ancora inquietanti riproposizioni di pratiche manicomiali.

Oggi come allora siamo chiamati a compiti dove prevale il controllo sociale rispetto alla cura e si continua a confondere alterazioni comportamentali con diagnosi psicopatologiche con richiesta di interventi specialistici e, tout court, di trattamenti coercitivi.

Spesso, anche all'interno dei nostri servizi si nega la disgregazione alla base del processo psicotico e si propongono come cura attività lavorative o risocializzanti senza tenere conto che sono gli stessi processi psicopatologici ad averne determinato la perdita o l'impoverimento oppure si propongono percorsi di cura che spesso inducono dipendenza e regressione.

Mi chiedo se a distanza di così tanti anni abbia ancora senso elencare i servizi che operano secondo una “reale attuazione” della Legge Basaglia quando il manicomio, decisamente superato nella sua struttura muraria, continua a riproporsi nelle pratiche quotidiane attraverso percorsi che, seppure ammantati da illuminata modernità, ne ripropongono la totale alienazione da un contesto di umana normalità.

*Letizia Galli*

Unità Funzionale Salute Mentale Adulti  
zona di Pistoia

### CORSI E CONVEGNI

#### **GIUSEPPE BARELLAI (1813-1884)**

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

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



Manfredo Fanfani

# LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI

*Prima Parte*



## Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

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

# La forchetta fu vera igiene, purezza di stile conviviale, simbolo del potere o “instrumentum diaboli”?



“Dame e Gentiluomini: afferrare la carne a tocchi con le dita dal piatto è, come minimo, indecoroso e considerato intollerabile nella città da cui provengo. Esistono metodi migliori: osservate”.

La nobile signora, seduta al centro di una lunga tavola, apre un astuccio dov'è inciso il suo stemma, estrae un curioso oggetto con tre punte metalliche acuminata, lo prende con le dita affusolate della mano destra. Infilza un pezzetto di carne che solleva con eleganza. “Et voilà!” Separa la carne dalle punte di metallo e l'assapora.

La scena fa riaffiorare alla mente un banchetto, nel lontano 1535, a Fontainebleau alla presenza di Caterina de' Medici: pronipote di Papa Clemente VII, ultima discendente del Magnifico, moglie di Enrico d'Orléans dal 1533, regina di Francia e madre di tre re, che trasformerà la sua corte in una delle più raffinate d'Europa. Caterina de' Medici, anche se non “inventò” la forchetta, ne introdusse l'uso individuale alla Corte di Francia.

**Gli Artisti sono stati attenti cronisti del loro tempo. In particolare le raffigurazioni degli episodi evangelici sono un contributo di informazioni sugli usi e costumi conviviali delle varie epoche, così come sono state vissute dall'Artista, che ha trasformato in bellezza il dono dell'amore, consegnato all'uomo nei simboli del pane e del vino**

Giotto (1266-1337),  
La cena in casa  
del Fariseo, Assisi, Basilica  
inferiore  
di San Francesco.

In Giotto si ritrova l'essenzialità tipica della tavola medievale: una semplice tovaglia bianca, nessun piatto di fronte ai commensali, un piatto unico, portato in tavola dalle inservienti, da cui si attingeva il cibo con le mani, per portarlo direttamente alla bocca.

Al centro del tavolo un tagliere per preparare la carne, unica posata un coltello con manico in legno e lunga lama, da usare in comune; alcuni bicchieri e sei pagnotte distribuite sul margine esterno del tavolo. Sembra di intravedere una sola saliera; scarso è comunque su quella tavola il sale dell'amicizia!...

Cristo è assiso su uno sgabello con spalliera finemente tornita; si trova a capotavola, nella parte più lontana che guarda la sala e l'ingresso, è alla destra del padrone di casa, distanziato dagli altri commensali. È servito per primo da una solerte inserviente intenta ad accudirlo nel taglio della carne. Tutte attenzioni riservate, nella ritualità della tavola, all'ospite d'onore. La



ricchezza delle attenzioni formali rivolte all'ospite danno maggior risalto al rimprovero che Gesù sta rivolgendo al Fariseo che ha trascurato, viceversa, ben più importanti doveri di ospitalità: l'abbraccio, il bacio, dare acqua ai piedi,

ungere il capo con olio. Gesù indica con la mano la peccatrice, rannicchiata e piangente ai suoi piedi che li ha bagnati con le lacrime, li ha asciugati con i suoi capelli, li ha baciati e cosparsi con olio profumato. (Luca VII, 37-47).

