



ToscanaMedica

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



Novità sull'endometriosi

A.M. Celesti, S. Dei, F. Lena, M. Marchionni,
D. Matarrese, F. Petraglia, L. Polenzani

Abuso e dipendenza da Pain Killer secondo gli afferenti ad un sito specialistico

L. Calviani, G. Scelfo, R. Baronti, S. Alemanno

Sui "Long-term Acute Care Hospitals"

F. Pieralli, L. Tonelli, G. Berni

Day Service

P. Dattolo, S. Sisca, S. Michelassi, F. Pizzarelli

N° 8 SETTEMBRE 2014



Priligy[®]
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013



PRIL 13-17



Fondato da
Giovanni Turziani



In coperta
Moses Levy,
Spiaggia e figure a Viareggio,
1921

Anno XXXII n. 8 - Settembre 2014

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

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2014 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

Editore
Edizioni Tassinari
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it



Antonella Barresi

Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
<http://www.edizionitassinari.it>

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 La pittura solare di Moses Levy
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 Ciò che si deve e ciò che si può
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Novità sull'endometriosi
A.M. Celesti, S. Dei, F. Lena, M. Marchionni,
D. Matarrese, F. Petraglia, L. Polenzani

- 14 Un esempio di medicina di genere
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 15 Sui "Long-term Acute Care Hospitals"
F. Pieralli, L. Tonelli, G. Berni

- 17 Day Service
P. Dattolo, S. Sisca, S. Michelassi, F. Pizzarelli

- 18 Vaccinazioni obbligatorie - Parte I
N. Vigiani, V. Auriemma

- 21 Abuso e dipendenza da Pain Killer
secondo gli afferenti ad un sito specialistico
L. Calviani, G. Scelfo, R. Baronti, S. Alemanno

- 23 Il medico in ospedale psichiatrico giudiziario
F. Scarpa

- 25 Documento del coordinamento degli psichiatri toscani
sulla chiusura dell'OPG

- O. Granati, S. Castagnoli, M. Cerretini, G. Cesari, G. Cutolo,
M. De Berardinis, M. Del Zanna, A. Giannini, L. Papeschi, F. Sirianni
27 Perché parlare di identità di genere nel codice deontologico 2014
A. Pagni

- 37 La cura che scrive
G. Brandi

- 38 Medicina integrata a Pitigliano
S. Bernardini, F. Cracolici, R. Pulcri, R. Ferreri, M. Rinaldi

- 40 Marcire in carcere
F. Ceraudo

- 42 La questione femminile
A. Panti

REGIONE TOSCANA

- 29 Un programma regionale per il potenziamento
del sistema toscano di sperimentazione clinica
Laura Canavacci

RICERCA E CLINICA

- 43 Il trattamento demolitivo e ricostruttivo
dei tumori maxillo-facciali
G. Spinelli, T. Agostini, D. Rocchetta, F. Arcuri, M. Innocenti,
L. Delcroix, C. Baldrighi, G. Menichini

- 44 Il medulloblastoma metastatico: una malattia curabile
I. Sardi, B. Spacca, S. Scoccianni, S. Farina, F. Giordano,
S. Cardellicchio, A.M. Buccoliero, B. Agresti, M. Sanzo,
D. Greto, F. Mussa, M. de Martino, L. Genitori

- 47 Aspirina in cardiologia ed in oncologia
A. Dolara

- 48 Parlare senza corde vocali
G.P. Santoro

- 50 La miastenia
R. Ricciardi, G. Giuliano

SANITÀ NEL MONDO

- 55 Rapporto OCSE 2014 sui sistemi sanitari
G. Maciocco

L'INFORMATICA BIOMEDICA

- 58 Il comportamento dell'utente in rete
M. Masoni, M.R. Guelfi

FRAMMENTI DI STORIA

- 61 Bilancino
A. Fusi

61 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

62 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

16/61 CONVEGNI E SEMINARI

39 BACHECA

49/59 PRONTO DOTTORE

57 CONVENZIONI

60 LETTI PER VOI



FEDERICO NAPOLI

La pittura solare di Moses Levy

Nel 1947 il *Premio Letterario Viareggio* pubblicò un numero unico in cui compariva uno scritto di Alberto Moravia che ricordava la sua prima venuta in Versilia (1917) e l'adolescenza spesa con curiosità e stupore sulla spiaggia: *La gente era ingenua, sentimentale, emotiva, patriottica; era nell'aria come poline inebriante la letteratura di D'Annunzio giù giù fino a Guido da Verona e a Zuccoli. I ragazzi si esaltavano per le prodezze di Maciste e si passavano le dispense illustrate di Nick Carter, edite da Nerbini. Si cantavano soprattutto due canzoni Fru fru del tabarin e Sono trenta giorni che non dormo più. La mia famiglia aveva il suo ombrellone vicino a quello della famiglia Soldati di Torino. Sotto un altro ombrellone, la principessa Jane di San Faustino raccontava agli amici che spendeva cento lire al giorno soltanto per mangiare.*

In questo ambiente e negli anni fra la Prima Guerra Mondiale e la metà degli Anni Trenta si affollano in Versilia personaggi diversi, quali Puccini, Pea, Duse, Abba, Pirandello, Repaci (fondatore nel 1929 del *Premio Letterario Viareggio*), Nomellini e senz'altro il pittore e incisore Moses Levy.

A quest'ultimo artista, tunisino di nascita (1885), poi stabilmente italiano con presenze in Francia e continui ritorni a Tunisi, dal 1961 infine viareggino – la sua abitazione è segnalata ancora in via Mazzini quasi sull'angolo con la piazza omonima, dove muore nel 1968 –, la *Fondazione Matteucci per l'Arte Moderna* di Viareggio dedica una mostra dal titolo *Moses Levy. Luce marina. Una vicenda dell'arte italiana 1915-1935*.

Sono una quarantina di opere – fra cui quella che dà il titolo all'esposizione, datata 1917-18 –, collocate nell'arco di venti anni che ci parlano di una Viareggio gaia nonostante le crescenti difficoltà sociali ed economiche del periodo, comunque cosmopolita.

Un mondo variopinto e luminoso, sorridente e intimo, non certo drammatico, come evidenzia l'opera *Donna con ombrellino* (1921), nel 1967 esposta – come altre presenti a Viareggio – nella mostra fiorentina "Arte moderna in Italia 1915-1935".

Un mondo, quello di Levy che con un variegato e brillante cromatismo si struttura attorno ad un

perdurante e astrattivo senso di abbandono. Il gusto grafico, lo sguardo sorridente e un po' ironico – *Anna e l'amica*, 1920 – dà vita in specie a figure femminili poste tra il fresco bozzetto e una riflessiva eleganza, non distante da Elisabeth Chaplin.

Le vele affidate al vento, meno crepuscolari e più serene di quelle di Guglielmo Amedeo Lori; i moli di legno, le onde spumose, le corse e i giochi sulla spiaggia, sono aspetti della vita balneare di una società borghese, riservata e mondana nello stesso tempo.

Le cabine allineate e un po' traballanti nel quadro *Il bagno Cirillo* (1933) non sono immemori nel soggetto e nella composizione dell'opera *I bagni di Viareggio* (1900 ca.) di Francesco Fanelli.

Ma nella limpida pittura di Levy, significativa nelle scene corali di bagnanti di fronte al mare sulla battigia, appare anche un'attenzione alla popolazione più minuta, in questo ripreso dal successivo Tobino, pittura che ferma e fissa un momento sentimentale, ma rivela un atteggiamento affettuoso nei confronti del mondo attorno.

Levy trova così una sua collocazione nell'arte italiana del periodo: allievo di Fattori, poi in sintonia con il nizzardo Carlo Corsi, in seguito più estroverso di Carena, meno drammatico dell'amico Viani, meno spettacolare di Chini, con una tendenza grafica propria a certo ambiente artistico versiliese.

La mostra, con molte opere in collezione privata, è ospitata presso la Palazzina Matteucci, elegante e composta nella sua sobrietà borghese, ad un passo da quel mare ritratto da Mose Levy con un sintetismo colorista ripreso dalla Secessione.

L'esposizione, progettata da Giuliano Matteucci, è curata da Susanna Ragionieri, con contributi in catalogo di Marcello Ciccuto, Isabella Tobino, Giovanni Mariotti e schede di Claudia Fulgheri.

La mostra sarà spostata a Firenze, a Villa Bardini, dal 30 ottobre. **TM**

**Moses Levy. Luce marina.
Una vicenda dell'arte italiana 1915-1935**

Centro Matteucci, Viareggio
Fino al 19 ottobre

Moses Levy,
Mareggiata,
1920

ANTONIO PANTI

Ciò che si deve e ciò che si può

Ovvero tra il dire e il fare

A maggio di quest'anno la FNOMCeO ha rinnovato e ampliato il Codice Deontologico. Il termine deontologia deriva dal greco "deon", dovere, e si riferisce agli obblighi che il medico assume oltre a quelli comuni a tutti i cittadini. Citiamo l'articolo 3 comma 3 che recita: "la diagnosi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità" e l'articolo 20 comma 2: "Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura". Certamente i medici si identificano con queste norme, tuttavia non sempre ciò che si deve si può fare davvero, e una siffatta discrasia pesa non poco sulla vita quotidiana del medico.

Il tempo. La relazione col paziente esige tempo e la comunicazione con gli altri è il contrario della fretta. Ma quanti moduli, quanti registri, quante relazioni di ogni tipo, certificati, impegnative, questionari, risposte, piani terapeutici, quante scartoffie di ogni genere il medico riempie ogni giorno? Poca attività clinica e molta burocrazia. Se non si pone rimedio, e lo devono fare il Ministro e le Regioni coinvolgendo le rappresentanze mediche, il "tempo di cura" diventa un lacrimoso ricordo del buon vecchio condotto e non una seria opzione per fare medicina a vantaggio dei pazienti. Sembra un controsenso ma è proprio il travolgente sviluppo della scienza e della tecnica che porta a indebolire l'alleanza tra medico e paziente.

I professionisti della sanità non possono non assumere il punto di vista – i bisogni- dei cittadini. Ma cosa chiedono i cittadini alla medicina? Il cosiddetto "paziente informato" vuole una medicina onnipotente e ritiene il medico infallibile e, quando non si rivela tale, allora diventa incompetente o, peggio, disonesto. Di ciò sono convinti magistrati, giornalisti, politici e quant'altro, in una sorta di percezione distorta e distorcete della scienza e dei suoi limiti. Dire tutto al paziente significa procurargli anche la letteratura su un evento accaduto una sola volta e assai poco credibile? Si debbono prescrivere le

terapie "evidence based" o si soggiace all'imposizione del primo incauto pretore che crede alla cura Di Bella? Insomma si vuol legiferare una volta per tutte sulla responsabilità, senza pensare alle esigenze degli avvocati? Bisogna pur trovare un equilibrio tra le regole e la loro applicabilità.

Anche la cosiddetta malpractice incide sulla competenza e autonomia del medico. Ormai molte associazioni legali fanno pubblicità in TV o sui quotidiani. E i cittadini sanno di poter far causa al medico impunemente e gratis e, in caso di risarcimento, fare a mezzo col legale (la quota lite). **"Informati gratuitamente presso l'associazione per tutti i pretesi danni e le sindromi non diagnosticate"**, abbiamo letto di recente sulla stampa. Il malato complesso, quello più comune oggi, esige una nuova medicina, e questa esiste, una rinnovata professionalità, e questa si sta delineando, ma non potrà essere ben curato in un ambiente che privilegia la burocrazia sulla clinica e non ammoderni i concetti di responsabilità individuale, collettiva e gestionale.

La deontologia è fondamentale per ricordare gli obblighi verso chi si affida al medico e si aspetta cure e attenzione umana. Ma da sola non basta. Occorre che tutte le associazioni mediche si riuniscano con gli Ordini per chiedere e ottenere le leggi necessarie a modificare questo stato di cose e per sostenere una grande campagna culturale che incida sulla società. Occorre ridefinire la figura professionale del medico per garantirne l'autonomia e individuare nuove modalità di rapporto giuridico e di carriera, assicurandogli il ruolo di leader nel percorso assistenziale. Occorre risolvere su nuove basi giuridiche la questione della responsabilità medica, abolendo il concetto di colpa professionale e garantendo una idonea copertura assicurativa individuale e collettiva, infine occorre recuperare il tempo per la relazione di cura, eliminando tutte le inutili scartoffie che ostacolano il corretto svolgimento del lavoro. Questo è un programma da sostenere senza distinzioni di categoria, nell'interesse dei medici e dei pazienti.

TM

ANNA MARIA CELESTI¹, SIMONA DEI², FABIO LENA³, MAURO MARCHIONNI⁴,
DANIELA MATARRESE⁵, FELICE PETRAGLIA⁶, LORETTA POLENZANI⁷

Novità sull'endometriosi

TOSCANA MEDICA – *Iniziamo spiegando cosa è l'endometriosi e quali sono i suoi costi, economici e sociali.*

PETRAGLIA – L'endometriosi è una malattia ginecologica benigna, con forte impatto sulla salute della donna, in quanto causa dolore e infertilità. Oggi l'incidenza della malattia è in costante e significativo aumento anche grazie al perfezionarsi delle tecniche di indagine diagnostica.

La disseminazione di tessuto endometriale al di fuori della cavità uterina avviene attraverso le tube o il sistema linfatico. Una teoria recentissima vede un ruolo delle cellule staminali, delle quali l'utero è ricchissimo. Esse sono impegnate nei meccanismi periodici di ricostruzione del rivestimento endometriale, dopo ogni mestruazione, acquisiscono resistenze specifiche e vanno ad impiantarsi in sedi diverse da quella fisiologica quali ad esempio ovaio, intestino e rivestimento peritoneale della cavità addominale.

MARCHIONNI – È stato inoltre postulato che l'endometriosi possa essere legata ad alterazioni dello sviluppo embrionale e alla presenza di non meglio precisati fattori ambientali, anche se ad oggi mancano conferme certe di queste ipotesi.

PETRAGLIA – A parte le ipotesi patogenetiche, quello che possiamo affermare con certezza è che l'endometriosi è una condizione ormonodipendente, essendo infatti assente prima della pubertà e dopo la menopausa, comparando nel 70% dei casi tra i 20 ed i 35 anni. Si tratta di una malattia diffusissima, con tassi di incidenza vicini al 10% delle donne in età fertile e questo vuole dire milioni di donne colpite in tutto il mondo.

Un fattore assai importante per tentare di spiegare l'aumento dell'endometriosi è anche il cambiamento avvenuto nei Paesi più industrializzati dove l'età della prima gravidanza è spostata sempre più in avanti (oltre i 32 anni per il primo figlio). Questo lungo lasso di tempo, permette alla malattia di svilupparsi molto di più che in passato, quando la prima gravidanza avveniva intorno ai 20-25 anni.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono i problemi causati dall'endometriosi in termini di costi umani, sociali ed economici?*

CELESTI – Come già stato detto si tratta di una malattia che colpisce per lo più donne in età fertile (10%), causando dolore pelvico e grosse problematiche per quanto riguarda la fertilità (25%-35% di donne infertili).

Il dolore, che può essere presente durante il ciclo mestruale, nel caso della endometriosi, può manifestarsi per molti giorni al mese arrivando fino alla cronicizzazione nei casi più gravi, con evidenti e gravi conseguenze sulla vita lavorativa, relazionale, psicologica e di coppia.

In questo senso l'endometriosi rappresenta un vero e proprio paradigma della Medicina di genere. Questa affermazione potrebbe essere di aiuto per una maggior consapevolezza rispetto alle cause del dolore mestruale che le donne, per vari motivi, compresi quelli socio-culturali, hanno sempre considerato per lo più "normale" imparando a convivere senza preoccuparsi più di tanto di fronte a peggioramenti della situazione che di fatto, nel caso dell'endometriosi, hanno portato e portano ad un ritardo di diagnosi.

L'approccio a questa malattia in termini di genere, con un'accurata anamnesi in un rapporto relazionale tra medico e paziente attento e partecipato può aiutare molto nel comprendere che siamo di fronte ad una sintomatologia dolorosa che richiede approfondimenti diagnostici specifici. Quindi da una parte informazione e responsabilizzazione delle donne, dall'altra, importantissima, la collaborazione tra i medici di medicina generale, ai quali spesso si rivolgono in prima battuta le donne, e gli specialisti del settore.

TOSCANA MEDICA – *Prof. Marchionni, quale è il decorso clinico di una donna affetta da endometriosi?*

MARCHIONNI – Il decorso di questa malattia è estremamente variabile con sintomatologia dolorosa che può raggiungere livelli veramente elevati con conseguente incapacità da parte



Anna Maria Celesti



Simona Dei



Fabio Lena



Mauro Marchionni

¹ Coordinatrice del Centro Regionale Toscano per la Medicina di Genere

² Direttore sanitario della Asl 5 di Pisa

³ Direttore del Dipartimento Farmaceutico della Asl di Grosseto

⁴ Ginecologo, componente del Consiglio Superiore di Sanità



Daniela Matarrese

della paziente di svolgere le normali occupazioni quotidiane o di lavoro (costo sociale). In alcuni casi tuttavia la malattia può decorrere in maniera del tutto sopportabile senza creare particolari problemi alla vita della donna colpita nella quale vengono riscontrati con l'ecografia o l'indagine laparoscopica per lo più noduli endometriosici di piccole dimensioni e scarsamente funzionanti.

Ovviamente queste situazioni contribuiscono a sottostimare la reale importanza dell'endometriosi, visto che la sintomatologia che le accompagna spesso viene dalle stesse pazienti scambiata con una normale mestruazione solo leggermente più dolorosa e ben controllata dai normali analgesici.

Le forme più gravi sono invece quelle che si localizzano per lo più a livello del setto retto-vaginale o di quello vescico-uterino con la possibile comparsa di enormi problematiche a livello di funzioni fisiologiche quali la minzione e la defecazione che in passato conducevano addirittura nei casi più gravi ad interventi chirurgici altamente demolitivi.

MATARRESE – Tra i costi che citava adesso il prof. Marchionni bisogna includere anche quelli legati alla eventuale ipofertilità/infertilità causata dall'endometriosi con tutto quello che comporta l'affrontare il complesso percorso della procreazione medicalmente assistita.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono i rapporti tra l'endometriosi e l'infertilità?*

PETRAGLIA – Fondamentalmente le cause sono a tre livelli:

1. ovarico, con alterazione dei processi di maturazione dell'ovocita,
2. tubarico, ostacolando o impedendo l'incontro ovocita- spermatozoo,
3. Endometriale, a causa delle difficoltà di impianto dell'embrione.

MARCHIONNI – A causa inoltre dello stato di flogosi locale indotta dai noduli endometriosici si possono creare briglie ed aderenze che in alcuni casi si rendono responsabili dell'ostruzione di una o di entrambe le tube.

CELESTI – L'endometriosi è veramente una malattia a forte impatto sociale che coinvolge non solo la vita familiare e di coppia, ma anche quella lavorativa con un importante condizionamento psicologico. Di fatto si tratta di una condizione

che arriva a causare vere e proprie discriminazioni sul piano lavorativo, anche tra le stesse donne. Gestire infatti ogni mese un dolore pelvico così intenso appare oggettivamente diverso a seconda che in una fabbrica si sia un'operaia, un'impiegata o una dirigente d'azienda.

Per questo mi sembra iniquo che l'endometriosi, malattia cronica e in molti casi invalidante, non abbia ancora trovato opportuna collocazione all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza.

DEI – Da quello che è stato detto finora e da quello che si legge sui blog dedicati all'argomento, si evince che, seppure "benigna" in senso strettamente medico, l'endometriosi non si può certo definire tale dal punto di vista sociale ed umano, con conseguenze cliniche e psicologiche tali da condizionare profondamente la vita di una donna e dei suoi familiari più stretti e con ricadute economiche non indifferenti (malattia, farmaci, indagini diagnostiche, accessi in p.s., ...).

PETRAGLIA – Senza dimenticare che molte donne colpite dalla malattia sviluppano forme più o meno gravi di depressione che certamente peggiorano il quadro clinico complessivo.

POLENZANI – L'endometriosi rappresenta un buon esempio di come spesso i medici, sia di medicina generale che specialisti, non riescono ad affrontare e gestire in modo appropriato ed adeguato i problemi, le condizioni legate alla genitalità e più in generale alla sessualità.

A parte il fatto che è ormai dimostrata anche per l'endometriosi l'importanza fondamentale della precocità della diagnosi, spesso i medici non riescono a rapportarsi con le pazienti per chiarire ad esempio, quali siano le modalità di insorgenza ed il calendario della sintomatologia dolorosa, quali i suoi rapporti con l'attività sessuale e se quest'ultima ne venga più o meno pesantemente condizionata. Ascoltare, formulare poche semplici domande, condividere con la propria assistita un percorso di diagnosi intesa come comprensione e di cura.

CELESTI – Anche secondo me il primo approccio alla malattia deve essenzialmente basarsi su un rapporto relazionale tra medico e paziente, senza trascurare il ruolo anche dei pediatri di libera scelta che hanno in carico le loro assistite anche nel periodo adolescenziale comprendente il menarca e gli eventuali cicli mestruali successivi.

⁵ Dirigente dei Servizi Programmazione ed Organizzazione della Regione Toscana

⁶ Direttore del Dipartimento Materno - infantile dell'Università degli Studi di Siena

⁷ MMG, Coordinatrice attività teorico pratiche 1° anno Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

In questo senso credo che sia corretto parlare non solo di medicina di iniziativa ma anche e soprattutto di medicina personalizzata perché ogni donna affetta da endometriosi ha una diversa modalità di manifestazione clinica, di risposta alla terapia, di vissuto psicologico e relazionale.

TOSCANA MEDICA – *Quali potrebbero essere i criteri diagnostici da concordare con la medicina generale?*

MARCHIONNI – Fatta salva la considerazione, più volte ripetuta, che nelle forme lievi o iniziali, la diagnosi di endometriosi è estremamente difficile, penso che in prima battuta ed a livello di screening potrebbe essere utile il semplice dosaggio del CA 125 (Cancer Antigen), eventualmente associato all'indagine ecografica. Nei casi più gravi una accurata anamnesi ed una semplice visita ginecologica potrebbero essere sufficienti a chiarire la situazione.

Siamo lieti di pubblicare le dichiarazioni del Ministro alla Salute, che apre un notevole spiraglio per affrontare i problemi sanitari e umani di questa complessa patologia



“Rinnovo la mia vicinanza alle donne che ogni giorno debbono fare i conti con questa patologia e nel semestre di Presidenza italiana dell’Unione Europea, nel quale guiderò la Commissione salute, ho deciso di inserire questo specifico tema in un confronto a livello europeo sulla salute della donna, così da favorire lo scambio di conoscenze e sensibilizzare le istituzioni per garantire quanto più possibile un approccio a 360° nell’af-

frontare le problematiche delle donne affette da endometriosi. Occorre infatti una presa in carico globale delle donne colpite da questa malattia ed è fondamentale l’integrazione degli interventi per una stessa paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e in un’ottica multidisciplinare, che coinvolga più figure specialistiche. È necessario, quindi, costituire una Rete sanitaria ben coordinata che veda da un lato i Centri di eccellenza, dall’altro i Servizi sanitari territoriali.

Spetta ai medici di medicina generale o ai servizi territoriali, cui la donna si rivolge, individuare tempestivamente la patologia, indirizzando così la paziente allo specialista ginecologo per una conferma diagnostica e per la sua successiva gestione, avvalendosi anche dei Centri di Alta Specializzazione. La Rete diagnostico-terapeutica dovrà accompagnare la donna in tutto il suo percorso in modo costante e continuato. È fondamentale, quindi, prevedere la formazione e l’aggiornamento di tutte le figure professionali a vario titolo coinvolte, in quanto è una malattia che va riconosciuta e trattata con speciale sensibilità da parte di operatori sanitari adeguatamente formati. Con i miei Uffici abbiamo elaborato nell’ultimo Accordo sugli obiettivi di Piano una linea progettuale, approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, diretta proprio all’implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie cronico-invalidanti della sfera urogenitale, tra le quali l’endometriosi. Allo scopo è stata vincolata la somma di 15 milioni di euro per consentire alle Regioni di sviluppare specifici progetti finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita e di salute delle donne affette da queste patologie.

L’attenzione alla salute della donna è ormai da tempo divenuta un tema centrale nella riflessione culturale, civile, professionale ed una scelta strategica politica perché tutelare la salute della donna significa tutelare la salute di un’intera famiglia. Per questo all’inizio del mese di ottobre faremo una Conferenza ministeriale su “La salute della donna: un approccio life-course”, della durata di due giorni, alla quale parteciperanno i Ministri della sanità dei vari Stati Membri. Sarà un’occasione importante di confronto, riflessione e scambio sulle tematiche della salute femminile nelle diverse fasi della vita. Un’occasione per mettere a fuoco alcuni temi importanti quali la salute sessuale e riproduttiva, gli stili di vita e i tumori femminili. Per ogni tema si procederà alla presentazione dello stato dell’arte nell’Unione Europea, effettuando poi alcuni approfondimenti specifici per poi aprire una discussione/condivisione delle esperienze concrete di attuazione nelle politiche dei vari Stati Membri.

Nella sessione sulla Salute sessuale, proprio in relazione all’attenzione che il Ministero vuole richiamare sull’endometriosi, è previsto uno specifico approfondimento su “Endometriosi e dolore sessuale”.

Beatrice Lorenzin, Ministro della Salute

PETRAGLIA – La diagnosi si basa oggi essenzialmente sull'ecografia e sulla risonanza magnetica nucleare (fortemente limitata dal costo). La valutazione del CA 125 sierico rientra nella ricerca dei markers biochimici nel sangue, ma che ancora non ha portato a risultati ripetibili.

Per quanto riguarda l'ecografia, nelle pazienti adolescenti con lunga storia di dismenorrea, anche se non si evidenziano quadri eclatanti (per esempio la cisti ovarica) dobbiamo porre l'ipotesi diagnostica di endometriosi!

POLENZANI – Effettivamente i medici di medicina generale si trovano oggi sempre più spesso ad avere tra i propri assistiti anche adolescenti che presentano sintomatologia dolorosa adominale ricorrente, talvolta aspecifica, maga-

ri segnalata con difficoltà perché sentita come ineluttabile dolore legato alle mestruazioni. L'ecografia purtroppo spesso non aiuta a fare diagnosi, essendo metodica strettamente operatore - dipendente e talvolta gravata da falsi sia positivi che negativi. Potrebbe pertanto essere ipotizzabile anche per l'endometriosi la costituzione di una rete di strutture in grado di effettuare ecografie di II livello, al pari di quanto accade oggi per la gravidanza.

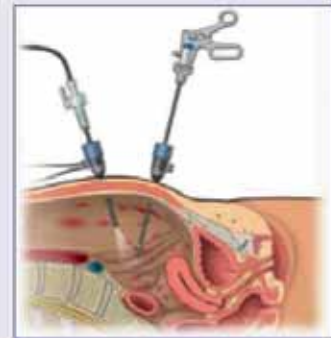
DEI – Un momento importante per cercare di arrivare il prima possibile ad un'eventuale diagnosi di endometriosi potrebbe essere rappresentato dalle visite periodiche che le donne effettuano presso i consultori in occasione del pap test: sono visite già pianificate, di donne in gran

Endometriosi: la diagnosi

● Una **diagnosi definitiva di endometriosi**, a cui si arriva mediamente in tempi lunghi (circa 8 anni), richiede la laparoscopia, idealmente combinata con esame istologico.^{7,8}

● La **diagnosi precoce** è un obiettivo importante, perché l'endometriosi è caratterizzata da un progressivo **peggioramento dei sintomi in assenza di un trattamento efficace**.⁷

● Nella pratica un **approccio invasivo** (laparoscopia, laparotomia) è considerato **non necessario o inappropriato per molte pazienti**.



● Una **diagnosi presuntiva di endometriosi** può essere fatta considerando solo i sintomi.⁷

Secondo le **Linee Guida Internazionali**, può essere contemplato un **trattamento empirico dei sintomi** dolorosi presumibilmente dovuti ad endometriosi, **anche senza una diagnosi definitiva**.^{1,5}

parte in età fertile, che potrebbero divenire, inserendo solo poche domande, fase di inserimento in un percorso di presa in carico precoce.

CELESTI – L'osservazione della dott.ssa Dei è certamente condivisibile e l'occasione dello screening del pap-test periodico potrebbe veramente essere un momento importante per cercare di individuare, e così anticipare, la diagnosi.

A questo si devono affiancare, a mio parere, corrette campagne di informazione che aiutino le donne a comprendere che il dolore pelvico in generale e quello mestruale nello specifico non è un fatto naturale ed è compito della Medicina di Genere dare informazioni per fornire consapevolezza. Pensiamo ad esempio all'infarto acuto del miocardio dove la donna tende spesso a sottovalutare il dolore toracico ritardando così la diagnosi ed i primi, fondamentali interventi terapeutici.

LENA – Io mi occupo da molti anni di promuovere l'informazione farmacologica presso i me-

dici di medicina generale e gli specialisti, eppure non riesco a ricordare la realizzazione di nessuna iniziativa per quanto riguarda l'endometriosi. Questo per dire quanto sia necessario e opportuno intervenire con iniziative mirate non solo per le donne ma anche e soprattutto per i medici!

PETRAGLIA – La Toscana in questo campo ha davvero molto da offrire ed il suo ruolo è oggi ben conosciuto e valorizzato anche a livello internazionale. Tutti i Centri regionali di terzo livello si occupano globalmente del problema "endometriosi" prendendosi carico degli aspetti diagnostici, terapeutici, assistenziali e delle tematiche legate all'eventuale condizione di infertilità successiva alla malattia. In questo senso qualsiasi iniziativa di informazione diretta ai medici ed alle pazienti non può che essere bene accolta.

POLENZANI – Sono d'accordo con il prof. Petraglia, però vorrei mettere in guardia dal rischio che le campagne di sensibilizzazione ed informazione non finiscano per indurre in alcune par-



ti della popolazione richieste fondate su bisogni diversi e come tali mal gestibili e potenzialmente in grado di eludere qualsiasi controllo.

TOSCANA MEDICA – *La terapia chirurgica dell'endometriosi è ormai ben standardizzata e le sue indicazioni sono oggi chiare e condivise. In campo medico esistono delle novità farmacologiche che presentino un buon rapporto costo/beneficio, in sostanza meritevoli dell'attenzione dei sistemi sanitari?*

PETRAGLIA – L'ultima classe di farmaci specificamente indicati per la cura dell'endometriosi sono stati immessi in commercio circa 25 anni orsono e sono stati gli analoghi del GnRH, capaci di bloccare il rilascio delle gonadotropine e causare una menopausa iatrogena. A quell'epo-

ca, questi farmaci avevano suscitato tante speranze, visti i risultati incoraggianti del loro impiego, anche dopo il tempo chirurgico. Purtroppo le cose non sono andate così e questo schema terapeutico non ha diminuito la percentuale di reinterventi, finendo per avere scarsa rilevanza sul decorso cinico della malattia.

Recentemente in Europa (a partire dalla Germania nel 2010) è stato introdotto il dienogest, farmaco ad attività progestinica di quarta generazione, con l'indicazione nella terapia dell'endometriosi, che può essere impiegato per evitare l'intervento chirurgico e dopo la terapia chirurgica per la prevenzione delle recidive.

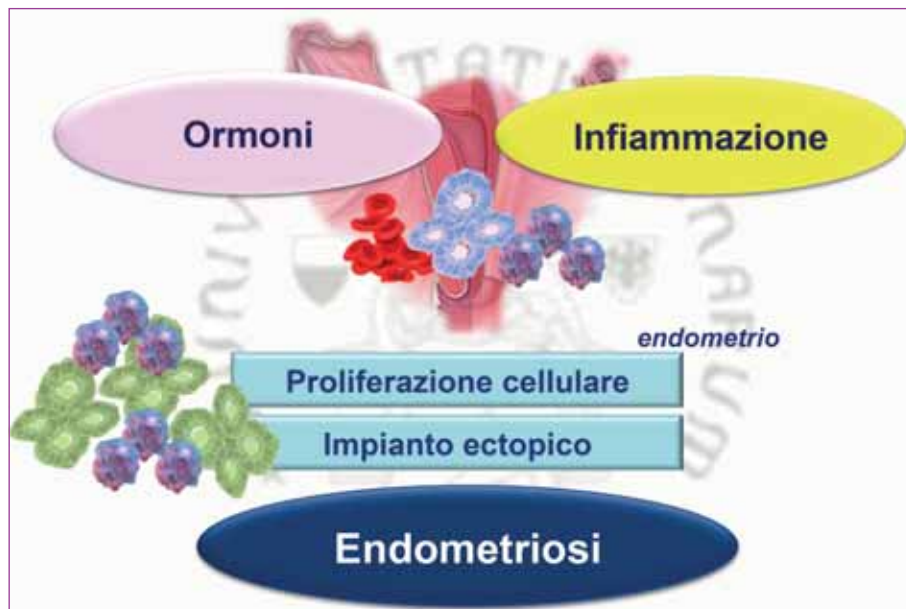
La esperienze fino ad ora raccolte depongono per un buon profilo di efficacia; trattandosi di un ormone necessita comunque di un'attenta sorveglianza medica. Considerata l'ampia inci-

Se questa incidenza della malattia è reale, quali sono le possibili cause dell'incremento di endometriosi nel mondo e in Toscana?

1- ritardo della prima gravidanza

2- miglioramento diagnostico

3- aumento dei contaminati ambientali



denza dell'endometriosi il dienogest è un farmaco che dovrà essere conosciuto dagli specialisti e dai medici di medicina generale.

