



ToscanaMedica

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



La sclerosi multipla: un problema anche di riabilitazione

M.P. Amato, M.A. Battaglia, T. Corona,
L. Massacesi, A. Morelli, L. Roti, M. Ucci

Individuazione e nuove dipendenze nell'adolescente

F. Franchini, G. Cotena

A cosa serve l'Agencia Regionale di Sanità Toscana

F. Cipriani, A. Vannucci

Progetto di ricerca "Dal dentista col sorriso"

M. Calabrò, G. Giugni, A. Giugni,
G. Rombolà Corsini, R.P. Lauro Grotto, A. Barabuffi

N° 9 OTTOBRE 2012

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ Gli Uffici in provincia
F. Napoli 4

EDITORIALE

■ Chi è abusivo? Divagazione sul valore legale della laurea
A. Panti 5

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

■ La sclerosi multipla: un problema anche di riabilitazione
M.P. Amato, M.A. Battaglia, T. Corona, L. Massacesi, A. Morelli, L. Roti, M. Ucci 6

■ Riabilitare o riconquistare abilità?
A. Panti 13

QUALITÀ E PROFESSIONE

■ A cosa serve l' Agenzia Regionale di Sanità Toscana
F. Cipriani e coll. 14

■ Proposta di screening senologico personalizzato di popolazione, in donne di età compresa tra i 40 e i 49 anni
A. Nicolucci 15

■ Lo "screening" mammografico nelle donne giovani
G. Amunni e coll. 18

■ Il rapporto interprofessionale tra le professioni sanitarie
U. Quiriconi 20

■ Individuazione e nuove dipendenze nell'adolescente
F. Franchini e coll. 21

■ La personalizzazione dell'assistenza nel Chronic Care Model
S.E. Giustini e coll. 23

■ Interventi educativo-informativi per gruppi di familiari di pazienti in cura al SEIT
R. Guerrieri e coll. 25

■ La Sindrome di Alienazione Parentale (P.A.S), modello e prototipo di violenza di genere
M.S. Pignotti 28

■ La diminuzione dei rifiuti infetti grazie alla programmazione
V. Ceccherini e coll. 29

■ Concetti di Malnutrizione Ospedaliera
L. Di Bello 31

■ Fitoterapia: un discutibile ritorno al passato
L. Zilletti e coll. 32

■ Notizie di Salute Pubblica
L. Tonelli 34

■ I medici tra frugalità e giustizialismo
Antonio Panti 45

■ L'estetica del cibo: alimentazione e colori in età evolutiva
S. Pisano 46

LETTERE AL DIRETTORE

■ Un programma alcologico territoriale
M. Lupi 36

■ Considerazioni sul rapporto medico-paziente
Aldo Fusi 48

REGIONE TOSCANA

■ Qualità, Equità e Sicurezza nelle residenze sanitarie per anziani
F. Collini e coll. 37

■ Ticket al pronto soccorso 40

■ Ticket sulle ricette dei farmaci 41

■ Ticket sulla specialistica ambulatoriale 42

■ Oltre il carcere-manicomio
F. Scarpa e coll. 43

■ Consiglio Sanitario Regionale
Parere 29/2012 - Parere 32/2012 44

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

■ Piazza della Indipendenza a Firenze
M. Fanfani 49

RICERCA E CLINICA

■ La promozione dell'attività fisica per la prevenzione e la cura delle malattie croniche
G. Vannucchi e coll. 53

■ Ipoitaminosidi D
S. Seminara e coll. 56

■ Day Service e patologia dell'endometrio
M. Franchini e coll. 60

■ Le cardiopatie rare
A. Dolara 62

■ Progetto di ricerca "Dal dentista col sorriso"
M. Calabrò e coll. 65

■ Ampia fistola tra circolo coronarico, arteria polmonare e cavità atriali
M. Capezzuoli e coll. 67

MEDICINA LEGALE

■ Il certificato medico
L. Malavolti 69

SANITÀ NEL MONDO

■ Brasile. A tutta forza
G. Maciocco 70

FRAMMENTI DI STORIA

■ Le basi anatomiche del cinema muto
F. Romeo 72

LETI PER VOI

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani 74

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi 76

BACHECA 45

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI 19/68/69



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXX n. 9 - Ottobre 2012
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
Piero della Francesca, Battaglia di Eraclio e Cosroe - Arezzo, Chiesa di San Francesco, Cappella Bacci

Direttore Responsabile
Antonio Panti
Redattore capo
Bruno Rimoldi
Redattore
Simone Pancani
Segretaria di redazione
Antonella Barresi
Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
<http://www.ordine-medici-firenze.it>
e-mail: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it

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

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

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Gli Uffizi in provincia

Gli Uffizi fuori dagli Uffizi sono una rimarchevole intuizione culturale/espositiva giunta ormai alla sua VIII edizione e focalizzata di volta in volta in zone diverse della Toscana (Chianti o Val d'Elza, tra le altre).

Vengono così esposte opere già presenti nei depositi della Soprintendenza, ma riportate nei luoghi d'origine, cioè laddove esse furono pensate, in tal modo sottolineando i collegamenti esistenti in passato fra il centro principale dell'area (Firenze) ed il suo comprensorio culturale, fra il luogo nei secoli promotore di novità e la sua area di influenza.

Nasce così *Rinascimento in terra di Arezzo*, mostra diffusa lungo la Val di Chiana coinvolgente i centri di Cortona, Lucignano, Castiglion Fiorentino e naturalmente Arezzo, foriera di occasioni espositive eccezionali come nel caso della *Incoronazione della Vergine* di Filippo Lippi proveniente dai Musei Vaticani e momentaneamente presso il Museo Nazionale d'arte medioevale e moderna del capoluogo.

Ma Lippi risulta essere una presenza fiorentina che riverbera sul territorio aretino la novità del Rinascimento, trovandovi però tre artisti in parte locali quali Piero della Francesca, Beato Angelico, Luca Signorelli, senza dimenticare l'altro fiorentino Bartolomeo della Gatta già allievo dello stesso Piero.

Si diffonde così alla fine del Quattrocento e nell'intera area geografica il verbo dell'arte nuova, cui si aggiungono senz'altro la rilevante figura di Andrea Contucci detto il Sansovino e la presenza della bottega dei della Robbia, indicando localmente una lunga storia d'arte e di mutamento sociale.

La mostra coinvolge le strutture museali locali (quali il Museo Diocesano e il MAEC di Cortona, il Museo della Pieve di Santo Stefano a Castiglion Fiorentino, il Museo comunale a Lucignano e l'aretino Museo Diocesano di arte sacra) e contribuisce a confermare la realtà espositiva del territorio, ma anche sottolinea la diffusione sul territorio stesso della struttura museo; non dimentica però anche altre realtà quali la Fraternita dei Laici di Arezzo o la Collegiata a Castiglion Fiorentino.

Il trittico di protagonisti presso il Museo Diocesano di Cortona (Angelico, Signorelli, Bartolomeo della Gatta), la qualificata presenza di Piero (chiesa di San Francesco e Duomo) e la chiarificatrice riflessione sulla terracotta quattrocentesca proposta presso il Museo Diocesano d'arte sacra di Arezzo, sono alcuni tra i momenti espositivi più intensi offerti dalla iniziativa.

Accanto a questo, non mancano preziose valorizzazioni di realtà locali: su tutte, citiamo nell'ellittico

borgo di Lucignano presso il piccolo Museo comunale ospitato nei locali dell'ex Palazzo Pretorio la presenza del celebrato *Albero d'oro o della Vita o degli Sposi*, pregevole opera di scultura e oreficeria realizzato da maestranze diverse tra il 1350 e il 1471, accostabile in Toscana per la sua complessità realizzativa a pochi altri manufatti quali

i paliotti d'altare di San Giovanni Battista (OPA, Firenze) e San Giacomo

Maggiore (Duomo, Pistoia).

Di conseguenza, attraverso *Rinascimento in terra di Arezzo* (frutto di una sinergia che vede all'origine tra gli altri la Regione Toscana, gli Uffizi, l'Ente Cassa di Risparmio) è possibile anche scoprire la bellezza della Val di Chiana e dei suoi borghi, spaziando nei secoli e nei generi, dalla Pinacoteca d'arte contemporanea di Civitella, alla presenza del Vasari a Foiano, dal Santuario di Santa Maria delle Vertighe a Monte San Savino (protettrice della Autostrada del Sole) a Marciano, fino ai panorami dal castello di Garganza.

Rinascimento in terra di Arezzo

Arezzo, Cortona, Castiglion Fiorentino, Lucignano (sedi diverse) fino al 18 novembre 2012



Piero della Francesca, *La Maddalena*, Arezzo, Duomo



Chi è abusivo? Divagazione sul valore legale della laurea

ANTONIO PANTI

L'incontenibile evoluzione della tecnologia e le trasformazioni organizzative della medicina costringono i professionisti, medici e non, a modificare continuamente competenze e modo di lavorare. Si rimpiange il vecchio condotto, capace di trascorrere ore al capezzale del morente. Ma il condotto eseguiva una visita al giorno, non dieci come il suo erede, il medico di famiglia, che inoltre ha l'ambulatorio stracolmo di pazienti con cento diverse richieste. La professionalità è la stessa ma il modo di operare muta radicalmente. I valori sono identici, la prassi professionale completamente diversa.

I professionisti debbono affrontare quotidianamente problemi sempre più complessi. Viviamo la civiltà dei saperi: "chi sa, sa, e chi non sa suo danno" recita un antico cartiglio, oggi più che mai vero; ognuno deve imparare continuamente e chi non si tiene al passo è "out". Ciò vale per medici, infermieri e chiunque operi nella sanità. Però i problemi non mancano. In ospedale o nella medicina di iniziativa tutti sanno ciò che deve fare l'infermiere. Però il magistrato giudica ancora secondo il principio che solo il medico decide, gli altri svolgono mansioni ausiliarie, il che non è vero neppure sul piano legislativo, ma i giudici non sono convinti. Gli infermieri svolgono un ruolo importante, accettato e divenuto prassi corrente, ma ancora persistono preoccupazioni e qualcuno sostiene che si deve cambiare la legge e definire una volta per tutte l'atto medico.

Finora le organizzazioni mediche non si sono espresse in modo univoco sulla questione infermieristica. Ovunque si affidano agli infermieri compiti complessi nel rispetto delle loro cognizioni di base, di fatto sotto la responsabilità, spesso solo formale, del medico. Occorre chiarire che il medico è responsabile della diagnosi e del percorso assistenziale del paziente nonché del budget. Invece il *team leader* può essere un infermiere. La direzione aziendale è responsabile dell'organizzazione, pertanto non si pongono questioni, che qualcuno suppone, di abusivismo. L'azienda può anche assegnare compiti a un incompetente (capita!) ma è comunque garante della qualità delle prestazioni rese al cittadino, al di là delle responsabilità giuridiche individuali.

Tuttavia come dipanare il "chi fa che cosa" tra laureati ex ISEF, fisioterapisti, fisiatristi, specialisti d'organo, medici dello sport? Di nuovo poniamo una domanda utilitaristica. Conviene trovare soluzioni caso per caso all'interno del servizio o mo-

dificare la legge e definire l'atto medico distinto da quello infermieristico? I profili tentano una limitazione, quindi una definizione, delle competenze dei professionisti sanitari, ma nessuno ha mai stabilito confini se non deontologici all'agire del medico. A parte il paradosso per cui un'iniezione intramuscolare praticata da un medico potrebbe rilevarsi quale esercizio abusivo della professione infermieristica, creare, sia pur per difetto, settori "protetti" dalla legge significherebbe evocare competenze concorrenti (allora perché utilizzare quella di maggior costo, cioè quella medica? A quale amministratore sarebbe consentito?).

Per inciso propongo una mia definizione: atto medico è qualsiasi azione attivata dal medico nell'interesse del paziente e/o delle collettività nell'ambito delle norme deontologiche.

Rileggiamo allora la filosofia del *See and Treat*. L'enorme quantità di prestazioni connesse con la moderna medicina esigono competenze sempre aggiornate. In relazione alla base cognitiva di ciascun professionista le competenze ulteriori che si rendano necessarie per il buon andamento del servizio e per rispondere al meglio ai bisogni dei cittadini, possono essere insegnate nel servizio stesso, mediante corsi professionalizzanti che rilasciano un attestato valido solo in quell'ambito e fino al refreshing. Si evitano così professionalizzazioni esterne al servizio (master ecc.) di solito inadeguate e portatrici di priorità giuridiche inadatte al mondo moderno e si evita di trasformare la laurea magistrale (quinquennale) in un titolo che ingessa il servizio ancor più che le specializzazioni mediche.

L'organizzazione deciderà i ruoli secondo criteri professionali stabiliti da commissioni indipendenti (in Toscana il Consiglio Sanitario Regionale). L'atto medico (o atto del medico?) vede zone protette solo nella diagnosi e nella responsabilità del percorso di cura del paziente. I giudici capiranno che l'epoca degli "ausiliari" è finita. Un tempo esistevano soltanto il capomastro e i manovali, oggi vi è l'ingegnere di progetto, quelli delle varie componentistiche, i geometri, i capomastri e i manovali. Così è nella medicina. Tutto è più complesso, più difficile, più interessante. Il mondo si muove e non aspetta ritardatari.

Viviamo, è vero, nella civiltà dei saperi. Allora una domanda impertinente: qualcuno sa fare qualcosa, la fa assai bene, ma non possiede il titolo giusto; un altro è del tutto incapace ma lavora lo stesso perché il titolo lo ha. Chi dei due è più abusivo?

TM



La sclerosi multipla: un problema anche di riabilitazione

TOSCANA MEDICA – Dal punto di vista epidemiologico, quale è l'impatto socio-economico della Sclerosi Multipla (SM)?

AMATO – La Sclerosi Multipla rappresenta ad oggi la malattia invalidante di maggior peso nel giovane adulto e segue come frequenza in questa classe i traumi cranici e la traumatologia da sinistri stradali. Colpisce per lo più nella fascia di età tra i 20 ed i 40 anni con una netta prevalenza nel sesso femminile. Ha una evoluzione tendenzialmente cronica con una durata media dall'esordio di circa 40 anni ed un forte potenziale invalidante tanto che l'OMS considera l'impatto sociale ad essa legato addirittura maggiore rispetto a quello di malattia a maggiore prevalenza come il morbo di Alzheimer o l'ictus cerebrale.

L'Italia è considerata un Paese ad alto rischio per questa malattia con una prevalenza di circa 100 casi ed un'incidenza di 2 nuovi casi ogni 100.000 abitanti per anno.

In Toscana si stimano circa 3.700 malati di Sclerosi Multipla con 180 nuove diagnosi ogni anno.

I dati più recenti legati ai costi di questa malattia parlano di circa 39.000 Euro annui per paziente, in crescita esponenziale a seconda dell'evoluzione della progressiva invalidità.

A questo proposito ricordo che la maggior parte dei costi diretti (circa il 40%) è rappresentata dall'assistenza fornita ai malati dai propri familiari che li impegna quotidianamente per una media di 8 ore con punte di 11 nei casi di disabilità più grave.

La spesa legata ai farmaci è tutto sommato relativamente contenuta ed incide per il 12% del totale, mentre molto elevati sono i costi indiretti connessi alla perdita di produttività in classi di soggetti ancora giovani e lavorativamente attivi.

La considerazione che i costi della Sclerosi Multipla aumentano in proporzione con la sua progressione clinica porta ovviamente l'attenzione sulla necessità di un intervento terapeutico il più precoce possibile.

TOSCANA MEDICA – A livello sia di medicina generale che di intervento specialistico quali sono i criteri diagnostici della Sclerosi Multipla?

UCCI – La diagnosi precoce della Sclerosi Multipla, seppure di fondamentale importanza, in molti casi

può essere di difficile raggiungimento visto la variabilità e la scarsa specificità dei sintomi all'esordio. Nella mia esperienza, ad esempio, in due o tre casi il sospetto diagnostico, poi purtroppo confermato, è stato posto in seguito all'insorgenza di una diplopia acuta.

MASSACESI – Trattandosi di una malattia che può interessare qualsiasi parte del Sistema Nervoso Centrale, è ovvio che la sintomatologia di esordio può essere quanto mai multiforme e non sempre chiara. Oltre alla giovane età del paziente, soprattutto se donna, un criterio diagnostico universalmente accettato e che deve mettere in allarme il medico di fronte ad una qualsiasi sintomatologia neurologica focale ad esordio subacuto è rappresentato dalla sua persistenza nel tempo, il sintomo cioè deve durare almeno 48 ore e poter regredire spontaneamente.

In questi casi l'invio allo specialista deve essere la norma ed in questo senso devo dire che, almeno in Toscana la sinergia tra medici di medicina generale e neurologi è ormai ben consolidata ed efficace. Con l'arrivo del paziente allo specialista inizia l'iter diagnostico, di regola con l'esecuzione di una RMN dell'encefalo che a seconda dell'esperienza dei vari Centri può essere o meno integrata dalla rachicentesi per la ricerca di eventuali segni di infiammazione anche a livello liquorale. Su quest'ultimo aspetto la comunità scientifica non appare concorde sul momento ottimale di esecuzione in quanto in fasi molto precoci di malattia l'esame del liquor può ancora risultare normale, cosa che invece non avviene in situazioni di più lunga durata o in casi che si presentano con alto carico lesionale. Tra l'altro la rachicentesi di regola viene percepita dai pazienti in maniera negativa e per questo noi cerchiamo di proporla solo quando strettamente necessario.

AMATO – Ad oggi la latenza tra l'esordio clinico e la formulazione di una diagnosi corretta è di circa 6 mesi, contro i 5 anni che servivano negli anni Ottanta del secolo scorso. È ovvio che un simile lasso di tempo presuppone in primo luogo una grande sensibilità dei medici di base ed un'altrettanto partecipata attività dello specialista che, almeno secondo le esperienze europee, ancora oggi continua a prediligere la rachicentesi a scopo diagnostico specifico e di diagnosi differenziale. Concludo ricordando che un altro stru-

MARIA PIA AMATO¹, MARIO ALBERTO BATTAGLIA²,
TIBERIO CORONA³, LUCA MASSACESI⁴,
ALDO MORELLI⁵, LORENZO ROTI⁶, MAURO UCCI⁷

¹ Professore Associato di Neurologia, Università degli Studi di Firenze

² Professore Ordinario di Igiene, Università degli Studi di Siena. Presidente della Fondazione Italiana Sclerosi Multipla

³ Direttore del Servizio di Farmacologia della ASL di Pisa

⁴ Ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Firenze, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'AOU "Careggi", Firenze

⁵ Dirigente del Dipartimento di Riabilitazione e Medicina Fisica della ASL di Firenze

⁶ Direttore dell'Area Staff della ASL di Prato

⁷ Medico di medicina generale a Firenze, vicepresidente nazionale della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

PARTECIPANO



Maria Pia Amato



Mario Alberto Battaglia



Tiberio Corona



Luca Massacesi



Aldo Morelli



Lorenzo Roti



Mauro Ucci

mento diagnostico importante è rappresentato dalla valutazione dei potenziali evocati, soprattutto di quelli visivi.

MASSACESI – Ancora oggi, anche se sempre più raramente, la diagnosi differenziale può essere davvero difficile perché patologie simili come la Neuromielite Ottica possono venire erroneamente interpretate come Sclerosi Multipla.

Inoltre il decorso clinico della Sclerosi Multipla, specialmente nelle sue fasi iniziali è estremamente variabile e questo crea difficoltà di scelta del momento ottimale di inizio della terapia specifica, generando una variabilità assai marcata fra Centri differenti che spesso anche in casi analoghi optano per tempi di inizio della terapia assai discordanti tra di loro.

Esiste comunque un atteggiamento oggi ampiamente condiviso che una terapia capace di modifica-

re il decorso della Sclerosi Multipla deve essere cominciata almeno dopo il secondo attacco della malattia. Il trattamento precoce ha permesso di ridurre in maniera rilevante il numero di soggetti che successivamente hanno sviluppato invalidità neurologica grave.

Nei pazienti nei quali invece una terapia efficace non è stata iniziata nei primi tempi dopo la diagnosi, la storia naturale della malattia dopo alcuni anni tende a progredire inesorabilmente verso la disabilità grave, raggiungendo un punto oltre il quale nessuna cura riesce a modificarne l'evoluzione.

A questa osservazione si lega anche il dibattito tuttora aperto relativo alla patogenesi dell'invalidità: è probabile infatti che, con il passare del tempo, alla componente infiammatoria della Sclerosi Multipla finisca per associarsi o addirittura sostituirsi una componente degenerativa, con conseguente necessità, di modificare le scelte terapeutiche.

In conclusione di fondamentale importanza appare la necessità di arrivare quanto prima alla diagnosi corretta e affidare il paziente a strutture in grado di farsene globalmente carico.

ROTI – In tema di diagnosi precoce, nella nostra Regione abbiamo fatto dei notevoli progressi, soprattutto con la delibera del 2004 che istituiva un percorso assistenziale specifico per la Sclerosi Multipla. In Toscana, oltre ovviamente ai Centri di riferimento ad alta specialità, le Aziende sanitarie sono state invitate ad individuare dei professionisti in grado di gestire al meglio il sospetto diagnostico e l'eventuale approccio terapeutico.

TOSCANA MEDICA – *Quale è il moderno approccio eziopatogenetico alla Sclerosi Multipla?*

MASSACESI – Oggi dell'eziopatogenesi della Sclerosi Multipla siamo arrivati a sapere molto. Nelle prime fasi siamo di fronte ad infiammazione su base autoimmune che, in individui geneticamente predisposti, è legata all'attivazione in periferia di alcuni cloni cellulari linfocitari reattivi a bassa affinità verso antigeni del SNC. Quando il potenziale autoaggressivo di tali cloni viene slatentizzato, probabilmente da fattori ambientali essi tendono ad aggredire le strutture del SNC. Ad oggi ancora tuttavia non siamo riusciti ad identificare l'antigene/i bersaglio di questa risposta autoimmune, e solo in parte quali sono i fattori ambientali attivanti.

Oggi quindi si tende a riconsiderare il concetto di Sclerosi Multipla come malattia, pensandola piuttosto come una sindrome a patogenesi immunologica eterogenea in cui talvolta prevale la risposta autoimmune verso non identificati antigeni del SNC e talvolta, soprattutto nelle forme cosiddette primariamente progressive, probabilmente prevale l'aggressione verso le strutture assonali e non verso il loro rivestimento mielinico.

Questo ultimo dato potrebbe essere confermato dal fatto che la disabilità definitiva è effettivamente legata al danno causato all'assone piuttosto che alla mielina e che quest'ultima almeno nei pazienti più giovani può presentare un certo grado di rigenerazione spontanea.

Modernamente quindi la Sclerosi Multipla viene inquadrata non più come una condizione genericamente infiammatoria/demielinizzante quanto più precisamente come una malattia infiammatoria/degenerativa ed assonopatico/demielinizzante.

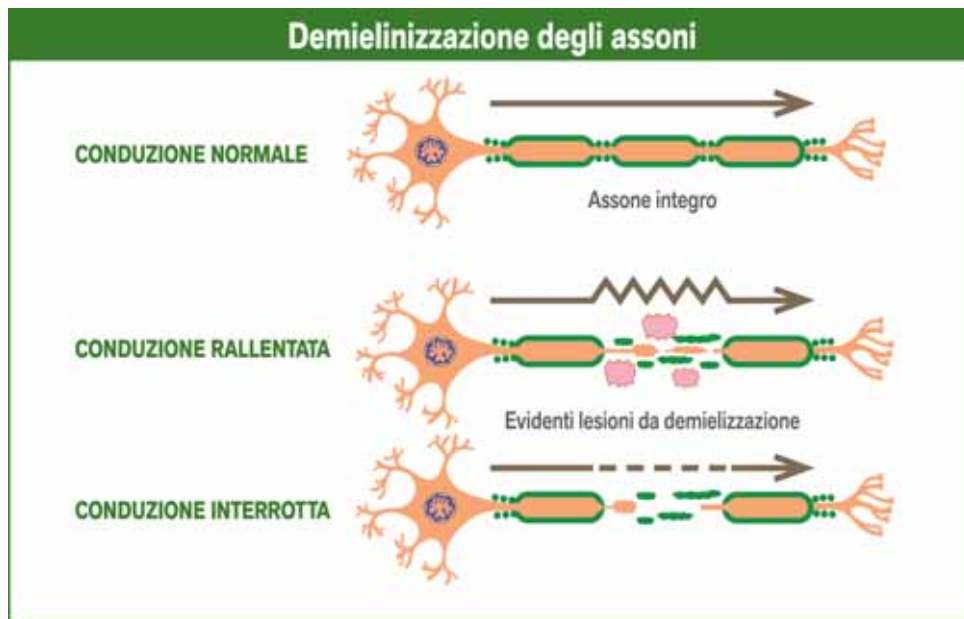
TOSCANA MEDICA – *Parliamo adesso della progressiva disabilità che può arrivare a condizionare pesantemente la vita degli ammalati. Prendendo come paradigma i disturbi della mobilità, è possibile fare una stadiazione della malattia? Ed ancora, quali sono gli aspetti più rilevanti nel determinismo dell'invalidità dei soggetti con Sclerosi Multipla rispetto ai pazienti affetti da altre condizioni neurologiche?*

MORELLI – Nonostante l'approccio diagnostico alla Sclerosi Multipla sia notevolmente migliorato in questi ultimi anni, la situazione dal punto di vista fisiologico, riabilitativo e fisioterapico è rimasta immutata, senza nessuna novità di rilievo nelle tecniche impiegate, rimaste sostanzialmente sempre le stesse. In questi ultimi anni sembrano esservi risultati positivi dall'applicazione di tecnologie robotiche. Tali risultati però ancora oggi sono carenti di lavori scientificamen-

te evidenziati (EBM) ed inoltre tali tecnologie non rientrano nelle prestazioni erogate dal nostro SSN.

Fatto comunque salvo il concetto che possiamo disporre di tecniche riabilitative sia attive che passive e che possiamo inquadrare i pazienti secondo apposite scale come ad esempio la "Expanded Disability Status Scale" (EDSS), quello che credo sia molto importante sottolineare, parlando più da medico che da riabilitatore, è la nostra incapacità di prendersi realmente in carico i problemi complessivi di questi malati.

Quando i pazienti con Sclerosi Multipla arrivano ad avere bisogno dell'intervento riabilitativo è necessaria una strettissima collaborazione con i Centri di riferimento in quanto a mio parere l'intervento riabilitativo non deve essere caricato agli occhi dei malati e dei loro familiari di eccessive aspettative e, soprattutto, deve essere adeguatamente dosato e somministrato al pari di qualsiasi altro atto terapeutico.



Rielaborato da MayoClinic.com Health Library, 2012

Principali sintomi della sclerosi multipla

The infographic lists the following symptoms, categorized by system:

- SISTEMA NERVOSO CENTRALE:**
 - Affaticabilità
 - Disfunzioni cognitive
 - Depressione
 - Labilità emotiva
- DISTURBI VISIVI:**
 - Nistagmo
 - Neurite ottica
 - Diplopia
- LINGUAGGIO:**
 - Disartria
- DISTURBI MUSCOLO SCHELETRICI:**
 - Perdita di forza
 - Spasticità

Fonti: AISM, 2012; Canal et al.

BATTAGLIA – Vorrei aggiungere che il problema della mobilità è sicuramente uno degli aspetti più evidenti e dei sintomi più invalidanti sui quali cercare di intervenire con la riabilitazione il più precocemente possibile ma, tra i sintomi più frequenti e parimenti invalidanti nella gestione della vita quotidiana, c'è la fatica che viene spesso sottovalutata nel senso che non viene dato a questo sintomo il peso che effettivamente ha. Aggiungerei che, anzi, si tratta di un sintomo che viene spesso attribuito ad una scarsa energia propria della persona o ad una latente depressione. Simili interpretazioni sono spesso alla base di una errata valutazione medico-legale e di un conseguente, gravissimo, mancato riconoscimento di una oggettiva disabilità. A questo si aggiungano gli effetti collaterali dei farmaci e il quadro della situazione che la persona con Sclerosi Multipla si trova a dover affrontare nel suo vivere quotidiano è quasi completo.

TOSCANA MEDICA – Nella complessa gestione dei malati con Sclerosi Multipla è quindi necessario un percorso diagnostico-assistenziale che necessariamente deve vedere coinvolte insieme a loro molteplici professionalità, i familiari e le associazioni di volontariato. In questo scenario potrebbe essere necessaria la figura di un "case manager" e quale è la situazione della nostra Regione?

ROTI – Il presupposto alla base del buon funzionamento del percorso diagnostico-assistenziale per i malati di Sclerosi Multipla prevede che in ogni Centro specialistico siano disponibili tutte le figure necessarie alla loro presa in carico condivisa, dal momento successivo alla corretta individuazione della malattia.

Oggettivamente questa situazione appare più facilmente gestibile a livello di strutture di non eccessiva grandezza, risultando più complessa ed articolata in realtà quali le grosse Aziende sanitarie della Regione.

In linea di massima il punto di riferimento sono le Neurologie ospedaliere, che si prendono essenzialmente carico dell'acuzie e delle riacutizzazioni e mol-

ta attenzione viene riservata al territorio a livello del quale deve essere invece gestita sia la vera e propria cronicità che il follow up dei pazienti più giovani che magari, dopo la diagnosi, tendono nel tempo a non rivolgersi più ai servizi territoriali.

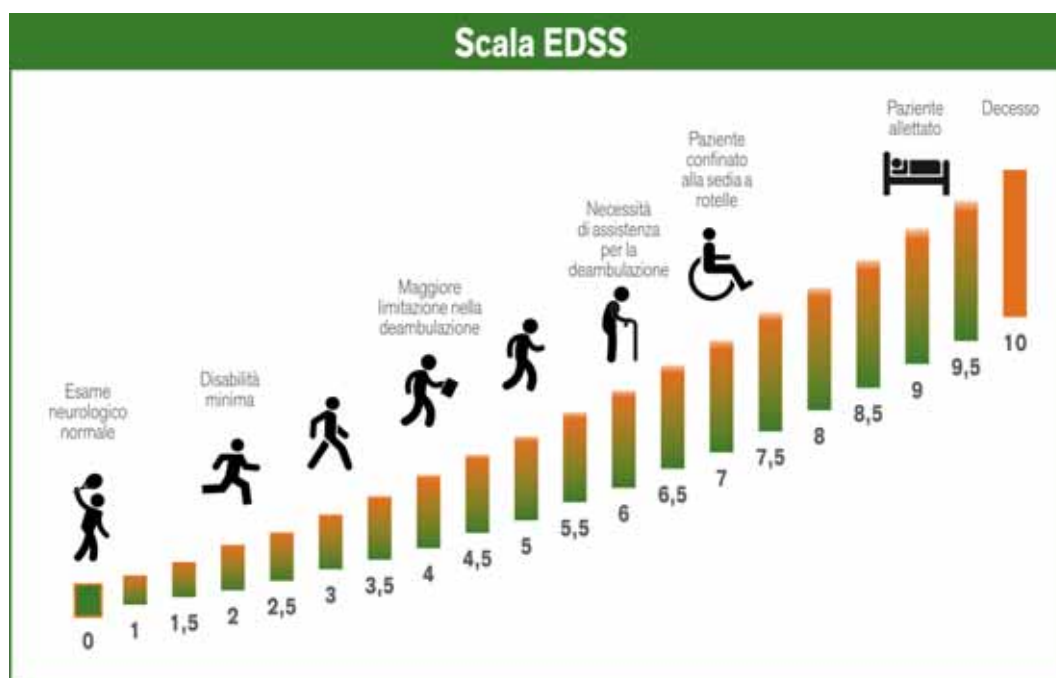
Per quanto riguarda la figura del "case manager", devo riconoscere che le nostre pregresse esperienze in altri campi della cronicità non hanno mai dato risultati veramente soddisfacenti e per questo anche nel caso della Sclerosi Multipla potrebbe essere necessario identificare altre professionalità oltre a quelle tradizionalmente già presenti del medico di famiglia e dello specialista neurologo o fisiatra.

