

Dal 2016 Toscana Medica  
diventa digitale! Si prega di registrarsi:  
[www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti](http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti)



# Toscana Medica

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



## Fitocannabinoidi e il loro utilizzo clinico

M.P. Amato, V. Di Marzo,  
F. Laghi Pasini, S. Maurri, R. Medati

## Partorire dopo un taglio cesareo

P. Gacci, A. Frizzi, A. Scuderi, P. Cianciolo, S. Vavolo

## Lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, una risorsa sociale e strategica per il Paese

F. Paoli, C. Borzacchiello, R. Di Donato, G. Santoni

## Informazione e consenso

G. Curciarello

# N° 8 SETTEMBRE 2015



REVINTY<sup>®</sup> ELLIPTA<sup>®</sup>

**92/22**

**fluticasone furoato/vilanterolo**

**92 microgrammi/22 microgrammi**

polvere per inalazione, pre-dosata



REVINTY<sup>®</sup> ELLIPTA<sup>®</sup>

**184/22**

**fluticasone furoato/vilanterolo**

**184 microgrammi/22 microgrammi**

polvere per inalazione, pre-dosata

REVI 15 25 - Dep. in AIFA in data 05/05/2015





Fondato da  
**Giovanni Turziani**

In coperta  
*La metallurgica*, 1913  
olio su tavola,  
collezione privata Livorno, 79x130



Anno XXXIII n. 8 - Settembre 2015

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 2015 € 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](mailto:toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it)



Simone Pancani

#### Editore

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



Antonella Barresi

#### Pubblicità

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

#### Stampa

Tipografia il Bandino srl  
Via Meucci, 1 - Fraz. Ponte a Ema - Bagno a Ripoli (FI)

## COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



### LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Lo spirito inquieto di Mario Puccini  
F. Napoli

### EDITORIALE

- 5 I farmaci per l'HCV. Che ne pensano i medici?  
A. Panti

### OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Fitocannabinoidi e il loro utilizzo clinico  
M.P. Amato, V. Di Marzo, F. Laghi Pasini,  
S. Maurri, R. Mediatu
- 13 Tutto sulla cannabis  
A. Panti

### QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14 Lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare,  
una risorsa sociale e strategica per il Paese  
F. Paoli, C. Borzacchiello, R. Di Donato, G. Santoni
- 16 Le parole in Sanità: variabilità, sostenibilità, innovazione  
M. Dal Maso
- 19 Chikungunya  
M. Spinicci, A. Bartoloni
- 29 Una interessante novità nel panorama sanitario toscano  
C. Cappelletti
- 30 Informazione e consenso  
G. Curciarello

### REGIONE TOSCANA

- 21 Le Linee Guida della Regione Toscana  
P. Tosi, L. Tonelli
- 22 Mal di schiena  
S. Giovannoni, G. Guizzardi, G. Barneschi, A. Mannoni,  
R. De Stefano, A. Suman, P. Martellucci, C. Conversano, A. Lenzini,  
G. Poggessi, A. Cantini, P. Francesconi
- 26 Approccio al problema mal di schiena  
Consiglio Sanitario Regionale

### RICERCA E CLINICA

- 33 Partorire dopo un taglio cesareo  
P. Gacci, A. Frizzi, A. Scuderi, P. Cianciolo, S. Vavolo

### PROBLEMI DEI FARMACI

- 35 Il rapporto OsMed 2014 ... qualche riflessione ...  
S. Giustini

### FRAMMENTI DI STORIA

- 36 Giovanni Berlinguer  
M. Geddes da Filicaia
- 37 Un ceffone salutare / Un grembiule rosso  
A. Fusi

### STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 38 La donna di Piero Della Francesca è bella ma non sorride mai  
M. Fanfani

### SANITÀ NEL MONDO

- 42 L'inconcepibile successo di Obamacare  
G. Maciocco

### RICORDO

- 45 Adriano Manetti, cardiologo pediatra  
A. Dolara
- 45 Paolo Gentilini, uomo di fegato e di cuore  
C. Surrenti

### 34 LETTI PER VOI

### 36 BACHECA

### 46 CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI



Lazzaretto di Livorno, 1908 - 1910 olio su tela collezione privata 205 x 95



<http://www.terremedicee.it/eventi.php>

FEDERICO NAPOLI

## Lo spirito inquieto di Mario Puccini

Un nome: Giovanni Fattori. Un luogo: l'Accademia di Belle Arti, a Firenze. Gli allievi o frequentatori dei corsi: Guglielmo Micheli, Plinio Nomellini, Oscar Ghiglia, Alfredo Muller. Una città di comune origine: Livorno.

Da questo *entourage* proviene il pittore Mario Puccini, al quale è dedicata la mostra "Mario Puccini. La passione del colore da Fattori al Novecento" ordinata presso il Palazzo mediceo di Seravezza.

Curata da Nadia Marchioni ed Elisabetta Palminteri, l'esposizione versiliese propone una attenta riflessione sul livornese Puccini – in mostra ci sono anche documenti e foto –: nato nel 1869, allievo di Fattori, influenzato nelle tematiche da Silvestro Lega, all'inizio predilige dipingere figure, studi di forme corpose, denunciando un interesse narrativo; per altro, soggetto che in seguito manterrà pur con motivazioni diverse. Ma in lui avviene un netto cambiamento dopo un periodo di alcuni anni passati come internato in manicomio (1893-97), per uno squilibrio subito in seguito ad una delusione personale, in questo simile e diverso ad altri personaggi dell'inizio Novecento, quali Viani e Dino Campana e per tale motivo nell'immaginario collettivo successivamente indicato come il "Van Gogh italiano". Rientrato nella città labronica – in conclusione della mostra è documentato l'ambiente del Caffè Bardi, dal clima scapigliato e da lui frequentato con altri artisti –, si dedica a lavori secondari (disegnatore di figurini per ricamatrici, costruttore di aquiloni); ma è la conoscenza a Firenze del collezionista Gustavo Sforzi a metterlo in contatto con l'arte post-impressionista, di Van Gogh e di Cézanne. Successivamente, non riconoscerà più l'importanza fondamentale del disegno, coltivata – secondo gli insegnamenti accademici e le suggestioni da Lega – nella prima gioventù, compiendo una decisa scelta in favore del colore, ora più brillante e luminoso – dal 1912 frequenta con continuità la Versilia e Seravezza –; un colore che costruisce le forme in modo diretto, indipendente, maggiormente quindi innestato sulla strada di un'arte diversa, innovativa: è la spazialità della nuova arte europea. È un inizio di affrancamento dal soggetto nel processo artistico. Puccini si differenzia così da coloro che possiamo definire suoi coetanei: rispetto a Llewelyn Lloyd e Ulvi Liegi presenta una cromia più screziata e meno intensa; egualmente si allontana da Giovanni Bartolena, tendenzialmente dedito al paesaggio e alla natura morta, mentre lui preferisce marine – i tanti soggetti legati al porto di Livorno realizzati in specie nel periodo 1914-1916 –; oppure ambienti o personaggi della città labronica, rifiutando però il bozzetto o il *colore locale*. È per certi aspetti vicino alla luminosità frantumata di Plinio Nomellini; è sensibile anche a temi sociali, come traspare nei quadri "Fienaiolo" (1908) e "La metallurgica" (1913). Questa parte della mostra è documentata da un corposo numero di opere di autori diversi che inquadrano Mario Puccini nel clima pittorico del suo tempo.

La morte coglie prematuramente il pittore nel 1920 a Firenze, ma proprio dal suo lavoro artistico e dalla sua figura prenderà spunto la nascita del *Gruppo labronico* con Giovanni March, Ferruccio Rontini, Renato Natali, Gino Romiti e successivamente Ulvi Liegi. Una nascita che però riporterà indietro (non volendo) le lancette dell'arte rispetto alle novità offerte da Puccini, attestandosi il *Gruppo* suddetto su posizioni nuovamente post-macchiaiole. Forse anche per tale motivo la figura di Mario Puccini ha avuto nel Novecento minore fortuna critica rispetto ad altri autori: ma ciò conferma ulteriormente l'importanza dell'attuale mostra di Seravezza, che propone invece una più attenta riflessione sull'artista.

**Mario Puccini. La passione del colore da Fattori al Novecento**

Palazzo mediceo, via Leonetto Amadei 358, Seravezza

Fino al 2 novembre

orario gio-sab 15,00-20,00; dom 10,30-20,00

# I farmaci per l'HCV. Che ne pensano i medici?

La grande stampa ha dato spazio alla polemica sul costo elevatissimo dei farmaci che eradicano il virus HCV nella quasi totalità dei casi. I cittadini si saranno convinti che la posizione assunta dalla Toscana, col sostegno e l'impulso dei medici, ha un valore ulteriore rispetto a questo sia pur relevantissimo problema.

È chiaro che eradicare il virus HC nei soggetti in fase iniziale di malattia porta alla restituzione alla salute e, dati i costi elevatissimi dell'assistenza alle patologie HCV correlate, anche l'economia del servizio ne trae vantaggio. La storia tuttavia è finita in tribunale.

Un'azienda produttrice ha ricorso al TAR e finora ha perso. AIFA, che avrebbe potuto contrattare un accordo pluriennale per curare tutti i soggetti positivi con costi vantaggiosi, visti i prezzi concordati in altri paesi, al contrario ha contestato (chissà perché?) la Toscana anche al TAR. Eppure la questione è chiara. La Toscana propone di aggiungere ai circa 3.000 casi curabili nella nostra Regione in base all'accordo AIFA (quelli più gravi in cui la malattia si fermerebbe ma non regredirebbe) anche i quasi 25.000 pazienti esenti ticket per epatite da HCV. Ovviamente la Regione chiede un abbattimento del prezzo.

Ma le aziende non hanno partecipato alla gara; la Regione allora ha ripetuto il bando a base libera. Una sola azienda si è presentata (le Aziende hanno l'obbligo di partecipare alle

gare regionali che ricontrattano il prezzo base stabilito da AIFA) reiterando l'offerta del prezzo nazionale. L'altra azienda non ha partecipato.

Ora, al di là delle decisioni della magistratura, adita dalla Regione Toscana, degli esiti dell'indagine del Senato, al di là della discussione mondiale sul costo elevatissimo dei farmaci nuovi (l'OMS ha istituito una commissione ad hoc, Cina e India rifiutano il brevetto, il Senato americano è allertato sul problema) che morale ne possono trarre i medici?

I medici desiderano disporre di quanto offre la moderna tecnologia per curare i propri pazienti e che la spesa, posta a carico dello Stato o del cittadino, sia comunque sostenibile e che nessuno muoia (ad esempio di cirrosi) perché non si può curare. È banale affermare che solo l'impresa privata può rischiare ingenti cifre per scoprire nuovi farmaci. Ne consegue che si trovano di fronte, per contrattarne il costo, da un lato il monopolio delle aziende chimiche, dall'altro il monopsonio dell'acquirente pubblico.

Un accordo va trovato, tanto più che il farmaco è una strana «merce» che chi produce (le aziende chimiche) vende a chi compra ma non usa (lo Stato) e chi lo usa (i pazienti) non paga. Mediatore è il medico che non paga né usa i farmaci che prescrive. Allora i medici dovrebbero pretendere regole eque nell'interesse del paziente.

Quindi, senza alcuna ideologia (la legge contro il trust nacque in America nei primi anni del secolo scorso), si vorrebbe soltanto il rispetto delle due regole fondanti del libero mercato, la trasparenza nella formazione del prezzo dei farmaci e la concorrenza, cioè la possibilità di mettere a gara farmaci equivalenti per risultati e reazioni avverse anche se biochimicamente dissimili. Attendiamo gli interventi delle Società Scientifiche e della Federazione degli Ordini.

Ai medici è affidato il ruolo sociale (e antropologico) di tutelare la salute mediante il servizio sanitario che ne è lo strumento più garantista.

Dovrebbe essere un fine della medicina moderna quello di superare il conflitto di interesse per prospettare una sinergia tra industria, medici e servizio pubblico onde indirizzare al meglio lo sviluppo tecnologico (si pensi ai farmaci biologici, alla farmacogenetica, alle terapie geniche) e analizzare l'innovazione in termini di efficacia reale e di sostenibilità, così contribuendo alla trasparenza o meglio all'evidenza del costo dei farmaci.

TM

## Prezzo di sofosbuvir per 12 settimane di trattamento

paese	€	USA \$
USA	61.700	84.000
Regno Unito	41.900	35.000
Germania	48.500	66.000
Francia	56.000	76.000
Egitto	660	900
Mozambico, Kenya, Myanmar,	660	900
India	660	900
Generico	95 - 198	130-270
Prezzo di produzione (stimato)	50 - 99	



MARIA PIA AMATO<sup>1</sup>, VINCENZO DI MARZO<sup>2</sup>,  
FRANCO LAGHI PASINI<sup>3</sup>, SANDRO MAURRI<sup>4</sup>, ROCCO MEDIATI<sup>5</sup>

## Fitocannabinoidi e il loro utilizzo clinico

**TOSCANA MEDICA** – *Affrontiamo un argomento di grande interesse sia scientifico che sociologico, vale a dire l'impiego a scopo terapeutico della cannabis e dei suoi derivati e non il loro uso più comunemente riconosciuto di sostanze di abuso. Inquadriamo l'argomento iniziando con una panoramica generale del sistema dei cannabinoidi.*

**DI MARZO** – Si tratta di riassumere una storia millenaria, visto che l'impiego sia ricreazionale che terapeutico dei derivati della *cannabis* risale a molti secoli prima di Cristo. La loro valenza scientifica è stata riconosciuta solo nel diciannovesimo secolo in particolare per opera di uno studioso irlandese che se ne occupò in India. L'effetto terapeutico della *cannabis* è stato progressivamente sopravanzato dall'importanza sociale della sua azione "tossicologica" che raggiunse l'apice durante l'esplosione

dell'uso ricreazionale negli anni Sessanta del secolo scorso. Questo impiego ha concentrato gli sforzi dei ricercatori per cercare di chiarire il meccanismo di azione dei principi attivi della marijuana che potessero spiegarne gli effetti euforizzanti e sulle funzioni sensoriali e cognitive in senso generale.

Risale sempre a quel periodo la scoperta di un componente della *cannabis*, il delta-9 tetraidrocannabinolo (THC), praticamente l'unico responsabile degli effetti psicotropi della marijuana. Si tratta di una sostanza che non si trova come tale nella *cannabis* ma in forma di acido inattivo per attivare il quale le infiorescenze della pianta devono essere essiccate e/o riscaldate. L'acido carbossilico del THC, una volta decarbossilato dal processo di riscaldamento, produce effetti psicotropi perché agisce su particolari recettori della membrana plasmatica, i cosiddetti recettori dei cannabinoidi di tipo



1 (CB1), accoppiati a proteina G e a 7 domini trans-membrana plasmatica.

Esiste poi un altro recettore per il THC, il recettore dei cannabinoidi di tipo 2 (CB2), che però è poco espresso a livello del Sistema Nervoso Centrale. Questi due tipi di recettori, CB1 e CB2, negli anni Novanta del secolo scorso hanno rappresentato l'oggetto di moltissime ricerche sia farmacologiche che biochimiche che hanno condotto ad un rinnovato interesse per l'impiego a scopo terapeutico dei derivati della *cannabis*. In particolare si è visto che nei mammiferi CB1 appare assai rappresentato non soltanto nel cervello (e questo spiega gli effetti psicotropi del THC) ma anche nei tessuti periferici, mentre CB2 è molto espresso nelle cellule della risposta immunitaria e solamente in pochi tipi di neuroni. I recettori CB1 e CB2 sono fisiologicamente attivati dagli endocannabinoidi, molecole endogene implicate sia nel controllo dei processi di rilascio dei neurotrasmettitori che nella regolazione della risposta immunitaria.

Tra i circa 70-80 cannabinoidi ad oggi identificati, molecole cioè che hanno una struttura chimica simile a quella del THC presenti in differenti quantità nelle diverse varietà di *cannabis* del mercato illegale, l'unico in grado di attivare i recettori CB1 e CB2 è proprio il THC. Non per niente un cannabinoide molto abbondante in alcune varietà di *cannabis*, il cannabidiolo, non ha alcuna affinità per i recettori CB1 e CB2, dimostrando invece di possedere una spiccata attività antiinfiammatoria e di contrasto verso alcuni effetti psicotropi del THC.

**TOSCANA MEDICA** – *Parlando di cannabis, in linea di massima si pensa per lo più ai*

*suoi effetti euforizzanti ed ai danni provocati dall'eventuale abuso, tralasciandone invece gli importantissimi aspetti terapeutici. In estrema sintesi questi due aspetti sono legati a differenze specifiche nella "qualità" della cannabis o nei meccanismi di attivazione dei singoli recettori?*

**AMATO** – Effettivamente i recettori sono molto importanti nell'attivazione del sistema endocannabinoide. Come già detto il CB1 è particolarmente rappresentato a livello del Sistema Nervoso sia centrale che periferico, soprattutto nella corteccia cerebrale, l'ippocampo, i nuclei della base, il cervelletto, i gangli e le radici dorsali del midollo spinale.

Il recettore CB2 è invece maggiormente espresso soprattutto a livello del tessuto linfatico. Queste caratteristiche fanno ben comprendere quali possono essere le peculiari potenzialità terapeutiche del sistema endocannabinoide, vale a dire il loro effetto in campo neurologico ed immunologico. I recettori suddetti sono pertanto implicati nei meccanismi di regolazione del sonno, della percezione degli stimoli dolorosi, dell'appetito e della nausea, del tono muscolare, della attività locomotoria, esplicando inoltre anche attività immunomodulante ed antiinfiammatoria. Nel campo delle cure trovano impiego, ad esempio, nella gestione della nausea indotta da chemioterapia (negli Stati Uniti), nel trattamento dell'anoressia o della cachessia nei soggetti con differenti quadri di immunodeficienze acquisite, in Europa nella terapia della spasticità della sclerosi multipla, nella terapia del dolore cronico, nelle discinesie da levodopa nel morbo di Parkinson, nei disturbi extracoreici della corea di Huntington, nel controllo dei tic delle sindromi di Kosel e Gilles de la Tourette, in

alcune forme di epilessia.

In molte di queste situazioni l'impiego dei cannabinoidi non è ancora compiutamente inquadrato, al contrario di quanto invece avviene nella terapia della spasticità della sclerosi multipla che utilmente si giova di un prodotto in uso in Europa contenente due fitocannabinoidi in rapporto 1 a 1, THC e cannabidiolo, in grado di valorizzare soprattutto gli effetti antispastici della terapia con riduzione sensibile dell'effetto psicoattivo del THC.

Da non dimenticare inoltre i risultati degli studi di sicurezza di questo prodotto che hanno dimostrato una mancanza di assuefazione e di dipendenza associata alla non comparsa di sindromi astinenziali al momento della sospensione dell'assunzione.

**TOSCANA MEDICA** – *Rimaniamo su un piano estremamente pratico. Il medico non specialista che prescrive genericamente la cannabis, cosa propone ai propri pazienti, la sostanza che dà abuso oppure quella "curativa"? La differenza è solo quantitativa oppure anche qualitativa?*

**LAGHI PASINI** – Siamo qui di fronte ad una questione di importanza fondamentale. Occorre innanzi tutto definire se stiamo parlando di preparati magistrali a base di inflorescenze di *cannabis* oppure di prodotti di derivazione industriale. Nei preparati industriali attualmente in commercio, come abbiamo sentito, esiste un rapporto ben definito tra i due principi attivi, il delta-9 tetraidrocannabinolo ed il cannabidiolo. Le preparazioni magistrali da inflorescenze della *Cannabis Sativa*, rispetto ad una preparazione farmaceutica standardizzata, presentano una serie di differenze, da cui possono emergere potenziali problematiche di impiego clinico, conseguenti alla variabilità nelle estrazioni, nella stabilizzazione del o dei principi attivi liposolubili. A ciò si possono aggiungere problemi inerenti la dubbio o scarsa biodisponibilità dei principi attivi presenti nella tisana.

La pianta della *cannabis* ed i suoi derivati contengono molte sostanze attive (psicoattive), presenti in rapporti percentuali variabili e non costanti nel tempo. Quindi, allorché si fa riferimento ad una posologia espressa in milligrammi di THC, si deve tener presente che il fitocomplesso comprende anche altri principi attivi che possono influenzare l'effetto farmacologico complessivo. L'impiego dunque di derivati della *cannabis* mediante preparazioni galeniche (magistrali) può essere caratterizzata da una discreta variabilità di effetti e di risposta. Le inflorescenze che vengono utilizzate per le preparazioni magistrali contengono per lo più concentrazioni molto basse di cannabidiolo, a differenza di quanto si ha nel Sativex® (rapporto THC/cannabidiolo intorno a 1/1); dal momento

che il cannabidiolo svolge una attività farmacologica sostanzialmente di protezione rispetto agli effetti psicoattivi del THC, le due preparazioni, farmaceutica e galenica, sono diverse. In linea di massima, considerando che l'efficacia clinica di questi prodotti è dose dipendente e che sul mercato esistono preparati magistrali con titolazioni diverse, è possibile aspettarsi la comparsa di effetti indesiderati legati alla loro assunzione. Questa situazione può almeno in parte essere superata dal ricorso ai prodotti di origine industriale che garantiscono una perfetta omogeneità dei loro componenti.

Non bisogna inoltre dimenticare che mancano ancora informazioni a lungo termine (3-5 anni per quanto riguarda gli aspetti cognitivi e psicopatologici (e sulla guida).

**MEDIATI** – Da clinico esperto nell'impiego di farmaci a rischio di abuso, devo riconoscere che nel mio campo di attività da sempre usiamo a scopo curativo le stesse sostanze che vengono in altri ambiti usate a scopo ricreazionale. Nel caso di pazienti con dolore cronico neuropatico o altre situazioni di dolore cronico è fondamentale distinguere tra l'impiego terapeutico di sostanze quali gli oppioidi o i cannabinoidi ed il loro potenziale abuso che può condurre ad un pericoloso stato di dipendenza sia fisica che, soprattutto, psicologica. Queste persone devono pertanto essere seguite con grande attenzione e assiduità.

**DI MARZO** – Il fenomeno della dipendenza si osserva soprattutto con l'uso eccessivo di marijuana ed è dovuto al THC in essa contenuto. Il THC in verità è un agonista parziale dei recettori CB1 dei cannabinoidi. Proprio per questa sua peculiarità le dosi richieste per dare tolleranza e dipendenza sono così elevate che generalmente non si raggiungono mai nei normali schemi di posologia a scopo terapeutico, perché darebbero luogo all'insorgenza di importanti effetti collaterali nella maggior parte dei pazienti.