Il rispetto dei valori umani dell'ospitalità, quelli legati ai sentimenti di fedeltà e di amicizia, è considerato un dovere importante nella cultura biblica; il bacio fraterno esprime il rispetto delle persone promosse al rango di fratelli e sorelle.

Sono questi i valori che devono prevalere sulle formalità dettate dalla semplice etichetta! Anche oggi, come segno di ospitalità, vale più l'abbraccio e il bacio dei padroni di casa che non il rispetto dell'etichetta formale.



Giovanni da Milano  
(attivo 1346 - 1369).  
Cena in casa del Fariseo,  
Cappella Rinuccini, Santa  
Croce, Firenze.

Anche in questa immagine si ripete l'essenzialità della tavola: nessun piatto di fronte ai commensali, due taglieri di legno con la carne; sul tagliere vicino a Gesù la carne è già stata tagliata a piccoli pezzetti. Sul margine esterno del tavolo sette pagnotte di pane e quattro bicchieri, evidentemente posti sul lato esterno per facilitare il servizio del coppiere. Due soli coltelli da usare in comune. I commensali sono intenti a mangiare con le mani, secondo la tradizione. Anche in questa immagine Gesù indica la peccatrice chinata per terra e rivolge il rimprovero al fariseo che non ha rispettato i doveri sostanziali dell'ospitalità e dell'amicizia. Non è da escludere che l'inconsueto atteggiamento di Simone il fariseo, intento a sollevare la tovaglia, possa essere collegato ad un maldestro rovesciamento del sale che simboleggia, appunto, una rottura del vincolo di fedeltà e di amicizia.



A Firenze le posate erano in uso da molto tempo. Nel 1492, nell'inventario dei beni di Lorenzo il Magnifico, compaiono coltelli, cucchiari e ben 56 forchette. Sulla tavola di Lorenzo, nella seconda metà del quattrocento, l'uso della forchetta è ormai una consuetudine.

Caterina, proveniente da Firenze, città ritenuta la più raffinata, elegante e intellettuale d'Europa, apporta un tocco di civilizzazione alla vita di corte francese, fra cui l'uso della forchetta: un raffinato gesto di grazia femminile. Ma questo è solo un dettaglio: introduce anche l'amore per la fine biancheria intima, i freschi profumi (l'"Acqua della Regina", arrivata da Firenze, fu poi ribattezzata "Eau de Cologne"), i tovagliati, i ricami, e i raffinati fazzoletti da naso. Il suo gusto si estende alla cucina, all'arte, alla letteratura, alla musica.

Duccio di Buoninsegna (1255-1318), Ultima Cena, Siena, Museo dell'Opera della Cattedrale.

Anche le "Ultime Cene" di Duccio di Buoninsegna rappresentano la essenzialità del banchetto medievale.

La tavola è coperta da una semplice tovaglia tessuta a piccole losanghe.

Nessun piatto di fronte ai commensali, al centro della tavola tre coppe e una scodella con l'agnello pasquale; da questi contenitori comuni i commensali prendevano il cibo con le mani; una pagnotta per ogni apostolo



con accanto una cialda; solo tre coltelli e quattro bicchieri sono sul tavolo, evidentemente da usare in comune.

Con un quarto coltello uno degli apostoli è intento a tagliare il pane, altri due bicchieri sono in mano agli apostoli. Gesù porge a Giuda il pezzetto di pane intinto. Completano l'apparecchiatura due immancabili saliere e una brocca decorata.

L'uso comune degli strumenti di mensa non era dovuto tanto alla carenza di suppellettili quanto al valore comunitario dell'esperienza conviviale: un vivere insieme in modo semplice e immediato che rafforzava i legami di amicizia e gli affetti.



Duccio di Buoninsegna (1255-1318), Seconda apparizione di Cristo agli apostoli, Siena, Museo dell'Opera della Cattedrale.

Cristo risuscitato appare agli undici apostoli che si trovano a mensa. Il dettaglio dei pesci sui due taglieri di legno posti al centro del tavolo riprende il testo evangelico di Luca: "gli presentarono una porzione di pesce arrostito ed un fava di miele" (Luca, XXIV, 42).