BATTAGLIA – A questo proposito è molto importante sottolineare che, sebbene sarebbe effettivamente preferibile disporre in un unico centro di tutte le figure professionali necessarie alla presa in carico del paziente, questo non rappresenta in realtà una *condicio sine qua non* per la corretta assistenza. È molto importante invece, in ottica di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, garantire l'integrazione ospedale-territorio, individuando i nodi della rete e i loro effettivi collegamenti.

Per quanto riguarda invece l'utilizzo della figura del "case manager" sono d'accordo nel sostenere che, anche se in molti casi il suo intervento risulta importante, nel caso della Sclerosi Multipla sarebbe più efficace l'utilizzo di una figura diversa a seconda della gravità della malattia e legata soprattutto allo specifico caso.

TOSCANA MEDICA – Quale è allora il pensiero dei medici di famiglia e dei fisiatristi?

UCCI – Uno dei problemi più grandi che ci troveremo ad affrontare nei prossimi anni sarà proprio quello della cronicità e certamente finiremo per esserne travolti se non riusciremo a cambiare in tempo lo stato attuale delle cose. Oggi infatti la filiera degli interventi necessari alla migliore gestione possibile dello stato di cronicità appare troppo lunga e farraginosa



Rielaborato da Kurtzke, 1983

a tutto discapito del paziente e, in fondo, della stessa organizzazione dell'intero sistema.

MORELLI – Anche se nella nostra Regione la situazione è certamente migliore di quella di tante altre realtà, molte cose necessitano ancora di essere correttamente strutturate. Nella mia esperienza infatti mi trovo spesso a cercare di risolvere problemi legati all'approccio medico integrati ad un approccio sociale.

Un altro aspetto da evidenziare è la ricerca della condivisione strutturale con i colleghi dei Centri di riferimento. Questo per evitare, come purtroppo a volte accade, che qualche paziente veda peggiorare drammaticamente la propria situazione clinica dopo la fisioterapia.

L'introduzione di un "case manager" potrebbe davvero rappresentare il momento di unione tra tutte le professionalità impegnate nel tempo nell'assistenza ai malati con Sclerosi Multipla.

In particolare nel settore di mia competenza l'esperienza è quella che maggiormente serve nella pratica clinica quotidiana, al di là delle poche evidenze scientifiche che ancora oggi riguardano il campo della Riabilitazione. Per questo, a parità di malattia, programmare un percorso assistenziale in una grande ASL è completamente diverso dal farlo in una realtà, magari limitrofa, ma molto più piccola.

MASSACESI – Effettivamente è vero che ad oggi non disponiamo di evidenze inoppugnabili sull'efficacia della riabilitazione e che attualmente si tende ad affidare al riabilitatore il paziente ormai sostanzialmente stabilizzato, anche se l'esperienza di altre condizioni neurologiche come lo stroke sembrano sostenere l'importanza di una riabilitazione intrapresa in tempi più brevi dall'evento. Dal punto di vista patogenetico tuttavia lo stroke è un evento acuto, che di regola si instaura in un paziente ancora non invalido, al contrario della situazione infiammatoria alla base delle prime fasi dopo una ricaduta da Sclerosi Multipla, in cui il malato, già provato talvolta da anni di malattia è facilmente affaticabile, quindi tende a non impegnarsi nella riabilitazione.

Non dimentichiamo inoltre che il tessuto nervoso non possiede capacità rigenerative e di fronte ad un

danno di una certa gravità, la disabilità conseguente è irreversibile. La remissione della sintomatologia dopo la fase acuta è legata al superamento dello stato infiammatorio, mentre il recupero più lento durante i mesi successivi, assai evidente nei soggetti più giovani, si correla a un vero e proprio processo di remielinizzazione delle fibre nervose e successivamente anche con fenomeni di plasticità neuronale.

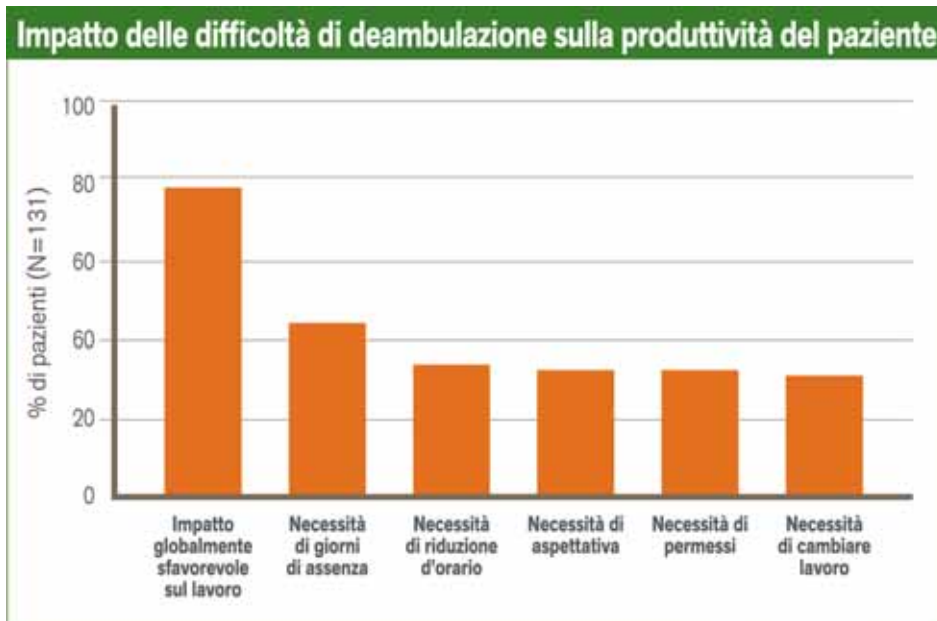
In questa fase è ipotizzabile che l'intervento riabilitativo possa davvero essere utile, anche se purtroppo spesso l'interfaccia tra il neurologo, il riabilitatore ed il territorio appare ancora oggi frammentaria e poco efficace. In buona sostanza un conto è la riabilitazione di un paziente fratturato di femore ed un altro quella di una persona con Sclerosi Multipla anche se giovane!

MORELLI – I professionisti della riabilitazione si trovano in pratica a gestire due tipi di interventi riabilitativi nel campo della Sclerosi Multipla, quello della fase acuta e quello, ben più complesso ed articolato, della cronicità con tutto quello che ne consegue anche e soprattutto in termini di organizzazione del servizio e di soddisfazione delle aspettative dei malati.

AMATO – Il messaggio che a mio parere deve assolutamente essere sottolineato è che parlando di Sclerosi Multipla la riabilitazione rappresenta un elemento di fondamentale importanza in tutte le fasi di malattia.

Studi assai suggestivi di Risonanza Magnetica funzionale hanno infatti descritto una vera e propria attività di plasticità cerebrale, con conseguente capacità di compenso e recupero, sulla quale l'intervento riabilitativo potrebbe avere influenza positiva, finendo per produrre dei cambiamenti significativi nel pattern di attivazione corticale.

La Sclerosi Multipla, è bene ricordarlo, presenta una enorme variabilità clinica e nessun paziente è uguale ad un altro, al contrario di quanto avviene, ad esempio, in soggetti con ictus cerebrale o lesioni midollari che in qualche modo presentano un quadro clinico abbastanza prevedibile e riproducibile. Il malato di Sclerosi Multipla appare, per così dire, "dinamico" nella sua evoluzione clinica, condizionando in questo modo la variabilità degli interventi terapeutici, com-



Fonte: Kesslerling, 2010

presi quelli riabilitativi, a seconda della situazione intercorrente.

In questo scenario è facilmente comprensibile la perplessità del collega fisiatra che si trova da un lato ad intervenire su soggetti in fase acuta oppure con malattia recidivante e remittente, ancora non gravemente disabili e per il momento “agganciati” al Centro di riferimento, dall’altro a gestire malati ormai stabilizzati, con disabilità per lo più grave, spesso non più in contatto con lo specialista neurologo ed affidati ai servizi territoriali ed alla medicina generale. Anche in questo caso l’integrazione migliore tra ospedale e territorio deve essere assolutamente cercata e messa in pratica.

MASSACESI – Non dimentichiamo inoltre che, se presente, l’invalidità dei malati di Sclerosi Multipla tende a peggiorare con il passare degli anni ed in età avanzata il danno neurologico della malattia si associa all’inevitabile, fisiologico declino delle capacità motorie e cognitive, con tutte le immaginabili conseguenze terapeutiche ed assistenziali

BATTAGLIA – L’importanza della riabilitazione nei soggetti con Sclerosi Multipla è stata evidenziata fin dagli Anni Ottanta del secolo scorso in studi controllati inglesi ed italiani e lo stesso facevano già le linee guida della Riabilitazione del 1998, sottolineando la necessità di stabilire un piano di intervento adattato di volta in volta alla progressione della malattia. Il raggiungimento di un piano riabilitativo individuale basato sugli obiettivi rappresenta ancora oggi uno degli impegni a livello nazionale della Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM).

Nella complessità della malattia la riabilitazione rappresenta un momento centrale che deve a vario titolo coinvolgere tutte le professionalità impegnate nella cura di questi malati, sottolineando il fatto che si tratta di interventi per così dire “trasversali” che finiscono per interessare tutti gli aspetti clinici della situazione.

Accanto agli aspetti forse di più immediata comprensione quali la riabilitazione neuromuscolare e

motoria, si associano infatti, ad esempio, gli interventi riabilitativi di carattere cognitivo e psicologico oppure quelli per la rieducazione del piano perineale o dell’attività minzionale. In queste ultime situazioni, soprattutto nelle fasi iniziali di malattia, la riabilitazione può essere in grado di modificare in maniera significativa il quadro clinico senza necessità di terapie farmacologiche con evidenti benefici lavorativi e sociali per la qualità di vita dei malati.

La terapia della Sclerosi Multipla, dall’esordio alla eventuale fase della gravissima disabilità, deve essere gestita da un team multidisciplinare a “geometria variabile” dove lo specialista di riferimento, senza necessariamente essere sempre e comunque un medico, può variare a seconda delle differenti fasi dell’evoluzione clinica.

Cogliendo l’occasione per ricordare che anche secondo il Ministero della Salute l’Attività Fisica Adattata non può comunque essere considerata riabilitazione in senso stretto, concludo evidenziando con forza l’importanza dei Centri di riferimento per la Sclerosi Multipla i quali devono continuare a rappresentare per tutte le strutture territoriali un interlocutore serio ed affidabile.

MORELLI – La flessibilità del percorso di cura dei soggetti con Sclerosi Multipla deve essere ricercata e perseguita, se è vero che possiamo incontrare pazienti che non hanno bisogno del riabilitatore accanto ad altri che invece necessitano di un impegno molto maggiore dei cicli attualmente previsti dalla normativa vigente. Per tali motivi anche io concordo sulla maggiore comunicazione possibile tra tutti gli specialisti ed il Centro di riferimento, al fine anche di diffondere il ricorso a tecniche di recente introduzione.

TOSCANA MEDICA – Recentemente nella terapia della Sclerosi Multipla sono state introdotte delle nuove terapie farmacologiche che sembrano essere efficaci sulla deambulazione, garantendo un miglioramento significativo dell’autonomia dei malati. Di cosa si tratta?



Rielaborato da AISM, 2012

MASSACESI – Purtroppo la medicina rigenerativa ancora oggi non può offrire contributi rilevanti alla “riparazione” del tessuto nervoso danneggiato dalla malattia, per cui gli interventi farmacologici sul danno neurologico che si accumula nel corso della malattia possono solo contribuire a gestire al meglio, per quanto possibile, i differenti sintomi: controllo della spasticità, funzionalità degli sfinteri, riduzione dell'affaticabilità ecc.

Recentemente è stato dimostrato che una molecola già conosciuta, la 4-aminopiridina, appare in grado di migliorare la velocità di conduzione delle fibre nervose, apportando un beneficio del 20-30% nella capacità di deambulazione in una quota di pazienti con disabilità ormai stabilizzata. Tra l'altro con questa molecola, la cui denominazione farmacologica è fampridina (o 4-aminopiridina a rilascio prolungato), si sono ridotti molto effetti collaterali quali crisi epilettiche, che si associavano alla somministrazione di 4-aminopiridina.

La fampridina, il cui impiego è stato approvato dalle Agenzie regolatorie europee in futuro potrebbe probabilmente rivelarsi utile per migliorare, oltre alla deambulazione, anche la funzionalità urinaria, quella visiva ed il controllo degli sfinteri o dell'equilibrio.

TOSCANA MEDICA – Sentiamo il punto di vista del farmacologo, con un occhio alla questione del rapporto costo-beneficio.

CORONA – La fampridina in Italia recentemente è stata autorizzata all'immissione in commercio in fascia C, nonostante il tentativo della nostra ASL di farla entrare nelle liste di gratuità della Legge 648, identificandola come preparato galenico.

A questo punto abbiamo il problema di concederla gratuitamente quando lo specialista lo ritenga necessario, probabilmente sfruttando la Delibera 493 del 2001 della Giunta Regionale Toscana che ancora una volta ci verrà in aiuto in caso di situazioni non chiare o non ben codificate.

Anche se i farmaci oggi disponibili per la terapia

della Sclerosi Multipla sono complessivamente piuttosto costosi, un aspetto che mi preme sottolineare è la frammentarietà delle prescrizioni che finisce per impedire l'auspicabile concorrenza tra i diversi produttori con conseguente possibilità di spuntare dall'industria i migliori prezzi possibili.

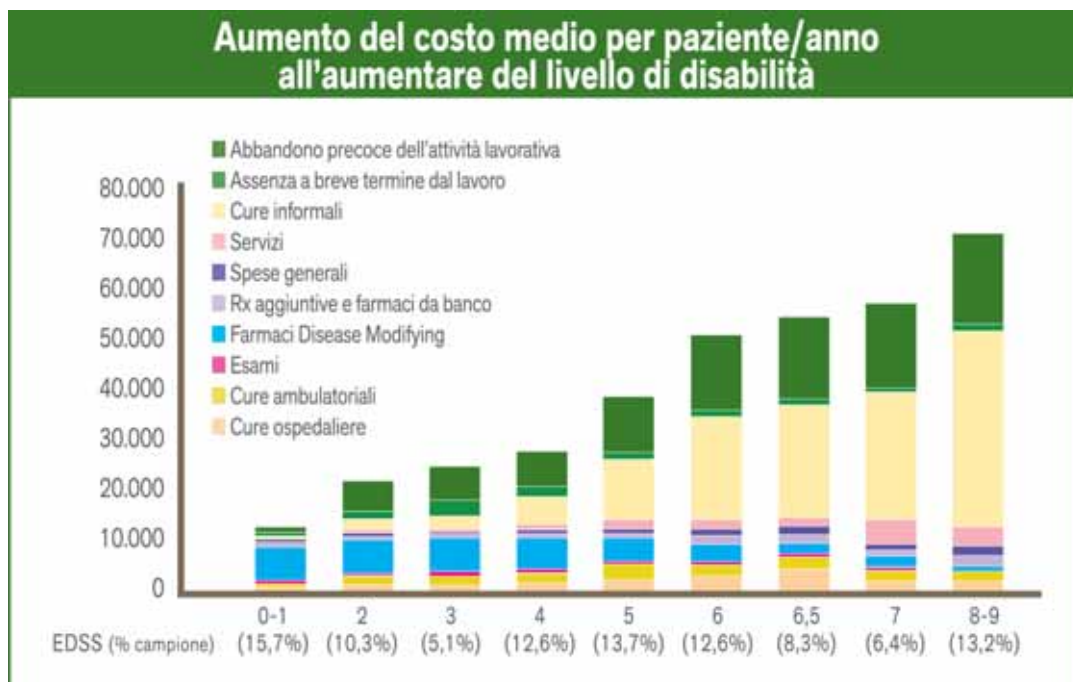
In questo campo credo che l'intervento congiunto degli specialisti, delle Associazioni dei malati e delle amministrazioni regionali potrebbe rappresentare veramente un utile momento di verifica e negoziazione.

TOSCANA MEDICA – Quale è il costo di questa terapia per il paziente?

CORONA – Una confezione da 56 compresse di fampridina per un mese di terapia costa 841 euro a carico del paziente e 344,25 euro per le strutture pubbliche.

MASSACESI – Anche a me ha lasciato molto perplesso il fatto che alla fampridina non sia stata concessa la rimborsabilità, visto che si tratta di un farmaco destinato ad una classe di popolazione in fondo molto ristretta (pazienti con EDSS 4-7) e per la quale non esistono alternative terapeutiche. Tra l'altro io ho preso parte come consulente alla valutazione del farmaco presso l'EMA (Agenzia Europea preposta all'approvazione dei farmaci) ed in tale occasione mi dichiarai favorevole all'approvazione. Secondo me inoltre le Associazioni dei malati dovrebbero esprimere chiaramente il proprio parere in merito a livello italiano.

AMATO – Effettivamente c'è un bisogno clinico importante nella gestione della mobilità, e la fampridina è il primo e unico farmaco indicato in modo specifico nella gestione di questo problema nella Sclerosi Multipla. L'utilizzo di fampridina è molto semplice poiché è possibile definire i responders alla terapia già dopo 2 settimane di trattamento: questo permette di non sprecare risorse utilizzando farmaci non efficaci garantendo di conseguenza la massima appropriatezza prescrittiva.



Fonte: Kobelt et al., 2009

BATTAGLIA – Fatte salve le istanze di ogni malato di potere disporre delle cure più appropriate a carico del SSN, credo che sia compito del medico o del team che segue un paziente decidere quali siano i farmaci più indicati per evitare prescrizioni inappropriate eventualmente sanzionabili dagli organi di controllo della spesa pubblica.

Nel caso specifico della Sclerosi Multipla stiamo parlando di molecole in grado di bloccare la fase acuta della malattia e, in futuro, cercare di rinviare il più possibile il tempo della disabilità più o meno grave.

Il problema della rimborsabilità dei farmaci in una situazione così complessa come la Sclerosi Multipla non è legato soltanto alla fampridina ma anche a tutta una serie di altre molecole (ad esempio attive sul controllo degli sfinteri o del dolore) che prima venivano dispensate gratuitamente ai malati che invece oggi se le devono acquistare di tasca propria. In pra-

tica i fondi oggi destinati alla cura di queste persone non dovrebbero essere pedissequamente destinati al farmaco A o al B, quanto piuttosto alla gestione di sintomi che ne potrebbero ottenere indubbio e documentato vantaggio. L'AIMS nella trattativa in corso all'AIFA sta cercando di arrivare alla creazione di un LEA specifico per la Sclerosi Multipla al cui interno concentrare in maniera globale tutti gli interventi terapeutici necessari alla gestione della malattia.

CORONA – Riallacciandomi all'intervento del prof. Battaglia sulla rimborsabilità dei farmaci sintomatici, ricordo che in Toscana esiste da tempo una notevole sensibilità alle tematiche della cronicità e condizioni quali la Sclerosi Multipla o la SLA possono trarre utile supporto dalla già citata Delibera 493 del 2001 della Giunta Regionale.

Riabilitare o riconquistare abilità?

ANTONIO PANTI

Oggi la Sclerosi Multipla deve essere inquadrata tra le cronicità complesse rientrando a pieno titolo nel modello di assistenza ai cronici. La lunga sopravvivenza, quaranta anni e oltre, la progressiva perdita di autonomia e il grave peso economico e sociale sui servizi e sulla famiglia, rendono necessario un intervento multidisciplinare, coordinato ed efficace, che coinvolga, senza discontinuità, il sistema sanitario territoriale e specialistico e l'assistenza sociale.

La prevalenza della malattia in Italia è di circa 62 mila casi con un'incidenza annua di 3 casi ogni 100 mila abitanti. In Toscana vi sono circa 3700 pazienti e circa 180 nuovi casi per anno. I costi diretti per la assistenza medica e per il gravame quotidiano sulla famiglia, sommati ai costi indiretti della perdita di produttività, ne fanno una delle sindromi croniche più onerose.

Per questo, i nostri esperti hanno insistito perché si inizi precocemente la terapia, visto che in tal modo si può incidere sull'evoluzione verso la disabilità rallentandola. Anche se l'inizio è sfuggente, un medico di medicina generale attento, di fronte a sintomi neurologici focali e transitori, che tendono a ripetersi, può sospettare la diagnosi ed inviare allo specialista. In genere la RMN è sufficiente per la diagnosi, meglio se accompagnata dall'esame del liquor. Oggi si calcola che in sei mesi la diagnosi può essere posta, un periodo molto più breve dei circa 5 anni necessari in precedenza.

Se si vuole incidere sulla storia naturale della malattia occorre un percorso assistenziale certo ed efficace, affidato a un *team* multidisciplinare che coinvolga il medico generale, il neurologo del centro di riferimento, il riabilitatore e tutti i professionisti sanitari necessari per poi riportare il caso al medico generale che potrebbe rappresentare una figura di ri-

ferimento per il paziente. È ciò che si sta tentando di fare in Toscana e nelle aziende sanitarie più piccole il sistema funziona; occorre che funzioni ovunque superando ogni ulteriore criticità.

Il punto nodale è che, di fronte ad una ingravescente disabilità neuromuscolare, in cui la terapia farmacologica è efficace ma non risolutiva, la riabilitazione rappresenta un elemento essenziale per il mantenimento o almeno il non peggioramento della qualità della vita. Il problema non è soltanto quello delle difficoltà cliniche per una riabilitazione efficace, ma quello di una presa in carico globale del paziente. Non si tratta di prescrivere alcuni cicli di fisioterapia ma di considerare la riabilitazione quale momento fondamentale all'interno di un sistema assistenziale, fondato sul piano terapeutico individuale, calato sui bisogni di ciascun paziente, gestito mediante un lungo lavoro di squadra. La riabilitazione va riorganizzata quale elemento costitutivo del modello assistenziale della cronicità.

Oggi si dispone di un vecchio farmaco che, opportunamente reingegnerizzato, è in grado di agire positivamente sulla funzione motoria di una percentuale di pazienti, ottenendo un miglioramento della velocità di deambulazione. È chiaro che una buona fisioterapia e l'uso della fampridina possono dare vantaggi ad un target di pazienti, anche se è necessario un monitoraggio intensivo data la novità dell'uso. L'AIFA ha inserito questo farmaco in fascia C, con una decisione discutibile perché l'uso non può che essere appropriato visto la precisa definizione del target. Nella Sclerosi Multipla dovremmo valutare l'incidenza e i costi dei vari sintomi neurologici ed affrontare globalmente il problema della terapia farmacologica e riabilitativa, secondo un approccio appropriato e globale che sostenga complessivamente questi pazienti in così gravi difficoltà. **TM**

biogen idec

Con il contributo non condizionato di Biogen Idec Italia



Francesco Cipriani Fiorentino classe 1954, epidemiologo, gastroenterologo e nutrizionista, è direttore dell'ARS da ottobre 2011, dove è stato coordinatore dell'Osservatorio di epidemiologia dal 2009; responsabile dell'UO Epidemiologia presso l'Asl di Prato dal 2000, epidemiologo dal 1985 presso ISPO e dal 1999 presso Asl di Firenze.



A cosa serve l'Agencia Regionale di Sanità Toscana

In tempi di crisi economica e di risparmi, l'intervento di Enrico Reginato sul numero 7/12 di Toscana Medica ci consente di chiarire a cosa servono i soldi spesi per l'ARS. Cosa peraltro leggibile senza difficoltà consultando il sito web www.ars.toscana.it. Ogni anno l'ARS redige il piano delle attività ed il rapporto su cosa sia stato effettivamente prodotto, concordati con la Giunta ed il Consiglio regionale, alias maggioranza ed opposizione. Ovvero con tutti i cittadini della nostra regione. I circa 4 milioni di € ricevuti ogni anno, coprono le spese dell'attività dei 54 dipendenti di ARS - 44 ricercatori e tecnici, 10 di supporto - che operano nei due Osservatori,

quello di Epidemiologia e quello per la Qualità ed Equità. Con numerose professionalità, anche se il nucleo strategico è rappresentato perlopiù da epidemiologi, statistici, medici, ed informatici. Gli Osservatori forniscono ai politici valutazioni sullo stato di salute dei toscani e sui loro determinanti, ma anche sulle principali criticità, sulla qualità delle risposte organizzative decise a livello politico, per arrivare fino alla valutazione degli esiti degli interventi. Nel tempo che rimane, ARS può svolgere funzioni di supporto scientifico anche per altre istituzioni ed Enti e può effettuare ricerche. Così dice la legge regionale istitutiva. E nel 2011 ARS ha gestito altri 900 mila € di fondi, "vinti" nella competizione scientifica dei bandi di ricerca nazionali ed internazionali. In altri termini, ogni 4 € che vengono dalla Regione e dai nostri cittadini, ARS ne ha conquistati quasi 1 da fuori regione. Sono fondi aggiuntivi, che non gravano sulle risorse regionali e che nel corso dell'anno sono stati distribuiti in Toscana, generando lavoro con contratti limitati alla progettualità. Per non parlare dell'effetto di valorizzazione delle professionalità che la partecipazione a gruppi di ricerca nazionali ed internazionali consente al personale di ARS, tutto giovane e selezionato solo per meriti scientifici, che poi si trova a lavorare sui tavoli regionali per aiutare i decisori politici, con tutto il bagaglio tecnico specifico acquisito sui migliori standard nazionali ed internazionali. Elementi, questi,

che vanno a rafforzare il grado di terziarietà ed indipendenza dell'Agencia, già sancito dalle regole normative. Per questo motivo ARS punta molto sulla funzione della ricerca.

Per rispondere alle domande della Giunta e del Consiglio, ARS gestisce ed usa tutti i dati e le "tracce" che i cittadini toscani lasciano dietro di sé per motivi amministrativi, quando effettuano un qualunque atto sanitario. Come per i ricoveri, le visite ambulatoriali e le prestazioni diagnostiche, per i farmaci, per le esenzioni, per patologia, per la riabilitazione, per il parto, ecc., ARS utilizza anche dati di registri

di patologia, come quello dell'AIDS e HIV, o degli archivi dell'ISTAT, arricchendo il patrimonio regionale informativo a cui contribuiscono altri

FRANCESCO CIPRIANI*, ANDREA VANNUCCI**

* Direttore ARS

** Coordinatore dell'Osservatorio per la Qualità ed Equità di ARS

Istituti, come nel caso del Registro di mortalità e dei tumori di ISPO, o del registro delle malformazioni del CNR di Pisa. Si tratta di milioni di dati informatizzati, resi anonimi e gestiti in un sistema che ARS ha reso accessibile grazie ad una organizzazione moderna ed intelligente delle informazioni, tanto che la nostra regione oggi è tra quelle di riferimento per il monitoraggio della salute dei cittadini. Con questa organizzazione ARS, solo nel 2011, ha svolto quasi 130 attività. Di queste, oltre 70 su richieste della Giunta e del Consiglio regionale, circa 20 per progetti nazionali e internazionali e 40 su iniziativa autonoma, per predisporre documentazione tecnica su argomenti strategici, anche se ancora non richiesti dalla Giunta o dal Consiglio. Con produzione contemporanea di 14 pubblicazioni scientifiche, 9 documenti ARS, 6 eventi scientifici tematici - uno ogni due mesi -, 25 atti di convegni e poster, 20 docenze o interventi in corsi di formazione, 80 relazioni in conferenze pubbliche o scientifiche, 5 interventi sui media radiotelevisivi.

Ma Reginato - si capisce bene dal suo intervento - voleva puntare il dito più sull'uso fatto dai politici dell'ARS, in particolare sul ruolo ed utilità dell'Osservatorio per la Qualità ed Equità. Reginato afferma che la qualità produce risparmio. Vorremmo che più persone confidassero in ciò. Insiste anche su un'altra cosa sulla quale siamo d'accordo: i cittadini hanno il diritto di sapere che i loro diritti

ti sono tutelati da istituzioni efficienti nel misurare e affidabili nel produrre dati e informazioni che servano a prendere le decisioni giuste. Forse non sempre in passato le condizioni l'hanno consentito, ma oggi abbiamo tutti una consapevolezza diversa. L'Osservatorio per la Qualità ed Equità partecipa al rinnovamento dell'Agenzia per aiutare a gestire due ordini di cambiamenti nevralgici: quelli che riguardano la sanità (governance del sistema, modelli di organizzazione e di programmazione, produzione, responsabilizzazione dei cittadini) e quelli che interessano la medicina (contenuti professionali, prassi operative, metodiche di intervento, criteri per fare, per giudicare e per decidere). Viviamo un'era in cui le variabili determinanti del servizio sanitario sono da una parte le risorse e dall'altra la domanda sociale. La nostra idea è che sia necessario aggiungere al concetto di appropriatezza (rapporto costo/beneficio), quello di "pertinenza" (adeguatezza dei modelli e dei processi all'attualità). Per riuscirci non vogliamo esercitare il monopolio delle attività di osservazione e di valutazione. Solo quando l'attività di ricerca è

collaborativa, si conseguono grandi risultati. Per questo l'Osservatorio per la Qualità e l'Equità ha ripreso a interagire, e sempre meglio lo farà in futuro, con i professionisti e le loro società scientifiche, i cittadini e le loro associazioni, le istituzioni regionali, il laboratorio MeS della Scuola Superiore S. Anna e altri centri universitari, l'ISPO, il Centro di Gestione del Rischio Clinico. Così come continua a farlo con l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali ed il Ministero della Salute. Tutta l'ARS sta cambiando pelle, a partire dal rinnovamento degli organi – abolizione del CdA e del Presidente, nomina del Comitato di Indirizzo e del Direttore – e della dirigenza, con la nomina del nuovo Direttore e del Coordinatore dell'Osservatorio per la Qualità ed Equità nel giugno 2012. Crediamo che non deluderemo chi nutre aspettative nei nostri confronti. Non vogliamo essere giudicati sull'impegno ma sui risultati. Abbi fiducia Enrico, che non cercheremo di farti cambiare le tue intelligenti opinioni, ma solo il tuo parere su di noi. **TM**

Proposta di screenig senologico personalizzato di popolazione, in donne di età compresa tra i 40 e i 49 anni

Il Sistema Sanitario Nazionale prevede l'esecuzione della mammografia biennale di screening per le donne in età compresa tra i 50 ai 69 anni; ulteriori indagini di supporto sono praticate esclusivamente in caso di fondato sospetto derivante dai radiogrammi.

Ma è ancora valido lo *screening* di popolazione così concepito?

ANALISI

Il vero obiettivo dello *screening* mammografico non è la diagnosi ma la cura e la guarigione.

L'attuale metodologia dello *screening* è rimasta praticamente invariata per circa 50 anni in attesa dell'evidenza scientifica delle nuove tecnologie e delle conoscenze. Sono questi i fatti che portano

a concludere che è tempo di cambiare, di aggiornare. Per modificare con razionalità senza distruggere, è necessario evidenziare le criticità dell'attuale modello e proporre soluzioni migliorative.

Le criticità principali su cui intervenire sono:

1. Metodologia
2. Età delle donne da coinvolgere. La mammografia "vede molto, ma non vede tutto" ed

il tasso dei carcinomi che vengono casualmente scoperti nell'intervallo biennale tra i controlli programmati (cosiddetti carcinomi di intervallo: tasso variabile fra il 30 ed 60%) ne è chiara testimonianza. È ormai anche ampiamente documen-



Alberto Nicolucci, ha lavorato come assistente di radiologia al Pol. di Careggi nel 1982-2002. Dal 2007 ha lavorato nel privato dedicandosi alla diagnostica per immagini con particolare riguardo all'oncologia ginecologica e alla senologia clinica. Nel 2007 lo Studio Michelangelo, da lui diretto, ha ottenuto l'accreditamento regionale e la convenzione ASF per la ricerca e prevenzione del tumore mammario.