**TOSCANA MEDICA** – *Abbiamo quindi detto che possono esistere differenze notevoli di preparazione tra i prodotti di derivazione industriale e quelli galenici, con tutto quello che può conseguire in termini di efficacia di cura e di insorgenza di eventuali effetti indesiderati. Per amplificare al massimo l'effetto terapeutico, quale è l'importanza del dosaggio da somministrare?*

**MEDIATI** – Come accade con moltissimi farmaci, anche nel caso dei cannabinoidi, fondamentale appare la titolazione del dosaggio. Generalmente in ambito clinico si inizia sempre con dosaggi molto bassi per evitare la comparsa di effetti collaterali importanti. Bisogna informare

il paziente che molto probabilmente i risultati inizialmente non saranno molto soddisfacenti. In seguito si titola progressivamente il dosaggio verso l'alto fino a raggiungere un buon equilibrio tra effetti terapeutici ed effetti indesiderati.

**DI MARZO** – Da quanto detto adesso appare chiaro che è indispensabile poter disporre di dispositivi in grado di misurare esattamente quanto principio attivo il paziente assume, soprattutto in caso di assunzione gestita direttamente dal paziente stesso. Questo significa che il fumo, l'aspirazione e la vaporizzazione assolutamente non garantiscono la riproducibilità della corretta assunzione della sostanza.

**AMATO** – A parte la questione della produzione di preparati a base di fitocannabinoidi, industriale o magistrale, credo sia necessario sottolineare anche la selezione dei pazienti ai quali somministrare queste sostanze. Anche nella mia esperienza esistono infatti soggetti a rischio come per esempio i pazienti con disturbi cognitivi di vario genere o coloro che hanno storie di abuso di alcol o di droghe. In simili casi l'esclusione da questo tipo di terapie mi sembra la scelta più logica.

Per quanto riguarda la titolazione ricordo che questa è prevista dal registro AIFA nel quale siamo obbligati ad inserire i pazienti per ragioni di farmacovigilanza, con una titolazione protratta nell'arco di tempo di due settimane, seguita poi da una posologia fortemente individualizzata. Noi usiamo una formulazione spray che richiede all'inizio circa 8 somministrazioni, generalmente ridotte a 6 o 7 nel proseguimento dell'iter di cura al fine di raggiungere un buon equilibrio tra l'effetto terapeutico e la comparsa di effetti collaterali di non eccessiva rilevanza clinica.

**LAGHI PASINI** – Come giustamente è stato detto in precedenza la titolazione dei principi attivi viene eseguita alla perfezione nei prodotti di origine industriale, mentre lo stesso non si può dire per quanto riguarda le preparazioni magistrali. Secondo me è pertanto indispensabile che tutti i medici, potenziali prescrittori di questi preparati, siano adeguatamente formati ed informati su questo aspetto. È altresì noto che non tutti i pazienti, come dimostrato negli studi clinici, possono trarre beneficio dal trattamento con cannabinoidi, e di questo medici prescrittori e pazienti devono essere ben consapevoli, anche e soprattutto in rapporto alla inutilità di raggiungere dosaggi elevati, con alto rischio di significativi eventi indesiderati ed in assenza di una efficacia clinica.

**TOSCANA MEDICA** – *In Toscana i medici di medicina generale possono oggi prescrivere*

*questi preparati magistrali e lo stesso è consentito a qualsiasi altro medico che disponga di un ricettario "bianco". Nella gestione del malato con dolore cronico, nel panorama prescrittivo della nostra Regione, quale è il ruolo della medicina generale?*

**MAURRI** – Oggi, grazie alle innovazioni legislative, la gestione dei preparati a base di cannabinoidi è obiettivamente molto più agevole anche per i medici di medicina generale. Prima, quando era in vigore la legge del 2008 che permetteva la prescrizione di prodotti industriali contenenti cannabinoidi, le cose erano molto più farraginose. Ricordo una paziente che in seguito ad un problema osseo al bacino aveva sviluppato una grave sintomatologia dolorosa cronica di carattere neuropatico per la quale, dopo numerosi consulti con i colleghi specialisti fisiatristi ed ortopedici, eravamo arrivati alla conclusione che potesse essere indicato il ricorso alla terapia con cannabinoidi. Dopo avere ottenuto le necessarie autorizzazioni, avere compilato numerosi moduli di consenso informato ed avere preparato la paziente, la cura ebbe inizio ma fu sospesa dopo pochissimo tempo a causa della comparsa di effetti collaterali che la signora non era in grado di sopportare.

Oggi come dicevo, grazie alla legge del 2013 che amplia il range di prescrivibilità delle sostanze contenute nella Tabella 2, sezione B (sostanze a base di cannabinolo), le cose sono migliorate anche se in Toscana molta strada deve ancora essere percorsa.

La necessaria, importantissima selezione dei pazienti potenziali beneficiari dei prodotti contenenti cannabinoidi prima citata mi ricorda quello che avveniva nei primi anni Ottanta del secolo scorso con la tossina botulinica per la quale ogni giorno comparivano le indicazioni di cure più diverse.

Concludo con una domanda che mi sembra importante: i farmacisti che dovranno occuparsi dei preparati magistrali contenenti cannabinoidi saranno davvero preparati in questo senso? D'altra parte la legge è molto precisa quando descrive quello che dovranno fare gli specialisti dell'Istituto Chimico-farmaceutico Militare di Firenze per garantire l'approvvigionamento di questi prodotti su tutto il territorio nazionale.

**MEDIATI** – In Toscana esiste comunque un documento redatto dal Consiglio Sanitario Regionale che riporta le indicazioni alla prescrizione dei cannabinoidi che sono essenzialmente il dolore cronico, la nausea e il vomito post chemioterapia e la spasticità. Esistono poi altri impieghi "off label" che riguardano la sintomatologia dolorosa delle sindromi fibromialgiche, alcune forme di cefalea e altro. Personalmente ritengo che le indicazioni del CSR vadano as-

solutamente rispettate per evitare l'abuso di queste sostanze non tanto da parte dei pazienti quanto piuttosto dell'intero sistema.

**DI MARZO** – In Italia la normativa per l'uso "off label" dei farmaci è ancora oggi molto restrittiva per cui in molti casi le indicazioni all'impiego dei cannabinoidi appaiono estremamente limitate a fronte di un numero assai elevato di situazioni nelle quali questi composti potrebbero invece essere di utilità. Questa situazione potrebbe innescare dei pericolosissimi meccanismi di ricerca da parte dei pazienti, meccanismi che possono comprendere, nel migliore dei casi, il ricorso ai preparati galenici per arrivare fino alla compravendita di marijuana sul mercato nero con tutte le conseguenze facilmente immaginabili di un simile comportamento.

**TOSCANA MEDICA** – *Le attuali limitazioni alle indicazioni all'impiego dei derivati della cannabis a scopo di cura potrebbero in parte dipendere dalla preoccupazione che un loro eventuale allargamento potrebbe in qualche modo finire per coinvolgere anche l'aspetto ricreazionale e di abuso di queste sostanze?*

**LAGHI PASINI** – Qualche tempo fa presi parte al gruppo di lavoro che su indicazione della Commissione Terapeutica Regionale, si occupò della revisione sistematica della letteratura riguardante l'impiego dei cannabinoidi a scopo terapeutico. A fronte di un numero elevatissimo di possibili indicazioni, dal glaucoma alla fibromialgia ed all'artrite reumatoide, le vere evidenze scientificamente attendibili erano davvero pochissime, limitate per lo più al campo della sclerosi multipla e della spasticità. In base anche ai risultati di questa attività sono state poi introdotte le limitazioni prescrittive che oggi ben conosciamo. È purtroppo pressoché inevitabile che, ad esempio, un soggetto con artrite reumatoide che presenta una sintomatologia dolorosa grave, di entità comunque comparabile magari a quella della spasticità della sclerosi multipla, e che non può ricevere il preparato industriale perché al di fuori dei criteri attuali di prescrivibilità, cerchi di procurarsi la formulazione magistrale con la potenziale comparsa di tutte le problematiche prima ricordate.

Appare quindi evidente che qualcosa in questo campo si debba assolutamente fare, al fine di definire, sulla base di rigorose evidenze scientifiche, altre possibili indicazioni all'uso clinico dei cannabinoidi, attuando al contempo efficaci procedure di controllo e di farmacovigilanza. È importante sottolineare che, in letteratura, stanno comparando alcuni dati, peraltro non convincenti, circa l'effetto positivo del fumo di marijuana (non della *cannabis* terapeutica), sulla resistenza all'insulina, sull'obesità e

sulla riduzione del BMI. È opportuno che tali dati, come già detto tutt'altro che convincenti e correlati all'uso ricreativo della marijuana, non portino alla diffusione di informazioni pericolose e fuorvianti. Il messaggio trasmesso a livello di popolazione potrebbe diventare molto pericoloso con aumento potenziale dei soggetti attratti da prospettive di carattere più ricreazionale che di cura vera e propria.

**TOSCANA MEDICA** – *La scarsità di dati scientificamente attendibili che ricordava ora il prof. Laghi Pasini dipende dalla ben nota, oggettiva difficoltà nel trovare target correttamente individuati per i trials oppure anche da problemi di carattere culturale nei confronti della "questione cannabis"?*

**DI MARZO** – Nella Letteratura anglosassone si parla chiaramente di stigma contro gli studi sull'importanza terapeutica dei cannabinoidi ed a questo si associa la grande facilità da parte dei pazienti di autocurarli con una grande varietà di preparati a base di qualsiasi tipo di canapa.

D'altra parte l'estrema complessità del sistema endocannabinoidale e delle azioni farmacologiche dei cannabinoidi diversi dal THC, che posseggono molti bersagli molecolari a livello di numerosi organi ed apparati, rendono ragione della difficoltà di testare in maniera attendibile queste sostanze in patologie diverse da quelle per le quali il loro impiego è invece già ben codificato.

Ad oggi sono disponibili solo pochi studi clinici sul THC, il nabilone ed il dronabinolo e si sta sperimentando il cannabidiolo purificato per il trattamento di alcune patologie pediatriche, in particolare contro certe forme intrattabili di epilessia. In Letteratura però si trovano anche lavori epidemiologici che parlano di non meglio precisati effetti benefici in soggetti che abusano di marijuana! Ancora. Gli studi di farmacologia clinica sull'uomo sono ancora molto limitati mentre se ne trovano molti su modelli animali che poi appaiono di difficile trasferimento nella pratica clinica. Questo per dire che molto spesso i dati disponibili non appaiono certo di facile ed immediata interpretazione.

**MAURRI** – A livello di medicina generale un rischio concreto è rappresentato dal fatto che con i preparati a base di cannabinoidi non si realizzi quello che accadde negli anni Settanta-Ottanta del secolo scorso con le benzodiazepine. Non è infrequente che i medici di medicina generale abbiano tra i propri pazienti dei soggetti quaranta-cinquantenni che usano routinariamente l'hashish a scopo ricreazionale, ricavando da Internet tutte le informazioni necessarie alla preparazione del prodotto e

venendo a conoscenza di informazioni per lo più del tutto incontrollate che magnificano i più disparati benefici legati all'uso di queste sostanze. Il diffondersi di simili comportamenti dovrebbe essere il più possibile tenuto sotto controllo e contrastato.

**MEDIATI** – Ha ragione il dottor Maurri, i pericoli legati a queste situazioni sono davvero molto preoccupanti, soprattutto se si pensa che esiste anche un reale rischio legato all'assunzione cronica di queste sostanze per uso terapeutico. Questi malati necessitano pertanto di un follow-up molto attento sia per la gestione di potenziali effetti collaterali che per individuare il prima possibile l'eventuale comparsa di abuso.

**DI MARZO** – Per necessaria chiarezza, vorrei però ricordare che stiamo adesso parlando di preparati più o meno artigianali, ben diversi dai veri farmaci disponibili anche in Italia per i quali esistono evidenze consolidate circa la loro bassa potenzialità di abuso.

**AMATO** – Già nel 2007 su "Lancet" venne pubblicato uno studio che con robuste evidenze epidemiologiche dimostrava che negli adolescenti l'uso prolungato e ad alto dosaggio della marijuana si traduceva in un aumento significativo di disturbi della sfera psicotico-paranoide. A questi dati, oggettivamente preoccupanti, se ne aggiungevano però altri che sottolineavano come le stesse sostanze agissero positivamente nel far perdere il peso ai soggetti obesi.

La sorveglianza dei pazienti prima ricordata è quindi davvero di fondamentale importanza, come anche dimostra la nostra esperienza: nonostante abbiamo oggi a disposizione dei prodotti ben codificati di produzione industriale, alcuni pazienti continuano ancora a chiedere le preparazioni magistrali.

Il medico che prescrive questi farmaci, oltre a seguire attentamente i pazienti, dovrebbe potere disporre di dati attendibili della Letteratura che chiaramente riportino indicazioni e controindicazioni all'impiego, cosa che tra breve dovrebbe succedere per quanto riguarda la gestione del dolore neuropatico.

**TOSCANA MEDICA** – *Come farmacologici e clinici, cosa chiedete in termini di sicurezza agli specialisti dell'Istituto Chimico-farmaceutico Militare di Firenze che stanno predisponendo le preparazioni magistrali?*

**MEDIATI** – Essendo di fondamentale importanza dal punto di vista clinico sapere cosa noi stiano realmente somministrando ai nostri pazienti, vorrei prima di tutto una titolazione attendibile della concentrazione di THC. Ad oggi

purtroppo questo non sempre è possibile principalmente a causa della difficoltà di estrazione del THC dalle inflorescenze.

**LAGHI PASINI** – Altre questioni da ricordare sono le problematiche connesse alle modalità di conservazione di questi prodotti e, come già ricordato, l'eventuale presenza al loro interno di altre sostanze con potenzialità farmacologiche non completamente conosciute.

**DI MARZO** – La sicurezza del preparato è imprescindibile e pertanto si devono per quanto possibile evitare comportamenti come quelli verificatisi negli Stati Uniti dove i genitori di molti bambini affetti da gravissime forme di epilessia hanno iniziato ad usare olii per via orale preparati con derivati della *cannabis* arricchiti di cannabidiolo, osservando, accanto a risultati sostanzialmente positivi, in alcuni casi anche dei peggioramenti del quadro convulsivo dei piccoli pazienti. Studi recenti condotti nelle stesse classi di popolazione pediatrica hanno però dimostrato un buon risultato clinico con l'impiego del cannabidiolo da *cannabis* altamente purificato, e quindi privo di contaminazioni con THC, al contrario di quanto succedeva nei già citati olii da *cannabis* di produzione per così dire "artigianale".

**TOSCANA MEDICA** – *Da esperti del settore ritenete che le attuali norme italiane sulla dispensazione della cannabis siano adeguate? Ed ancora, riterreste giusto chiedere ad AIFA un'estensione delle indicazioni del farmaco branded?*

**MEDIATI** – Ad oggi la situazione nella nostra Regione è la seguente. Il Centro per la cura del dolore inizia la distribuzione del farmaco al paziente provvedendo alla necessaria prescrizione. Una volta che è stata individuata e raggiunta la dose ottimale, il soggetto viene affidato con un piano terapeutico trimestrale al medico di medicina generale che prende in carica l'attività di prescrizione, garantendo in questo modo un follow-up clinico della durata di almeno tre mesi. Si tratta sostanzialmente di un buon sistema, anche se a mio parere i medici di base dovrebbero in linea generale godere di maggiore libertà di prescrizione di molti farmaci a carico del Servizio sanitario regionale, compreso appunto i derivati della *cannabis*.

**MAURRI** – Sono perfettamente d'accordo con il dottor Mediatì e credo che i piani terapeutici trimestrali rappresentino davvero un ottimo strumento di controllo nella gestione di questo tipo di terapie.

Riguardo la possibilità di allargare le indicazioni, rimango ad oggi perplesso proprio perchè le stesse indicazioni non sono poi così

esattamente codificate, tanto è vero che anche negli Stati Uniti l'impiego di questi farmaci nelle forme di epilessia pediatrica prima ricordate non ha ancora ricevuto l'approvazione dalle Autorità regolatorie. Credo pertanto che parlare oggi di ampliamento delle indicazioni sia a dire poco prematuro.

**AMATO** – Credo che un farmaco debba essere prescritto solo a fronte di evidenze scientifiche rigorose e certe. Se il fitocannabinoide di produzione industriale si è dimostrato efficace nella gestione della spasticità moderato-grave della sclerosi multipla, si potrebbe effettivamente ipotizzare il suo impiego anche in altri casi di spasticità legata a situazioni diverse dalla sclerosi multipla, ampliando in questo senso le indicazioni alla prescrivibilità.

**LAGHI PASINI** – In linea di massima sarei per un allargamento della possibilità prescrittiva dei medici di base per quanto riguarda il preparato di produzione industriale, pur auspicando uno stretto e continuativo rapporto con strutture e

medici specialisti. Mentre credo che una maggiore prudenza sarebbe necessaria ad ogni livello circa l'impiego dei preparati magistrali.

**DI MARZO** – Vorrei ricordare che il preparato industriale contenente THC e cannabidiolo in proporzione quasi identiche è già stato approvato in alcuni Paesi per il trattamento del dolore neuropatico in corso di sclerosi multipla ed è in corso di sperimentazione il suo impiego in altre situazioni come ad esempio la spasticità dei pazienti pediatrici affetti da ipossia peri- e postnatale. Un eventuale allargamento delle sue indicazioni a patologie strettamente correlate e con sintomatologia simile mi sembra pertanto del tutto condivisibile, senza però dimenticare che si tratta di farmaci che agiscono solo sui sintomi e non certo sul decorso di una determinata malattia.

In ogni caso quello che si deve assolutamente evitare è l'uso sconsiderato dei preparati "fai da te", oppure provenienti dal mercato nero.

**TOSCANA MEDICA** – *Oggi siamo di fronte al paradosso che la cannabis comprata per strada*

#### CONSIDERAZIONI AGGIUNTIVE

Gli studi clinici più rilevanti, pubblicati in data successiva a quelli citati nell'allegato alla delibera della Regione Toscana (es. Flachenecker P. et al. Eur. Neurol. 2014;71:173-181; Fernandez O. Eur. Neurol. 2014;72 (S1):12-14; Freidel M. et al. Acta Neurol. Scand. 2015;131(1):9-16), condotti con l'utilizzo della formulazione medicinale, hanno confermato l'efficacia del THC + cannabidiolo, in preparazione spray oro-mucosale, nel trattamento della spasticità in corso di MS. In particolare dati osservazionali ed esperienze condotte nel mondo reale (registri post-marketing del Regno Unito e della Germania) hanno confermato l'efficacia e la sicurezza di tale associazione, senza evidenza di fenomeni di abuso/misuso o di eventi avversi significativi (ad esempio riguardanti la capacità di guida). L'effetto sintomatico sulla spasticità ed il miglioramento della qualità di vita (QoL) si manteneva nel tempo. Si è anche evidenziato che, nella pratica clinica corrente, le dosi medie giornaliere efficaci sono risultate di circa il 25% inferiori a quelle documentate nei trials clinici di fase III. In alcuni studi sono riportati anche effetti positivi sull'incontinenza (urgenza) vescicale, sull'appetito, e sulla mobilità complessiva e QoL.

La letteratura più recente conferma l'opportunità di una titolazione del farmaco e la presenza di non-responders. La interruzione della terapia per inefficacia o per intolleranza, negli studi osservazionali, si è verificata nei primi mesi di trattamento; nei pazienti responders, l'effetto si mantiene nel tempo. Complessivamente gli studi osservazionali hanno dato risultati migliori rispetto ai trials clinici (dosaggi minori, minori effetti collaterali, anche se questo potrebbe derivare, in senso negativo, da una minor attenzione, rispetto a quanto si verifica negli studi controllati). Comunque se anche gli effetti collaterali dovessero essere sottostimati, per le ragioni ricordate, è verosimile che in ogni caso effetti severi non siano sfuggiti all'osservazione.

Mancano ancora informazioni a lungo termine (3-5 anni) per quanto riguarda gli aspetti cognitivi e psicopatologici (e sulla guida). Un impatto della *cannabis* terapeutica su tali aspetti (anche alla luce dei dati riguardanti il fumo di marijuana), a lungo termine non può essere completamente escluso, soprattutto in soggetti che presentino già di base personalità pre-morbose. Quindi una ulteriore, opportuna raccomandazione dovrebbe essere quella di procedere ad una valutazione del profilo psicopatologico di base, al fine di escludere l'impiego della *cannabis* terapeutica, in quei soggetti che si presentino come maggiormente esposti ad effetti negativi a lungo termine.

Franco Laghi Pasini

**Altre condizioni di possibile impiego di prodotti a base di cannabis** per le quali, l'uso della preparazione medicinale, ha dimostrato una possibile efficacia sono: il dolore oncologico (in pazienti in cui il dolore non sia completamente controllato dagli oppioidi) come terapia di associazione e nel dolore neuropatico (allodinia, neuropatia diabetica). È da osservare che nei pazienti con MS il dolore da spasticità ed il dolore neuropatico sono intimamente connessi e quindi difficilmente differenziabili (da notare che Sativex è registrato in Canada per dolore neuropatico e sclerosi multipla, in Europa per dolore da spasticità in MS; in Europa sono in corso studi di fase III per dolore neuropatico e filoni di ricerca in ambito oncologico).

Franco Laghi Pasini

*costa relativamente poco al contrario dei farmaci prodotti industrialmente che ne contengono gli stessi principi attivi. L'introduzione sempre più ampia dei preparati a base di cannabis passa pertanto anche attraverso la sostenibilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Questi costi sono ad oggi proponibili?*

**MEDIATI** – Ovviamente sia il prodotto indu-

striale che quello magistrale costano di più perché farmacologicamente controllati, seppure con tutte le eccezioni prima ricordate. Considerato che non si possono curare le persone con la *cannabis* comprata per strada credo che il Servizio Sanitario Nazionale prima o poi dovrà confrontarsi seriamente con queste problematiche di carattere essenzialmente farmacoeconomico.

ANTONIO PANTI

## Tutto sulla cannabis

La *cannabis* (la marijuana, l'hashish, le canne, l'erba) ha una storia millenaria, che solo da poco più di un secolo è stata compresa sul piano chimico e farmacologico. Infatti l'impatto sulla clinica è recente e, se ne vogliamo utilizzare gli effetti benefici, occorre modificare una cultura che ha conosciuto la *cannabis* solamente o quasi come sostanza da abuso, vietata dalle legislazioni internazionali e considerata illegale. Per questo i nostri esperti sono stati particolarmente attenti ed esaustivi nello spiegare gli effetti terapeutici della *cannabis* e la differenza di azione che deriva dall'attenta scelta del dosaggio e dal bilanciamento dei componenti del farmaco. È quindi importante far capire ai medici che la prescrizione del farmaco *cannabis* presenta rischi minori di effetti indesiderati quanto più precisa è la titolazione della sostanza clinicamente efficace. Esiste infine un sistema endocannabinoide per cui gli effetti sono sempre personalizzati a seconda del prevalere dei recettori (centrali da cui derivano gli effetti sul sistema nervoso e periferici da cui derivano gli effetti sul sistema immunitario). Nonostante l'antichissimo uso di questa sostanza e la notevole ampiezza e attendibilità della letteratura preclinica, le evidenze scientifiche sono recenti, le sperimentazioni metodologicamente attendibili non sono poi tante e pochissime sono le indicazioni sostenute da una solida letteratura. Sono evidenti le potenzialità terapeutiche della sostanza, tuttavia difficili da esplorare anche perché l'uso diffuso dei preparati magistrali rende difficile la valutazione esatta degli effetti di ogni singolo componente del fitocomplesso.