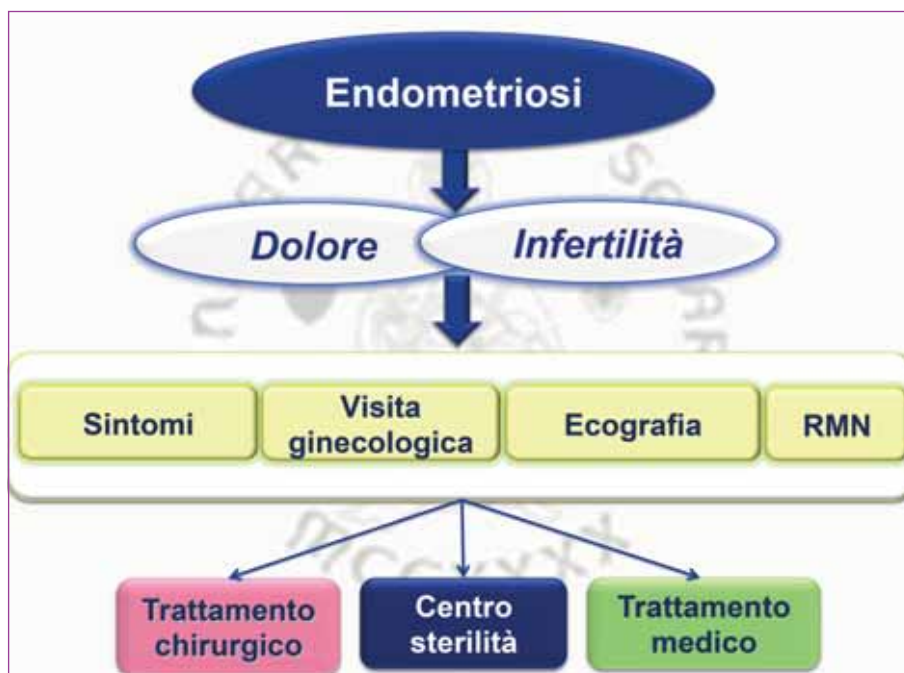
Altre molecole simili sono per il momento allo studio.

CELESTI – Accanto alla terapia ormonale a base di analoghi del GNRH che, vorrei ricordare, induce nella donna uno stato di menopausa farmacologica che viene controbilanciata dalla contemporanea somministrazione di estro progestinici, con inevitabile sovraccarico terapeutico delle pazienti e costi significativi per la sostenibilità del sistema, esistono altre opzioni di cura,

come per esempio quelle antiinfiammatoria ed analgica molto spesso abusata dalle stesse pazienti.

TOSCANA MEDICA – *Quale potrebbe essere l'impatto del dienogest sulla sostenibilità dell'intero sistema sanitario?*

LENA – La situazione in questo senso per quanto riguarda il dienogest è al momento relativamente favorevole. Mi spiego meglio. Quando siamo di fronte ad un nuovo farmaco è necessario calcolarne con la massima accuratezza possibile il costo che, per lo più generalmente,



Endometriosi: impatto sociale

Vita familiare e di coppia

- *Lavori domestici* 79%
- *Cura dei figli* 45%
- *Vita sessuale* 71%



Vita quotidiana

- *Dormire* 56%
- *Attività sportiva* 54%
- *Attività sociale* 48%

è notevolmente più alto di quello di altre sostanze ad azione simile già in commercio. Per la valutazione dei costi indiretti è poi necessaria una precisa valutazione farmaeconomica che può necessitare di dati raccolti in un periodo lungo, anche di diversi anni per risultare concretamente attendibile. Il dienogest però, di fronte agli enormi costi complessivi dell'endometriosi prima ricordati, presenta un rapporto costo/beneficio sicuramente molto vantaggioso.

POLENZANI – Ritengo che qualsiasi proposta terapeutica che possa in qualche modo portare beneficio alle donne affette da endometriosi debba essere accuratamente presa in considerazione, valutata con attenzione e valorizzata.

LENA – Anche se il dienogest è un farmaco molto maneggevole e generalmente ben tollerato, non bisogna dimenticare il suo, seppur modesto, potenziale ruolo nello sviluppo della malattia tromboembolica. Per questo sia i medici che le donne in terapia devono essere in possesso di informazioni circostanziate ed entrambi essere sensibili alla tempestiva segnalazione di eventuali effetti avversi.

PETRAGLIA – Il problema tromboembolico è legato all'assunzione della pillola anticoncezionale, mentre non ci sono stati episodi descritti durante l'uso del dienogest.

Il messaggio che comunque deve essere dato ai medici ed alle pazienti è che il dienogest è effi-



cace nel combattere la sintomatologia dolorosa (dismenorrea, dolore pelvico, dispareunia) ed in alcuni casi è risultato capace di ridurre il volume di lesioni endometrioidiche importanti.

TOSCANA MEDICA – *A livello regionale è prevista l'attivazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale specifico per l'endometriosi?*

MATARRESE – Si tratta di una ipotesi plausibile che necessita tuttavia dell'input del Consiglio Sanitario Regionale e del coinvolgimento di tutte le figure professionali impegnate in questo tipo di assistenza.

La creazione del Centro Regionale per la Salute di genere dimostra l'attenzione della Regione verso queste problematiche e la volontà di prendere in carico anche l'endometriosi proprio a questo livello.

ANTONIO PANTI

Un esempio di medicina di genere

L'endometriosi è una malattia benigna che colpisce circa il 10% delle donne in età fertile e provoca, nelle sue forme più gravi, una vera invalidità a causa sia della sintomatologia dolorosa che per i problemi di fertilità e di sessualità che solitamente la accompagnano. È una forma morbosa che colpisce donne giovani e può essere diagnosticata anche su semplice base anamnestica. Altresì le donne considerano ancora il dolore mestruale come un inevitabile fardello e per questo spesso non ricorrono al medico che, invece, può e deve spiegare che la mestruazione è un fenomeno fisiologico e che il dolore è segno di malattia.

Certamente il decorso clinico dell'endometriosi è polimorfo e le manifestazioni assai variabili. Ma di fronte a quadri che provocano l'assenza dal lavoro, anche di una settimana ogni mese, il problema rientra nei canoni della medicina di genere cioè di quell'attenzione alla patologia femminile che valuta, tra l'altro, quelle discriminazioni per cui un'operaia e una manager vivranno diversamente questa condizione morbosa. Comunque i costi umani e sociali sono ingenti e a questi si assommano quelli per la PMA derivante dall'infertilità spesso connessa con l'endometriosi. Certamente una malattia benigna, sostengono i nostri esperti, ma assai importante sul piano clinico e sociale.

Una malattia importante, come dimostra sia la sottodiagnosi che l'attenzione posta da gruppi di pazienti, e trascurata, anche a causa del consueto imbarazzo dei medici ad affrontare i temi della sessualità. Eppure questo è terreno fertile per la medicina di iniziativa, per la medicina personalizzata, per l'esercizio profes-

sionale dell'appropriatezza e dell'equità. E per riaffermare la singolarità della casistica. Insomma per ripetere che la diagnosi è prevalentemente anamnestica (altre forme diagnostiche hanno scarso riscontro clinico). È opportuno, per questo, definire un percorso assistenziale che inquadri il caso, dalla diagnosi all'informazione e alla formazione, cogliendo ogni occasione per discutere queste problematiche con le donne.

In conclusione sono necessari alcuni provvedimenti. Per primo una estesa campagna di informazione ai cittadini, che non induca falsi bisogni, ma accentui la prevenzione dell'infertilità. Inoltre è opportuna la formazione dei professionisti spesso marginale su questa patologia. Insistiamo, il dolore mestruale non è un obbligo e va sempre preso in considerazione dal medico. Inoltre occorre definire un percorso ad hoc in Toscana. In un siffatto percorso occorre valutare costi e vantaggi di quei farmaci, che presentano scarse reazioni avverse e un rapporto costi/benefici favorevole, raro in questo periodo di inefficace controllo del prezzo dei farmaci. La valutazione dei costi indiretti e di quelli diretti del farmaco, non può non far riconoscere una interessante proposta.

Ci auguriamo che la Regione Toscana proceda verso un'organizzazione sanitaria che consenta questo mix di terapie, nessuna delle quali eradica il problema, ma che, se ben usato, può portare alle donne un sollievo da quella condizione di dolore che non è una maledizione antropologica quanto un evento dannoso cui la medicina moderna è in grado di porre rimedio.

TM

*Si ringrazia la **Bayer**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Filippo Pieralli, Medicina Interna - Medicina d'Urgenza, AOU Careggi - Firenze

FILIPPO PIERALLI, LUIGI TONELLI¹, GIANCARLO BERNI¹

Sui "Long-term Acute Care Hospitals"

Gli Ospedali LtAC negli USA

Gli Ospedali "Long-term Acute Care" (LtAC), propri della sola Sanità USA, sono degenze ospedaliere di lunga durata per pazienti cronici in condizioni critiche che non hanno più esigenze di trattamento intensivo o di complesse procedure diagnostiche.

Appartengono alle tipologie di ricovero LtAC USA i pazienti che hanno necessità di ventilazione assistita oppure sono in fase di svezzamento dalla stessa, i dializzati in condizioni critiche, quanti hanno necessità di cure respiratorie intensive, quanti hanno necessità di cure parenterali o trasfusionali, i gravi traumatizzati cranici e quanti hanno necessità di cure cutanee complesse.

Di norma si accede agli ospedali LtAC dopo ricovero in Terapia Intensiva. La durata di degenza attesa è superiore ai 25 giorni e si completa mediamente in circa 30 giorni. Dopo il periodo di ricovero previsto, dagli ospedali LtAC si accede alle degenze riabilitative o alle "nursing homes" o alle cure di tipo "Home Care". Gli Ospedali LtAC sono collocati di solito, ma non obbligatoriamente, all'interno dei presidi per acuti ma hanno un'organizzazione assistenziale e gestionale del tutto autonoma, con prevalenza delle attività di nursing.

Aspetti clinici ed economici

Gli Ospedali LtAC sono nati negli anni '80 per accogliere i pazienti con cronicità in persistente stato di acuzie dopo il ricovero nei reparti intensivi, con lo scopo di contenere i costi di ospedalizzazione. La differenza rispetto alle "Nursing Homes", strutture di lungodegenza di costo inferiore a quello ospedaliero, sta nel fatto che queste sono destinate ad accogliere pazienti cronici stabilizzati. Tant'è che la modalità di trattamento senza LtAC è fatta di ripetuti spostamenti di questa tipologia di pazienti dalle Nursing Homes alle degenze intensive e viceversa.

Il fatto di essere state per lungo tempo corrisposte economicamente non con "pagamento prospettico" a caso trattato ma con rimborso a "piè di lista", ha reso per due decenni gli Ospedali LtAC un investimento economicamente favorevole per la Sanità USA "for profit". La costante crescita percentuale della popolazione anziana e il progresso delle cure intensive sono stati i fattori trainanti di questo incremento. Ne

è conseguito un aumento costante nel numero di queste strutture dagli anni '80 in poi pari mediamente all'8,8% per anno, con un forte e crescente tasso di utilizzazione (nel 1997 era di 38,1/100.000 abitanti e nel 2006 era pari a di 99,7/100.000). Nel 2004, quando negli USA erano operative già più di 400 strutture LtAC, Medicare che ne è finanziatore per il 75%, per porre dei limiti alla spesa che aveva già superato 1,3 miliardi di dollari, decise di attivare anche per questi Ospedali una forma di pagamento prospettico a caso trattato. Tuttavia, persistendo per i motivi suddetti il costante incremento di nuove strutture e di accessi e quindi l'ascesa dei costi Medicare, nel 2007 venne posto un tetto al numero dei ricoveri rimborsabili.

Gli esiti clinici ed economici dello spostamento negli Ospedali LtAC della casistica di pazienti cronici in persistente stato critico sono stati oggetto di analisi. Lo studio più recente – 48.416 pazienti assistiti da Medicare, trasferiti nel periodo 2002-2006 in LtACs dopo degenza intensiva – ha documentato che i costi di ospedalizzazione per singolo caso erano mediamente inferiori di oltre 13.000 dollari (C.I. 223-26,662) rispetto a casi simili trattati con modalità di Terapia Intensiva alternata a Nursing Home. L'outcome invece non è risultato dissimile nel modello LtAC rispetto a quello tradizionale, gravati ambedue da una mortalità del 50% nel corso di 1 anno, però con il 12% in più dei casi tornato al proprio domicilio nello stesso periodo.

Aspetti etici e professionali

Al di là delle considerazioni economiche, che comunque sono la ragione iniziale di questa nuova modalità di ospedalizzazione, occorre tenere conto della numerosità di questa "nuova" casistica – 100.000 casi all'anno negli USA che si potrebbe tradurre nel nostro Paese in circa 20.000 – e della sua verosimile crescita negli anni a venire, in ragione dell'invecchiamento della popolazione e del costante miglioramento dei trattamenti intensivi. Si tratta di affrontare nuove problematiche sociali, umane e mediche, come scritto in un preoccupato articolo del New England Journal of Medicine del Gennaio scorso. L'Autore, una "intensivista" del Massachusetts General Hospital, pone in evidenza la sostanziale impreparazione dei medici,

¹ Consiglio Sanitario Regionale

in particolare dei giovani medici, a comprendere cosa in realtà sia una "condizione di cronicità critica", poco o nulla discussa nella formazione universitaria.

La cronicità tipicamente si caratterizza per riacutizzazioni di imprevedibile durata cui può far seguito una remissione completa, un'ulteriore aggravamento per criticità preesistenti o sopravvenute, o la morte. È difficile pronosticare l'andamento della malattia, gli esiti e le probabilità di sopravvivenza, ed in quali tempi. Questo ha risvolti pesanti in termini umani ed economici, ed il dialogo con il malato ed i suoi familiari, che da cure molto avanzate e con tanto impegno di moderne tecnologie si attendono un risultato favorevole, diviene talvolta conflittuale e pieno di incomprensioni.

Come si è detto, l'Autore dell'articolo è un medico intensivista ovvero uno di quei professionisti che nel corso degli ultimi decenni più di altri hanno contribuito ad estendere la speranza di vita dei pazienti in condizioni critiche. Quando un rischio di morte a breve così elevato è normale che ci si chieda, come fa l'Autore, perché tanto impegno economico e umano, perché protrarre tanta sofferenza e perché continuare a farlo nel futuro per un numero sempre maggiore di pazienti. Ma l'operatività di questi nuovi luoghi di cura dovrà essere considerata anche in considerazione di quel 12% di pazienti che possono tornare al proprio domicilio e nel rispetto delle famiglie che non vogliono rimproverarsi di aver tralasciato una possibile via di salvezza.

Conclusioni

Per tutto quanto detto è comprensibile che, nonostante le limitazioni al rimborso cui si è accennato, il numero degli Ospedali LtAC sia

negli anni costantemente aumentato, e così il tasso di occupazione dei posti letto. È la probabile conseguenza di un'augmentata speranza dei medici e dei pazienti di prolungare la vita umana e della sempre più radicata fiducia nelle capacità di cura della medicina moderna. Sarà difficile per la nostra Ospedalità, mutata o non mutata che sia la situazione economica, non prendere in attenta considerazione lo sviluppo di Ospedali LtAC. **TM**

Info: filpiero@tin.it

Questo articolo pone, se rapportato al nostro sistema assistenziale che presto dovrà assumere anche questa soluzione, alcune rilevanti questioni. Intanto l'ospedale del futuro si prospetta come un'estesa intensivologia di altissimi costi e di sofisticatissima tecnologia. Obiettivamente il posto più rischioso per la perdita di umanità delle cure. Inoltre, se questa soluzione nasce prevalentemente da esigenze economiche, perché non prevedere una scalarità del valore del DRG a seconda dell'intensità di cura di cui necessita il paziente? Tanto più che in siffatte situazioni cliniche il ruolo del medico generale e dell'infermiere deve cedere il passo allo specialista. Altresì anche nei nostri climi la formazione alla "condizione critica di cronicità", cioè alla valutazione delle frequenti recidive-remissioni del paziente cronico nonché al giudizio di prossima terminalità, non è certamente soddisfacente. Insomma un tema importante per un serio dibattito. Tanto più che l'articolo pone in conclusione un problema etico che, però, i medici non possono risolvere da soli, anche se la soluzione non deve trovarla il Ministro dell'Economia.

Antonio Panti

CONVEGNI E SEMINARI

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze
Via G. Cesare Vanini 15

PRESENTAZIONE DEI VOLUMI

**Le vite de' più eccellenti pittori, scultori e architetti di Giorgio Vasari
riscritte e illustrate da Giancarlo Dal Pozzo**

Martedì, 14 Ottobre ore 17.30

ore 17.30-17.45 **Saluto e Introduzione**

ANTONIO PANTI, *Presidente dell'Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze*

ore 17.45-18.00 **Presentazione**

GIOVANNI CIPRIANI, *Docente nel Dipartimento di Storia, Arte e Spettacolo dell'Università di Firenze*

ore 18.00-18.40 **Come e perché ho riscritto e illustrato le Vite di Vasari**

GIANCARLO DAL POZZO, *Autore dell'Opera*

ore 18.40-19.30 **Discussione**

L'ingresso è libero ma subordinato all'invio di una email alla Segreteria Organizzativa:
relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it. Tel: 055.496522 int 3





Pietro Claudio Datto, nefrologo. Nel CNR ha studiato i problemi cardiovascolari nei pz in dialisi e la Sindrome Epato-Renale. Dal 1993 Dirigente Nefrologo ASF 10 FI, dal 2012 Resp.e della "linea outpatients" (CKD-dialisi peritoneale-trapianto) dell'osp. SM Annunziata di FI.

PIETRO DATTOLO, SERGIO SISCA¹, STEFANO MICHELASSI¹, FRANCESCO PIZZARELLI¹

Day Service

Lo "strumento" più idoneo per seguire i pazienti con malattia renale cronica avanzata

Le malattie croniche non trasmissibili rappresentano la nuova epidemia del 3° millennio. Nei Paesi industrializzati infatti si muore o ci si ammalava per obesità, diabete e malattie cardiovascolari. Fra le malattie croniche non trasmissibili riveste un ruolo di primo piano la malattia renale cronica, divenuta problema di salute pubblica su scala mondiale (20% negli USA, 10% in Italia), tanto che è stata inserita dall'OMS nel 2011 fra le principali malattie croniche non trasmissibili e dal Ministero della Salute nel 2012 fra i Livelli Essenziali di Assistenza.

La malattia renale cronica, convenzionalmente suddivisa in 5 stadi di gravità (dal I al V), è una malattia cronica e progressiva, trattata con terapia "conservativa" (dieta e farmaci) fino alla fase terminale quando, per poter sopravvivere, il paziente necessita di terapia "sostitutiva" mediante emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto.

La malattia renale cronica è anche un importante fattore di rischio cardiovascolare. Infatti a qualsiasi stadio di malattia renale cronica il rischio di morte per malattia cardiovascolare (scompenso cardiaco, infarto miocardico, ictus cerebrale, ecc) è di gran lunga superiore a quello della popolazione generale di riferimento ed è maggiore perfino al rischio di dover iniziare il trattamento dialitico.

La malattia renale cronica ha anche un pesante impatto socio-economico. Il costo sociale annuo, comprensivo di costi diretti sanitari (accertamenti, farmaci), diretti non sanitari (trasporto dei pazienti) ed indiretti (ore lavorative perdute) di un paziente con malattia renale cronica è circa 9.185€ allo stadio IV e 10.766€ allo stadio V (dati dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, non pubblicati), corrispondenti ad una spesa annua regionale di 135.880.735€ e nazionale di 2.158.903.299€ (0.14% del PIL).

I dati sono ancora più impressionanti per i pazienti in terapia sostitutiva, con un costo annuo/paziente (Int J Health Care Finance Econ 2007) di 71.666€ per l'emodialisi e 23.926€ per la dialisi peritoneale. Il trapianto ha un costo medio di 84.407€ il primo anno che poi scende a 14.005€ e quindi rappresenta il trattamento sostitutivo più economico, seguito

dalla dialisi peritoneale e solo in ultimo dall'emodialisi. Anche dal punto di vista riabilitativo vale lo stesso ordine. Invece nel nostro Paese (ed in tutto il mondo) il trattamento più frequente è proprio l'emodialisi. In Toscana i pazienti in emodialisi sono 2150, quelli in dialisi peritoneale 300 e quelli con trapianto 910, con un costo annuo stimato di 154.081.900€ per l'emodialisi, 5.742.240€ per la dialisi peritoneale e 18.083.520€ per il trapianto.

Chiaramente le strategie che consentono il miglior trattamento per i pazienti e contemporaneamente il minor costo per le strutture socio-sanitarie sono l'incentivazione della dialisi peritoneale e del trapianto ma soprattutto il tentativo di rallentare la progressione della malattia renale cronica verso la terapia sostitutiva. Per far ciò è necessario un approccio organizzativo complesso e sistematico, raggiungibile attraverso lo strumento del Day-Service Nefrologico.

Day-Service Nefrologico

Il concetto di base, ampiamente consolidato dalla letteratura, è che un controllo clinico nefrologico stretto, organizzato e finalizzato dei pazienti con malattia renale cronica è in grado di rallentare e talora evitare l'evoluzione verso la terapia sostitutiva (dialisi/trapianto). Sebbene un tale intervento sia efficace anche in fasi più precoci di malattia renale cronica, le poche risorse oggi disponibili permettono di focalizzarci solo sui pazienti con danno renale più avanzato (stadi IV-V). In quest'ottica ha importanza cruciale l'istituzione del Day-Service Nefrologico. Rispetto agli "usuali" Day-Service Multidisciplinari, che hanno il compito di definire e trattare problemi clinici intercorrenti in un breve arco temporale, il Day-Service Nefrologico ha il compito di educare e seguire il paziente nel tempo durante la sua "cronica" evoluzione fino alla eventuale terapia sostitutiva. Esso richiede quindi modelli organizzativi peculiari, totalmente diversi dai Day-Service Multidisciplinari, tutti finalizzati a rallentare la progressione della malattia renale cronica, ritardare l'inizio della dialisi e preparare se possibile al trapianto di rene preemptive (cioè prima di iniziare la dialisi). Deve essere organiz-

¹ SOC nefrologia e dialisi Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze

zato in locali appositi con personale dedicato e in numero adeguato, con un team di medici, infermieri adeguatamente formati ed ulteriori specialisti (dietologo, psicologo, ecc) e prevedere la prenotazione diretta di visite mediche ed accertamenti diagnostici (senza aggravio di spesa sanitaria) in modo da annullare qualsiasi lista di attesa che, per pazienti gravi come quelli (pre)-uremici, può tradursi in ritardi di diagnosi/trattamento o in ricoveri impropri in Pronto Soccorso.

Presso la SC di Nefrologia dell'ospedale S.M. Annunziata, il Day-Service Nefrologico che segue pazienti con malattia renale cronica IV-V (e anche i pazienti in dialisi peritoneale e i trapiantati) in 13 anni di attività ha prodotto:

- ridotto tasso di ricoveri (urgenti e programmati) perché alcune complicazioni possono essere prevenute o trattate in Day-Service;
- immediato approvvigionamento di farmaci prescritti per la possibilità di ritirarli direttamente alla Farmacia dell'ospedale;
- diminuita frequenza di pazienti che iniziano emodialisi con catetere venoso centrale temporaneo per una più tempestiva programmazione dell'accesso vascolare definitivo (fistola

artero-venosa, protesi vascolare, catetere venoso centrale permanente);

- aumentata percentuale di pazienti avviati a dialisi peritoneale (30% di quelli in dialisi), con relativi benefici clinici e socio-economici;
- riduzione di giornate di degenza e numero di ricoveri nel primo anno di dialisi perché i pazienti arrivano alla terapia sostitutiva in condizioni cliniche migliori;
- ritardato (in alcuni casi evitato) inizio del trattamento dialitico in tutta sicurezza e senza aggravio di mortalità.

Il Day-Service ha infine un importante ruolo psico-sociale. Il contatto regolare in locali predisposti con una ben individuata équipe sanitaria favorisce l'instaurarsi di rapporti simpatetici paziente-staff sanitario. È fondamentale comunicare con il paziente cronico, comprenderlo, riconoscerne i bisogni, aiutarlo a mantenere il più possibile inalterato il suo stile di vita ed ottenerne la migliore riabilitazione sociale e professionale.

TM

Info: pierodattolo@tin.it

NICOLA VIGIANI, VINCENZO AURIEMMA

Vaccinazioni obbligatorie

La città di Arezzo:

Analisi delle coperture vaccinali nelle coorti di nascita 1950, 1960, 1970, 1980 e 1990

Parte I

Obiettivi

Questo lavoro si pone come fine la correlazione tra la storia dell'evoluzione nel campo della ricerca in ambito vaccinale e l'applicazione sul campo delle nuove scoperte, procedendo ad una analisi storica delle strategie vaccinali in età pediatrica ed alla comprensione degli effetti delle stesse sui livelli di copertura vaccinale.

Materiali e Metodi

I dati caratterizzanti le coorti di nascita in questione, esaminate con cadenza decennale, sono frutto di uno studio compiuto sui registri storici delle vaccinazioni conservati negli archivi dell'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica

dell'Usl 8 di Arezzo.

Dall'analisi dei dati però, è stato possibile solo ipotizzare coperture vaccinali a 24 mesi, poiché i dati riguardanti i soggetti "vaccinabili" (denominatore di formula) sono risultati irreperibili.

Per procedere nel calcolo statistico, dove possibile, si è dovuti ricorrere all'utilizzo dei dati rappresentanti i nati vivi annui, ipotizzando che essi rappresentino in modo verosimile la coorte di soggetti "vaccinabili". Dove non si è potuti procedere col calcolo statistico, invece, i nati vivi annui sono stati utilizzati come termine utile di paragone per ipotizzare un range di copertura vaccinale.

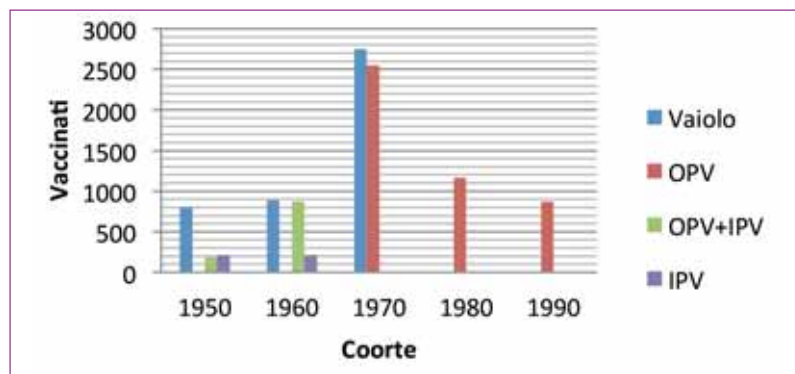


Nicola Vigiani, Dirigente Medico, U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione



Vincenzo Auriemma, Assistente sanitario, U.O. Igiene e Sanità Pubblica Arezzo

Grafico 1



Vaccino	Introduzione in Italia
Vaiolo	1888
IPV Salk	1957
OPVSabin	1964

Tabella 1 - Tasso di natalità: *Nati vivi annui: Popolazione media annua x 1000 ab.*

Anno Censimento	Nati vivi annui	Tasso di Natalità
1950	-	-
1961	1191	15.9
1970	1195	13.8
1980	796	8.6
1990	727	7.9

Copertura vaccinale ipotetica: *Soggetti vaccinati x 100 nati vivi annui*

Popolazione

La popolazione cui lo studio è rivolto e per la quale si intende inferire riguarda i soli nati nel Comune di Arezzo delle coorti di nascite prese in esame. Di seguito una tabella riassuntiva, riguardante il periodo temporale analizzato inerente ai nati vivi annui e ai tassi di natalità caratterizzanti il comune aretino (Tabella 1).

Le vaccinazioni obbligatorie

Vaccino contro il Vaiolo

Coorte di nascita 1950: I soggetti vaccinati sono 802, il dato inerente i nati vivi annui è risultato però non reperibile, non è ipotizzabile quindi il calcolo della copertura vaccinale.

Coorte di nascita 1960: I soggetti vaccinati sono 886, i nati vivi dell'anno 1961 (dato del 1960 non reperibile) 1191. Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile al 74%.

Coorte di nascita 1970: I soggetti vaccinati sono 2751, i nati vivi 1195.

Si ipotizza una copertura vaccinale compresa nel range 95-100%.

Coorti di nascita 1980 e 1990: I soggetti vaccinati sono pari a zero, valore giustificato dalla dichiarazione di eradicazione del vaiolo promulgata l'8 maggio 1980 dall'Assemblea Mondiale della Sanità.

Vaccini contro la Poliomielite

Coorte di nascita 1950: *Utilizzo del vaccino IPV Salk e della schedula mista IPV+OPV.*

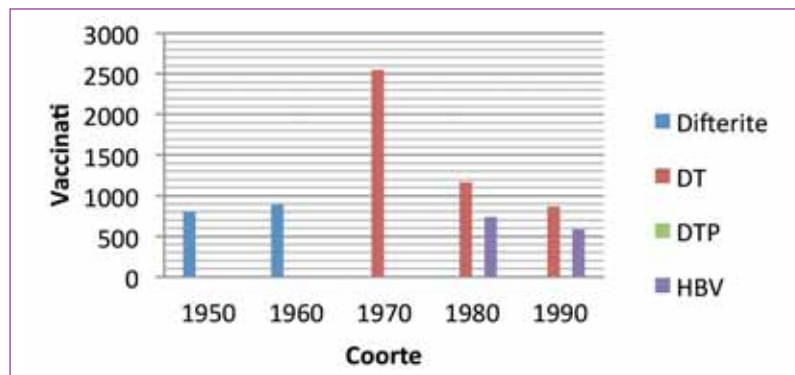
I soggetti vaccinati con **IPV Salk** sono 210, con schedula mista **IPV+OPV** 178.

In entrambi i casi l'irreperibilità del dato inerente i nati vivi annui, non rende ipotizzabile il calcolo della copertura vaccinale.

Coorte di nascita 1960: *Utilizzo del vaccino IPV Salk e della schedula mista IPV+OPV.*

I soggetti vaccinati con **IPV Salk** sono 217, con schedula mista **IPV+OPV** 869.

Grafico 2



Vaccino	Introduzione in Italia
Difterite	1939
DT	1968
DTP	1991
HBV	1991

Tabella 2

Vaccino	1960	1970	1980	1990
Vaiolo	74%	95-100%	-	-
OPV	-	95-100%	95-100%	95-100%
IPV	18%	-	-	-
IPV+OPV	72%	-	-	-
Difterite	75%	-	-	-
DT	-	95-100%	95-100%	95-100%
DTP	-	-	-	0%

Il dato inerente i nati vivi dell'anno 1961 (dato del 1960 non reperibile) pari a 1191 ci fa ipotizzare una copertura approssimabile al 90% per la Polio (IPV:18% - IPV+OPV:72%).

Coorte di nascita 1970: Utilizzo del vaccino OPV Sabin.

I soggetti vaccinati sono 2549, i nati vivi 1195.

Si ipotizza una copertura vaccinale compresa nel range 95-100%.

Coorte di nascita 1980: Utilizzo del vaccino OPV Sabin.

I soggetti vaccinati sono 1166, i nati vivi 796.

Si ipotizza una copertura vaccinale compresa nel range 95-100%.

Coorte di nascita 1990: Utilizzo del vaccino OPV Sabin.

I soggetti vaccinati sono 870, i nati vivi 727.

Si ipotizza una copertura vaccinale compresa nel range 95-100%.

Vaccino monovalente contro la Diffterite

Coorte di nascita 1950: I soggetti vaccinati sono 801, il dato inerente i nati vivi annui è risultato però non reperibile, non è ipotizzabile quindi il calcolo della copertura vaccinale.

Coorte di nascita 1960: I soggetti vaccinati sono 888, il dato inerente i nati vivi dell'anno 1961 (dato del 1960 non reperibile) pari a 1191 ci fa ipotizzare una copertura vaccinale approssimabile al 75%.

Coorti di nascita 1970, 1980, 1990: Tipologia di vaccino non utilizzata.

Vaccino bivalente contro Diffterite e Tetano

Coorti di nascita 1950 e 1960: Vaccino non introdotto in Italia.

Coorte di nascita del 1970: I soggetti vaccinati sono 2550, i nati vivi 1195.

Si ipotizza una copertura vaccinale compresa nel range 95-100%.

Coorte di nascita 1980: I soggetti vaccinati sono 1166, i nati vivi 796.

Si ipotizza una copertura vaccinale compresa nel range 95-100%.

Coorte di nascita 1990: I soggetti vaccinati sono 870, i nati vivi 727.

Si ipotizza una copertura vaccinale compresa nel range 95-100%.

Vaccino trivalente contro Diffterite, Tetano e Pertosse

Coorti di nascita 1950, 1960, 1970, 1980: Vaccino non introdotto in Italia.

Coorte di nascita 1990: I soggetti vaccinati sono 10, i nati vivi 727.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile allo 0%.

Vaccino monovalente contro l'Epatite B

Coorte di nascita 1950, 1960, 1970: Vaccino non disponibile.

Coorte di nascita 1980, 1990: I soggetti vaccinati sono rispettivamente 738 e 585.

Non è possibile, però, utilizzare il dato inerente i nati vivi per il calcolo statistico o di paragone poiché non rappresentate verosimilmente la coorte di soggetti "vaccinabili" (adolescenti al compimento del 12° anno di età).