ALBERTO NICOLUCCI

Direttore Sanitario Studio Michelangelo - Firenze

Data domenica 14.03.2010 **CORRIERE DELLA SERA** Estratto da Pagina 50

Oncologia Il ministero sta elaborando un'ipotesi nuova per lo screening delle donne

Per il tumore al seno controlli personalizzati

Tre fasce di rischio ed esami diversi a seconda delle età

Quando si pensa allo screening per il tumore al seno, si pensa a donne non più giovani che periodicamente ricevono una lettera che le invita a sottoporsi a un controllo mammografico. Ma il ministro Fazio (coadiuvato dal consigliere Giovanni Simonetti) ha disegnato un quadro diverso. In futuro gli screening potrebbero essere «personalizzati» e anche donne molto giovani, se ad «alto rischio», si vedrebbero arrivare a casa l'invito a sottoporsi a un controllo. Scopro: ecco i dati...

anche iniziati prima, benché tre, possono passare anche quin- dovrebbe essere fatta solo in con-

FAZIO: PER I TUMORI AL SENO OCCORRONO SCREENING SU MISURA DI RISCHIO

Il ministro della Salute Ferruccio Fazio, a margine di un convegno Milano organizzato dalla Fondazione Resco, ha annunciato che il Ministero della salute, sta lavorando a nuovi screening per il tumore al seno basati sui fattori genetici, ambientali e l'età. Le donne a basso rischio dovrebbero controllare ogni due anni in una mammografia standard, mentre le donne a rischio genetico e familiarità, si sottoporrebbero a controlli ogni anno dopo i 40 anni. Per le donne a rischio medio, tra i 50 e i 75 anni, si prevedono controlli personalizzati e a un'ulteriore

IN ARRIVO NUOVE LINEE GUIDA PER LO SCREENING DEL TUMORE AL SENO

Lo ha anticipato Francesco Cognetti, coordinatore della Commissione oncologica nazionale

Allargare la possibilità di test alle donne tra i 40 e i 49 anni e oltre i 69 anni, estendere l'uso della mammografia digitale, un no agli screening mammografici nel laboratorio sotto casa e un sì convinto in favore dei programmi da parte di centri specializzati pubblici. Sono questi alcuni indirizzi preliminari

tato l'importante contributo integrativo diagnostico offerto dalla Ecografia in donne con mammelle "radiologicamente dense".

È quindi ormai mandatario inserire l'ecografia tra gli esami da eseguire di routine nelle donne con mammelle radiologicamente dense ed anche suggerire, in questi stessi casi, un intervallo annuale invece che biennale, pur stante il fatto che la mancata percezione di un eventuale tumore non palpabile non verrebbe del tutto eliminata dalla ecografia integrativa. Le donne con mammella radiologicamente densa devono sottoporsi a controlli annuali con mammografia ed ecografia (e ciò indipendentemente dall'età o dalla presenza o meno di protesi), mentre per tutte le altre donne resta valido il controllo annuale o biennale con la sola mammografia. Sebbene ancora argomento di perfezionamento, è necessario anticipare l'età della prima mammografia di *screening* a 40 anni proprio sulla base dei dati epidemiologici attuali peraltro, a mio modesto parere, incompleti per la mancanza di interventi diagnostici su larga scala in questa fascia di età: se diciamo NO allo screening personalizzato per queste donne, diciamo NO alla diagnosi tempestiva del tumore della mammella nelle donne di età inferiore ai 50 anni.

Da qui l'importanza di impostare un preciso percorso diagnostico che rispetti appropriatezza ed efficienza dei test diagnostici.

CONCLUSIONI

Il dr. Pietro Panizza a conclusione del congresso nazionale della sezione di senologia della SIRM tenutosi nel mese di giugno 2011 a Milano, ha presentato i risultati preliminari dello studio multicentrico commissionato dal Ministero della Salute sopra citato riguardante le donne tra i 45 e i 49 anni un tasso di identificazione dello 0,74%

rispetto allo 0,22% atteso dalla epidemiologia (Figura 1).

La ricerca, condotta da me personalmente presso l'Istituto Michelangelo a Firenze su 5704 donne di età compresa tra i 40 e i 49 anni nel biennio 2009-2010 e nei primi 5 mesi del 2012 sottoposte ad accertamento ecografico e mammografico contemporanei, ha fornito questi risultati: il tasso di detezione è stato di 0,70% in totale accordo rispetto ai dati preliminari della ricerca sopracitata (Tabella 1).

FATTIBILITÀ

Ebbene, per quanto non collegati ma paralleli, gli studi hanno fatto emergere dati assolutamente concordanti e hanno consentito di tracciare un percorso metodologico che è la base della nostro progetto concernente il piano di fattibilità dello "screening senologico personalizzato nelle donne tra i 40 e i 49 anni".

1) La struttura diagnostica di base, organizzata sul territorio, è quella classificabile (requisiti tecnologici e organizzativi) secondo la SIRM di "primo livello": mammografia digitale e apparecchi di ecografia, sistema di refertazione gestione pazienti ris-pacs.

Gli approfondimenti biopatici vengono convogliati nelle strutture di "terzo livello" dotate di strumenti atti alla *core-biopsy* e alla *vacuum-biopsy* che assumono il ruolo di collettori.

2) Il fine comune è il seguente: estendere un programma di *screening* personalizzato e implementato con altre metodiche di imaging sulla base del profilo di rischio individuale e sulla densità radiografica della mammella alle donne tra i 40 e i 49 anni.

Quindi:

a. Mammografia digitale (Tomosintesi) an-

Tabella 1 - Michelangelo 2009-2010-2012.

Anno	Pazienti 40-49 anni	Tumori rilevati	% Tumori
2009	1844	15	0,81%
2010	2445	15	0,61%
2012	1415	10	0,70%
Totali	5704	40	0,70%

nuale nella donna a rischio normale con mammelle di tipo fibroadiposo.

b. Mammografia digitale (Tomosintesi) + ecografia annuali nella donna a rischio intermedio o con mammelle dense.

c. Mammografia digitale (Tomosintesi) + ecografia annuali nella donna ad alto rischio, con

RM se rischio maggiore del 25%.

Per quanto attiene ai **costi**, è stato possibile almeno per me produrre cifre esatte, anche se relative ad una esperienza condotta su un'area territoriale limitata ma significativa come la città di Firenze nell'ambito della quale dal 2007 ad oggi abbiamo svolto la nostra esperienza in qualità di presidio sanitario privato accreditato.

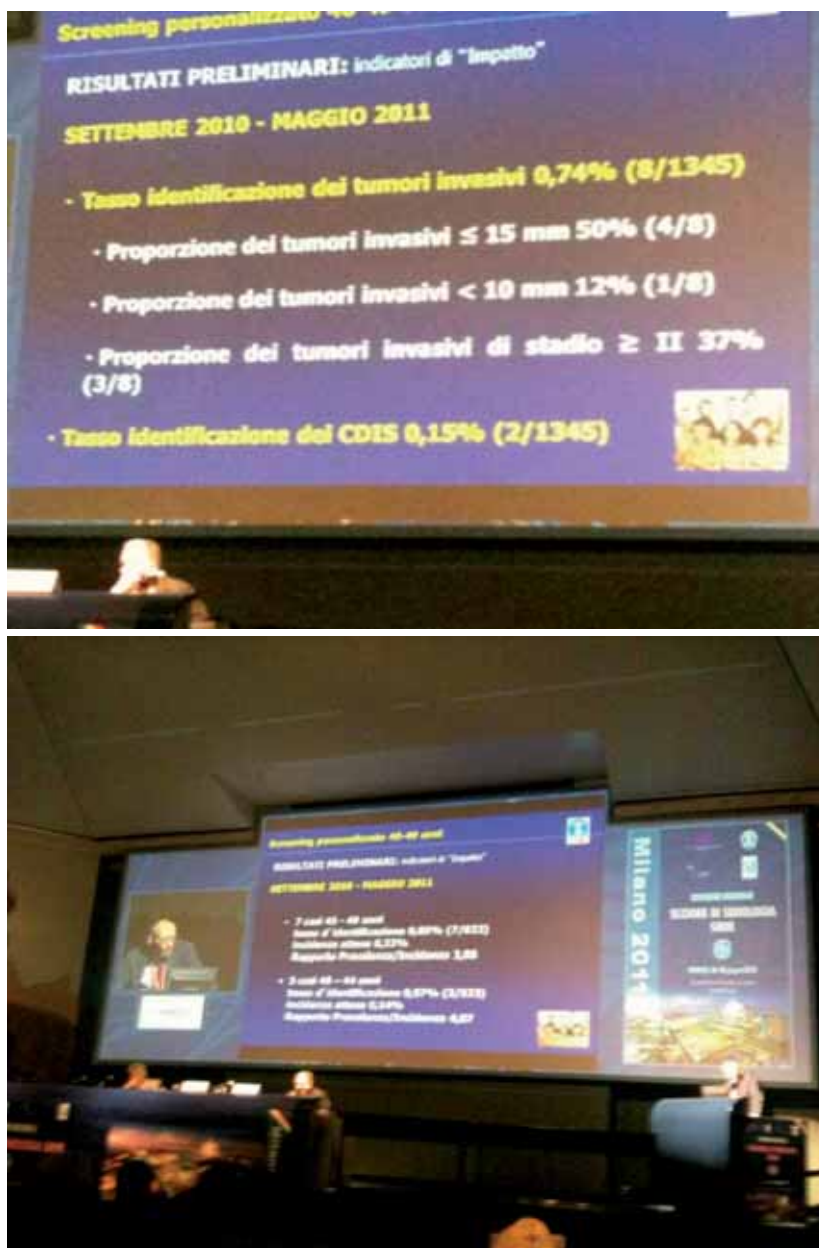
Il costo/donna, è stato ed è attualmente uguale a zero per il SSN: viene corrisposto direttamente dalla paziente sia il ticket per la mammografia pari a € 38,0 sia quello per l'ecografia mammaria, bilaterali, che è di € 36,0

Non c'è quindi un costo economico aggiuntivo rispetto a quello sostenuto dalle pazienti ma in realtà un risparmio (ben superiore a quello quantificabile al momento, se si volesse tener conto dei costi economici aggiuntivi causati da diagnosi tardive e da minore produttività lavorativa del pubblico).

Inciso sulla TOMOSINTE-SI: La tomosintesi, sistema avanzato di mammografia digitale volumetrica tridimensionale, a mio modesto parere, è destinata a soppiantare in breve tempo la mammografia digitale: esistono trials multicentrici di verifica clinica di efficacia che ne sanciscono almeno una pari dignità; da più parti se ne invoca un ruolo di decisivo contributo diagnostico.

Sarebbe interessante utilizzare il parere positivo del comitato etico locale da me richiesto e ottenuto, a poterla utilizzare sistematicamente, in un primo momento come esame addizionale, previo consenso della paziente, per poi sostituirla alla mammografia digitale.

In pratica ho ritenuto sociale ed equo offrire ad ogni donna la stessa possibilità di scoprire un suo eventuale tumore, indipendentemente dal sospetto mammografico, in una fascia di età nella quale è alta la percentuale delle donne in attività lavorativa e bassa quella di esenzione dal ticket di contributo individuale alla prestazione (per reddito e/o patologia) senza incidere sui costi, a saldi invariati. **TM**

**Figura 1**



Gianni Amunni, specialista in Ginecologia e Oncologia Medica. Professore di Ginecologia presso l'Università di Firenze. Direttore operativo dell'Istituto Toscano Tumori. Direttore Generale dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO).

Lo “screening” mammografico nelle donne giovani

Le evidenze disponibili e i nuovi scenari

L'articolo del dr. Nicolucci offre alcuni spunti per una riflessione sulla diagnosi precoce del tumore della mammella sia in termini di appropriatezza che in termini di sostenibilità. La domanda che il collega pone è: “È ancora valido lo screening di popolazione così concepito”? Gli studi effettuati negli ultimi 30 anni hanno dimostrato che la mammografia offerta ogni due anni alle donne di 50-69 anni riduce la mortalità per tumore della mammella. Anche nel gruppo di donne di età inferiore ai 50 anni l'offerta annuale di mammografia ha comportato una riduzione di mortalità anche se di entità minore. Queste osservazioni hanno spinto regioni come l'Emilia Romagna ad offrire a tutte le donne di età compresa tra i 45 ed i 49 anni una mammografia annuale. Ma, come forse i lettori di Toscana Medica sapranno, il dibattito attuale sulla diagnosi precoce del tumore della mammella e di conseguenza sullo screening si muove su due filoni culturali esattamente opposti. Vi è infatti anche il punto dei vista di molti clinici senologi, l'articolo di Nicolucci fa riferimento a questa posizione, ma anche di molte associazioni portatrici di interessi, che tradizionalmente puntano ad avere la maggiore sensibilità possibile. Dunque in questa logica sono da ricercarsi intervalli ravvicinati (rispetto a quello biennale) e l'aggiunta di più esami (per esempio quello ecografico). Considerazioni da medicina difensivista sono di ulteriore supporto a questo tipo di impostazione. In particolare vi è il timore dei cancri di intervallo cioè di quei cancri insorti dopo un test negativo e prima del successivo round di screening. In realtà il ripetere gli esami molto frequentemente potrebbe determinare l'individuazione del tumore da parte dello screening ma con scarsissimo anticipo rispetto alla manifestazione clinica. Questo genere di considerazioni sono ancora più cogenti se consideriamo le donne più giovani in cui, a fronte di una più bassa prevalenza di malattia, un seno radiologicamente denso pone maggiori problemi di accuratezza diagnostica.

Trovare il punto di equilibrio fra tali effetti contrastanti non è semplice a livello di popolazione e può variare a seconda delle preferenze individuali.

Ma non è un problema eludibile. Gli attuali protocolli dello screening mammografico sono basati sulle migliori evidenze disponibili. Modifiche di tali protocolli devono essere valutate prima di essere introdotte sia per quanto riguarda i benefici che per quanto

riguarda gli effetti collaterali. In questo senso è sfidante l'idea, riportata dal dr. Nicolucci, di individuare sottogruppi di popolazione ai quali somministrare interventi differenziati in funzione del livello di rischio individuale. Il problema è che le evidenze disponibili non ci permettono di definire con esattezza dei li-

velli di rischio (peraltro il dr. Nicolucci individua tre livelli, ma non ne definisce i criteri) e non è in alcun modo auspicabile proporre una simile strategia nella routine clinica senza che prima siano state fornite solide basi a favore della efficacia di certi interventi (per non parlare dei costi). Proprio per rispondere alle esigenze conoscitive, il Ministero della Salute, ha finanziato uno studio randomizzato nazionale multicentrico, coordinato dall'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - ISPO, che mira a valutare, nelle donne di 45 anni di età, intervalli mammografici differenziati in base alla densità del seno (denso versus chiaro) classificata secondo i criteri BIRADS. Inoltre in attesa di maggiori evidenze scientifiche, la Regione Toscana, in ottemperanza a quanto sancito nel Piano nazionale di prevenzione e analogamente alle Regioni Emilia Romagna e Piemonte, si sta impegnando ad allargare le fasce di invito ai 45-49 anni con mammografia annuale.

È necessario che in questo contesto le opportunità dell'innovazione tecnologica (e sicuramente la tomo-sintesi è di grande interesse) debbono essere adeguatamente saggiate. Il tema dell'appropriatezza (cioè l'offrire solo procedure che sono state valutate attraverso percorsi certi, l'analisi accurata dei benefici e dei danni che si determinano in ogni offerta sanitaria) rimanda al tema delle risorse disponibili e conseguentemente dell'equità dell'accesso. I programmi di screening mammografico hanno avuto il merito, per esempio alla popolazione fiorentina, ma il dato è confermato in molte altre parti d'Italia, di garantire una reale parità di accesso e di cura per tutte le donne affette da tumore della mammella so-

GIANNI AMUNNI¹, PAOLA MANTELLINI²,
MARCO ZAPPA³, CHIARA NERI⁴, EUGENIO PACI⁵

¹ Direttore generale ISPO/Direttore Operativo ITT

² S.S. Centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica - ISPO

³ Direttore Osservatorio nazionale screening, S.S. Valutazione screening - ISPO

⁴ Direttore sanitario - ISPO

⁵ Referente scientifico ISPO, S.C. Epidemiologia clinica e descrittiva - ISPO

pra i 50 anni. Un gruppo di epidemiologi di ISPO ha studiato la sopravvivenza per tumore della mammella a seconda del livello socio economico: è stato visto che dopo l'inizio dello *screening* e nelle fasce di invito (50-69 anni) non vi sono più differenze di sopravvivenza, mentre erano presenti prima dell'invito e permangono tali nelle fasce di età non oggetto dell'offerta attiva di prevenzione. Come dicevamo prima, la scelta di politiche appropriate non risponde principalmente a motivazioni economiche. Ma comunque esiste anche il tema della sostenibilità e in una condizione in cui le risorse diventano sempre più scarse, il tema diventa una priorità dal punto di vista della sanità pubblica. La pre-condizione perché un programma o un'offerta sanitaria sia equa è che sia sostenibile: sostenibile nei costi finanziari, ma anche nelle disponibilità delle strutture disponibili e nel contenimento dei tempi di attesa etc.

Un progetto nazionale finanziato dal Ministero della Salute e coordinato da ISPO ha dimostrato che il costo per ogni donna che accede è inferiore del 60% all'interno dei programmi di *screening* organizzati rispetto alla gestione spontanea. In pratica all'interno dello screening organizzato l'intero percorso, che comprende invito, esecuzione della mammografia e degli esami diagnostici di approfondimento, costa 55,5 € per donna rispondente, mentre il costo del percorso nei servizi di diagnostica senologica (in

questo caso non esiste una fase di invito) costa 91,7 € per donna che accede spontaneamente. Inoltre la proposta di caricare interamente il costo della mammografia e dell'ecografia sulla donna indirizzando poi alla struttura pubblica le donne che necessitano di un approfondimento diagnostico non è ovviamente a costo zero per il sistema sanitario regionale. Tale impostazione rischia di generare ed amplificare le disuguaglianze: infatti chi potrà pagarsi le prestazioni farà gli esami, mentre c'è da domandarsi cosa potrà fare chi non avrà disponibilità economiche. Sarebbe interessante a questo proposito conoscere l'opinione delle cittadine e segnaliamo che è in corso, a Firenze, uno studio sulla rilevazione dei costi sociali ovvero dei costi (di tempo e monetari) che le donne devono sostenere di tasca propria per fare una mammografia di prevenzione sia nel contesto organizzato che in quello ad accesso spontaneo. Ricordiamo tra l'altro che, indipendentemente dalla attivazione dei programmi di *screening* organizzato per le donne più giovani, l'articolo 85 della legge n. 388/2000 garantisce il diritto alla mammografia gratuita ogni 2 anni a partire dai 45 anni.

Bibliografia

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

TM



Leadership al Femminile nella Sanità Toscana Criticità ed Eccellenze

Sabato 24 Novembre 2012

Scuola Sanità Militare - Via Venezia 5, Firenze

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

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

MODERATORI: TERESITA MAZZEI, ANTONIO PANTI

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

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



Umberto Quiriconi, medico chirurgo, specialista in Neurologia e Psichiatria, mediatore professionista, animatore di formazione per la Medicina Generale iscritto all'albo dei formatori della Regione Toscana, medico di medicina generale ASL 2 Piana di Lucca, professore incaricato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa, presidente pro tempore dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Lucca.

Il rapporto interprofessionale tra le professioni sanitarie

A tutt'oggi esistono 22 professioni sanitarie che rivendicano autonomia nelle proprie competenze.

Ciò premesso, in certi ambienti all'equazione competenza = sapere

si cerca di sostituire quella della competenza = saper fare, ma il saper fare deriva dal sapere che è costituito da tutta quella serie di conoscenze ed esperienze che consentono di porre una diagnosi differenziale; si dà quindi per scontata una capacità diagnostica da parte di soggetti non medici senza curarsi se chi tratta il caso ha gli strumenti culturali adeguati per agire appropriatamente.

Il legislatore ha attribuito singole specificità di ruolo a corsi di laurea universitari senza una precisa definizione giuridica del relativo profilo professionale che ne stabilisca le pertinenze; neppure una definizione dell'atto medico esiste, la legge si limita a punire l'esercizio abusivo della professione medica (Art. 348 C.P.). A tutto ciò hanno dovuto vicariare la giurisprudenza delle supreme Corti di Cassazione e Costituzionale e la Deontologia.

Cerchiamo di fare un po' di chiarezza: il Codice di Deontologia Medica all'art. 66 così riporta: "il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali"; così è anche nei Codici Deontologici delle altre professioni sanitarie.

In questa situazione alcune regioni hanno attribuito, per esempio agli infermieri, competenze fino ad ora esclusive della professione medica; a tale proposito la sentenza 424/2006 della Corte Costituzionale così recita: "...l'individuazione delle figure professionali con i relativi profili è riservata allo Stato..." per cui le regioni non hanno

il potere di attribuire, nella fattispecie agli infermieri, compiti di diagnosi e cura estranei al DM 739/94 che ne definisce il relativo profilo professionale; inoltre, nonostante il Dlgs 517/93 abbia attribuito alle regioni il compito di regolamentare l'organizzazione del servizio infermieristico, la legge 833/78, all'art.6 comma 1 lettera Q, ribadisce che "... rimane compito esclusivo dello Stato fissare i requisiti per l'esercizio delle professioni sanitarie...".

Altri riferimenti: la sentenza 3403/96 della Corte di Cassa-

zione VI sez. penale: "... al medico competono il ruolo e la responsabilità nella diagnosi e terapia, all'infermiere compete la responsabilità dell'assistenza, dell'eventuale coordinamento del personale subordinato e della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche...", la sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale a proposito della Fecondazione Medicalmente Assistita: "... resta pur sempre il medico il protagonista ed il primo responsabile delle fasi relazionale, diagnostica e terapeutica in cui si articola la sua attività...", la sentenza 10454/2010 Corte di Cassazione Civile: "... è riconosciuto al medico un ruolo preminente e come tale garante anche delle scelte praticate dal personale dipendente, con lo specifico obbligo di sorveglianza e di controllo e con l'assunzione di una responsabilità ad altri non delegabile ma neppure produttiva di impunità per ogni altro operatore che sbaglia...", la sentenza 43328/2011 Corte di Cassazione Penale: "... in relazione alla professione medica, che si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescrivere la cura, commette il reato di esercizio abusivo della professione medica chiunque altro esprima giudizi diagnostici ed appresti le cure al malato...", la stessa Convenzione Nazionale per la Medicina Generale, poi, all'art. 5 dell'allegato H al DPR 270/2000, riconfermato nell'ACN del 2005 afferma che "... il coordinatore dell'ADI all'assistito del SSN è il medico di medicina generale...".

UMBERTO QUIRICONI

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Lucca

Quindi al medico competono senz'altro diagnosi, prognosi e terapia, alle altre figure sanitarie, con le rispettive peculiarità, l'identificazione di segni e sintomi che richiedono l'intervento medico, l'individuazione e la programmazione dei percorsi assistenziali, la corretta e puntuale somministrazione della terapia, la manutenzione dei vari presidi. A comune queste professioni hanno tutt'al più l'educazione sanitaria.

Fanno eccezione gli stati di necessità (art. 54 C.P.) secondo cui l'infermiere ad esempio, in condizioni di emergenza, può essere autorizzato a praticare terapie e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali su indicazione del medico; questo tuttavia non deve essere inteso come una consuetudine.

In conclusione per svolgere un ruolo assistenziale positivo e armonico tra le varie professioni sanitarie occorrono: atti legislativi appropriati, rispetto reciproco, consapevolezza delle proprie competenze e dei propri limiti professionali, esple-

tamento di eventi formativi in comune.

I pazienti hanno diritto di avere un'assistenza multidisciplinare garantita da una effettiva organizzazione dei vari interventi dove le diverse figure professionali operino in modo effettivamente sinergico; è contrario all'interesse del paziente che i vari attori lavorino in un clima competitivo o di sovrapposizione in ragione di una assurda autonomia, invece di interagire in modo continuo e collaborativo, con pari dignità, ma con un coordinatore effettivo ed accettato che non può essere altri che il medico.

Da ultimo una citazione: "... quindi, se è vero che si devono riconoscere alle nuove professioni sanitarie rispettivi profili di competenze, non può del pari ritenersi ammissibile una indiscriminata confusione operativa e tanto meno una sostanziale erosione del ruolo e della dignità del medico..." (Atti Cons. Naz. FNOMCeO Rimini 13-06-2010).

TM

Individuazione e nuove dipendenze nell'adolescente

Gruppo di studio degli aspetti nutrizionali e comportamentali dell'adolescente



Fabio Franchini si è occupato di pediatria presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Firenze Ospedale Meyer, prima come Assistente Ospedaliero poi come Assistente Universitario. Ricercatore dal 1976 e Aiuto presso la Clinica Pediatrica III dal 1987. Professore Associato in Terapia Pediatrica Speciale dal 1991.

L'analisi transazionale definisce "un divorzio amichevole dai propri genitori" il percorso di individuazione e di strutturazione del SE' che porta il bambino e l'adolescente a diventare adulto, capace di andare nel mondo autonomamente e con fiducia. Indica, cioè quel distacco necessario dai genitori per poter sviluppare un sé dotato di autonomia e autenticità, capace di orientarsi nella vita, ascoltando e seguendo i propri bisogni veri, relativi al qui ed ora e in cui il condiziona-

mento del "là ed allora" (di ciò che si è esperito durante l'infanzia) non interferisca con il presente e il pieno sviluppo di sé.

FABIO FRANCHINI*, GAETANO COTENA**

* Professore Associato di terapia pediatrica, Università di Firenze

** Dottore in psicologia clinica

Un percorso di terapia psicologica, passa infatti generalmente attraverso le seguenti fasi:

- la consapevolezza di avere un problema, e l'assunzione di responsabilità sulla possibilità di affrontare un cambiamento nella propria vita arrivando ad identificare i bisogni che nel percorso di crescita non sono

stati soddisfatti dalle figure di accudimento;

- la *rabbia* verso i propri genitori;
- il *dolore*;
- il *perdono* dei propri genitori, passando attraverso la consapevolezza che il genitore entri nella relazione con il bambino con tutta la sua storia, e con tutte le sue mancanze, che a sua volta ha provato e alle quali con gli strumenti a sua disposizione ha cercato evolutivamente di far fronte;
- la *consapevolezza*, che proprio alla luce di questa scoperta, alla fine, non c'era nulla da perdonare.

Ma quali sono i bisogni del bambino e dell'adolescente, e quali mancanze rispetto a questi bisogni originano patologie specifiche come il narcisismo e i disturbi alimentari?

Le *new addictions* (o nuove dipendenze) ci offrono lo spunto per fornire una risposta, discutere dei bisogni del bambino e dell'adolescente e del ruolo fondamentale che le figure di accudimento svolgono nello sviluppo del Sé del bambino e nel trasferirgli le proprie visioni del mondo, o schemi cognitivi. In un momento della crescita caratterizzato dalla ricerca di nuovi equilibri fisici, emotivi e cognitivi l'adolescente, ma anche l'adulto, si trova infatti sempre più a *non poter vivere senza*: le sostanze stupefacenti, lo *shopping*, il lavoro, il gioco d'azzardo, i *videogames*, le relazioni affettive.

Le nuove dipendenze abbracciano quindi una varietà importante di comportamenti disfunzionali che vanno oltre l'uso di sostanze chimiche, e che colpiscono in maniera sempre più crescente e *invisibile* gli adolescenti.

Ma il vero problema non sono la droga, il lavoro, o i *videogames*. Le dipendenze attecchiscono dove trovano terreno fertile. E così il vero problema non è la droga ma la dipendenza che piega il giovane a diventare schiavo della droga (intesa, lo ribadiamo, non solo come sostanza chimica, ma come ciò di cui non si può fare a meno).

Dunque è necessario adottare un nuovo punto di vista, che sposti la problematica dalla droga, al bisogno interiore al quale essa si *aggancia* e che cerca vanamente di colmare.

Ma cosa significa fare attenzione al bisogno interiore, e quali competenze è necessario sviluppare?

Il genitore entra nel rapporto con il bambino con tutta la sua storia, con tutto ciò che ha ricevuto e con tutto ciò che gli è mancato. E la consapevolezza da parte del genitore di quanto di

questo possa entrare e condizionare il rapporto con il bambino è una parte importante di questo rapporto e può in parte contribuire allo stabilirsi di un legame difettoso. Se la madre è focalizzata sui propri bisogni, perderà di vista i bisogni del bambino, e quest'ultimo, crescerà assecondando i bisogni della madre, senza riuscire a sentire i propri. Dovrà così alimentare l'immagine, a discapito del Sé. Potremmo definire il Sé come costituito dal corpo e dalle sue funzioni, molte delle quali operano sotto il livello della coscienza. Con il nostro corpo abbiamo un rapporto duplice. Possiamo sentirlo direttamente, oppure possiamo averne un'immagine. L'immagine di Sé e l'esperienza diretta di Sé, in una persona sana coincidono. Dove però il legame difettoso con la figura di accudimento richiede al bambino di alimentare l'immagine a discapito del Sé, il bambino smetterà di sentire le emozioni autentiche, per sostituirle con quelle che gli sarà concesso di esprimere attraverso, appunto, l'immagine.

Il bambino perderà così la possibilità di sentire le emozioni autentiche, che rappresentano una ricchezza ineliminabile per crescere ed evolvere perché costituiscono la bussola, ciò che ci dà la direzione verso ciò che favorisce o scoraggia la nostra evoluzione. Molto presto ci viene insegnato invece a celare i sentimenti e ad adottare una faccia davanti al mondo (dobbiamo tenere una faccia gioiosa, altrimenti la gente non si avvicinerà a noi). Nessuno potrà amare una persona dall'aspetto triste.

Molti pazienti negano così i propri sentimenti e adottano un'immagine compiacente al padre o alla madre. Ha così origine il disturbo narcisistico e le emozioni, quelle autentiche, lasciano il posto ad emozioni parassite, che perdono la loro funzione di bussola per lo sviluppo o lasciano addirittura spazio all'assenza totale di sentimento.

Le emozioni rappresentano una risorsa preziosa per l'individuo. Il percorso di terapia dell'adolescente, e non solo dell'adolescente, passa attraverso la capacità di sentire le proprie emozioni autentiche, per procedere nel necessario percorso che lo porterà a diventare individuo autonomo e capace di indirizzare la propria vita verso ciò che autenticamente desidera, e verso il soddisfacimento dei bisogni primari.

Nelle scuole, si dovrebbe per questo introdurre una educazione sulle emozioni, per fare in modo che queste possano essere conosciute, concesse, pensate, vissute, riconosciute, senza essere negate.

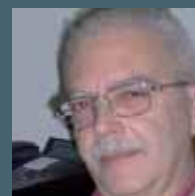
Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gaetano.cotena@inwind.it

TM

La personalizzazione dell'assistenza nel Chronic Care Model

Medicina e infermieristica di famiglia?



Saffi Ettore Giustini, è responsabile dell'Area Farmaco della Società Italiana di Medicina Generale, medico di medicina generale, Pistoia

Premessa

L'evoluzione delle cure territoriali nell'ambito dell'assistenza primaria si articolerà a breve, secondo la convenzione e la ri-fondazione della medicina generale, tra le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie).

Le prime, le AFT, sono aggregazioni mono-professionali di medici di medicina generale, che dovranno servire per sviluppare audit / peer review e soprattutto per "includere" i medici di medicina generale oggi isolati o "sparsi". L'Unità Complessa di Cure Primarie, invece, è un'aggregazione strutturale e strutturata multiprofessionale, del tipo casa della salute, dove i medici di medicina generale lavorano fianco a fianco, ambulatorio - ambulatorio, con gli infermieri.