Inoltre gli effetti prevalenti sul dolore e sulla spasticità rendono ancora più personale la quantificazione del dosaggio. I casi in cui è indicata la *cannabis* sono spesso casi complessi in cui il farmaco è utilizzato come seconda

scelta e richiede un attento monitoraggio ed un rapporto continuo ed una relazione positiva con il paziente. Per questo è corretto che la Regione Toscana abbia consentito, sia pur previo Piano Terapeutico Specialistico, la prescrizione da parte dei medici di medicina generale, che hanno sicuramente una consuetudine più continuativa con il paziente. È ovvio che l'aumento del numero di prescrittori non può significare una estensione acritica delle indicazioni. La cautela è fondamentale in ogni farmaco e, in particolare, in questo a causa dei possibili sconfinamenti sul piano psicotropo, anche se la *cannabis* terapeutica è somministrata sottoforma di *spray* o di tisana e mai fumata.

Al di là di questi caveat è chiaro che il farmaco, opportunamente preparato, ben titolato e dosato, rappresenta una conquista terapeutica, sia pur da utilizzare in seconda istanza, superando una sorta di stigma per la percezione negativa, forse eccessiva, della sostanza in relazione all'abuso e agli usi ricreazionali. Sarebbe assai opportuno investire in ricerca e ci auguriamo che le aziende chimiche vi si impegnino. Le università e le organizzazioni scientifiche debbono invece spiegare ai medici che la *cannabis* da strada non è un farmaco, mentre lo sono le formulazioni in commercio secondo le indicazioni fondate sulla letteratura scientifica.

In conclusione, i nostri esperti pensano che la normativa vigente sia sufficientemente adeguata e che le indicazioni adottate dalla Regione Toscana siano quelle possibili allo stato della letteratura, pur dovendosi lasciare spazio ad una rapida evoluzione per ulteriori usi clinici dimostrati. Certamente la pratica clinica deve tenere conto anche del parametro sostenibilità e dovrà portare ad una valutazione attenta dei costi della terapia da parte dei produttori e dei prescrittori.

TM

Pubblicazione realizzata con il contributo incondizionato di **Almirall**



FLAVIO PAOLI<sup>1</sup>, CAMILLO BORZACCHIELLO<sup>1</sup>, RICCARDO DI DONATO<sup>1</sup>, GIOCONDO SANTONI<sup>1</sup>

# Lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, una risorsa sociale e strategica per il Paese

## I Farmaci Orfani e la produzione di cannabis per uso medico

Lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare (SCFM), unica azienda farmaceutica dello Stato facente parte dell'Agencia Industrie Difesa, oltre a rifornire le FF.AA. di medicinali e materiali sanitari, ormai continuamente sta svolgendo un ruolo sociale e strategico di grande rilevanza per tutto il Paese, sia nelle emergenze sanitarie, sia nel rendere disponibili medicinali necessari, ma economicamente non vantaggiosi e quindi non reperibili sul libero mercato.

Da sempre lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare è stato sensibile al settore delle malattie rare e dei farmaci orfani attraverso l'organizzazione di seminari, incontri e convegni internazio-

nali, l'ultimo dei quali, "Malattie Rare e Farmaci Orfani Esigenze cliniche e sinergie terapeutiche", è stato tenuto a Firenze il 6 giugno 2012.

Lo Stabilimento ha sempre operato senza fini di profitto, in termini di complementarità con le aziende private, in uno spirito di pubblico servizio e secondo criteri di qualità, efficienza ed efficacia ed in piena sinergia con le altre istituzioni che si occupano di salute.

A beneficio del Servizio Sanitario Nazionale e dei pazienti affetti da gravi patologie, in stretta collaborazione con l'Agencia Italiana del Farmaco con la quale l'Agencia Industrie Difesa ha stipulato un accordo quadro di collaborazione, sta produ-

<sup>1</sup> Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare

cendo medicinali non altrimenti disponibili:

- Ketoconazolo (designato quale farmaco orfano ai sensi del regolamento (CE) N° 141/2000 in data 9/8/2012) per la cura del Morbo di Cushing;
- Mexiletina (designato quale farmaco orfano ai sensi del regolamento (CE) N° 141/2000 in data 7/10/2013 per le miotonie distrofiche e non distrofiche;
- Colestiramina per il morbo di Crigler-Najjar;
- D-penicillamina, per il morbo di Wilson;
- Niaprazina: disturbi del sonno (in produzione dal maggio 2014);
- Tiopronina: per la cistinuria (in produzione da ottobre 2014).

In prospettiva futura, sono in corso studi di fattibilità per la produzione di altri farmaci orfani carenti quali il Metixene per le distonie focali.

Proseguendo il filo rosso della produzione del Chinino di Stato nei primi anni del '900, lo Stabilimento continua a produrre medicinali salvavita, come la chinina in fiale (Chinina cloridrato Agenzia Industrie Difesa 500 mg/2ml fiale - AIC n° 036310011), per la malaria da Plasmodium Falciparum, da poter rendere disponibile auspicabilmente anche nei Paesi in via di sviluppo ove la malaria è ancora una delle più importanti cause di morte.

In una più ampia definizione di "farmaci orfani" SCFM produce anche alcuni antidoti non facilmente reperibili quali:

- Potassio Ioduro compresse (esposizione a Iodio 131, radioattivo)
- Dimercapolo fiale (avvelenamento da composti arsenicali e metalli pesanti)

### Produzione e distribuzione delle preparazioni a base di *cannabis*

Nel quadro del ruolo e delle attività sopra riportate e sulla base di un accordo sottoscritto il 18 settembre 2014 fra il Ministro della Salute e il Ministro della Difesa, si pone la produzione di sostanze attive vegetali a base di *cannabis*, al fine di ridurre i costi per il Servizio Sanitario Nazionale e facilitare l'accesso alle cure per i pazienti.

Il progetto prevede una produzione pilota di tipo sperimentale con serre di 200 metri quadrati a regime per ottenere una produzione di circa 100 Kg/anno, fabbisogno nazionale stimato.

Tutta l'attività sarà soggetta alle necessarie autorizzazioni da parte del Ministero della Salute e dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

La *cannabis* per uso medico deve essere ottenuta esclusivamente per coltivazione di cloni, cioè per riproduzione agamica, in modo da garantire la standardizzazione della droga vegetale; la parte della pianta impiegata è l'infiorescenza femmini-

le. Lo studio delle varietà di *cannabis* impiegabili è già stato fatto dal CRA-CIN Centro di ricerca per le colture industriali, sedi di Bologna e Rovigo, il quale fornirà anche il materiale di partenza per le coltivazioni (talee).

Con il raccolto termina la fase detta di "coltivazione", eseguita in conformità alle GACP (Good Agricultural and Collection Practices) ed inizia la fase di lavorazione farmaceutica, eseguita in conformità delle NBF (Norme di Buona Fabbricazione) che prevede l'essiccazione delle infiorescenze, la macinazione ed il confezionamento in flaconi da 5 grammi (sostanza attiva di origine vegetale).

Sarà compito del farmacista allestire le singole preparazioni magistrali sulla base di specifiche prescrizioni mediche.

Al fine di garantire una continuità terapeutica con i prodotti attualmente impiegati saranno rese disponibili due specifiche varietà, una contenente i principi attivi Tetraidrocannabinolo (THC) e Cannabidiolo (CBD) in proporzione circa 1: 1.5 e l'altra con un contenuto in THC intorno al 19 %.

Nell'ambito del Gruppo di lavoro coordinato dal Ministero della Salute è stato considerato di avviare in parallelo all'attività di produzione anche un percorso di sperimentazione clinica, al fine di suffragare con protocolli clinici standardizzati l'efficacia dei medicinali a base di *cannabis* per alcune patologie.

Il Decreto del Ministero della Salute 23 gennaio 2013 introduce la possibilità di utilizzare le infiorescenze di *cannabis* come sostanza attiva per le preparazioni galeniche in farmacia. La *cannabis* per uso medico al momento è ottenibile in Italia esclusivamente su importazione dall'estero. In particolare questa è ottenibile dall'Olanda per il tramite dell'Office for Medicinal cannabis del Ministero della Salute, del Welfare e dello Sport Olandese. L'importazione in Italia può essere richiesta da Distributori autorizzati o direttamente dalle farmacie. L'autorizzazione è rilasciata ai sensi del DPR 309/90 dal Ministero della Salute - Ufficio Centrale Stupefacenti.

La produzione di questa sostanza attiva vegetale in Italia, presso lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze, consentirà l'abbattimento del lungo iter burocratico che attualmente occorre seguire per l'importazione dall'Olanda, garantirà la cornice di sicurezza necessaria che solo uno Stabilimento Militare può assicurare e consentirà di abbattere i costi dei farmaci a base di *cannabis*, dando così maggiori possibilità di accedere alle cure ai pazienti che ne hanno bisogno.

TM

Info: [direttore@farmaceuticomilitare.it](mailto:direttore@farmaceuticomilitare.it)



MAURIZIO DAL MASO

# Le parole in Sanità: variabilità, sostenibilità, innovazione

## A quando i fatti?



Maurizio Dal Maso, Chirurgo vascolare fino al 1999, medico di direzione sanitaria nella Az. Asl di Firenze fino al 2005. Spec. in Otorinolaringoiatria e Patologia Cervico-facciale, Chirur., Microchirur. e Chirur. Sperimentale ed Ig. e Med. Prev. Fra il 1999 e il 2005 Resp. del progetto CUP Metropolitano di Firenze, che ha coinvolto anche le AOUC e Meyer. Dal 2005 al 2010 Dir. Sanit. dell'Az. Policlinico Umberto I di Roma e da febbraio 2011 è Dir. Sanit. della ASL1 di MS.

Lotta alla variabilità, abbattimento dei costi della Non Qualità, incremento della produttività e innovazione continua dei processi e/o dei prodotti. Potrebbe essere la ricetta semplice, ma efficace, per uscire dalla attuale situazione di difficoltà oggettiva dei diversi sistemi sanitari regionali. In effetti i 4 assi su cui puntare (*appropriatezza, sostenibilità, sistema e innovazione*) che erano stati individuati come *drivers* per uscire dalla crisi migliorando contestualmente le performance delle organizzazioni sanitarie, sembrano essere stati dimenticati semplicemente perché sostituiti da altre "parole di moda" e il tutto senza avere verificato se gli obiettivi precedentemente individuati erano stati raggiunti e, se sì, in quale percentuale rispetto all'atteso. È la solita vecchia abitudine: si fanno i proclami e poi, dopo un po' di tempo, se ne fanno altri senza avere il coraggio e la volontà di andare a verificare cosa è stato fatto, chi ha davvero fatto e quindi rendere pubblico chi ha raggiunto gli obiettivi attesi e chi, invece, no.

Prendiamo in considerazione la variabilità. Nel suo recente libro "*Cliente, paziente, persona*" Marco Geddes da Filicaia osserva che la variabilità che caratterizza le prestazioni sanitarie appare eccessiva e su di essa si dovrebbero concentrare gli esperti di *management* sanitario al fine di ridurla sapendo che così facendo sicuramente migliorerebbe la performance sanitaria complessiva e si abbatterebbero, contestualmente e stabilmente, i costi della Non Qualità che sono collegati al "fare bene cose inutili", ovvero tutte quelle azioni che quotidianamente vengono attuate ma che non producono "valore" per il paziente consumando inutilmente le già limitate risorse. Nel 2012 il costo della Non Qualità del SSN ha pesato quasi per un punto percentuale del PIL, quindi, in un momento sociale così drammatico soprattutto per gli aspetti sanitari, abbiamo "buttato dalla finestra" circa 12 miliardi di euro facendo bene cose inutili! Secondo Marco Geddes la variabilità può essere distinta in temporale e spaziale intendendo per temporale quella che si osserva nell'ambito dello stesso servizio dove la richiesta di prestazioni è oscillante nel corso della giornata e a cui le organizzazioni sanitarie, fino ad oggi, hanno risposto con liste di attesa, oppure con un incremento di risorse umane e/o tecnologiche ovvero con una riduzione della variabilità stessa migliorando la pianificazione e la programmazione sanitaria gestendo i flussi e ottimizzando il rapporto operatori/pazienti. La variabilità

spaziale è, invece, quella che si rileva nel confronto fra volumi di attività effettuati dai diversi erogatori o nella frequenza di prestazioni in diverse aree geografiche o in differenti gruppi di popolazione. In una logica di Economia sanitaria, quest'ultima risente direttamente della domanda e dell'offerta ovvero degli squilibri che il loro rapporto dinamico da sempre registra e che tocca altri importanti parametri quali l'appropriatezza, l'uguaglianza, l'equità, l'accessibilità, l'efficacia/efficienza erogativa, ecc. Questo tipo di variabilità ci permette di fare alcune considerazioni su aspetti importanti collegati da sempre all'agire clinico e, conseguentemente, a quello gestionale nelle organizzazioni sanitarie. Perché sottolineo questa sequenza, ovvero professionisti prima e *management* dopo? Perché l'essenza di ogni atto clinico-diagnostico, terapeutico e riabilitativo segue, da sempre, delle semplici regole:

- 1) il medico decide come utilizzare le risorse in base ad un percorso clinico-assistenziale che giudica ottimale per quello specifico paziente;
- 2) è corretto ed essenziale che abbia questa libertà di scelta clinica;
- 3) sarebbe incoerente, però, se non avesse anche la responsabilità dell'impiego corretto ed appropriato delle risorse.

In sanità il controllo economico non è di natura gerarchica ma passa attraverso la responsabilità professionale di coloro che hanno in cura i pazienti.

A loro volta le organizzazioni sanitarie, considerate "burocrazie professionali", riconoscono tre caratteristiche principali:

- 1) le professioni rispondono in proprio delle attività,
- 2) la standardizzazione delle attività professionali è compito del professionista,
- 3) nelle attività professionali la direzione aziendale ha scarso controllo delle risorse: i clinici controllano oltre l'80% delle decisioni rilevanti nel determinare i costi dei servizi erogati, mentre il *management* realizza l'integrazione e il coordinamento regolando le attività di supporto.

Ciò premesso, resta da capire cosa i sistemi sanitari a tutti i livelli non hanno fatto, se osservati da un punto di vista organizzativo, e quindi ricordare che quando si parla di uguaglianza si intende l'assenza di discriminazioni tra le persone nell'accesso ai servizi assistenziali, nella allocazione delle risorse e nell'offerta di opportunità, mentre quando si parla di equità intendiamo una cosa diversa e molto più complessa, perché l'accesso ai servizi assisten-

ziali, l'allocazione delle risorse e l'offerta di opportunità giuste e trasparenti, devono essere declinati tenendo conto che le persone hanno bisogni, poteri e competenze diversi e che tali differenze devono essere identificate e orientate in modo da bilanciare gli squilibri esistenti. Fino a quando chi decide le regole dei sistemi sanitari e delle organizzazioni sanitarie confonderà l'equità con l'uguaglianza, perché più facilmente individuabile e gestibile, continueremo ad avere sprechi, duplicazioni, inefficienze e costi non più accettabili legati alla Non Qualità. Non vi è infatti nulla di più scorretto che decidere a priori di dare a tutti le stesse prestazioni sapendo che tutti hanno, invece, necessità e bisogni diversi. Differenziare l'offerta è cosa molto complessa ma se non facciamo in momenti sociali così difficili le cose giuste da tutti attese, quando le faremo? In Economia sanitaria si parla di bisogno (*stato di insoddisfazione determinato nell'individuo dall'impossibilità di detenere o fruire di determinati beni e/o servizi nella misura desiderata*) che può essere: primario o secondario, individuale o collettivo, originario o indotto. Si parla poi di domanda (*quantità di un determinato bene richiesta in un periodo definito*) ma non di domanda di salute in quanto non esiste, dato che la salute non è suscettibile di scambio e non può quindi essere acquistata, venduta o ceduta: la salute è un bene indisponibile che non può essere scambiata sul mercato. Il processo che regola il passaggio da bisogno di salute (*asintomatico, avvertito e diagnosticato*) a domanda soddisfatta di servizi sanitari è chiaro come pure sono note alcune delle osservazioni collegate a questi processi, quali il rapporto di agenzia che esiste fra medico e paziente, l'offerta che in certi casi in sanità può indurre la domanda, l'asimmetria informativa e di conoscenza fra medico e paziente, l'eternalità del consumo ovvero quella condizione in cui un soggetto gode di benefici senza sopportarne direttamente tutti i costi. In realtà tutti i professionisti sanitari dovrebbero lavorare concentrandosi solo sull'area dei bisogni a cui corrisponde una domanda appropriata e a cui, in quel caso soltanto, dovrebbe essere garantita una offerta di servizi. Spiace constatare che queste semplici regole, che governano la prima area tematica della Economia sanitaria, dopo oltre 30 anni di SSN potrebbero e dovrebbero essere meglio conosciute e applicate.

Ritornando alla variabilità e alla necessità di ridurre la quota non necessaria, dalla lettura del Rapporto SDO 2011 del Ministero della Salute sembrerebbe che ci stiamo orientando verso questa direzione, almeno per quanto riguarda l'attività ospedaliera. Diminuiscono, infatti, i ricoveri e sale l'appropriatezza clinica e organizzativa. Sono mezzo milione i ricoveri in meno registrati nel 2011 rispetto all'anno precedente (- 4,5%), per una riduzione complessiva di quasi due milioni e mezzo di giornate di ricovero e con un miglioramento dell'erogazione appropriata dell'assistenza ospedaliera. I ricoveri ospedalieri sono stati complessivamente 10.749.246 con una degenza media per acuti rimasta costante intorno al valore di 6,7 giorni, mentre per la riabilitazione e per le lungodegenze si registra un calo già in atto dal 2009. Si conferma una tendenza a migliorare l'erogazione appropriata dell'assistenza ospedaliera: rispetto al 2010 i ricoveri ad alto rischio di inappropriata in regime ordinario sono diminuiti di

circa 185.000 unità (- 10%) e quelli in regime di day hospital di circa 80.000 unità (- 7%). L'attività per acuti in regime ordinario si attesta a 7.043.070 ricoveri, con un tasso di ospedalizzazione che è passato da circa 116 dimissioni per 1.000 abitanti nel 2010 a poco meno di 110 nel 2011. La principale causa di ricovero in regime ordinario è rappresentata dal parto, con 316.814 dimissioni, seguono le patologie cardiovascolari e respiratorie e gli interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori. I cicli di day hospital erogati sono stati 2.828.910, per un totale di 7.979.357 accessi dovuti principalmente alla chemioterapia che giustifica il 24% degli accessi. Ma se passiamo ad una valutazione regionale troviamo dati interessanti che dimostrano quanto ancora si possa, e si debba fare, nel campo della lotta alla variabilità non giustificata. Cito alcuni dati della Regione Toscana, ma le osservazioni seguenti valgono per tutte le Regioni italiane e, in alcune di esse, in misura maggiore. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per tonsillectomia per 100.000 abitanti nel 2012 in Toscana oscillava fra il 20,64 della Azienda Sanitaria di Firenze e il 90,68 nella Azienda Sanitaria di Grosseto; quello per intervento di stripping per insufficienza venosa degli arti inferiori fra il 76,56 della Azienda Sanitaria di Lucca e il 180,12 in quella di Prato. È evidente che il processo clinico-diagnostico e terapeutico non è stato presidiato da un punto di vista professionale, se si ragiona in una logica di fare esattamente solo quello che è atteso per mantenere o migliorare il livello di salute quindi "nulla di più e nulla di meno" di ciò che è appropriato. Ancora: nel 2011 la degenza media preoperatoria nella chirurgia elettiva (che dovrebbe tendere a zero) a livello nazionale oscillava fra 1,3 giorni delle Marche ai 2,45 giorni del Lazio. Quanti milioni di giornate di degenza abbiamo sprecato inutilmente per produrre interventi che potevano essere erogati organizzando diversamente il ciclo di cura? Ovviamente non parlo dei "parti cesarei" perché in questo caso tutto è stato detto ma tutto continua ad essere, anno dopo anno, esattamente come prima, o quasi.

Un altro aspetto prioritario, potenzialmente connesso alla variabilità clinica e organizzativa, è quello legato alla introduzione della innovazione tecnologica nei nostri presidi. È noto che il mondo dell'HTA in Italia appare legato a realtà diverse, a contesti normativi regionali diversi con modalità attuative fra loro ancora più diverse nelle singole Aziende. A questa variabilità, certamente non fisiologica, si deve aggiungere quella dipendente dalle modalità organizzative che le Regioni si sono date per centralizzare gli acquisti, tenendo presente che sono stati ben 5 i miliardi di euro/anno risparmiati da Asl e AO per l'acquisto di beni e servizi tra il 2008 e il 2009 in Lombardia, Basilicata, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Campania (*FIASO/CEIS Tor Vergata*). Questo è stato un risultato importante ma negli anni successivi, anche a seguito di aggiustamenti più o meno attesi del mercato, il risparmio registrato è stato inferiore, nell'ordine del 7% sulla spesa totale, ovvero circa 1,5 miliardi euro/anno, comunque sempre considerevole. Sono risultate stabili, invece, le ricadute in termini di velocizzazione degli acquisti che con le procedure centralizzate sono migliorati del 30%. Il

punto essenziale resta quello del governo del sistema ovvero della corretta e appropriata indicazione clinica che deve vedere il costante coinvolgimento dei professionisti, a cui devono seguire modalità di approvvigionamento coerenti e in linea con gli sviluppi tecnologici, sempre però guidate dal criterio dell'appropriatezza d'uso.

Nelle Aziende sanitarie o ospedaliere le procedure per gestire in modo corretto l'innovazione tecnologica passano, o dovrebbero passare, attraverso lo schema, riportato nella Tabella 1, che segue le classiche fasi dello sviluppo di un progetto e che prevede l'applicazione al mondo sanitario del Project Management.