Risultati e Conclusioni

Coperture vaccinali

La Tabella 2 non riporta i dati inerenti la coorte di nascita del 1950 poiché per essa non è stato possibile il calcolo ipotetico delle diverse coperture vaccinali.

La stessa evidenza il diverso utilizzo delle tipologie di vaccino tra le coorti esaminate mostrando incrementi significativi delle coperture vaccinali dalla coorte di nascita del 1960 contro: Vaiolo (+21-26%), Polio (+5-10%) e Diffterite (+20-25%).

I dati ci permettono di concludere l'analisi definendo le coperture per le vaccinazioni obbligatorie di assoluta efficacia a partire dalla coorte di nascita del 1970.

TM

Info: vincenzo.auriemma@pec.it

L'articolo continua sul prossimo numero della Rivista.



Laura Calviani, laurea in Medicina e Chirurgia nel 1989 presso l'Università degli Studi di Firenze, Specialista in Malattie del Fegato e del Ricambio dal 1993 e in Tossicologia Medica dal 1998. Lavora presso i servizi per le Tossicodipendenze dal 1998. Dal 2008 è in servizio presso Ser.T UFM B Firenze Asl 10 e dallo stesso anno collabora alla redazione del sito Sostanze.info.

LAURA CALVIANI, GIOACCHINO SCELFO¹, ROBERTO BARONTI², STEFANO ALEMANNI³

Abuso e dipendenza da Pain Killer secondo gli afferenti ad un sito specialistico

Questo articolo è paradigmatico di una rilevante difficoltà della medicina moderna. L'OMS incita tutti i medici ad usare più e meglio gli oppioidi per evitare il dolore inutile e purtroppo l'Italia, escluso alcune regioni tra cui la Toscana, non ha ancora raggiunto gli standard internazionali. Tuttavia, in questo articolo, si segnalano anche i rischi di questo aumentato uso. Siamo fermamente convinti che gli eventi avversi derivino da un uso inappropriato del farmaco sia da parte del medico che del paziente e che il rispetto delle indicazioni scientifiche possa evitare le conseguenze qui segnalate.

Storia di un sito che si occupa di abuso e dipendenze

www.sostanze.info è un sito web istituzionale, nato nell'ambito di un progetto CCM del Ministero della Salute, in collaborazione con la Regione Toscana, il Servizio Sanitario della Toscana e la Società della Salute di Firenze, attivo dal settembre 2007. Il sito si occupa d'informazione, prevenzione e cura rispetto all'uso e abuso delle sostanze psicotrope e stupefacenti. Offre la pubblicazione quotidiana di articoli su sostanze psicoattive e new addiction, domande-risposte anonime su questioni legate all'uso e all'abuso, pubblicazione libera di articoli, esperienze e informazioni, forum tematici di discussione, chat privata su prenotazione con un operatore della redazione, news-letter tendenzialmente a cadenza settimanale. È rivolto a coloro che desiderano:

- conoscere rischi e danni connessi all'uso di sostanze stupefacenti,
- ricevere informazioni sulle attuali leggi in materia di: uso di sostanze legali ed illegali, guida sotto effetto di alcolici e sostanze stupefacenti, provvedimenti verso lavoratori con mansioni a rischio.

La redazione è composta da 12 operatori appartenenti al Comune di Firenze, alla Asl 10 di Firenze, alla Prefettura di Firenze e del Privato Sociale.

Dal suo avvio nel 2007 i contatti e le richieste sono andate progressivamente aumentando. Per comprendere meglio le dimensioni del fenomeno elenchiamo alcune cifre: dal 2008 al febbraio 2014 ci sono state 4.519.152 visite, 47.300 domande/risposte, 140.000 utenti mensili, 4.600 lettori on line al giorno e 450 consulenze in chat. Ecco perché negli anni si è rivelato, anche agli occhi degli stessi operatori che ci lavorano, uno strumento in grado di recepire alcuni segnali precoci nell'ambito delle nuove sostanze e di nuove modalità di

abuso nel contesto della popolazione che afferrisce al sito.

Hot Point del sito

In particolare dal 2010 hanno cominciato ad emergere, all'inizio timidamente e poi in maniera sempre più preponderante, segnalazioni di abuso di analgesici oppioidi di sintesi (pain killer-PK), in particolare ossicodone (associato o meno al paracetamolo).

Un'epidemia negli USA

In una review statunitense del 2012 l'ossicodone è confermato essere preferito rispetto a tutti gli altri oppioidi analgesici di sintesi per i suoi effetti psicotropi e per la scarsità di effetti collaterali.

Tale fenomeno rappresenta da alcuni anni una notevole criticità negli Stati Uniti dove si parla di vera e propria epidemia. L'abuso di idrocodone, idromorfone ossicodone e tramadolo è indicata come causa crescente di morti accidentali. L'incremento dell'abuso dei farmaci oppioidi è stato collegato alla liberalizzazione delle leggi, avvenuta alla fine degli anni 90, che regolano la prescrizione di questi farmaci nel dolore non oncologico, di fatto rendendone più semplice l'accesso. Per avere un'idea delle dimensioni del fenomeno possiamo dire che gli statunitensi sono il 4.6% della popolazione mondiale e consumano l'80% delle riserve di PK mondiali. In 10 anni (2002-2012) è aumentato sia il numero di persone che hanno ricevuto almeno 1 prescrizione sia il numero di prescrizioni per persona. Gli oppioidi rappresentano circa il 68% delle prescrizioni di analgesici. La maggior parte delle prescrizioni riguardano il dolore cronico non oncologico (dolore lombare, cervicale, e cefalea per il 60% dei casi). Più del 65% riguarda trattamenti di 2-3 settimane. Nel 2009 il 12% delle prescrizioni riguardavano giovani fra i 10 e i 29 anni; nel 2010 l'età media di primo utilizzo non medico

¹ Medico, Sostanze.info

² Dirigente medico responsabile laboratorio tossicologia antidoping Asl 10 Firenze e redattore Sostanze.info

³ web master Comune di Firenze, caporedattore Sostanze.info

di ossicodone è stato di 22,9 anni. Un recentissimo studio effettuato dalla Washington School of Medicine di St. Louis e apparso su *Jama Psychiatry* nel maggio 2014, ha mostrato come su 2800 persone in cura presso 150 centri per il trattamento delle dipendenze sparsi in tutto il paese, il 75% di coloro che attualmente usavano eroina aveva dichiarato di aver provato come prima droga farmaci antidolorifici con obbligo di ricetta.

E in Italia?

Anche in Italia dal 2009 abbiamo una legge che ha reso più semplice la prescrizione di farmaci oppiacei, consentendo al medico di utilizzare il ricettario normale anziché quello speciale ed eliminando così le difficoltà burocratiche che spesso scoraggiavano tali prescrizioni, di fatto facilitando l'accesso e la loro diffusione. Ad oggi il consumo di oppioidi è ancora contenuto ma l'ossicodone (al 3° posto) ed il fentanile (al 13° posto) sono tra i 30 farmaci che hanno avuto il maggior incremento nelle vendite tra il 2012 e il 2013.

Dal momento che la storia ci insegna che ciò che succede negli USA dopo alcuni anni si presenta in Europa e in Italia, cosa dobbiamo aspettarci?

Sostanze.info: punto di osservazione

Sostanze.info, da questo punto di vista, rappresenta un osservatorio privilegiato. Infatti la caratteristica dell'anonimato dello strumento on line e il suo carattere 2.0 facilita l'apertura e il confronto trattandosi di argomenti considerati stigmatizzanti.

Su sostanze.info, dal 2010 ad oggi, si sono rilevate circa 32 segnalazioni riguardo l'abuso di ossicodone (con o senza paracetamolo)

Le prime 2 nel 2010, 0 nel 2011; 13 nel 2012; 14 nel 2013 e 3 al marzo 2014.

Nell'ambito della nostra casistica abbiamo tentato una classificazione:

Per caratteristiche anamnestiche:

1. *con anamnesi tossicologica negativa*: persone che non hanno mai fatto uso di sostanze stupefacenti nel passato, ma che, con l'utilizzo cronico, nel tempo verificano il manifestarsi della tolleranza e si vedono costretti ad aumentare progressivamente il dosaggio;

2. *con anamnesi tossicologica positiva*: la maggior parte. Si tratta di utenti che nel passato più o meno lontano hanno avuto un problema con sostanze stupefacenti o alcol e che attraverso l'utilizzo dei farmaci oppiacei rientrano nel circuito della dipendenza;

3. *attuale abuso o dipendenza da sostanze*: l'utilizzo di farmaci oppioidi può permettere il mantenimento della dipendenza con la possibilità di affrontare i controlli tossicologici previsti dalla legislazione vigente (patenti, sicurezza in ambito lavorativo ecc) con una possibilità piuttosto elevata di ottenere refertazioni negative (dal momento che a tutt'oggi la maggior parte dei laboratori non ha a disposizione test di screening per testare questi farmaci).

Per caratteristiche della patologia di base:

1. a seguito di un intervento chirurgico;
2. low back pain;
3. patologie a carico del sistema articolare e muscolo-scheletrico: artrite reumatoide, fibromialgia, dolori muscolari e articolari non meglio definiti.

Per evoluzioni trattamentali:

1. una piccola percentuale (n. 3 su 32) si sono rivolti spontaneamente al Sert e hanno intrapreso una terapia sostitutiva con metadone o buprenorfina.

La restante quota (n. 29) si divide così:

2. chiedono informazioni riguardo cliniche pubbliche o convenzionate per effettuare disintossicazioni in regime di ricovero;

3. chiedono informazioni per autogestire terapie (tabelle di conversione, modalità ecc...) e dichiarano di non volere/potere rivolgersi a servizi o sanitari;

4. 1 esito infausto, segnalato da un familiare, per epatopatia tossica da sovradosaggio di paracetamolo contenuto nella formulazione ossicodone+paracetamolo.

Conclusioni

Alla luce di quanto emerso riteniamo che queste segnalazioni rappresentino verosimilmente l'inizio di una situazione che alla stregua di quello che è avvenuto negli Stati Uniti può acquisire le caratteristiche di fenomeno diffuso. Ovviamente è importante sottolineare che il dolore va trattato in modo efficace e sicuro e ogni cittadino ha il diritto di poter accedere ad un trattamento adeguato. Pertanto, anche se in Italia al momento non esiste una vera emergenza, riteniamo che la situazione vada attentamente monitorata. I dati di letteratura e quelli emersi dalla nostra piccola casistica ci suggeriscono che verosimilmente esistono dei fattori predittivi per lo sviluppo dell'addiction nei confronti dei Pain Killer come: una storia personale o familiare di drug abuse, una dipendenza da alcol o forte tabagismo, una storia di abuso di farmaci prescritti, una comorbilità psichiatrica.

I Dipartimenti per le Dipendenze, a nostro avviso, dovrebbero avere un ruolo centrale sia nell'ambito di una collaborazione con Centri per la terapia del dolore e/o con i medici di medicina generale nella conduzione di casi clinici a rischio, sia nel contesto di una formazione della classe medica nei confronti di questi farmaci e del loro potenziale di addiction.

A conclusione ci preme inoltre sottolineare come il sito sostanze.info si confermi rappresentare, per le sue caratteristiche, oltre che un efficacissimo strumento di prevenzione, primaria e secondaria, e di counselling a vari livelli, anche un valido punto di osservazione che, se adeguatamente inserito in un ambito di rete istituzionale, può costituire un sistema di allerta precoce. **TM**

Info: laura.calviani@asf.toscana.it



Franco Scarpa, laurea in Medicina e Chirurgia, Specialista in Psichiatria, Neurologia, Criminologia. Già Direttore Medico, per il Ministero della Giustizia, dell'OPG di Montelupo Fiorentino. Dal 2008 Direttore UOC "Salute in Carcere" USL 11. Membro del Comitato Paritetico Nazionale e Coordinatore Tavoli regionali per il superamento degli OPG. Partecipa a progetti europei in materia di Psichiatria Forense.

FRANCO SCARPA

Il medico in ospedale psichiatrico giudiziario

I problemi in attesa di strutture idonee alla cura

A 6 anni dall'emanazione del DPCM 1-4-08 appare ancora lungo il percorso per dare realmente al medico, ed all'organizzazione sanitaria, una reale autonomia in Carcere.

La Costituzione garantisce alle persone equità di trattamento ma per farlo concretamente è necessario che il medico possa disporre di risorse, strumenti e dispositivi in grado di fornire realmente prestazioni adeguate ai livelli di cura ed assistenza delle persone detenute.

Nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino le persone affette da patologia psichica, e per questo dichiarate incapaci di intendere e volere al momento del reato, devono comunque essere curate per ricostituire le condizioni più adatte ad una restituzione, senza rischi, al contesto di vita sociale.

Questa struttura deve esser chiusa, come prevedono il DPCM e la successiva Legge 09/2012, art. 3 ter, ma ripetute proroghe hanno rinviato il termine di chiusura al 31 marzo 2015.

Ma nel frattempo cosa accade davvero? Il personale che nel 2008 è stato "svincolato" dall'Amministrazione Penitenziaria e deve incorporare le procedure, le prassi, i principi del Sistema Sanitario Regionale, che mette il paziente al centro dell'organizzazione, si trova invece avviluppato in aspetti organizzativi e normativi penitenziari ancora fermi ad un Codice rimasto immutato e poco attento alle esigenze ed al diritto alla cura che, in molti casi, è subordinato alle necessità della sicurezza. Il medico è chiamato a perseguire in ogni caso, e senza alcuna limitazione, il benessere del paziente, sia esso detenuto od internato. Ma come deve regolarsi in particolari situazioni dove è chiamato, se non obbligato "a forza", a fornire prestazioni e pareri non conformi alla deontologia professionale?

Al personale medico che lavora in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (medici internisti e psichiatri), facendosi forza di tale regolamento penitenziario, viene chiesto di certificare un "nulla osta" per la persona detenuta, sottoposta a

sanzione disciplinare di isolamento o di esclusione dalle attività in comune. Ciò accade senza tenere conto di quanto prevede il documento del Comitato Nazionale di Bioetica del 2013 raccomanda ai medici in Carcere di "non prestarsi in nessun caso a certificare che un detenuto sia in grado di sostenere l'isolamento o qualsiasi altra forma di punizione". In particolare, per l'isolamento per motivi disciplinari, si avrebbero evidenze circa i danni che tale regime provoca alla salute, tanto che l'OMS ha raccomandato di eliminarlo. Giova infatti segnalare che gli esiti nocivi dell'isolamento, registrati sulla salute dei detenuti, configurano una specifica sindrome (Secure Housing Unit Syndrome).

Come deve comportarsi il medico in OPG quando gli viene addirittura chiesto di partecipare al Consiglio di Disciplina, organo previsto dall'Ordinamento Penitenziario dove si forma la sanzione, motivandola con il fatto che la mancanza di uno dei tre componenti (gli altri due sono il Direttore Penitenziario e il Funzionario Giuridico Pedagogico dell'Amministrazione Penitenziaria) farebbe venire a mancare la funzione?

Al medico psichiatra in Ospedale Psichiatrico Giudiziario viene chiesto di emanare, e giustificare, prescrizioni limitative della libertà personale delle persone internate, (ad esempio chiusura delle celle nel caso di comportamenti aggressivi di ogni genere, autorizzazione ad usare la forza per spostare di cella le persone) limitandone il diritto di fruire in pieno della socialità con tutti gli altri.

Diviene ancora più paradossale la richiesta di fornire un nulla osta per la riapertura della cella anche nel caso esse siano state chiuse per motivi di sicurezza. I suggerimenti di creare reparti più piccoli, con minor numero di posti e maggiormente controllabili dal personale di sicurezza, restano finora inascoltati.

Al medico che prescrive per il paziente accertamenti o visite esterne viene costantemente richiesto di ribadire la necessità delle cure della

persona detenuta, con un implicito invito a rivedere la prescrizione e dare preferenza a provvedimenti attuabili nelle strutture del circuito intra-penitenziario, spesso inadeguate e con lunghi periodi di attesa, evitando o scoraggiando l'invio in presidi ospedalieri esterni.

Gli esami specialistici, o le visite, da praticare nei presidi sanitari esterni al Carcere sono spesso subordinati e rimandati, se non a volte annullati del tutto, ad altre e più urgenti esigenze, da punto di vista dell'Amministrazione Penitenziaria, (accompagnamenti a processi, mancanza di personale) ed al medico è chiesto in ogni caso di individuare soluzioni che non implicino spostamento esterno di risorse umane di Polizia Penitenziaria.

Al medico è spesso richiesto di certificare, su richiesta della Direzione o del personale di Polizia Penitenziaria, la compatibilità di eventuali lesioni o traumi subiti dalle persone detenute con quanto riferito.

Il rilascio di tali certificazioni, di assoluta importanza per i risvolti penali che ne possono scaturire a danno delle persone coinvolte, dovrebbe essere adeguatamente supportato da Consulenze del Servizio Medico Legale, inviando all'esterno della struttura il paziente o le persone coinvolte. Ma tutto ciò non accade. È scoraggiato il ricorso a visite o invii all'esterno della struttura.

Come se non bastasse, il personale tutto è tenuto a lavorare in ambienti inadeguati, non a norma, privi di attrezzature logistiche necessarie alla garanzia di microclima e di comfort per il paziente che viene visitato e per gli operatori stessi.

Nonostante il servizio sanitario debba farsi carico della salute delle persone internate, i servizi fondamentali per la qualità di vita dei pazienti, e determinanti della salute, sono ancora in carico all'Amministrazione Penitenziaria che deve, o vuole ancora, provvedere con personale (gli internati stessi) e con risorse e mezzi assolutamente inadeguate ed insufficienti. Si tratta non già di semplici lavori domestici, già di per sé assolutamente importanti, ma di servizi chiave e strategici per la salute e la qualità di vita, come la preparazione di pasti, la pulizia degli ambienti comuni e delle celle delle persone non autonome, i servizi di manutenzione degli impianti e di riparazione guasti o danni. La qualità di vita, e la tenuta degli ambienti, ne risente immediatamente.

Il personale lavora in condizioni di carente sicurezza e protezione dovendo farsi carico di locali collocati in ambienti di notevole estensione (un reparto è caratterizzato da celle poste ai

lati di un corridoio che arriva a 100 metri circa) con un carico di oltre 50 persone per reparto.

L'autonomia e la condizione del personale sanitario è costantemente sottoposta ad un processo di "perquisizione professionale", dove ogni atto, certificazione, documento, peraltro sottoposto alle norme sulla garanzia dei dati sanitari sensibili, è rivoltato e sminuzzato da personale privo delle professionalità e delle competenze adeguate.

Il personale lavora in condizioni di promiscuità: nel medesimo ambulatorio, nemmeno di dimensioni particolarmente grandi, devono contemporaneamente lavorare un medico generico, uno o due psichiatri, lo psicologo e, a volte, anche il cardiologo.

È indispensabile affrontare il problema di modificare le norme dell'Ordinamento e del Regolamento penitenziario che stabiliscono compiti dei medici non più in linea con i doveri e le procedure o linee guida del sistema sanitario.

Devono essere fornite indicazioni chiare e condivise per definire i rapporti e le relazioni tra il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e quello sanitario: il principio della leale collaborazione, previsto nel DPCM, non ha valore né applicabilità se non è instradata su accordi, regole, linee guida ed altre procedure attuabili. Lo stesso DPR 230/00, art. 20, comma 10, e il DPCM 1-4-08, avevano previsto, ma non hanno mai trovato attuazione, accordi a modifica del Regolamento Penitenziario.

È necessario farlo per garantire, in maniera concreta e reale, piena autonomia e credibilità al medico ed al personale sanitario, condizioni indispensabili per aver un rapporto di fiducia e di relazione terapeutica.

In ogni caso il processo di superamento, e chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, deve essere accelerato e portato a compimento e sia definito con chiarezza e regolamentato, con appositi Accordi tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano lo svolgimento delle funzioni di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, anche con riferimento agli aspetti della esecuzione della misura di sicurezza e alle forme dei rapporti con la magistratura", cioè l'applicazione del Regolamento Penitenziario nelle future strutture sanitarie per le misure di sicurezza detentive.

TM

Info: f.scarpa@usl.toscana.it



Orlando Granati, Specialista in Psichiatria, psicoterapeuta. Lavora nei servizi di Salute Mentale della Asl 10 di Firenze. Si è occupato a lungo di aspetti medico legali in ambito psichiatrico, come psichiatra militare e come consulente del Tribunale. Attualmente riveste l'incarico di coordinatore medico in un SPDC. Partecipa alle attività del Coordinamento degli Psichiatri Toscani fino dalla sua nascita.

ORLANDO GRANATI, STEFANO CASTAGNOLI¹, MASSIMILIANO CERRETINI², GIAMPIERO CESARI³, GIOVANNI CUTOLO⁴, MASSIMO DE BERARDINIS⁵, MARIA DEL ZANNA², ALESSANDRA GIANNINI², LUCA PUPESCHI⁶, FRANCO SIRIANNI⁷

Documento del coordinamento degli psichiatri toscani sulla chiusura dell'OPG

Il Coordinamento Psichiatri Toscani segue con attenzione il processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari avviato nel 2011. Nell'ottobre 2013 abbiamo promosso, come Coordinamento, un convegno dal titolo "Chiude l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario: condivisione di paure e responsabilità", i cui risultati sono presentati negli atti, pubblicati quest'anno. Condividiamo la preoccupazione espressa da più parti per la delicata fase di riforma degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la necessità di un superamento delle criticità fin troppo note. Vogliamo esprimere in particolare la nostra posizione su alcuni punti su cui sembrano emergere, nei diversi interventi mediatici e sulle riviste di settore, posizioni differenti o talvolta poco definite. In questo senso anche la legge 81/14, appena varata, non è esente da ambiguità.

Il primo punto riguarda i **luoghi deputati alla attuazione della misura di sicurezza**. L'attuale legge sulla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari prevede la costituzione di sedi deputate ad accogliere i soggetti con misura di sicurezza, che non siano ancora inseriti in programmi territoriali, definendo queste strutture Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Noi riteniamo che l'aspetto più controverso del progetto di riforma dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario sia proprio la costituzione di strutture per l'esecuzione della misura di sicurezza (quindi rivolte a svolgere un compito di custodia) gestite internamente *dal solo personale sanitario* (come noto, nelle REMS le Forze dell'Ordine avranno solo compiti di sorveglianza esterna, senza partecipare alle attività interne). Verrebbe così a crollare la divisione dei compiti, di *custodia* e di *cura da applicare simultaneamente*, tra operatori di polizia e operatori sanitari che era uno dei punti di forza del progetto della legge 180, facendo così tornare indietro la legislazione al tempo in cui, per i malati di mente, era previsto l'affidamento in custodia ai soli operatori psichiatrici. Gli operatori sanitari verrebbero così indirettamente (e come potrebbe essere altrimenti?) legittimati ad

esercitare una restrizione della libertà personale (solo per i rei malati di mente), al posto del personale di polizia. Riteniamo invece irrinunciabile che questa netta separazione dei compiti sia mantenuta, per tutti i casi in cui prevalga l'esigenza di custodia. La nostra proposta è che l'esecuzione della misura di sicurezza trovi la sua applicazione primariamente in apposite sezioni carcerarie negli istituti di pena dove ci sarebbe la presenza di personale sanitario e di polizia penitenziaria; da lì, attraverso il coinvolgimento attivo degli operatori dei DSM, potrebbero essere poi promossi programmi alternativi sul territorio, con licenze sperimentali rigorosamente legate al mantenimento da parte del paziente della adesione alle regole del programma. In tal modo si incoraggerebbe la partecipazione attiva del paziente al progetto terapeutico, recuperando "l'alleanza terapeutica" che resta per nostra esperienza requisito indispensabile per il successo del progetto stesso. Riteniamo anche che debba essere individuata una procedura che stimoli i DSM e le altre agenzie implicate a promuovere, dove possibile, programmi terapeutico-riabilitativi. In tal senso, proponiamo la costituzione di comitati locali per la gestione del reo con disturbi psichici, formati da rappresentanti del DSM, ma anche della municipalità, delle forze dell'ordine, della magistratura e del terzo settore, in maniera tale da costruire un progetto complessivo di reinserimento nel tessuto sociale, per cui sia chiamata a rispondere e a partecipare tutta la comunità locale, evitando, anche in questo caso, la delega totale ai servizi di Salute Mentale per una questione che è, di fatto, molto più complessa.

Il secondo punto riguarda **l'abolizione della misura di sicurezza e la cancellazione della pericolosità sociale**. Il Coordinamento ritiene che, in via ipotetica, questa possa essere abolita solo contestualmente alla abolizione della non imputabilità per malattia mentale: così anche il reo con disturbi psichici avrebbe gli stessi diritti e gli stessi doveri di tutti gli altri cittadini; avrebbe diritto alle attenuanti, ad una

¹ Dirigente Medico I livello, Responsabile SOS 11 Salute Mentale Adulti Valdarno-Valdisieve, Asl 10 Firenze. Coordinamento Psichiatri Toscani.

² Dirigente Medico I livello, Sezione Salute Mentale Adulti Siena, Asl 7 Siena. Coordinamento Psichiatri Toscani.

³ Dirigente Medico I livello, Responsabile U.F. Salute Mentale Zona Distretto di Arezzo e Responsabile facente funzione U.F. Salute Mentale Zona Distretto di Valtiberina, Asl 8 Arezzo. Coordinamento Psichiatri Toscani.

⁴ Psichiatra e psicoterapeuta cognitivista post-razionalista, già Dirigente Medico II livello Salute Mentale Adulti zona Colline Metallifere, Asl 9 Grosseto. Coordinamento Psichiatri Toscani.

pena con limiti temporali certi e potrebbe godere comunque di misure alternative orientate alla cura, alla riabilitazione ed alla prevenzione. Il reato verrebbe così punito in relazione al danno obiettivo, lasciando le possibilità per i DSM di pianificare e proporre percorsi terapeutico-riabilitativi alternativi alla pena, analogamente a quanto già avviene per le patologie da dipendenza. Riteniamo invece fuorviante la modifica della misura di sicurezza con la sostituzione del concetto di "pericolosità sociale" con quello di "bisogno di cura". Il concetto giuridico di "pericolosità sociale" ribadisce con chiarezza che la restrizione della libertà è finalizzato ad un bisogno della comunità, non del paziente. Senza ambiguità, stabilisce che l'obiettivo è la tutela delle altre persone. Il concetto di "bisogno di trattamento" alimenta invece confusione rispetto allo scopo della misura restrittiva. Si rischia di confondere un bisogno della persona (la cura) col bisogno della comunità (la tutela da comportamenti criminosi di chi non è in grado di scegliere autonomamente); si trasforma un diritto alla salute in un obbligo alla salute, contravvenendo lo spirito della Legge 180. L'attribuzione alla sanità della funzione di esecuzione delle misure di sicurezza, come proposto da alcune parti, riporta drammaticamente indietro alla delega totale alla psichiatria, col presupposto, che dobbiamo riconoscere come errato, che una buona cura porti inevitabilmente a buoni risultati. L'esperienza di anni di lavoro nei servizi ci dice che non è così. Talvolta, a dispetto dei migliori programmi e del migliore impegno, un numero non trascurabile di pazienti non risponde o non aderisce alle cure. Pensare che i servizi di salute mentale, con le cure, possano evitare che i malati di mente delinquantino è una aspettativa onnipotente che riteniamo debba essere combattuta, non alimentata.

Un terzo punto **riguarda l'orientamento ad assicurare che le nuove eventuali misure di sicurezza abbiano una durata definita** e comunque non superiore alla pena corrispondente al reato commesso. Se si ritiene giusto che il cittadino che commette reato possa non essere imputabile, bensì, qualora ritenuto malato e pericoloso, curato e custodito (cioè sottoposto a misura di sicurezza affinché possa non nuocere socialmente), allora la durata di questa misura non potrà certo essere predefinita in funzione della pena prevista per il reato commesso. Il rischio nuovamente è che la confusione tra pena e misura di sicurezza diventi drammatica. Definire una durata della misura di sicurezza sulla base della pena prevista per il reato commesso, anziché subordinarne la durata alla valutazione della pericolosità del paziente, significa semplicemente disconoscere che il comportamento del soggetto non è a lui imputabile; più corretto sarebbe, a quel punto,

abolire del tutto il concetto di non imputabilità. Se invece si pensa che il comportamento delinquenziale sia da correlare alla malattia che invalidi la capacità decisionale, il termine della misura di sicurezza non può che coincidere col pieno controllo della malattia (come già avviene con l'attuale orientamento giuridico, del resto).

Il quarto punto riguarda la **regolamentazione della attività peritale**. Riteniamo necessario che i periti debbano conoscere le realtà dei servizi territoriali competenti e che siano tenuti, per disposizione e non solo per buona prassi, a definire in accordo con i servizi eventuali percorsi da proporre al Giudice. L'individuazione dei percorsi alternativi per la misura di sicurezza, la loro effettiva fattibilità ed appropriatezza non può essere definita per astratto, ma deve essere concordata con chi dovrà poi assicurare il percorso terapeutico. Riteniamo che su questo punto sia il DSM, attraverso gli operatori competenti, ad avere necessariamente l'ultima parola. Su questo punto rimandiamo di nuovo agli atti del convegno del 2013, dove la nostra posizione in merito è espressa in modo più compiuto nelle proposte conclusive.

Quinto e ultimo punto, riteniamo che si debba far chiarezza in modo non equivoco rispetto alla **appropriatezza dei percorsi su quanti, a diverso titolo, sono ritenuti "non imputabili"**. Ricordiamo che esistono categorie di soggetti non imputabili per vizio di mente che non sono suscettibili di cure e la cui attribuzione ai DSM come competenza è inappropriata. Ad esempio, le persone con DEMENZA o altri PROBLEMI NEUROLOGICI IRREVERSIBILI, o con RITARDO MENTALE, devono avere la garanzia di interventi appropriati in specifiche strutture assistenziali non ricomprese nelle strutture del Dipartimento di Salute Mentale, che dovranno essere individuate. Esistono anche persone che, benché affette ad malattia mentale che li può rendere non punibili (intendendo con ciò un disturbo in fase acuta, suscettibile di miglioramento in ambiente ospedaliero e con cure farmacologiche) hanno una CONDOTTA ANTISOCIALE non direttamente attribuibile a tale disturbo. Quando la condotta antisociale è pervasiva, collegata a caratteristiche personali e non solo emergenti in una fase di scompenso (quando, in altri termini, il comportamento antisociale non costituisce qualcosa di nuovo ed estraneo alla persona ma di abituale e presente anche nelle fasi di relativo e stabile compenso), devono essere inviate in appropriati percorsi correzionali specifici, indicati dall'Autorità Giudiziaria, in cui le forze di polizia possano assicurare la sicurezza individuale e pubblica e al cui interno gli operatori dei DSM possano assicurare le cure.

TM

Info: orlando.granati@virgilio.it

⁵ Dirigente Medico II livello, Responsabile Salute Mentale Adulti, Zona Mugello, Direttore U.O. Professionale di Psichiatria, Asl 10 Firenze. Coordinamento Psichiatri Toscani.

⁶ Dirigente Medico I livello, U.F.C. Salute Mentale Adulti Zona Pistoiese, Asl 3 Pistoia. Coordinamento Psichiatri Toscani.

⁷ Dirigente Medico I livello, Responsabile SOS 7 Salute Mentale Adulti Sesto Fiorentino e U.F. Salute Mentale Adulti Nord Ovest, Asl 10 Firenze. Coordinamento Psichiatri Toscani.



Aldo Pagni, specialista in medicina interna, è stato Vice Presidente dell'Ordine di Firenze e dal 1996 al 2000, Presidente nazionale della FNOMCeO.

ALDO PAGNI

Perché parlare di identità di genere nel codice deontologico 2014

L'Associazione Medici Cattolici Italiani, nel Documento "Per un nuovo umanesimo della professione medica", in un allegato relativo agli articoli della bozza del nuovo Codice Deontologico ha criticato, tra gli altri, la proposta d'introdurre, insieme al sesso l'identità di genere: "In medicina [scrivono] esiste il sesso; la categoria di "genere" è una costruzione antropologica recente, su base marcatamente ideologica, non corrispondente in nulla alla realtà scientifica delle differenze di sesso. I generi sono categorie culturali il cui scopo è ingenerare "confusione", così da legittimare una "scelta personale" di appartenenza, che superi l'oggettività della differenza sessuale. In quanto tale, non ha nulla a che fare con la medicina.

L'interesse sull'identità maschile e femminile risale all'antichità e già, tra gli altri, se ne occuparono Ippocrate, Parmenide e Platone, mentre Ermafrodito, figlio di Hermes e Afrodite, era un personaggio mitologico ricorrente nella statuaria greca, e Ovidio, a proposito di un neonato, scriveva nelle *Metamorfosi*: "Ambiguus fuerit modo vir, modo foemina".

Ma, solo negli ultimi trent'anni, pur con approcci differenti, le ricerche di biologia, genetica, endocrinologia, psicosessuologia e antropologia culturale, hanno permesso di migliorare le nostre conoscenze "oggettive" sul complesso processo naturale della differenziazione sessuale e sulle sue conseguenze relazionali.

Un codice deontologico di tutti i medici, peraltro, non può ignorare la legittima convinzione di alcuni colleghi che sia "normale" il riconoscimento dei due soli sessi biologici, e che, al momento del concepimento, vi siano due strade separate, una che porta alla mascolinità, l'altra alla femminilità.