Gli infermieri insieme ai medici seguiranno i cittadini in un modello dove, senza salti eccessivi ma con un'accelerazione rispetto al passato, data la ristrutturazione della rete ospedaliera e delle cure di secondo livello e partendo tendenzialmente con l'AFT (funzionale), si tenderà a raggiungere l'UC-CP (strutturale). Qui, i medici e gli infermieri sono d'obbligo, insieme anche ad altri professionisti.

Medico di famiglia & infermiere e assistenza primaria

L'esperienza di lavoro in ambito territoriale ci porta ad affermare che lavorare "a prestazione" impedisce lo sviluppo professionale e personale, condiziona negativamente le capacità di ragionamento, di riflessione e le abilità di esercizio del pensiero critico.

Per l'infermiere, lavorare a prestazione significa eseguire attività e compiti (medicazioni complesse, rilevazioni della pressione arteriosa e di altri parametri vitali, prelievi venosi, somministrazione della terapia, ecc.) senza rivolgere la necessaria attenzione alla persona e all'ambiente in cui questa vive.

Per il medico di medicina generale le prestazioni s'identificano nelle visite ambulatoriali e domiciliari, ma in linea generale con ogni contatto con un cliente/utente non necessariamente "paziente", dal certificato per il porto di armi o per la patente di guida alla prescrizione di farmaci o alla ripetizione di ricette.

A scopo esplicativo, ad esempio, possiamo schematizzare che il signor Mario o la signora Filomena erano clienti/utenti 30-35 anni fa e sono diventati pazienti Mario 15 anni fa per un infarto e Filomena 10 anni fa per l'insorgenza del diabete.

Il professionista sanitario, per non "esaurirsi", ha bisogno di "toccare" gli effetti del proprio lavoro, di "vedere" i risultati che gli interventi prima pensati/progettati

e poi erogati producono sulla salute delle persone e non soltanto in termini di modifica di parametri di laboratorio. Questi due operatori sanitari, questi due professionisti, non curano il valore della glicemia, o del colesterolo ma "hanno necessità di essere messi in condizione di prendersi cura di una persona malata.

Quindi affinché il professionista possa misurare gli effetti del proprio lavoro quotidiano, riteniamo indispensabili la "presa in carico" e la personalizzazione dell'assistenza.

A nostro avviso, la personalizzazione dell'assistenza e degli interventi all'interno dei percorsi standard implementati per patologia nell'ambito del Chronic Care Model (CCM) è fondamentale per il raggiungimento degli esiti desiderati e richiede una forte sinergia tra medico di medicina generale e infermiere.

Prendendo, per esempio, in considerazione le risorse della comunità (che sono uno dei sei elementi costitutivi del CCM), possiamo immaginare l'importanza di una conoscenza profonda, da parte del medico di medicina generale e dell'infermiere, della comunità in cui la persona vive.

Secondo il modello del CCM, al fine di migliorare l'assistenza alle persone affette da malattie croniche, è necessario che le organizzazioni sanitarie stabiliscano solidi collegamenti con le risorse della comunità ed è fondamentale sviluppare politiche per migliorare l'assistenza ai pazienti, mediante partnership con le organizzazioni comunitarie; mobilitazione delle risorse per soddisfare le esigenze dei pazienti; partecipazione degli stessi a programmi comunitari efficaci (http://www.improvinchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2).

La conoscenza della comunità è, dunque, una condizione essenziale per imprimere intenzionalità

SAFFI ETTORE GIUSTINI¹, DILETTA CALAMASSI²

¹ Medico di medicina generale ASL 3 Pistoia

² Infermiera U.O.C Programmazione Offerta Formativa e Marketing, Agenzia per la Formazione ASL 11 Empoli

e direzione alle energie professionali.

Della comunità, potrebbe essere importante conoscere i dati strutturali del territorio (il degrado ambientale ed edilizio, la presenza di zone storiche o di interesse artistico con i vantaggi e gli svantaggi collegati, turismo, zone chiuse al traffico, la presenza di spazi verdi o di luoghi di ritrovo); l'insieme dei servizi sociali nella comunità, i servizi socio-educativi, socio-sanitari e ricreativo-culturali in termini di numero, ubicazione, tipologia, modalità di funzionamento, orari, personale che vi opera, la presenza di centri diurni, di strutture residenziali, dei servizi domiciliari o di assistenza alle famiglie.

Fra i servizi socio-assistenziali occorre includere quelli forniti dal volontariato organizzato (Misericordia, Croce Verde, Pubbliche Assistenze, Caritas ecc.). Dovremo probabilmente tener conto delle iniziative ricreativo-culturali e sportive promosse da circoli, associazioni sportive, o altri gruppi esistenti nella zona (tornei, sagre, gite, feste ed altre occasioni di ritrovo etc.). Oltre ai servizi formali crediamo occorra conoscere la presenza di altri servizi offerti, ad esempio, dalla parrocchia o da altre associazioni e da altri gruppi particolari (ad esempio gruppi di auto-aiuto ecc.).

Gli interventi educativi possono essere potenziati attraverso l'attivazione delle risorse comunitarie e per essere veramente efficaci devono essere "tarati" sulla persona.

Per esempio, non possiamo consigliare alla persona di fare passeggiate nel parco se non sappiamo dell'esistenza o meno di un parco nella comunità in cui la persona stessa vive ed anche, come possiamo richiedere il supporto del volontariato, per un nostro assistito, se non conosciamo le associazioni di volontariato presenti sul territorio e le modalità con cui esse erogano i servizi? Quando promuoviamo il movimento e lo sport in una famiglia con figli adolescenti senza sapere dell'esistenza di gruppi sportivi, associazioni o di specifici momenti dedicati all'attività fisica per i ragazzi, il costo degli stessi, forniamo solamente un consiglio generico privo di elementi utili alla sua realizzazione concreta.

Per utilizzare le risorse della comunità, occorre prima di tutto conoscere quali sono le risorse esistenti, sapere le modalità della loro attivazione e del loro funzionamento.

Riteniamo essenziale anche la conoscenza profonda della persona e della famiglia, della loro cultura, dello stato ed economico e del loro livello d'integrazione con la comunità in cui vivono (linguaggio utilizzato, quartiere di appartenenza, frequentazione di specifici gruppi politici e/o religiosi).

Ma quanta "conoscenza" della persona (Mario e Filomena), della famiglia, del tessuto sociale e lavorativo nel bagaglio, nella testa, e nel Personal Computer del medico di medicina generale, si è venuta a stratificare in 35 anni di contatti, colloqui, visite e non solo in ambulatorio o a casa?

E poi, gli strumenti che l'infermiere ha a disposizione per l'*accertamento familiare* e per l'analisi della comunità sono diversi.

La personalizzazione degli interventi è indispensabile per supportare il nucleo familiare nella

gestione dei problemi pratici, apparentemente banali, ma che possono mettere in difficoltà la famiglia e contribuire a peggiorare la qualità di vita dei membri.

La persona affetta da patologia cronica dovrebbe divenire esperta nella cura di sé (grazie ad opportuni interventi di orientamento e di supporto al self management) e, da parte del professionista, il rivolgere la giusta attenzione alla famiglia fornendo le conoscenze e gli strumenti per migliorare la gestione della vita pratica quotidiana, è funzionale affinché la persona malata stessa dedichi più tempo e sviluppi maggiore motivazione a concentrarsi sulla gestione della propria malattia.

Riflessioni conclusive aperte

Tutto lo sforzo di natura organizzativa, riportato in *Premessa*, non avrà sviluppo se a partire "da domani" non saranno pensati, progettati e implementati momenti formativi a comune, utili anche per riflettere e discutere, senza subalternità di ruoli, su funzioni, attività e compiti di ognuno.

Per i medici di medicina generale, e soprattutto per i tirocinanti del Corso di Formazione Specifica, ci dovranno essere momenti formativi comuni con gli infermieri, soprattutto sui processi, sui PDTA e sulle verifiche delle attività di prevenzione e di assistenza, elementi questi molto adatti a dare il massimo dei crediti formativi (imparare sul campo e correggersi insieme).

Abbiamo la consapevolezza che questo tipo di "alleanza" è necessaria se i medici di medicina generale vogliono aumentare le attività "di particolare impegno professionale" (cliniche, relazionali e gestionali) ed evitare di rimanere sommersi dalle visite e dagli accessi richiesti dalle persone affette da cronicità e se gli infermieri vogliono realmente adempiere al loro mandato professionale e svolgere pienamente tutte le funzioni descritte nel D.M. 739/1994.

Per concludere, la riflessione ci porta ad esplicitare i seguenti concetti:

- gli interventi educativi, per il supporto all'autocura, il sostegno alla persona e/o al caregiver richiedono di essere personalizzati;
- per personalizzare gli interventi è necessario conoscere profondamente la persona, la sua famiglia e il contesto comunitario in cui essi vivono;
- per giungere a un livello adeguato di conoscenza (tale da permettere la progettazione d'interventi personalizzati), il medico e l'infermiere hanno bisogno di condividere e di riflettere insieme sui vari aspetti, elementi che riguardano la persona, ma in primis necessitano di effettuare percorsi formativi comuni fin dalla formazione di base.

Le persone interessate ad ampliare le riflessioni e i contenuti del testo presentato, possono inviare una mail all'indirizzo di posta elettronica a: d.calamassi@usl11.tos.it oppure a: saffigiustini@gmail.com.

Potremmo creare una comunità di professionisti, condividere opinioni, produrre iniziative e progetti finalizzati alla promozione della cultura dell'integrazione multiprofessionale.



Roberta Guerrieri ha conseguito la Laurea in Educazione Professionale - Classe SNT/2 delle Professioni Sanitarie. Dal 2004 svolge incarico di Educatore Professionale a tempo indeterminato c/o il Dip. delle Dipendenze dell'Azienda USL 5 di Pisa, SerT della Zona Valdera. Ha svolto attività di docente c/o le scuole di formazione per Educatori Professionali, per O.T.A. ed O.S.A.

Interventi educativo-informativi per gruppi di familiari di pazienti in cura al SERT

Premesse

I servizi preposti alla cura delle dipendenze patologiche raccolgono quotidianamente appelli di familiari che si trovano in situazioni molto complesse e certamente difficili da gestire per quanti, a loro volta, hanno bisogno di aiuto e di sostegno.

Il SERT della Zona Valdera (Azienda USL 5 di Pisa) risponde a tali richieste con interventi di supporto individuale e con cicli di incontri, diretti a gruppi di familiari e conviventi e condotti con modalità e strategie indicate dai principi dell'educazione terapeutica.

Il presente studio è stato condotto per valutare se e quanto questo tipo di sostegno ai familiari influenzi la compliance dei pazienti ai diversi trattamenti e la loro efficacia.

Materiali e metodi

La risposta al trattamento dei pazienti i cui familiari hanno fruito di un intervento educativo-informativo di gruppo, è stata comparata con quella di un gruppo di controllo di soggetti, trattati nel medesimo periodo ed equivalenti per caratteristiche socio-demografiche, i cui familiari non sono stati coinvolti nel percorso di cura per opposizione degli stessi pazienti.

Per la comparazione l'intervento educativo-informativo di gruppo è stato considerato *fruito* al riscontro di una partecipazione agli incontri $\geq 70\%$.

L'analisi ha preso in considerazione un intero triennio (gennaio 2007 - dicembre 2010).

I dati socio/demografici e la partecipazione dei familiari agli incontri sono state rilevate mediante la cartella elettronica dei SERT regionali (Sistema Informativo Regionale Tossicodipendenze - SIRT).

La risposta al trattamento è stata valutata in base ai riscontri dell'analitica tossicologica eseguita due volte per settimana su matrice urinaria e, per pazienti in cura per dipendenza da alcol, mediante il rilievo mensile dei principali markers bioumorali indicativi di abuso alcolico (MCV, γ -GT, ALT, AST e CDT).

Il grado di soddisfazione è stato valutato in base a quanto asserito dai familiari beneficiari dell'intervento.

Per ogni ciclo di incontri i gruppi,

configurati come *chiusi* (partecipanti che iniziano e terminano il ciclo nelle stesse date), hanno interessato un massimo di sette famiglie; unico criterio di esclusione è stata la concomitante dipendenza o abuso di sostanze del familiare o convivente.

Ogni ciclo si è articolato in 10 sedute, a cadenza settimanale e del-

la durata di 90 minuti circa, in cui sono affrontate le seguenti aree tematiche:

- dipendenze patologiche (generalità);
- fattori di rischio;
- fattori di protezione;
- sentimenti di colpa, vergogna, rabbia e speranza;
- capacità espressive e modalità comunicative;
- stile educativo;
- strategie per la gestione di eventuali ricadute.

La prescrizione di farmaci agonisti degli oppiacei è stata effettuata, ove indicata, secondo la pratica clinica corrente e le linee guida internazionali di riferimento in materia.

Le analisi statistiche sono state condotte confrontando le medie con il test *t* di Student per dati non appaiati.

È stato considerato significativo un valore di *p* inferiore a 0,05.

Risultati

L'entità del campione, i rapporti parentali intercorrenti con i pazienti in cura e la partecipazione agli incontri sono illustrate in Tabella 1.

Il 70,5% dei familiari avviati ai gruppi hanno partecipato al 93,1% delle sedute programmate.

Le caratteristiche socio/demografiche del gruppo in studio sono risultate sovrapponibili a quelle del gruppo di controllo (Tabella 2); la sola differenza statisticamente significativa è rappresentata

ROBERTA GUERRIERI¹, MARIA MAZZEI²,
MARCO MONCINI³, MILO MEINI⁴

¹ Collaboratore professionale sanitario Educatore Professionale, UF SERT Zona Valdera, AUSL 5 Pisa

² Collaboratore professionale sanitario Educatore Professionale, UF SERT Zona Alta Val di Cecina, AUSL 5 Pisa

³ Tossicologo Medico, UO Medicina delle Farmacotossicodipendenze, UF SERT Zona Valdera, AUSL 5 Pisa

⁴ Tossicologo Medico, Responsabile Dipartimento delle Dipendenze, Direttore UO Medicina delle Farmacotossicodipendenze, Responsabile UF SERT Zona Valdera, AUSL 5 Pisa

Tabella 1 - Campione in studio e partecipazione all'intervento

	n.
Totale familiari che hanno partecipato agli incontri educativo/informativi	95
<i>Totale nuclei familiari coinvolti</i>	62
Familiari che hanno completato il ciclo di incontri educativo/informativi*	67
<i>Presenza agli incontri (% ± DS)</i>	93,1 ± 8,3
<i>Nuclei familiari</i>	37
Composizione nuclei familiari che hanno usufruito dell'intero intervento	
<i>Entrambi i genitori del paziente in cura</i>	32
<i>Entrambi i genitori ed un fratello/sorella del paziente in cura</i>	12
<i>Un solo genitore del paziente in cura</i>	14
<i>Un solo genitore ed un fratello/sorella del paziente in cura</i>	8
<i>Conviventi del paziente in cura</i>	1

(*) Si assume che il familiare abbia usufruito dell'intervento quando abbia partecipato ad almeno il 70% degli incontri programmati.

da una maggiore prevalenza di celibi/nubili nella coorte in studio rispetto al gruppo di controllo e la prevalenza in quest'ultimo di pazienti con partner stabile.

Nessuna significativa differenza è stata rilevata in ordine alle diagnosi formulate (Tabella 3).

L'analitica tossicologica del gruppo in studio ha evidenziato una riduzione significativamente maggiore delle positività per metaboliti della so-

stanza psicotropa che sostiene la patologia in cura ($p < 0,05$) rispetto al gruppo di controllo (Tabella 4 e Figura 1).

Nessuna differenza è emersa in merito ai markers biumorali di abuso di alcol rispetto al gruppo di controllo; il dato è comunque non significativo dato che solo in 2 casi hanno partecipato ai gruppi familiari di pazienti affetti da dipendenza da alcol.

Tabella 2 - Caratteristiche socio/demografiche (n = 72)

		Pazienti che hanno usufruito dell'intervento educativo rivolto ai familiari	Gruppo di controllo	p
N. soggetti arruolati (età media ± DS)		37 (26,3 ± 5,5)	35 (26,5 ± 4,7)	
Sesso	<i>Maschi</i>	22 (59,5%)	21 (60,0%)	n.s.
	<i>Femmine</i>	15 (40,5%)	14 (40,0%)	n.s.
Stato civile	<i>Celibe/Nubile</i>	34 (91,8%)	23 (65,7%)	< 0,05
	<i>Coniugato/Convivente</i>	2 (5,5%)	12 (34,3%)	< 0,05
	<i>Separato/Divorziato</i>	1 (2,7%)	---	
Titolo di studio	<i>Licenza elementare</i>	1 (2,7%)	2 (5,7%)	n.s.
	<i>Licenza media inferiore</i>	23 (62,2%)	24 (68,6%)	n.s.
	<i>Licenza media superiore</i>	13 (35,1%)	9 (25,7%)	n.s.
	<i>Laurea</i>	---	---	
Occupazione	<i>Disoccupato</i>	15 (40,5%)	12 (34,3%)	n.s.
	<i>Occupato stabilmente</i>	9 (24,4%)	11 (31,4%)	n.s.
	<i>Occupazione saltuaria</i>	8 (21,6%)	10 (28,6%)	n.s.
	<i>Studente</i>	5 (13,5%)	2 (5,7%)	n.s.

Tabella 3 - Diagnosi riscontrate in accordo con i criteri diagnostici ICD 9-CM

	Pazienti che hanno usufruito dell'intervento educativo rivolto ai familiari (n = 37)	Gruppo di controllo (n = 35)	p
Dipendenza da oppiacei	32 (86,5%)*	31 (88,6%)**	n.s.
Dipendenza da cocaina	2 (5,4%)	3 (8,7%)	n.s.
Dipendenza da etanolo	2 (5,4%)	1 (2,7%)	n.s.
Dipendenza da Gamma butirrolattone	1 (2,7%)*	---	n.s.

(*) di cui 31 (86,1%) in trattamento con agonisti puri o parziali degli oppiacei;

(**) di cui 30 (88,6%) in trattamento con agonisti puri o parziali degli oppiacei.

Conclusioni

Nel gruppo in studio i riscontri dell'analitica tossicologica sono risultati significativamente migliori ($p < 0,05$) rispetto al gruppo di controllo.

Tutti i familiari che hanno fruito dell'intervento hanno riferito che la maggiore conoscenza delle patologie da uso di droghe e/o alcol ha permesso loro di archiviare un insieme di pregiudizi e di credenze che in passato aveva pesantemente condizionato il loro approccio con il malato.

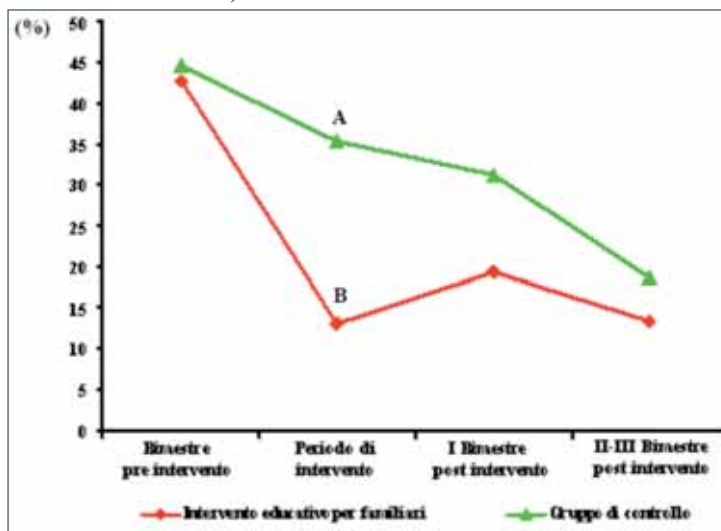
La consapevolezza di poter svolgere un ruolo attivo nel ridurre i fattori di rischio domestico attraverso modalità educative e comportamentali più adeguate e funzionali ha anche consentito una gestione delle criticità familiari decisamente più soddisfacente.

I familiari hanno riferito un generale miglioramento della qualità delle relazioni interpersonali che attribuiscono ad una diminuzione di episodi di tensione e di violenza ed all'acquisizione di più appropriate modalità comunicative.

Quest'ultimo aspetto appare particolarmente significativo in quanto confermato da molti pazienti ai case manager e agli altri professionisti di loro riferimento nel SERT.

I risultati indicano che l'intervento educativo-informativo per gruppi di familiari di pazienti è

Figura 1 - Analitica tossicologica su matrice urinaria. Time course nei pazienti in cura per patologie da uso di sostanze psicotrope illegali (% esami con metaboliti > cut off).



(Test t di Student: A vs B, $p < 0,05$)

un utile strumento non solo per il sostegno delle famiglie ma anche per ridurre l'uso di droghe nei pazienti in cura nei SERT.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: r.guerrieri@usl5.toscana.it

TM

Tabella 4 - Dipendenti da oppiacei e/o cocaina: analitica tossicologica su matrice urinaria

	Pazienti che hanno usufruito dell'intervento educativo rivolto ai familiari (n = 34)	Gruppo di controllo (n = 34)	p
Bimestre pre-intervento			
esami urinari programmati (N. ± DS)	15,5 ± 4,2	12,8 ± 4,6	n.s.
campioni rilasciati (%)	78,7 ± 26,4	76,9 ± 24,7	n.s.
esami con metaboliti > cut off (%)*	42,7 ± 36,3	44,6 ± 26,4	n.s.
Periodo dell'intervento rivolto ai genitori			
esami urinari programmati (N. ± DS)	33,6 ± 10,1	28,8 ± 9,6	n.s.
campioni rilasciati (%)	81,2 ± 23,9	76,9 ± 24,1	n.s.
esami con metaboliti > cut off (%)*	13,1 ± 21,8	35,3 ± 37,6	< 0,05
I bimestre post intervento			
esami urinari programmati (N. ± DS)	23,5 ± 4,1	22,8 ± 7,5	n.s.
campioni rilasciati (%)	75,2 ± 28,1	68,5 ± 28,5	n.s.
esami con metaboliti > cut off (%)*	19,3 ± 30,1	31,2 ± 27,5	n.s.
II e III bimestre post intervento			
esami urinari programmati (N. ± DS)	32,4 ± 7,6	31,8 ± 7,3	n.s.
campioni rilasciati (%)	79,6 ± 30,7	78,8 ± 28,3	n.s.
esami con metaboliti > cut off (%)*	13,4 ± 21,7	18,6 ± 37,5	n.s.
Assenza di metaboliti in tutti i campioni urinari rilasciati nel II e III bimestre post intervento*			
pazienti (N.)	16 (47,1%)	14 (41,2%)	n.s.

(*): morfina e benzoilecgonina 300 ng/ml per la metodica utilizzata (EMIT). I dati indicati in tabella sono da riferire alla presenza nei campioni biologici di metaboliti della sostanza stupefacente che sostiene la malattia in cura.



Maria Serenella Pignotti, spec. in Pediatria e Med. Legale Master di II livello in Bioetica. Perfezionata in Terapia Intensiva Neonatale e Neurologia Neonatale. Neonatologo c/o AOU Meyer, Careggi, Ospedale Torregalli, Empoli. Commissione Ministeriale Salute delle Donne. Insegnamento presso Univ. di Firenze.

La Sindrome di Alienazione Parentale (P.A.S), modello e prototipo di violenza di genere

Sindrome estranea alla Medicina, endemica nei Tribunali

La Sindrome di Alienazione Parentale descritta nel 1985 da un medico americano, Richard Gardner, sarebbe una grave condizione psichiatrica di malattia mentale che affliggerebbe madre e bambino il cui fattore eziologico sarebbe la causa di divorzio. La campagna di denigrazione della madre e l'intervento attivo del bambino nell'opera diffamatoria del padre, che arriva anche a false accuse di abuso sessuale, comportano l'"alienazione" di questa figura genitoriale.

Una volta fatta la diagnosi di PAS nella madre, basata, esempio unico in medicina, su "sintomi" presentati dal figlio, la terapia per l'appunto consiste, nei casi più gravi, nella sospensione dell'affidamento alla madre, col trasferimento della custodia al padre addirittura con l'interruzione di ogni tipo di contatto con la madre. In alcuni più gravi casi è essenziale, viste le reazioni aggressive del bambino al trattamento coercitivo, un periodo di "istituzionalizzazione", una sorta di "desensibilizzazione" prima di darlo definitivamente al padre. Quindi una malattia curata da un provvedimento coercitivo del Giudice. Ed una terapia imposta con la "minaccia" della sospensione del contatto madre/bambino. I cosiddetti "sintomi" del bambino: la **denigrazione** del padre, con motivazioni ritenute dall'esaminatore **frivole, assurde, deboli**; la **mancanza di ambivalenza, l'assenza di senso di colpa, il supporto alla madre**, il fenomeno del **pensatore indipendente**, vale a dire le giustificazioni che il bambino fornisce per spiegare che il suo pensiero è autonomo, che non c'è induzione materna, il raccontare **fatti e scene che, all'udire, sembrano "da adulti"**, fuor di luogo per l'età del bambino ed infine, **l'eventuale ampliamento delle critiche alla famiglia** ed agli amici del padre (per esempio la nuova fidan-

zata), permettono di "diagnosticare" la sindrome nella madre. L'atteggiamento di rabbia, paura, aggressività della madre in Tribunale, la sua combattività nel difendere il figlio sarebbe prova stessa dell'esistenza della PAS ed indicatori della sua gravità. Il suo fare riferimento a Tribunali, organi di Polizia, servizi di protezione dell'infanzia è "sintomo" di PAS.

MARIA SERENELLA PIGNOTTI

Neonatologia AOU Meyer; Università di Firenze

Ogni comportamento che può essere interpretato come ostacolante il rapporto dei figli col padre diventa un chiaro segno di PAS. Non solo, ma più il bambino critica il padre, racconta fatti, tenta di difendere la mamma, è irremovibile verso le visite al padre, più abbiamo la prova della PAS e di PAS grave. Si comprende facilmente come tutti questi comportamenti, di mamma e bambino, possano essere del tutto fisiologici in caso di violenza di genere e di violenza intra-familiare, anzi la PAS con le parole di un Avvocato americano è *"il sogno dell'avvocato della difesa penale poiché ...più grande è la prova del crimine, più grande la prova della difesa"*.

In altre parole la PAS imbavaglia donne e bambini: se la madre è convinta dell'abuso è normale che sia spaventata, che non voglia lasciare i figli soli col padre, che tenti di difenderli, che cerchi di spiegare le proprie opinioni e tanto più non sarà ascoltata ma ogni sua parola usata contro di lei e contro i suoi figli, tanto più si arrabbierà. I bambini, sostenuti dalla madre si fideranno del Tribunale e parleranno, finendo, se considerati malati, in istituto o direttamente proprio dal padre abusante con i rapporti interrotti con la madre. Interessante è notare la differenza abissale tra l'interpretazione di Gardner dei comportamenti delle madri ed i suggerimenti della Associazione Americana degli Psicologi: *"Se il Tribunale ignora la storia di violenza come contesto per il comportamento materno in un caso giudiziario per la cu-*

stodia dei figli, la madre può apparire ostile, non cooperativa, o mentalmente instabile. Per esempio può rifiutare di far sapere dove abita, può opporsi a visite non protette col padre, specialmente se pensa che il suo bambino sia in pericolo. Lo psicologo che minimizza l'importanza della violenza contro la madre o che patologizza la sua risposta ad essa, può accusarla di alienare il bambino dal padre e può raccomandare di dare al padre la custodia a dispetto della sua storia di violentatore".

E, sul versante del bambino, atteggiamenti di questo tipo contro il padre possono essere del tutto fisiologici, o parafisiologici ad essere:

- una **normale risposta adattativa ad un comportamento non adeguato di un genitore;**
- un **comportamento assolutamente giustificabile verso un genitore violento**, cattivo, che abusa di droghe o alcool, maltratta la famiglia o la abbandona;
- parte del **normale sviluppo del bambino** che attraversa fasi di comportamento capriccioso, ribelle ad esempio nell'adolescenza;
- la naturale risposta ad un divorzio, nel quale il bambino prende una posizione;
- un normale atteggiamento verso chi non c'è mai stato, non è mai stato presente.

È evidente che l'alienazione di un genitore può anche essere influenzata dall'altro genitore o da altre persone, ma ridurre un problema così delicato e complesso ad un percorso diagnostico e terapeutico superficiale e inadeguato come la PAS è veramente scorretto oltre che scientificamente inaccettabile, nell'era della medicina dell'evidenza.

La PAS non esiste nei libri di medicina, né nel DSM né nell'ICD. I dati epidemiologici riferiti dai suoi sostenitori appaiono fantasiosi (il 30% dei bambini italiani ne sono affetti, centinaia di migliaia negli USA) e non esiste alcuno studio epidemiologico al riguardo. La terapia è di per sé una "malpractice medica", basata sulla negazione del Codice di Deontologia Medica e sulle norme internazionali di Etica medica. La PAS stessa è una violenza a danno di donne e bambini, squisitamente un affare legale nel quale sono rimasti affogati i Tribunali, rubando alla Medicina termini e quadri non di loro competenza. La Medicina si può discutere nei Tribunali, non inventare. I medici hanno un preciso ruolo nella società, che non può essere vicariato da altri. La PAS non è una malattia, è la caramellina sulla torta nelle complesse cause per l'affidamento dei figli, squisitamente un affare legale che risolve facilmente percorsi estenuanti comportando, però, un serio, gravissimo pericolo per i diritti civili di mamme e bambini. Inaccettabile per il mondo medico nell'era della medicina dell'evidenza, soprattutto se coinvolto nella cura dell'infanzia visto l'enorme significato che ha per noi la tutela del rapporto madre-bambino, la crescita armonica dei piccoli nel rispetto della loro dignità e del loro diritto a crescere tranquilli e sereni. Occorre che, come in altre nazioni civili, il mondo medico italiano prenda presto coscienza di questo pericolosissimo fenomeno, dichiarare la sua estraneità a quanto sta accadendo e riaffermi il proprio ruolo nello studio, nella codifica e nella diagnosi delle malattie. **TM**

La diminuzione dei rifiuti infetti grazie alla programmazione

Corretta gestione dei rifiuti sanitari e raccolta differenziata

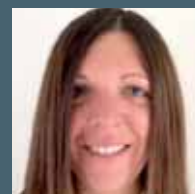
Il volume dei rifiuti, molti dei quali pericolosi, prodotti all'interno della comunità continua ad aumentare, con conseguente perdita di risorse e aumento dei rischi d'inquinamento.

Si va sempre più affermando la necessità di ridurre sia la quantità di rifiuti prodotti che la loro pericolosità mediante la prevenzione, il riutilizzo e la raccolta differenziata.

In tale ottica è necessario valorizzare i rifiuti riducendone la quantità destinata all'eliminazione,

incrementandone il recupero, smaltendoli correttamente e promuovendo la raccolta differenziata per minimizzare l'impatto ambientale e gli effetti negativi sulla salute.

L'ospedale, così come ogni altra realtà aziendale produttiva, dà origine ad una notevole quantità di rifiuti. Il problema relativo alla raccolta, al conferimento e allo smaltimento è piuttosto complesso



Vega Ceccerhini si è laureata in Medicina e Chirurgia nel 2009 presso l'Università degli Studi di Firenze. Dal 2011 è medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. In questo momento svolge un tirocinio formativo presso la Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze.

e riguarda varie figure. Inoltre, le fasi di questo processo possono comportare rischi per gli operatori, effetti dannosi all'ambiente e non ultimo un innalzamento della spesa sanitaria.

In ospedale vanno pertanto adottate tutte le azioni possibili per incentivare la raccolta differenziata, in modo da favorire il recupero, il riutilizzo ed il riciclaggio, con lo scopo di diminuire l'impatto ambientale ed i rischi per la salute, nonché di contenere la spesa sanitaria.