Nel caso specifico questo schema procedurale verrà seguito nel corso del 2015 nella ASL 1 di Massa Carrara in previsione dell'apertura dell'Ospedale delle Apuane, che sarà organizzato per livelli differenziati di Intensità di Cura, ovvero un nuovo modello di gestione che richiederà molti cambiamenti clinici ed organizzativi che si rifletteranno sul modo di lavorare di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente e nell'erogazione dei servizi. Il modello per Intensità di Cure prevede il superamento dell'attuale organizzazione per unità operative monospecialistiche e la necessità di coordinare le attività sul paziente di più gruppi di lavoro interdisciplinari e multiprofessionali. La nuova filosofia professionale che guiderà questo tipo di ospedale è definita *Lean thinking*, ovvero tutto ciò che comporterà la semplificazione dei processi e delle procedure, la riduzione dei passaggi procedurali non necessari, la riorganizzazione delle attività finalizzate alla creazione di valore per il paziente, l'attenzione al paziente e miglioramento continuo dei processi di cura, il coinvolgimento totale usando gli elementi necessari (*leadership, motivazione, competenza ed addestramento, idonee strutture di supporto, comunicazione ed informazione, uso costante degli strumenti di misura e di valutazione, ...*) lavorando sui cosiddetti "asset intangibili" vero punto di forza della organizzazioni sanitarie vincenti. Il *Lean Thinking* rappresenta al meglio il

futuro professionale delle nostre organizzazioni e, giustamente, è stato definito come "a way to do more and more with less and less: less human efforts, less time, less space, while coming closer and closer providing customers with exactly what they want". Non è una tattica di produzione o un programma di riduzione costi, ma una strategia di crescita che è applicabile a tutte le organizzazioni in quanto ha a che fare con il miglioramento continuo dei processi e le organizzazioni sanitarie "vivono" di processi di cura, intesi come sequenza strutturata di attività finalizzate a produrre valore per il cliente finale. Evidentemente anche il modello di "procurement" aziendale, nel rispetto del contesto normativo regionale e dell'area vasta, dovrà cambiare significativamente, non solo sulle modalità erogative ma, soprattutto, sui "tempi di realizzazione" delle diverse azioni. Questo è l'approccio innovativo seguito nei quattro nuovi ospedali della Toscana (Prato, Pistoia, Lucca e Massa) che essendo stati realizzati in *Project Financing* prevedono obbligatoriamente vincoli e regole di gestione diverse ma permetteranno a tutto il sistema sanitario regionale di percorrere nuove strade e sperimentare una diversa e innovativa modalità di "produrre salute" dato che questi ospedali obbligheranno una profonda revisione dei modelli assistenziali ospedalieri ma, soprattutto, territoriali e renderanno inevitabile la realizzazione della tanto decantata, ma mai completamente raggiunta, integrazione ospedale/territorio. La classe medica vorrà/saprà/potrà gestire questa rivoluzione? Vorrà accettare la sfida professionale che ne deriverà e saprà farlo con competenza e capacità di integrazione con tutte le altre professioni sanitarie? Questa è la grande scommessa, che non credo si possa perdere nell'interesse dei pazienti, e questa è anche la rotta che le Direzioni aziendali portate all'innovazione guardano con speranza e con disponibilità ad un coinvolgimento attivo di tutti i portatori di interesse. **TM**

Info: [m.dalmaso@libero.it](mailto:m.dalmaso@libero.it)

Tabella 1

<p><b>1° step:</b> <i>Ideazione e pianificazione</i></p>	<p>Fase in cui la Direzione strategica aziendale deve coordinare i saperi e le aspettative, le conoscenze e le competenze, di più professionisti ricordando che ognuno di loro ha un proprio linguaggio, un proprio mondo valoriale e uno specifico punto di vista che una preventiva analisi SWOT potrebbe aiutare a decifrare e permettere, quindi, una più facile gestione degli inevitabili e prevedibili conflitti. Questa fase deve essere gestita con azioni che facilitino l'integrazione e la comunicazione delle specializzazioni per conseguire i risultati attesi rispettando i vincoli conosciuti, ovvero tempo, costi/ricavi e risorse, per assicurare la Qualità complessiva attesa dalla realizzazione del progetto.</p>
<p><b>2° step:</b> <i>Esecuzione, controllo e chiusura</i></p>	<p>Garantire la presenza "forte" visibile e costante della committenza regionale/aziendale nel monitorare lo stato di avanzamento dei lavori fino alla chiusura e all'avvio delle attività di gestione ordinaria.</p>
<p><b>3° step:</b> <i>Formazione</i></p>	<p>Programmando un diverso modo di curare e quindi di lavorare (organizzazione) dei professionisti sanitari già dall'ideazione della nuova attività coordinando la sequenza: HTA → [EBM → Clinical Governance → Qualità → Project Management] dove gli strumenti di conoscenza sono quelli collegati ai primi tre aspetti citati e il Project management rappresenta il "braccio operativo" con cui le organizzazioni sanitarie realizzano i rispettivi progetti e raggiungono gli obiettivi prefissati.</p>
<p><b>4° step:</b> <i>Attivazione e gestione ordinaria come conseguenza del successo del progetto iniziale</i></p>	<p>Ricordando sempre che ogni innovazione tecnologica comporta sempre una preventiva innovazione organizzativa che deve essere resa coerente nel tempo e nello spazio con quella tecnologica:</p> <p style="text-align: center;">innovazione tecnologica → innovazione organizzativa innovazione organizzativa → innovazione tecnologica</p>



Michele Spinicci, Scuola di Specializzazione in Malattie Infettive, Università degli Studi di Firenze

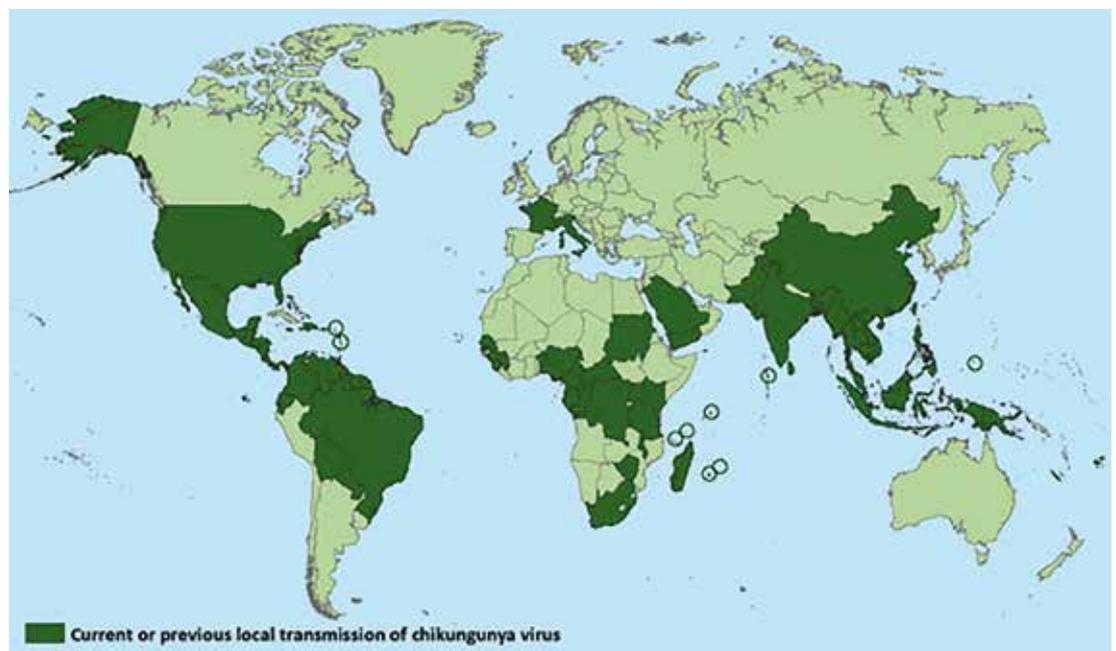
MICHELE SPINICCI, ALESSANDRO BARTOLONI<sup>1</sup>

# Chikungunya

Il termine "chikungunya" nella lingua Makonde, parlata dall'omonimo gruppo etnico diffuso nel nord del Mozambico e nel sud-est della Tanzania, significa letteralmente "ciò che contorce". In seguito all'epidemia del 1952 sull'altopiano Makonde, durante la quale avvenne il primo isolamento del virus Chikungunya (CHIKV), la parola è stata utilizzata per descrivere la sindrome febbrile acuta, associata a violenti sintomi articolari causata dalla puntura di zanzare infette del genere *Aedes*. CHIKV appartenente alla famiglia delle Togaviridae, genere degli Alphavirus, è endemico in parte dell'Africa, nel Sud-est asiatico e nel subcontinente indiano.

L'interesse verso CHIKV è progressivamente incrementato a partire dal 2005, quando eventi epidemici di entità anomala si sono susseguiti nelle isole dell'Oceano Indiano (la più imponente sull'isola di Réunion con circa 266000 contagi) e successivamente in India. Studi sul genoma del virus protagonista di queste epidemie, hanno dimostrato la presenza di una mutazione puntiforme nell'RNA di questi ceppi, capace di modificarne la specificità vettoriale: si sono così generati virus mutanti con miglior fitness per *A. albopictus* - nota come *zanzara tigre* -, ben rappresentata anche nelle zone temperate, a differenza dell'altro vettore *A. aegypti*, la cui presenza è pressoché limitata alle aree tropicali. Lo sviluppo di ondate epidemiche nelle aree del

subcontinente indiano, ha moltiplicato i casi di importazione in molti Paesi europei. Nell'estate del 2007, nella provincia di Ravenna, si sono verificati per la prima volta in Europa casi di trasmissione autoctona: le indagini, scaturite in seguito ad un insolito numero di sindromi febbrili registrate nel mese di Agosto nelle frazioni di Castiglione di Cervia e Castiglione di Ravenna, hanno confermato attraverso test sierologici e di biologia molecolare, la presenza di un focolaio di infezione da CHIKV, con epicentro nei due paesi e piccoli cluster satelliti nelle città di Cervia, Cesena, Ravenna e Rimini. La diffusione dell'infezione, favorita dalla massiccia presenza in queste aree della stessa *A. albopictus*, ha determinato 334 casi sospetti o probabili, di cui 204 confermati dal laboratorio. L'epidemia di CHIKV di Ravenna è spesso utilizzata come paradigma per rivolgere l'attenzione sul concetto emergente di salute globale: l'introduzione di un nuovo vettore, capace di adattarsi a condizioni ambientali diverse - *A. albopictus* è stata introdotta in Italia nel 1990, con carichi di copertoni usati provenienti dagli Stati Uniti - insieme alla costante circolazione delle persone nel mondo, pone le condizioni affinché malattie infettive considerate storicamente esclusive di aree tropicali o subtropicali, possano arrivare a circolare in regioni inusuali. D'altra parte i fattori che contribuiscono a creare i presupposti per lo sviluppo di focolai nelle aree temperate sono



<sup>1</sup> SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi, Firenze - Centro di riferimento regionale per lo Studio e la Cura delle Malattie Tropicali - Dip. di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

molteplici e non ancora compresi fino in fondo. Dal 2007 ad oggi infatti, in Europa sono stati segnalati solo altri 2 casi di trasmissione locale (in Francia nel 2010), a fronte di un numero di casi di importazione notificati nei Paesi UE che nel 2012 si è attestato a 51 (di cui 40 confermati) e che in passato è arrivato fino a quota 179 (2010). Secondo i dati ECDC i picchi di infezione del 2012 sono avvenuti nei mesi di Marzo ed Agosto, ma casi di malattia si sono verificati durante tutto il corso dell'anno; la maggior parte dei contagi è avvenuto in soggetti con recenti viaggi in Asia, di cui il 40% in India.

Nell'ultimo anno l'epidemiologia mondiale dell'infezione da CHIKV ha subito una trasformazione radicale in seguito alla diffusione epidemica prima nei Caraibi e successivamente in ampie regioni delle Americhe. I primi casi di trasmissione locale in questi territori, molti dei quali endemici per infezione da virus Dengue, con cui CHIKV condivide i vettori e molti aspetti del ciclo vitale, risalgono al Dicembre del 2013 sull'isola di St Martin. In breve tempo l'infezione si è diffusa a gran parte delle isole caraibiche, a tutto il Sud America, ai Paesi dell'America Centrale e in misura minore al Messico e agli Stati Uniti, dove si contano attualmente 11 casi di trasmissione autoctona in Florida. In totale l'epidemia ha abbondantemente superato il milione di contagi, di cui oltre 500000 solo nella Repubblica Dominicana, circa 200000 tra Colombia e Venezuela, quasi 4000 in Brasile. La rapida diffusione con andamento epidemico esplosivo, riflette in scala maggiore lo scenario verificatosi nell'isola di Reunion ed in altre aree del subcontinente indiano negli anni 2005-2006; è il risultato dell'ingresso del virus in un ecosistema capace di alimentarne il ciclo vitale anche in ambienti urbani, in cui la trasmissione avviene all'interno di una popolazione totalmente suscettibile. In alcune comunità del sud-est asiatico i tassi di attacco hanno superato il 50% grazie anche alle elevate viremie che CHIKV riesce a determinare sia negli ospiti che nei vettori. Durante i periodi epidemici la trasmissione è prettamente interumana e le zanzare acquisiscono il virus con la puntura di esseri umani viremici; dopo un periodo di incubazione estrinseca mediamente di 10 giorni, i vettori possono trasmettere l'infezione ad un altro essere umano naïve: si ritiene infatti che l'infezione produca un'immunità che permane per tutta la vita e non possa pertanto essere contratta una seconda volta, come accade invece per la dengue. Durante i periodi interepidemici invece, si presume che il ciclo vitale sia mantenuto dalla persistenza del virus in reservoir come primati non umani, uccelli, roditori e piccoli mammiferi.

La sintomatologia si sviluppa dopo un'incubazione media di 3-7 giorni (range 1-12 giorni). Durante la fase acuta, la malattia si manifesta

tipicamente con febbre elevata ed imponenti artromialgie che sfociano talvolta in vere e proprie poliartriti a distribuzione simmetrica, con edema delle sedi colpite e segni di tenosinovite, localizzate a carico di estremità distali o articolazioni prossimali; possono inoltre associarsi mal di testa, rash cutaneo maculo-papulare con coinvolgimento palmo-plantare, nausea e vomito. La risoluzione del quadro acuto avviene in genere nel volgere di 7 giorni, mentre le manifestazioni atipiche come meningoencefaliti o dermatosi vescicobollose, così come i casi fatali sono rari e riguardano gruppi a rischio per età o patologie concomitanti.

Nella fase subacuta-cronica, le manifestazioni artriche, dovute alla persistenza di CHIKV a livello del tessuto sinoviale o più probabilmente alla formazione di crioglobuline, tornano a comparire entro 2-3 mesi dalla fase acuta, in forma continua o di episodi ricorrenti. Le poliartralgie coinvolgono più spesso le estremità o si manifestano a carico delle articolazioni colpite nella fase acuta; talvolta arrivano a simulare forme destruenti di artrite reumatoide o artrite psoriasica. La frequenza con cui sono riportate è significativa: oltre la metà dei soggetti infettati presenta sintomi nei 15 mesi successivi e nel 12% dei casi il quadro non si è risolto a 3 anni di distanza. La sintomatologia è spesso tale da determinare impotenza funzionale dei distretti colpiti, interferendo pesantemente con la capacità dei pazienti di svolgere le normali azioni della vita quotidiana. Inoltre questi pazienti vanno spesso incontro a depressione del tono dell'umore o sindromi da fatica cronica.

La diagnosi di chikungunya può avvalersi di metodiche virologiche e sierologiche. La ricerca del genoma virale tramite PCR è in grado di rilevare il virus nel sangue dei pazienti infetti durante la prima settimana di malattia; la metodica è però disponibile solo in pochi laboratori di riferimento. Le tecniche sierologiche, prevalentemente di tipo ELISA, sono utilizzate per l'identificazione di anticorpi specifici IgM riscontrabili mediamente dopo la prima settimana di malattia.

La terapia nella fase acuta prevede il solo utilizzo di farmaci sintomatici e di supporto, con antipiretici e FANS per i dolori articolari. La gestione delle poliartriti croniche invece può richiedere l'utilizzo di terapie antinfiammatorie prolungate, cicli di corticosteroidi sistemici o per uso topico intrarticolare e nei casi non responsivi farmaci immunosoppressori come il metotrexate. **TM**

**Da: La Voce dell'Ordine di Pistoia n. 30 Aprile 2015**

**Info:** [michispini@virgilio.it](mailto:michispini@virgilio.it)



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

## Consiglio Sanitario Regionale

PIERLUIGI TOSI<sup>1</sup>, LUIGI TONELLI<sup>2</sup>

# Le Linee Guida della Regione Toscana

## I formati "full text", "pocket" e "app"

Dalla prima formalizzazione, ad opera dell'Institute of Health (1992), ad oggi, le Linee Guida cliniche sono costantemente cresciute in popolarità e diffusione. Il numero attuale non è calcolabile ma si può stimarlo in molte decine di migliaia, in tutte le lingue, in considerazione del fatto che vengono prodotte nel mondo da pressoché tutte le istituzioni sanitarie pubbliche e private di un qualche prestigio e da tutti i "think tank" che si interessano alla Sanità.

Il grande rilievo che le Linee Guida cliniche hanno assunto può essere fatto risalire principalmente a tre circostanze: 1) l'ampia e inspiegabile variabilità delle cure a fronte della stessa condizione clinica, con anche la possibilità di trattamenti subottimali; 2) la sempre più stringente necessità delle Nazioni di evitare costi assistenziali privi di reale utilità clinica; 3) la difficoltà dei Professionisti a mantenere costante l'aggiornamento professionale dato il crescente volume della produzione scientifica e la straordinaria rapidità con cui le conoscenze si evolvono. In sostanza, le Linee Guida sono uno strumento insostituibile per assistere i Professionisti nella pratica quotidiana, per trasferire rapidamente le "evidenze" scientifiche nella routine assistenziale e per ottenere il massimo "value for money" dagli investimenti nel settore sanitario.

Comunemente si intende per Linea Guida una raccolta di Raccomandazioni a riguardo di una specifica situazione sanitaria – una condizione clinica, una procedura, una metodologia di indagine ecc. - tutte derivate dalla migliore letteratura scientifica e tutte caratterizzate da un ben definito grado di "evidenza", intendendo con questo termine il coefficiente di attendibilità/verità proprio di ciascuna Raccomandazione. È intuitivo che in un ambito fortemente "di mercato" come è quello delle cure e degli strumenti necessari alle cure, una distorsione nella produzione e nell'interpreta-

zione dell'"evidenza" può comportare vantaggi economici anche molto rilevanti per produttori e promotori. E questo ovviamente può andare a scapito della salute individuale e dei livelli di spesa.

Per quanto detto, le Istituzioni che offrono maggiori garanzie di obiettività nella produzione di Linee Guida sono quelle Pubbliche. Tra queste, indubbiamente la più nota e stimata è il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), agenzia per il governo clinico del National Health Service britannico. Il NICE produce Linee Guida evidence-based, che aggiorna con regolarità e che rende disponibili in formato completo ed in formato ridotto ("pocket"). Inoltre integra le Linee Guida con "documenti" relativi a singoli specifici argomenti – un nuovo farmaco, una nuova metodica ecc. – e trasporta Linee Guida e documenti in Percorsi Diagnostico Terapeutici, direttamente consultabili come tali. Naturalmente tutti i formati NICE sono accessibili on-line, inclusa una banca dati di letteratura medica evidence-based. Ma non solo: l'intera documentazione NICE è disponibile in formato "app" per poter essere consultata da qualunque posto e in qualunque momento.

La sempre più capillare diffusione della telefonia "mobile" consente l'uso di applicazioni ("apps" da "mobile **applications**") per iPhone e android e questo apre nuovi orizzonti nell'ambito sanitario. Gli app possono aiutare le singole persone a tenere sotto controllo il proprio stato di salute; già diffusissimi sono gli app per il controllo della dieta, che hanno "Lose it" come prototipo, ma si stanno diffondendo app per il monitoraggio della frequenza e del ritmo cardiaci, della temperatura cutanea, della sudorazione, del consumo calorico ecc. Con ormai decine di migliaia di app di libero accesso dedicati alla salute, nel Febbraio di questo anno la FDA ha ritenuto necessario pubblicare una guida all'uso, per ora limitatamente a quelli

<sup>1</sup> Consiglio Sanitario Regionale Coordinatore Processo Linee Guida

<sup>2</sup> Consiglio Sanitario Regionale Coordinatore Commissione EBM

che richiedono un device complementare. Per quanto riguarda le informazioni per i Professionisti, non solo il NICE ma anche le riviste mediche più importanti e autorevoli consentono ai sottoscrittori l'accesso elettronico, anche in formato "APP", ai contenuti del formato cartaceo, anzi spesso a versioni degli articoli molto più estese di quelle a stampa.

La Regione Toscana a decorrere dai primi anni 2000 con il Progetto Linee Guida, condotto dal Consiglio Sanitario Regionale, ha prodotto e produce e aggiorna Linee Guida proprie. Nella loro realizzazione una particolare attenzione è stata prestata all'osservanza delle regole che ne garantiscono la qualità, in particolare la multiprofessionalità dei gruppi di lavoro, la ricerca della migliore evidenza scientifica, l'esclusione dei conflitti di interesse. L'accesso a tutte è ovviamente on-line, e, oltre che al formato full-text dove gli argomenti sono inevitabilmente molto dettagliati, è possibile accedere al formato "pocket".

Il formato "pocket" è anche la base per il nuovo formato "APP", attualmente nella "fase pilota" per un numero ridotto di Linee Guida regionali. Nella "fase pilota", ora in corso, l'accesso all'"app" sarà possibile per i medici che prestano o meno la propria attività nell'ambito della Regione Toscana con diverse modalità.

I medici i cui nominativi sono forniti dagli Ordini, potranno accedere all'area riservata anche con Carta Nazionale dei Servizi (CNS), utilizzando la propria tessera sanitaria successivamente al loro censimento negli elenchi precedentemente indicati.

I medici extratoscane accederanno alla area riservata con utente e password. Per tali medici saranno approntate le necessarie modalità di accesso ad eventuale richiesta.

**Tutti i medici dovranno fare il primo accesso all'area riservata obbligatoriamente da un PC desktop o da un PC notebook collegandosi al seguente indirizzo internet: <https://www.regione.toscana.it/areeriservate/group/consiglio-sanitario-regionale>.**

Tutti coloro che faranno l'accesso con CNS potranno impostare una password personale che sarà necessaria per l'utilizzo dell'APP delle Linee Guida su dispositivi mobili quali telefoni, tablet ecc.

La suddetta APP sarà disponibile sugli store ufficiali di Google(Android) o Apple.

Terminato il periodo di prova, l'accesso potrà essere liberalizzato, come è nella logica e nei principi del www, e tutte le Linee Guida regionali saranno consultabili anche nel formato "APP".