Il termine sesso, fino dall'antichità, è stato usato nel campo della biologia e della medicina per indicare individui maschi, femmine o bisessuali. Ma è anche vero che da sempre si sono verificate deviazioni da questo modello sessuale binario, e la biologia c'insegna che il processo di differenziazione sessuale "naturale" può creare "confusione" identitaria tra generi maschili e femminili, per un intreccio casuale e capriccioso tra sesso cromosomico (XY per il maschio, XX per la femmina), sesso gonadico (testicoli o ovaie), e sesso anatomico (pene o vagina).

Significativo, in proposito, il caso dell'atleta spagnola Maria José Martínez-Patino, che dopo

avere conseguito importanti successi sportivi, fu esclusa da tutte le gare, all'età di 24 anni, perché un test genetico obbligatorio aveva rivelato un tratto cromosomico maschile (XY), insieme a tratti fenotipici femminili (seno e vagina). L'atleta fu riammessa alle gare femminili, nel 2000, dopo una lunga battaglia legale e la dismissione dell'obbligo del test genetico da parte della Federazione Internazionale di Atletica.

Queste condizioni, (intersessuali, transessuali" o trans gender in generale), peraltro non infrequenti, esiti di una patologia, o di un disturbo dell'identità di genere, meritano l'attenzione della medicina, o sono soltanto una colpevole e "perversa" auto-percezione personale del proprio genere", da sottacere e stigmatizzare moralmente?

L'"umanesimo" della professione del medico, nei confronti delle persone che presentano identità di genere alternative o comunque non coerenti col loro sesso biologico, presuppone la tolleranza e la rinuncia a pregiudizi personali e conflitti etici.

È necessario, comunque, precisare la differenza di significato attribuito dalla biologia e dalla psicosessuologia ai termini *genere*, *identità di genere*, *ruolo di genere* e *orientamento sessuale*.

La definizione di questi termini, da usare in maniera differenziata, è importante per fare chiarezza su alcune convinzioni e stereotipi legati alla sfera della sessualità.

Il termine *genere*, comparso in letteratura nel 1837, è stato spesso usato in modo intercambiabile con il sesso di una persona, ma sono due termini che fanno riferimento a caratteristiche della persona che nella maggioranza dei casi coincidono, ma non sempre è così.

Il genere è definito da una serie di tratti comportamentali e sociali legati tradizionalmente a una condizione fisica, ma la sua accettazione o meno, dipende anche dalle convinzioni prevalenti e dai differenti approcci culturali di una determinata società.

Infatti non è la sola natura, tramite la programmazione genetica, che definisce nella totalità cosa sia una personalità maschile o femminile. Società diverse, classi sociali e famiglie differenti possono offrire diversi ruoli di genere ed esercitare differenti livelli di pressione affinché vi sia più o meno conformità agli stereotipi dominanti.

Le categorie di genere, infatti, si costruiscono

anche su tratti sessuali terziari, cioè proprietà sessuali che derivano da convenzioni sociali.

L'acquisizione dell'identità di genere non è solo un evento di natura cognitiva, ma comporta anche significati di natura affettiva. La maggior parte dei giovani, infatti, prende molto sul serio la consapevolezza di appartenere al proprio sesso biologico/fenotipico, da cui deriva la drammaticità della cosiddetta "disforia di genere" da uomo a donna, e da donna a uomo, alla base dei vari disturbi d'identità.

L'identità di genere indica un continuo senso di sé, l'unità e la persistenza della propria individualità maschile, femminile o ambivalente.

L'identità di genere, normale o deviante, è la risultante dell'azione combinata tra natura (cromosomi, gonadi, ormoni sessuali, sesso fenotipico, differenziazione cerebrale ecc.) e cultura (regole sociali e aspettative congruenti al genere attribuito).

Secondo il DSM-IV-TR, degli psichiatri americani, i "disturbi dell'identità di genere (DIG), fra cui il transessualismo, sono diversi dall'omosessualità e dal travestitismo.

Il termine *ruolo di genere* è l'espressione esteriore dell'identità di genere, e indica i comportamenti, gli atteggiamenti e i tratti di personalità che una società, in una data cultura e in un dato periodo storico, designano come maschilini o femminili e come più appropriati al ruolo femminile o maschile. Ma oltre ai fattori sociali, esso dipenderebbe anche da fattori biologici, come gli ormoni prenatali.

Il termine *orientamento sessuale*, conta come tratto sessuale terziario, essendo legato dalle convenzioni vigenti e molto meno all'appartenenza di genere. Esso si riferisce alle modalità di risposta della persona ai diversi stimoli sessuali. La dimensione più importante dell'orientamento sessuale è il sesso del proprio partner (cioè la persona capace di indurre eccitamento sessuale ed eventualmente anche risposte affettivo/sentimentali), che definisce l'orientamento di una persona come eterosessuale, bisessuale o omosessuale.

È importante non confondere *il concetto di orientamento sessuale con quello di identità sessuale*. Una persona, infatti, potrebbe essere eccitata principalmente da stimoli omosessuali ma non considerarsi tale o, al contrario, assumere comportamenti omosessuali in determinate circostanze (carcerati o giovani che si prostituiscono per danaro).

Di fronte a questa realtà caratterizzata dal complesso intreccio tra biologia e psicologie individuali, fattori sociali culture, religioni e leggi, il codice deontologico dei medici non può e non deve esprimere giudizi morali, ma "fare anche cultura", riaffermando il dovere dei colleghi di "tutelare la vita, la salute psico-fisica, la cura del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona senza discriminazioni neanche nei confronti di identità di genere diverse".

È vero che la maggioranza degli uomini e

delle donne si considerano tali, si comportano come tali, sono trattati dalla società come tali e preferiscono avere relazioni con partner di sesso opposto.

Ma non abbiamo proposto l'introduzione dell'identità di genere nel Codice Deontologico per esaltare le devianze (tanto è vero che non le abbiamo specificate), ma soltanto per richiamare l'attenzione dei medici perché, indipendentemente dalle loro fedi e credenze, considerino "l'altro" un'entità sociale titolare di diritti (e di doveri), e si prendano cura anche dei delicati problemi clinici ed etico-deontologici posti alla professione da identità di genere diverse presenti nella società.

Il medico, infatti, non può ignorare che le *persone transessuali* sono nate con genitali – vuoi di tipo maschile o femminile – assolutamente normali e su questa base è stato loro assegnato, senza difficoltà o dubbi di sorta, un sesso legale coerente con tali genitali.

Solo in seguito esse non si riconoscono più nel sesso che è stato loro assegnato alla nascita dall'anagrafe per identificarsi nel sesso opposto o in nessuno dei due.

Questi individui, se lo richiedono, sono autorizzati per legge dai tribunali, dopo attenta valutazione peritale del caso, a sottoporsi a dolorosi e prolungati trattamenti chirurgici e ormonali per la riattribuzione di un sesso diverso.

Le *persone intersessuali* nascono invece con caratteri sessuali non coerenti rispetto al sesso dell'individuo o intermedi rispetto a quelli dei due sessi. Presentano per questo "ambiguità sessuale" o, quando ci si riferisce ai genitali esterni "ambiguità genitale".

In passato di fronte all'intersessualità le famiglie non potevano fare altro che nascondere o mascherare la drammaticità del caso.

Con l'avvento della medicina moderna l'atteggiamento della società è cambiato per divenire assolutamente interventista nel migliore interesse del bambino e dei desideri dei familiari: guarire le patologie, armonizzare gli elementi di disarmonia, e normalizzare gli elementi di anomalia con l'attribuzione del sesso atteso, mediante interventi chirurgici e terapie ormonali.

Questi temi hanno assunto, nella società moderna, e nella medicina, un'importanza etica rilevante, come dimostra il fatto che il Comitato Nazionale di Bioetica sia stato chiamato a esprimere un parere se, in casi di intersessualità, sia preferibile intervenire precocemente sul bambino per correggere un sesso incerto, o aspettare più tardi il consenso del destinatario sul genere di sesso desiderato.

E non è un caso se l'Australia e la Germania, recentemente, hanno stabilito per legge che in caso di incertezza sulla sessualità di un neonato, si registri all'anagrafe come "altro" (e non come "maschio" o "femmina"), in attesa che il soggetto, in età più matura, possa decidere consapevolmente se appartenere a un sesso o all'altro. **TM**

Info: aldopagni@mdtech.it



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

LAURA CANAVACCI

Un programma regionale per il potenziamento del sistema toscano di sperimentazione clinica

La capacità dimostrata dal servizio sanitario regionale di programmare razionalmente, di gestire in maniera efficace e di monitorare le attività di sperimentazione clinica svolte nelle strutture di competenza, è una condizione fondamentale affinché la ricerca sanitaria – che è funzione costitutiva per tutte le aziende sanitarie – possa sempre più rappresentare uno strumento utile per garantire ai cittadini cure di elevata qualità e appropriatezza nell'utilizzo delle risorse.

La deliberazione di Giunta regionale 7 luglio 2014, n. 553, *Programma per il potenziamento del sistema toscano sperimentazione clinica*, rende ancora più chiaro questo orientamento, adottato nel disposto normativo regionale più recente in materia di ricerca sanitaria in Toscana.

Gli indirizzi attuativi contenuti in questo nuovo atto della Giunta, sono molteplici e coprono uno spazio di intervento ampio.

In primo luogo, la scelta di procedere verso la razionalizzazione e il potenziamento delle infrastrutture informatiche necessarie a rafforzare la rete toscana per la sperimentazione clinica: a tal fine è stato approvato il *Piano di informatizzazione* che, in tempi brevi, porterà all'adozione di una piattaforma IT unica e integrata per tutte le sezioni del Comitato etico per la sperimentazione clinica regionale, per le strutture aziendali coinvolte (amministrazione, farmaceutica ecc.) e per i centri di ricerca.

Strettamente correlato a questo obiettivo, è quello relativo all'istituzione di strutture aziendali di alta qualificazione dedicate al supporto delle attività di sperimentazione clinica (*Clinical Trials Office* nelle aziende ospedaliere universitarie e *Task Force per la sperimentazione clinica* nelle aziende territoriali). La strategia che si è deciso di mettere a sistema, è quella di investire nuovamente parte degli introiti derivanti dalle attività sperimentali svolte all'interno delle aziende sanitarie, vincolandoli (in una percentuale dal 10 al 25%) per sostenere i servizi e potenziare i percorsi sperimentali, al fine di rendere il territorio toscano sempre più competitivo a livello internazionale e per attrarre i grandi trial, portatori di reale innovazione e opportunità concrete per la salute dei cittadini.

Lo stesso approccio è stato adottato per gli

aspetti regolatori, concernenti il mandato del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica, che è ora articolato in tre sezioni competenti per le aree vaste ed un'unica sezione regionale pediatrica (DGR n. 418/2013). In questo caso, tutti i proventi derivanti dagli oneri fissi versati, a norma di legge, per l'istruttoria di ogni studio clinico presentato dai promotori profit, sono stati vincolati in un fondo a gestione separata divenuto necessario per soddisfare le nuove esigenze delle sezioni del Comitato (con competenza assai più ampia rispetto ai vecchi comitati etici aziendali) e per accrescerne le loro potenzialità in termini di efficienza e tempestività: ciò anche in vista dei nuovi standard che il Regolamento europeo recentemente adottato (16 aprile 2014) imporrà a breve anche in Italia.

Nell'ottica dell'ottimizzazione dei processi e dell'armonizzazione delle prassi, la delibera impegna infine i rettori e i direttori generali delle aziende ospedaliere universitarie toscane affinché siano individuate, in tempi rapidi, modalità uniformi e funzionali per la gestione dei contratti economici tra aziende sanitarie e promotori delle sperimentazioni.

Gli interventi disposti nella nuova deliberazione, dunque, danno attuazione alle *Linee di indirizzo per lo sviluppo e la promozione della sperimentazione nel servizio sanitario toscano* (Allegato B della DGR 503/2013), con le quali, già un anno fa, erano stati individuati i percorsi chiave da intraprendere:

- la valorizzazione dei DIPINT (Dipartimenti Integrati Interistituzionali), quali strutture di supporto organizzativo e amministrativo per il raggiungimento degli obiettivi strategici elaborati dalla Regione Toscana in materia di ricerca scientifica e per l'integrazione in questo settore tra servizio sanitario regionale e università;
- il potenziamento, la razionalizzazione e la standardizzazione delle prassi operative in uso per la gestione e la conduzione delle sperimentazioni cliniche, per introdurre innovazione nelle procedure adottate, sia a livello aziendale che regionale;
- lo sviluppo della ricerca in specifiche aree (ad es. pediatria e medical device);

- la creazione di un Comitato Tecnico Scientifico (CTS), presieduto dall'Assessore e partecipato dai vertici delle strutture sanitarie e delle università toscane, quale organo di coordinamento per la promozione e l'indirizzo del sistema di sperimentazione clinica regionale (comitato attraverso il quale i contenuti di questa nuova deliberazione sono stati preventivamente vagliati e discussi).

La strategia regionale si arricchisce anche di un progetto formativo in materia di sperimentazione, dedicato agli operatori dei servizi, che prenderà avvio in autunno con l'obiettivo di ampliare la base operativa per le sperimentazioni cliniche, aumentando il numero di operatori che possono essere coinvolti nei nuovi uffici azienda-

li per la sperimentazione clinica e nella gestione diretta dei *trial* e di fornire, a chi è già coinvolto, una formazione orizzontale, utile a qualificare il lavoro svolto fornendo garanzia degli standard operativi adottati (*Good Clinical Practice*).

La sperimentazione clinica non è tuttavia un fatto che riguarda solo gli addetti ai lavori e le strutture sanitarie: non esiste infatti sperimentazione se non grazie alla partecipazione dei cittadini. Tale partecipazione, però, deve necessariamente essere informata, libera e consapevole e, per promuovere tali obiettivi, l'istituzione regionale è ora impegnata nella redazione di appositi strumenti di divulgazione.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Allegato A

Programma per il potenziamento del Sistema Toscano Sperimentazione Clinica

Indirizzi attuativi dell'Allegato B alla deliberazione della Giunta Regionale 25 giugno 2013, n. 503

Allegato A.1

1. Piano di informatizzazione dei Servizi per la Sperimentazione Clinica nelle Strutture del Servizio Sanitario Toscano

1.1 Premessa

A seguito della riorganizzazione del sistema toscano attuato ai sensi della d.g.r. n. 418/2013 (istituzione di un *Comitato etico unico regionale per la sperimentazione clinica*, articolato in tre sezioni con competenza autonoma per le aree vaste e una sezione pediatrica con competenza regionale) e della d.g.r. n. 503/2013, le azioni di supporto e di promozione della sperimentazione clinica nel servizio sanitario toscano necessitano dell'informatizzazione dei servizi preposti a tali attività, anche al fine di rendere più efficiente il monitoraggio regionale delle stesse con l'analisi costante dei flussi informativi e documentali relativi gli studi clinici condotti. L'obiettivo qui perseguito dà attuazione e sviluppa in una prospettiva più ampia quanto già disposto al punto 1 lettera c dell'Allegato B alla d.g.r. n. 503/2013: «*(Omissis) le aziende ospedaliere universitarie toscane, anche per il tramite dei DIPINT, si impegnano a garantire gli interventi che seguono: (omissis) la dotazione dei comitati e degli organismi di coordinamento, di idonei e innovativi strumenti informatici per la gestione delle attività, la gestione e il monitoraggio dei dati e la realizzazione dei flussi comunicativi tra i Comitati e verso la Regione Toscana*»;

In quanto segue sono definite le caratteristiche e le modalità attuative degli interventi necessari per dotare la Toscana, entro il prossimo biennio, di uno strumento unico e integrato che consenta ai diversi attori coinvolti nella sperimentazione

clinica di interagire ai diversi livelli per i quali tale interazione è prevista dalla normativa nazionale, regionale e, in un prossimo futuro, anche europea.

1.2 Ruolo dei DIPINT

Per lo svolgimento delle procedure necessarie per l'acquisizione, l'implementazione e il mantenimento dei servizi di seguito dettagliati e per i relativi oneri, ai sensi della d.g.r. n. 503/2013, sono impegnati i tre DIPINT, in quanto strutture di supporto organizzativo e amministrativo per il raggiungimento degli obiettivi strategici elaborati dalla Regione Toscana in materia di ricerca scientifica e per l'integrazione in questo settore tra servizio sanitario regionale e università.

1.3 Acquisizione dei servizi per l'informatizzazione

Entro due mesi dall'emanazione della presente deliberazione, i direttori dei tre DIPINT presentano al settore regionale *Ricerca, innovazione e risorse umane*, una proposta tecnica per l'acquisizione dei servizi ritenuti necessari per il soddisfacimento degli obiettivi descritti al successivo punto 1.4, rispondente al più rapido sviluppo del percorso e da attuarsi, ai sensi delle procedure previste dalla normativa vigente, previo raccordo con i settori regionali competenti in materia di sistemi informativi e tecnologie informatiche.

Deve essere garantita la piena compatibilità tra i nuovi servizi informatici e quelli già presenti nelle aziende sanitarie interessate.

1.4 Obiettivi dell'informatizzazione

Gli obiettivi da perseguire entro il prossimo biennio con l'informatizzazione dei servizi per la



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

sperimentazione clinica in Regione Toscana sono:

a) garantire l'operatività del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica e delle sue sezioni di area vasta e pediatrico: le quattro sezioni del Comitato etico per la sperimentazione clinica regionale, necessitano di una piattaforma IT unica e integrata di servizi informatizzati in grado di garantire operatività, efficienza e armonizzazione delle procedure (organizzazione delle riunioni, gestione delle fasi di valutazione degli studi, gestione, valutazione e archiviazione dei dati relativi alle sperimentazioni cliniche, monitoraggio degli studi, farmacovigilanza, gestione dei flussi informativi tanto con il livello regionale - all'interno della stessa area vasta, tra le diverse aree vaste, a livello di Comitato etico regionale e con gli uffici regionali competenti - che con il livello nazionale/AIFA e, nel prossimo futuro con i registri europei);

b) dare supporto alla gestione aziendale delle sperimentazioni cliniche: le aziende sanitarie toscane, anche quelle territoriali, necessitano di strumenti informatici utili per la gestione delle procedure amministrative ed economiche legate agli studi clinici (sviluppo e gestione del budget di studio, controllo della gestione economica degli introiti in termini di oneri fissi CE e dei loro impieghi, negoziazione del contratto con le aziende e gli enti sponsor, gestione della fatturazione, gestione della farmacia ospedaliera, ecc.) e al relativo controllo di gestione (analisi integrata, monitoraggio e pianificazione degli studi). Le aziende devono poter utilizzare questa piattaforma per dare supporto alle attività di sperimentazione clinica svolte all'interno delle proprie strutture e per le funzioni proprie dei *Clinical Trial Office – Task Force Aziendale per la Sperimentazione Clinica* istituiti ai sensi della presente deliberazione;

c) costruire una rete regionale per la ricerca clinica: la Regione Toscana deve poter contare su uno strumento di comunicazione e di condivisione di informazione e di dati utili per la ricerca (casistica, condivisione banche dati ecc.) in grado di dare corpo ad una rete di attori coinvolti a diverso titolo nella ricerca (ricercatori, centri di ricerca, comitati etici, direzioni aziendali, centri di assistenza, medici di medicina generale, Regione, ecc.), che nel tempo potrebbe sempre più essere implementata con servizi on line ritenuti utili allo sviluppo della ricerca;

d) monitoraggio regionale delle attività di sperimentazione clinica: la Regione Toscana deve disporre di uno strumento di raccolta dei dati *on line* direttamente dalle fonti aziendali e di area vasta, per l'analisi, il monitoraggio e la pianificazione delle attività regionali.

1.5 Costi di attivazione dei servizi

Per i costi di prima attivazione del presente *Piano di informatizzazione*, relativi alle dotazioni necessarie alle sezioni del *Comitato etico per la sperimentazione clinica* e ai servizi ad esse connessi, sono impiegati i finanziamenti già assegnati per l'anno 2013 ai sensi della d.g.r. n. 503/2013

in adempimento a quanto previsto al punto 1 lettera c dell'Allegato B della stessa deliberazione.

Allegato A.2

2. Linee di indirizzo per l'istituzione dei *Clinical Trial Office* presso le Aziende Ospedaliere Universitarie della Toscana

2.1 Premessa

Le attività di ricerca svolte presso le aziende ospedaliere universitarie toscane necessitano, per la loro promozione, di strutture ad alta qualificazione utili alla gestione dell'elevato grado di complessità proprio di questo settore: un tale obiettivo si rivela particolarmente urgente in previsione delle regole che il nuovo regolamento europeo per la sperimentazione clinica imporrà a breve anche in Italia. Le strutture di supporto qui definite, sono dunque finalizzate a fornire servizi di carattere gestionale, metodologico ed etico ai ricercatori operanti nei centri di ricerca, a promuovere la collaborazione tra questi e a creare reti informali tali da favorire le sinergie anche all'interno dell'area vasta e della regione.

In altre esperienze italiane e a livello internazionale tali strutture, identificabili come *Clinical Trial Office*, sono considerate fattore fortemente incentivante per gli investimenti privati. Le aziende del settore farmaceutico e bio-medicale, infatti, sempre più privilegiano strutture in grado di sostenere, trasversalmente alle unità operative e ai dipartimenti universitari, l'intera filiera della sperimentazione clinica in tutti i suoi processi (anche amministrativi e gestionali).

I *Clinical Trial Office*, costituiscono un'importante risorsa anche ai fini identificati alla lettera b) punto 3 dell'Allegato B della d.g.r. n. 503/2013: *"promuovere attività specifiche per garantire il corretto reclutamento dei pazienti nella regione: monitoraggio casistica, reclutamento in più centri, attivazione coordinata di centri per raggiungere la casistica necessaria, coordinamento tra Comitati Etici competenti per i vari centri"*.

La creazione di *Clinical Trial Office* all'interno delle aziende toscane costituisce inoltre un'utile risposta alla necessità di stimolare e supportare la ricerca spontanea *non profit*.

2.2 Istituzione dei *Clinical Trial Office*

Presso ciascuna azienda ospedaliera universitaria della Toscana, anche per tramite dei DIPINT, è istituito un *Clinical Trial Office* con atto formale del direttore generale dell'azienda ospedaliera universitaria, previo parere consultivo del rettore dell'università.

2.3 Funzioni dei *Clinical Trial Office*

Sono funzioni specifiche dei *Clinical Trial Office*:

a) promuovere la ricerca clinica nelle strutture del servizio sanitario regionale, proponendosi come punto di riferimento qualificato per gli sperimentatori, gli sponsor e i cittadini coinvolti;



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Occhio alla Ricetta!

Dal 1 ottobre 2014
cessa l'autocertificazione
sulla singola ricetta

**Cosa cambia
e cosa fare**

COSA CAMBIA

Dal **1 ottobre 2014** non sarà più possibile autocertificare la propria fascia di reddito sulla singola ricetta né in farmacia né presso gli ambulatori aziendali.

Con il passaggio alla ricetta elettronica, la tua posizione economica riportata sulla ricetta è ricavata direttamente dalla banca dati dell'Agenzia delle Entrate e dell'INPS e i dati indicati in ricetta non possono essere modificati.

COSA FARE

Verifica la correttezza della tua posizione economica presso la tua Azienda sanitaria, on line sul sito regionale, ai Totem Punto Si o direttamente sulla ricetta.

Se il codice della tua fascia economica è corretto, non devi fare niente.

Se il codice non è presente o non è corretto, dovrai fare l'autocertificazione secondo

le modalità sotto riportate.

È giusto che il codice non sia presente solo se la tua fascia economica è superiore a 100.000 euro.

Ricorda, dal **1 ottobre 2014**, se nessun codice è presente sulla ricetta, pagherai il ticket corrispondente all'importo massimo.

AUTOCERTIFICAZIONE

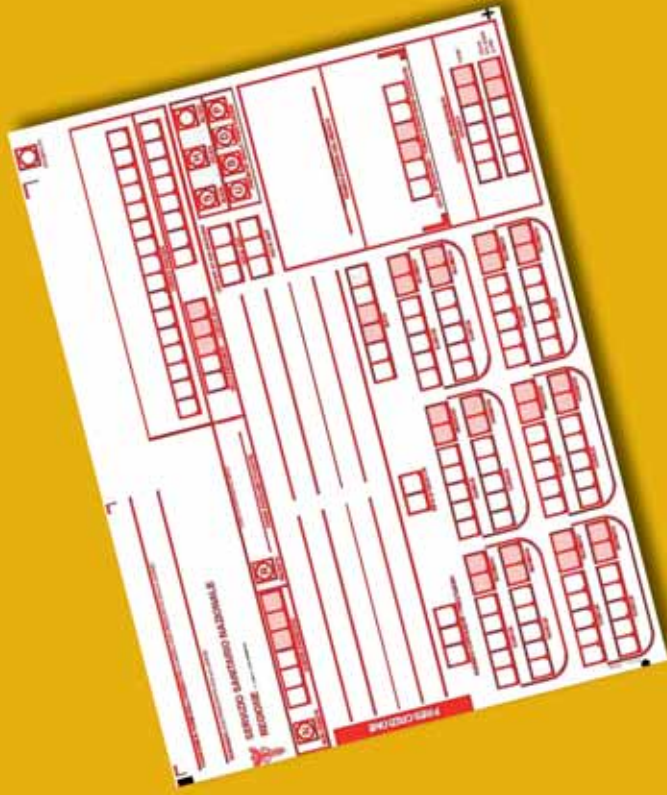
Puoi autocertificare la tua fascia economica con la Carta Sanitaria Elettronica attivata, direttamente online su

www.regione.toscana.it/servizi-online

oppure ai **Totem "Punto Si"**

In ogni caso puoi recarti agli **sportelli dell'Azienda Usi**

Per saperne di più
Numero Verde 800 556060
www.regione.toscana.it/salute
ticket.sanita@regione.toscana.it



Attivala alla Asl
o in farmacia

b) garantire alle direzioni aziendali un maggiore controllo dei processi riguardanti le sperimentazioni cliniche, monitorandone l'impatto e valutandone la coerenza con le strategie dell'azienda e con le competenze in essa operanti;

c) fornire un supporto qualificato agli uffici delle aziende ospedaliere universitarie per una migliore e più rapida gestione dei processi amministrativi necessari alla conduzione delle sperimentazioni cliniche;

d) assicurare l'integrazione tra l'università, quale attore principale della ricerca in questo settore, e servizio sanitario regionale, nonché favorire la costruzione di percorsi utili a sostenere la filiera sperimentazione preclinica-clinica così come previsto alla lettera b) punto 2 dell'Allegato B della d.g.r. n. 503/2013;

e) operare in un'ottica interdisciplinare, interprofessionale e interistituzionale, al fine di promuovere una fattiva collaborazione tra i vari professionisti, i dipartimenti e le UOC/SOD coinvolte nella ricerca, sia all'interno delle singole aziende, che tra aziende ospedaliere e università, nonché tra i centri di ricerca e i vari attori presenti nel territorio delle singole aree vaste e regionale (ad esempio con la medicina generale);

f) fornire, su richiesta, servizi di carattere amministrativo, gestionale, metodologico ed etico ai ricercatori delle aziende ospedaliere universitarie - e, previo specifico accordo, anche dei centri sperimentali presenti nelle aziende sanitarie dell'area vasta -, per l'ideazione, il disegno, le fasi di start up, la conduzione (con particolare riferimento al reclutamento dei pazienti), l'analisi e la reportistica di studi clinici di elevata qualità, affinché questi siano eseguiti nel rispetto delle modalità e dei tempi previsti nel protocollo e in accordo con le GCP;

g) stimolare e supportare in particolare modo la ricerca spontanea *non profit*;

h) disseminare la cultura della sperimentazione clinica e della ricerca traslazionale nelle strutture del servizio sanitario regionale e, attraverso il supporto costante e qualificato alla conduzione dei *trial* clinici, favorire la crescita professionale degli operatori coinvolti nella ricerca clinica;

i) collaborare con il Comitato etico regionale e con le sue articolazioni (sezioni di area vasta e pediatrica) per assicurare la tutela del benessere, della sicurezza e dei diritti di tutti i soggetti coinvolti nella ricerca, con particolare riguardo allo sviluppo di modalità e il sostegno dei processi efficaci per l'informazione e il consenso; valorizzare le potenzialità del coordinamento regionale per mezzo di sedi operative e di gestione dislocate nelle singole realtà sperimentali;

l) promuovere la salvaguardia delle dimensioni etica della ricerca, anche sotto il profilo della sua indipendenza e trasparenza, sia nella relazione con i pazienti sia tra i professionisti e con gli enti che collaborano alla ricerca scientifica.

2.4 Composizione e organizzazione dei *Clinical Trial Office*

I *Clinical Trial Office* necessitano di personale di alta qualificazione: a tal fine devono essere valorizzate le competenze e le esperienze professionali già maturate all'interno delle aziende nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, conformemente a quanto già definito nei punti 15 e 16 dell'Allegato A alla d.g.r. n. 418/2013. Deve inoltre essere prevista la possibilità di integrare la composizione del *Clinical Trial Office* con le professionalità necessarie allo svolgimento delle sue funzioni.

Un *Clinical Trial Office* deve avere una composizione minima in grado di garantire, ai massimi livelli e con numero di personale adeguato alla quantità degli studi gestiti, le competenze di seguito elencate:

a) competenze di carattere amministrativo in grado di essere di supporto alla gestione delle procedure aziendali legate alle fasi autorizzative e alla conduzione delle sperimentazioni cliniche;

b) conoscenze metodologiche, statistiche, scientifiche ed etiche relative al disegno, alla pianificazione, alla conduzione e alla conclusione di uno studio;

c) conoscenza degli aspetti regolatori, delle GCP e delle normative nazionali e internazionali rilevanti;

d) capacità ed esperienza qualificata per la risoluzione delle criticità proprie dei processi di sperimentazione clinica;

e) attitudine al *problem solving* e ottime capacità di relazione con il personale che svolge la ricerca, con le strutture aziendali coinvolte e con gli sponsor;

f) conoscenza almeno della lingua inglese parlata e scritta e utilizzo mezzi informatici.

Sono inoltre necessari:

g) formazione iniziale del personale e suo continuo aggiornamento;

h) dotazione adeguata di spazi e di risorse strumentali;

i) autorevolezza ed effettivo (e visibile) riconoscimento da parte delle direzioni aziendali e dell'università.

I componenti dei *Clinical Trial Office* devono garantire indipendenza e assenza di conflitti di interesse e sono tenuti al segreto d'ufficio. Devono inoltre essere disponibili all'aggiornamento tecnico-scientifico, etico e normativo necessario alle funzioni svolte.

Ciascun *Clinical Trial Office* provvede a dotarsi di un proprio regolamento per l'organizzazione e il funzionamento della struttura.

2.5 Fondi per l'istituzione e il mantenimento dei *Clinical Trial Office*

I costi per il funzionamento dei *Clinical Trial Office* devono essere sostenuti attraverso la creazione, in ciascuna azienda ospedaliere universitaria, di un fondo vincolato a gestione separata, tramite l'identificazione di un autonomo centro di costo che faccia riferimento ad un conto economico ali-



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

mentato con gli introiti derivanti dalla sperimentazione clinica *profit* svolta all'interno dell'azienda.

L'accantonamento nel fondo di tali proventi è quantificato, autonomamente da ciascuna azienda, da un minimo del 10% fino ad un massimo del 25% degli stessi, valutati al netto dei costi diretti e indiretti sostenuti dalla azienda per la conduzione delle sperimentazioni cliniche.

La definizione e la programmazione degli obiettivi e delle priorità da realizzare nella gestione di tale fondo- tracciabile e rendicontabile all'interno del bilancio economico aziendale attraverso gli strumenti della contabilità analitica sotto il controllo di gestione - è oggetto di specifico impegno da parte delle direzioni generali delle aziende ospedaliere universitarie.

Allegato A.3

3. Linee di indirizzo per l'istituzione delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica presso le Aziende USL della Toscana*

3.1 Premessa

Le aziende USL sono depositarie di un importante patrimonio di ricerca sviluppata nel territorio il cui valore è irrinunciabile per il sistema regionale, anche perché spesso complementare alle attività svolte dalle università e dalle aziende ospedaliere universitarie (ad es. studi *post marketing* o *cost-effectiveness*).

La normativa vigente e in via di adozione in materia di sperimentazione clinica richiede una profonda accelerazione dei tempi autorizzativi e di conduzione dei *trial* e, in particolare, il d.m. 8/02/2013, all'art. 2 comma 9, prevede che le direzioni generali delle strutture, in caso di accettazione della sperimentazione, debbano garantire la definizione dei contratti economici relativi agli studi, contestualmente o tassativamente entro tre giorni dall'espressione del Comitato etico.

È dunque necessario sostenere e promuovere la ricerca regionale attraverso la creazione, anche nelle aziende territoriali, di strutture di supporto che, in qualità di centri di costo dedicati, siano in grado di sostenere i processi aziendali necessari per l'autorizzazione e lo svolgimento degli studi, di monitorare in maniera analitica le attività sperimentali svolte, di programmarle e valorizzarle, nonché di sostenere a livello locale quelle ricerche spontanee i cui obiettivi siano fatti propri dall'azienda.

3.2 Istituzione delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica*

Ai fini sopra espressi, ogni azienda USL della toscana istituisce al proprio interno, con atto formale del direttore generale, una *Task Force Aziendale per la Sperimentazione Clinica*, quale articolazione organizzativa finalizzata a garantire l'attuazione di tutte le procedure aziendali necessarie per l'autorizzazione e lo svolgimento delle sperimentazioni cliniche e a dare sostegno ai ricer-

catori attivi all'interno dell'azienda.