Nell'Azienda Sanitaria 10 di Firenze è stato pertanto messo in ambito un ampio progetto, partito nel 2007, che ha coinvolto diversi professionisti e le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri - Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio, Santa Maria Annunziata e Serristori, Santa Maria Nuova, Pietro Palagi e Ospedale del Mugello -, in collaborazione con il Coordinamento Aziendale di Igiene Ospedaliera.

Il progetto ha previsto diverse azioni, a cominciare dalla stesura di una Procedura aziendale e di istruzioni operative di presidio, con lo scopo di fornire indicazioni riguardanti le modalità di raccolta delle principali categorie dei rifiuti prodotti in ospedale, per la corretta gestione dei rifiuti sanitari e per incrementare la raccolta differenziata dei rifiuti assimilabili agli urbani.

Sono state inoltre organizzate riunioni formative rivolte al personale infermieristico, tecnico, ostetrico, OSS/ OTA e a tutti i nuovi assunti, per fornire conoscenze specifiche relative alla diversa tipologia dei rifiuti prodotti all'interno dell'ospedale, in modo da incentivare la raccolta differenziata di vetro, carta e plastica e diminuire la quantità dei rifiuti speciali e dei rifiuti urbani non differenziati.

Sono stati inoltre predisposti reminder per il personale sanitario, cartellonistica aziendale (con poster affissi vicino ad ogni postazione di raccolta dei rifiuti) e articoli informativi.

Per quanto riguarda la verifica dei risultati è stato organizzato un monitoraggio mensile dell'appropriatezza della raccolta, eseguito mediante una scheda di rilevazione da operatori appositamente formati,

VEGA CECCHERINI¹, SILVIA GUARDUCCI¹,
ANTONELLA ALESSANDRI², SARA BRUGNOLI²,
BARBARA ROSADONI³, LUCILLA NOZZOLI⁴,
SIMONE NALDINI², ALBERTO APPICCIAFUOCO⁵

¹ Medico in formazione specialistica presso la Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze

² Medico Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

³ Infermiera Coordinatrice Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

⁴ Infermiera DS Professional Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio Firenze

⁵ Direttore Sanitario Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

che verificano indicatori specifici come la giusta separazione dei rifiuti assimilabili agli urbani dai rifiuti ospedalieri infettivi, la correttezza della differenziazione di plastica, vetro e carta, la presenza di contenitori/sacchi differenziati sui vari carrelli di attività e il corretto confezionamento dei rifiuti.

Sono stati altresì predisposti dei pannelli di performance quadrimestrali, per rendere noti i risultati del monitoraggio e pubblicizzare i reparti con la migliore performance, e dei tavoli di monitoraggio per la supervisione dei processi di formazione e la verifica dei risultati.

Per quanto riguarda l'Ospedale San Giovanni di Dio, il progetto ha consentito un'ottimizzazione della differenziazione dei rifiuti, con ottimi risultati soprattutto per i rifiuti speciali ospedalieri, la quantità dei quali si è ridotta di quasi la metà dal 2007 al 2011 nonostante nello stesso periodo si sia verificato un incremento dell'attività del presidio.

Ottimi risultati sono stati ottenuti anche sul fronte economico. La spesa per lo smaltimento dei rifiuti infettivi nel nostro presidio è infatti passata dai circa 300.000 € del 2007 ai circa 190.000 € del 2011, per una riduzione di quasi il 40%.

Il progetto, che coinvolge diversi ambiti, ha per il momento ottenuto eccellenti risultati, nonostante le cattive abitudini e la scarsa sensibilità verso il tema siano ancora molto forti.

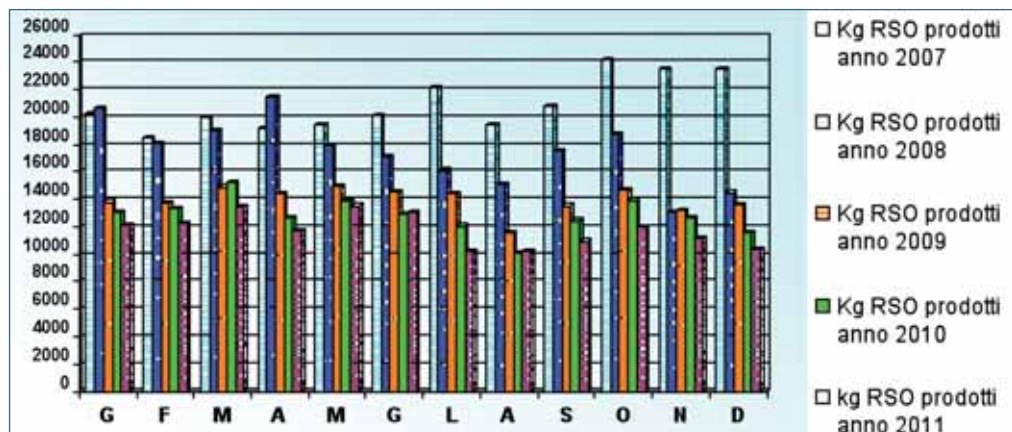
Siamo pertanto convinti che l'operare nella formazione continua (affinché le regole vengano rispettate tutti le devono conoscere!) e in un costante controllo, mantenendo alta l'attenzione in tutti gli operatori su questa problematica porterà ad ottenere una progressiva ulteriore diminuzione dei rifiuti infetti, con il conseguente aumento delle frazioni da inviare al recupero.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: specializzande.sgd@asf.toscana.it

TM

Grafico 1 - Kg di Rifiuti Speciali Ospedalieri prodotti al mese nel presidio Anni 2007/2011.



Concetti di Malnutrizione Ospedaliera

La prevalenza di malnutrizione ospedaliera oscilla tra il 10 e il 58% a seconda del tipo di patologia e di reparto ospedaliero.

La malnutrizione, combinata alla perdita di peso, lede la capacità di recupero del paziente ospedalizzato e facilita la comparsa di complicazioni di tipo infettivo prolungando il ricovero in ospedale.

LUCIA DI BELLO

*Dirigente medico Anestesia e Rianimazione
Ospedale S. Giovanni di Dio, Orbetello, Asl 9, Grosseto*

L'esperienza acquisita nello studio della malnutrizione ospedaliera permette di riconoscere quali siano gli individui ad alto rischio tra i pazienti ospedalizzati, ovvero, quelli a cui prestare massima attenzione: anziani, malati con neoplasie dell'apparato digerente, fistole enterocutanee, epatopatie, malattie infiammatorie intestinali, sindrome da intestino corto, pancreatici, traumi, diabete, chirurgia maggiore, ustioni, sepsi, insufficienza renale, malattia polmonare ostruttiva cronica e, in generale, qualsiasi malattia che aumenti la richiesta energetica del paziente.

Un adeguato stato nutrizionale permette di mantenere la composizione corporea e le funzioni cellulari dell'organismo, al contrario, la malnutrizione comporta tutta una serie di alterazioni anatomiche e funzionali. Possiamo definire la malnutrizione come una malattia provocata dalla deplezione di nutrienti.

Una definizione più completa la considererebbe come un disturbo della composizione corporea caratterizzato dall'eccesso di acqua extracellulare, mancanza di potassio e di massa muscolare associato ad una diminuzione del tessuto grasso e ipoproteinemia. Nel caso della malnutrizione ospedaliera si possono trovare alterazioni ormonali e di diversi componenti, come le interleuchine, che provocano un enorme catabolismo e alterazioni nel metabolismo idrico e salino.

La malnutrizione è un disturbo della composizione corporea prodotto dallo squilibrio tra assunzione e fabbisogno dell'individuo ed è una caratteristica frequente nella maggior parte delle malattie e, anche quando non è presente al momento

del ricovero, può comparire con relativa facilità durante la degenza.

Tutto ciò giustifica lo sviluppo di tecniche di 'Nutrizione Artificiale', meglio definite come 'Supporto Nutrizionale' che rappresentano procedure terapeutiche varie e differenziate mediante le quali è possibile soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di pazienti altrimenti

non in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale.

In ambito ospedaliero, il supporto nutrizionale risulta indicato nelle seguenti condizioni:

- presenza di malnutrizione severa o moderata (calo ponderale superiore al 10% negli ultimi 6 mesi con apporto alimentare intraospedaliero previsto o stimato inferiore al 50% del fabbisogno nutrizionale per un periodo superiore a 5 giorni);
- rischio di malnutrizione (stima o previsione di insufficiente nutrizione orale per almeno 10 giorni);
- ipercatabolismo grave (perdita azotata superiore a 15 gr/die);
- ipercatabolismo moderato (perdita azotata compresa tra 11 e 15 gr/die con previsione di insufficiente nutrizione orale per più di 7 giorni);
- alterazioni dell'assorbimento, del transito intestinale e della digestione del cibo non rapidamente reversibili (per un periodo maggiore ai 10 giorni).

Per ogni paziente ricoverato in ospedale che presenti tali indicazioni, i professionisti che costituiscono il *team nutrizionale* dovrebbero, quindi, collaborare tra loro per:

- identificare il soggetto malnutrito o a rischio di diventarlo (*valutazione nutrizionale*);
- identificare il *fabbisogno nutrizionale* attraverso la valorizzazione clinica del paziente;
- definire la preparazione delle miscele nutrizionali più appropriate al singolo paziente;
- definire la via di somministrazione da utilizzare;
- stendere il programma nutrizionale con la scelta dei parametri (antropometrici, biochimici, immunologici) con cui monitorarne l'efficacia.

TM



Lucilla Zilletti, Prof. Emerita di Farmacologia nell'Università di Firenze

Fitoterapia: un discutibile ritorno al passato

La fitoterapia, cioè l'uso a scopo curativo di piante o estratti di esse, gode di una crescente popolarità tra i pazienti ed è stata recentemente inclusa tra i livelli essenziali di assistenza (LEA) della Regione Toscana.

A differenza di altre medicine non convenzionali, la fitoterapia impiega autentici medicinali contenenti composti chimici bioattivi e quindi capaci di produrre effetti collaterali indesiderati anche gravi se usati senza le precauzioni e le conoscenze della medicina scientifica. Giustificati quindi i presidi di studio e monitoraggio della tossicità primaria di queste sostanze e delle loro interazioni con le cure attualmente in uso. Assai più incerti sono i vantaggi di usare a scopo terapeutico sostanze vegetali invece dei singoli principi attivi isolati che esse contengono. Questi, a nostro avviso, i maggiori motivi di perplessità.

Tutto ciò che è "naturale" non è necessariamente buono

La ragione principale per cui la fitoterapia riscuote consensi è più culturale che scientifica e consiste nell'antica concezione di una natura benevolente nei confronti dell'uomo, concezione riscontrabile già nel libro della Genesi, secondo cui Dio ha creato le piante e le creature animate a nostro beneficio. Questo fa sì che la fitoterapia sia percepita da molti come un rimedio "naturale" preferibile alle "sostanze chimiche" della medicina scientifica.

Tale idea si accorda con l'uso praticato fin da tempi antichissimi delle piante a scopo curativo. Numerosissime infatti le medicine derivate, via via, dalle piante, celebri gli esempi dell'acido acetilsalicilico e del chinino, rimedi originati da osservazioni sulle proprietà curative della corteccia del salice e della cinchona.

In realtà la supposizione che la natura sia sempre amica dell'uomo è erronea anche per il mondo vegetale, basti il banale esempio dei funghi contenenti talvolta veleni anche mortali. Si ritiene a torto, per incultura chimica, che il prodotto naturale sia sempre da preferire ai prodotti chimici ritenuti in genere nocivi perché inquinanti o perché si fa confusione con i materiali radioattivi.

Anche la nozione che si tratta di rimedi antichi

e quindi sicuri perché aventi superato la cosiddetta prova del tempo è spesso ingannevole come è avvenuto per altri atti medici quali il salasso che si sono infine rivelati inutili o dannosi.

Variabilità delle concentrazioni dei principi attivi

Il presupposto teorico della fitoterapia è che un prodotto vegetale naturale *in toto* o fitocomplesso abbia maggiore attività terapeutica e meno effetti collaterali delle singole molecole bioattive in esso contenute. Che esista una sinergia terapeutica tra le varie componenti della pianta è possibile quantunque difficile a dimostrare e poche sono le prove che questo presupposto corrisponda a verità. Tra l'altro niente ci assicura che in alcuni casi possa esistere una

azione opposta, cioè un antagonismo.

Un problema inevitabile dei fitoterapici è che la loro composizione non è costante ma varia in rapporto a diversi fattori quali il tempo della raccolta (tempo balsamico), il terreno, il clima, le tecniche di coltivazione e, soprattutto, la parte della pianta utilizzata. Quindi siamo di fronte a una terapia ad elevata variabilità, caratteristica che rende problematico il processo di standardizzazione, test, verifica clinica che è alla base della medicina moderna. Questo fa sì che la fitoterapia sia difficilmente verificabile e falsificabile, una lacuna che la accomuna alle medicine non convenzionali.

Un altro inconveniente di questa variabilità si verifica nel caso dei fitoterapici il cui principio attivo ha un indice terapeutico basso col conseguente rischio di ottenere nell'organismo concentrazioni tossiche o inefficaci.

Effetti tossici

I fitoterapici possono determinare effetti tossici propri dei principi terapeutici presenti oppure da essi indipendenti. Effetti indesiderati gravi e anche mortali sono stati descritti in pazienti curati con fitoterapici: nefrotossicità da *Aristolochia Fangchi*, emorragie da *Ginkgo biloba*, fotosensibilizzazione da *Hypericum perforatum*, edemi, ipertensione, aritmie e ipopotassiemia da *Glycyrrhiza glabra*, per citarne solo alcuni.

Talvolta la tossicità ha avuto dimensioni endemiche come in Belgio ove un centinaio di persone che usavano, a scopo dimagrante, preparati con-

LUCILLA ZILLETTI*, MAURIZIO PANDOLFI**

* Prof. Emerito di Farmacologia nell'Università di Firenze

** Già Ordinario di Oculistica, Università di Lund (Svezia)

tenenti *Aristolochia* hanno sviluppato un gravissimo danno renale che ha richiesto trapianto di organo.

Interazioni con farmaci in uso

Numerosissimi gli esempi. Recenti rassegne hanno riportato interazioni tra alcuni fitoterapici molto popolari (*Hypericum perforatum*, *Allium sativum*, *Panax ginseng*, *Ginkgo biloba*, *Echinacea*, *Serenoa repens*, *Piper methysticum* ecc.) e farmaci tradizionali. Tali interazioni sono causate di regola da interferenze dei fitoterapici sulle cinetiche dei farmaci attualmente in uso ed in particolare sul loro metabolismo (trasformazione in molecole per lo più non attive) che viene accelerato con conseguente diminuzione delle concentrazioni ematiche del farmaco attivo e riduzione o annullamento degli effetti terapeutici. Ciò è dovuto al fatto che la trasformazione dei farmaci nell'organismo avviene in gran parte per mezzo di una super-famiglia di enzimi, il sistema monossigenasi-citocromo P450, che possono essere sintetizzati *de novo* per stimolo di molecole estranee all'organismo. Questo processo fa sì che i farmaci siano allontanati dall'organismo e non vi si accumulino; esso diventa però svantaggioso, quando viene indotto al punto di non permettere che nel sangue si realizzino concentrazioni ematiche del farmaco necessarie a produrre gli effetti terapeutici. Molte classi di farmaci tradizionali possono subire questo tipo di interazioni se somministrati assieme a induttori enzimatici, quali possono esserci tra i fitoterapici. L'esempio più noto è forse quello dell'erba di San Giovanni usata a scopo antidepressivo la quale interagisce con i farmaci tradizionali determinando l'induzione di enzimi del sistema sopra detto e/o della P-glicoproteina enterica, sistema di efflusso dei farmaci dalle cellule del lume intestinale.

Può anche occorrere l'effetto opposto dovuto alla inibizione degli enzimi metabolizzanti come nel caso del pompelmo il cui succo ha effetti indesiderati se assunto assieme a certi farmaci dei quali determina un indebito aumento della concentrazione ematica.

Presenza di contaminanti

Esistono rapporti sulla contaminazione delle medicine vegetali con sostanze inquinanti quali metalli pesanti e pesticidi. Minerali possono essere aggiunti intenzionalmente come in alcune erbe ayurvediche.

Conclusioni

Visti i numerosi caveat, precauzioni e pericoli che la fitoterapia comporta, la domanda fondamentale da porsi prima di promuovere questa medicina è se esistono vantaggi che giustificano l'uso di un estratto e non del principio (o dei principi) purificato e isolato da esso come la moderna farmacologia ha oggi i mezzi di poter fare. Secondo la letteratura medica i risultati a favore di una risposta affermativa sono deludenti o modesti. Anche dati all'inizio promettenti, come l'uso di estratti di echinacea nel raffreddore, e del Ginkgo biloba nella diminuzione delle capacità conoscitive degli anziani, non sono stati confermati. L'accordo su una azione favorevole esiste in pochi casi come sull'uso dell'erba di San Giovanni nella depressione.

Grazie agli stupefacenti sviluppi della biochimica e della biologia molecolare, la medicina ha fatto e sta facendo rapidissimi progressi. La scienza ci consente oggi di ottenere rimedi puri, quantificabili e biologicamente valutabili nei minimi particolari. Esiste una quantità di motivi sensati per dare la preferenza a questi farmaci.

La fitoterapia ha il merito indiretto di richiamare l'attenzione sui rimedi ottenibili dalle piante e di stimolare così la ricerca volta a ottenere nuovi farmaci. Essa inoltre svolge un utile lavoro di sorveglianza su un mercato insufficientemente regolato. Le manca tuttavia una giustificazione primaria che le può solo pervenire da prove concrete sui vantaggi di usare estratti invece dei singoli principi attivi che i vegetali contengono. Fino a quando tali prove non saranno disponibili, la fitoterapia rimane, in essenza, una "protofarmacologia", un ritorno al passato di dubbia motivazione.

TM



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

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

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

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

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

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



Luigi Tonelli,
Laurea in Medicina,
Specialità in Igiene,
Master in Science.
Direttore Medico
Ospedaliero. Supporto
Evidence-based
Health Care del Consiglio
Sanitario Regionale.

Notizie di Salute Pubblica

Spending Review e anziani: occasioni e distorsioni

SPENDING REVIEW

Donald Berwick e Andrew Hackbarth, ricercatori della Rand Corporation, Centro Studi finanziato in larga parte dal Governo degli Stati Uniti per la produzione di analisi e ricerche, hanno pubblicato nello scorso mese di Marzo su JAMA (**JAMA.2012;307(14):doi:10.1001/jama.2012.362**) un editoriale contenente i criteri per una efficace "Spending Review" nella Sanità americana. Il contenuto dell'editoriale, che si fonda su dati USA, è facilmente adattabile ad altre situazioni nazionali e locali e ad altri contesti.

Il problema è quello, da lungo tempo noto, della elevatissima spesa sanitaria USA, che nel 2011 ha consumato quasi il 18% del Prodotto Interno Lordo e che, se manterrà la stessa tendenza, nel 2020 secondo gli economisti ne consumerà il 20%. Cifre pericolose per l'economia della Nazione, che hanno già condotto molte Amministrazioni a drastici tagli dei salari dei Professionisti e delle quote di rimborso per le prestazioni.

La proposta dei Ricercatori della Rand è all'apparenza banale: ridurre la spesa agendo sulle aree di spreco. La letteratura in tema di *management sanitario* fornisce molte indicazioni in merito a quali e quanti siano gli sprechi nella Sanità degli USA. In particolare 6 sono le aree dove esistono condizioni di spreco:

1. eccesso di lavoro amministrativo;
2. eccesso di procedure mediche ("overtreatment");
3. frodi;
4. variabilità ingiustificata di prezzi e tariffe;
5. errori terapeutici;
6. scarsa coordinazione fra produttori di cure.

Analizzando i dati disponibili, per il 2011 i due Autori quantificano i costi evitabili in 911 Miliardi di Dollari, pari a circa il 5% del PIL USA e a circa il 25% del totale della spesa sanitaria USA. La ripartizione dei costi evitabili per ciascuna delle 6 aree è riportata nella Tabella 1.

Avvalendosi di modelli di previsione, i due Autori hanno stimato l'andamento atteso dal 2011 al 2020 di questi costi evitabili. Per visualizzarlo utilizzano un metodo grafico ("wedges model") proposto nel 2004 da ricercatori dell'Università di Princeton, che evidenzia l'andamento prevedibile delle emissioni di CO2

nell'atmosfera e le aree di possibile contenimento (**Science 2004;305(5686):968-972**). Il "wedges model" dello spreco nella Sanità americana è riportato nella Figura 1 la linea tratteggiata in basso delimita la soglia 2011 di consumo di PIL per la spesa sanitaria, la linea superiore l'andamento complessivo dello spreco prevedibile fino al 2020 se la tendenza attuale resta stabile, le fasce colorate cuneiformi l'andamento percentuale delle singole aree di spreco. In pratica, se la tendenza non viene corretta, nel 2020 un ulteriore 2,5% del PIL degli Stati Uniti verrà consumato per sostenere costi inutili (Figura 1).

Questa semplice e intuitiva rappresentazione è il vero contributo dei due ricercatori della Rand. Politici e Manager possono avvalersene per valutare l'efficacia degli interventi di contenimento. Molti dati possono già essere disponibili o di agevole reperimento: per quanto riguarda l'"overtreatment", ad esempio, esiste una pubblicazione del Novembre 2008 dell'Agenzia USA "National Quality Forum" (http://www.qualityforum.org/Setting_Priorities/NPP/National_Priorities_Partnership.aspx) nella quale vengono indicati i cri-

LUIGI TONELLI

Direttore Medico Ospedaliero, AUSL 7 Siena

Tabella 1

Aree di spreco	media \$(Md)	%
Complessità amministrativa	248	27
Overtreatment	192	21
Frodi e Abusi	177	19
Variabilità tariffaria incongrua	131	14
Errori nelle procedure di assistenza	128	14
Mancanza di coordinazione	35	4
Totale	911	100

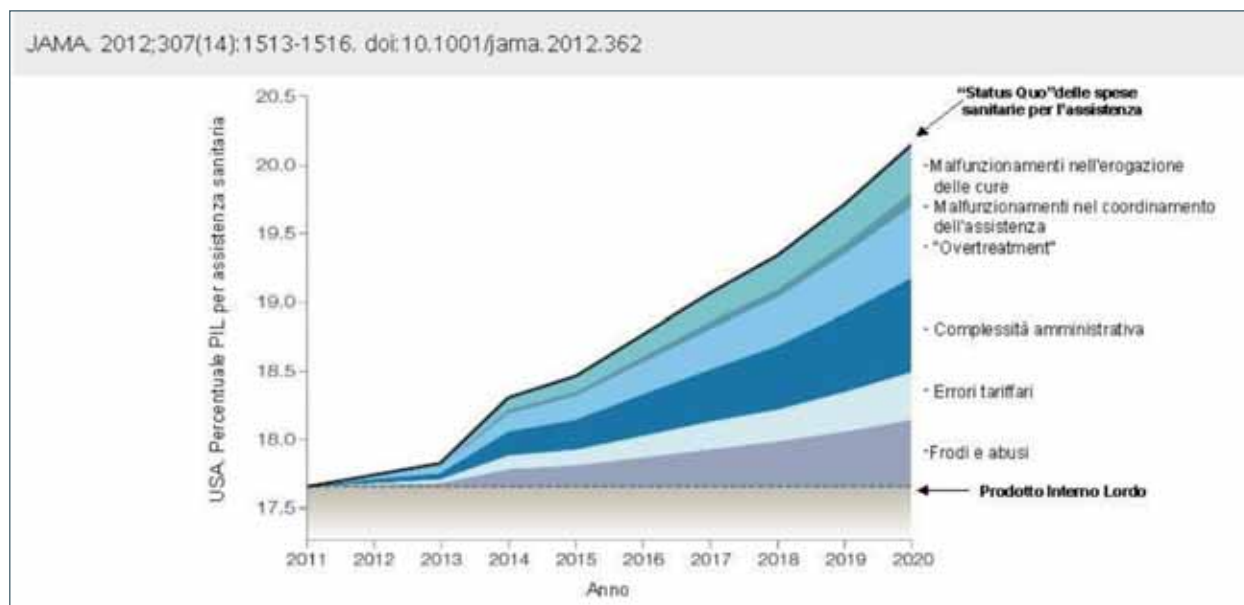


Figura 1

teri per identificare comportamenti e procedure non necessari di cui è possibile la razionalizzazione. Berwick e Hackbarth, comunque, mettono in guardia da azioni incaute per eliminare le aree di spreco, perché, in considerazione del grande volume di attività coinvolto, potrebbero causare scompensi nel sistema produttivo.

ANZIANI E OSPEDALI

La Figura 2 ritrae l'ottantenne Signora Mc Keown in attesa di intervento ortopedico nel complesso ospedaliero di Norfolk e Norwich. La paziente è ritratta all'interno di un magazzino in prossimità del comparto operatorio, privo di servizi e di finestre. Qui è rimasta ad attendere di essere operata per due interi giorni. La vicenda è



Figura 2

Tabella 2

Ospedali	Residenze
Centralità del malato	Centralità dell'ospite
Educazione “geriatrica” dello staff	Competenza specifica del management
Azioni di motivazione dello staff	Idoneità della struttura alle esigenze di persone affette da deficit cognitivi
Ruolo preminente dei Coordinatori Infermieristici	Disponibilità di assistenza sanitaria
Utilizzazione della “Valutazione Multifunzionale Geriatrica”	Attenzione specifica alla fase “end-of-life”
Collaborazione con familiari e “caregiver”	Standard di struttura
Attenzione al mantenimento dell'autonomia del paziente	Sistema di valutazione
Rispetto della persona	Vita attiva delle persone ospitate
Attenzione alla “customer satisfaction”	Costante raccordo con la comunità e con il volontariato
Formazione permanente del tipo “learning on the job”	Uso delle tecnologie disponibili

stata documentata dai familiari, che l'hanno diffusa nel web, ed è stata poi ampiamente ripresa dalla stampa inglese. Il fatto è accaduto nel febbraio 2010 e da allora sono intervenute molte altre segnalazioni di episodi di anziani "abused and neglected" negli ospedali del Regno Unito. Anche il rapporto annuale 2011 della "Patients Association", che da oltre 50 anni sorveglia l'operato del Servizio Sanitario Nazionale britannico, è stato dedicato a presentare storie di anziani trattati, durante l'ospedalizzazione, senza la dovuta attenzione e senza il necessario rispetto. Storie che parlano di scarsa comunicazione con le persone anziane e di poca attenzione a problemi riferibili alla fragilità ed alle copatologie (problemi di udito, vista, continenza, alimentazione, mobilità ecc.).

L'ovvia indignazione dell'opinione pubblica ha avuto come esito interventi di sorveglianza attiva sulle degenze ospedaliere da parte del National Health Service per il tramite di una "Care Quality Commission", di cui già si è riferito. Anche altre Istituzioni, sempre nel Regno Unito, come la "Equality and Human Rights Commission" e la "British Geriatric Society", hanno prodotto documenti sullo scadente trattamento riservato agli

anziani in ospedale ed hanno formulato proposte - tutte facilmente reperibili nella rete - affinché gli anziani ammalati vengano trattati con rispetto e attenzione.

La popolazione anziana è in costante aumento e questo comporta una crescente prevalenza di ricoverati con problemi multipli e complessi. Un recente studio di prevalenza (**AgeAgeing 2012;41:80-86**) ha rilevato che, tra gli ultrasessantenni ricoverati in ospedale, il 50% ha disturbi cognitivi, il 27% presenta uno stato confusionale acuto, il 24% ha una forma depressiva maggiore, il 9% è agitato o aggressivo, l'8% ha deliri e allucinazioni. Ha inoltre rilevato che il 47% è incontinente, il 49% non può alimentarsi da solo e il 44% ha necessità di essere aiutato anche per effettuare piccoli spostamenti. L'impresa sociale "AgeUK" e la NHS Confederation hanno da poco tempo prodotto una pubblicazione sul trattamento degli anziani nei luoghi di cura (<http://www.nhsconfed.org/priorities/Quality/Partnership-on-dignity/Pages/Keyrecommendations.aspx>) contenente 10 Raccomandazioni per gli Ospedali e 10 Raccomandazioni per le Residenze che riguardano gli argomenti indicati in Tabella 2. **TM**

Lettere al direttore

Toscana Medica 9/12



Un programma alcolologico territoriale

Caro Direttore,

ho letto con attenzione l'articolo pubblicato sul mensile Toscana Medica n° 7 dal titolo "Un programma alcolologico territoriale" l'esperienza grossetana.

A mio avviso l'articolo in questione presenta alcune inesattezze.

Innanzitutto è assolutamente privo di fondamento ritenere che la distribuzione del tasso dei bevitori a rischio sul territorio sia direttamente proporzionale alla presenza o meno di Club Alcolisti in Trattamento, non conoscendo il dottor Corlito le varie sfaccettature del tessuto sociale del territorio delle zone della Asl 9 da cui possono derivare diversi stili di vita ed un conseguente diverso modo di assumere alcol.

Ma quello che mi ha indotto a scrivere alla redazione, spinto anche dai miei collaboratori, è il punto nel quale il Corlito afferma "la zona più ca-

rente è a sud, le Colline dell'Abegna, che per un breve periodo ha contato su alcuni Club e che oggi ne è sfornita, anche per la mancata collaborazione con l'U.F. Dipendenze di quel Distretto".

Questo non è vero! Il sottoscritto, e tutti i professionisti del SerT hanno sempre collaborato con le associazioni presenti nella zona.

Inoltre nello stesso articolo viene decantata la convenzione tra il SerT di Grosseto e l'Associazione dei Club dell'Area Grossetana e l'ambulatorio alcolologico che qui opera, bene mi piace sottolineare che anche le UU.FF. Dipendenze Patologiche - SerT delle altre tre Zone della Asl 9, seguono gli alcolisti che lì si rivolgono (e non sono numeri di poco conto) dando risposte più che sufficienti in termini preventivi, terapeutici e riabilitativi, pur con organici ridotti all'osso.

Mario Lupi
Responsabile del SerT Distretto
"Colline dell'Abegna"

Qualità, Equità e Sicurezza nelle residenze sanitarie per anziani

Risultati di un progetto toscano

Il monitoraggio dei più importanti problemi di qualità dell'assistenza per i soggetti accolti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) si presenta ad oggi ancora difficile e affidato a fonti informative diverse. I fattori

critici comuni, sollevati da alcuni studi, sono da un lato la difficoltà di comporre un quadro completo e unitario della qualità dell'assistenza offerta e dall'altro, l'insufficiente diffusione, tra gli operatori sanitari, di validi strumenti di *assessment*, monitoraggio e gestione dei principali problemi di salute.

La Regione Toscana, sin dal 2008, promuove iniziative volte a costruire una rete collaborativa di strutture e operatori che condividano strumenti e metodi per migliorare la pratica assistenziale.

In questo ambito l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) con Regione Toscana, Centro Gestione Rischio Clinico, IPASVI e Università degli Studi di Firenze hanno promosso nel 2010 il progetto "Qualità, equità e si-

curezza in RSA", che si è proposto di migliorare:

- le conoscenze, diffondendo linee guida, strumenti di verifica e relazioni tecniche;
- la sorveglianza, promuovendo il monitoraggio di prevalenza e incidenza;

- la pratica clinica, implementando comportamenti essenziali che garantiscono *standard* di qualità, efficaci e fattibili;

- con riferimento in particolare a ulcere da pressione (UdP), dolore e cadute, tre problemi prioritari tra i molteplici evidenziati in letteratura.