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



## Consiglio Sanitario Regionale

STEFANO GIOVANNONI<sup>1</sup>, GIANCARLO GUIZZARDI<sup>2</sup>, GUIDO BARNESCHI<sup>3</sup>,  
ALESSANDRO MANNONI<sup>4</sup>, RENATO DE STEFANO<sup>5</sup>, ANNALISA SUMAN<sup>6</sup>,  
PIETRO MARTELLUCCI<sup>7</sup>, CIRO CONVERSANO<sup>8</sup>, ANTONIO LENZINI<sup>9</sup>, GIULIA POGGESI<sup>10</sup>,  
ALFIO CANTINI<sup>11</sup>, PAOLO FRANCESCONI<sup>12</sup>

# Mal di schiena

## Linee Guida diagnostico terapeutiche e raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali

Revisione 2013/14

### PRESENTAZIONE

Sono trascorsi quasi 10 anni dalla pubblicazione delle Linee Guida sul mal di schiena da parte del gruppo di lavoro della Regione

Toscana. Sono state pubblicate sul Piano Nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2005; sono state frutto di valutazione da parte del personale sanitario regionale che a qualsiasi titolo presta opera

Gruppo di lavoro Linee Guida mal di schiena, Regione Toscana

<sup>1</sup> Medico di medicina generale. Coordinatore, estensore

<sup>2</sup> Neurochirurgo

<sup>3</sup> Ortopedico

<sup>4</sup> Reumatologo

<sup>5</sup> Reumatologo

<sup>6</sup> Psicoterapeuta

<sup>7</sup> Psicoterapeuta

<sup>8</sup> Psicoterapeuta

<sup>9</sup> Fisioterapista

<sup>10</sup> Medico di Medicina Generale

<sup>11</sup> Neurologo

<sup>12</sup> Epidemiologo



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

di assistenza a persone col mal di schiena; sono state sottoposte ad aggiornamento nel 2009; sono state oggetto di implementazione nel 2009. Nel 2013 il gruppo di lavoro ha avuto mandato dal Consiglio Sanitario Regionale di redigere un ulteriore aggiornamento.

Il gruppo di lavoro originario, superstito da fisiologiche defezioni, ha valutato la presenza di condizioni per un nuovo aggiornamento. Le novità non derivano tanto da nuovi eclatanti dati di letteratura, per cui l'impianto originario dell'approccio al mal di schiena acuto è rimasto quasi lo stesso, ma dalla necessità di ampliare il progetto originario, coinvolgendo anche il mal di schiena persistente e quello cronico.

La vera novità sulla gestione del mal di schiena pubblicata in questi anni in Italia sono "I Percorsi Diagnostico Terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena", del Ministero della Salute, con la partecipazione ed il coordinamento di rappresentanti del gruppo di lavoro toscano. Tale pubblicazione riveste notevole importanza, perché prodotta, condivisa e certificata dalle Società scientifiche dei professionisti del settore e dai rappresentanti dei cittadini. Per questo motivo, i PDTA ministeriali sono stati scelti dal gruppo di lavoro come blocco di partenza per le raccomandazioni su questo aggiornamento.

La presenza nel gruppo di una collega, specializzanda in Medicina Generale, ha permesso una revisione dei dati di letteratura degli ultimi anni, partendo dall'autorevole banca dati del GSS (Gruppo di Studio della Scoliosi), che intercetta i più importanti lavori internazionali sulla gestione del mal di schiena. Per aggiornare prove di efficacia e forza delle raccomandazioni abbiamo preso in esame, oltre la citata bibliografia, Revisioni Sistematiche come:

- percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena, a cura di Stefano Giovannoni, Silvia Minozzi, Stefano Negrini. Pacini Editore Pisa. 2006;

- la lombalgia cronica, monografia di aggiornamento 3/2010, Gruppo Studio Scoliosi;

- evidence review aps Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain. Chou R, Huffman LH. American Pain Society, Publisher, Glenview IL;

- ICSI, Institute for Clinical System Improvement, Adult acute and subacute low back pain, 15° ed, gennaio 2012.

Abbiamo mantenuto lo stesso grading della forza delle raccomandazioni dei PDT ministeriali.

- **A.** L'indicazione ad eseguire o a non eseguire la procedura è fortemente raccomandata per tutti i pazienti. Si applica a raccomandazioni sostenute da prove di buona qualità, di tipo I (prove da più Studi Controllati Randomizzati (RCT) e o da Revisioni Sistematiche (SR) di RCT) o di tipo II (prove da un solo RCT).

Abbiamo indicato con **A\*** quelle raccomandazioni relative a problemi o trattamenti non valutabili con RCT (es: aspetti psicologici, informazione del paziente, aspetti etici) o relative a dati ovvi della esperienza clinica e non confutabili, per il gruppo di lavoro.

- **B.** si nutrono dubbi sul fatto che l'esecuzione della procedura debba sempre essere raccomandata per tutti i pazienti, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata

- **C.** esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura. Si riferisce a procedure valutabili con studi controllati randomizzati per le quali non sono stati reperiti studi oppure gli studi reperiti avevano risultati contrastanti, per cui non possono essere tratte conclusioni sulla base dei dati di letteratura.

Nel progetto di portare avanti un approfondimento sul mal di schiena persistente e cronico, dove spesso alla base sono presenti fattori più psicosociali che biologici, il gruppo di lavoro si è arricchito della presenza di tre psicologi, in rappresentanza delle aree vaste regionali nel tentativo di rendere maggiormente operative le riflessioni sui percorsi di cura.

Accogliendo la necessità di rendere le Linee Guida più leggibili, l'impianto attuale è reso più snello e schematico.

## IMPLEMENTAZIONE 2009: LO STUDIO FIRENZE-PRATO

Nel 2009 è stata valutata l'implementazione delle Linee Guida toscane redatte nel 2005, sotto forma di Studio Pilota, finalizzato sia a valutare il grado di penetrazione delle raccomandazioni nella pratica corrente, sia a definire gli standard assistenziali ottenibili con l'adeguamento a ciascuna di queste. Il contenuto della Linea Guida era stato condensato in nove raccomandazioni:

1. nei casi di Lombalgia acuta, al fine di escludere patologie gravi (fratture, tumori, infezioni, aneurisma aortico), forme sistemiche e di origine viscerale, in una prima fase sono sufficienti un'accurata anamnesi ed un esame obiettivo completo;

2. se anamnesi ed esame obiettivo non pongono il sospetto di cause gravi o sistemiche non c'è indicazione per prescrivere esami di diagnostica strumentale;

3. se è presente dolore all'arto inferiore che oltrepassa il ginocchio posteriormente (sciatgia) o interessa l'inguine e la faccia anteriore della coscia (cruralgia), deve essere eseguito esame neurologico per rilevare la presenza di impegno radicolare;

4. la diagnostica RNM o TC è da prendersi in considerazione dopo 4-6 settimane di evoluzione non favorevole;

5. prima di 4-6 settimane la diagnostica strumentale (RMN, preferibilmente, o TAC) è prevista solo in presenza di sciatica iperalgica o deficit motorio improvviso o progressivo;

6. la diagnostica Rx diretta è indicata solo nel sospetto di lesione traumatica;

7. ai soggetti con lombalgia acuta occorre consigliare di restare attivi, di non mantenersi a riposo a letto, di non rimanere seduti a lungo e di effettuare attività motoria a basso

impatto, come nuotare o camminare e, se possibile, di non lasciare il lavoro;

8. per il dolore lombare con o senza irradiazione, Paracetamolo e FANS sono farmaci di prima scelta; i Miorilassanti sono farmaci di seconda scelta; i Cortisonici hanno utilità solo in caso di compressione radicolare e devono essere utilizzati per un breve periodo di tempo;

9. la terapia con mezzi fisici non è consigliata.

Lo studio ha coinvolto un campione di medici di Medicina Generale della ASL di Firenze e della ASL di Prato che, per due mesi, si sono strettamente attenuti alle nove raccomandazioni delle LG.

Con gli indicatori di aderenza, applicando le indicazioni delle LG toscane nella pratica clinica, si è potuto rilevare che:

- in oltre il 92% dei casi l'esame clinico consente di escludere malattie gravi;
- in più del 67% dei casi la sintomatologia è limitata al dolore lombare;
- segni clinici di interessamento radicolare sono presenti in meno del 19% dei casi;
- nel 73% dei casi la sintomatologia si risolve in meno di 6 settimane;
- una causa traumatica è ipotizzabile in meno del 15% dei casi;
- la radiografia della colonna lombare si è resa necessaria nel 23,5% dei casi;
- le indagini TAC o RNM possono essere necessarie nel 12,5% dei casi;
- il riposo è consigliato in non più del 15% dei casi;
- la prescrizione media è di meno di 1 farmaco a visita;
- le cure fisiche sono consigliate in meno del 7% dei casi.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

I risultati ottenuti sono stati estremamente interessanti ed hanno messo in luce un'alta percentuale di adesione alle raccomandazioni contenute nelle LG regionali.

### **L'ASSISTENZA AL PAZIENTE CON MAL DI SCHIENA NELLA REGIONE TOSCANA, RICERCA 2013/14**

L'implementazione 2009 con lo Studio Firenze-Prato ha evidenziato la possibilità di applicazione delle raccomandazioni scaturite dalle LG toscane nella pratica clinica, ne ha confermato il valore, l'uso appropriato della diagnostica strumentale e la riduzione del rischio clinico. Ma, prima di elaborare l'aggiornamento 2013/14, il gruppo di lavoro ha ritenuto utile avere dati sull'attuale assistenza al paziente con mal di schiena nella Regione Toscana, per rilevare criticità, bisogni organizzativi e bisogni formativi degli operatori. Per queste motivazioni è stato deciso di avviare un progetto di ricerca con l'ARS (Agenzia Regionale di Sanità), con l'obiettivo di produrre informazioni sull'epidemiologia e sul percorso diagnostico-terapeutico effettuato in occasione di mal di schiena da parte di un campione rappresentativo di cittadini toscani e valutare gli eventuali scostamenti da quanto raccomandato dalle LG regionali.

L'analisi dei dati evidenzia aspetti interessanti:

- l'autogestione del mal di schiena, in accordo con i dati di letteratura internazionale; in linea con l'obiettivo di demedicalizzare portato avanti dalle linee guida regionali. Infatti emerge che un cittadino su due non richiede intervento medico durante l'episodio di mal di schiena, probabile segno di buona capacità di gestire una condizione dolorosa ricorrente (anche con l'autosomministrazione di farmaci per quasi il 20% dei casi) e, a volte, con aspetti temporaneamente invalidanti;

- l'elevata prescrizione di radiografie e diagnostica pesante. Se appropriata in coloro che presentano sciatica che non recede dopo 4-6 settimane, per supporto ad eventuale de-

cisione chirurgica, spesso non è giustificabile nella quasi totalità di casi di lombalgia non specifica;

- le persone che decidono di andare dal medico di famiglia sono persone più anziane e con dolore importante e tre su quattro hanno accesso entro una settimana;

- l'alto ricorso (oltre il 77%) all'ortopedico, fra quel 18% che si sono recati a visita specialistica. Questo non trova accordo con le linee guida nazionali e internazionali, che non richiedono accesso al chirurgo nella lombalgia non specifica; probabilmente è frutto di abitudini consolidate nel tempo, nella cultura italiana e nel modello organizzativo sanitario;

- in accordo con le linee guida, la prescrizione dei farmaci da parte del medico di famiglia per controllare il dolore, anche se troppo sbilanciata nell'uso di FANS in confronto agli analgesici, meglio tollerati e appropriati da un punto di vista fisiopatologico, in molte condizioni;

- il ricorso a trattamenti riabilitativi: se non c'è risoluzione della sintomatologia in poche settimane, ci sembra appropriato quel 17% di persone che accedono a trattamenti fisioterapici riabilitativi, con l'aumentare dell'età e la severità della condizione dolorosa e disabilitante.

Con queste linee guida intendiamo rivisitare le raccomandazioni per la gestione del mal di schiena acuto e per l'impostazione ed il trattamento del mal di schiena persistente, che spesso evolve in cronicità con notevole dispendio di energie da parte del cittadino e del Servizio Sanitario. I dati di letteratura ci dicono che alla base della cronicizzazione esistono fattori psicologici e sociali: la loro individuazione e la loro gestione fanno parte del trattamento del lombalgico cronico. Per tale motivo, è auspicabile la formazione di personale con competenze precise psicologiche e riabilitative per la presa in carico di queste persone, anche all'interno di percorsi pluridisciplinari.

# Consiglio Sanitario Regionale

## Approccio al problema mal di schiena



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

L'interventismo della medicina moderna porta inevitabilmente a processi di medicalizzazione che amplificano l'importanza delle malattie, con strategie diagnostiche tecnologiche sofisticate che non si accompagnano, però, ad un reale miglioramento della loro storia naturale. Le aspettative di Salute che possono derivare da questo processo spesso sono frastornanti e inconcludenti, ben diverse da un progetto di Salute creato attraverso la consapevolezza del possibile e del praticabile con responsabilizzazione attiva del cittadino alle scelte. In questo processo, il ruolo del medico è quello di fornire strumenti e spunti di riflessione per individuare limiti e porsi obiettivi realistici di Salute.

Il mal di schiena è un importante problema di salute dell'uomo moderno; è una condizione che, da una certa età in poi, accompagna l'essere umano e che richiede attenzione ad una costante attività motoria e ad uno stile di vita sano. Gli attacchi acuti sono quasi sempre autolimitanti e si risolvono mediamente entro un mese, hanno tendenza a recidivare e, qualche volta, a cronicizzare. Nonostante la prognosi favorevole, si assiste ad un grande spreco di risorse per una diagnostica strumentale spesso inutile, anzi dannosa, e per trattamenti che possono essere solo in grado di controllare il dolore nelle fasi acute; ci troviamo così di fronte al frequente errore della medicina moderna, quello di medicalizzare il problema con esami, visite, consulti, trattamenti e terapie di dubbia efficacia. L'approccio corretto si fonda, invece, anche secondo le moderne linee guida, sulla accoglienza della sofferenza e del disturbo funzionale, sulla esclusione delle rare patologie secondarie, sul rassicurare il paziente facendo comprendere cosa sta accadendo alla sua schiena. Prendersi cura, quindi, ma demedicalizzare quanto possibile e prima possibile e adoperarsi per evitare la cronicità, evento che avviene molto spesso più per motivi bio-psico-sociali, che fisici in senso stretto. Approccio, quindi, centrato sul paziente (patient oriented) con la sua storia ed il suo vissuto di malattia (illness) con obiettivi precisi:

- ascoltare;
- considerare l'influenza emotiva sulla presentazione e manifestazione del mal di schiena;
- valutare il contesto familiare, lavorativo, socio economico e culturale; comprendere il ruolo del mal di schiena in questo insieme e la percezione di salute, di malattia, di cura;

- non ordinare, ma proporre e concordare obiettivi di salute raggiungibili;
- condividere e negoziare percorsi ed esiti;
- responsabilizzare e non accettare deleghe.

Le azioni fondamentali nell'assistenza al paziente con mal di schiena acuto sono quindi impiegate nella comunicazione e nel "far comprendere":

- comunicare che la diagnostica per immagini non è utile ai fini della diagnosi nella lombalgia acuta non specifica e nelle prime 4-6 settimane di una sciatica, enfatizzando invece il concetto che l'effettuazione di indagini radiologiche possono essere dannose e, quindi, doppiamente inappropriate;
- fornire al paziente informazioni e rassicurazioni sulla possibile genesi del suo mal di schiena, le ipotetiche cause scatenanti, gli eventuali fattori di rischio connessi all'attività lavorativa e/o ricreativa, ad anomalie strutturali o posturali;
- comunicare l'alta probabilità di prognosi favorevole legata alla natura benigna del disturbo, ma anche la elevata possibilità di recidive, non indicative di peggioramento, ma con uguali prognosi favorevole;
- raccomandare di rimanere attivi e, se possibile, tornare al lavoro, anche se presente lombalgia, nel caso in cui gli incarichi possano essere modificati e/o alleggeriti: questo provvedimento comporta una remissione più rapida dei sintomi ed una riduzione delle recidive;
- sconsigliare il riposo a letto;
- consigliare di praticare comunque attività fisica.

Le azioni da intraprendere nell'assistenza al paziente con mal di schiena persistente sono rivolte al riconoscimento di quei fattori di rischio psico-sociale che sono alla base del processo di cronicizzazione: analizzarli, farli emergere e far comprendere come possano rivelarsi ostacoli al processo di guarigione è fondamentale per la gestione del trattamento, che implica il coinvolgimento di professionisti con competenze psico-relazionali precise. Il trattamento dovrà essere rivolto alla disabilità, sulla paura da evitamento che comporta una netta riduzione dell'attività motoria fino ad implicazioni serie sulla qualità di vita.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

## Strumenti di gestione del paziente con yellow flag

### Comunicazione

- Rassicurare il paziente circa il proprio dolore: pur essendo cronico non è una patologia mortale e non vi è rischio di rimanere immobilizzati.
- Offrire al paziente la possibilità di esporre i propri pensieri e sentimenti relativi alla percezione del dolore, offrendo un ascolto attivo.
- Sostenere la necessità di recupero delle attività quotidiane e lavorative.
- Richiamare all'importanza di assumere un differente stile di vita, enfatizzando il ruolo dell'attività fisica.
- Spiegare come il dolore può essere ridotto suggerendo tecniche e/o comportamenti atti ad un maggior controllo del dolore (ad esempio tecniche di rilassamento corporeo, di allungamento)
- Spiegare come il dolore possa essere gestito e non subito fornendo spiegazioni plausibili sui sintomi;
- Essere capaci davanti alle domande del paziente di saper rispondere anche "non so" (es. *non so dirle in quanto tempo potrà diminuire il dolore*)
- Mantenere un atteggiamento di comprensione emotiva che favorisca la partecipazione attiva del paziente.

### Domande da porre al paziente con mal di schiena cronico

- Pensi di sapere cosa causi o abbia causato il tuo mal di schiena?
- Come stai affrontando questo tipo di situazione?
- In che modo pensi che io possa aiutarti?
- Ritieni di volere e/o poter modificare i comportamenti dello stile di vita non salutari per la tua schiena?
- Credi che esistano fattori di stress nella vita quotidiana che influenzano il tuo mal di schiena?
- Come il tuo datore di lavoro/colleghi/famiglia reagiscono alle conseguenze del tuo mal di schiena?
- Pensi di poter rientrare al lavoro? Se sì, entro quanto tempo?
- Stai facendo qualcosa per risolvere il dolore alla tua schiena?

### Interventi su attività quotidiane e lavoro

- Valutare con il paziente il tipo di sostegno offerto da familiari/amici/colleghi nello svolgimento dei compiti della vita quotidiana.
- Valutare come alcuni tratti psicologici della personalità del paziente, ad esempio l'alessitimia, influenzino l'insorgenza ed il mantenimento del mal di schiena.
- Valutare se vi sono *stressors* specifici relativi all'ambiente lavorativo, compresa la sindrome di *burnout* o condotte di *mobbing* (vedi *blue flag*).
- Valutare se vi sono possibilità di cambiamenti (temporanei o definitivi) circa la mansione lavorativa svolta.
- Riconoscere con il paziente le aspettative positive relative del rientro al lavoro.

### Interventi sull'attività fisica

- Pianificazione di programma di attività fisica (inizio graduale, mantenimento costante, numero di ore settimanali)
- Incoraggiare l'autogestione dell'attività fisica
- Suggestire di registrare i miglioramenti dopo l'inizio della attività fisica (uso di un diario su cui segnare le attività svolte, il tempo minimo di movimento al giorno, obiettivi raggiunti).
- Programmare con il paziente un obiettivo da raggiungere entro un periodo di tempo prefissato.

### Terapia multidisciplinare

#### Selezione del paziente (vedi aspetti psicologici delle yellow flag)

- Unire tecniche cognitive e comportamentali per la gestione del mal di schiena cronico è risultato lo strumento più efficace che non solo aiuta il paziente a superare le proprie paure, ma anche a fornire delle strategie alternative per poter fronteggiare il dolore anche nel futuro.
- I vantaggi di tale approccio riguardano il recupero della funzionalità fisica, il rientro nel mondo lavorativo, una maggiore partecipazione alla vita familiare, una riduzione dell'uso di medicine specifiche per il mal di schiena e per il dolore cronico, un ripristino delle attività quotidiane.
- Ai pazienti che lavorano insieme ad una équipe di specialisti del dolore, viene mostrato come analizzare e conseguentemente modificare i propri pensieri, ampliare le proprie capacità di *problem solving*, assumere un atteggiamento maggiormente assertivo, ridurre i fattori di stress apprendendo metodiche di rilassamento.
- L'esposizione graduale agli esercizi aiuta a superare la paura al movimento, così da poter raggiungere gli obiettivi prefissati.



Regione Toscana



Servizio Sanitario della Toscana



Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale

# ICTUS

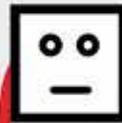
## POCHI MINUTI VALGONO UNA VITA

RICONOSCI SUBITO I SINTOMI  
E CHIAMA IMMEDIATAMENTE IL **118**



### BOCCA STORTA

*Chiedere di sorridere: la bocca tira da un lato, è asimmetrica.*



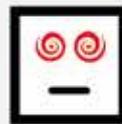
### BRACCIO DEBOLE

*Chiedere di alzare entrambe le braccia in avanti: una delle braccia cade giù.*



### DIFFICOLTÀ A PARLARE

*Controllare se la persona non riesce a parlare e/o non capisce. Chiedere di ripetere una semplice frase ("Il cielo è blu"). Non riesce a farlo bene. Parla farfugliando.*



### DIFFICOLTÀ NELLA VISTA

*Verificare se la persona vede annebbiato, non vede metà degli oggetti, oppure vede doppio.*

Oppure all'improvviso compare un forte **mal di testa mai provato prima**, accompagnato spesso da nausea, vomito, perdita di coscienza.

Campagna informativa regionale in collaborazione con Alice Toscana Onlus - Associazione per la lotta all'ictus cerebrale.

[www.regione.toscana.it/ictus](http://www.regione.toscana.it/ictus)



Carlo Cappelletti è specialista in Medicina Interna, Gastroenterologia ed Endocrinologia e Malattie del Ricambio. È Primario di Medicina nell'Ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze dal 1988 e dal 2007 è il Direttore del Dipartimento dell'Area Medica dell'Azienda Sanitaria di Firenze. È professore a contratto presso l'Università di Firenze e responsabile per la Toscana di Italian Stroke Forum.

CARLO CAPPELLETTI

# Una interessante novità nel panorama sanitario toscano

## Pas, l'unione fa la forza

La Fondazione Pas (Pubblica Assistenza Sanità) è nata nel 2012 dalla volontà dell'Humanitas di Scandicci e l'Humanitas di Firenze, quartiere 4 Isolotto, di mettere insieme le loro attività sanitarie, cioè i loro poliambulatori, per fornire ai loro soci e a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie di sempre maggiore livello qualitativo, in tempi rapidi ed a tariffe sociali.

Successivamente a queste due associazioni si è aggiunta anche la Croce Azzurra di Pontassieve e insieme costituiscono una compagine sociale di circa 60 mila soci.

L'attività viene attualmente svolta in 5 presidi: 3 più grandi (poliambulatorio di via Bessi a Scandicci, Poliambulatorio di via San Bartolo a Cintoia, Isolotto a Firenze, poliambulatorio di via Rosano a Pontassieve) e 2 più piccoli a Badia a Settimo a Scandicci e a Montebonello, Rufina.

Per prenotare una visita o una prestazione c'è un numero unico 055 71.11.11 che vale per tutte le nostre sedi.