Nelle aziende con un ridotto numero di sperimentazioni la *Task Force Aziendale per la Sperimentazione Clinica* potrà essere sostituita da un referente/fixer per la ricerca, purché in grado di svolgere le funzioni già definite ai sensi della d.g.r. n. 81/2009 e quelle attribuite alle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* istituite ai sensi del presente atto: al fine di assolvere a tali funzioni potranno essere presi appositi accordi con altre aziende dell'area vasta per avvalersi dei servizi dei *Clinical Trial Office/Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* ivi istituiti e operanti, prevedendo, se ritenuto necessario, un rimborso degli oneri economici sostenuti.

Nelle aziende ospedaliere universitarie le funzioni attribuite alle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* sono assolte dai *Clinical Trial Office* istituiti ai sensi della presente deliberazione.

3.3 Ruolo delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica*

Con d.g.r. n. 81 del 9.02.2009 "*Indirizzi alle aziende sanitarie per promuovere le sperimentazioni cliniche attraverso il miglioramento di percorsi di qualità*", sono state attribuite responsabilità di vertice aziendale per la sperimentazione clinica attraverso la nomina dei direttori generali o loro delegati a *Facilitatori della sperimentazione clinica*: per lo svolgimento delle funzioni conseguenti, i direttori generali si sono avvalsi in questi anni dei *Fixer*, appositamente formati, il cui ruolo di referenti aziendali era finalizzato al superamento delle criticità rilevate nei processi autorizzativi e nel corso della conduzione degli studi clinici. Le *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* devono essere intese come articolazioni organizzative aziendali che potenziano e sviluppano tali funzioni, già svolte dai fixer, anche al fine di sostenere e promuovere la ricerca indipendente locale.

È compito essenziale delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* quello di interfacciarsi con le sezioni di area vasta e pediatrica del Comitato etico regionale, al fine di garantire i processi istruttori necessari per la loro indipendente valutazione degli studi *profit* e *non profit* e, dopo l'espressione del parere, per la tempestiva stipula dei contratti economici.

3.4 Funzioni delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica*

Sono compiti specifici delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica*:

1. *supportare le attività delle sezioni di area vasta e pediatrica del Comitato etico regionale* per la sperimentazione clinica, in relazione alla valutazione della fattibilità locale dello studio e, in particolare, in relazione a:
 - l'adeguatezza della struttura;
 - gli spazi previsti per la conduzione della ricerca;
 - le risorse di personale, strutturali e tecnologiche dell'unità operativa presso cui sarà condotta la ricerca, anche in relazione alla

- compatibilità con l'attività istituzionale;
 - la coerenza della casistica posseduta dal centro rispetto al numero di pazienti reclutabili dichiarato nel protocollo;
 - la sostenibilità e la convenienza dei costi della sperimentazione anche in rapporto alle priorità assistenziali proprie dell'istituzione sede della sperimentazione;
 - la congruità degli aspetti economici;
2. *supportare gli uffici amministrativi aziendali* nel:
 - predisporre gli atti procedurali connessi agli aspetti autorizzativi ed economici necessari alla conduzione di uno studio e, in particolare, garantire che il contratto economico con il promotore sia siglato entro tre giorni dall'espressione del parere del Comitato etico competente;
 - monitoraggio amministrativo dello studio;
 - tenuta del database degli studi clinici e nella gestione dei flussi di comunicazione con le altre aziende e con la Regione;
 3. *supportare i ricercatori* nel:
 - su specifica richiesta, fornire consulenza/assistenza per l'ideazione, la programmazione e la conduzione degli studi;
 - predisporre e inoltrare alla segreteria della sezione competente del Comitato etico regionale, la domanda di autorizzazione alla conduzione di uno studio, le eventuali modifiche al protocollo o altra documentazione connessa allo studio in corso, oltre che le relazioni sullo stato di avanzamento e conclusione dello studio;
 - monitoraggio del reclutamento dei pazienti a garanzia del soddisfacimento degli impegni assunti nel protocollo approvato;
 - vigilanza sulla sicurezza del prodotto in studio;
 4. *dopo l'approvazione dello studio, tenere rapporti con il Comitato etico, i ricercatori, i promotori /CRO e gli uffici amministrativi locali e regionali;*
 5. *promuovere e supportare le attività aziendali di formazione in materia di ricerca e sperimentazione clinica.*

3.5 Composizione e organizzazione delle Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica

Le *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* necessitano di personale di alta qualificazione: a tal fine devono essere valorizzate le competenze e le esperienze professionali già maturate all'interno delle aziende nell'ambito delle sperimentazioni cliniche conformemente a quanto già definito nei punti 15 e 16 dell'Allegato A alla d.g.r. n. 418/2013 e deve inoltre essere prevista la possibilità di uno specifico reclutamento di personale ad alta specializzazione.

Sono componenti ex ufficio delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica*, il Direttore sanitario e il/i fixer aziendali individuati ai sensi della d.g.r. n. 81/2009.

Le *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* devono avere una composizione minima in grado di garantire, ai massimi livelli e con numero di personale adeguato alla quantità degli studi gestiti, almeno le seguenti competenze:

- a) competenze ed esperienza di carattere amministrativo per la gestione delle procedure aziendali finalizzate ai contratti e alle assicurazioni degli studi clinici;
- b) competenze in materia di metodologia della ricerca clinica;
- c) conoscenza degli aspetti regolatori della ricerca clinica.

I componenti delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* devono garantire indipendenza e assenza di conflitti di interesse e sono tenuti al segreto d'ufficio. Devono inoltre essere disponibili all'aggiornamento tecnico-scientifico, etico e normativo necessario alle funzioni svolte.

Ciascuna *Task Force Aziendale per la Sperimentazione Clinica* provvede a dotarsi di un proprio regolamento per l'organizzazione e il funzionamento della struttura.

3.6 Sperimentazione clinica in medicina generale e pediatria di libera scelta

Le funzioni dell'*Apposita struttura* istituita presso ciascuna azienda USL ai sensi dell'art. 3 dell'Allegato 1 del d.m. 10/05/2001 e della d.g.r. 25/06/2002 n. 658 in materia di sperimentazione clinica controllata in medicina generale e pediatria di libera scelta, sono armonizzate o integrate con quelle proprie delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica*. Il direttore generale valuta le modalità più idonee per l'integrazione o il coordinamento di tali funzioni all'interno di ciascuna azienda.

3.7 Fondi per l'istituzione e il mantenimento delle Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica

I costi per l'istituzione e il funzionamento delle *Task Force Aziendali per la Sperimentazione Clinica* devono essere sostenuti attraverso la creazione in ciascuna azienda USL di un fondo vincolato a gestione separata tramite l'identificazione di un autonomo centro di costo che faccia riferimento ad un conto economico alimentato con gli introiti derivanti dalla sperimentazione clinica *profit* svolta all'interno dell'azienda.

L'accantonamento nel fondo di tali proventi è quantificato, autonomamente da ciascuna azienda, da un minimo del 10% fino ad un massimo del 25% degli stessi, valutati al netto dei costi diretti e indiretti sostenuti dalla azienda per la conduzione delle sperimentazioni cliniche.

La definizione e la programmazione degli obiettivi e delle priorità da realizzare nella gestione di tale fondo - tracciabile e rendicontabile all'interno del bilancio economico aziendale attraverso gli strumenti della contabilità analitica sotto il controllo di gestione - è oggetto di specifico impegno da parte delle direzioni generali delle aziende sanitarie.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Gemma Brandi, fondatore e direttore della rivista "Il reo e il folle" e della Società Italiana di Psichiatria Penitenziaria; ha lavorato clinicamente negli ambiti della giustizia e della salute, creando forme di scambio pratico e teorico tra le due aree. Dirige la Commissione di Psichiatria Penitenziaria della Società Italiana di Psichiatria Forense. Fa parte della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici di Firenze.

GEMMA BRANDI

La cura che scrive

Intervento in occasione dell'incontro "Medicina e letteratura", svoltosi presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze il 21 marzo 2014.

La cura che scrive. Avrei potuto meglio titolare *La cura che narra*. Infatti, se si intende letteratura non solo come parola scritta, ma anche come trasmissione orale della narrativa, si scopre che in molte civiltà lo sciamano era il depositario della cura e della cultura. Non è quindi curioso che i medici scrivano con frequenza avvertita. Ciò premesso, si può esaminare il rapporto tra medicina e letteratura a partire da due considerazioni: la familiarità con le storie, che l'una e l'altra mantengono, e il legame tra parola e cura.

Non solo i medici, ma anche i giudici scrivono con frequenza ragguardevole, e non parlo della letteratura scientifica che esce dalle penne degli uni e degli altri. Penso piuttosto alle loro produzioni letterarie. Come mai questo accade a tali professionisti più di quanto non avvenga, ad esempio, ad architetti, ingegneri, commercialisti, eccetera? Ritengo che medici e giudici vengano a contatto con dati sensibilissimi, ovvero personalissimi, della storia di ogni uomo che si trovano a prendere in esame, una storia tentacolare che si spinge oltre la malattia e il reato, perché la malattia e il reato si insediano in un terreno, ne sono l'epifenomeno più o meno occasionale. Inoltre, la necessità di mantenere il segreto sulla vita dell'altro attraversa entrambe le professioni. Conoscenza profonda e irrinunciabile silenzio sono il primo grimaldello che spinge gli uni e gli altri a farsi portavoce di storie travestite -laddove non è raro che la realtà superi di gran lunga la fantasia- le digeriscano, quelle storie, evitando di esserne avvelenati. Come dimenticare il generoso insegnamento della psicotica-pittrice-arguta, di stanza nel manicomio di San Salvi che mi fece dono della "terapia omeopatica in psichiatria"? La donna era riuscita a farsi inserire nel certificato anagrafico del direttore dell'ospedale psichiatrico come sua figlia: si trattava di una persona senza dubbio non comune, anche in quanto a capacità di realizzare i propri piani. Avevo avuto con lei qualche scambio indiretto. Sapevo chi era e lei sapeva chi ero. Un giorno capitò -per caso? Non so- nell'ospedale in cui ero di guardia. Seppe

che mi trovavo lì e venne a "farmi visita", dicendo di avere in serbo per me un dono: il dono della "terapia omeopatica". Per trarre i frutti da un simile orientamento terapeutico, avrei dovuto trascorrere molto tempo in ospedale psichiatrico con i pazienti, il tempo che generalmente dedicano loro gli infermieri. A differenza di questi ultimi, sarei però dovuta uscire dal manicomio e recarmi in un luogo dove tirare fuori il veleno inoculato in me a causa del contatto con la pena. Compresi che mi suggeriva di rielaborare quel materiale altrimenti "tossico" attraverso una riflessione non solitaria, che favorisse la mitridatizzazione omeopatica. Pensai alla supervisione psicoanalitica, al confronto intellettuale, alla scrittura.

Scrivere per pensare, per elaborare, per digerire il veleno, ma anche per curarsi narrando storie, liberando la creatività. Il piacere antico che sottende la preghiera "raccontami una storia, ti prego raccontami una storia", l'uomo lo ritrova nel raccontare a sua volta storie. Il medico, quando non disattento e annoiato dal proprio lavoro, è immerso in una ricchezza narrativa in cui il dolore prende il sopravvento. Scrivere gli permette di diluire l'essenza dolorosa altrui e quella che a questa fa eco nel curante, ma anche di mostrare come una dialettica possa trattenere insieme la gioia e il dolore, come vi sia sempre un'altra faccia della medaglia. Quando, nel lontano Seicento, i medici erano ancora *crustos kai filosofos*, Thomas Browne introdusse, nella sua *Pseudodoxia epidemica*, il concetto di *transgressive infirmity*, di malattia trasgressiva, di debolezza intrinseca che da Adamo in poi porta l'uomo a cedere alla tentazione, a peccare, a trasformare in suscettibilità la propria originaria sensibilità, contraendo la perizia espressiva di cui dispone, a perdere la genuinità e dunque la ingenuità, a caricarsi di sensi di colpa impropri e ammalare. Eppure quella suscettibilità potrà sempre trasformarsi di nuovo in sensibilità e la malattia trasgressiva in trasgressione creativa, così come la letteratura converte in grani di gioia intellettuale il dolore di vivere.

Scrivere per non "prescrivere" soltanto -altro compito che accomuna medici e giudici- per non limitarsi a dare indicazioni terapeutiche vincolanti e passivizzanti, per veicolare la parola che curi quell'individuo. George Dumezil soste-

neva che ogni attività umana si fonda su una struttura tripartita trifunzionale autorigenantesi, costituita da sovranità e sacro, da forza e violenza e dalle virtù delle piante. Nella attività del medico questi tre rami corrispondono rispettivamente alla parola, alla chirurgia e a pozioni e unguenti. Nella psichiatria li ritroviamo nelle psicoterapie, nella coazione benigna e negli psicofarmaci. L'arte di curare con la parola è vecchia quanto la medicina. Forse se ne è smarrita progressivamente la pratica e non è escluso che la nascita della psichiatria prima, della psicoanalisi poi abbia sottratto energia alla funzione terapeutica della parola negli altri campi della cura -ora la si sta smarrendo anche in psichiatria, ahinoi! Nondimeno, se è vero che ne uccide più la lingua che la spada, è altrettanto fondata la convinzione della forza terapeutica della comunicazione verbale. Significativo il recente richiamo venuto dagli USA al mondo medico circa la necessità di risvegliare le energie terapeutiche che si annidano nell'individuo e di cui la malattia mostra il deperimento, di prendersi cura del terreno nel quale questa si insedia. A risvegliare le preziose energie autoterapeutiche, più che pozioni e unguenti, saranno l'anamnesi accorta, la domanda giusta, la considerazione pertinente, per impertinente che appaia. Solo

dopo, solo accanto potranno trovare posto le virtù delle piante, sostegni biologici e terapie incisive, e la forza e la violenza benevola del chirurgo. Non ci potremo meravigliare dunque del fatto che il medico mantenga con la letteratura un rapporto privilegiato.

Se poi, come accadeva a Enzo Jannacci, la poesia si coniuga con la musica in grado di veicolarela più facilmente, l'effetto terapeutico si moltiplica. E forse, accanto ai libri che curano, ognuno sarà disposto a sottoscrivere che molte canzoni ottengono il medesimo risultato. Ne era convinto il noto cantautore che considerava l'attività di medico irrinunciabile quanto l'altra, a differenza di Pieter Paul Rubens. Quando si trovò a svolgere funzioni diplomatiche, al passante che vedendolo dipingere mormorava intorno al fatto che un addetto all'ambasciata perdesse tempo con i pennelli, il grande fiammingo replicò di non essere un diplomatico che perdeva tempo con la pittura, semmai il contrario. Per Jannacci essere medico, poeta e cantante era un tutt'uno: non sentiva di perdere tempo né in cabaret, né in corsia e riteneva che curare lo aiutasse a comporre e cantare, e viceversa. **TM**

Info: reofolle@virgilio.it

SIMONETTA BERNARDINI, FRANCO CRACOLICI¹, ROBERTO PULCRI¹,
ROSARIA FERRERI¹, MASSIMO RINALDI¹

Medicina integrata a Pitigliano

Identikit di una necessità

Il Centro ospedaliero di Medicina Integrata della regione Toscana presso l'ospedale di Pitigliano, USL 9, Grosseto (www.usl9.grosseto/pitigliano) è frutto di un progetto sanitario avviato nel febbraio 2011. Esso prevede la sperimentazione di un innovativo setting clinico di Medicina Integrata (MI) nel reparto di medicina di Pitigliano e presso il Presidio di riabilitazione neurologica e ortopedica di Manciano. Ad oggi sono state erogate 13.000 prestazioni sanitarie ambulatoriali di omeopatia o agopuntura e sono stati trattati 500 ricoverati nelle due strutture sanitarie. Questo contributo vuole tracciare l'identikit dell'utente che richiede medicine complementari (MC) a Pitigliano poiché esso risulta essere piuttosto diverso rispetto a quanto riportato da indagini nazionali (ISTAT 2007 e

Doxapharma 2012). I dati esposti sono stati raccolti tramite un questionario anonimo ai primi 1670 utenti (816 per gli ambulatori di omeopatia e 820 per quelli di agopuntura).

Conoscenza delle medicine complementari (MC)

La fonte principale di informazione è stata il passaparola nel 82% dei casi, mentre tale modalità è stata riportata pari al 52% dei casi a livello nazionale (Doxapharma 2012). Sembra evidente che l'arrivo delle medicine complementari in un piccolo territorio incrementi la possibilità di scambiare informazioni tra cittadini che per livello sociale e culturale sono meno inclini a scegliere autonomamente tali terapie. Nel 10% dei casi l'informazione è giunta con mezzi di stampa.



Simonetta Bernardini, Pediatra, Endocrinologo, medico esperto in Omeopatia. Presidente Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata (www.siom.it). Responsabile progetto Centro ospedaliero di Medicina Integrata della regione Toscana Ospedale di Pitigliano. Tutor del Master di II Livello in Medicina Integrata Università di Siena. Responsabile scientifico della Rivista internet Omeopatia33.

¹ Centro ospedaliero di medicina integrata della regione Toscana, Ospedale di Pitigliano, USL9, Grosseto

Ininfluenza, almeno nella zona, il ruolo del farmacista (0,3%) rispetto al campione Doxapharma (12,8%). Nonostante il 61% dei pazienti abbia affermato che avrebbe voluto ricevere informazioni sulle medicine complementari dal proprio medico curante, anche a Pitigliano il coinvolgimento del medico di famiglia nelle scelte di salute del cittadino che si rivolge alle medicine complementari è tutt'ora molto scarso. Solo nell'8% dei casi infatti il paziente è stato indirizzato al centro da tale professionista (9,6%, Doxapharma 2012). Del resto alla domanda: "Conosce qual è l'atteggiamento del suo medico di famiglia nei confronti delle medicine complementari?" solo il 20% risponde che il loro medico è favorevole; per il 5% è decisamente contrario e per il 20% è indifferente. Tuttavia il 50% degli intervistati non ha risposto, dimostrando di non aver informato il proprio medico di famiglia della scelta di avvalersi anche delle medicine complementari.

Percezione di efficacia delle medicine complementari

Un questionario anonimo è stato distribuito agli utenti al primo *follow up* al Centro (analisi di 1510 questionari, 747 per omeopatia e 763 per agopuntura). Alla domanda: "Ritiene che le terapie con le medicine complementari rispetto ai suoi sintomi l'abbiano fatta sentire meglio, peggio, indifferente?" risponde meglio il 97,4% del campione; indifferente il 2,6% e peggio lo 0%. Alla domanda: "Se si sente meglio è a livello fisico, psichico o entrambi?" risponde: 40% meglio a livello fisico; 12% meglio a livello psicologico e il 48% meglio ad entrambi i livelli. Non vi sono sostanziali differenze tra i due campioni esaminati (pazienti dell'omeopatia e dell'agopuntura).

Fiducia verso una struttura ospedaliera di Medicina Integrata

Alla domanda: "Secondo lei questo servizio ha modificato la sua visione dell'Ospedale?". Il 90% degli intervistati ha risposto "Sì, in maniera migliore". Pertanto, l'apertura di un Centro di Medicina Integrata ha migliorato complessivamente la fiducia verso l'ospedale da parte della popolazione.

Identikit degli utenti

Molto alto il ricorso alla mediazione integrata degli anziani (il 45% ha età compresa tra 56 e 75 anni e il 5% ha più di 75 anni). Le differen-

ze rispetto ai dati ISTAT 2007 sono interessanti. Infatti, la prevalenza di utenti anziani delle medicine complementari a Pitigliano è molto maggiore rispetto ai dati ISTAT 2007 dove prevale l'utente di genere femminile, di livello socioculturale medio alto e di età media. Analogamente, differenze sostanziali riguardano gli utenti pensionati (50% nel nostro campione e 11% del campione ISTAT).

Motivi della richiesta di visita al Centro di medicina integrata

A Pitigliano ad avvalersi di cure integrate per malattie croniche è la quasi totalità degli utenti (97,2%) mentre circa il 40% del campione ISTAT dichiara di utilizzare le complementari in assenza di malattie croniche.

Conclusioni

La tipologia dell'utente di Medicina Integrata a Pitigliano è molto diversa da quella riportata da indagini nazionali. Le differenze riguardano in particolar modo: l'età media e la categoria sociale. Quasi tutti gli utenti ricorrono alla medicina integrata per la cura di malattie croniche, insignificante la percentuale di coloro che sono in buona salute. Il livello di soddisfazione è molto alto, analogo a quello riportato da ISTAT, sebbene l'indagine di ISTAT faccia riferimento prevalentemente ad una popolazione più giovane e più sana. Questi dati dimostrano che l'erogazione di medicine complementari nel servizio sanitario pubblico incrementa l'accesso a questa tipologia di trattamento da parte di categorie sociali più fragili e bisognose. Ne consegue che l'indagine ISTAT nazionale non sembra aver individuato il bisogno di integrazione delle cure con medicine complementari, quanto piuttosto la possibilità di soddisfare tale bisogno a seguito di migliori condizioni socio-economiche e maggiori possibilità di accesso alle informazioni. I dati raccolti, per contro, suggeriscono che, qualora le medicine complementari si rendano disponibili per tutti i settori della popolazione, ad usufruirne siano soprattutto le classi più deboli (anziani e persone più bisognose perché affette da malattie croniche spesso gravate da comorbidità). È infine importante sottolineare come la sperimentazione in corso abbia migliorato la fiducia dei cittadini nei confronti della struttura ospedaliera. **TM**

Info: bernardini@s-bernardini.it

BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina Servizi online - BACHECA già suddivisa 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.

FRANCESCO CERAUDO

Marcire in carcere

Questa è al momento attuale la sconcertante, drammatica fotografia delle nostre carceri.

Una situazione assolutamente intollerabile che ci deve far vergognare davanti al mondo intero.

Si registra una eccessiva concentrazione della popolazione detenuta per metro quadrato di struttura alla stregua di un cimitero dei vivi (indice di sovraffollamento pari al 145%).

La cella è per il detenuto e per tutto il tempo in cui vi è ristretto l'intero mondo. In essa vive di giorno e di notte, mangia, dorme, cucina, esplica le sue funzioni corporali, legge, scrive, sogna ad occhi aperti.

Inevitabilmente si arriva così al formarsi nelle celle di un microclima caratterizzato da elevata umidità in un ambiente già di per sé umido per le mura vetuste, da diminuzione dell'ossigeno, da aumento dell'anidride carbonica o da inquinamento con altro gas di origine corporea o liberatosi da alimenti non più freschi o da muffe ambientali.

Il microclima è molto nocivo alla salute.

I recenti, frastagliati provvedimenti legislativi messi in cantiere tra mille compromessi e stridenti contraddizioni non sono in grado di far acquisire risultati apprezzabili sul piano pratico ed operativo.

E questo non è assolutamente sufficiente, perché le continue retate delle Forze dell'Ordine riequilibrano subito i numeri senza soluzione di continuità.

Al 31 Gennaio 2014 sono presenti circa 62.000 detenuti in riferimento a 45.000 posti letto.

Circa 22.000 sono i detenuti stranieri, le cui etnie più rappresentative sono il Marocco, la Romania, l'Albania e la Tunisia.

Le donne presenti in carcere sono 2.672, mentre i bambini sono 35.

Circa 1100 sono gli internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

L'internamento in una struttura carceraria rappresenta una delle occasioni più paradossali per lo stress, poiché ogni individuo che vi viene sottoposto avverte uno stato profondo di sofferenza, di affannosa incertezza, di paura, di costrizione, di impossibilità di intervento.

È naturale, pertanto, che la convivenza carceraria sia generalmente contrassegnata da uno stato permanente di stress.

Dobbiamo sforzarci di capire l'atteggiamento che assume l'individuo allorché si trovi nelle condizioni di vedere limitata ogni sua pos-

sibilità di movimento e ogni libertà di determinazione, dalle attività più semplici (alimentazione, riposo) a quelle più complesse (lavoro, esperienze di vario tipo).

Il sovraffollamento carcerario implica effetti terribilmente negativi:

- privazione della possibilità di movimento e della facoltà di organizzazione della vita quotidiana;
- difficoltà e disagi provocati dalla ristrettezza degli spazi a disposizione;
- indeguatezza assoluta di tutti i servizi (igienici e di cucina);
- aumento di conflittualità tra i detenuti stessi appartenenti a etnie diverse; una babele di lingue, di religioni, di usi e costumi.
- difficoltà estrema a svolgere qualsiasi attività giornaliera;
- totale impossibilità ad essere adibito al lavoro;
- viene reso più difficoltoso l'apprendimento di un mestiere.

Diminuisce inevitabilmente la sorveglianza generale da parte della Polizia Penitenziaria con ripercussioni a volte anche tragiche come i casi di autolesionismo e di suicidio.

Diviene naturalmente più frammentario l'intervento degli psicologi, degli educatori, degli assistenti sociali.

Vi sono letti a castello fino a rasentare il soffitto. Uno accanto all'altro. Talora anche i materassi per terra.

Mancano complessivamente 17.000 posti letto.

A ritmo incalzante la Corte Europea dei diritti dell'Uomo inoltra al Governo italiano severissimi richiami per ripristinare con urgenza le norme di legalità in carcere.

Ci accusano addirittura di *tortura ambientale*, una vera e propria pena aggiuntiva che offende e calpesta la dignità e la salute delle persone.

La detenzione può essere messa in condizione di acquisire dei risultati concreti soltanto se si comprenderà che l'io del detenuto riceverà un sostegno e sarà messo in condizioni di potersi sviluppare solo con tecniche di riabilitazione che siano positive e creative.

Acquisiscono, pertanto, la loro peculiare e significativa importanza sia il concetto di individualizzazione e di territorialità della pena, sia quella del lavoro penitenziario, inteso questo come fattore di rieducazione, come esperienza qualificante capace di aiutare il detenuto a ritro-



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

vare pienamente il senso della sua identità civile e della sua dignità umana.

In tale contesto sarebbe molto significativo ed importante acquisire spazi per coltivare gli interessi affettivi sull'esempio fornito ormai da tutti i Paesi Europei.

Si prende atto con ampia soddisfazione che dopo 8 anni dall'approvazione della legge Fini-Giovanardi, la Corte Costituzionale ne ha sentenziato l'illegittimità. I guasti erano ormai sotto l'attenzione di tutti. Le carceri si sono riempite intanto di tossicodipendenti.

Se l'obiettivo della legge Fini-Giovanardi era il contenimento del consumo delle droghe attraverso l'inasprimento delle pene, tutto si è risolto in un fallimento annunciato.

I numeri con crescita esponenziale di tossicodipendenti finiti in carcere testimoniano in termini incontrovertibili che era stata imboccata una strada profondamente sbagliata.

I tossicodipendenti non hanno prospettive dietro le sbarre.

Sull'esempio della Regione Toscana bisogna prefigurare le Comunità terapeutiche come prospettiva naturale per i tossicodipendenti.

Ora tocca alla legge Bossi-Fini, altra legge liberticida.

Il trattamento disumano e degradante in cui si traduce il sovraffollamento carcerario è vietato dall'Art.3 della Convenzione dei Diritti dell'Uomo.

Elementari diritti come la dignità e la salute delle persone vengono sistematicamente aggrediti e violentati.

Il sovraffollamento favorisce il contagio, la diffusione delle malattie infettive, rendendo assolutamente insufficienti i già precari servizi igienici.

Si avverte la sensazione materiale di non avere aria da respirare.

Vengono rese impraticabili le più elementari

condizioni di vita e di igiene.

Gravi elementi di turbolenza caratterizzano l'atmosfera di una cella e risultano sempre molto frequenti gli atti di autolesionismo in un contesto dove l'abuso degli psicofarmaci diventa una costante insopprimibile.

Suicidi e tentativi di suicidio in crescita esponenziale sono la testimonianza tangibile di un gravissimo stato di malessere.

Vi è, pertanto, la necessità divenuta ormai inderogabile di rimodulare l'uso o meglio l'abuso della detenzione preventiva, promuovendo il ricorso alle pene alternative.

Le stesse responsabilità della Magistratura di Sorveglianza vanno richiamate per il riconoscimento delle pene alternative al carcere e per mandare a casa i detenuti seriamente malati.

La situazione ripugnante in cui sono costretti a vivere i detenuti, invoca necessariamente un'inversione di tendenza che al momento attuale può essere assicurata da un atto di amnistia e indulto.

Solo ed esclusivamente in questi termini il nostro Paese può rientrare nella legalità ottemperando le direttive del Consiglio d'Europa.

Per il momento le carceri sono lontanissime dalle tutele previste dalla Costituzione, anzi costituiscono un corpo estraneo rispetto alla stessa Costituzione.

Bisogna incrementare le misure alternative al carcere.

Non si può e non si deve far ricorso al carcere in modo spasmodico per regolare le situazioni critiche del Paese.

Non si può ricorrere sempre ed esclusivamente al carcere per neutralizzare magari la povertà, il disagio, la marginalità.

Il carcere deve rappresentare comunque l'*extrema ratio*.

TM

Info: ceraudo.f@gmail.com



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

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

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

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

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

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

ANTONIO PANTI

La questione femminile

Le **Tabelle 1 e 2**, che pubblichiamo, sono tratte dal "Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato" e si riferiscono all'anno 2012. Non hanno bisogno di molti commenti; è evidente l'inversione di genere rispetto all'età tra i medici dipendenti e come il gap tra uomini e donne rispetto agli incarichi di struttura complessa si modifichi a favore delle donne, ma senza corrispondenza aritmetica. Traducendo i dati in percentuali si ottiene la Tabella 3, che espone quel che già sappiamo con icastica precisione.

La **Tabella 3**: il dato degli infra 39enni ha poco valore data l'esiguità del campione. Il numero delle donne aumenta col diminuire delle età considerate, ma il numero delle colleghe direttrici di unità complessa non aumenta parimenti, anche se si incrementa col diminuire delle età considerate.

Tabella 1 - L'età dei dipendenti del SSN per qualifica (2012)

Qualifica	0-39		40-54		55-64		65 e oltre		Media
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Medici e veterinari	5.398	13.962	30.376	22.926	32.849	13.311	1.171	107	51,57
Medici	5.303	13.769	28.142	22.142	30.593	13.098	1.140	107	51,46

Tabella 2

Qualifica	0-39		40-54		55-64		65 e oltre		Media
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Dirigente medico con incarico di struttura complessa (rapporto esclusivo)	4	6	1.265	305	5.233	902	480	27	58,53
Dirigente medico con incarico di struttura complessa (rapporto non esclusivo)	1	1	58	2	205	4	16	0	58,26
Dirigente medico con incarico di struttura semplice (rapporto esclusivo)	32	49	3.612	1.962	7.371	2.945	236	33	56,20
Dirigente medico con incarico di struttura semplice (rapporto non esclusivo)	5	5	241	37	332	19	10	1	55,34
Dirigenti medici con altri incarichi professionali (rapporto esclusivo)	4.851	13.032	20.888	19.244	15.882	8.956	355	42	49,73
Dirigenti medici con altri incarichi professionali (rapporto non esclusivo)	360	576	1.932	516	1.433	236	37	3	50,93
Dirigenti medici a tempo determinato	50	100	146	76	137	36	6	1	49,51

Tabella 3

Distribuzione delle donne medico rispetto agli uomini:

8% più di 65 anni
28% tra i 55 e i 64
42% tra i 40 e i 54
72% tra i 25 e i 39

Donne con incarico di direttore di struttura complessa:

0.5% sopra i 65 anni
15% tra i 55 e i 64
20% tra i 40 e i 54
60% sotto i 39 anni

Anche nella medicina generale la percentuale delle donne medico è molto più alta sotto i 40 anni di età. Adesso i coordinatori di AFT sono quasi tutti uomini, il che non può non cambiare in futuro. Infine le donne in ospedale più spesso occupano posizioni dirigenziali nei servizi piuttosto che nella clinica, in particolare in chirurgia.

In futuro gli ostacoli che rendono più difficile la carriera alle donne (fondamentalmente la gestione familiare) potrebbero permanere, ma tale ipotesi contrasta con la realtà ineludibile dei numeri e con le evidenti trasformazioni sociali. Leggi e contratti non possono più essere tarati su una popolazione prevalentemente maschile e l'ambiente di lavoro non può non attrezzarsi per il benessere delle nuove generazioni di professionisti della sanità. Quindi si dovrebbero realizzare quei cambiamenti che le



Antonio Panti, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Naz.le degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. Dal 1998 è Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

stesse donne medico auspicano e l'assistenza al paziente diventare, grazie alla prevalenza femminile, più umana e amichevole. Altresì potrebbero prevalere nella scala gerarchica quelle donne che assomigliano più agli uomini per aggressività e ambizione. Come al solito la sentenza spetta ai posteri ma, comunque, una mutazione della professione ci attende e non può essere che positiva. Le giovani colleghe non possono tradire la speranza comune in una professione migliore.

TM



Giuseppe Spinelli, Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi Firenze nel 1992, si specializza in Chirurgia Maxillo-Facciale presso l'Università degli Studi di Milano. Direttore F.F. della S.O.D.c Traumatologia Maxillo-Facciale AOU-Careggi. Ha eseguito circa 2700 interventi chirurgici come primo operatore in campo traumatologico, oncologico e malformativo cranio-maxillo-facciale



Marco Innocenti, Laureato presso l'Università di Firenze nel 1981 si è successivamente specializzato in Ortopedia e Traumatologia, in Chirurgia della Mano e in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva presso la medesima Università. Le tecniche microchirurgiche sono state perfezionate presso il Center for Microsurgical Studies di Louisville (USA), l'Albert Einstein Medical Center di New York e la Chinese University di Hong Kong. È attualmente Direttore della SOD Complessa di Microchirurgia Ricostruttiva della AOU Careggi di Firenze e Direttore F.F. della SOD complessa di Chirurgia Plastica Ricostruttiva.