Su circa 300 RSA presenti in Toscana, cinquantaquattro tra pubbliche e private hanno aderito volontariamente allo studio (Figura 1), promosso a partire da novembre 2009, per un totale di 2583 posti letto. A dicembre 2010, gli operatori delle residenze

hanno partecipato a quattro giornate di formazione sui temi presi in considerazione dal progetto e sui metodi di sorveglianza. Questi stessi operatori, tra

FRANCESCA COLLINI¹, MARIANGELA CASTAGNOLI²,
CHIARA LORINI³, MONICA MENCACCI³,
TIZIANA COSTAGLI², LAURA GAMBASSI²,
ALESSANDRO MANCINI², CRISTINA BANCHI²,
CARMINA CAIRO², FRANCESCA CHELLINI²,
BERNARDO FRANCO², ROBERTO GALLI²,
PAOLA PANICHI², GIOVANNI ROMBOLI²,
SARA SANDRONI², GUGLIELMO FORGESCHI³,
TIZIANA NANNELLI³, LAURA RASERO³,
BARBARA TRAMBUSTI⁴, SARA MADRIGALI⁴,
RICCARDO TARTAGLIA⁵, TOMMASO BELLANDI⁵,
NICOLETTA ZAFFARANA⁶,
MARIA CHIARA CAVALLINI⁶, MAURO DI BARI⁶,
GUGLIELMO BONACCORSI³

¹ Agenzia Regionale di Sanità Toscana, Firenze

² Collegio IPASVI di Firenze e Coordinamento Regionale Toscano

³ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze

⁴ Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Residenzialità territoriale, Cure intermedie e Protezione sociale, Regione Toscana

⁵ Centro per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente della Regione Toscana

⁶ Dipartimento di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze

Tabella 1

Indicatori	Numeratore	Denominatore	%
Prevalenza di UdP	N. ospiti con UdP	Totale ospiti	8,7
Incidenza delle cadute	N. eventi di cadute avvenute durante il monitoraggio (3 mesi)	Totale ospiti	14,4
Prevalenza di soggetti caduti	N. ospiti caduti durante il monitoraggio (3 mesi)	Totale ospiti	9,1
Prevalenza di dolore	N. ospiti con dolore acuto, cronico o correlabile a traumi	Totale ospiti	24,3

febbraio e giugno 2011, hanno condotto, nei propri centri, rilevazioni riguardanti il livello di rischio e la prevalenza di UdP, la prevalenza di dolore e la relativa gestione nei successivi sette giorni, il livello di rischio e di incidenza di cadute nei tre mesi di monitoraggio.

Inoltre, per descrivere in modo completo il contesto analizzato, sono stati somministrati due questionari relativi al *casemix* degli ospiti e alla sicurezza degli ambienti e dei presidi adottati.

La rilevazione ha reso disponibile, in linea con i valori riscontrati in altri studi, una misurazione *baseline* dei problemi traccianti (Tabella 1) e ha permesso di identificare aree critiche per la qualità dell'assistenza. Non possiamo tuttavia prescindere dalla considerazione che la popolazione esaminata presenta un quadro clinico complesso (Tabella 2) che contribuisce ad accrescere queste criticità. La difficoltà nella deambulazione, l'eventuale utilizzo di ausili, la necessità di assistenza negli spostamenti, finanche la difficoltà a muoversi nel letto generano infatti livelli elevati di rischio di cadute e di sviluppo di UdP (Figura 2), così come la presenza di un severo deterioramento intellettuale non consente facilmente di comprendere e gestire appropriatamente la sintomatologia del dolore, che

potrebbe essere riconducibile ad aspetti sia funzionali (sfera motoria) che socio-relazionali (sfera comportamentale). Per gli ospiti che presentano dolore, l'équipe sceglie un trattamento di tipo farmacologico nel 42%, socio-relazionale nel 33% e di tipo fisioterapico-riabilitativo nel 27% e, dopo l'intervento, mediamente il dolore diminuisce nel 10% dei casi.

La gestione dei residenti e la sicurezza degli ambienti costituiscono due ulteriori aspetti critici.

La prima problematica evidenza in particolar modo sia lo scarso utilizzo di presidi antidecubito (soltanto nel 31,4% degli ospiti), spesso inadeguati (materassi con motore ed altezza inferiore a 10 cm), che la difficoltà da parte degli operatori a gestire in modo uniforme il sintomo del dolore, anche in conseguenza della discrezionalità nell'osservazione diretta e nel monitoraggio quotidiano.

Tra gli aspetti puramente strutturali si osservano la mancanza di illuminazione appropriata nel percorso camera-bagno durante la notte o di spondine adattabili/rimovibili del letto e la presenza di tende/veneziane, mobili ingombrante, pavimenti scivolosi sia nelle camere che nelle sale da pranzo e nei corridoi, ovvero i luoghi dove le cadute avvengono con maggior frequenza (Figura 3).

Tabella 2

Indicatori casemix		% ospiti
VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' (Scala Barthel)	Disabilità motoria e funzionale severa (punteggio ≥ 65)	66,9
VALUTAZIONE COGNITIVA (Test Pfeiffer)	Deterioramento severo delle funzioni intellettive (punteggio 8-10)	49,0
VALUTAZIONE COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (SOSIA)	Confusione, irritabilità, irrequietezza (almeno 1 item con livello 6)	36,4
VALUTAZIONE SENSORIO E COMUNICAZIONE (SVAMA)	Comunicazione, espressione, udito (almeno 1 item con livello 6)	19,4
DISEASE COUNT	Compresenza di 3 e + patologie	38,0

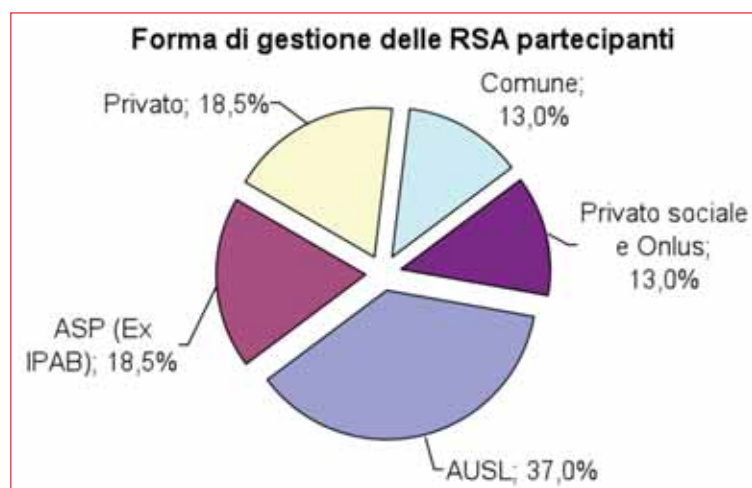


Figura 1

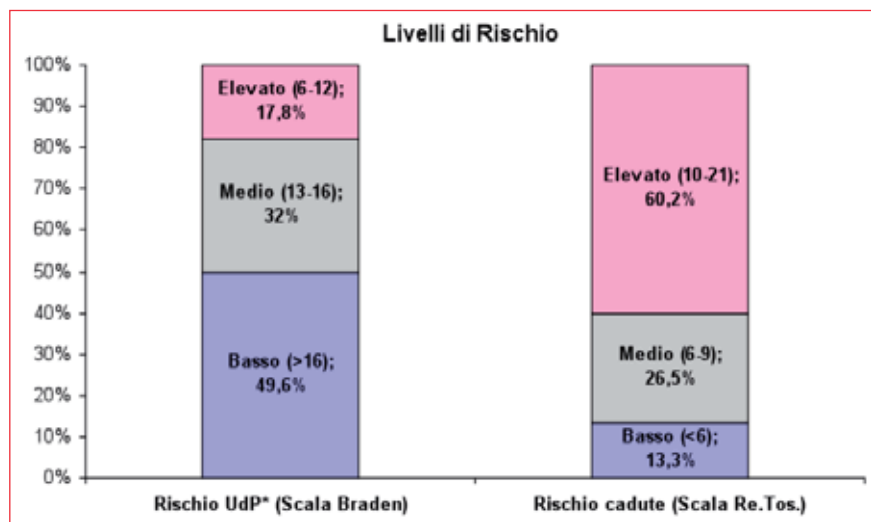


Figura 2
* dato missing = 0,6%

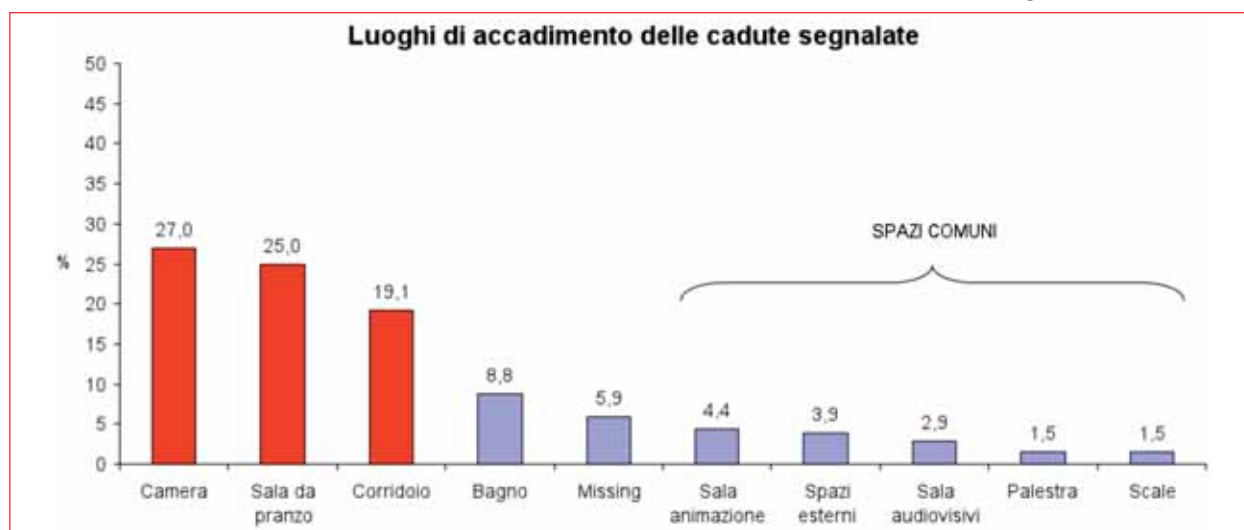


Figura 3

Questa esperienza è confluita nel Progetto nazionale "Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA" che vede coinvolte Toscana, Liguria, Emilia-Romagna e Istituto Superiore di Sanità con il gruppo S. Raffaele La Pisana di Campania e Puglia¹. L'obiettivo del progetto, avviato a settembre 2010, è la definizione concettuale ed operativa di un sistema di sorveglianza *quality ed equity oriented* in RSA e la validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori di struttura, processo ed esito.

La Toscana avrà così l'opportunità di ampliare gli ambiti di studio includendo il rischio di malnutrizione, l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci e il declino cognitivo-funzionale dell'ospite, nonché l'opportunità di confrontarsi con le altre realtà coinvolte.

Ringraziamenti

Si esprime particolare riconoscenza a tutti gli operatori che hanno partecipato al progetto dimostrando disponibilità nello sperimentare nuovi strumenti di rilevazione e nel diffondere un linguaggio comune nella pratica dell'assistenza in RSA.

Inoltre, la nostra più sincera gratitudine va a Stefania Rodella, senza la cui iniziativa questo progetto non avrebbe avuto luogo.

Riferimenti bibliografici:

Sono pubblicati su sito ARS al seguente indirizzo: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/rsa>.

¹ Progetto finanziato dal Ministero della Salute - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm); coordinamento scientifico a cura di Stefania Rodella (Resp. Area Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi, Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia-Romagna); unità operativa capofila Regione Toscana.



TICKET AL PRONTO SOCCORSO

Con
le **NOVITÀ**
dal 3 settembre
2012

Nei Pronto soccorso della Toscana, per le situazioni classificate con codice di priorità *bianco* o *azzurro*, è previsto il pagamento di un ticket pari a 25 euro, comprensivo della valutazione clinica e di eventuali esami di laboratorio. Questa cifra può salire di altri 25 euro nel caso siano eseguite prestazioni di diagnostica strumentale (radiografie, ecografie, ecc). Non è richiesto pagamento del ticket per i codici *rosso*, *giallo* e *verde*.

Sono esenti dal pagamento del ticket:

- gli assistiti esenti dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
- i ragazzi di età inferiore a 14 anni
- gli utenti dimessi dal Pronto soccorso con codice di priorità bianco ed azzurro per situazioni correlate a: avvelenamenti acuti, traumatismi (che esitino in sutura o immobilizzazione), necessità di un breve periodo di osservazione nell'area del pronto soccorso o comunque all'interno della struttura ospedaliera.

Digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini (es. ecografia, radiografia, risonanza magnetica, Tac)

Dal 3 settembre 2012 è introdotto un contributo di 10 euro per la digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini (produzione, archiviazione, trasmissione dell'immagine). Il contributo non è dovuto nei casi in cui si procede al ricovero a seguito dell'accesso in Pronto soccorso.

Sono esentati dal contributo di 10 euro:

- gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia ed ex deportati in campo di sterminio (codice esenzione G01-G02)
- gli invalidi per servizio (codice di esenzione S01-S02-S03)
- gli invalidi civili al 100% e i grandi invalidi per lavoro (codice esenzione C01-C02-C04-L01)
- i danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla L.210/1992 (codice esenzione N01)
- le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari (codice esenzione V01-V02)
- i ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 e i sordomuti (codice esenzione C05-C06)
- gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse (codice esenzione J05)
- i disoccupati, e familiari a carico, con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico - art.8, comma16, L. 537/93 (codice esenzione E02)
- i disoccupati, lavoratori in cassa integrazione e in mobilità e familiari a carico - DGR n.1164/2011 (codice esenzione E90-E91-E92)
- i titolari di assegno sociale e loro familiari a carico (codice esenzione E03)
- i titolari di pensione minima con età superiore ai sessanta anni e reddito del nucleo familiare fino a 8.263,31 euro incrementabili fino a 11.362,05 euro per coniuge a carico e di ulteriori 516,46 euro per figlio a carico (codice di esenzione E04).

Per informazioni

Numero verde regionale 800 556060 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 15.00

e-mail: ticket.sanita@regione.toscana.it

www.regione.toscana.it/ticketsanitario



TICKET SULLE RICETTE DEI FARMACI

In Toscana sono modulati sul reddito

Con
le **NOVITÀ**
dal 3 settembre
2012

Dal 3 settembre 2012, la Regione Toscana applica nuove tariffe per i **ticket sui farmaci**, per far fronte al decreto governativo n.95/2012 sulla revisione della spesa.

Le novità introdotte confermano il sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria legato a criteri di equità e di tutela delle fasce più deboli. Oltre ai cittadini esenti come da elenco, sono esclusi dal pagamento i cittadini con reddito familiare fiscale o Isee fino a 36.151,98 euro e i malati cronici o con malattia rara fino a 70.000 euro.

I cittadini segnalano l'appartenenza ad una delle fasce economiche indicate autocertificando il reddito familiare fiscale o attestando l'Isee, attraverso l'inserimento sulla ricetta del codice relativo e della propria firma.

Fasce economiche, ticket corrispondenti e codici

Fasce economiche reddito familiare fiscale (ER) o Isee (EI)	Ticket a confezione e ricetta	Codice per fasce reddito (ER) o Isee (EI)
fino a € 36.151,98	€ 0	ERA o EIA
da € 36.151,99 a € 70.000	€ 2 a confezione, fino a un massimo di € 4 per ricetta	ERB oppure EIB
da € 70.001 a € 100.000	€ 3 a confezione, fino a un massimo di € 6 per ricetta	ERC oppure EIC
oltre € 100.000	€ 4 a confezione, fino a un massimo di € 8 per ricetta	ERD oppure EID

Sono esclusi dal pagamento del ticket:

1. assistiti con reddito familiare fiscale o indicatore ISEE fino a 36.151,98 euro (ERA o EIA)
2. assistiti affetti da patologia cronica e invalidante individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001 per i farmaci correlati alla patologia di esenzione con reddito familiare fiscale o indicatore ISEE fino a 70.000 euro
3. invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia ed ex deportati in campo di sterminio (codice di esenzione G01-G02)
4. Invalidi per servizio (codice di esenzione S01-S02-S03)
5. invalidi civili al 100% e i grandi invalidi per lavoro (codice di esenzione C01-C02-C04-L01)
6. danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge 210/1992 (codice di esenzione N01)
7. vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari (codice di esenzione V01-V02)
8. ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 e i sordomuti (codice di esenzione C05-C06)
9. infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse (codice di esenzione L04)
10. disoccupati, e familiari a carico, con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico - art.8, comma16, L.537/93 (codice di esenzione E02)
11. disoccupati, lavoratori in cassa integrazione e in mobilità e familiari a carico - DGR n. 1164/2011 (codice di esenzione E90 -E91-E92)

Note:

- L'importo del ticket si somma alle eventuali quote pagate dall'assistito nel caso in cui richieda un farmaco di prezzo superiore a quello di riferimento.
- Laddove l'importo del ticket fosse maggiore al costo della confezione del farmaco, l'utente è tenuto a pagare un importo pari al prezzo del farmaco.
- Nell'anno solare la somma dei ticket sulla farmaceutica convenzionata a carico di un singolo utente, non può superare l'importo di 400 euro.

Per informazioni

Numero verde regionale 800 556060 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 15.00

e-mail: ticket.sanita@regione.toscana.it

www.regione.toscana.it/ticketsanitario



TICKET SULLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Ricette per visite specialistiche, prestazioni radiologiche, esami di laboratorio e diagnostica strumentale

In Toscana sono modulati sul reddito

Con
le **NOVITÀ**
dal 3 settembre
2012

Dal 3 settembre 2012, la Regione Toscana applica nuove tariffe per i ticket aggiuntivi sulla specialistica ambulatoriale (ricette per visite specialistiche, prestazioni radiologiche, esami di laboratorio e diagnostica strumentale), per far fronte al decreto governativo n.95/2012 sulla revisione della spesa.

I cittadini segnalano l'appartenenza ad una delle fasce economiche indicate compilando e firmando una dichiarazione per autocertificare il reddito familiare fiscale oppure una attestazione relativa all'Isee.

Fasce economiche e ticket aggiuntivo corrispondente

Fasce economiche reddito familiare fiscale (ER) o Isee (EI)	Ticket aggiuntivo per ricette di specialistica ambulatoriale				
	Specialistica ambulatoriale escluso le prestazione in dettaglio	Rmn e Tac	Prestazione a cicli	Pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitazione	Chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini (Pet e scintigrafie)
fino a € 36.151,98	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
da € 36.151,99 a € 70.000	€ 10	€ 10	€ 10	€ 32	€ 15
da € 70.001 a € 100.000	€ 20	€ 24	€ 24	€ 52	€ 30
oltre € 100.000	€ 30	€ 34	€ 34	€ 82	€ 40

Per le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (Pma) è introdotto un ticket differenziato in base alla tipologia, che si applica a tutti gli utenti indipendentemente dalle fasce di reddito.

Sono esclusi dal pagamento del ticket aggiuntivo:

- gli assistiti con reddito familiare fiscale o indicatore Isee fino a 36.151,98 euro
- le ricette relative a prestazioni specialistiche di importo complessivo non superiore a 10 euro
- gli assistiti già esenti per le prestazioni specialistiche.

Digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini (es. ecografia, radiografia, risonanza magnetica, Tac)

Viene introdotto un contributo di 10 euro per la digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini (produzione, archiviazione, trasmissione dell'immagine).

Prestazioni escluse dal contributo di 10 euro:

- prestazioni pre ricovero, post ricovero e in dimissione protetta
- prestazioni erogate per la diagnosi precoce dei tumori ai sensi dell'art. 85, comma 4, L.388/2000 e nell'ambito dei programmi di screening regionali.

Sono esentati dal contributo di 10 euro:

- gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia ed ex deportati in campo di sterminio (codice esenzione G01-G02)
- gli invalidi per servizio (codice di esenzione S01-S02-S03)
- gli invalidi civili al 100% e i grandi invalidi per lavoro (codice esenzione C01-C02-C04-L01)
- i danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla L. 210/1992 (codice esenzione N01)
- le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari (codice esenzione V01-V02)
- i ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 e i sordomuti (codice esenzione C05-C06)
- gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse (codice esenzione L04)
- i disoccupati, e familiari a carico, con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico - art.8, comma16, L. 537/93 (codice esenzione E02)
- i disoccupati, lavoratori in cassa integrazione e in mobilità e familiari a carico - DGR n.1164/2011 (codice esenzione E90-E91-E92)
- i titolari di assegno sociale e loro familiari a carico (codice esenzione E03)
- titolari di pensione minima con età superiore ai sessanta anni e reddito del nucleo familiare fino a 8.263,31 euro incrementabili fino a 11.362,05 per coniuge a carico e di ulteriori 516,46 euro per figlio a carico (codice di esenzione E04).

Per informazioni

Numero verde regionale 800 556060 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 15.00

e-mail: ticket.sanita@regione.toscana.it

www.regione.toscana.it/ticketsanitario

Oltre il carcere-manicomio

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, ultimo baluardo delle Istituzioni Totali, frutto del connubio tra esigenze di controllo sociale di competenza della Giustizia e le esigenze di studio scientifico promosse dal "Positivism", è ormai giunto alla fine del suo secolare percorso.

Tali strutture, utilizzate per il controllo delle persone non imputabili per infermità di mente e ritenute socialmente pericolose, sono rimaste ancorate ad un modello di istituzionalizzazione della malattia mentale.

Neppure il processo di Riforma Psichiatrica, attuato con la Legge 180/78, ha potuto incidere sull'esistenza di tale struttura, divenuta Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) nel 1975.

L'attribuzione al Sistema Sanitario di ogni Regione della competenza nella cura delle persone sottoposte a misure di sicurezza o detenute, con problemi psichici, oggetto del DPCM 1-4-08, è il cardine essenziale per garantire quei percorsi di re-inclusione sociale e di recupero dei diritti individuali.

Quel che sembrava impossibile diventa ora una reale e concreta possibilità: la recente Legge 09/2012 specifica in maniera stringente il percorso verso la chiusura dell'OPG:

- ogni Regione dovrà realizzare entro il 31 marzo 2013 le strutture previste dal Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Giustizia; tale decreto individua come modelli organizzativi strutture da 20 posti letto, gestite solo da medici e personale sanitario;
- il controllo esterno di tali strutture, laddove necessario per garantire l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva, sarà realizzato con modalità definita in accordi stipulati tra la Regione e le locali Prefetture;
- come prevede l'Accordo del 13 Ottobre 2011 della Conferenza Unificata, nei Penitenziari dovranno essere realizzate Sezioni Psichiatriche per detenuti condannati cui sopravvivono problemi psichici (art. 148 del Codice Penale, detenuti "minorati psichici", detenuti cui è richiesto accertamento delle condizioni psichiche. I Servizi Psichiatrici dovranno organizzare specifiche articolazioni organizzative.

Di conseguenza, dopo il 31 marzo 2013 nessuno potrà più essere "ricoverato" in OPG per eseguire una misura di sicurezza o perché assegnato per misura di Casa di Cura e Custodia ma solo nelle strutture precedentemente descritte.

Entro tale termine, le persone ancora presenti in OPG, se hanno cessato di essere pericolose socialmente, devono essere senza indugio dimesse e reinserite nel territorio o nei Servizi.

La Legge 9/12 ha previsto fondi e risorse sicure per realizzare le strutture e per il personale necessa-

rio sia alle dimissioni che alle strutture stesse.

Nella Regione Toscana la realizzazione di quanto richiesto dalla Legge 09-12 dovrà essere concordata con l'Amministrazione Penitenziaria e le altre 3 Regioni del bacino che afferiscono alla struttura di Montelupo Fiorentino (Liguria, Sardegna, Umbria).

Il 92% dei presenti nell'OPG di Montelupo Fiorentino fa attualmente parte delle 4 Regioni che hanno già sottoscritto un'intesa il 22-12-2011, per realizzare in maniera congiunta le azioni descritte.

La Regione Toscana dovrà pertanto:

- Condividere e definire con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria degli Istituti Penitenziari circa la definitiva realizzazione delle sezioni psichiatriche per le posizioni giuridiche di cui al punto C).

- Definire il programma di investimenti per organizzare le strutture previste dal Decreto del Ministero della Salute, individuare il numero delle strutture necessarie, per richiedere i fondi previsti nella Legge 9/12. L'attuale numero di residenti toscani, sottoposti alle due misure previste (ricovero OPG e Casa di cura e Custodia), si aggira sulle 30 unità e, valutando la serie storica di presenze degli ultimi 3 anni, dovranno essere allestite almeno due strutture.

- Definire un piano di dimissioni dei pazienti, ulteriore e aggiuntivo rispetto a quello attivato dalla Regione Toscana con DGR 441/2011 - che ha già portato al reinserimento sul territorio, attraverso percorsi personalizzati, 21 internati toscani che avevano le condizioni giuridiche e sanitarie per poter essere dimessi - attraverso il potenziamento delle rete dei servizi o l'individuazione di budget di cura individuali da utilizzare per il reinserimento nel territorio a fine misura di sicurezza. Negli ultimi due anni sono state dimesse dall'OPG di Montelupo Fiorentino n. 180 persone delle quali n. 60 residenti in Toscana. I costi effettivi sostenuti per il primo anno post dimissione ascendono a € 49.056,00 in media per ogni inserimento.

Il 50% degli inserimenti ha un alto costo di gran lunga superiore alla media e superiore ai € 60.000,00 annui.

Oltre tali interventi sarà necessario ed indispensabile definire un sistema regionale che vada oltre la contingenza, attualmente prioritaria, finalizzata alla chiusura dell'OPG: è necessario prevedere per il futuro un'organizzazione dei Servizi territoriali in grado di affrontare la presa in carico dei pazienti sottoposti a misure di sicurezza.

I Servizi Territoriali saranno sempre più spesso direttamente chiamati ad indicare al Magistrato i percorsi di cura necessari per le persone autori di reato, inferme di mente, sottoposte a misure di sicurezza "detentive", nell'ambito delle strutture re-

FRANCO SCARPA*, BARBARA TRAMBUSTI**

* U.O.C. "Salute in Carcere" USL 11

** Settore Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale

gionali organizzate, o in alternativa ad esse nei propri presidi territoriali.

La Rete regionale dei Servizi per la Salute Mentale deve essere pertanto in grado di gestire i percorsi terapeutico-riabilitativi dei pazienti, sia in collaborazione con le predette strutture deputate ad occuparsi della fase "detentiva" delle misure di sicurezza detentive, sia nella fase successiva alla dimissione da tali strutture, o anche in alternativa ad esse.

Le strutture residenziali dove accogliere le persone, attualmente destinate agli OPG, non dovranno pertanto essere più carceri, come finora accaduto negli OPG, ma neanche dovranno diventare, o assumere le funzioni, degli Ospedali Psichiatrici, chiusi nel 1978.

Le strutture dovranno poter organizzarsi secondo differenziati gradienti di sorveglianza e livelli di assistenza, per garantire la sicurezza esterna, dovuta per la natura penale della misura applicata, senza per questo limitare l'intervento sanitario.

È indispensabile costruire un percorso graduale, e sperimentale, nella realizzazione delle strutture dove le assegnazioni per misure di sicurezza, sia i prosciolti che le CCC, dovranno essere eseguite.

Analogamente, la gradualità nel trattamento terapeutico, e nella messa in atto dei progetti individuali, rappresenta il migliore, e più efficace, metodo di intervento per concretizzare il trattamento degli utenti psichiatrici sottoposti a misura di sicurezza o soggetti a provvedimenti penali.

Una riflessione condivisa tra tutti i Servizi Psichiatrici, e quanti coinvolti per patologie concomitanti (Dipendenze Patologiche, Disabilità), deve far scaturire una modifica delle prassi di valutazione e di intervento nei confronti delle persone affette da patologia psichica, ed autori di reato, passaggio indispensabile ed indifferibile per affiancare alla Riforma ed alla chiusura degli OPG la creazione di un sistema di completa assunzione di competenza e responsabilità nella gestione dei pazienti.

Consiglio Sanitario Regionale

Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale

Parere 29/2012

Il Consiglio Sanitario Regionale nella seduta dell'8 maggio 2012 ha ricostituito la Commissione Regionale per il governo clinico della salute mentale designando quali componenti: Marzia Fratti, Gabriella Smorto, Annalisa Monti, Sandro Domenichetti, Mario Serrano, Vito Danza, Stefania Francolini,

Luca Paletti, Sandro Maurri, Donella Prosperi. Si recepiscono inoltre le nomine pervenute ufficialmente dagli organi deputati: Liliana Dell'Osso, Andrea Fagiolini, Stefano Pallanti, Vincenza Quattrocchi e Giuseppe Cardamone. Coordinatore: dr. Andrea Fagiolini.

L'Analisi del comportamento applicata (ABA)

Parere 32/2012

Il Consiglio Sanitario Regionale nella seduta dell'8 maggio 2012 ha espresso il seguente parere sulla Terapia ABA per pazienti affetti da autismo:

La letteratura concorda nel definire l'Autismo come una Sindrome comportamentale. Obiettivo del progetto di "cura" è quello di migliorare l'interazione sociale, la comunicazione, gli interessi.

Attualmente le "cure" si basano su strategie cognitivo-comportamentali, specifiche per ciascun soggetto e di difficile valutazione oggettiva, fra queste l'Analisi del comportamento applicata (ABA), è la metodologia che oggi trova in letteratura maggiori consensi.

Omissis

L'analisi del comportamento applicata (ABA - Applied Behavior Analysis) è la metodologia che trova oggi i maggiori consensi, viene suggerita dalle linee guida per l'autismo della SINPIA.

Il suo razionale si basa sull'osservazione dei comportamenti e delle motivazioni della persona autistica al fine di progettare metodologie di rapporto, indicazioni di attività, strumenti da utilizzare con lo scopo di ricercare motivazioni, prevedere reazioni, costruire

strategie adattive per il compenso dei deficit.

ABA prevede una lunga osservazione della persona autistica, diversificata nelle varie fasce di età. Partendo dalle osservazioni raccolte vengono strutturati interventi educativi finalizzati alla ricerca dei compensi. In sintesi ABA è metodica cognitivo-comportamentale che tende alla ricerca di informazioni utili per progettare eventi educativi finalizzati al compenso.

Si avvale di un corpus di tecniche rigorosamente stabilite, sono previste prove, rinforzi, concatenamento fra eventi, valutazione delle preferenze.

Omissis

Comunque sono trattamenti di estrema complessità organizzativa, con tempi di risposta difficilmente prevedibili, le cui valutazioni sono complesse e fortemente soggettive.

RITEENE pertanto sul far rientrare il trattamento "A.B.A." per i disturbi pervasivi dello sviluppo (Spettro Autistico), nelle prestazioni erogate dal SSN, come previsto dalla delibera di Giunta Regionale n. 493/2001 e s.m.i.

I medici tra frugalità e giustizialismo

ANTONIO PANTI

Dalla politica dei tagli all'etica dell'evitare gli sprechi il passo è grande; e dobbiamo costringere i governanti a farlo per non distruggere uno dei migliori servizi sanitari del mondo. L'assistenza si fonda sul principio che chiunque sia malato (universalità del diritto) possa essere curato (uguaglianza dell'accesso). Finora il servizio ha utilizzato, per organizzarsi, i due canoni della solidarietà e della sussidiarietà. Ora occorrono anche frugalità e parsimonia: medici, politici e cittadini dovranno acquisire e mettere in campo queste due doti morali. Tutto ciò richiede coesione sociale da parte di tutti e, ai medici, di praticare l'etica dell'appropriatezza clinica e gestionale. Solo così è accettabile in sanità la *spending review*, perché rientra nel concetto di giustizia.