Si ripete lo schema essenziale della tavola medievale: al centro due soli taglieri di legno con i pesci arrostiti. Il cibo è preso con le mani e portato alla bocca, non ci sono piatti singoli di fronte ai commensali. Sul tavolo due soli bicchieri con vino rosso e due coltelli, da usare in comune, cinque pagnotte e tre cialde, che erano servite sulle tavole ricche del trecento.

Maestro Pisano (1215-1284), Storie della passione.

In questa Ultima Cena l'Artista sottolinea l'usanza di servirsi con le mani, anche contemporaneamente, da coppe comuni poste al centro del tavolo.

Un richiamo al passo evangelico di Matteo che si riferisce a un gesto reale che faceva parte dei costumi conviviali dell'epoca: "Colui che ha intinto con me



la mano nel piatto, quello mi tradirà" (Matteo, XXVI, 21-23), in sintonia con Luca: "la mano che mi tradisce è meco a mensa" (Luca, XII, 21). Come in molte Ultime Cene l'apostolo Pietro è raffigurato nell'atto di impugnare il coltello. Giuda prende il pane intinto che Gesù gli porge, rivelando con questo gesto il traditore: "è colui per il quale intingerò un boccone e glielo darò" (Giovanni, XIII, 26).

È suggestivo come l'artista cerchi di simulare il movimento: Gesù intinge il boccone con la mano sinistra, con la destra lo porge a Giuda che lo prende con la mano destra e lo porta alla bocca con la mano sinistra.

Continua nel prossimo numero...



## Bilancio ENPAM 2012: meglio delle previsioni

Il bilancio consuntivo della Fondazione ENPAM registra nel 2012 un avanzo di gestione di 1,289 miliardi di euro, un risultato migliore delle previsioni e in crescita rispetto all'anno precedente. Il risultato ha determinato un incremento del 10,3% del patrimonio netto, che è salito a 13,818 miliardi di euro, livello più alto mai raggiunto nella

storia dell'ENPAM. I conti confermano la solidità dell'ENPAM, che con l'ultima riforma delle pensioni ha dimostrato la propria sostenibilità a oltre mezzo secolo. A contribuire al buon andamento dei conti è stato il miglior risultato della gestione non previdenziale, che ha avuto ricavi per 614 milioni di euro. In particolare, senza contare

proventi di natura straordinaria, il patrimonio mobiliare e immobiliare della Fondazione ha avuto un rendimento contabile lordo di 585,89 milioni di euro, in evidente crescita rispetto al 2011 (+146,73 milioni di euro). Il bilancio consuntivo verrà approvato dal Consiglio nazionale ENPAM il prossimo 29 giugno.

## Per una riforma degli Ordini professionali in sanità

Ridefinizione dei ruoli degli Ordini professionali e una nuova articolazione territoriale. Sono alcuni dei punti previsti dal disegno di legge sulla riforma delle professioni sanitarie presentato al Senato da Amedeo Bianco, Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (FNOMCeO) e Annalisa Silvestro, Presidente del Collegio degli infermieri. Il disegno di legge, spiega Bianco, "ricalca la bozza originaria del cosiddetto

decreto Balduzzi, già presentata al Senato". Tra i punti centrali del provvedimento, innanzitutto, sottolinea Bianco, "l'istituzione di Ordini territoriali sulla base delle circoscrizioni geografiche che identificano le province al 31/12/2012, e ciò proprio in vista della abolizione prevista delle province". È inoltre prevista la "ridefinizione dei ruoli degli Ordini, con una funzione di forte sussidiarietà". Altro punto riguarda la "separazione della

funzione inquirente e giudicante" rispetto alle componenti negli Ordini. È pure prevista, prosegue il Presidente FNOMCeO, "la trasformazione degli attuali Collegi, come quello degli infermieri, in Ordini". Infine, rileva Bianco, "si prevede il raggruppamento delle professioni sanitarie non ancora 'ordinate', anche se già regolate, in un unico Ordine delle professioni tecniche-riabilitative".