¹ S.O.D. Chirurgia e Traumatologia Maxillo-Facciale; AOU, Firenze

² S.O.D. Chirurgia Plastica Ricostruttiva e Microchirurgia; AOU, Firenze

G. SPINELLI, T. AGOSTINI¹, D. ROCCHETTA¹, F. ARCURI¹, M. INNOCENTI, L. DELCROIX², C. BALDRIGHI², G. MENICHINI²

Il trattamento demolitivo e ricostruttivo dei tumori maxillo-facciali

Bilancio degli ultimi tre anni

I tumori maligni della testa e del collo rappresentano, a livello mondiale, circa il 10% del tasso globale di neoplasie nel sesso maschile ed il 4% nel sesso femminile. Negli ultimi anni, nella popolazione maschile, si è assistito ad una progressiva diminuzione dell'incidenza dei tumori maligni del cavo orale e dell'orofaringe, mentre nel sesso femminile il trend è in aumento a seguito di un incremento dell'abitudine al fumo.

Nel 2012, in Italia, si sono registrati 9.500 nuovi casi di tali neoplasie ed è previsto un incremento fino a 11.200 casi nel 2020 e 12.500 casi nel 2030. A livello nazionale, la Toscana si posiziona in un range intermedio con 10 nuovi casi registrati all'anno ogni 100.000 abitanti; alcune regioni, quali Veneto e Friuli Venezia Giulia, sono gravate da un maggior tasso di incidenza (18 casi/100.000 abitanti/anno).

Durante il triennio 2011-2013, presso la AOU, sono stati trattati chirurgicamente 51 casi di neoplasie solide del distretto maxillo-facciale (28 maschi e 23 femmine, età media: 72,1 anni; range: 45-98 anni). Il carcinoma squamocellulare del cavo orale è stato l'istotipo più frequente (26 casi), seguito dal carcinoma cutaneo invasivo (12 pazienti), dal tumore maligno delle ghiandole salivari maggiori e minori (11) e dai melanomi (3).

Ciascun paziente è stato inserito in un protocollo diagnostico-terapeutico; in tutti i casi la biopsia incisionale della lesione è stata eseguita in regime ambulatoriale come primo step; successivamente, mediante TC e/o RMN sono state valutate le dimensioni della neoplasia (T), l'eventuale presenza di linfadenopatie cervicali (N) e le potenziali metastasi a distanza (M). In alcuni casi è stata eseguita la PET ("unknown primary" e "recurrence") per la stadiazione preoperatoria e la ricerca di eventuali metastasi a distanza. Infine, ciascun caso clinico è stato discusso in maniera collegiale dal GRUPPO ONCOLOGICO MULTIDISCIPLINARE (GOM) prima della decisione terapeutica.

I principali interventi chirurgici eseguiti sono stati: parotidectomia con conservazione (3 casi),

e sacrificio (4 pazienti) del VII nervo cranico; mandibulectomia (10 pazienti); maxillectomia (13 casi) e glossectomia (9). Lo svuotamento laterocervicale è stato eseguito come radicale modificato in 8 casi e funzionale in 23 pazienti. La tracheotomia temporanea è stata necessaria in 36 casi. Sono stati inoltre trattati chirurgicamente tre casi pediatrici di tumori maligni del mascellare superiore e della mandibola con resezione e ricostruzione microchirurgica presso l'Ospedale Pediatrico Meyer.

I difetti tissutali residui dopo resezione chirurgica sono stati ricostruiti da una singola équipe chirurgica (chirurgo maxillo-facciale) con lembi loco-regionali in caso di perdite di sostanza lievi/moderate (29 pazienti). Sono stati eseguiti i seguenti tipi di lembi: miocutaneo temporale (9), miocutaneo pettorale (5), miocutaneo frontale (4), lembo genieno sec. Mustardè (2), lembo FAMM (1), lembo di muscolo dorsale (1) e lembi locali di trasposizione/avanzamento (7). Per ampie escissioni si sono resi necessari lembi microchirurgici liberi prelevati da altre aree anatomiche quali braccio, avambraccio, gamba, coscia, addome e regione dorsale. Cute, tessuti molli ed osso prelevati da questi distretti sono dotati di una rete vascolare propria (il cosiddetto "peduncolo", rappresentato da un'arteria ed una vena adeguatamente individuati preoperatoriamente tramite l'ausilio di un EcoColorDoppler) e sono stati trapiantati a livello cervico-facciale mediante anastomosi microchirurgiche con i vasi locali riceventi (Figura 1).

Gli interventi che hanno richiesto un tempo ricostruttivo (22 pazienti) sono stati condotti da due équipes (chirurgo maxillo-facciale e microchirurgo ricostruttore). In tutti i casi la resezione chirurgica e l'allestimento del lembo sono stati eseguiti simultaneamente con i seguenti tipi di lembi liberi: osteocutaneo di perone (7 casi), fasciocutaneo anterolaterale di coscia (7 casi), miocutaneo di gran dorsale (4 casi), miocutaneo di retto addominale (2 casi), muscolare di grande rotondo (1 caso), fasciocutaneo antibrachiale radiale (1 caso).

Al follow-up clinico sono stati registrati 6 decessi per cause correlate alla malattia di base con un tasso medio di sopravvivenza a 2 anni dell'88.2%. Secondo quanto emerso dalla nostra esperienza clinica, il carcinoma del cavo orale risulta una neoplasia curabile con una prognosi più favorevole rispetto ad altre neoplasie solide; quattro sono i fattori cardine per aumentare l'Overall Survival (OS) ed il Disease Free Survival (DFS): la diagnosi tempestiva per trattare il tumore in stadio precoce (T1-T2), l'imaging associato alla stadiazione, con lo scopo di favorire un approccio multidisciplinare al paziente, il trattamento loco-regionale della neoplasia mediante intervento chirurgico ed infine la terapia multimodale (chirurgia associata

a radio-chemioterapia), mirata e personalizzata in base allo stadio e al tipo di neoplasia di ciascun paziente.

Per quanto riguarda le prospettive future, la chirurgia robotica e la navigazione intraoperatoria rappresentano allo stato attuale le innovazioni tecnologiche maggiormente discusse dalla letteratura scientifica internazionale. La chirurgia robotica è indicata soprattutto per trattare le patologie maligne orofaringee; la navigazione intraoperatoria è utilizzata con successo per pianificare la ricostruzione maxillo-mandibolare con lembi liberi.

TM

Info: info@giuseppespinelli.it

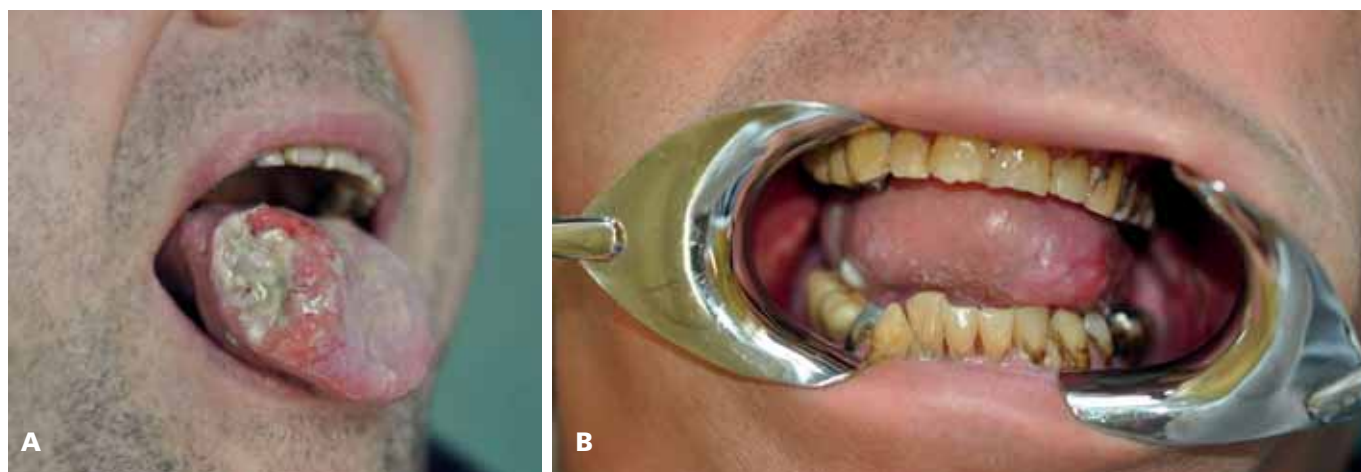


Figura 1 - Carcinoma squamocellulare emilingua destra T3N1M0 trattato chirurgicamente con: tracheotomia, emiglossectomia destra allargata, svuotamento laterocervicale selettivo destro (I-IV), ricostruzione microchirurgica con lembo libero fasciocutaneo anterolaterale di coscia (A); follow-up a 4 mesi (B).

IACOPO SARDI, BARBARA SPACCA², SILVIA SCOCCIANTI³, SILVIA FARINA¹,
FLAVIO GIORDANO², STEFANIA CARDELLICCHIO¹, ANNA MARIA BUCCOLIERO⁴,
BENEDETTA AGRESTI³, MASSIMILIANO SANZO², DANIELA GRETO³, FEDERICO MUSSA²,
MAURIZIO DE MARTINO¹, LORENZO GENITORI²

Il medulloblastoma metastatico: una malattia curabile

Il medulloblastoma (MB) è la neoplasia maligna del sistema nervoso centrale (SNC) più frequente in età pediatrica (20-25%). È un tumore molto aggressivo della fossa cranica posteriore che dissemina molto velocemente attraverso le vie liquorali. Circa l'80% dei casi già alla diagnosi possono presentarsi come malattia metastatica sia nel liquor (M1) e/o nel sistema ner-

voso centrale (M2-M3). La classificazione OMS colloca il medulloblastoma tra i tumori neuroepiteliali del sistema nervoso centrale nel sottogruppo dei tumori embrionali con grado IV di malignità. Il medulloblastoma è ulteriormente classificato in vari sotto-istotipi sulla base delle caratteristiche istologiche, immunoistochimiche e molecolari. Le varianti "a grandi cellule"



Iacopo Sardi, Pediatra, Biologo, spec. in Genetica Medica. Dal 2008 anni si occupa del trattamento e dell'attività di ricerca sui tumori del sistema nervoso centrale presso l'Ospedale Pediatrico Meyer. Autore di oltre 80 pubblicazioni su riviste internazionali.

ed "anaplastica" sono particolarmente aggressive e spesso sono già disseminate all'esordio. La maggiore o minore radicalità dell'intervento neurochirurgico è senz'altro importante ai fini del successo terapeutico che si avvale della radioterapia e chemioterapia somministrata anche ad alte dosi.

Il ruolo del neurochirurgo nel management del paziente con medulloblastoma si esplica sia nella gestione delle alterazioni della dinamica liquorale, come il quadro di franco idrocefalo che si manifesta alla diagnosi in circa il 40% dei casi, sia nella chirurgia maggiore di asportazione del tumore. Il controllo dell'idrocefalo avviene preferibilmente con tecnica endoscopica, allo scopo di non lasciare in situ protesi esogene e controllare il flusso liquorale in maniera quanto più fisiologica possibile, o in alternativa con drenaggio esterno o interno. La chirurgia ha come scopo l'asportazione del tumore quanto più radicale possibile, qualora ciò non sia possibile, di lasciare il residuo tumorale minimo nel rispetto sempre dell'integrità neurologica del paziente. In questo contesto il neurochirurgo è spesso la prima figura a entrare in contatto con il paziente e la sua famiglia e ad attivare il network specialistico multidisciplinare che gestirà tutti gli aspetti della cura e del follow-up del medulloblastoma.

Tradizionalmente i pazienti con medulloblastoma sono stratificati in rischio standard e ad

alto rischio sulla base di presenza di metastasi all'esordio (M1-M4), di un residuo post chirurgico > 1,5 cm² o sotto-istotipo a prognosi sfavorevole. La caratterizzazione molecolare dei medulloblastoma ha recentemente dimostrato che le lesioni che presentano amplificazione del complesso cMYC/N-MYC hanno prognosi sfavorevole e quindi da considerarsi ad alto rischio.

Trenta anni fa il tasso di sopravvivenza a 5 anni si aggirava intorno al 20%. Oggi, i trial clinici controllati hanno mostrato che grazie alla maggior accuratezza nella stadiazione iniziale e all'approccio multidisciplinare è stato possibile raggiungere una sopravvivenza globale di oltre il 90% nei medulloblastoma a rischio standard e intorno al 70% per i bambini con medulloblastoma ad alto rischio. Tuttavia, il prezzo della guarigione è spesso elevato in termini di sequele tardive che si manifestano in deficit neurocognitivi, endocrino-metabolici e dell'accrescimento somatico. Gli aspetti di riabilitazione intensiva e correzione di tali deficit sono oggi parte integrante del piano terapeutico a cui questi bambini vengono sottoposti.

La Neuro-Oncologia del Meyer applica, per il medulloblastoma ad alto rischio in pazienti di età superiore ai 36 mesi, un protocollo "front-line" nato da un'esperienza dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano che prevede, successivamente all'intervento neurochirurgico, una che-

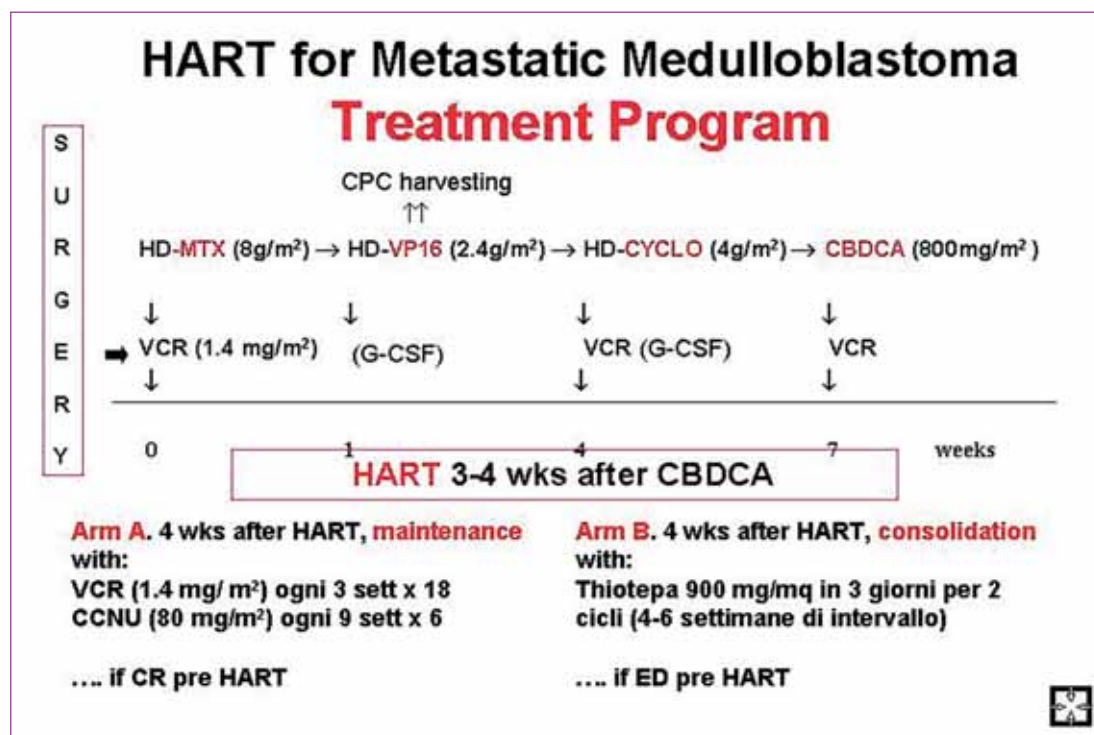


Figura 1 - Outline del protocollo terapeutico per i medulloblastomi metastatici sopra i 3 anni di età (Gandola et al, 2009). Subito dopo la fase di induzione viene eseguita una rivalutazione della malattia con RM craniospinale ed esame liquorale mediante rachicentesi esplorativa.

¹ Neuro-Oncologia - Dip. Pediatria Internistica, AOU Meyer, Firenze

² Neurochirurgia - Dip. Neurosensoriale, AOU Meyer, Firenze

³ Radioterapia Oncologica - AOU Careggi, Firenze

⁴ Patologia - AOU Meyer, Firenze

mioterapia di induzione (4 cicli) con raccolta di cellule staminali emopoietiche, seguita da un trattamento radiante iperfrazionato accelerato (HART) ed in caso di persistenza di malattia dopo la fase di induzione, un consolidamento con le alte dosi di chemioterapia e rescue con cellule staminali autologhe (Figura 1).

L'approccio multidisciplinare ha permesso di raggiungere ottimi risultati in termini di sopravvivenza nel nostro gruppo di 16 pazienti (età 3-19 anni). L'analisi di sopravvivenza ha evidenziato che a 4 anni oltre 80% dei nostri pazienti affetti da medulloblastoma metastatico è vivo allineando quindi la sopravvivenza dei medulloblastoma metastatici alle forme non metastatiche all'esordio (Figura 2).

Durante le procedure endoscopiche di terzo-ventricolocisternostomia (VCS) eseguite per il controllo dell'idrocefalo e della ipertensione intracranica alla diagnosi sono state riscontrate alterazioni a carico dell'ependima ventricolare compatibili con disseminazione metastatica della malattia (Figura 3). Tale quadro clinico e neuroradiologico di presentazione all'esordio della malattia in ambito diagnostico riguarda circa il 40% del totale dei pazienti con medulloblastoma. Circa la metà di questi all'endoscopia presentava tali alterazioni che tuttavia non risultavano visibili all'esame di risonanza magnetica dell'encefalo. Una accurata analisi di tale dato con un adeguato follow-up e il progressivo arruolamento di pazienti nell'indagine stessa auspicabilmente porterà a definire se tali alterazioni andranno considerate, in termini di stadiazione e quindi di terapia adiuvante, come segno di malattia avendo conseguentemente un impatto prognostico importante soprattutto in quei pazienti nei quali sia la risonanza magnetica sia l'esame del liquor risultano essere negativi per ulteriore disseminazione della malattia.

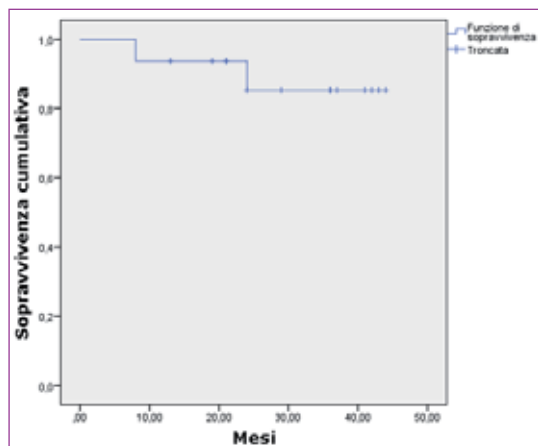


Figura 2 - Curva di sopravvivenza cumulativa (Kaplan-Meier) dei pazienti arruolati all'Ospedale Pediatrico Meyer dal 2008.

La radioterapia è necessariamente basata su studio TC per eseguire un trattamento conformazionale personalizzato per ogni singolo caso. Il volume di trattamento deve includere l'intero asse cranio-spinale (encefalo, midollo spinale, cauda e radici spinali) in considerazione del rischio di diffusione leptomenigeale ed è seguito poi da un sovradosaggio sulla sede del tumore primitivo e su eventuali sedi di malattia macroscopica. La particolarità del protocollo HART consiste nell'utilizzo di bifrazione giornaliero con dose per frazione leggermente inferiore alle dosi giornaliere utilizzate comunemente al fine di ridurre la tossicità tardiva correlata al trattamento. Inoltre, nei pazienti di età inferiore a 10 anni il protocollo prevede, allo scopo di aumentare l'indice terapeutico, dosi differenziate a seconda della risposta ottenuta con la chemioterapia di induzione. Presso la Radioterapia dell'AOU Careggi, che da anni collabora con la Neuro-Oncologia del Meyer, è stato recentemente installato un apparecchio di Tomoterapia che permette di migliorare ulteriormente l'indice terapeutico del trattamento di irradiazione craniospinale.

La stadiazione iniziale migliorata associata all'efficacia del trattamento adiuvante in fase di induzione ha permesso che l'uso delle alte dosi e il trapianto autologo sia limitato solo ad porzione dei nostri pazienti (43%), mentre altri protocolli di prima linea garantiscono ad ogni paziente regimi tossici di condizionamento per garantire gli stessi tassi di sopravvivenza.

È quindi facile da intuire come l'insieme di una corretta stadiazione iniziale che si avvale anche della valutazione endoscopica in corso di VCS per idrocefalo associata a una chirurgia radicale e a un trattamento chemio-/radioterapico ha potuto drasticamente migliorare la prognosi per questi piccoli pazienti. Inoltre l'uso limitato delle alte dosi di chemioterapia ha portato ad un sostanzioso risultato in termini di "quality of life" diminuendo il tasso di sequele iatrogene a medio e lungo termine. **TM**

Info: i.sardi@meyer.it



Figura 3 - Immagine endoscopica che mostra il pavimento del 3° Ventricolo con impianti nodulari di sospetta natura neoplastica.



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 della Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002.

ALBERTO DOLARA

Aspirina in cardiologia ed in oncologia

Certezze e incertezze

Introduzione

Scrivere sull'aspirina è una impresa ardua e potrebbe ritenersi superflua dato il numero di studi e pubblicazioni: su Google al termine "aspirina" si ottengono oltre tre milioni di citazioni, e gli articoli scientifici peer view riportati su Medline al termine "aspirin" superano i 50mila. Persistono tuttavia controversie sulla valutazione del rapporto rischio/beneficio e sulle indicazioni all'uso del farmaco nelle varie categorie di pazienti. Inoltre mentre sono studiati da tempo gli effetti dell'aspirina sulla prevenzione e terapia delle malattie cardiovascolari vi sono recenti studi che indicano un'azione positiva anche nella prevenzione dei tumori maligni. Per la pratica clinica può essere utile una revisione sintetica della letteratura sull'argomento.

Prevenzione e terapia delle malattie cardiovascolari

- Dalla maggioranza degli studi la prevenzione con aspirina viene considerata efficace nei pazienti ad alto rischio (precedenti cardiovascolari, storia familiare di eventi cardiovascolari gravi). In questa popolazione l'assunzione di aspirina determina una riduzione significativa di tutti gli eventi cardiovascolari gravi, infarto miocardio non fatale, ictus non fatale e morte cardiovascolare. I benefici sono considerati superiori al rischio di emorragie maggiori provocate dal farmaco.
- Nei soggetti senza precedenti malattie cardiovascolari, o con alcuni fattori di rischio quali diabete, fumo, ipercolesterolemia, obesità, vasculopatie periferiche, ipertensione i dubbi sulla reale efficacia dell'aspirina nel prevenire eventi cardiovascolari gravi sono maggiori delle certezze considerando i risultati ottenuti (riduzione del numero d'infarti del miocardio nell'uomo e dell'ictus nelle donne) ed il rischio di sanguinamenti maggiori. L'evidenza positiva dell'uso dell'aspirina in questi pazienti è pertanto limitata.
- Anche se rimane l'incertezza sulla dose (minima) efficace e sugli effetti indesiderati col variare delle dosi la maggior parte degli studi concludono che l'aumento della dose aumenta il rischio emorragico. Viene pertanto




consigliata una bassa dose del farmaco.

- La "resistenza" all'aspirina, che ha una prevalenza non ben nota ed è difficile da riconoscere, si verifica in quei soggetti nei quali il medicamento non è capace di inibire la produzione di trombossano; ha come conseguenza che una certa percentuale di pazienti rimangono a rischio di sviluppare eventi vascolari acuti nonostante il trattamento; sono necessari ulteriori studi per determinarne la dimensione.
- Occorre porre attenzione alla somministrazione di aspirina nei pazienti di età >70 ed, in quelli con precedenti affezioni gastrointestinali; il farmaco non è consigliato per prevenire complicanze tromboemboliche nei pazienti con scompenso cardiaco congestizio.
- Le associazioni di aspirina con clopidogrel, anticoagulanti orali, medicinali antinfiammatori non steroidei e cortisonici a dosi elevate inducono sicuramente un aumento del rischio emorragico; viene suggerita inoltre un'azione negativa dell'aspirina anche nei soggetti che assumono betabloccanti ed ACE inibitori.

Prevenzione e terapia delle malattie neoplastiche

- Ricerche recenti hanno evidenziato una riduzione nel lungo termine dell'incidenza delle neoplasie nei pazienti che avevano assunto aspirina tutti i giorni per la prevenzione di

Tabella riassuntiva

	Pazienti con fattori ad alto rischio cardiovascolare; pazienti con forme ereditarie di malattie del colon-retto e di altri tumori.
	Pazienti con fattori di rischio minori; pazienti oltre i 70 anni; con precedenti situazioni emorragiche o affezioni gastrointestinali; in trattamento con betabloccanti ed ace-inibitori; nella prevenzione primaria delle affezioni neoplastiche.
	Soggetti senza fattori di rischio, oppure pazienti in trattamento con clopidogrel, anticoagulanti orali, medicinali antinfiammatori non steroidei o dosi elevate di corticosteroidi; pazienti in scompenso cardiaco congestizio.

complicazioni cardiovascolari. L'assunzione del farmaco in questi pazienti potrebbe pertanto avere una duplice azione positiva. Inoltre non sembrano persistere dubbi sull'efficacia preventiva e curativa dell'aspirina in popolazioni selezionate di pazienti a rischio elevato di neoplasie (poliposi adenomatosa familiare o sindrome di Lynch, predisposizione ereditaria al cancro del colon retto ed altri tumori). Ci si interroga tuttavia se sia prematuro considerarla un agente preventivo nella profilassi primaria delle neoplasie nella popolazione a basso rischio in quanto non si conosce ancora con precisione quale sia la dose minima efficace, e non sono completamente chiariti i meccanismi con i quali l'aspirina effettua l'azione antitumorale.

Conclusioni

Sono passati oltre 100 anni da quando l'acido acetilsalicilico è stato brevettato col nome di aspirina dalla Bayer. Oltre all'azione positiva del farmaco ormai accertata nella prevenzione

e terapia delle malattie cardiovascolari nei pazienti ad alto rischio le viene attualmente attribuita anche quella di prevenzione e terapia delle malattie neoplastiche. Gli effetti positivi di una duplice azione risulterebbero particolarmente apprezzabili data la crescente coesistenza di più patologie nello stesso paziente. L'uso dell'aspirina viene raccomandato anche in popolazioni selezionate di pazienti a rischio elevato di neoplasie, mentre rimane incerto il suo ruolo nella prevenzione primaria dei tumori. La terapia con aspirina richiede notevole attenzione da parte del clinico nella valutazione del rapporto rischio/beneficio ed è sempre necessario che il trattamento venga concordato col paziente stesso. Occorre inoltre sottolineare che l'assunzione del medicamento non deve oscurare la necessità di modificare stili di vita inadeguati ed eliminare i fattori ambientali che possono influenzare negativamente la nostra salute. **TM**

Info: elisa.dolara@tin.it

GIOVANNI PAOLO SANTORO

Parlare senza corde vocali

Il tumore laringeo è presente nella popolazione italiana in percentuali variabili da 3 a 5 casi ogni 100.000 abitanti. L'incidenza è notevolmente maggiore fra gli uomini rispetto alle donne; tra i principali fattori di rischio si ricordano il fumo di sigaretta e l'alcool (l'associazione di entrambi moltiplica le probabilità di malattia).

Negli ultimi anni la radioterapia e le tecniche chirurgiche di exeresi laser e di laringectomia parziale hanno permesso di preservare il laringe in un'alta percentuale di casi. Tuttavia per tumori molto estesi o nei casi di fallimento delle terapie sopracitate, bisogna ricorrere alla laringectomia totale. Quest'ultimo mutilante intervento chirurgico prevede la completa rimozione del laringe con numerose conseguenze fra le quali le più importanti sono la separazione delle vie aeree dalle vie digestive con la realizzazione di una tracheostomia (abboccamento della trachea alla cute del collo) e la perdita totale della capacità di parlare (Figura 1).

Le possibilità di riabilitazione vocale nei laringectomizzati sono sostanzialmente tre e la scelta tra queste deve essere presa singolarmente per ogni paziente secondo la sua volontà, capacità e necessità quotidiane.

La voce esofagea (erigomfonica) viene

prodotta grazie alla deglutizione di aria immagazzinata nell'esofago distale e poi emessa con eruttazioni ritmiche tali da far vibrare la mucosa del faringe. Il suono così prodotto può essere articolato per parlare. La voce esofagea è la più utilizzata dai laringectomizzati, può avere tutte le caratteristiche fisiche della voce normale e permette un buon inserimento lavorativo e sociale. Fra i limiti di questa tecnica ci sono: difficoltà nell'apprendimento (che a volte non è possibile per ragioni anatomiche), problemi psicologici all'utilizzo e la scarsa fluenza del linguaggio per la continua necessità di rifornirsi di aria.

Il laringofono (laringe artificiale) è uno strumento elettrico a batteria dotato alla sua estremità di una membrana che vibra quando viene schiacciata. Si utilizza premendolo contro la cute del collo producendo un suono monotono che può essere utilizzato per parlare. Tra i suoi vantaggi vi sono la facilità di utilizzo e l'emissione di una voce discretamente comprensibile ma la necessità di avere una mano impegnata con lo strumento e l'emissione di una voce di tonalità meccanica ne limitano l'indicazione ai pazienti più anziani o che non possono essere riabilitati in altro modo.



Giovanni Paolo Santoro, specializzato in Otorinolaringoiatria nel 2008 c/o l'Università di Siena. Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria dal 2009 c/o l'Asl Cuneo 1, 2010 c/o l'AOU Senese e dal 2011 afferito alla SOD Otorinolaringoiatria 2 dell'AOU Careggi di Firenze. Dottore di ricerca in Biomedicina e Scienze Immunologiche nel 2012

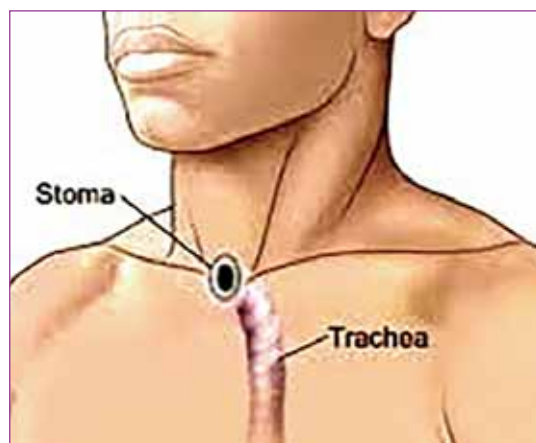


Figura 1 - Tracheostoma definitivo in un laringectomizzato.

La protesi fonatoria (voce tracheo-esofagea) è sicuramente il metodo più innovativo e per molti anche il gold standard nella riabilitazione fonatoria del paziente laringectomizzato. Si tratta di un tubo in silicone con due flange alle sue estremità e una valvola monodirezionale al suo interno (Figura 2).

La protesi fonatoria viene inserita a cavallo fra parete posteriore della trachea e parete anteriore dell'esofago dopo aver creato chirurgicamente una fistola fra i due organi. In questo modo chiudendo il tracheostoma, l'aria dei polmoni in espirazione può essere deviata, attraverso la protesi, nell'esofago e quindi permettere la fonazione. La voce così ottenuta sarà fluente, intelligibile e sicuramente più fisiologica rispetto a quella erigomfonica, in quanto utilizza l'aria proveniente dai polmoni (Figura 3).

Il posizionamento della protesi fonatoria può avvenire in concomitanza con l'intervento di laringectomia totale (tecnica primaria) o anche a distanza di tempo nel caso di fallimento nell'apprendimento della voce esofagea (tecnica secondaria). Le protesi fonatorie richiedono una semplice gestione domiciliare ed hanno una durata media di 6-8 mesi e pertanto devono essere cambiate periodicamente con una procedura ambulatoriale veloce e indolore. Nella maggior parte dei casi l'utilizzo della voce tracheo-esofagea ha permesso di migliorare radicalmente la qualità della vita dei laringectomizzati che hanno riacquisito una quotidianità perfettamente normale.

Presso la SOD di Otorinolaringoiatria 2



Figura 2 - Protesi fonatoria

dell'AOU Careggi di Firenze diretta dal dr. Massimo Squadrelli Saraceno, nell'ambito della riabilitazione dei pazienti con patologie oncologiche del distretto cervico-facciale, esiste un apposito percorso per i laringectomizzati portatori di protesi fonatoria, gestito da un gruppo di otorinolaringoiatri e logopedisti esperti nel settore. Tutto comincia con la selezione dei soggetti idonei e, dopo la procedura di posizionamento chirurgico, continua con controlli ambulatoriali durante i quali viene insegnato a gestire e sfruttare al meglio la protesi fonatoria. Periodicamente vengono anche organizzati degli incontri fra questi pazienti che possono così confrontarsi e in cui i più esperti insegnano a coloro che sono stati operati da poco tempo a "parlare con voce nuova". **TM**

Info: santorogp@aou-careggi.toscana.it



Figura 3 - Deviazione dell'aria dalla trachea all'esofago attraverso la protesi fonatoria.