L'attività attualmente è costituita da circa 12 mila prestazioni al mese. Elemento fondamentale della nostra attività è la collaborazione e integrazione con il Servizio Sanitario Regionale e con i medici di medicina generale con cui ci incontriamo periodicamente per valutare le nuove iniziative e l'attivazione di ambulatori specialistici dei quali ci viene segnalata la necessità. Con incontri personali e di gruppo cerchiamo un riscontro della nostra attività ed esaminiamo le osservazioni e le eventuali critiche che ci vengono rivolte.

Abbiamo un modello di **cartella clinica informatizzata** che viene utilizzata dai vari professionisti in una qualsiasi delle sedi dove essi operano e ciò rende più semplice ed efficace il loro lavoro. Stiamo studiando, per alcune delle patologie più comuni, ma di non facile gestione, dei percorsi clinici che permettano una maggiore integrazione e collaborazione tra i professionisti coinvolti attraverso linee guida condivise e nello stesso tempo semplifichino al paziente l'accesso e l'erogazione delle prestazioni evitando esami inutili e ripetitivi.

Per questa attività abbiamo intenzione di confrontarci ed accogliere suggerimenti dai medici di medicina generale e dai pediatri.

Fra le cose fatte che hanno riscontrato gra-

dimento da parte dei cittadini e dai medici delle zone dove siamo presenti ricordo:

- **Pas Welfare** che è un servizio domiciliare agli anziani svolto dal nostro personale infermieristico e da una cooperativa che fornisce servizi di base come pulizia della casa, fare la spesa ed altre attività di cui l'anziano ha bisogno. Questo servizio è svolto a tariffe molto ridotte;

- **Pas Kid** che è l'attivazione di un poliambulatorio specialistico per bambini svolto da medici particolarmente competenti per la patologia pediatrica. Anche tale attività è svolta a tariffe ridotte. Sono presenti nello stesso giorno, il giovedì pomeriggio, nella stessa sede a San Bartolo a Cintoia, Isolotto, numerosi specialisti per tutta la patologia pediatrica.

- **Trauma Fast:** è un percorso rapido che noi offriamo alle società sportive per i loro iscritti che durante gare sportive o allenamenti abbiamo riportato traumi di lieve entità come distorsione o contusione o altra patologia simile. Tramite una convenzione con la nostra rete a tariffe molto basse, gli atleti infortunati possono usufruire tutti i giorni, mattina e pomeriggio, di una visita ortopedica, accertamenti diagnostici come rx tradizionali, ecografia e se necessario anche rmn e dopo riceveranno il trattamento necessario compreso anche un breve ciclo di fisioterapia.

- **Attività scientifica:** è questo un settore che riteniamo importante per una associazione come la nostra che eroga prestazioni sanitarie. Nei passati due anni, da quando la Fondazione è nata, i nostri specialisti hanno prodotto 3 pubblicazioni scientifiche a tipo monografico e sono: *il Melanoma*, *Le Demenze*, *L'Osteoporosi*. Ognuno di questi 3 volumi è stato oggetto di un incontro con i medici di base ai quali è poi stato dato in omaggio.

Riteniamo che questo modello organizzativo e gestionale possa per il futuro estendersi anche ad altri territori avendo sempre come stella polare:

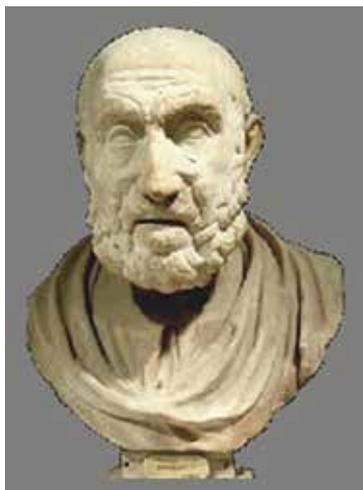
- la qualità delle prestazioni;
- le tariffe a basso costo;
- la rapidità degli accessi eliminando le lunghe liste di attesa;
- soprattutto l'integrazione con il Servizio Sanitario Regionale e lo stretto rapporto di collaborazione con la medicina di base.

TM

GIUSEPPE CURCIARELLO

# Informazione e consenso

## Il caso dell'Immunoprofilassi della Malattia Emolitica Feto Neonatale da Rh(D)



L'atto medico appare legittimo soltanto se preceduto dal consenso informato. I diritti del malato a partecipare alla scelta terapeutica che lo riguarda trovano riferimenti normativi nella Costituzione (articoli 2, 13 e 32) e nel Codice deontologico (articoli 13, 15 e 26).

Il rapporto medico-paziente era anticamente basato su un consenso "non informato". Questo rapporto era ricco di contenuti filantropici e bonari; il medico doveva, *in primis*, curare, in quanto unico depositario del potere, che esercitava con atteggiamento paternalistico, scegliendo di volta in volta il trattamento che, in scienza e coscienza, riteneva migliore per il malato. Questa visione del rapporto medico-paziente aveva radici antiche, nella medicina di Ippocrate nella quale il medico esercitava la professione per altruismo e per il bene del paziente che "subiva" la cura, in quanto oggetto dell'arte medica.

Il termine "paziente" deriva proprio da questa considerazione ippocratica (dal verbo "patior", participio presente "patiens") secondo la quale il malato, il paziente appunto, "sopporta" il soffrire, ma anche l'intervento del medico. Possiamo dire che il rapporto medico/paziente si fondava su una "asimmetria informativa", dovuta al fatto che la medicina è una scienza com-

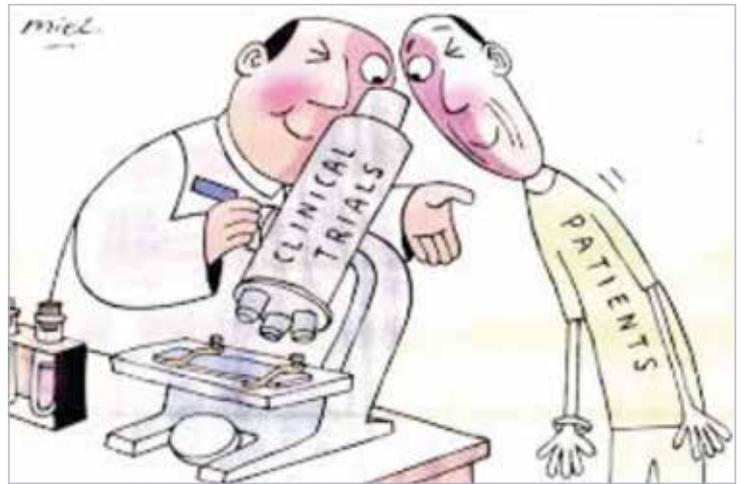
plexa e le informazioni possedute dal medico sono comunque di gran lunga superiori rispetto a quelle possedute dal paziente. Tale condizione, di cui erano consapevoli sia il medico che il paziente, poneva il paziente in condizione di inferiorità, se non di impossibilità decisionale, e determinava una connotazione del rapporto di tipo esclusivamente fiduciario.

Allo stato attuale la medicina basata sull'evidenza impone che l'attività medica si attenga a standard riconosciuti dalla comunità scientifica, ma al tempo stesso deve tenere conto delle caratteristiche di ogni utente. Possiamo dire che l'offerta dei servizi deve essere "personalizzata", soprattutto in termini di comunicazione medico/paziente, facendo sì che il paziente divenga protagonista dei propri percorsi di cura, fattore questo fondamentale per il miglioramento degli outcome di salute. Quindi, alla base del rapporto moderno fra medico e paziente, c'è ancora il dovere del medico di curare e curare bene, ma questo atto viene subordinato al diritto del malato alla libertà di autodeterminazione nella scelta del trattamento sanitario a cui sottoporsi (indagini strumentali diagnostiche, trattamenti di profilassi o terapie). La consapevolezza del paziente, l'essere informato circa l'atto medico che lo riguarderà, diviene un diritto giuridicamente irrinunciabile.

Il medico non "può", ma "deve", informare il paziente, allo scopo di fornirgli una chiara visione del trattamento che sta praticando e dei relativi vantaggi e svantaggi in termini di rapporto costo/beneficio.



Giuseppe Curciarello, Spec. in Ematologia (Clinica e Laboratorio) a FI, Resp. Amb. di Ematol. e Med. Trasfusionale Asl 10. Delegato regionale SIMTI, Incaricato di Docenza dall'aa 2009/2010 fino a tutt'oggi. Immunoematologia presso l'Università degli Studi di Firenze; Facoltà di Medicina e Chirurgia; Corso di Laurea in Tecnico sanitario di laboratorio biomedico.



L'informazione deve essere documentale, questa volta a garanzia del medico, e ciò comporta l'allestimento di una precisa informativa che riguarda lo specifico atto medico. Ma non basta: le informazioni date al paziente devono essere comprese. Ed ecco dunque il fiorire di "consensi" in cui, dettagliatamente, si declina, passo passo, l'intervento sanitario e si chiede al paziente di dichiarare di averlo compreso nella sua interezza..

Le recenti Raccomandazioni SIMTI-SIGO 2014 in tema di Malattia Emolitica del Feto e del Neonato (MEFN) hanno perfettamente recepito queste considerazioni giuridiche, argomento di questa disamina, e hanno proposto un Consenso-informato come appendice alle Raccomandazioni per la prevenzione ed il trattamento della MEFN.

Dobbiamo aggiungere che nel nostro mondo multietnico è necessario assicurarsi che il "Consenso-informato" sia effettivamente letto e compreso dalla paziente. È sufficiente aver tradotto l'Informativa-Consenso in inglese, lingua cosiddetta universale? La lingua più parlata al mondo è in effetti lo spagnolo, siamo certi che la lingua inglese sia già patrimonio delle diverse etnie e delle diverse culture presenti nel territorio del nostro presidio sanitario?

Pertanto, se non si vuole banalizzare il Consenso Informato, occorre essere certi dell'effettiva comprensione e avere anche un "quantum" di informazione, secondo buon senso, in rapporto all'atto che andiamo a proporre. In altre parole, sarà sicuramente più estesa l'Informativa per il Consenso al trapianto di midollo osseo che quella sulla Immunoprofilassi (IP) per la MEFN. Il medico, poi, deve fornire le informazioni utilizzando un registro adeguato al livello culturale del paziente e, nel momento in cui venga preconfezionata una Informativa, essa deve essere ben comprensibile alla maggior parte dei destinatari (meglio che contenga qualcosa di ovvio per qualcuno piuttosto che essere insufficiente per altri).

Nell'Azienda Sanitaria di Firenze la Procedura per la prevenzione e la Immunoprofilassi della MEFN è andata in questa direzione. Sono stati elaborati una Informativa e un Consenso tradotti nelle lingue della maggior parte dei cittadini stranieri residenti nell'ampio territorio dell'ASL (inglese, rumeno, cinese, albanese, spagnolo e arabo). In altre regioni potrebbero essere necessarie traduzioni in altre lingue o idiomi di altre minoranze linguistiche (pensiamo al ladino nella Provincia Autonoma di Bolzano).

Un lavoro in tema di profilassi della MEFN alla 28° settimana di gestazione per le donne Rh(D) negative, di routine, pubblicato di recente da Kent e collaboratori (BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:87, *Routine administration of Anti-D: the ethical case for offering pregnant women fetal RHD genotyping and a review of policy and practice*), è occasione per qualche riflessione in tema di informazione, consenso ed etica nella Immunoprofilassi anti D antenatale.

Nell'articolo della Kent si mette in evidenza come nel Regno Unito vengano praticate ben 40000 somministrazioni l'anno di Ig anti D alla 28° settimana a donne con feto Rh (D) negativo.



Quindi una Immunoprofilassi inutile. Gli autori auspicano un abbassamento dei costi dei test di genotipizzazione del feto su plasma materno, in modo da poter evitare queste somministrazioni e tuttavia evidenziano, rivedendo le *cost analysis*, che sarebbe necessario un abbassamento del costo di questo esame per poterlo adottare come test di routine prima della Immunoprofilassi antenatale.

Gli autori focalizzano l'attenzione sulla necessità etica di offrire alle donne Rh(D) negative il test (cell-free fetal DNA, cffDNA) per la determinazione del genotipo Rh(D) del feto, allo scopo di evitare la Immunoprofilassi antenatale alle donne (circa 1/3) che partoriranno un neonato Rh(D) negativo.

Mi preme mettere in evidenza come il rischio correlato alla somministrazione di Ig anti D, sia veramente bassissimo, grazie alle politiche di sicurezza sul versante infettivologico di emocomponenti ed emoderivati (nel Regno Unito nessuna TTI, Transfusion Transmitted Infection, trasmessa dal 2010 al 2013).

In tema di informazione e consenso alla Immunoprofilassi antenatale routinaria alla 28<sup>o</sup> settimana di gestazione con Ig anti D, sarebbe dunque corretto esplicitare, per le donne Rh D negative con partner Rh (D) positivo, che c'è una probabilità del 33% che il loro bambino sia Rh(D) negativo e che quindi tale somministrazione potrebbe, in effetti, non essere necessaria. Ma nel contempo andrebbe anche specificato nell'informativa e spiegato che, nella impossibilità di praticare la ricerca del genotipo Rh(D) fetale su sangue materno, se il bambino fosse

Rh(D) positivo (2/3 dei nati), l'immunizzazione potrebbe avvenire, con le conseguenze che ben conosciamo.

Ricordiamo che il bilancio rischio/beneficio fra non somministrare o ritardare la somministrazione della Immunoprofilassi antenatale, è spostato fortemente dalla parte del rischio. Le *cost analysis* sulla somministrazione della Immunoprofilassi antenatale, in altre parole, mettono in evidenza come il rischio sia sempre più alto quando si sceglie di non somministrare la Immunoprofilassi, tenendo conto anche dei costi non quantificabili del grave danno psicologico, a lungo termine, provocato alle coppie con feto o neonato deceduto per MEFN.

Vorrei ancora aggiungere, come, nel momento in cui non risulti un Consenso informato documentale del paziente, il medico incorra in una condanna, anche quando si è agito bene dal punto di vista sanitario, senza errori tecnico-scientifici. In altre parole, anche quando non abbiamo prodotto danno.

Bisogna dunque che, in tema di Immunoprofilassi per la prevenzione della MEFN da Rh(D) e della Immunoprofilassi antenatale, vengano ben spiegati rischi e benefici nel praticare o non praticare l'intervento sanitario. Infine è auspicabile che presto ci possa essere la possibilità di avere, a basso costo e in tutte le regioni italiane (equità nel trattamento sanitario) la genotipizzazione per Rh(D), prima della Immunoprofilassi antenatale e/o dopo eventi potenzialmente immunizzanti. Nel frattempo valga sempre la considerazione relativa al rapporto rischio/beneficio che, nella fattispecie, pesa enormemente di più sul rischio, nel caso si scegliesse di non effettuare la Immunoprofilassi senza avere peraltro la possibilità di effettuare il test genetico per la determinazione del tipo Rh(D) fetale.

In ultima analisi dobbiamo scrivere informative e consensi comprensibili al paziente e completi, per fornirgli tutti gli strumenti per una scelta davvero consapevole. La motivazione ad informare in modo chiaro e completo il paziente deve essere soprattutto etica e non dettata dalle esigenze di una "triste" Medicina difensiva a cui purtroppo, di questi tempi, la sanità è avvezza.

TM

Info: [giuseppe.curciarello@unifi.it](mailto:giuseppe.curciarello@unifi.it)



## LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.

NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



**Codice QR** - Rimando Link esterno con cellulare



**URL** - Rimando Link esterno



**Sommario** - Rimando pagina interno



**E-mail** - Rimando programma e-mail



Paolo Gacci, S.O.C.  
Ostetrica e Ginecologia.  
Responsabile Ostetricia  
Ospedale Santa Maria  
Annunziata ASL 10 -  
Firenze

PAOLO GACCI, ALFIO FRIZZI<sup>1</sup>, ANGELO SCUDERI<sup>2</sup>, PASQUA CIANCIOLO<sup>3</sup>, SOFIA VAVOLO<sup>4</sup>

# Partorire dopo un taglio cesareo

## Analisi dei dati del punto nascita dell'Ospedale Santa Maria Annunziata

Negli ultimi trent'anni in Italia, in Europa e nel mondo c'è stato un incremento esponenziale del tasso di tagli cesarei. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Ministero della Salute Italiana raccomandano di non superare il 15-20% di tagli cesarei. In Italia, il ricorso al taglio cesareo, è passato dall'11% nel 1980 a circa il 39% di oggi, con percentuali che superano il 60% in alcune regioni, diventando così il primo paese in Europa e fra i primi al mondo per tasso di tagli cesarei.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che, nella quasi totalità dei casi, una donna con una precedente incisione trasversale bassa sul segmento uterino inferiore, senza particolari controindicazioni, può essere una buona candidata per un travaglio di prova, laddove sia possibile disporre di un servizio di emergenza nel caso di un eventuale taglio cesareo.

Dagli inizi del 2011 l'équipe medico - ostetrica dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Bagno a Ripoli, al fine di ridurre il ricorso al taglio cesareo, si è impegnata nella realizzazione di un ambulatorio di Counselling, che permettesse alle donne in gravidanza precesarizzate di ricevere una consulenza e corrette informazioni riguardo alla scelta di intraprendere un travaglio di prova per un parto vaginale o un taglio cesareo elettivo.

Le donne vengono accolte da un medico ginecologo e da un'ostetrica. Attraverso un'attenta anamnesi clinica, ostetrica e ginecologica, si valutano le possibilità di un eventuale parto vaginale. Durante il colloquio il medico espone e discute insieme alla donna di quali sono i rischi e quali i benefici di un travaglio di prova rispetto a un taglio cesareo d'elezione, prendendo in considerazione la situazione ostetrica individuale.

Presso questo Ospedale il successo della riuscita dei parti vaginali è cresciuto nel corso dei quattro anni, grazie all'impegno dei professionisti e alla collaborazione tra medici e ostetriche.

La letteratura internazionale dimostra che la percentuale di successo del travaglio in una donna con un precedente taglio cesareo è del

60-80%. I dati dell'Ospedale Santa Maria Annunziata dal 2011, ovvero dal momento in cui è stato aperto l'ambulatorio del counselling, al 2014 riportano un successo medio del 65%. Essendo stata una nuova esperienza, il primo anno ha dato un esito positivo anche se leggermente inferiore agli anni successivi, dove la percentuale di successo è aumentata e si è poi stabilizzata (Figura 1).

Grazie al momento del *counselling*, è possibile selezionare con attenzione le donne senza particolari fattori di rischio per un travaglio di prova.

Secondo i dati della Regione Toscana, per quanto riguarda la distribuzione dei parti vaginali dopo precedente taglio cesareo, la media nazionale è del 10%, mentre quella toscana è del 21%.

Uno studio sull'esperienza dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Bagno a Ripoli ha riportato un totale di 448 donne precesarizzate dal 2011 al luglio del 2014; di queste, 200 sono entrate in travaglio spontaneamente, per le restanti 248 è stato programmato un taglio cesareo. Il 65% delle donne entrate in travaglio spontaneamente ha partorito per via vaginale, il 35% ha subito un taglio cesareo in travaglio.

Dei 318 tagli cesarei totali, elettivi e in travaglio, il 37,7% è stato eseguito per volontà materna, il 31,4% su indicazione medica, il 22% in travaglio e l'8,8% per gravidanza presso la 42° settimana di gravidanza (Figura 2).

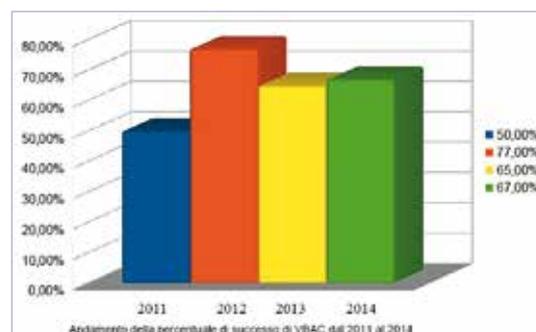


Figura 1

<sup>1</sup> Direttore S.O.C.  
Ostetrica e Ginecologia  
Ospedale Santa Maria  
Annunziata - ASF

<sup>2</sup> Dirigente Medico  
Ostetrico e Ginecologo  
Ospedale Santa Maria  
Annunziata - ASF

<sup>3</sup> Dirigente Medico  
Ostetrico e Ginecologo  
Ospedale Santa Maria  
Annunziata - ASF

<sup>4</sup> Ostetrica

Non si sono praticate induzioni al travaglio del parto né con prostaglandine né con ossitocina, come da protocollo dell'Asl 10, che si basa sulle linee guida e sui protocolli internazionali. Nell'8,8% delle 200 donne entrate in travaglio si è fatto uso di ossitocina, non per induzione, ma come a sostegno dell'attività contrattile in travaglio avanzato, dopo attenta valutazione ostetrica.

Per quanto riguarda l'analgia peridurale in travaglio, la letteratura internazionale dimostra come questa non sia controindicata, in quanto non maschera i segni e i sintomi di rottura d'utero.

Nell'esperienza dei travagli di prova dell'ospedale Santa Maria Annunziata, sempre su un totale di 200 donne in travaglio, l'analgia peridurale è stata effettuata nel 7,7% dei casi.

Sono state valutate le condizioni neonatali, quindi gli Apgar alla nascita, sia in caso di taglio cesareo sia in caso di parto vaginale.

Nei nati da parto vaginale l'Apgar è stato: nel 98% dei casi 9' 10', nel 2% dei casi 8' 9'; mentre, nei nati da taglio cesareo in travaglio, nell'85% dei casi l'Apgar è stato 9' 10', nel 10% dei casi 8' 10', nel 5% 6' 8'.

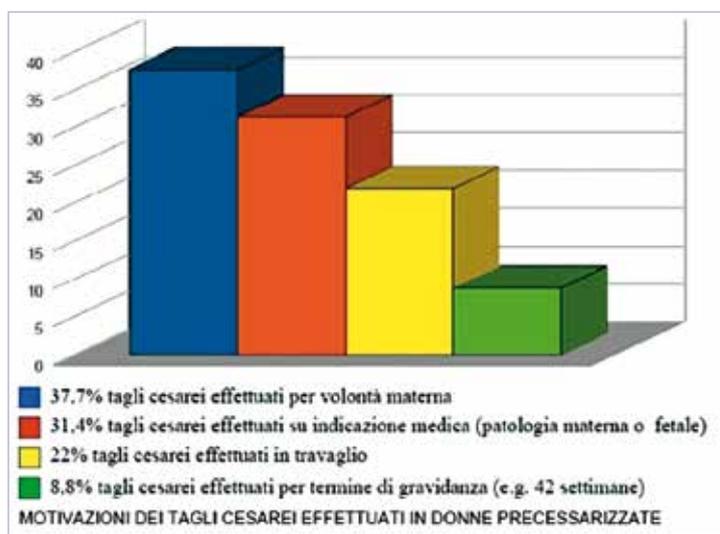


Figura 2

Per quanto riguarda la morbidità materna, in questo arco di tempo non sono state evidenziate particolari complicanze, né al momento del travaglio e del parto, né durante il post partum.