## Tutti insieme per la salute dei bambini

Lo sportello del Pediatra di famiglia, il percorso per gli esami urgenti, i fogli informativi come utile guida per la famiglia, gli incontri di formazione con gli specialisti per confrontarsi sui casi e conoscere meglio i servizi. Sono queste alcune importanti iniziative frutto della collaborazione avviata circa un anno fa tra i Pediatri di Famiglia, l'AOU Meyer e l'ASL 10 di Firenze. Una collaborazione che rappresenta un'esperienza unica e importante per la Regione Toscana, perché evidenzia come sia possibile far crescere in termini di qualità e di appropriatezza i servizi sanitari

per l'età pediatrica, consentendo ai principali protagonisti di lavorare in rete. "Le iniziative attuate - ha detto il segretario della Federazione Medici Pediatri di Firenze Valdo Flori - rappresentano la base per migliorare i rapporti tra Ospedale e Territorio ed offrire al Pediatra di Famiglia strumenti utili per poter gestire nel proprio studio tante patologie di più frequente riscontro, senza far ricorso all'utilizzo del Pronto soccorso o di altri servizi ospedalieri, ma con la certezza di poter consultare in tempi rapidi e certi i colleghi ospedalieri. Rapido accesso ai servizi diagnostici,

certezza di consultazione e utilizzo di un linguaggio comune e condiviso, non possono che portare ad un miglioramento dell'assistenza pediatrica territoriale senza produrre spese aggiuntive. Il passo successivo, che stiamo condividendo con l'Azienda 10, è quello di poter avere nel territorio la possibilità di ambulatori specialistici pediatrici e condividere le priorità di accesso, come già messo in atto con l'Azienda Meyer, per avere la certezza di un consulto in tempi rapidi e certi, nell'ottica di offrire ai bambini e alle loro famiglie la migliore assistenza possibile".

### Codeina vietata ai minori di 12 anni

L'Ordine ricorda ai propri iscritti la recente nota AIFA che prevede il divieto di utilizzo dei farmaci contenenti CODEINA in pazienti al di sotto dei 12 anni di età a causa del rischio di tossicità da oppioidi.

Considerato il diffuso impiego di queste sostanze in abito clinico, si invitano i Colleghi a prestare la massima attenzione a questa disposizione.

## CORSI E CONVEGNI

### Corso di ecografia per Chirurghi

Arezzo, 26-27 ottobre

**Presidenti:** Andrea Valeri, Andrea Rinnovati. **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.



## Allarme ENPAM: un milione di cittadini saranno senza medico

Questa la stima effettuata dall'ENPAM, basata sul fatto che ogni medico di medicina generale oggi può assistere fino a 1.500 cittadini. Fra tre anni 1.499 medici di medicina generale andranno in pensione. Ma saranno rimpiazzati da meno di 900 giovani colleghi. E negli

anni a venire andrà ancora peggio. Infatti dopo il 2016 la forbice continuerà ad allargarsi. L'Enpam sottolinea che il numero dei medici di medicina di famiglia che andranno in pensione ogni anno continuerà a crescere anche dopo il 2016 e raggiungerà un picco nel 2022 (quando sa-

ranno quasi 4.900 gli iscritti al fondo della medicina generale a compiere l'età di 68 anni). "Nei prossimi anni - ha dichiarato il Presidente dell'ENPAM Alberto Olivetti - potremmo essere costretti a chiamare specialisti e medici di famiglia dall'estero.

## Farmaci Omega-3

In sede di revisione del Prontuario farmaceutico, l'AIFA aveva deciso che non dovesse essere prevista la rimborsabilità dei medicinali appartenenti alla classe PUFA Omega 3 in favore di pazienti affetti da pregresso infarto miocardico. Contro questa de-

cisione aveva fatto ricorso al TAR del Lazio l'industria farmaceutica Sigma Tau, chiedendo una sospensione della decisione dell'AIFA in attesa del giudizio di merito. Ma il Consiglio di Stato, adito dall'AIFA, è stato di diverso avviso. I giudici di Palazzo

Spada hanno ritenuto che, in questa vicenda, sia prevalente l'interesse pubblico al contenimento della spesa farmaceutica, per cui hanno dichiarato l'efficacia della decisione AIFA, in attesa del giudizio di merito che si svolgerà nel prossimo dicembre.