PRONTO DOTTORE? ...

Pubblichiamo alcuni stralci delle tragicomiche odissee dei pazienti che ogni giorno telefonano ai centralini degli ospedali toscani. Gli autori raccontano con ironia come le persone comuni cerchino di accostarsi a un linguaggio spesso distante o poco comprensibile come quello dei medici.

Operatrice: Pronto, signora, devo chiamare suo figlio, ha un cellulare?

Donna: (dopo un po') Sì...

Operatrice: Ah... E me lo può dare, per favore?

Donna: (dopo una esitazione più lunga) No...

Operatrice: Perché, scusi?

Donna: (dopo una esitazione lunghissima) Perché ce l'ha lui in tasca! ...

ROBERTA RICCIARDI, GABRIELLA GIULIANO¹

La miastenia

Metodologia per l'avvio di un percorso assistenziale dedicato presso l'AOU di Pisa



Roberta Ricciardi è spec. in Neurologia. Si è sempre dedicata alla ricerca sulla Miastenia Gravis e alla cura dei pazienti affetti da questa malattia c/o l'AOU di Pisa. È autrice di pubblicazioni scientifiche e di libri indirizzati alle particolari problematiche di questa patologia e di chi ne viene colpito. È Resp. dell'Amb. Miastenia c/o l'AOU di Pisa ed è Presidente dell'Associazione Italiana Miastenia Onlus.

Introduzione

La Miastenia Gravis (MG) è una malattia complicata, scarsamente conosciuta e riconosciuta con difficoltà. In Italia sono pochi i medici che se ne occupano attivamente e moltissimi i pazienti ancora in attesa di diagnosi o di cure appropriate. Fino ad oggi è stata una malattia confinata a pochi esperti ed è ancora un male oscuro per la maggior parte della popolazione. In Italia si stima che ne siano colpite più di 10.000 persone di cui circa il 70% al di sotto di trent'anni anche se non esistono limiti di età per l'insorgenza. All'ambulatorio dell'AOU di Pisa sono stati presi in carico, a tutt'oggi, più di 4.600 pazienti, quindi circa il 50% di tutti i casi presenti nel nostro Paese. Si può pertanto affermare che la struttura pisana sia un punto di riferimento nazionale, e non solo, rappresentando una delle eccellenze della Sanità toscana.

La Miastenia Gravis è una grave malattia neurologica autoimmune in cui vengono prodotti autoanticorpi diretti contro il recettore acetilcolinico o contro la membrana muscolare, con conseguente alterazione della trasmissione neuromuscolare e progressiva esauribilità muscolare che può arrivare fino all'impossibilità a compiere anche i movimenti più vitali. L'insnesco di questo processo autoimmune avviene principalmente nel timo che, in questi pazienti, presenta, nella maggior parte dei casi, delle alterazioni patologiche iperplastiche o neoplastiche. La timectomia, unitamente alle diverse terapie mediche specifiche, rappresenta quindi un intervento particolarmente utile nel percorso terapeutico di questi pazienti.

La grande variabilità dei quadri clinici, che caratterizza questa malattia, può spesso rendere difficoltosa la diagnosi e possono trascorrere an-

che mesi o anni senza che venga riconosciuta. La carenza di esperti rende spesso poi difficile l'applicazione delle corrette terapie con conseguenti gravi disagi per chi ne viene colpito. Per ogni paziente esiste quindi non solo il "calvario" della diagnosi ma anche quello della difficile ricerca del Centro competente per la messa a punto di una cura appropriata e del relativo impegnativo *follow-up*. La presa in carico di questi malati prevede infatti non solo un **percorso neurologico**, a volte anche cronico, ma anche il supporto di altre figure professionali, alcune con ruoli particolarmente fondamentali come quello del **chirurgo toracico** per la timectomia, dell'**oncologo** per il monitoraggio del timoma, dell'**anestesista** per la messa a punto di anestesi personalizzate e la gestione delle crisi miasteniche, dello **pneumologo** per le insufficienze respiratorie transitorie.

Dalla consapevolezza dell'importanza di tali necessità assistenziali specialistiche, per questo tipo di pazienti, è nato quindi un percorso, intorno all'Ambulatorio Miastenia dell'AOUP, che ha potuto svilupparsi nel corso degli anni fino a rendere necessario anche un riassetto organizzativo. Si è così formalizzato un vero e proprio Percorso Diagnostico Terapeutico strutturato anche con richiesta di risorse dedicate. Stante la carenza di dati consolidati, nella quantizzazione dei fabbisogni assistenziali del percorso si è dovuti ricorrere ad una metodologia epidemiologica di valutazione del fabbisogno assistenziale molto in uso nei passati decenni, allorquando, in assenza di flussi informativi, si poteva ricorrere ai soli dati di sintesi.

Il presente lavoro si riferisce alla metodologia elaborata ed ai risultati conseguiti.

Tabella 1 - Volumi ed attività certificata presso l'ambulatorio miastenia

Pazienti iscritti nell'anagrafe dell'ambulatorio (*)	4.631
Attività registrata	Media biennio 2011-2012
Prime visite	295
Controlli	1178
Controlli in ricovero	1152
Totale visite	2625
Timectomie	52

(*) Dati aggiornati al 30 marzo 2014.

¹ Epidemiologa, Esperta in Valutazione Statistica dei Fabbisogni Assistenziali, DMP - AOU, Pisa

Materiali e metodi

La Tabella 1 riporta i dati rilevabili presso detto ambulatorio. Come negli anni '70-'80, in epoca che possiamo definire pre-tecnologica, si è utilizzata una metodologia epidemiologica all'epoca conosciuta come *interrogazione del sistema esperto*. Si è proceduto cioè all'analisi puntuale del percorso tramite domande strutturate al neurologo responsabile dell'Ambulatorio Miastenia da parte dell'epidemiologo-statistico. Obiettivo dell'analisi è stato quello, da un lato di disegnare il percorso, ogni volta cercando di puntualizzare, per ogni step indagato, la % di soggetti che, a parere del neurologo (i.e., *il sistema esperto*), necessitavano di tale assetto assistenziale, contemporaneamente verificando se e quanto le sue affermazioni, conducessero o meno ai dati complessivi di Tabella 1. Stante la necessità di corri-

spondenza, ad ogni contraddizione tra sistema esperto e dati di sintesi, si sono sottoposte a verifica le stime di volta in volta fornite, fino ad ottenere una congruenza tra stime e dati consolidati. Ciò ha ovviamente richiesto più di una revisione dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

Risultati

Le Figure 1-3 mostrano le carte di flusso del percorso per le *prime visite*, all'interno delle quali, per ogni step, sono inserite le % congruenti con i dati di sintesi. Analogamente, la Figura 4 mostra la carta di flusso relativo ai pazienti in *visita di controllo*. In testa alla Figura 1 ed alla Figura 4 sono inoltre riportati i tempi di visita in carico essenzialmente al neurologo (circa 95 min. per le *prime visite* e 45 min. per i *controlli*). Pertanto, a partire dai dati di Tabella 1, si sono potute defini-

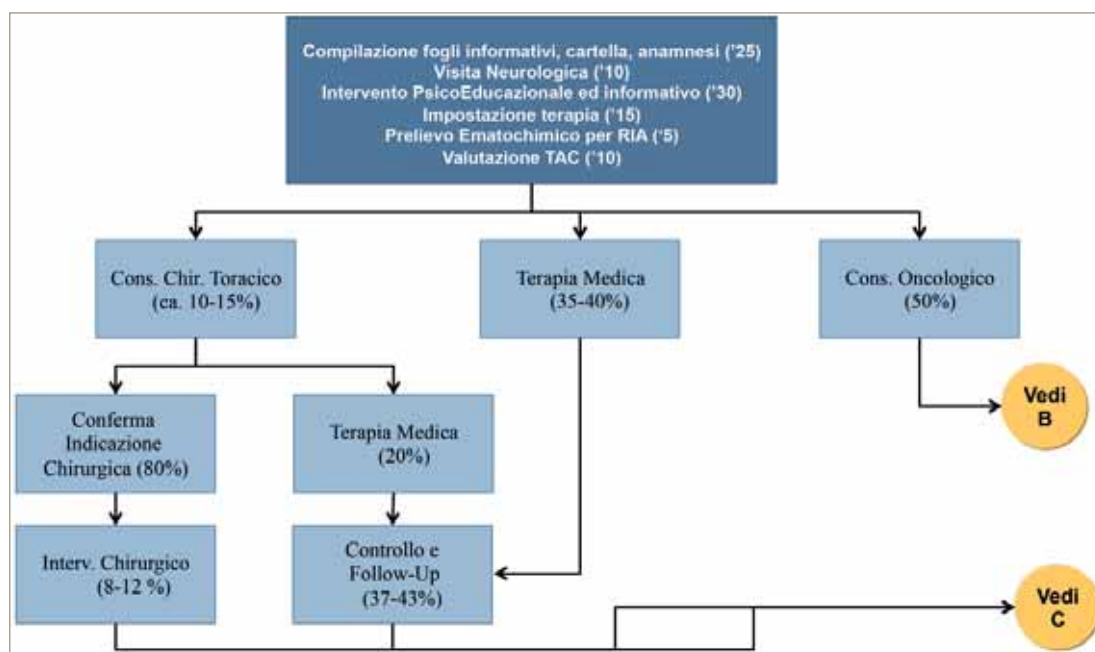


Figura 1 - (A) Percorso Prima Visita. Circa 300 pazienti/anno

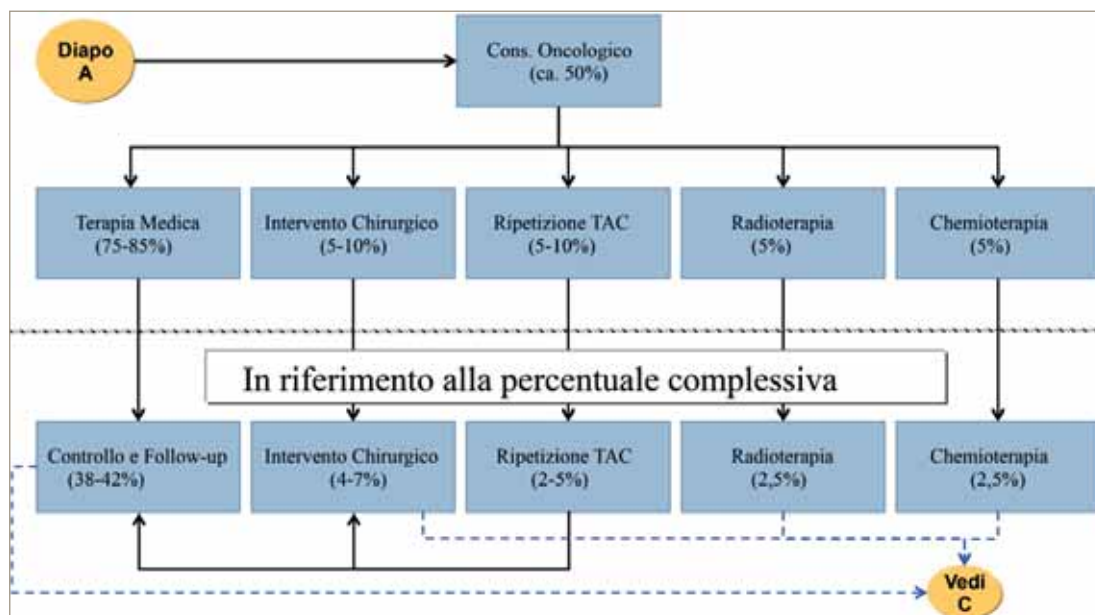


Figura 2 - (B) Percorso Prima visita, Continua (Valutazione Oncologica)

re le necessità assistenziali delle diverse specialistiche concorrenti, vuoi per consulenza (es. Consulor Chirurgico Toracico), vuoi per intervento diretto (es. Intervento di timectomia) al completamento del percorso, sia per *prime visite* (Figura 5), che per *controlli* (Figura 6).

Per quanto riguarda questi ultimi, in caso di necessità di controllo TAC, questo viene effettuato presso la residenza e non è in carico al Percorso Miastenia.

Per ciò che attiene al fabbisogno assistenziale di ricovero ad integrazione dei dati disponibili presso l'ambulatorio e relativi alle sole timectomie e ai volumi complessivi di consulenze interne, si è fatto ricorso anche alla ricerca sulle SDO del 2012 e 2013, dei codici di diagnosi o copatologia della Miastenia Gravis.

Complessivamente pertanto, nella Tabella 2 è riportato il carico assistenziale gravante sul neurologo per così dire "in assistenza diretta" nonché per quella "in consulenza" nei confronti degli specialisti maggiormente coinvolti nel percorso. Va detto infatti che il neurologo dell'ambulatorio è chiamato in causa e partecipa direttamente anche all'attività consulenziale la quale si svolge essenzialmente al di fuori degli spazi e dei tempi dedicati ai pazienti ambulatoriali.

Infine, ai carichi citati, vanno comunque aggiunti (e sono esplicitati in tabella) i tempi trascorsi in sala operatoria essendo il neurologo sempre presente durante gli interventi di timectomia.

Tutto ciò quantizza il fabbisogno assistenziale – diretto o indiretto – dei pazienti che gravitano fisicamente sulla struttura vuoi per cure ambula-

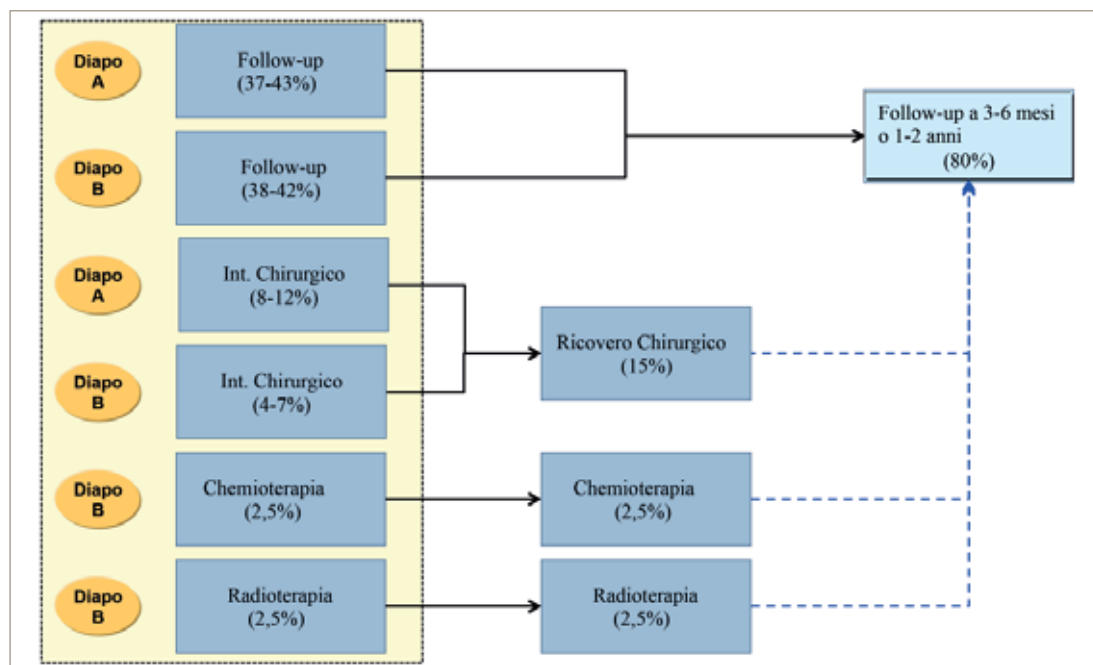


Figura 3 - (C) Percorso Prima visita, Continua

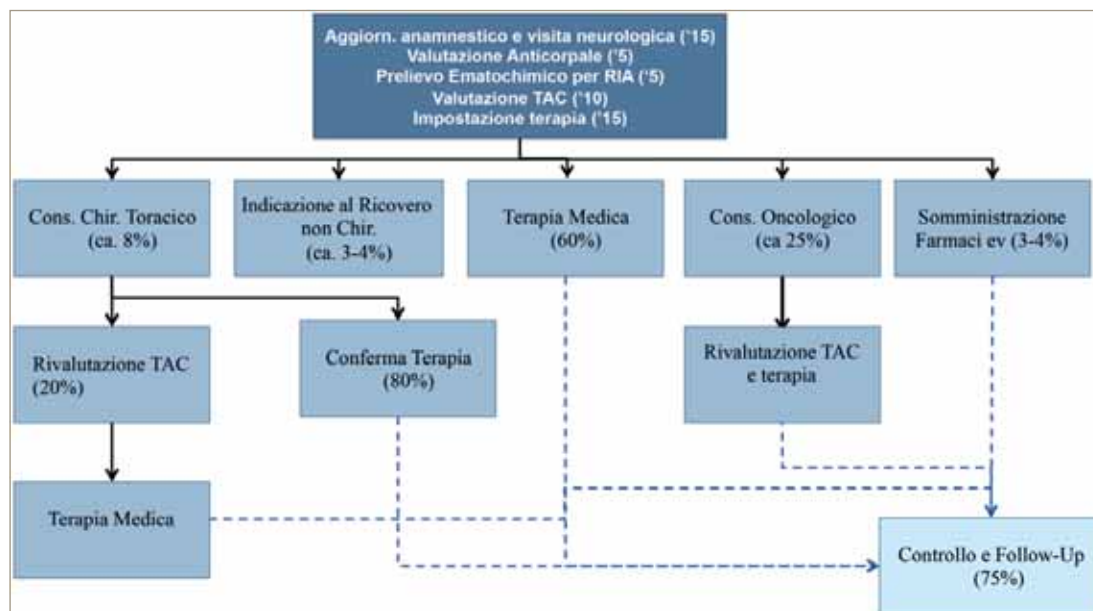


Figura 4 - Percorso Controlli Ambulatoriali: Circa 1.200 Controlli/anno

toriali, vuoi per ricovero. Inoltre, tra una visita e l'altra, i pazienti necessitano molto spesso anche di consulenza a distanza e contattano il neurolo-

go a mezzo di mail, fax, telefonate ed sms. Monitorando, seppure in modo non puntuale, una settimana di richieste di contatti a distanza, si

Tabella 2 - Stima del carico assistenziale per il personale dell'ambulatorio miastenia

	Volumi attività per:		Tempi di assistenza	
	anno	settimana	Minuti per prestazione	Ore per settimana (*)
Prime visite	300	6,3	95	9,9
Controlli	1200	25,0	45	18,8
Assistenza in ricovero	1212	25,3	40	16,8
Sala operatoria	50	1,0	270	4,7
Consulto Chir. Toracico	134	2,8	15	0,7
Consulto Oncologico	450	9,4	30	4,7
Consulto anestesiologicalo (**)	48	1,0	30	0,5
Totale				56,0

(*) Il carico assistenziale è calcolato su 48 settimane/anno

(**) Il consulto anestesiologicalo non è riportato nelle carte di flusso in quanto generalmente connesso all'int. Chirurgico

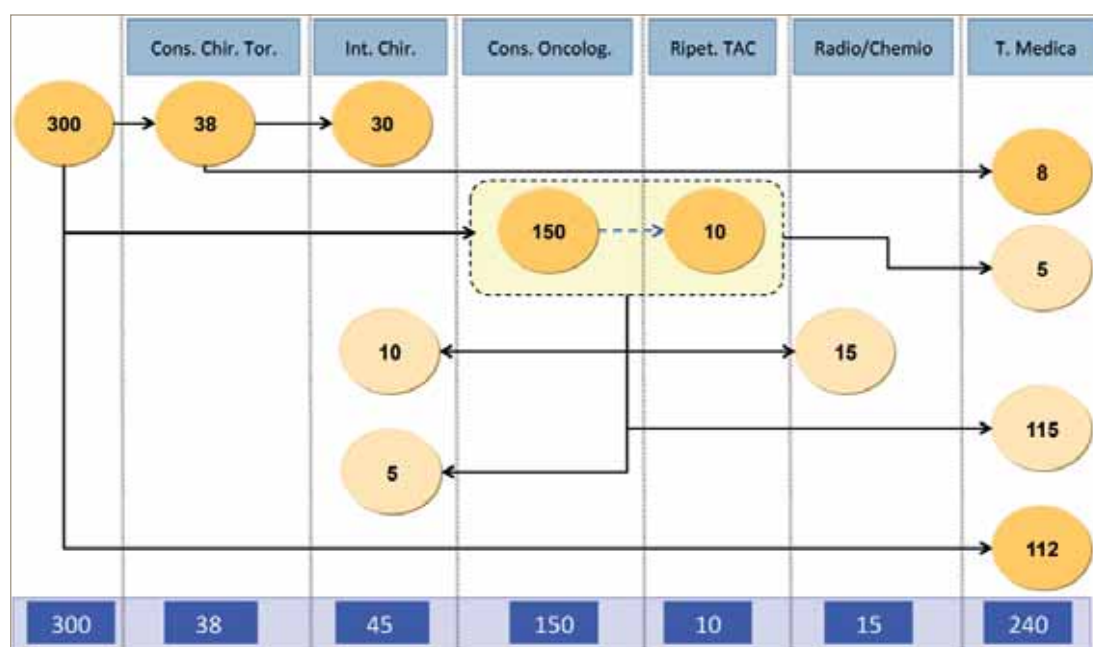


Figura 5 - Necessità assistenziali annuali del percorso "prima visita"

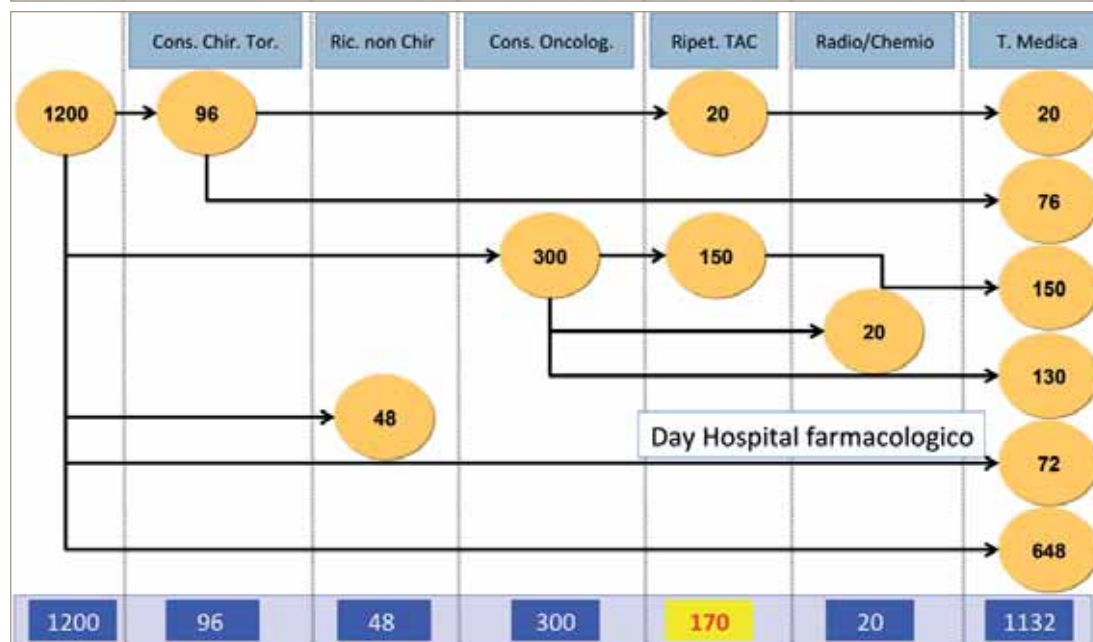


Figura 6 - Necessità assistenziali annuali del percorso "controlli ambulatoriali"

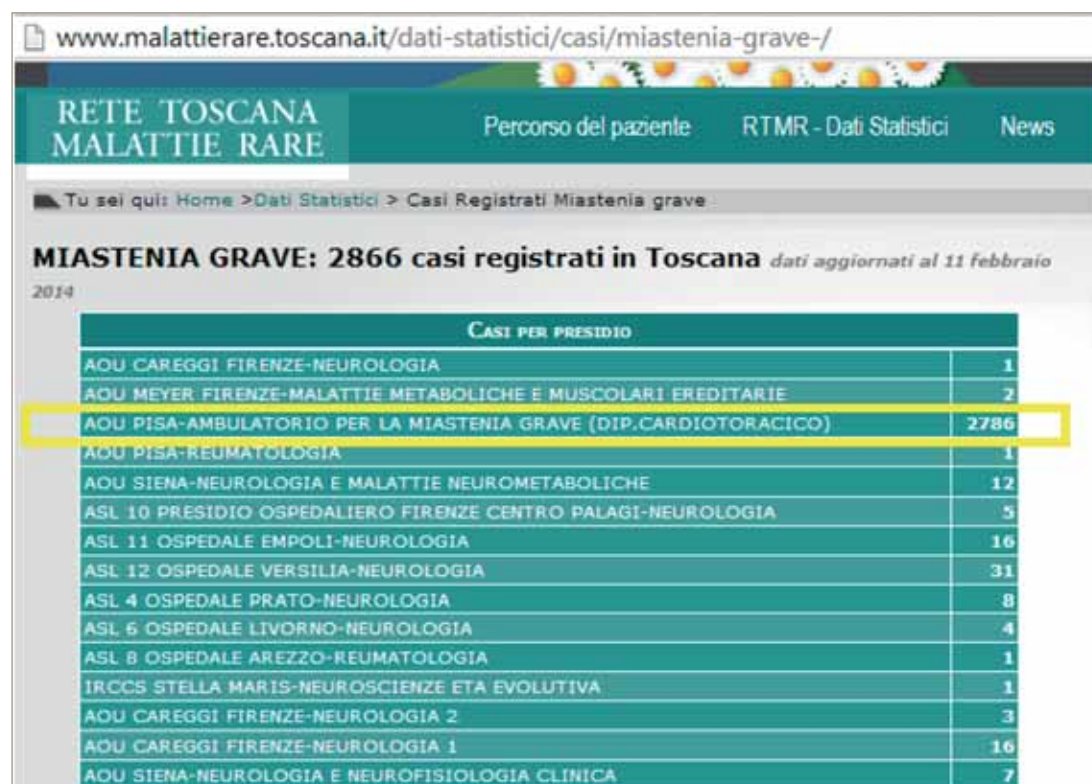


Figura 7 - Pazienti con MG inseriti nel Registro Toscano Malattie Rare

è potuto verificare come il loro volume si aggiri intorno alle 500/settimana. Da una stima, pur approssimativa dei tempi dedicati per i contatti a distanza se ne deduce un carico di circa 20 ore settimanali. Tale rilievo è tra l'altro congruente con i circa 900 pazienti in lista di attesa per un primo accesso.

Commenti e conclusioni

Quanto sopra riferito trova conferma anche nel numero dei soggetti miastenici che hanno dato consenso all'iscrizione nel Registro Toscano delle Malattie Rare (Figura 7): su 2.886 casi di Miastenia Gravis registrati, ben 2.786, pari al 97,2% sono in carico all'ambulatorio dell'AOUP.

Stante il carico assistenziale dimostrato ne deriva quindi la necessità che il Percorso Miastenia supporti l'Ambulatorio con un **numero adeguato di specialisti neurologi dedicati e particolarmente istruiti nella cura di questa malattia** anche per garantire una continuità

assistenziale nella gestione di tale complessa patologia. Al fianco dei neurologi devono ruotare, in modo fortemente strutturato, gli specialisti già coinvolti nelle collaborazioni già in atto in via informale. Data l'intensa **attività collaterale di filtro della domanda nonché di comunicazione anche a distanza, si ritiene inoltre indispensabile dotare l'ambulatorio anche di risorse infermieristiche dedicate**. In ultimo, ma non per importanza, **una tale attività necessita di spazi ambulatoriali adeguati** che tengano conto anche di idonei spazi per l'attesa, visto che i pazienti sono regolarmente accompagnati a visita da uno a tre familiari.

I risultati ad oggi ottenuti e il richiamo di un numero così elevato di pazienti sulla struttura dell'AOUP, unitamente alla costante ed incrementale richiesta, sono il risultato di una metodica assistenziale che si è fondata, in tutti questi anni, su tre elementi essenziali (Figura 8):

1) La **collaborazione multidisciplinare** con più specialisti coinvolti nelle problematiche inerenti la Miastenia Gravis.

2) La **terapia personalizzata** accurata, costruita su ogni paziente e che tiene conto delle numerose varianti cliniche esistenti in questo tipo di patologia.

3) L'**attenzione affettiva**. Riteniamo infatti "cura nella cura" ed elementi mai da trascurare, l'importanza fondamentale dell'accoglienza e della presa in carico anche umana di pazienti affetti da una malattia rara e costretti a percorsi diagnostici e terapeutici da loro descritti come veri e propri "calvari".

TM



Figura 8 - La cura pisana della Miastenia

Info: robertaricciardi@live.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".

GAVINO MACIOCCO

Rapporto OCSE 2014 sui sistemi sanitari

Il profilo italiano

Tutti gli anni, a luglio, l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - OECD, *Organisation for Economic Co-operation and Development*) pubblica i dati statistici sulla sanità dei 33 paesi aderenti (dagli USA alla Germania e il Regno Unito, fino ai nuovi ingressi come Slovacchia e Ungheria).

Oltre ai dati statistici generali il Rapporto annuale contiene delle note sui singoli paesi. Di seguito la nota sull'Italia.

In **Italia**, la spesa sanitaria rappresentava il 9.2% del PIL nel 2012, una percentuale molto vicina alla media dei paesi OCSE (9.3%). La quota di PIL rappresentata dalla spesa sanitaria in **Italia** rimane tuttavia assai inferiore a quella degli Stati Uniti (che ha speso il 16.9% del PIL per la sanità nel 2012) come pure a quella di altri paesi europei come i Paesi Bassi, la Francia, la Svizzera e la Germania. Il settore pubblico è la principale fonte di finanziamento della sanità

in quasi tutti i paesi dell'OCSE. In **Italia**, il 77% della spesa sanitaria è stato finanziato da fonti pubbliche nel 2012, un tasso superiore alla media OCSE (72%).

Come in molti altri paesi europei, la spesa sanitaria in Italia è diminuita negli ultimi anni, a seguito degli sforzi del governo per ridurre i disavanzi di bilancio nel contesto della crisi economica. Stime preliminari suggeriscono che queste riduzioni della spesa sanitaria hanno continuato a un tasso pari a -3% in termini reali nel 2013 (Figura 1).

In molti paesi OCSE, tra cui l'Italia, una riduzione della spesa farmaceutica ha contribuito alla riduzione complessiva della spesa sanitaria. In Italia, la spesa farmaceutica è diminuita ogni anno dal 2009, con una riduzione di oltre il 6% in termini reali nel 2012. Tra il 2008 e il 2012, la spesa per i farmaci è scesa del 14% in termini reali (Figura 2). La riduzione di spesa è proba-

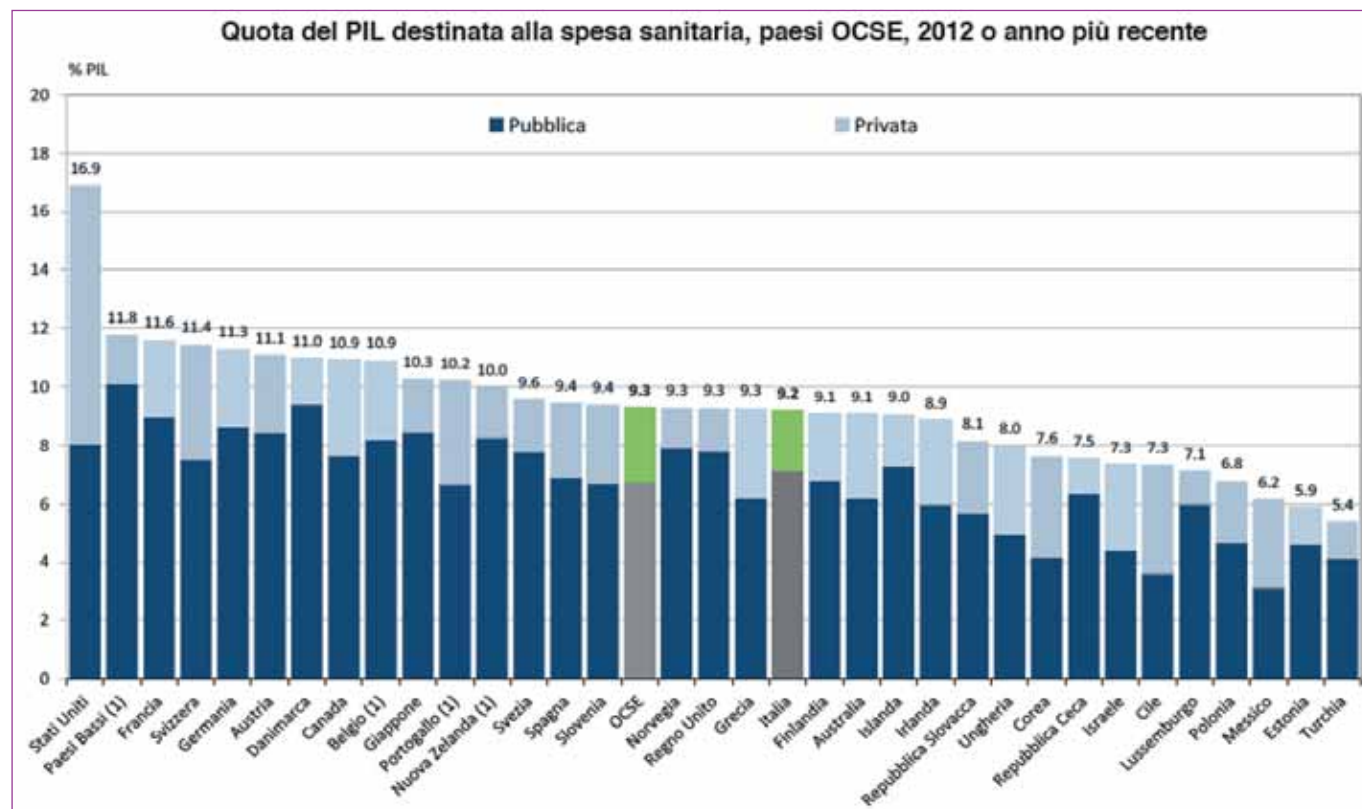


Figura 1

bilmente dovuta, in parte, al contenimento dei tetti di spesa a livello regionale. Altre possibili cause sono la riduzione dei margini per grossisti e farmacie e il taglio dei prezzi dei farmaci generici sulla base di un sistema di prezzi di riferimento. La quota di mercato dei farmaci generici in Italia è aumentata negli ultimi anni (dal 6% del 2008 al 9% nel 2012), ma rimane molto inferiore a quelle osservate altri paesi OCSE.