TM

Info: [paolo.gacci@asf.toscana.it](mailto:paolo.gacci@asf.toscana.it)

## LETTI PER VOI

### Per una buona sanità

LUIGI BERZANO, GIORGIO MORETTI, MASSIMO GIUSIO

*Mimesis Editore*

È sotto gli occhi di tutti la crisi del welfare state e quindi dei grandi servizi sanitari, comunque finanziati, e, nello stesso tempo, il travolgente sviluppo della medicina che incrementa continuamente i costi della Sanità, pubblica o privata che sia. Inoltre la società si evolve e modifica la richiesta di salute trasformandola in una richiesta quasi di eterna giovinezza, mentre la demografia cambia, la popolazione invecchia e esplodono le costosissime polipatologie dell'età anziana. Il problema preoccupa tutto il mondo e la discussione ferve anche in Italia e moltissime sono le pubblicazioni che propongono analisi e soluzioni di questo grande problema sociale e politico. Come coniugare la volontà etica e politica di garantire l'universalità al diritto alle cure e l'uguaglianza dell'accesso alle prestazioni in un periodo economico di stravolgimenti sociali, di libero mercato imperante e di progressi inarrestabili della medicina? Luigi Berzano, Giorgio Moretti e Massimo Giusio si sono cimentati in un "Manifesto per una buona Sanità", pubblicato dall'editore Mimesis. Non è un'analisi consueta, del tipo di quelle che leggiamo spesso, ma un approccio moderno e innovativo alla questione Sanità che gli autori, con grande acume, considerano paradigmatica della crisi politica e sociale del nostro tempo. Possiamo non essere d'accordo su tutte le soluzioni proposte ma è chiaro che, a partire da una idealità di valori condivisa, le strade per garantire ancora ai cittadini una grande conquista civile quale la sanità pubblica, possono divergere ma l'importante è che partano da analisi concrete e soluzioni flessibili.

Gli autori si soffermano sulla necessità di corresponsabilizzare il cittadino, di modificare le modalità di finanziamento del servizio e di utilizzare tutte le moderne tecnologie per ripensare il sistema ospedaliero e l'organizzazione delle cure nel territorio. Quindi gli autori propongono un sistema premiante e/o penalizzante per i cittadini che faccia aggio sulla loro responsabilizzazione, inoltre la revisione dei Lea limitando correttamente l'eccessiva discrezionalità dei medici la quale cozza con le acquisizioni metodologiche della scienza e la sostenibilità del servizio e, infine, la riorganizzazione del sistema sanitario anche attraverso una revisione radicale del finanziamento onde giungere ad una vera equità oggettiva. Gli autori propendono per un ruolo di controllo da parte dello Stato piuttosto che su quello di erogatore delle prestazioni e su ciò si può discutere a lungo. È molto interessante l'analisi antropologica proposta nel libro nel tentativo di spiegare il moderno vissuto del concetto di salute, raffrontandolo con le visioni religiose della salvezza. La tesi è quella che i cittadini percepiscono una sorta di eccesso di finalità della medicina che ne trascende i limiti scientifici e ne aggrava i costi. In conclusione un testo estremamente stimolante e non solo per gli addetti ai lavori. L'analisi e la proposta trascendono i limiti della riflessione politica sulla medicina e sulla sanità per investire una più ampia sintesi problematica del valore "diritto alla Salute" della società contemporanea.

Antonio Panti



Saffi Giustini, medico di medicina generale, Modulo eCCM Montale (PT) - responsabile dell'Area Nazionale del Farmaco SIMG - Comitato consultivo AIFA Cure Primarie

SAFFI GIUSTINI

## Il rapporto OsMed 2014 ... qualche riflessione ...

*Cominciamo da questo numero una rubrica sui problemi della farmaceutica, tratta dal periodico digitale Vobisnews, diretto e redatto da Saffi Giustini.*

Il non più recentissimo **Documento AIFA e Medicina Generale sul farmaco e la prescrizione** cerca di trovare un punto di incontro fra le necessità e i bisogni dei pazienti con specifico riferimento al ruolo del medico di medicina generale in una prospettiva non settoriale e di comparto ma di sistema.

Vuole / vorrebbe porsi come strumento di confronto a livello sia centrale che regionale e di ASL sulle dinamiche prescrittive nel difficile processo di "prendersi cura" di una persona malata, con particolare attenzione alle comorbidità, agli anziani, alle donne.

**Abbiamo sostenuto** che il Documento fosse un punto di incontro fra l'Agenda e i medici di medicina generale e le loro organizzazioni, non tanto per ragionare su norme e leggi quanto per aprire un "reale spazio clinico" di discussione non solo sul "numero di scatolette e i relativi costi" quanto sulla volontà di confrontarsi sugli esiti di salute prodotti.

**Già** la revisione della revisione della Nota 13 come quella della nota 79 ha sollevato qualche dubbio, su questa volontà / indirizzo / forse solo auspicio.

Sosteniamo e lo continuiamo a fare che la medicina generale di oggi e anche quella dei prossimi anni, ha grandi potenzialità nel produrre ricerca sul campo, nel verificare / studiare / analizzare / progettare i profili assistenziali nelle tre dimensioni (farmaceutica, ricoveri, specialistica) inclusa quella "relazionale".

Che la medicina generale può, se supportata in una visione di integrazione, produrre

conoscenza reale sul problema della trasferibilità delle conoscenze dalle sperimentazioni alla pratica clinica che rappresenta il settore chiave in cui la medicina generale può e deve esercitare un ruolo chiave di ricerca e di autonomia culturale.

### **Nuovo rapporto OsMed: ... Spesa sotto controllo.**

Quella territoriale non quella ospedaliera ... ma a parte questo esiste ancora un problema.

Il Rapporto Osmed 2014, evidenzia la difficoltà di comprendere come da questi interessanti dati, il medico prescrittore, possa in qualche modo tentare una valutazione dei consumi e della spesa rispetto alla salute prodotta.

Insomma nel 2014/15 conta senz'altro una valutazione del "numero di scatolette" in *sell in / sell out*, ma a noi ed anche ai decisori credo che interesserebbe di più di come dal 2001 al 2014, "il tot di lire o di euro" spesi per quelle classi di farmaci (ad esempio cardiovascolare o per la cura del diabete o per l'asma e la BPCO) ha prodotto rispetto ai ricoveri / infarti / ictus / amputazioni piede diabetico etc etc.

Certo che in molti casi l'incrocio di banche dati per le SDO, la specialistica, etc è difficoltoso; tuttavia dopo dieci anni di rapporti OsMed forse è necessario un ripensamento dell'informazione sulla "prescrizione dei farmaci" sia per i medici, sia per i manager sia per i cittadini.

TM

Info: [drsaffigiustini@gmail.com](mailto:drsaffigiustini@gmail.com)

### **Toscana Medica diventa digitale!**

Toscana Medica diventa digitale! Sul sito internet dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, nella pagina dedicata a Toscana Medica, sono presenti i numeri del 2015 sia in formato PDF (già disponibili da anni), sia soprattutto nel

nuovo formato sfogliabile, facilmente consultabile sia da computer che da tablet. Nei prossimi mesi Toscana Medica digitale sarà disponibile anche in versione App per smartphone in modo da consentire la massima fruibilità sui vari supporti informatici e il progressivo ab-

bandono della pubblicazione cartacea. Per rimanere aggiornati sull'uscita dei nuovi numeri digitali e ricevere ulteriori news, segnalare fin da ora la e-mail sul sito dell'Ordine dei Medici di Firenze: [www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti](http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti). Buona lettura!



MARCO GEDDES DA FILICAIA

# Giovanni Berlinguer

## medico dell'imparzialità



Marco Geddes da Filicaia, ha svolto attività di ricerca in ambito oncologico, come epidemiologo, collaborando con l'I.A.R.C. È stato direttore sanitario dell'Istituto Nazionale Tumori di Genova e vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità (1997-2003). Assessore alla Sanità e servizi sociali del Comune di Firenze (1996-2000), è stato presidente della Conferenza dei sindaci dell'area fiorentina. Direttore Sanitario P.C. Firenze Centro di cui fa parte l'Ospedale di Santa Maria Nuova, fino ad agosto 2012.

Giovanni era nato a Sassari nel 1924: il padre Mario, noto avvocato repubblicano; il fratello Enrico, di lui maggiore di soli due anni.

Della Sardegna conservava Giovanni l'amore per quella terra, quelle genti, quel mare che ha solcato in barca a vela fino a tarda età. Conservava dell'isola anche i modi concisi nella esposizione delle sue riflessioni ed un accento, temperato dalla cultura e da un amore per la sua città – Roma – e per i suoi poeti dialettali, in particolare il Belli di cui era profondo conoscitore.

Giovanni si laurea in Medicina a Roma nel 1958 ma fin da studente ha percorso due vie con uguale impegno; vie che offrono alla sua azione feconde sinergie: l'impegno scientifico e quello politico. Presidente dell'Unione nazionale studenti dal 1949 al 1953, membro del Comitato centrale del PCI e poi alla Camera e al Senato dal 1972 agli anni novanta e, successivamente, parlamentare europeo.

Docente di Medicina sociale a Sassari e, successivamente, di Fisiologia ed Igiene del lavoro alla Sapienza di Roma è autore di numerosissimi scritti, monografie e articoli su riviste di cui si sono nutriti più generazioni di uomini e donne di tutti i continenti e non solo di medici.

Al suo impegno, in Parlamento, nel mondo scientifico e in quello medico, nella società e nel mondo del lavoro, si deve un contributo sostanziale all'approvazione di fondamentali leggi sui diritti, quale quella sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza, di cui fu relatore. Berlinguer contribuì in misura preminente alla istituzione del Servizio sanitario nazionale, questione a cui dedicò studi e valutazioni prima e dopo la sua approvazione.

Il suo impegno scientifico e divulgativo andava inoltre dalla cura del piccolo opuscolo, quelli allora detti "di propaganda", alla riflessione teorica, alla raccolta di articoli e conduzione di ricerche sulle condizioni dei lavoratori, sulla patologia nelle metropoli, nella bella collana di Feltrinelli fondata da Giulio Maccacaro, o a un lavoro collegiale, che svolgemmo alla fine degli anni novanta, sulla Salute degli italiani.

Tuttavia, in privato confessava – con un po' di ironia e di *undestatement* – che quello di cui

lui si intendeva veramente era di pulci, ed era un conoscitore, tema a cui aveva dedicato, oltre ad articoli scientifici, un divertente libretto intitolato "Le mie pulci".

Il suo impegno e i suoi interessi si sono estesi, negli ultimi decenni, ad altri aspetti ed in particolare alla Bioetica, partecipando al Comitato nazionale di cui è stato Presidente e intessendo rapporti con molti paesi, in particolare il Sud America.

Una vita lunga ed operosa che si è mossa con tre orizzonti valoriali di riferimento:

- *La laicità*, una laicità profonda, radicata, diffusa ai vari aspetti della vita privata e pubblica, alla sua azione, al suo modo di pensare e argomentare. Una laicità mai palesata come un vessillo, ma offerta quale terreno di confronto fra credenze e punti di vista differenziati, capaci però di dialogare sulla base della razionalità, della tolleranza, della libertà e – anche – del buon senso, al fine di delineare un recinto giuridico nell'ambito della nostra Costituzione. Una cornice, all'interno della quale potessero convivere tribù valoriali diverse.

- *Luguaglianza*, questo secondo orizzonte, che lo ha portato anche ad impegnarsi a livello internazionale nell'ambito dell'OMS. Berlinguer apparteneva quindi alla schiera degli egualitari, quelli che, "pur non ignorando – come li ha definiti Norberto Bobbio – che gli uomini sono tanto uguali che diseguali, danno maggiore importanza, per giudicarli e per attribuire loro diritti, a ciò che li rende uguali piuttosto che a ciò che li rende diseguali".

- Credeva infine, nella *imparzialità* dell'attività scientifica, imparzialità nella metodologia di ricerca, nella lettura dei dati, nella loro esposizione. Una imparzialità che non era neutralità, non neutralità nella selezione delle priorità, nella scelta dei filoni di studio e di ricerca, nel risolvere le incertezze a favore delle collettività e degli strati più deboli della società.

Ciò nella convinzione che chi opera con responsabilità politiche e in strutture pubbliche ha un ruolo di advocacy del bene comune.

TM

### BACHECA

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



ALDO FUSI

## Un ceffone salutare

È sabato, ore 11, suona il telefono: «Dotto- re sono la Sig.ra Lidia della Farmacia Mancini, bisogna che Lei venga qua. C'è una ragazza distesa in terra, le tremano le gambe e le braccia. Non parla, ha gli occhi chiusi. Ho paura che le succeda qualcosa».

Si dice facilmente "venga": prima bisogna contrattare con le quattro/cinque persone che aspettano nell'ambulatorio e poi si va in farmacia.

Poi bisogna andare a piedi e passare attraverso la gente che è nella strada e in tutte le bancarelle della piazza, perché il sabato mattina a Barberino c'è il mercato.

Arrivo in farmacia. C'è effettivamente una ragazza distesa a terra e ci sono cinque/sei persone intorno che la guardano.

«Signora – dico alla Lidia – Mandi via queste persone, non c'è niente da vedere, c'è solo una persona che sta male».

Vanno via, ma lentamente.

Metto un ginocchio a terra e con le dita sento le pulsazioni della carotide al collo. Sono pulsazioni buone, nemmeno troppo frequenti.

«Signorina, lei mi sente, vero? Lei è brava. Apra gli occhi, si alzi e vada dove deve andare. Le fa male da qualche parte?».

Nessuna risposta. Mi alzo in piedi e penso. Io ho avuto occasione di vedere tre episodi di compulsione epilettiche: non durano tanto quanto queste.

Mi insospettisce il luogo, il giorno, l'orario in cui tutto ciò avviene.

Metto di nuovo il ginocchio a terra e dico: «Signorina lei ha capito cosa deve fare. Non c'è più nessuno che la guarda. Non mi costringa a fare una cosa che non voglio fare, perché alla fine la faccio».

Con il palmo della mano destra le do' un ceffone nella guancia sinistra molto forte.

Segue un momento di silenzio.

Poi in un lampo la signorina apre gli occhi, si alza e se ne va.

Non avevo sbagliato. Non erano convulsioni da epilessia, ma una manifestazione di isterismo.

Questo lo chiamerei un ceffone salutare.

TM

## Un grembiule rosso

La signora Lucia si sposa con Ruggero quando è ancora in Puglia.

Nascono due bambine. Dopo poco il Ruggero parte insieme con altri dieci operai per l'Argentina dove gli viene prospettato un lungo lavoro molto ben retribuito.

Dopo le prime lettere non si sa più nulla e non si saprà più nulla per tredici anni.

Attraverso i carabinieri si viene a sapere che è vivo.

Un giorno arriva una lettera di Ruggero che chiede perdono, scusa per il suo comportamento e dice che sta tornando a casa perché è malato.

E quando arriva a casa viene accolto.

Ha degli strani disturbi. Stando in piedi non riesce a urinare. Se si mette disteso per due o tre minuti riesce a urinare. C'è evidentemente un ostacolo.

Io lo mando a Firenze all'Ospedale di San

Giovanni di Dio dal professore Salvatore Lai, noto urologo. Risulta che abbia un calcolo vescicale, un grosso calcolo vescicale. Nel fare degli accertamenti per l'intervento si scopre che ha un tumore del polmone destro e i due noduli che ha sul braccio sono metastasi del tumore al polmone.

Viene operato soltanto per il calcolo. A casa cure palliative, morfina e ossigeno.

Dietro la mia casa c'è un grande orto. L'orto di Papia, contadino e fruttivendolo. E le finestre mie e le finestre di Ruggero sono di fronte sopra il grande orto.

Io andavo a vederlo una volta ogni tre giorni e stava sempre peggio. Quando la signora Lucia pensava che ci volesse un'altra visita, metteva un grembiule rosso sullo stendino della finestra e io sapevo che c'era bisogno di andare. Era il nostro cellulare di allora.

TM

Manfredo Fanfani

## LA DONNA DI PIERO DELLA FRANCESCA E' BELLA MA NON SORRIDE MAI

La donna, limitata da pregiudizi e condizionamenti culturali, conquista con il rinascimento la frontiera della bellezza, ma le è ancora preclusa la libertà del sorriso.

*Molti pregiudizi culturali hanno severamente condizionato, nei secoli passati, i rapporti della donna con il suo ambiente, spesso veniva relegata in ruoli di emarginazione.*

*Questo era un motivo per non alzare gli angoli delle labbra per accennare un sorriso; per tenere timidamente le palpebre socchiuse e gli occhi rivolti in basso; non era consentita l'espressività del volto come linguaggio di comunicazione.*

*Il XV° secolo segnò quella grande rivoluzione culturale sfociata nel rinascimento italiano che impreziosì la donna nella sua bellezza.*

*La bellezza del corpo, curata da Piero della Francesca, si eleva a segno di distinzione e divie-*

*ne un mezzo efficace, dopo secoli di vincoli e condizionamenti, per l'affermazione dell'immagine della donna sul piano sociale.*

*Un timido avvio verso quell'emancipazione femminile che riceverà dal rinascimento un più forte impulso.*

*Le donne di Piero della Francesca, hanno superato la frontiera della bellezza, ma non ancora la libertà del sorriso e della luminosità dello sguardo come mezzi di comunicazione e di relazione con gli altri.*

*Nel sottile linguaggio del pittore, la donna protegge quella riservatezza e quel mistero che impreziosiscono il suo fascino.*

### Il bel volto senza sorriso delle donne di Piero della Francesca (1412-1492).

Le donne di Piero sono belle in volto ma, a causa dei condizionamenti culturali, non sorridono mai.

Le palpebre sono socchiuse, gli occhi timidamente rivolti verso il basso.

E' loro preclusa l'espressività del volto e dello sguardo come linguaggio di comunicazione.



Madonna di Sinigaglia,  
particolare.  
Galleria Nazionale  
delle Marche | Urbino.



Madonna della Pala di Brera,  
particolare.  
Sansepolcro | Museo Civico | Arezzo.



Madonna del Parto,  
particolare.  
Monterchi | Arezzo.



Madonna di Misericordia,  
particolare.  
Sansepolcro | Museo Civico | Arezzo.



Storia della Vera Croce,  
particolare.  
Chiesa di San Francesco | Arezzo.

## La bellezza di un volto con la staticità di una maschera.

---

Il volto di Battista Sforza è accuratamente truccato, raffinata e preziosa l'acconciatura dei capelli, la fronte alta e spaziosa.

Lo sguardo è rivolto lontano, ma assente.

La netta evidenza della linea di demarcazione fra la guancia e il collo conferisce al volto, forse intenzionalmente, la staticità di una maschera

(si tratta di una raffinatissima trecciolina di capelli che origina da una treccia dell'acconciatura).

Ancora una volta la donna di Piero della Francesca ha raggiunto la frontiera della bellezza, ma rimane chiusa in se stessa, impedita da una maschera nella relazione con l'ambiente che la circonda, un alone di mistero e di riservatezza.



Piero della Francesca (1412 - 1492):  
*Ritratto di Battista Sforza* | Galleria degli Uffizi | Firenze.

## L' universo femminile nel sottile messaggio simbolico di Piero della Francesca.

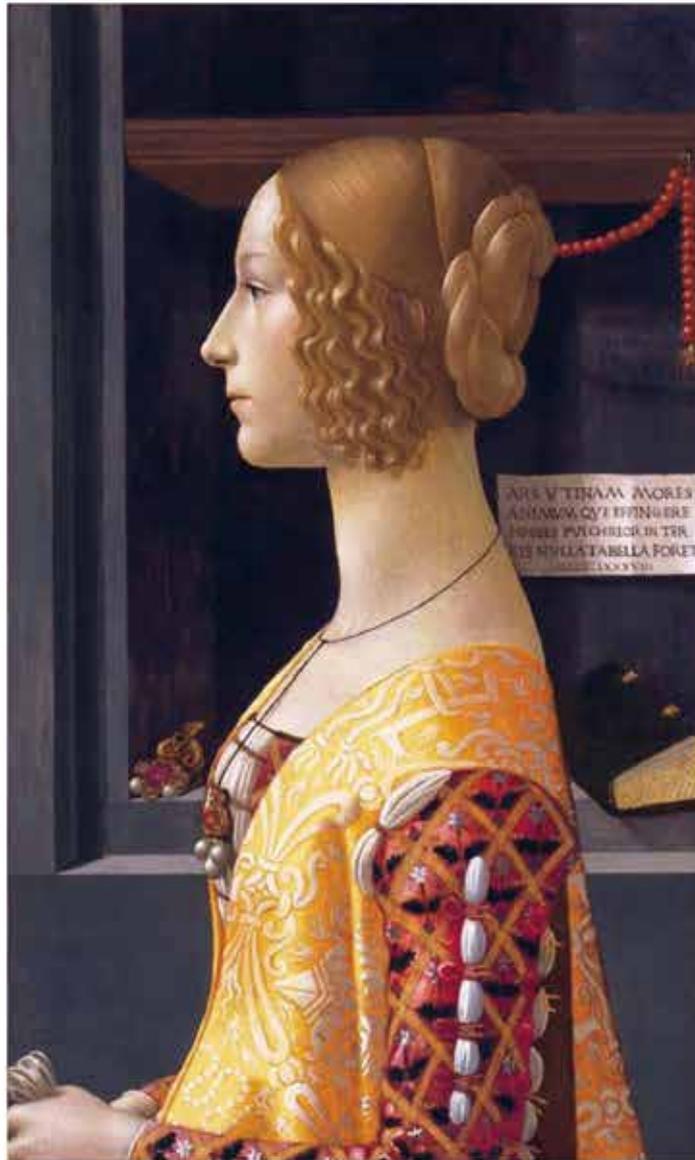
Piero della Francesca introduce un tema “convenzionale” ma si tratta di una astuzia per farci entrare nel suo universo simbolico. La giovane donna con gli occhi socchiusi è assorta in silenzio per non turbare il riposo del bambino. Una metafora di due misteri teologici: identificazione di Maria con la Chiesa e immacolata concezione.

L'uovo, che pende sorretto da un filo a piombo (metafora della perfezione) simboleggia l'uovo di struzzo, dei mistici medioevali, che si riteneva fosse fecondato dai raggi del sole. Quell'uovo, come la perla che alloggia nella conchiglia, non ha bisogno di essere fecondato. Un sottile messaggio simbolico sottende una nuova frontiera.



Piero della Francesca (1412 - 1492):  
*Pala di Brera* | Pinacoteca di Brera | Milano.

## Un'ode alla bellezza femminile di Domenico Ghirlandaio.



Domenico Ghirlandaio (1449 - 1494):  
*Giovanna Tornabuoni* | Lugano Collezione Thyssen | Bornemisza.