## Donazione organi: una "scelta in Comune"

Presto la volontà di donare i propri organi potrà essere espressa da tutti i cittadini maggiorenni negli uffici anagrafe dei Comuni, al momento del rilascio o del rinnovo della carta d'identità. Lo prevede il progetto "Una scelta in Comune", frutto di un accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Anci-Federsanità, Aido (Associazione italiana donatori di organi) e Centro nazionale trapianti. Il protocollo è stato siglato in Palazzo Strozzi Sacratini dal Presidente Enrico Rossi, l'Assessore al diritto alla salute Luigi

Marroni, il Direttore del Centro nazionale trapianti Alessandro Nanni Costa, il Presidente nazionale dell'Aido Vincenzo Passarelli, il Presidente di Federsanità Anci Toscana Giorgio Del Ghingaro, e il Vicepresidente vicario di Anci Toscana Sabrina Sergio Gori. Il progetto "Una scelta in Comune" partirà in via sperimentale nei prossimi mesi in tre Comuni - Firenze, Rosignano e Sorano - per estendersi poi a tutti i Comuni toscani. Negli uffici anagrafe dove il cittadino si recherà per fare o rinnovare la carta

d'identità, gli addetti all'anagrafe (appositamente formati) gli chiederanno se vuole esprimere la sua volontà di donare organi. Se il cittadino intende dichiarare, compilerà un apposito modulo e i suoi dati verranno inseriti nel Sistema Informativo Trapianti, il database del Ministero della Salute che raccoglie tutte le espressioni di volontà sulla donazione di organi e tessuti. Sarà possibile recedere in qualsiasi momento dalla scelta, comunicandolo alla propria Asl.

## Responsabilità penale per colpa lieve

La Corte di Cassazione, con sentenza n. 11493/13, depositata il giorno 11/03/13, giudicando un caso che ha visto coinvolto un ginecologo, ha affermato che la nuova normativa di cui all'art. 3 della legge n. 189/12 - che limita la responsabilità penale dei sanitari solo alla colpa grave qualora si siano giustamente uniformati a quanto suggerito da accreditate linee guida in materia - non trova applicazione qualora la contestata colpa riguarda una condotta

negligente o imprudente. Secondo la Suprema Corte, infatti, le linee guida contengono solo regole di perizia e, quindi, non rilevano in ipotesi di colpa per negligenza e imprudenza nelle quali il sanitario risponde penalmente anche per colpa lieve. La Cassazione, inoltre, ha ribadito che le linee guida, per avere rilevanza ai fini dell'accertamento della responsabilità dei sanitari, devono indicare standard diagnostici e terapeutici conformi alle regole dettate dalla

migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non essere unicamente ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione delle strutture. L'efficienza di bilancio, quindi, può e deve essere perseguita sempre garantendo il migliore livello di cura, con la conseguenza che il medico deve disattendere quelle indicazioni che avendo come riferimento solo una logica di risparmio economico comportano rischi e pregiudizi per la salute del paziente.

## Attività sportiva: più dubbi che certezze

Non è passato neanche un mese dalla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 20 luglio del nuovo decreto dell'ex-Ministro Balduzzi sull'attività sportiva amatoriale e non agonistica, che già cambiano le cose.

Infatti, con la conversione in legge del Decreto del "Fare" del 9 agosto, sono stati soppressi alcuni certificati medici ritenuti "inutili", fra cui anche i certificati per attività sportiva amatoriale e ludico-motoria, appena introdotti dal decreto ministeriale di solo tre settimane prima. E anche

l'attività non agonistica subisce cambiamenti, perché mentre il decreto Balduzzi imponeva l'effettuazione dell'elettrocardiogramma prima del rilascio del certificato, adesso la prescrizione di tale esame è lasciata alla discrezionalità del medico certificatore.

Non si sa bene, poi che fine faccia il certificato per l'attività non agonistica o ludico-motoria di "elevato impegno cardio-vascolare", come le gare podistiche di lunghezza superiore ai 20 km o le granfondo di ciclismo. Il decreto Balduzzi imponeva l'obbl-

go del certificato medico preceduto dall'effettuazione dell'elettrocardiogramma e dello step test. Adesso non è chiaro se tale certificato sia soppresso tout-court oppure se resti in vigore, ma lasciando al medico il compito di valutare se e quali accertamenti far svolgere al paziente.

Insomma, un accavallarsi di norme che non contribuisce a fare chiarezza, ma che anzi lascia molti dubbi in tutti gli operatori del settore. L'Ordine ha chiesto un intervento chiarificatore alle autorità competenti.

# Adenuric<sup>®</sup>

(febuxostat)



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



Certificato Nr  
50 100 4785

Manfredo Fanfani

## LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



### Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

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

---

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

*Articolo all'interno della rivista*

*Una copia della pubblicazione può essere richiesta a [info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it)*