Stato di salute e fattori di rischio

Nel 2012, la speranza di vita alla nascita in Italia era di 82.3 anni, oltre due anni in più rispetto alla media OCSE (80.2 anni). Solo il Giappone, l'Islanda, la Svizzera e la Spagna hanno registrato una speranza di vita superiore a quella dell'Italia nel 2012.

L'Italia ha ottenuto buoni risultati nella lotta

Tabella 1 - Cifre chiave per l'Italia da OECD Health Statistics 2014

	Italia		Media OCSE		Classificato tra i paesi OCSE*
	2012	2000	2012	2000	
Stato di salute					
Aspettativa di vita alla nascita (anni)	82.3	79.9	80.2	77.1	5 su 34
Aspettativa di vita alla nascita, uomini (anni)	79.8	76.9	77.5	74.0	7 su 34
Aspettativa di vita alla nascita, donne (anni)	84.8	82.8	82.8	80.2	5 su 34
Aspettativa di vita a 65 anni, uomini (anni)	18.5	16.7	17.7	15.6	10 su 34
Aspettativa di vita a 65 anni, donne (anni)	22.1	20.7	20.9	19.1	5 su 34
Mortalità per malattie cardiovascolari (tassi standardizzati per età per 100 000 ab.)	256.0	(2010) 373.6	296.4	428.5	18 su 34
Mortalità per cancro (tassi standardizzati per età per 100 000 ab.)	216.4	(2010) 244.7	213.1	242.5	13 su 34
Fattori di rischio per la salute (comportamentali)					
Consumo di tabacco tra gli adulti (% di fumatori regolari)	22.1	24.4	21.0	26.0	13 su 34
Consumo di alcol tra gli adulti (litri pro capite)	6.1	(2010) 9.3	9.0	9.5	31 su 34
Tassi di obesità tra gli adulti, dati auto-riferiti (%)	10.4	8.6	15.4	11.9	26 su 29
Tassi di obesità tra gli adulti, dati misurati (%)	22.7	18.7	..
Spesa sanitaria					
Spesa sanitaria come % del PIL	9.2	7.9	9.3	7.7	19 su 34
Spesa sanitaria pro-capite (US\$ PPP)	3209	2030	3484	1888	19 su 34
Spesa farmaceutica pro-capite (US\$ PPP)	514	441	498	300	15 su 33
Spesa farmaceutica (% della spesa sanitaria)	16.9	22.7	15.9	17.9	14 su 33
Spesa sanitaria pubblica (% della spesa sanitaria)	77.3	74.2	72.3	71.4	13 su 34
Spesa sanitaria a carico dei pazienti (% della spesa sanitaria)	18.8	23.1	19.0	20.5	13 su 34
Risorse sanitarie					
Numero di medici (per 1000 ab.)	3.9	..	3.2	2.7	8 su 34
Numero di infermieri (per 1000 ab.)	6.4	..	8.8	7.5	22 su 34
Posti letto in ospedale (per 1000 ab.)	3.4	4.7	4.8	5.6	20 su 34

* Nota: I paesi sono classificati in ordine decrescente di valori.

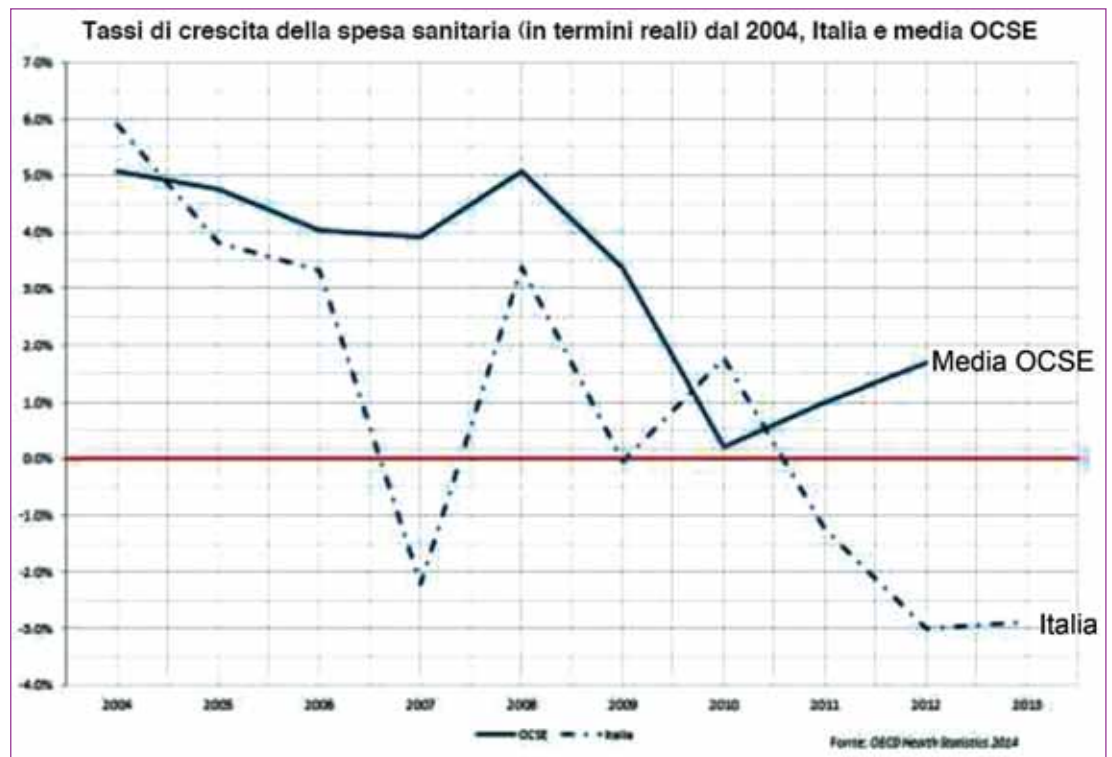


Figura 2

contro il fumo, facendo registrare nel 2012 un tasso di fumatori del 22.1%, contro il 24.4% nel 2000. Tuttavia, altri paesi hanno fatto maggiori progressi, perciò la percentuale di fumatori in Italia è leggermente più alta rispetto alla media OCSE del 21%. Alcuni paesi nordici (Svezia, Norvegia, Islanda), gli Stati Uniti e l'Australia, per esempio, hanno ridotto la percentuale di fumatori tra gli adulti a meno del 16%.

L'obesità tra gli adulti è aumentata in misura molto modesta in Italia negli ultimi dieci anni, rispetto ad altri paesi OCSE. La percentuale di

obesi, calcolata in base ai dati di altezza e di peso auto-riferiti, è aumentata da 8.6% nel 2000 a 10.4% nel 2012. L'aumento della prevalenza dell'obesità lascia prevedere un aumento di patologie croniche quali il diabete e le malattie cardiovascolari, con ripercussioni importanti sulla spesa sanitaria futura.

Nella Tabella 1 i principali indicatori delle statistiche OCSE riguardanti l'Italia.

TM

Info: gavino.maciocco@alice.it

CONVENZIONI

AUDIBEL SRL

Audibel è un'azienda leader nella distribuzione di apparecchi acustici, conta ad oggi 60 centri acustici sul territorio nazionale di cui 32 presenti capillarmente sul territorio toscano. La filosofia di Audibel può essere riassunta in due parole chiave: ASCOLTO e COMPETENZA al servizio dei propri pazienti. Audibel si avvale infatti di audioprotesisti esperti in modo da fornire una consulenza tecnica qualificata e personalizzata in un'ottica di piena soddisfazione del paziente • **I servizi Audibel:** Test gratuito dello stress uditivo - Prova gratuita dell'apparecchio acustico senza impegno d'acquisto - Forniture ASL/INAIL - Assistenza a domicilio - Possibilità di pagamenti rateizzati e personalizzati • SCONTO DEL 20% SU TUTTO IL LISTINO ACQUISTI, e Audibel A2 Tinnitus • Per informazioni e contatti: d.ssa Rita Silei 340 91 39 807 - rita_silei@audibel.it

ARGENTI CENTOSTELLE GIOIELLI

Vasto assortimento di articoli regalo e complementi per la casa, bomboniere, liste di nozze, gioielli. Via Centostelle 1/2 - Firenze - Tel. 055/6121260. (10% DI SCONTO SU TUTTI GLI ARTICOLI).

EASY TECH GROUP IT solution & consulting, di Gianozzi Sandra e Sabatini Francesco

Offre servizi di assistenza su pc, mac e notebook multimarca, assistenza tecnica a domicilio, consulenza informatica, reti, server e storage, vendita Pc, Notebook e periferiche, assemblaggio pc personalizzati, recupero dati da supporti danneggiati, assistenza software, editing per la stampa e servizi web, seo, corsi avanzati riservando uno sconto del 10% a tutti gli iscritti agli albi medici della Toscana, nonché ai dipendenti degli Ordini dei Medici della Toscana, previa esibizione del tesserino di iscrizione. Via P. Calamandrei n. 5 a Scandicci. Tel. 055.2590236.

Una vacanza intelligente

Ville in Italia offre una selezione di ville di prestigio, dimore storiche e affascinanti casali nei luoghi più belli e esclusivi d'Italia. Il piacere e il privilegio di riservarsi un ambiente e un'ospitalità speciale. L'Italia più bella è un privilegio privato.

Ville in Italia offre agli iscritti agli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Toscana uno sconto pari al 10% sui prezzi da catalogo per l'affitto di una proprietà nelle zone più famose d'Italia.

Per contattare e-mail: booking@villeinitalia.com - www.villeinitalia.com - Tel.: 055 412058.



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



Maria Renza Guelfi, laureata in Scienze dell'Informazione, lavora c/o il Dip. di Med. Sperimentale e Clin. dell'Univ. di FI, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica* disponibile in Internet edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità* edito da Springer (2011). È inoltre Autore di articoli pubblicati sul *BMJ*. È reviewer per *JMIR*.

MARCO MASONI, MARIA RENZA GUELF

Il comportamento dell'utente in rete

Numerose indagini sono state condotte per conoscere la pervasività e l'influenza di Internet sulle abitudini e consuetudini dei cittadini come pure la variazione del loro comportamento in relazione al progresso tecnologico. La comunità medico-scientifica è sempre più interessata a questo tipo di studi non solo per migliorare la produzione di materiale informativo e i servizi online al fine di renderli idonei ad efficaci attività di prevenzione, ma anche per intraprendere attività di sorveglianza e adottare contromisure che possano prevenire il verificarsi di un evento avverso.

Prenderemo in esame prima indagini statistiche che descrivono il comportamento dell'utente in rete da un punto di vista generale, per poi considerare altri dati più interessanti e specifici per l'ambito sanitario. Contemporaneamente, accompagneremo alcune riflessioni ai dati considerati.

Da un'indagine condotta negli Stati Uniti nell'Aprile 2010 emerge che circa il 90% degli utenti della rete utilizza i motori di ricerca, con un totale di circa 15,6 miliardi di interrogazioni mensili: di queste Google ne riceve il 78,43%, Yahoo! il 9,73% e Bing il 7,86%. La pervasività dei dispositivi digitali e l'avvento degli smartphone e degli iPad rende la ricerca di informazioni sempre più semplice e ubiquitaria. Il lettore interessato può riferirsi ai seguenti siti Web che contengono statistiche aggiornate sull'uso di Internet:

- internet World Stats - <http://www.internetworldstats.com/>
- pew Internet - <http://www.pewinternet.org/>.

Di fronte a una esigenza informativa un utente inserisce una o più parole chiave nell'interfaccia di un motore di ricerca; successivamente egli esamina i link restituiti dal motore stesso: se i risultati non sono soddisfacenti, in genere cerca di modificare l'interrogazione rendendola più specifica e mirata. Indipendentemente dai risultati ottenuti, l'esame dell'utente non va quasi mai oltre le prime due o tre pagine restituite dal

motore; anzi, statistiche più recenti mostrano che l'interazione con il motore sta diventando sempre più rapida e superficiale: il primo risultato riceve il 42,25% delle selezioni dell'utente, il secondo ne riceve il 11,94%, il terzo il 8,47%, il quarto il 6,05% e tutti gli altri meno del 5%. I primi 10 risultati ricevono complessivamente il 89,71% delle selezioni degli utenti, i successivi 10 ricevono il 4,37% delle preferenze, i risultati in terza pagina il 2,42%. Da ciò emerge chiaramente l'importanza per qualsiasi organizzazione, sanitaria e non, di trovarsi ai primi posti nelle pagine dei risultati forniti da un motore per determinate parole chiave.

Questa modalità di consultazione dei risultati rende ragione anche di comportamenti disdicevoli da parte di alcuni motori di ricerca che, soprattutto in passato, vendevano al miglior offerente le posizioni apicali delle pagine dei risultati in funzione di specifiche parole chiave. Questa pratica è assolutamente scorretta: Google afferma per esempio che ciò non appartiene all'etica del motore.

Un'interessante classificazione delle tipologie di interrogazioni effettuate ai motori di ricerca è la seguente:

- *navigational*: quando l'intento è raggiungere uno specifico sito Web;
- *informational*: se lo scopo è trovare informazioni disponibili nel Web;
- *transactional*: quando l'obiettivo è raggiungere un sito Web attraverso il quale saranno possibili ulteriori interazioni (per esempio giochi online, acquisti, ecc).

Da ciò emerge che non sempre le ricerche effettuate nel Web sono di tipo informativo, anzi si calcola che esse rappresentano meno del 50% del totale; le restanti hanno l'obiettivo di raggiungere uno specifico sito Web o acquisire un prodotto o un servizio in rete.

A volte la ricerca di informazioni può essere preparatoria all'acquisto di un prodotto che può avvenire non solo online ma anche presso un negozio locale. In quest'ultimo caso si realizza ciò che viene chiamato ROPO (acronimo di

Research Online, Purchase Offline); ovviamente sono possibili altre e più complesse combinazioni. Questo tipo di comportamento dell'utente ha indotto le organizzazioni che conducono campagne di marketing a dedicare risorse per capire come integrare campagne pubblicitarie in rete e offline per massimizzare gli investimenti, dato che il processo decisionale degli utenti integra ambiente reale e ambiente virtuale: recenti stime prevedono un incremento della spesa per la pubblicità online che nel 2014 raggiungerà la ragguardevole cifra di 55 miliardi di \$.

Passiamo ora a dati e considerazioni di maggiore pertinenza sanitaria. Numerose indagini eseguite negli Stati Uniti e in Europa hanno dimostrato che, tra coloro che hanno accesso ad Internet, circa 8 adulti su 10 hanno ricercato informazioni online relative alla salute per sé stessi, familiari e/o conoscenti.

Numerose possono essere le motivazioni che spingono a ricercare informazioni sanitarie in rete: prepararsi per una visita dal medico curante o doversi sottoporre a un intervento chirurgico, cercare di diagnosticare autonomamente quale patologia può essere responsabile di alcuni sintomi di recente presentazione o ancora informarsi su una particolare condizione clinica oppure decidere se e dove effettuare un ulteriore consulto.

La frequenza di ricerca di informazioni online non è uniformemente distribuita nella popolazione: gli uomini, soprattutto quelli di scolarità e reddito elevati, svolgono questa attività più spesso delle donne. Viceversa le persone anziane, che per definizione sono coloro che sono venuti a contatto con le tecnologie digitali in età più avanzata (digital immigrant), effettuano più raramente ricerche per ottenere informazioni su tematiche di salute rispetto ai giovani che usano i dispositivi digitali fin dai primi anni di vita (digital native). Simili considerazioni valgono per la popolazione di colore rispetto a quella bianca.

La maggior parte delle persone che utilizza la rete per ricerche sanitarie ritiene Internet la più importante sorgente informativa a cui attingere e si ritiene generalmente soddisfatta di ciò che è stato recuperato. Tra coloro che hanno ricercato informazioni, circa il 53% ha discusso

dei documenti recuperati con il proprio curante, mentre il 57% ha riportato di avere effettuato ricerche successivamente a un'interazione con quest'ultimo. Interrogati sulla frequenza d'uso di alcuni criteri di valutazione dell'informazione in rete solo il 15% dei partecipanti ha affermato di verificare sempre la sorgente e la data di creazione di un documento, mentre un ulteriore 10% ha svolto questo controllo la maggior parte delle volte. Da questi dati emergono due aspetti interessanti che il medico dovrebbe ricordare:

a) non sempre il paziente discute con il curante di ciò che ha recuperato in rete

b) il cittadino medio consulta documenti online senza effettuare alcuna valutazione della loro qualità.

Abbiamo visto come i risultati ottenuti dai motori di ricerca possano influire grandemente su opinioni, decisioni, comportamenti e acquisti. Un recente sondaggio del Censis ha evidenziato che circa un milione di italiani ha acquistato prestazioni sanitarie sul Web: da trattamenti sbiancanti per i denti ad apparecchi ortodontici, da analisi del sangue alla mappatura dei nei, da test genetici a indagini su intolleranze alimentari. La maggior parte degli utenti riferisce che il vantaggio dell'acquisto online deriva principalmente dalla sua semplicità e velocità e dal risparmio finanziario che ne deriva.

I dati considerati devono farci riflettere sull'importanza della rete come ambiente virtuale che viene a integrarsi profondamente nella vita reale degli individui influenzando le loro decisioni e i loro comportamenti. Ciò rende Internet un ambiente idoneo per organizzare servizi di prevenzione e di promozione della salute come pure per intraprendere attività di governo e di controllo dell'informazione online. La scarsa presenza in rete della comunità medico-sanitaria italiana rispetto agli altri paesi del mondo occidentale evidenzia la necessità di colmare questo ritardo con progetti coordinati che affianchino la tradizionale erogazione dei servizi sanitari mediante strumenti che utilizzino le tecnologie digitali. **TM**

Info: m.masoni@med.unifi.it

PRONTO DOTTORE? ...

Pubblichiamo alcuni stralci delle tragicomiche odissee dei pazienti che ogni giorno telefonano ai centralini degli ospedali toscani. Gli autori raccontano con ironia come le persone comuni cerchino di accostarsi a un linguaggio spesso distante o poco comprensibile come quello dei medici.

Donna: Pronto? Mio nipote ha due gemelli monozincati.

Uomo: Pronto? Il mio dottore mi ha trovato che il sangue, il mio sangue, mi pompa all'incontrario!

Donna: Scusi, stamani dovrei venire a farmi una gastroscopia. Però, vede ho... ho le mie cose. Si può fare lo stesso?

Uomo: Pronto? Ma chi avete mandato a fare le punture a mia nonna, il Pac-ciani?

Uomo: Scusa sient'ammé, ma ce vò u'ticchete per fa a' tàcchete?

Donna: Dottore, ho la minima più alta della massima!

LETTI PER VOI

Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica

A CURA DI RICCARDO TARTAGLIA E ANDREA VANNUCCI

Springer Editore

Il volume "Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica", curato da Riccardo Tartaglia (Direttore del Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana) e Andrea Vannucci Coordinatore dell'Osservatorio Qualità ed Equità dell'Agenzia Regionale di Sanità), è stato recentemente pubblicato da Springer.

Il libro si colloca nel panorama nazionale e internazionale tra i pochi testi sull'argomento con un approccio molto concreto, pratico basato nel fornire ai professionisti indicazioni tecniche per migliorare la sicurezza delle cure.

Il tema della sicurezza delle cure è affrontato, da esperti clinici, tutti con un training in gestione del rischio, affrontando le criticità più frequentemente causa di eventi avversi nei principali percorsi clinici.

Per ogni area di specializzazione sono definite le misure di prevenzione da adottare. La sicurezza del paziente, come afferma Ignazio Marino nella prefazione all'edizione, non può infatti essere ridotta ad un gesto o ad un momento isolato, ma interessa ogni attività sanitaria e di cura del paziente e deve pertanto essere affrontata in maniera organica. Offrire assistenza medica sicura comporta la ricerca della maggiore efficienza e della migliore pratica in ogni aspetto, da quello clinico a quello amministrativo.

Per questo il volume "Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica" affronta il tema proprio partendo dalle basi della *cultura della sicurezza*, che fa da leitmotiv di tutta la pubblicazione e la si ritrova anche quando si affronta il tema in termini clinici e organizzativi.

Aprire la prima parte del libro un'analisi sulla gestione del rischio in Italia, sulle pratiche di sicurezza messe a punto e implementate e sugli strumenti e metodi disponibili per l'anticipazione e l'analisi del rischio clinico finanche a una riflessione sul ruolo svolto dai pazienti nella sicurezza delle cure.

La seconda parte è invece dedicata ad affondi sulla sicurezza nei differenti percorsi clinici: dalla terapia intensiva, alla chirurgia, emergenza-urgenza, materno-infantile, medicina interna, oncologia, donazione e trapianti d'organo, ortopedia e salute mentale.

La gestione del rischio viene poi contestualizzata e affrontata in tutti quei contesti e servizi sanitari di supporto alla pratica clinica – laboratori, diagnostica per immagini, sistema trasfusionale, farmaceutica – e nelle strutture territoriali – cure primarie, carceri, RSA.

Il volume si chiude con una valutazione del contributo offerto dalle teorie e tecniche dell'organizzazione del lavoro alla sicurezza delle cure. In particolare si evidenzia la correlazione esistente tra temi quali l'integrazione tra servizi, l'innovazione di sistema, la pianificazione del lavoro, la gestione amministrativa e quella del contenzioso e quello della sicurezza delle cure.

Come Charles Vincent sottolinea nell'introduzione al volume, per migliorare l'affidabilità dei sistemi è necessario guardare al futuro e prevedere un'evoluzione in termini di integrazione piuttosto che di risoluzione di eventi specifici. L'approccio olistico del volume vuole proprio suggerire questo tipo di visione: affrontare lo spettro complessivo dei problemi latenti che minacciano la sicurezza e mirare a raggiungere alti livelli di affidabilità e resilienza nel tessuto del sistema sanitario.

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:

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

Si avvisano i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze che a partire dal **1° ottobre 2014** i servizi **ENPAM** e **ONAOI** verranno svolti nei giorni di **mercoledì** dalle **ore 15.30** alle **ore 18** e di **giovedì** dalle **ore 9** alle **ore 12** previo appuntamento da richiedere al n. 055.496522 int. 1 o via e-mail: informazioni@ordine-medici-firenze.it. Ciò consentirà una più razionale ed efficace trattazione delle pratiche amministrative ENPAM.

ALDO FUSI

Bilancino

I contadini Puglini, Recati e Solenni abitavano in località Ghiereto con i loro poderi. Ma da questi terreni vennero sfrattati perché lì avrebbe dovuto sorgere l'invaso di Bilancino.

Furono indennizzati ma il dispiacere fu grande e riuscirono a costruire tre case in località le Maschere. Il luogo si chiama così perché in una grande villa dei Marchesi Gerini c'è una grande sala con pitture delle maschere.

Il Puglini Giovacchino, grande fumatore, incomincia con la tosse poi ha la bronchite gli faccio fare una Rx del torace e si evidenzia un tumore del polmone. Ricovero a Firenze e dopo una settimana viene dimesso con la

diagnosi di inoperabilità.

Ha un nipote che fa l'infermiere all'ospedale di Borgo San Lorenzo e lo ricovero lì, ci rimane una ventina di giorni poi a casa. Ha l'ossigeno, tutte le medicine, la morfina ecc. Io vado a vederlo tre volte, sta sempre peggio.

Una sera viene da me il figlio Ottavio che mi dice: «Dottore il babbo da ieri è tanto peggiorato, respira malissimo e ha detto ma il Dottore? Solo questo».

Ed io dico: «Domattina vengo dal babbo».

Ceno faccio tutto quello che devo fare e poi vado a letto, non riesco ad addormentarmi perché mi rimpro-

veravo di non essere andato subito. Alle quattro sono di nuovo sveglio e prendo la mia decisione: mi alzo, mi vesto, prendo la macchina e vado alle Maschere. Alle cinque e dieci sono davanti a casa.

C'è luce dalle finestre, suono, la moglie e i figli sono tutti alzati e vestiti, vado vicino al letto e prendo la sua mano nella mia. In quel momento muore.

Ho sempre pensato e penso tuttora che per morire ha aspettato che gli dessi la mano.

TM

a cura di Bruno Rimoldi - NOTIZIARIO

Home Care Italy - Secondo Convegno a Firenze sulle Cure Domiciliari Oncologiche

Nel mese di giugno si è tenuto a Firenze il Convegno dedicato alle cure domiciliari oncologiche.

L'evento è stato ideato e presieduto da Giuseppe Spinelli, direttore di Traumatologia Maxillo Facciale presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi a Firenze e presidente dell'Associazione Tumori Toscana che si occu-

pa di Cure Domiciliari Oncologiche e da Giampiero Porzio, Dirigente Medico presso l'Unità Operativa di Oncologia dell'Aquila e fondatore della Onlus "L'Aquila per la vita", impegnata nelle cure palliative e nella terapia domiciliare.

"Si è trattato di una preziosa occasione di confronto e di verifica per quanti sono impegnati in questo set-

tore strategico dell'oncologia. Pensiamo, infatti, che solo potenziando le cure domiciliari oncologiche potremo garantire ai malati di tumore risposte appropriate in tutte le fasi della malattia con lo scopo di evitare la sensazione imperdonabile di abbandono che spesso attanaglia il malato di tumore soprattutto nelle fasi più difficili".

Tre medici toscani nel Consiglio Superiore di Sanità

Il **Prof. Mauro Marchionni**, Professore emerito di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università degli Studi di Firenze, la **Prof.ssa Maria Pia Amato** Professore associato in Neurologia, Dipartimento Neurofarba, Sezione Neu-

rosienze dell'Università degli Studi di Firenze e la **Prof.ssa Manuela Roncella**, Direttore del Centro Clinico di Senologia AOU Pisana, Docente di chirurgia dei tumori femminili e chirurgia plastica presso l'Università di Pisa, sono

entrati a far parte del Consiglio Superiore di Sanità.

Agli illustri colleghi gli auguri della Redazione.

CONVEGNI E SEMINARI



Festeggiamenti per l'80esimo genetliaco del prof. Adolfo Pazzagli

Sabato 29 novembre alle ore 10 nella Sala della Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia del Policlinico di Careggi sarà festeggiato l'80esimo genetliaco del Ch.mo Prof. Adolfo Pazzagli, emerito di Clinica Psichiatrica, di Psicologia Clinica, Presidente A.I.Psi, Docente e Clinico, che ha onorato l'Ateneo fiorentino con il suo quarantennale Magistero. Intervengono: Antonio Panti, Gian Franco Gensini, Carlo Faravelli e Franco Bellato. Colleghi, allievi, amici e parenti sono invitati con particolare cordialità.

La contraccezione di emergenza

Riteniamo di far cosa utile ai Colleghi puntualizzando alcune questioni di grande attualità relative alla contraccezione di emergenza. Nel 2012 l'International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) ha richiamato l'Italia, tramite la Commissione per i Diritti Sociali invitando a evitare di ostacolare il diritto ad alcune cure e quindi il diritto alla salute delle donne. La donna ha il diritto ad avere in tempi rapidi ed opportuni la pillola del giorno dopo che l'OMS lo ha inserito tra i diritti umani nel marzo 2013.

I dati sotto riportati derivano dalla bibliografia citata in calce. Importante è ricordare che l'efficacia dei farmaci è tempo dipendente e che la contraccezione di emergenza è richiesta soprattutto dalle fasce sociali considerate più "deboli": adolescenti, extracomunitari, classi povere.

Esistono due tipi di pillole del giorno dopo sul cui meccanismo d'azione è opportuno dare informazioni. La pillola del giorno dopo può essere prescritta anche indipendentemente da una valutazione del momento fertile del ciclo: ogni donna ha il suo ciclo ed i suoi tempi. Un migliore uso della CE verosimilmente porterà ad una riduzione delle gravidanze indesiderate e una probabile diminuzione delle IVG. Quindi occorre fornire un'adeguata informazione alle donne sulla CE, favorire la prescrizione e la facilità di approvvigionamento della CE, prescrivere la CE più efficace, prescrivere la CE il prima possibile.

Forniamo una breve sintesi dei due farmaci:

LEVONORGESTREL (LNG, nome commerciale: Norlevo, Lonel)

SOMMINISTRAZIONE: compressa di LNG da 1,5 mg. Costo circa 13 euro.

MECCANISMO DI AZIONE: progestinico il cui unico meccanismo di azione è l'interferenza col processo ovulatorio: sposta o inibisce l'ovulazione se assunto prima del picco di LH; non ha effetti dimostrati sull'ovulo fecondato e non ne impedisce l'impianto in utero (Vedi Scheda Tecnica AIFA: G.U. supp.10 n.28 del 10,04,12)

EFFICACIA: Va assunto entro 72 ore dal rapporto a rischio. La sua efficacia diminuisce col passare delle ore.

CONTROINDICAZIONI: non esisto-

no controindicazioni note. È importante però accertarsi che non sia in corso o da poco interrotta l'assunzione di farmaci o sostanze che possono ridurre la sua efficacia come antiepilettici, alcuni antiretrovirali, rifampicina e rifabutina, iperico. In questo caso può essere raddoppiato il dosaggio. Può essere meno efficace in soggetti obesi (idem, AIFA 2014). È un farmaco contraccettivo della Classe 1 dell'OMS per cui la sua prescrizione prescinde dalla diagnosi, ossia non occorre il controllo ginecologico. È considerato un farmaco anti-concezionale (idem AIFA, 2014).

ULIPRISTAL ACETATO (UPA, nome commerciale: EllaOne)

SOMMINISTRAZIONE: 1 compressa UPA da 30 mg da prescrivere dopo presentazione di un test di gravidanza negativo (anche della farmacia). Ha un costo maggiore: 32 euro.

MECCANISMO DI AZIONE: è un farmaco modulatore dei recettori per il progesterone in grado di interferire con l'ovulazione anche quando il picco di LH è in corso, cioè quando il levonorgestrel non è più in grado di agire; ha alcuni effetti sulla maturazione e sul sistema immunocompetente dell'endometrio, ma non agisce dopo l'impianto della gravidanza

EFFICACIA: va assunto entro 5 giorni dal rapporto a rischio. La sua efficacia diminuisce col passare delle ore, ma in caso di gravidanza già in atto, nelle casistiche fin ora raccolte, non sono stati riscontrati effetti negativi sulla salute della madre e del prodotto del concepimento.

CONTROINDICAZIONI: Non esistono controindicazioni note: se assunto in allattamento questo va sospeso per almeno 36 ore. Se assunto per una pillola dimenticata deve essere consigliata una protezione per le due settimane successive. In caso di pazienti che assumono antiepilettici, antiretrovirali, rifampicina ed iperico l'efficacia è ridotta. Non è raccomandata la somministrazione in donne gravemente asmatiche se non adeguatamente controllate con glucocorticoidi. Può essere assunta una volta solamente nell'arco delle 24 ore (nel caso si verificano due o più rapporti a rischio).

RISULTATI: Ha un rischio di gravidanza indesiderata del 42% più bas-

so rispetto al LNG se assunto entro le prime 72 ore e del 65% più basso se assunto entro le prime 24 ore dal rapporto non protetto. Proprio per la sua maggiore efficacia EllaOne è il contraccettivo di emergenza più prescritto oggi in Europa.

I medici debbono prescrivere il farmaco o, comunque, debbono garantirne in tempi utili l'uso anche in ottemperanza dell'art. 22 del Codice deontologico 2014: "Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengono richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione".

Bibliografia:

(1) Goldstajn MS, Baldani DP, Skrgatic L, Radakovic B, Vrbic H, Canic T. "Ulipristal acetate in emergency contraception" Coll Antropol. 2014 Mar; 38(1):379-84

(2) Card RF "Conscientious Objection and emergency contraception" Am J Bioeth. 2007 Jun; 7(6):8-14

(3) Zampas C, Andion-Ibanez X "Conscientious objection to sexual and reproductive health services: international human rights standards and European law and practice" Eur J Health Law. 2012 Jun; 19(3):231-56

(4) WHO "Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations". March 13, 2014

(5) Farris. M "La contraccezione d'emergenza". XI Corso di ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza. Firenze 2013

(6) Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H G et al, "Effect on pregnancy rate of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. Contraception. 2011 Jul; 84(1):35-9

(7) WHO Fact Sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs). WHO/RHR/HRP/10.06

(8) IEC and FIGO Emergency Contraceptive Pills Medical and Service Delivery Guidelines, Third Edition 2012



Adenuric[®]

(febuxostat)



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*

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