Anche nel Ghirlandaio si trovano rappresentazioni di immagini di donne fiorentine caratterizzate dalla bellezza del volto.

L'immagine qui riprodotta è considerata l'opera su tavola più bella del Ghirlandaio.

Oltre alla raffinatezza del vestito e dei gioielli, la giovane e nobile donna stringe fra le mani un prezioso fazzoletto di seta, a sottolineare simbolicamente le sue nobili origini.

Niente è casuale nelle opere del Ghirlandaio, nel rappresentare i personaggi e i costumi

dell'epoca. Il volto è bello e luminoso, curata e raffinata la pettinatura.

Nel cartiglio che risalta sul fondo scuro, si legge una significativa scritta in latino: "arte volesse il cielo che tu potessi rappresentare il comportamento e l'animo, non ci sarebbe in terra tavola più bella".

Un omaggio alla donna e alla sua bellezza, ma anche la donna del Ghirlandaio non sorride ed ha un atteggiamento statuario, che non comunica sentimenti.

GAVINO MACIOCCO

# L'inconcepibile successo di Obamacare

L'editoriale di Paul Krugman – premio Nobel per l'economia e uno dei primi e più convinti sostenitori della riforma sanitaria di Obama – pubblicato sul New York Times dello scorso 10 luglio<sup>1</sup> si compone di una figura, di una ventina di righe di testo e di un titolo: "L'inconcepibile successo di Obamacare". "Inconcepibile" perché non era previsto che dovesse accadere, anzi – si diceva – il fallimento della riforma era inevitabile.

E invece i fatti dimostrano che il successo c'è stato, chiaro e indiscutibile. Basta guardare la Figura 1 che descrive la rapida riduzione della percentuale delle persone non assicurate (adulti di 18 anni e oltre): **dal 18% del 2013 all'11% del 2015**. Da 43.5 milioni a 27.5 milioni: - **16 milioni, in due anni**.

Nonostante l'ostilità e l'ostruzionismo nei confronti della riforma da parte degli Stati a maggioranza repubblicana, nonostante i due ricorsi presentati davanti alla Corte Suprema (entrambi respinti, l'ultimo un mese fa), Obamacare ha funzionato non solo nel ridurre uno degli aspetti più scandalosi della società americana, quello della massa di persone prive di assicurazione sanitaria, ma anche nel migliorare la qualità dell'assistenza e nel porre un freno alla crescita della spesa sanitaria.

Il *New England Journal of Medicine* riassume in un paper di otto pagine, pubblicato lo scorso giugno, i risultati conseguiti dall'*Affordable Care Act* (ACA) nei 5 anni dall'approvazione della riforma<sup>2</sup>.

## 1. La possibilità di accedere a un'assicurazione sanitaria

Questo era l'obiettivo primario della riforma, che è stato conseguito attraverso quattro principali meccanismi, due dei quali introdotti al momento dell'approvazione della riforma e due a partire dal 2014.

I primi due riguardano:

- a) il **mantenimento fino all'età di 26 anni** del diritto di beneficiare della copertura assicurativa dei genitori;
- b) il divieto per le assicurazioni di negare l'acquisto di una polizza a persone con **malattia pre-esistente**.

Più rilevanti in termini quantitativi gli altri due meccanismi:

- c) la possibilità di poter acquisire una polizza assicurativa attraverso **l'health insurance marketplace**, un mercato online dove i prezzi delle assicurazioni sanitarie sono trasparenti e convenienti, con la possibilità per le famiglie con reddito inferiore ai 90 mila dollari di ottenere delle



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". Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web "www.saluteinternazionale.info".



Figura 1 - Percentuale di non-assicurati (18 anni e oltre). 2008-2015 (primo trimestre dell'anno).

<sup>1</sup> [http://krugman.blogs.nytimes.com/2015/07/10/the-inconceivable-success-of-obamacare/?emc=edit\\_tnt\\_20150710&nid=29630746&tntemail0=y&r=1](http://krugman.blogs.nytimes.com/2015/07/10/the-inconceivable-success-of-obamacare/?emc=edit_tnt_20150710&nid=29630746&tntemail0=y&r=1)

<sup>2</sup> Blumental D. et al, The Affordable Care Act at 5 Years, *N Eng J Med* 2015; 372: 2451-58.

detrazioni fiscali (crescenti man mano che il reddito familiare decresce): sono stati quasi 12 milioni gli americani che hanno finora utilizzato questo strumento, buona parte dei quali per uscire dalla condizione di non-assicurato;

d) **espansione di Medicaid:** sono quasi 11 milioni gli americani che hanno ottenuto l'iscrizione a Medicaid, l'assicurazione pubblica che prima della riforma era accessibile solo ad alcune categorie di poveri; con l'espansione entrata in vigore nel 2014 ne hanno ora diritto tutte le famiglie con basso reddito (per una famiglia di 4 persone la soglia è 28 mila dollari). Il numero dei nuovi assicurati avrebbe potuto essere molto superiore se gli Stati con governo repubblicano non avessero tenacemente ostacolato l'applicazione di questa norma.

## 2. Il miglioramento della qualità dei servizi

Ciò si è realizzato attraverso due meccanismi: nuovi sistemi di pagamento e nuove modalità organizzative.

a) **Nuovi sistemi di pagamento.** Questi hanno riguardato l'introduzione di incentivi per ridurre le re-ammissioni ospedaliere e le condizioni acquisite durante un ricovero ospedaliero (vedi infezioni ospedaliere, cadute, etc). Sia nell'uno che nell'altro caso di si sono ottenuti i significativi risultati (Figura 2).

b) **Nuove modalità organizzative.** È stata promossa l'integrazione e il coordinamento tra livello territoriale, ospedaliero e post-ospedaliero

(*integration and coordination of ambulatory, in-patient, and post-acute care services*) con la costituzione di organizzazioni ad hoc denominate **Accountable Care Organizations (ACOs)**, rivolte ai pazienti assistiti da Medicare (l'assicurazione pubblica per gli anziani). Sono 405 le ACOs entrate in funzione e 7,2 milioni gli assistiti che ne beneficiano.

L'ACA ha inoltre supportato una varietà di programmi per migliorare l'offerta delle cure primarie. Il principale di questi programmi – **Comprehensive Primary Care Initiative** – si basa sulla gestione innovativa delle malattie croniche e sull'accesso facilitato alle cure primarie. In California questo programma ha preso il nome di *Health Care Coverage Initiative*, producendo importanti risultati in termini di riduzione nell'accesso al pronto soccorso e del numero dei ricoveri<sup>3</sup>.

## 3. Contenimento della spesa sanitaria

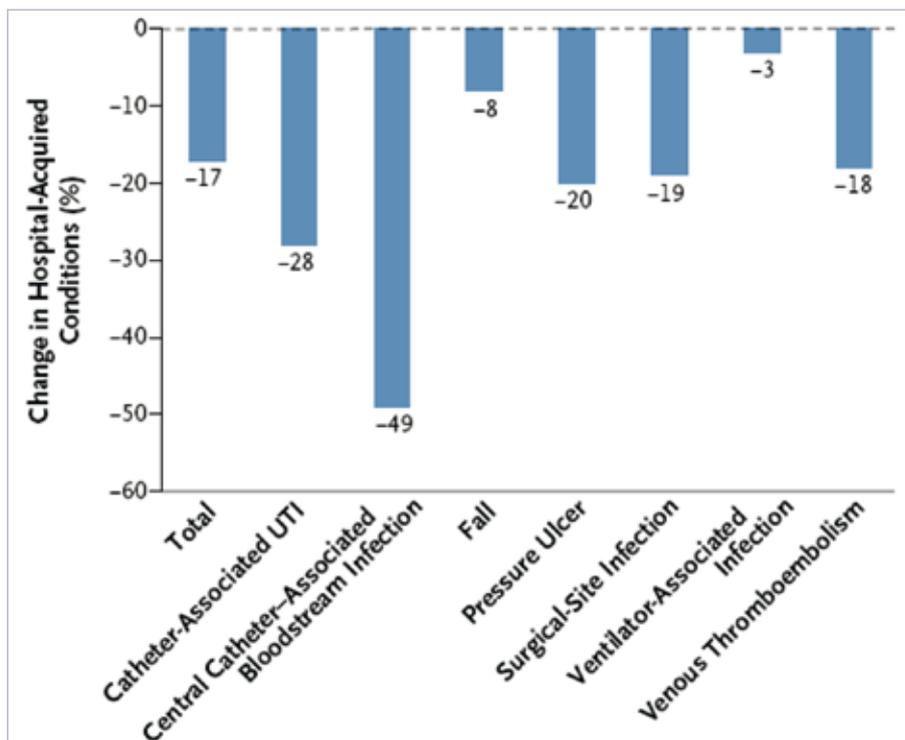
Dal 2010 al 2013 l'incremento della spesa sanitaria USA è cresciuto annualmente del 3,2% rispetto al +5,6% annuale registrato nei precedenti 10 anni. Si obietta a ragione che nella riduzione della spesa ha influito la recessione iniziata nel 2008, tuttavia alcuni dati di riduzione della spesa sono fortemente collegati con la riforma, in particolare la riduzione della spesa di Medicare ottenuta anche con la riduzione dei pagamenti dei provider.

TM

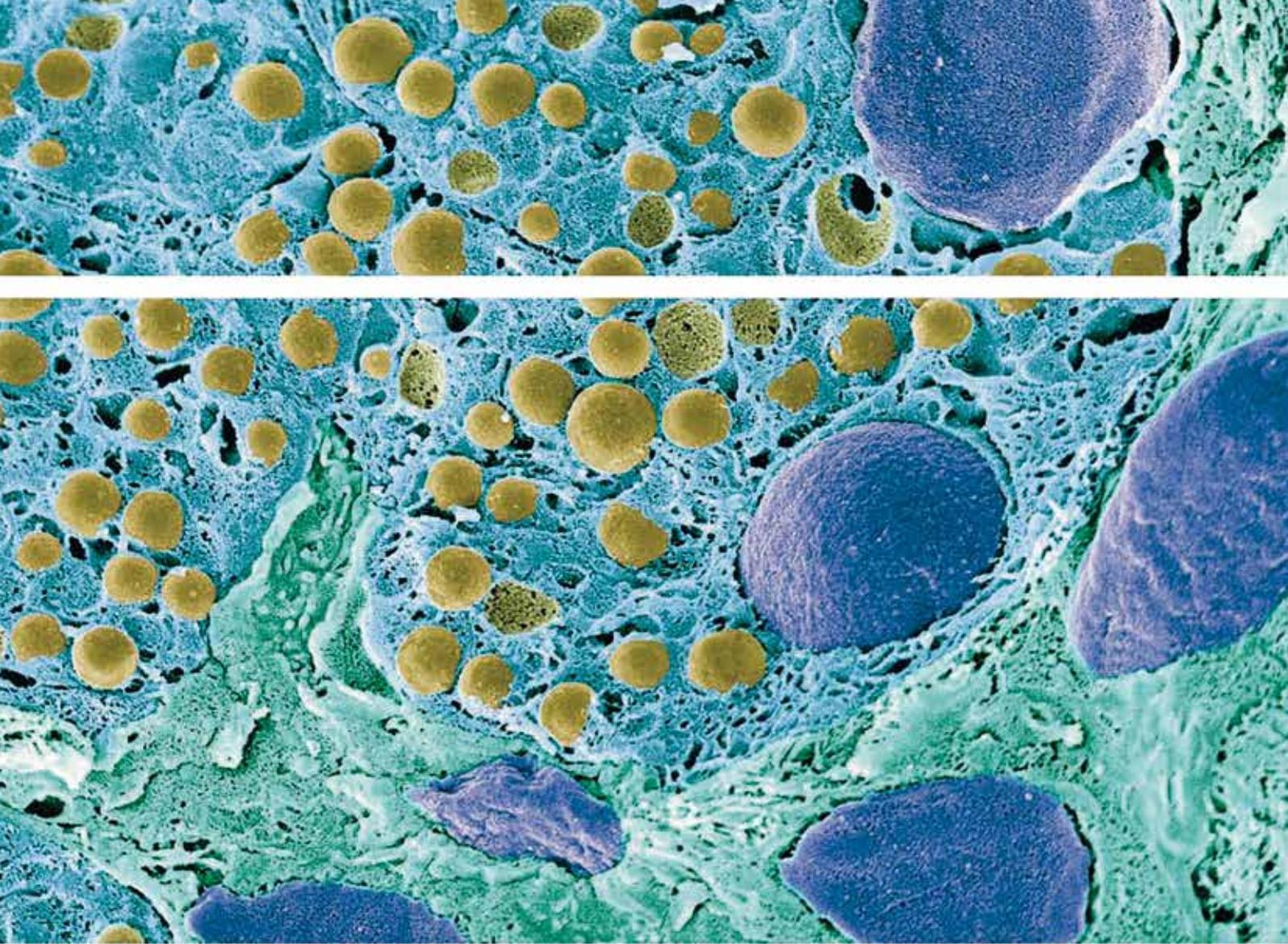
Info: [gavino.macioco@alice.it](mailto:gavino.macioco@alice.it)

Percent Change in Hospital-Acquired Conditions from 2010 to 2013. Adapted from the Agency for Healthcare Research and Quality. UTI denotes urinary tract infection.

**Figura 2** - Percentuale di riduzione delle condizioni acquisite in ospedale. 2010-2013.



<sup>3</sup> Pourat N. et al, In California, Primary Care Continuity Was Associated With Reduced Emergency Department Use And Fewer Hospitalizations, 10.1377/hlthaff.2014.1165 HEALTH AFFAIRS 34, NO. 7 (2015): 1113-1120



## Innovazione per tradizione.

Innoviamo, per tradizione. Da sempre, puntiamo sulla ricerca e lo sviluppo di soluzioni terapeutiche all'avanguardia, capaci di migliorare la qualità della vita. Innoviamo, rimanendo saldamente radicati alla nostra tradizione. Una tradizione fatta di ricerca, ma anche di valori, gli stessi che, da oltre un secolo, guidano le azioni e le decisioni di tutti i dipendenti del nostro Gruppo Johnson & Johnson.

## RICORDO

## Adriano Manetti, cardiologo pediatra

Con gli anni che passano ho preso l'abitudine di leggere anche i necrologi, motivazioni complesse... Quando, come mi è successo il 22 luglio, appare il nome di una persona alla quale siamo stati vicini per tanto tempo, con la quale abbiamo condiviso tante vicende professionali, unite ovviamente a sentimenti di amicizia e stima, la lettura s'interrompe, ci si emoziona e... si ricorda. Adriano Manetti, è indicato nel necrologio dai familiari come cardiologo, ma personalmente vorrei ricordarlo come cardiologo pediatra. È una definizione che mi riporta indietro nel tempo, negli anni '70 quando insieme abbiamo cercato di definire e svolgere i complessi compiti di questa figura professionale, allora resa confusa nel nostro Paese dall'"alone magico" della cardiocirurgia infantile, mentre la cardiologia pediatrica è una disciplina ben definita, con compiti molteplici. Ed è ancora vivo il ricordo di tanto lavoro comune nei decenni successivi, il rapporto continuo con i colleghi pediatri fiorentini, gli studi epidemiologici sulle malformazioni cardiovascolari alla nursery di Careggi, più volte citati, e le ore di tensione nella sala di emodinamica di Careggi dove Adriano, con la sua elegante figura, era anche visivamente, il garante del(la) piccolo(a) paziente...

Ciao Adriano, è stato un bel periodo.

*Alberto Dolara*

## RICORDO

## Paolo Gentilini, uomo di fegato e di cuore



Il 28 Giugno Paolo Gentilini, professore emerito di Medicina Interna dell'Università di Firenze, ci ha lasciato. Con Lui scompare una delle figure più illustri e rappresentative della Medicina italiana su cui ha dato un'impronta destinata a durare a lungo attraverso l'attività dei suoi allievi.

Io ho avuto la grande fortuna di incontrarlo all'inizio degli anni '60 quando ero ancora studente di medicina. Il ricordo di quell'incontro è ancora vivissimo, mi colpì la sua calorosa accoglienza e la sua determinazione. Preparai la tesi di laurea sotto la sua guida e da quel momento iniziò il mio percorso universitario scandito dal suo intelligente e amichevole supporto. Abbiamo trascorso insieme diverse ore a studiare, scrivere, riflettere e programmare. Un lavoro faticoso, interrotto saltuariamente da qualche partita di ping-pong, gioco nel quale lui era bravissimo, e da accese discussioni sui più recenti sviluppi tecnologici della macchine fotografiche. Abbiamo trascorso ore piacevoli ai congressi internazionali, insieme alle nostre famiglie e in compagnia della moglie Maria, deceduta quattro anni fa, donna di straordinaria dolcezza e di grande equilibrio. Una volta che io ho raggiunto l'apice della carriera universitaria, inevitabilmente e gradualmente le nostre strade si sono distinte, ma mai separate.

Paolo, dopo la laurea ed un fruttuoso training in Anatomia Patologica, entra nell'Istituto di Semeiotica Medica dell'Università di Firenze, diretto dall'indimenticabile prof. Ugo Teodori. Il suo interesse scientifico si indirizza subito verso lo studio delle malattie del fegato, raggiungendo rapidamente risultati originali pubblicati sulle riviste scientifiche internazionali più accreditate. Per questa intensa attività di ricerca riceve vari riconoscimenti fra i quali mi piace segnalare la designazione a Professore Onorario della Tufts University di Boston. Ha formato un folto gruppo di ricercatori, alcuni dei quali hanno raggiunto posizioni prestigiose in istituzioni italiane ed estere. Come medico riusciva a coniugare le raffinate competenze specialistiche con il rispetto dei valori, della speranza e delle richieste del malato. Era molto apprezzato dagli studenti per la chiarezza espositiva e per la estrema padronanza dei temi che trattava. All'impegno intellettuale affiancava la passione civile, per cui nel 1991 istituisce la Fondazione per lo Studio del Fegato nell'intento di colmare la disinformazione tra i malati ed i familiari esposti al rischio di scelte improprie o addirittura pericolose.

Tutta questa complessa attività era sostenuta e pervasa da una intensa fede cristiana della quale dava quotidiana testimonianza con gesti e comportamenti coerenti e che non gli impediva di esplorare i sentieri misteriosi della scienza con razionalità e spirito laico. Cattolico di profonda convinzione, si impegnò nell'approfondimento e divulgazione di temi etici attinenti alla professione medica e per vari anni fu Presidente dell'Associazione Medici Cattolici.

Con la convinzione che dobbiamo molto a Paolo Gentilini, io con gli allievi e gli amici esprimiamo la più profonda gratitudine e riconoscenza per tutto quello che ha fatto, in particolare per il servizio che ha reso all'istituzione universitaria, alla comunità scientifica e alla città di Firenze.

*Calogero Surrenti*

**CORSI****MASTER UNIVERSITARIO DI 1° LIVELLO IN RIABILITAZIONE EQUESTRE**

Anni Accademici 2015/2016 - 2016/2017 - VIII Edizione

La Scuola di Scienze della Salute Umana (ex Facoltà di Medicina e Chirurgia), Area Biomedica, Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino dell'Università di Firenze, in collaborazione con Associazione "Lapo" ONLUS organizza per gli Anni Accademici 2015-2017 la VIII edizione del Master Universitario di 1° Livello in Riabilitazione Equestre. **Obiettivi:** fornire la preparazione neurologica, psichiatrica, neuropsicologica, riabilitativa, rieducativa e dell'equitazione necessaria per lo svolgimento della Riabilitazione Equestre (RE) e le competenze teorico-pratiche per l'integrazione multidisciplinare del lavoro in équipe. **Formazione** delle competenze della figura professionale del "Coordinatore Tecnico di Riabilitazione Equestre": impianto, organizzazione, gestione operativa dei Centri di RE, direzione, conduzione, verifica dell'attività di RE.

Durata biennale - 590 ore - CFU 90 - esenzione dall'obbligo acquisizione ECM per il biennio. Posti disponibili 30 - **iscrizione entro il 21/12/2015** - inizio febbraio 2016. **Titoli per l'ammissione:** Laurea triennale e patente FISE B o competenza certificata nelle tre andature.

**Titolo di studio conseguito:** Diploma di "Master di 1° Livello in Riabilitazione Equestre" rilasciato dal Rettore.

**Bando e modulo della domanda:** [www.unifi.it](http://www.unifi.it).

**Per informazioni:** Prof.ssa Anna Pasquinelli: cell. 347.5398994, fax 055.4298432, e-mail: [anna.pasquinelli@unifi.it](mailto:anna.pasquinelli@unifi.it); **Segreteria Master:** tel 055.7944267, fax 055.7946699, e-mail: [master@polobiomedico.unifi.it](mailto:master@polobiomedico.unifi.it); **Associazione "Lapo" ONLUS:** sito web: [www.associazione-lapo.it](http://www.associazione-lapo.it)

**CONVEGNO****SEPARAZIONI E PERDITE TRAUMATICHE**

Percorsi riparativi in psicotraumatologia Firenze **24 ottobre 2015** Hotel Astoria, Firenze.

Il convegno è organizzato dal Centro di Psico Traumatologia Relazionale e si terrà il giorno 24 ottobre 2015 presso l'Hotel Astoria in Via del Giglio 9 a Firenze con orario 8.30-18.30. **9 crediti ECM** per medici, (psicoterapia, psichiatria, neuropsichiatria infantile) e psicologi. 100 posti disponibili. Relatori Silvia Bianchi, Gabriella Giovannozzi, Caterina Grapolini, Roberta Luberti, Maria Silvano Patti, Gloria Soavi e Enrico Zaccagnini. Info: 3487144775; [info@cptfirenze.it](mailto:info@cptfirenze.it); [www.cptfirenze.it](http://www.cptfirenze.it); scheda iscrizione: [http://www.ideasgroup.it/corsi\\_congressi\\_2015/scheda\\_24\\_ott\\_2015.pdf](http://www.ideasgroup.it/corsi_congressi_2015/scheda_24_ott_2015.pdf)

**ORDINE DI FIRENZE****E-mail e PEC:**

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  
segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.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 SEPA Core Direct Debit (ex 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 17,45 alle ore 18,45

**Consulenze e informazioni:**

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

**Newsletter:**

inviare per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

**Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045**  
**Sito Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it)**

Si avvisano i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze che i servizi **ENPAM** e **ONAOSI** sono 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](mailto:informazioni@ordine-medici-firenze.it). Ciò consente una più razionale ed efficace trattazione delle pratiche amministrative ENPAM.



**Spedra<sup>®</sup> 100 mg**

compresse  
avanafil



**Spedra<sup>®</sup> 200 mg**

compresse  
avanafil



Manfredo Fanfani

LA DONNA DI  
PIERO DELLA FRANCESCA  
È BELLA MA NON SORRIDE MAI



La donna, condizionata da pregiudizi culturali,  
conquista con il rinascimento la frontiera della bellezza,  
ma le è ancora preclusa la libertà del sorriso.

---

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

***Articolo all'interno della rivista***

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