La casistica degli sprechi è grande. E spesso supera i confini, meramente economici, del comprare a minor prezzo oggetti di ugual valore per attingere alle sfere dell'etica. Eppure, per garantire le migliori terapie, occorre un uso equanime delle risorse, e basti pensare alla prescrizione in oncologia di farmaci di terza e quarta linea, costosissimi e spesso poco efficaci. Ma il calcolo del rapporto tra costi e benefici non può che spettare al medico. Insomma si torna alla frugalità e alla parsimonia; i vincoli di bilancio non possono essere ignorati, anzi il medico deve ragionare avendo ben presente questo parametro. Un impegno che coinvolge tutta la catena gerarchica della sanità e tutti coloro che si occupano di qualsiasi percorso diagnostico e terapeutico. Un buon medico oggi deve amministrare bene il proprio budget, anche se ciò sarà possibile nella misura in cui il carico burocratico diminuirà drasticamente e il tempo per la cura sarà nuovamente disponibile. Il medico moderno rispetta i principi deontologici tra i quali la giustizia e l'equità.

Immaginiamo allora di concertare con la Regione e le ASL i criteri e i limiti della razionalizzazione del sistema sanitario in modo di giungere non a razionamenti ma a ulteriori miglioramenti dell'assistenza. Insomma sulla base di principi condivisi i medici contribuiscono a evitare sprechi,

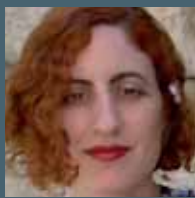
dai piccoli ospedali alla pluralità dei centri di eccellenza, all'uso dei dispositivi e dei farmaci. Tutto bene? Non proprio in questa professione in generale assai disponibile a collaborare, a correggere i propri errori, a surrogare le carenze del sistema con l'empatia per i pazienti. Non è facile fare il medico quando tutto cambia continuamente, il processo innovativo è sconvolgente, le richieste dei cittadini sempre più pressanti e, nello stesso tempo, la caccia al colpevole di malpractice è diventata un ottimo modo per vendere i giornali.

Quanti episodi di "errore medico", mai dimostrati, sono apparsi sulla stampa quasi che magistrati e giornalisti avessero assunto qualità di giustizieri di una professione facilonona e imprudente! In uno strano connubio tra maggioranza e opposizione anche in Toscana, terra civile e razionale almeno a detta dei toscani, si è proposto, dopo un episodio spiacevole ma spiegabile avvenuto nel più grande ospedale regionale, di segnalare subito alla stampa, appena annunciato ai parenti il triste evento, il sospetto errore del medico, in una sorta di catarsi tra il flagellante e il masochista. Anche senza calcolare i danni provocati dalla perdita di fiducia dei pazienti, chi ripaga i medici di queste accuse, clamorose al loro apparire e neglette quando finiscono con l'assoluzione, il che accade quasi sempre?

È vero, non tutti i medici sono convinti dell'obbligo morale di essere parsimoniosi. Ma il clima giustizialista vigente in questo paese non facilita il compito. E le due cose sono legate, perché le virtù si esercitano al meglio quando sono socialmente riconosciute, il contrario di quel che accade in questi calamitosi tempi. La professione deve guardare avanti senza recriminazioni, ma anche senza fungere da capro espiatorio a nessuno, politici o magistrati o giornalisti. Tra l'altro basterebbe pensare a una polizza obbligatoria di risarcimento civile sanitario. Scherzando, ma non tanto, bisogna prender atto che, tra i tanti compiti della medicina moderna, non ultimo sembra essere quello di consentire la sopravvivenza economica di molteplici categorie professionali. E senza neppure un ringraziamento. **TM**

BACHECA

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



Stefania Pisano, si è laureata nel 2005 a Firenze e specializzata in Arteterapia nel 2011 presso il Centro Ricerche Europeo Terapie Espressive. Dal 2007 collabora con il Gruppo di Studio degli Aspetti Nutrizionali e Comportamentali dell'Adolescenza di Firenze. Dal 2010 è Socio Aderente della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza.

L'estetica del cibo: alimentazione e colori in età evolutiva

È buono da mangiare quello che è buono da vedere

Il piatto è come la tela bianca per un pittore: esso va organizzato armoniosamente con forme e colori...

Introduzione

I colori esercitano un ruolo importante nelle nostre scelte gastronomiche. Ne sono ben consapevoli le grandi industrie, che sfornano, accanto ai prodotti tradizionali, anche innovazioni come il gelato blu, denominato "puffo" e particolarmente apprezzato dai bambini. Sono molti, infatti, i consumatori che "comperano con gli occhi".

I nostri orientamenti alimentari sono dettati, oltre che da concrete esigenze fisiologiche, anche dai bisogni dell'animo. Per questo le modalità di presentazione del cibo, ed i suoi colori in particolare, influenzano le nostre scelte perché le associamo a sensazioni gradevoli o spiacevoli. Ogni colore possiede vibrazioni energetiche che agiscono sul nostro inconscio, in modo diverso nelle varie stagioni. In estate i prodotti alimentari hanno colori carichi (blu delle susine, rosso di ciliegie, pomodori e pesche, giallo carico delle albicocche), e sono ricchi di acque e sali minerali che consentono di mantenere la tonicità e resistere alle insidie del caldo. In primavera invece prevalgono i colori verdi che aiutano il cambiamento di stagione, stimolando l'organismo reso torpido dal lungo inverno. Il rapporto tra colori dei cibi e stato di benessere del nostro corpo sta alla base della "cromoterapia" che si fonda sul presupposto che i colori di quello che mangiamo possano influenzare non solo le opposte sensazioni di fame e sazietà ma anche l'umore. Ad esempio il rosso è il colore che stimola l'appetito ed è la tinta preferita dalle persone dinamiche e coraggiose.

Anche a tavola se ne sentono e se ne dicono proprio di tutti i colori.

L'estetica del cibo

L'estetica del cibo richiede ancora qualche chiarimento. A causa del legame dell'estetica con l'immagine, l'estetica del cibo potrebbe essere intesa come qualcosa che ha a che fare esclusivamente con l'occhio:

ancora più in particolare, con l'ornamento e la decorazione, con la fruizione visiva delle pietanze. È infatti vero che la decorazione, i colori, le forme hanno un ruolo importante per il cibo.

Nel basso Medioevo e nel Rinascimento, ad esempio, la gastronomia "alta" si esprime attraverso una scenografia completa, nel senso che concetti quali "bontà" e "piacere" risultano da un complesso di elementi sensoriali indissociabili: vista, udito, tatto hanno un ruolo importante almeno quanto olfatto e gusto.

La coreografia del banchetto, i colori e le forme del cibo, sono indissociabili dall'esperienza gastronomica stessa.

Le scelte cromatiche nell'accostamento dei prodotti, l'elaborazione di forme artificiali, i rapporti spaziali tra gli elementi della tavola, il tipo di utensili utilizzati, ecc.: ciò si offre a riflessioni sulla "questione del cibo". Gli oggetti, il mangiare e il bere sono strutturalmente legati alle attività dei *sensi* (e di alcuni sensi in particolare).

L'estetica del cibo perciò discute e mette in relazione il "bello" e il "buono".

Al cibo appartengono tre grandi campi solidali: quello della materia prima, quello della manipolazione e quello del consumo. A questi se ne aggiunge un quarto, che attraversa tutti gli altri, il cibo

STEFANIA PISANO

Arteterapeuta - Firenze
Gruppo di Studio degli Aspetti Nutrizionali
e Comportamentali dell'Adolescenza - Firenze
(Coordinatore Prof. Fabio Franchini)

rappresentato. Il cibo narrato, dipinto, filmato, fotografato è naturalmente un grande laboratorio per un'estetica del cibo.

Il cibo può essere oggetto solo se è anche strumento di indagine. Studiare il cibo esteticamente significa studiarlo attraverso una griglia sensoriale: l'alimento, viene conosciuto attraverso i sensi ad esso preposti. Uno dei motivi per i quali un'estetica del cibo non ha trovato ancora un posto chiaro tra le estetiche del quotidiano è che la sua esplorazione richiede l'utilizzo di due sensi peculiari, il gusto e l'olfatto, che preludono a un atto di consumo e di introiezione fisica. Olfatto, gusto, consumo e introiezione fisica sono strumenti tutt'altro che pacifici al tema della scienza e della conoscenza; e se vista, udito e tatto si sono alternativamente avvicinati sul gradino più alto della gerarchia dei sensi nella storia della filosofia occidentale, gusto e olfatto sono stati quasi sempre considerati sensi grossolani e inferiori.

L'esperienza estetica di un'opera d'arte di grande valore, una pittura, una scultura, un'architettura, ma anche una composizione musicale

o una poesia, non ne richiede, naturalmente, come invece è per il cibo e le bevande, l'acquisto e il possesso in vista del loro consumo. Questa differenza risulta davvero decisiva.

I bambini e il cibo

I bambini si avvicinano al cibo in modo naturale, non si aspettano il rispetto dei livelli di nutrienti o corretti apporti calorici, bensì il piacere e la gratificazione. Il vecchio detto *"anche l'occhio vuole la sua parte"* è particolarmente calzante, se riferito all'atteggiamento dei bambini di fronte ai menù proposti, che, oltre a essere equilibrati dal punto di vista calorico e nutrizionale, devono prestare la giusta attenzione al gusto personale, alla varietà, all'associazione di sapori diversi, agli accostamenti di colore, alla consistenza, alla modalità di presentazione dei singoli piatti.

Il colore. La scelta del colore ha un significato psicologico. Le tonalità sono tanto più forti quanto più il bambino è piccolo, mentre con l'aumentare dell'età subentrano le sfumature e i toni si fanno meno violenti. Per un bambino la scelta di un colore rappresenta un mezzo di espressione e co-

Tabella 1

ROSSO

Anguria, arancia rossa, barbabietola rossa, ciliegia, fragola, pomodoro, ravanella, rapa rossa, ecc.

GIALLO-ARANCIO

Albicocca, arancia, carota, clementina, cachi, limone, mandarino, melone, nespola, peperone, pesca, pompelmo, zucca, ecc.

VERDE

Asparagi, basilico, broccoli, carciofo, kiwi, lattuga, spinaci, uva, zuccina, ecc.

BLU-VIOLA

Fichi, frutti di bosco, melanzane, prugne, radicchio, uva nera, ecc.

BIANCO

Aglione, cavolfiore, cipolla, finocchio, funghi, mela, pera, porri, sedano, ecc.



Figura 1 - Frutta colorata. Livia 6 aa.



Figura 2 - Frutta colorata. Flavia 8 aa.

municazione, tanto che è lecito parlare di un “linguaggio del colore”.

Molto del significato simbolico dei colori dipende dalle tradizioni e dall'ambiente in cui si vive.

È a tutti nota la distinzione dei colori in *caldi* (rosso, giallo, arancione) e *freddi* (verde, blu, violetto).

Sul piano degli effetti psicologici l'azione dei due gruppi di colore è differente: i colori caldi esprimono, suscitano e provocano attività, eccitazione, ispirano gioia di vivere, inducono all'impulsività; i colori freddi invece esprimono, suscitano e provocano passività, calma, inerzia, ispirano tristezza e malinconia, inducono alla riflessione.

Lo stimolo a masticare determinato sia dalla consistenza, sia dall'odore, dal gusto e dall'aspetto dei cibi; si sviluppa cioè la “palatabilità” del bambino.

È preferibile scegliere frutta e verdura fresca di stagione, alternando i cinque diversi colori (bianco, giallo-arancione, rosso, viola, verde) (Vedi Tabella 1).

Conclusioni

L'alimentazione ha assunto oggi, nella società dell'informazione e della comunicazione, nell'era della globalizzazione dei mercati e dell'interculturalità, un ruolo fondamentale nella determinazione della qualità della vita.

Il cibo ci immerge nella comunità umana, al punto che saper mangiare significa anche socializzazione: **il pasto riunisce la famiglia**, rinsalda i legami e il dialogo; i pranzi di festa delle ricorrenze e le colazioni di lavoro sono pretesti per favorire le comunicazioni sociali; **il cibo costituisce occasione per incontrarsi e per far festa.**

Dietro ai sapori, agli odori, si nascondono molteplici significati; a cominciare dal colore dei cibi che ha un **linguaggio simbolico.**

L'alimentazione si configura, pertanto, quale strumento di comunicazione, incontro, pensiero, condivisione, integrazione.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: stefaniapisano2@virgilio.it

TM

Lettere al direttore

Toscana Medica 9/12



Considerazioni sul rapporto medico-paziente

Inanzitutto ringrazio l'Ordine dei Medici che mi dà questa opportunità. È per me un grande onore ed un grande piacere. Il medico oggi ha centinaia di esami del sangue da poter fare, una quindicina di esami tecnologici da poter eseguire, dalla RX standard alla Risonanza magnetica alla TAC alla PET alle ecografie alla gastroscopia alle colonscopie all'elettrocardiogramma. Molte di queste indagini ai miei tempi non c'erano. Nelle farmacie ci sono migliaia di scatole di medicinali. Il paziente non si chiama così perché ha pazienza, il suo nome deriva dal greco “pathos”, che significa sofferenza. Quindi il paziente è uno che soffre. Soffre per il dolore procurato dalla malattia che ha, ha perso la speranza perché non sa come le cose andranno a finire, ha paura dell'abbandono da parte dei familiari, dei parenti, degli amici e anche del proprio medico curante, perché si sa che le malattie

lunghe e devastanti vengono a noia a tutti. Compito del medico quindi non è solo quello di combattere la malattia, ma deve essere quello di far tornare la speranza, di far sparire la paura, di far capire al malato che non è solo, che il medico è dalla sua parte, che gli è amico.

Un mio professore di Università a Careggi diceva: “Cattivo medico è colui che allontanandosi dal letto del paziente non lascia in lui una parola di conforto, una parola di speranza, una parola di partecipazione emotiva”. Pensare quanto vale, per un malato, al di là di apparecchiature sofisticate e di farmaci cosiddetti di ultima generazione, una parola buona ed un gesto di compassione. Quindi non basta curare, bisogna prendersi cura, farsi carico di, bisogna usare il medico come una medicina.

Dr. Aldo Fusi
già medico condotto in pensione



MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

Manfredo Fanfani ha ricostruito con intelletto d'amore le vicende dei luoghi e dei protagonisti a lui familiari in questo fascicolo denso di notizie e curiosità, destinato a richiamare l'attenzione dei giovani sul significato profondo per le sorti del nostro paese di quella pagina di storia, richiamata dalla intitolazione spesso "misteriosa" delle vie circostanti: Dolfi, Salvagnoli, Poggi, Bartolommei, Ridolfi, idealmente stretti intorno alle statue di Bettino Ricasoli e di Ubaldo Peruzzi. Firenze, l'Italia, l'Europa: una lezione di libertà e di civiltà.



Eugenio Fiumi

Osirio Cecchi



Memorie lontane

Piazza della Indipendenza e gli avvenimenti di cui è stata testimone hanno avuto in Guido Nobili, un testimone oculare e un attento cronista; le finestre della sua casa, al n°22 della Piazza, erano un ottimo osservatorio della manifestazione popolare del 27 aprile 1859.

Scrive in "Memorie Lontane": "Quando vi capita di passare in mezzo a Piazza della Indipendenza, voltate lo sguardo verso tramontana, vedrete quel palazzo, che rimane in linea proprio dietro le spalle di Bettino Ricasoli: quella era casa mia. Sono nato al primo piano, in quella stanza ultima a destra di chi guarda". Su quel palazzo è stata posta questa epigrafe: "Qui visse Guido Nobili (1850-1916)

che con arte delicata rievocò la vita fiorentina dell'ottocento".

Nobili, ragazzo di otto anni, ricorda che, in un'atmosfera di cospirazione, la sua casa era frequentata da Bettino Ricasoli, Ferdinando Bartolommei e Giuseppe Dolfi. Aveva molte ragioni il Nobili a pensare alla cospirazione, quei personaggi furono i più attivi protagonisti delle vicende rivoluzionarie del 1859. Nobili aveva notato la madre che stava cucendo in gran segreto una bandiera tricolore che avrebbe sventolato, per prima, in quel fatidico 27 Aprile 1859, proprio dal balcone della sua casa al n°22 della Piazza. Nobili ci tramanda il ricordo del raduno del popolo di Firenze, iniziato alle ore 9 del 27 Aprile 1859, per dare inizio ai



Copertina del racconto "memorie lontane" dello scrittore Guido Nobili, attento cronista degli avvenimenti della Piazza di cui è stato testimone oculare.



Particolare dell'immobile dove abitò il poeta scrittore Guido Nobili, attento cronista degli eventi che animarono la Piazza nella seconda metà dell'Ottocento: "Sono nato lì al primo piano, in quella stanza ultima a destra di chi guarda" scriveva il Nobili. Sotto quella finestra è presente ancora oggi uno storico portabandiera; essendo l'unico rimasto in tutto il palazzo dopo le numerose ristrutturazioni della facciata, si deve pensare che sia stato lasciato intenzionalmente a ricordare ciò che affermava Nobili con molta convinzione: "Il vessillo dell'unità d'Italia, il 27 Aprile in tutta Firenze, e dalla casa mia, per il primo, compariva alle acclamazioni del popolo".

patriottici moti che, al grido di "Viva l'Indipendenza italiana" e "Viva l'Italia Unita", abbattono pacificamente il trono dei Lorena: Nobili si affacciò alla finestra per dare un'occhiata e così descrisse la scena: la Piazza "era un mare di Popolo, che ogni tanto urlava a squarciagola con urla che arrivavano in cielo... lo zio Niccolò prese la bandiera, la portò al terrazzo e la sventolò. Urla ed evviva giù dalla Piazza accolsero il vessillo tricolore che si piegava al sole in una bella giornata di primavera. Era il vessillo dell'Unità d'Italia che il 27 Aprile in tutta Firenze, e dalla casa mia per il primo, compariva alle acclamazioni del popolo. Poco dopo altre due bandiere sventolavano sui balconi", ma, asserisce convinto Nobili, la storia non ha registrato il fatto che il primo vessillo fu proprio quello che aveva sventolato dalla sua casa, "chi desse differenti notizie da quelle che asserisco perché veduto coi miei propri occhi, o non c'era, o niente dice di proposito".

Continua Nobili che la "grande dimostrazione si è formata sulla Piazza senza che si udisse un solo grido di odio"; il popolo fiorentino seppe dimostrare di essere capace di fare rivoluzioni non violente, ma anche



Alle spalle della statua di Bettino Ricasoli l'immobile al n.22 della Piazza con il terrazzo dal quale sventolò il primo vessillo tricolore dell'unità d'Italia

prive di eccessi verbali, tanto che la rivoluzione fiorentina è rimasta nella storia come la più civile, educata e pacifica delle rivoluzioni; una rivoluzione in "carrozza", se si pensa che una carrozza imbandierata precedeva il corteo dei manifestanti diretto verso il centro cittadino. Il commento più pittoresco sulla rivoluzione fiorentina, così piena di buon senso, fu espresso dal console francese a Firenze: "Perbacco! E neanche un vetro rotto o una carrozza rovesciata!". Una rivoluzione così non si era mai vista nel mondo, prima di quel giorno! Nel pomeriggio la rivoluzione era già finita e, come ebbe a dire il Salvagnoli: "alle sei la rivoluzione andò a pranzo...".

Sulla scia degli eventi il 14 Luglio 1859 fu stampato il giornale indipendente "La Nazione", come ancora oggi si legge sulla testata del prestigioso giornale.



Angelo Vadala (1995) ha così immaginato la pacifica e civile rivoluzione che il 27 Aprile del 1859, muovendo da Piazza della Indipendenza, mise fine al trono dei Lorena avviando il processo storico che porterà all'indipendenza e unità d'Italia. Sventola in Piazza la bandiera tricolore.



Signori, arrivederli, arrivederli!

Sigismondo d'Asburgo Lorena, erede della Casa Granducale di Toscana, durante un periodo di studio trascorso a Firenze non ha mancato di sostare in Piazza della Indipendenza di fronte al monumento a Bettino Ricasoli, uno dei maggiori artefici della rivoluzione del 27 Aprile 1859, che costrinse il Granduca lorenese Leopoldo II a lasciare Firenze. Il Granduca, nel separarsi da coloro che lo avevano accompagnato per un tratto di Via Bolognese, conferendo alla rivoluzione anche uno spirito di cavalleria, disse:
 "Signori, arrivederli, arrivederli!".
 L'auspicio contenuto in quell'arrivederli, al quale non erano stati posti limiti temporali, si è potuto realizzare tramite un suo discendente dinastico.....
 Nella fotografia Sigismondo d'Asburgo Lorena di fronte al monumento a Bettino Ricasoli, alla sua sinistra il Conte Neri Capponi, alla sua destra Manfredi Fanfani.

17 Marzo 2011

Centocinquantesimo anniversario dell'Unità d'Italia



Lo scrittore Guido Nobili, testimone oculare e attento cronista, racconta che la bandiera tricolore sventolò per prima in Firenze dal balcone della sua abitazione, al n. 22 di Piazza della Indipendenza, in occasione della pacifica rivoluzione del 27 aprile 1859 che esiliò il Granduca Leopoldo II ed avviò in modo irreversibile il processo di unità nazionale.

“...lo zio Niccolò prese la bandiera, la portò al terrazzo e la sventolò” racconta Nobili.

In quel giorno in quella piazza nasceva l'Unità d'Italia.

Quella stessa bandiera, confezionata in segreto dalla madre di Nobili e gelosamente custodita dagli eredi, sventola da quel balcone il 17 marzo 2011 nella ricorrenza del 150° anniversario dell'Unità d'Italia.



Giuseppe Vannucchi, spec. in Igiene e Med. Prev. indirizzo Sanità Pubbl., spec. in Scienze dell'Alimentaz., dal 2000 è Dir. U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ASL 4 di PO. In ambito nutrizionale ha attivato progetti di prevenzione dell'obesità infantile nelle scuole primarie basati sulle Evidenze Based Prevention. Ha svolto interventi di prevenzione di popolazione in rif. al programma ministeriale Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari.

La promozione dell'attività fisica per la prevenzione e la cura delle malattie croniche

Anche la Regione Toscana punta molto sull'AFA nel quadro della Medicina di Iniziativa e della lotta ai rischi primari. Infatti ormai tutta la letteratura internazionale esprime un giudizio positivo sui risultati dell'attività fisica in termini positivi per la salute. Pertanto, in base alle disposizioni del Piano Sanitario Regionale e di alcune delibere di Giunta, i medici generali toscani consigliano l'esercizio fisico che non ha bisogno né di certificati né di richieste e si svolge in palestre convenzionate dove, con una spesa decisamente bassa, gli anziani o chi ne ha bisogno possono svolgere questa attività secondo parametri personali. Auspichiamo che tutti i medici si facciano promotori di questo intervento di educazione alla salute.

GIUSEPPE VANNUCCHI*, DOMENICO MARIANI*, GIUSEPPE TAURASI**

* U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione Azienda USL 4 Prato

** Medicina dello Sport Azienda USL 4 Prato

Attività fisica e salute

Una recente revisione sistematica degli studi pubblicati, conclude che esiste una evidenza irrefutabile riguardo all'efficacia dell'attività fisica nella prevenzione di molte malattie croniche e della morte prematura (Tabella 1). In Italia i decessi attribuibili alla sola inattività fisica, quale fattore di rischio isolato, si possono stimare in circa il 5% della mortalità totale. Gli anni di vita in buona salute persi sarebbero intorno al 3,1%. Pertanto, la promozione del movimento deve essere attivata nei soggetti in buona salute, a cominciare dai bambini e dai ragazzi.

Inoltre la sua prescrizione è importante per i portatori di patologie croniche quali ad esempio obesità, ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, patologie psichiatriche nelle quali l'attività fisica risulta un vero e proprio strumento terapeutico, da utilizzare secondo le linee guida messe a punto dalle varie società scientifiche. Peraltro, i costi economici di questa "terapia" sono pressoché nulli.

Naturalmente, spesso i principali fattori di rischio (per es. il fumo) coesistono nelle stesse persone e questo aumenta gli effetti negativi sulla salute.

In particolare si stima che la combinazione di un Indice di Massa Corporea eccessivo ($\geq 25 \text{ kg./m}^2$) e della sedentarietà (<3-5 ore di attività fisica moderata la settimana) sia responsabile del 59% delle morti premature per malattie cardiovascolari.

Alcune informazioni utili per promuovere l'attività fisica.

Ovvero la "cassetta degli attrezzi"

A guardare le copertine di certi rotocalchi o la televisione, può sembrare che gli italiani siano un popolo di palestrati e di fanatici del fitness. La realtà è ben diversa.

I dati nazionali più recenti sull'attività fisica nella popolazione adulta (18-69 anni), sono rilevati con lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) coordinato a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità. Da questa indagine si può ricavare la dimensione del fenomeno sedentarietà (Tabella 2 Livelli di attività fisica in Toscana- PASSI 2010).

Secondo tale rilevazione nella nostra regione il 27,8% della popolazione risulta fisicamente inattivo, cioè è del tutto sedentaria.

Il 39% della popolazione è parzialmente attivo, cioè svolge per lavoro, o nel tempo libero un'attività fisica, senza però raggiungere i livelli minimi raccomandati e solo il 33,3% degli intervistati riferisce di effettuare un lavoro non sedentario e di svolgere un'attività fisica pari, o superiore a quella raccomandata.

La pratica dell'attività fisica, da parte di una popolazione o di singoli individui, è influenzata da una serie complessa di fattori di tipo sociale, eco-

nomico e culturale. Anche la struttura urbanistica della città ed altri aspetti sociali influenzano pesantemente lo svolgimento dell'attività fisica.

Tra i fattori individuali rientrano: il grado di motivazione, la consapevolezza dei benefici, la disposizione psicologica più o meno orientata a svolgere attività fisica.

In alcune categorie di persone, per esempio gli anziani o persone con patologie, entrano in gioco anche convinzioni o timori, spesso immotivati, circa presunti rischi associati all'attività fisica.

Nell'età adulta, la riduzione dell'attività fisica,

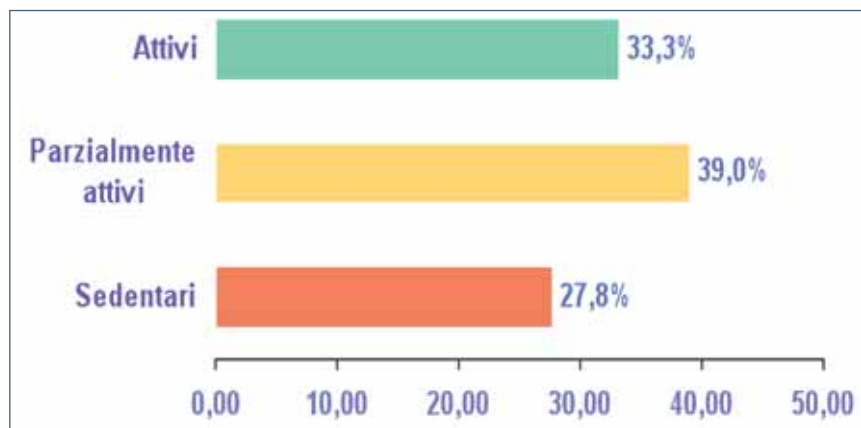
non è solo condizionata dal tempo dedicato al lavoro, ma anche da un utilizzo inefficiente del tempo libero. Spesso la giustificazione invocata per la sedentarietà è la mancanza di tempo; in realtà molto del tempo libero è occupato in attività sedentarie, prima fra tutte guardare la televisione.

I maggiori livelli di sedentarietà si osservano in alcune categorie di persone svantaggiate per esempio anziani, persone con basso livello di istruzione, persone con difficoltà economiche, disoccupati, sottoccupati, persone con disagio psichico. In questi casi spesso alla sedentarietà si associano

Tabella 1 - Effetti positivi dell'attività fisica.

Apparato cardiovascolare	<ul style="list-style-type: none"> - Miglior controllo della pressione arteriosa - Miglior controllo delle aritmie - Riduzione del 50% di eventi cardio e cerebrovascolari maggiori - Minore viscosità ematica, aumento dell'attività fibrinolitica
Sovrappeso e obesità	<ul style="list-style-type: none"> - Miglior controllo del peso corporeo - Calo ponderale nel sovrappeso/obesità
Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> - Miglior controllo del profilo lipidico (riduzione dei livelli di colesterolo LDL e trigliceridi e aumento dei livelli di colesterolo HDL) - Aumento alla sensibilità all'insulina - Effetto protettivo sull'insorgenza del diabete mellito - Riduzione della massa grassa
Malattie tumorali	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del rischio oncologico complessivo - Riduzione del rischio specifico del cancro del colon, della mammella, della prostata, dell'endometrio e del polmone
Apparato muscolo scheletrico	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento della funzionalità osteo-articolare - Rallentamento del declino età-dipendente - Prevenzione delle artropatie degenerative - Prevenzione dell'osteoporosi - Riduzione delle cadute e delle fratture conseguenti
Effetti psichici	<ul style="list-style-type: none"> - Benessere generale e migliore qualità della vita - Controllo dei sintomi di depressione e ansia - Aumento dell'autostima, migliore immagine di sé - Aumento delle relazioni sociali - Controllo di altri stili di vita (alimentazione e fumo)
Invecchiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Rallentamento dei processi organici dell'invecchiamento - Rallentamento del declino cognitivo

Tabella 2 - Le dimensioni del fenomeno sedentarietà in Toscana - PASSI 2010.



altre abitudini di vita sfavorevoli per la salute.

Le categorie di persone svantaggiate hanno una minore consapevolezza dei determinanti di salute, una maggiore convinzione che la salute sia dovuta al caso e non ricercabile, né ottenibile con misure appropriate, hanno una minore tendenza a pensare al futuro ed, infine, hanno una ridotta aspettativa soggettiva di sopravvivenza.

È evidente che per intervenire sensibilmente sul miglioramento di salute della popolazione bisogna intervenire con approcci operativi specifici, rivolti proprio alle persone svantaggiate e con disagio.

Nella Tabella 3 vengono riportati una serie di fattori che influenzano lo svolgimento dell'attività fisica.

Intensità, durata e frequenza dell'attività fisica

Vi sono vari modi per classificare l'intensità dell'attività fisica. Nella Tabella 4 viene riportato un metodo empirico molto semplice che si basa su alcuni esempi.

Le evidenze scientifiche mostrano che per mantenersi in salute e prevenire le malattie croniche è necessario praticare almeno 30 minuti di attività fisica, di intensità perlomeno moderata, per 4-7 giorni la settimana negli adulti.

Per i bambini e ragazzi le Autorità Scientifiche sono concordi nell'indicare in almeno 1 ora al giorno di attività fisica di intensità moderata.

Per gli amanti dei piccoli strumenti elettronici (che altri invece detestano), come il Contapassi, uno slogan facilmente memorizzabile è quello dei "10.000 passi al giorno", che per la verità corrispondono ad un tempo di cammino un po' superiore ai 30 minuti.

Un'attività fisica più duratura e costante dà maggiori benefici per la salute. Un'attività fisica intensa può essere gradita ad alcune persone e ha una efficacia più elevata in termini preventivi, ma va riservata solo a soggetti sani e adeguatamente allenati, evitando, in particolare, lo sforzo vigoroso praticato sporadicamente, perché questo aumenta il rischio di incidenti cardiovascolari in corso di attività.

Viceversa l'attività fisica di bassa intensità (ad esempio camminare lentamente, o andare in bicicletta in pianura a bassa velocità) ha solo una modesta efficacia in termini preventivi, ma è consigliabile nelle fasi iniziali di "allenamento" nei soggetti sedentari, obesi, anziani o con patologie.

Tuttavia, se non esistono particolari controindicazioni, lo svolgimento di qualsiasi attività fisica è meglio dello stare fermi.

Nel consigliare alle persone di fare attività fisica, è opportuno porre l'accento sugli aspetti connessi con il piacere anziché con il dovere. Generalmente, nel fare attività fisica, si ottiene un risultato immediato, cioè la persona avverte un senso generale di soddisfazione. La Tabella 5 mostra la relazione fra attività fisica e benessere.

Tra le attività fisiche possibili, il camminare rappresenta la forma più facile. Camminare è l'attività più antica e naturale dell'uomo e rappresenta la forma di esercizio fisico preferita dal maggior numero di persone. È un'attività che può essere svolta all'aperto, non ci sono vincoli di luoghi ed orari, non necessitano particolari attrezzature, non è richiesta alcuna abilità motoria specifica, o un rilevante livello di forma fisica.

Per la maggior parte delle persone è importante trovare un amico, un familiare, un gruppo con cui svolgere l'attività fisica. Il rinforzo, l'incentivo "so-

Tabella 3 - Fattori che influenzano l'attività fisica.

Tabella 4 - Intensità dell'attività fisica.

Leggera	Esempio: Cammino a passo lento
Moderata	Esempio: Cammino veloce, bicicletta in piano, salire le scale, nuotare
Vigorosa	Esempio: Corsa, cammino veloce e salita, molti sport a livello competitivo

Tabella 5 - Attività fisica per il benessere.

ziale” è uno dei fattori più efficaci per aumentare il livello di attività fisica delle persone. Questo fattore aumenta la probabilità che l'attività fisica venga svolta in maniera regolare e continuativa nel tempo.

Per questo è importante che vengano organizzati gruppi per camminare insieme. La camminata sportiva (fitwalking), fra l'altro, a proposito di benessere e piacevolezza, consente di visitare luoghi belli ed interessanti dal punto di vista naturalistico e storico.

Aumentare il movimento nella vita quotidiana

L'attività fisica oltre che nel tempo libero, può essere svolta negli atti della vita quotidiana. Nella Tabella 6 sono riportati alcuni consigli per aumentare l'attività fisica nella vita quotidiana.

Queste attività presentano diversi vantaggi, per esempio non richiedono molto tempo aggiuntivo e non sono costose. Per questo, sono le più indicate, nei programmi di sanità pubblica proposti dalle principali Agenzie internazionali di medicina preventiva.

Tabella 6 - Consigli per aumentare il movimento nella vita quotidiana.

- Andare a piedi o in bicicletta al lavoro, a scuola o a fare le piccole spese
- Parcheggiare un po' più lontano
- Scendere dal bus una o più fermate prima
- Fare le scale a piedi invece di usare l'ascensore
- Fare i lavori domestici ed il giardinaggio
- Fare l'attività fisica con un amico o un gruppo di amici
- Andare a ballare
- Rendere più piacevole il cammino o la corsa ascoltando musica
- Adottare un cane



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

Ipovitaminosi D

Confronto della prevalenza fra una popolazione di bambini immigrati e/o adottati e un campione di bambini toscani

Introduzione

Le adozioni internazionali sono un fenomeno di notevole rilievo nel nostro paese. Analizzando i dati relativi al periodo Gennaio-Dicembre 2011 si può rilevare che sono stati autorizzati all'ingresso in Italia 4.022 minori, provenienti da 57 Paesi, con una lieve diminuzione rispetto al 2010 (-2,6%). Nell'ultimo anno è stato confermato il progressivo innalzamento dell'età media dei minori all'ingresso in Italia, che è di 6 anni. I principali paesi di origine, invariati rispetto all'anno precedente, sono: Russia, Colombia, Brasile, Ucraina ed Etiopia.

precedente, sono: Russia, Colombia, Brasile, Ucraina ed Etiopia.

All'arrivo in Italia spesso i dati anamnestici e clinici sono scarsi. I bambini adottati di solito hanno vissuto in Istituto prima dell'ado-

zione, in condizioni di sovraffollamento, con scarsi standard igienici ed un'inadeguata nutrizione. Questi bambini provengono da paesi con molte patologie endemiche, soffrono spesso di disagi psicofisici e presentano ritardi di crescita e di sviluppo.

È proprio in molti dei paesi di provenienza precedentemente citati, che la carenza di vitamina D rappresenta ancora un problema di salute pubblica, continuando ad essere una delle cinque patologie più frequenti nei bambini. Molti studi hanno dimostrato, però, che l'ipovitaminosi D e il rachitismo stanno riemergendo anche in paesi industrializzati come l'America, il Regno Unito e il resto d'Europa.

Le ragioni della ricomparsa di questo fenomeno comprendono sia il cambiamento degli stili di vita, che ha portato le persone e i bambini a pas-

sare più tempo in luoghi chiusi riducendo l'esposizione solare, sia la globalizzazione che ha portato a nuovi flussi di immigrazione da diverse aree geografiche.

SALVATORE SEMINARA, GIULIA ANZILOTTI, GIULIA BONCIANI, FRANCO RICCI, LUISA GALLI, GIUSEPPINA VENERUSO, PERLA SCALINI

Dipartimento di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino, Università degli Studi di Firenze. SOD di Auxoendocrinologia AOU Meyer Firenze

Date queste premesse questo studio si è prefisso tre obiettivi:

- analizzare la distribuzione della prevalenza dell'ipovitaminosi D in una popolazione di bambini immigrati e/o adottati tramite circuito di adozione internazionale;
- indagare se vi siano differenze di distribuzione nei bambini in base al paese di provenienza;
- valutare se vi sia una diversa prevalenza dell'ipovitaminosi D fra i bambini residenti in Italia e quelli adottati o immigrati.

Soggetti e metodi

Il nostro studio ha coinvolto 1.000 bambini afferenti all'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di Firenze. Di questi, 612 sono nati in Italia o residenti nel nostro paese da oltre un anno e 388 sono invece stati adottati tramite circuito di adozione internazionale o immigrati, ma residenti in Italia da meno di un anno.

Nel primo gruppo sono stati inclusi tutti i pazienti afferenti all'unità di Auxoendocrinologia dell'AOU Meyer, cui fosse stata dosata la 25-idrossivitamina D (25-OH-D). Questi 612 bambini, che comprendono 352 femmine e 260 maschi, hanno un'età media di 9.8 ± 4.02 anni e, essendo stati valutati per problematiche che non coinvolgono

il metabolismo della vitamina D, sono stati usati come gruppo di controllo.

I dati del secondo gruppo sono stati invece raccolti all'Unità di Malattie Infettive e comprendono 388 bambini (164 femmine e 224 maschi) con età media di 5.5 ± 3.1 anni.

Il gruppo dei bambini adottati/immigrati è stato a sua volta suddiviso in otto grandi sottogruppi secondo l'area geografica di provenienza:

1. *Africa Sub-Sahariana*, con 78 bambini, di età media 5.4 ± 3.05 anni provenienti dai seguenti stati: Nigeria, Capo Verde, Senegal, Kenya, Congo, Eritrea, Etiopia, Benin e Burkina Faso;
2. *America latina*, con 84 bambini, di età media 6.9 ± 2.5 anni provenienti da: Colombia, Perù, Cile, Bolivia e Brasile;
3. *Europa dell'Est*, con 62 bambini, di età media 7.6 ± 3.6 anni provenienti da: Romania, Albania, Repubblica Ceca, Polonia, Bulgaria, Ungheria, Moldavia, Slovacchia e Ucraina;
4. *Sud-Est Asiatico*, con 56 bambini, di età media 3.3 ± 2.8 anni provenienti da: Filippine, Cambogia, Vietnam e Nepal;
5. *Sub-Continente Indiano*, con 33 bambini, di età media 5.6 ± 2.6 anni, provenienti da: India e Sri Lanka;

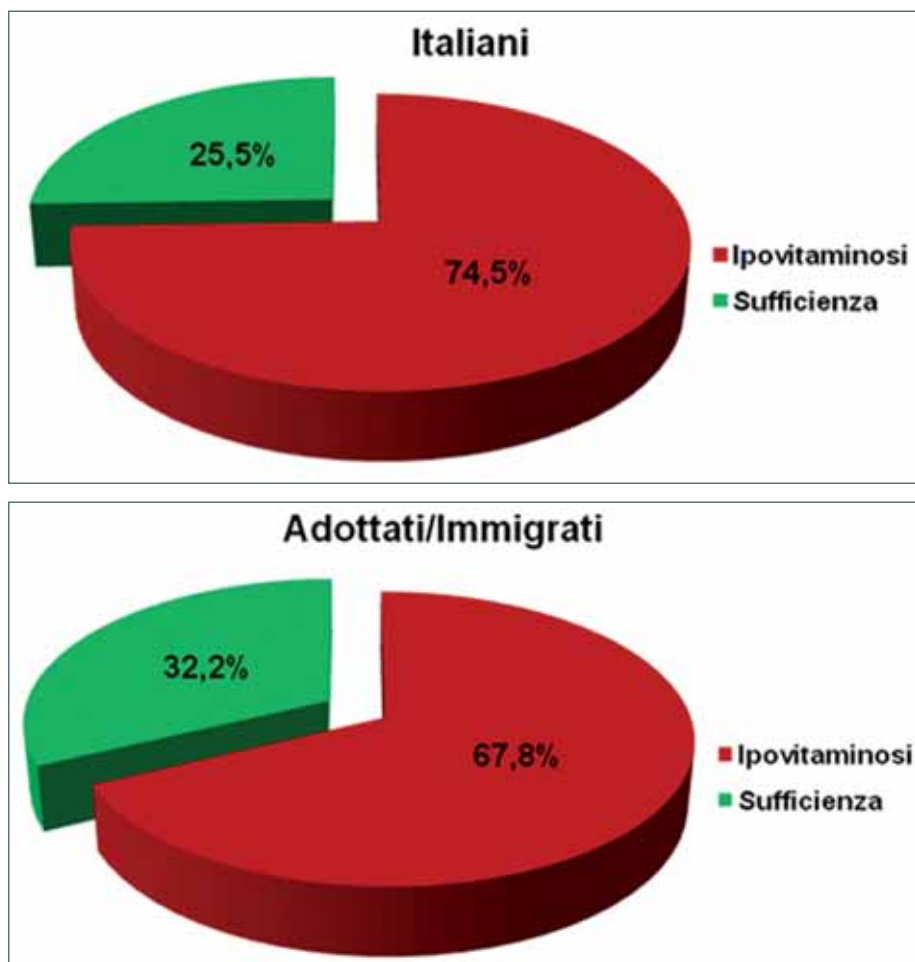


Figura 1-2 - Prevalenza dell'ipovitaminosi D nei due gruppi in esame.

Tabella 1 - Stato della Vitamina D.

Stato della vitamina D	Livelli di 25(OH)D o calcidiolo (ng/ml)
Deficienza	≤ 20
Insufficienza	21-29
Sufficienza	≥ 30
Eccesso	≥ 100
Intossicazione	> 150

6. Cina, con 14 bambini, di età media 3.9 ± 2.5 anni;

7. Medio Oriente con 7 bambini, di età media 3.2 ± 1.5 anni, provenienti da Armenia e Libano;

8. Russia, con 54 bambini di età media 5.6 ± 3.2 anni.

A tutti è stato effettuato un prelievo di sangue venoso al mattino, dopo un digiuno notturno di circa 12 ore, per il dosaggio della 25-idrossivitamina D o calcidiolo.

Per la definizione dello stato della vitamina D, abbiamo fatto riferimento ai livelli sierici di 25-idrossivitamina proposti da Holick e collaboratori (Tabella 1), considerando valori normali quelli compresi fra 30 e 100 ng/ml, insufficienti se inferiori a 30 ng/ml e deficienti se uguali o inferiori a 20 ng/ml.

Risultati

I livelli medi della 25-idrossivitamina D e l'età media dei due gruppi sono mostrati nella Tabella 2. I risultati sono espressi come media \pm deviazione standard.

La differenza di età nei due gruppi è risultata significativa ($P < 0,05$).

I livelli medi di 25-idrossivitamina D sono stati di 24.1 ± 12.4 ng/ml nel gruppo dei bambini italiani e di 25.8 ± 15.8 ng/ml nei bambini adottati/immigrati, la differenza fra i due gruppi non è statisticamente significativa ($P > 0,05$).

Abbiamo allora escluso i bambini italiani con età ≥ 8.5 anni, in modo da annullare la significativa differenza d'età con i bambini immigrati/adottati e da rivalutare i valori di 25-idrossivitamina D. Questo gruppo di 201 bambini italiani ha livelli medi di calcidiolo di 26.7 ± 12.4 ng/ml; anche questo è un valore non statisticamente significativo ($P > 0,05$) rispetto alla media del gruppo degli

Tabella 2 - Valori medi di 25-idrossivitamina D e dell'età dei soggetti presi in esame.

	Bambini adottati/ immigrati	Bambini italiani	P
25(OH)D (ng/ml)	25.8 ± 15.8	24.1 ± 12.4	> 0.05
Età (anni)	5.5 ± 3.1	9.8 ± 4.02	< 0.05

Tabella 3 - $\chi^2 = 5,32$. $P = 0,021$.

	Italiani	Adottati/ Immigrati	Totale
> 30 ng/ml	156	125	281
< 30 ng/ml	456	263	719
Totale	612	388	1000

Tabella 4 - media \pm DS dei livelli di 25OHD e dell'età nei sottogruppi in cui sono stati divisi i bambini adottati/immigrati.

Gruppi	Età (anni) Media \pm DS	N°	25(OH)D (ng/ml) Media \pm DS
1. Africa sub-sahariana	5.4 ± 3.05	78	20.5 ± 10.2
2. America latina	6.9 ± 2.5	84	25.5 ± 13
3. Est Europa	7.6 ± 3.6	62	24.5 ± 16.3
4. Sud-Est Asiatico	3.3 ± 2.8	56	35.2 ± 20.5
5. Sub-continente Indiano	$5,6 \pm 2,6$	33	20.6 ± 13.5
6. Cina	$3,9 \pm 2,5$	14	28.3 ± 10.7
7. Medio Oriente	$3,2 \pm 1,5$	7	19.9 ± 10.2
8. Russia	$5,6 \pm 3,2$	54	27.7 ± 18.5

stranieri di $25.8 \pm 15,8$ ng/ml.

Per quanto riguarda la prevalenza dell'ipovitaminosi (Figura 1 e 2):

- nel gruppo degli italiani è stato rilevato uno stato di deficienza di vitamina D nel 42.3% dei casi e un'insufficienza nel 32.2%. Complessivamente il 74.5% della popolazione di controllo presenta quindi uno stato di carenza di vitamina D;
- nel gruppo adottati/immigrati la prevalenza dell'insufficienza e della deficienza di vitamina D sono state rispettivamente del 31.5% e del 36.3%, per un totale del 67.8% dei casi.

Andando a valutare la differenza statistica fra la distribuzione delle frequenze dell'ipovitaminosi D nelle due popolazioni in esame tramite il test del χ^2 (Tabella 3), abbiamo potuto riscontrare che tale differenza è statisticamente significativa ($P=0,021$), a svantaggio dei bambini italiani, in cui la carenza di vit D è più diffusa rispetto a quelli adottati e/o immigrati.

Se si considera poi solo la popolazione di bambini adottati/immigrati, risulta che la differenza delle medie di 25-idrossivitamina D negli otto sottogruppi di provenienza (Tabella 4) è statisticamente significativa ($P = 0,01$) e che il gruppo con la concentrazione più alta e differente dagli altri è quello dei bambini del Sud-Est asiatico. Tutti i rimanenti gruppi non presentano invece fra di loro differenze statisticamente significative per quanto riguarda la concentrazione di calcidiolo.

Alla luce di questo risultato abbiamo escluso i 56 bambini provenienti dal Sud-Est Asiatico. Nel nuovo gruppo composto da 332 soggetti la media di 25-idrossivitamina D non è risultata significativamente differente ($P > 0,05$) rispetto a quella riscontrata negli italiani.

Discussione

Dai dati del nostro studio emergono diversi spunti di riflessione sul fenomeno dell'ipovitaminosi D.

Innanzitutto è stata confermata l'elevata prevalenza del fenomeno sia nei bambini italiani (74.5%) che in quelli immigrati/adottati (67.8%), sebbene in questi ultimi la prevalenza sia statisticamente minore.

Invece, i livelli medi di 25-idrossivitamina D non differiscono significativamente fra il gruppo degli adottati/immigrati e quello degli italiani, sia nell'insieme, sia individuando un sottogruppo di età paragonabile a quello degli stranieri. È doveroso ricordare però che, vista la difficoltà nel reperire i dati clinici di tali bambini, non è possibile stabilire da parte nostra se i bambini arrivati per la prima volta nel nostro ospedale dopo l'adozione siano stati sottoposti o meno a trattamento con vitamina D nel paese di provenienza.

Per quanto riguarda la differenza d'età media fra il gruppo degli italiani e quello degli stranieri, è da attribuire al fatto che i bambini vengono in-

seriti nel circuito internazionale delle adozioni fin da piccoli, mentre i bambini afferenti all'unità di Auxoendocrinologia hanno una distribuzione d'età più variabile viste le patologie per cui vengono seguiti.

Distinguendo poi gli adottati in sottogruppi in base alla provenienza, si può notare che solo il gruppo proveniente dal Sud-Est asiatico presenta valori medi di 25-idrossivitamina D significativamente superiori, non solo ai bambini italiani, ma anche a quelli adottati da tutti gli altri paesi coinvolti nello studio. Non solo, ma analizzando l'insieme dei bambini adottati dopo aver sottratto i dati relativi a quelli provenienti dal Sud-Est Asiatico, non si raggiunge più la significatività statistica. Quindi è solo il gruppo del Sud-Est Asiatico a presentare valori di vitamina D superiori rispetto a tutti gli altri gruppi presenti nello studio.

I motivi di una differenza così marcata della concentrazione media di Vitamina D possono solo essere supposti. Una spiegazione rispetto ai bambini italiani può essere quella geografica: l'Italia si trova infatti fra il 37° e il 47° parallelo Nord, mentre paesi come la Cambogia, le Filippine e il Vietnam si estendono fra il 7° e il 20° parallelo, godendo pertanto di una irradiazione solare efficace per la produzione di vitamina D durante tutto l'anno. Tale motivazione non spiega però la differenza con altri paesi equatoriali come Brasile e Africa sub-sahariana, anch'essi esposti ad un'irradiazione solare ottimale; probabilmente una causa può essere la maggiore pigmentazione cutanea della popolazione africana che riduce la sintesi di vitamina D.

Alla fine di tutte le considerazioni che si possono fare riguardo ai risultati ottenuti, un dato non può essere sottovalutato: sia che si consideri il gruppo dei bambini adottati, sia che si consideri quello controllo, la prevalenza dell'ipovitaminosi D rimane una problematica di notevole importanza nella società moderna, interessando circa 3 bambini su 4.

È quindi fondamentale che il Sistema Sanitario Nazionale realizzi politiche di sensibilizzazione e consapevolezza sull'importanza di tale fenomeno e sui rischi per la salute muscolo-scheletrica legati al deficit di vitamina D. Azioni che potrebbero comprendere sia la supplementazione di vitamina D in tutti i bambini, vista anche la sicurezza e l'efficacia di tale terapia; sia la sensibilizzazione delle famiglie sugli stili di vita dei ragazzi, che frequentemente passano troppe ore in ambienti chiusi, alla TV o al computer, favorendo una ridotta esposizione ai raggi solari, che abbiamo visto essere la principale causa di ipovitaminosi.

Bibliografia

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

TM



Mario Franchini specializzato in Ostetricia e Ginecologia lavora per l'Azienda di Firenze dal 1982 svolgendo attività clinica prevalentemente in ambito endoscopico e nella prevenzione oncologica. Ha partecipato alla progettazione e realizzazione del modello Day Surgery Multidisciplinare IOT-Palagi

Day Service e patologia dell'endometrio

Una risposta rapida e integrata a un bisogno

Nell'ultimo ventennio, l'evoluzione tecnologica caratterizzata dalla produzione di strumenti miniaturizzati ad alta qualità e il miglioramento dell'approccio clinico-assistenziale sempre meno invasivo hanno permesso di eseguire un numero sempre maggiore di esami isteroscopici in regime ambulatoriale.

Il classico confine tra isteroscopia diagnostica (ambulatoriale) ed operativa (ricovero in Day Surgery) si è andato assottigliando negli anni con l'ausilio di nuovi isteroscopi dal diametro ridotto e con canale operativo che permettono di trattare la patologia endometriale durante la fase diagnostica secondo la filosofia del *See & Treat*.

Le norme generali per il rilascio delle autorizzazioni necessarie per l'attività di chirurgia ambulatoriale sono stabilite dal decreto legislativo n. 229 del 19 giugno del 1999; le Regioni in piena autonomia hanno nel tempo legiferato e regolamentato la chirurgia ambulatoriale in base alla complessità delle procedure diagnostiche e tera-

peutiche nella logica della qualità e della sicurezza per il cittadino.

La Regione Toscana ha regolamentato la materia con una serie di provvedimenti (LR n. 8 del 23 febbraio 1999 e LR n. 56 del 12 novembre 2007, deliberazione n. 237 del 23 dicembre 2003, Decreto Presidente Giunta n. 52/R del 8 ottobre 2008) (Figura 1).

Definendo per l'apertura e l'esercizio degli studi soggetti ad inizio attività e ad autorizzazione i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, generali e più in particolare quelli specifici per studi odontoiatrici,

studi medici che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale o prestazioni di endoscopia e per studi soggetti ad inizio attività anche l'elenco delle prestazioni in essi eseguibili.

Recentemente, la Regione Toscana con delibera della Giunta n. 1045 del 28-11-2011 nella logica di migliorare l'appropriatezza nell'uso dell'ospedale, ha attivato, assieme ad altre Regioni, un nuovo modello assistenziale Day Service Ambulatoriale (D.Se.), centrato sul problema clinico del paziente e non sull'effettuazione di singole prestazioni,

MARIO FRANCHINI, MARIA LEONI,
CATIA MENGHINI, GIOVANNA GIARRÈ,
STEFANO CALZOLARI
*Presidio Ospedaliero Firenze Centro - Ospedale Palagi
Azienda di Firenze*

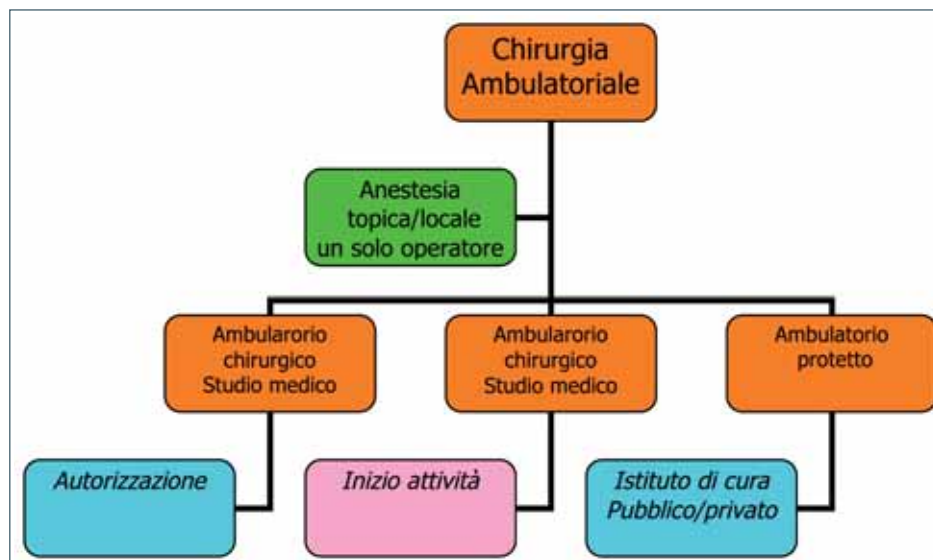


Figura 1

che permette di trasferire una quota di attività attualmente effettuata in regime di ricovero DH/DS all'attività ambulatoriale.

Il D.Se. è finalizzato alla gestione di patologie la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime anche complesse e/o multidisciplinari, previste da uno specifico percorso diagnostico-terapeutico in un solo giorno, o in un numero limitato di accessi.

Questo nuovo modello assistenziale, che richiede un elevato coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice che prende in carico il paziente, ben risponde al percorso diagnostico terapeutico della perdita ematica uterina atipica (conosciuta con l'acronimo inglese di AUB: *abnormal uterine bleeding*) che costituisce una delle cause più frequenti di consulto ginecologico ambulatoriale.

Il servizio Day Service della Patologia Endometriale (D.Se.APE) del Presidio Ospedaliero Palagi ha carattere dipartimentale ed offre alla paziente una risposta ambulatoriale unitaria e coordinata alla sua domanda di salute, consentendole di affrontare la patologia di cui è affetta in una struttura appositamente dedicata.

Infatti in tale sede viene effettuata la valutazione clinica, la scelta della o delle metodiche diagnostiche più appropriate per il caso (ecografia transvaginale, sonoecografia, isteroscopia diagnostica) e, il conseguente e concomitante trattamento chirurgico isteroscopico ambulatoriale secondo la logica del See & Treat. in relazione anche alla volontà della paziente.

Le patologie trattate (polipi endometriali, sinechie, setti, miomi) per via isteroscopica in D.Se. devono richiedere solo una breve osservazione; nei casi per i quali, in base alla complessità della patologia endometriale da trattare, sia necessaria l'anestesia o sia prevedibile un controllo clinico post-operatoria prolungato, il modello assistenziale della Day Service viene avviato contestualmente alla presa in carico.

La Day Service e la chirurgia ambulatoriale sono, per la patologia endometriale, modelli organizzativi distinti che si differenziano solo in base alla durata della permanenza della paziente nella struttura, e non per la patologia riconosciuta eleggibile: infatti a parità di patologia da trattare, le dimensioni e la complessità della stessa, la tollerabilità dell'esame e l'esperienza dell'isteroscopista sono variabili che interagendo dinamicamente possono garantire o meno il completamento dell'esame in un modello assistenziale ambulatoriale o in Day Service.

L'attivazione del percorso ambulatoriale del D.Se.APE presso il PO Palagi ha richiesto a livello organizzativo il coinvolgimento delle diverse figure professionali presenti (direzione sanitaria, ginecologi, infermieri professionali) e il soddisfacimento dei requisiti strutturali, tecnologici richiesti dalle norme dell'accreditamento.

I locali individuati rispondono ai requisiti dell'ambulatorio protetto in quanto all'interno di un presidio ospedaliero e la loro ubicazione in contiguità con la degenza della Day Service e delle relative sale operatorie permette la rapida attivazione sia del percorso dell'emergenza sia di un eventuale prolungamento dell'assistenza.

IL D.Se.APE è dotato di tecnologia dedicata e specifica (colonna endoscopica, ecografo) in modo da rispondere in modo autonomo all'esigenze del servizio.

Da un punto di vista organizzativo il D.Se.APE richiede una precisa definizione dei flussi di accesso e dei percorsi interni all'ambulatorio stesso: tutto questo non può prescindere dall'attività di una segreteria filtro che svolge un compito fondamentale in un servizio ambulatoriale di secondo livello qual è il D.Se.APE. Infatti la paziente indirizzata dal medico di medicina generale o dallo specialista, viene presa in carico dal servizio solo dopo che il personale infermieristico della segreteria ha effettuato la rilevazione dei parametri di priorità stabiliti (Tabella 1) in modo da garantire l'appropriatezza dell'accesso.

Tabella 1

Priorità 0: *appuntamento entro 120 giorni*

- Lievi perdite ematiche (*spotting*) in pazienti in premenopausa
- Pazienti asintomatiche che richiedono una valutazione endocavitaria uterina
- Follow up dopo terapia medica o chirurgica

Priorità 1: *appuntamento entro 20 giorni*

- Sanguinamento anomalo in postmenopausa o in pazienti che assumono tamoxifene
- Metrorragie persistenti da oltre 15 gg
- Sospetta persistenza di materiale abortivo o placentare in pazienti asintomatiche

Priorità 2: *appuntamento entro 10 giorni*

- Sospetto di adenocarcinoma dell'endometrio (es. perdite ematiche in postmenopausa associate a ispessimento endometriale > 5 mm)
- Metrorragie con anemizzazione (Hb < 10)
- Metrorragie persistenti dopo parto o aborto

Il D.Se.APE del PO Palagi è stato attivato dal 1 gennaio 2009 ed è a regime dal 1 gennaio 2012. Le prestazioni erogate sono riportate nella Tabella 2.

Si evidenzia quindi come il D.Se.APE abbia risposto ai criteri di appropriatezza delle prestazioni e ad un corretto utilizzo delle risorse tecnologiche e di personale dedicato. Infatti è stato possibile mantenere, da una parte, un numero ricoveri in Day Service costante con le caratteristiche proprie dell'assistenza prolungate nelle 12 ore e dall'altra effettuare un sempre maggior numero di prestazioni in regime ambulatoriale rispondendo all'esigenza dell'utenza in condizioni di appropriatezza e sicurezza.

La rilevazione dell'attività svolta e la concomitante valorizzazione del trasferimento da un modello assistenziale di ricovero Day Surgery a quello D.Se.APE ha trovato risposta nella recente deliberazione della giunta regionale n. 9 del 9 gennaio 2012 "Modifica della D.G.R. 968/2011 relativa al manuale flussi DOC": nella quale si stabilisce che le prestazioni fornite nell'ambito del D.Se.

vengano rilevate tramite il flusso informativo SPA 'Prestazioni ambulatoriali'.

Rimane aperto l'aspetto della relativa remunerazione delle prestazioni complesse eseguite: perché la valorizzazione economica basata semplicemente sulle tariffe del nomenclatore tariffario regionale senza tener conto dei costi standard del singolo PAAC risulta estremamente penalizzante per l'ente erogatore soprattutto se comparata alla valorizzazione economica spettante per il DRG prodotto in base al ricovero in Day Service per il trattamento della stessa patologia.

Se per l'ente erogatore l'attivazione del D.Se.APE presenta ancora zone d'ombra da un punto di vista economico, certamente per il cittadino che riceve prestazioni specialistiche plurime, pur gravate dal pagamento di un solo ticket, risulta il punto di riferimento di avvio e di conclusione dell'intero percorso diagnostico terapeutico e presenta, evitando la frammentazione delle prestazioni con il passaggio da un ambulatorio all'altro, un netto miglioramento della qualità del servizio fornito. **TM**

Tabella 2

	DS	D.Se. APE	
	Isteroscopiae totali	Isteroscopiae totali See&Treat	
2008	1176	-	-
2009	1099	471	106
2010	1061	646	218
2011	1114	686	272



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

Le cardiopatie rare

La "zona grigia" della frequenza, aspetti clinici ed organizzativi

In Europa una malattia viene definita rara se il rapporto con la popolazione generale è di un paziente ogni 2000 individui. La definizione è apparentemente impropria in quanto il concetto *raro* riguarda, di fatto, un problema che colpisce in Italia 1-2 milioni di soggetti. Secondo la WHO il numero complessivo di malattie rare risulta compreso tra 7-8 mila. Le malattie rare sono state un problema di

impegno nella lotta a queste malattie con la creazione di strutture organizzative sanitarie sia a livello internazionale che nazionale.

Nella pratica clinica il medico ed il cardiologo si confrontano di solito con le più comuni malattie cardiovascolari quali la cardiopatia ischemica o ipertensiva, più raramente con le malattie valvolari. In presenza di pazienti con una malattia cardiaca rara inclusa in sindromi complesse la diagnosi non offre di solito difficoltà e viene quasi sempre svolto un compito di consulenza interdisciplinare. Quando tuttavia il quadro clinico è dominato dalla malattia cardiaca rara che si presenta

apparentemente *isolata* la diagnosi e la

sanità pubblica a lungo ignorato, ma attualmente vi è un notevole

ALBERTO DOLARA

Agenzia Regionale Sanità, Firenze

cura possono presentare difficoltà diagnostiche e terapeutiche notevoli.

Le malattie cardiovascolari rare “isolate”

Dati di prevalenza

I dati di prevalenza delle malattie cardiovascolari rare *isolate*, possono essere utili per indicare la probabilità che il cardiologo incontri tali pazienti nella pratica clinica. La prevalenza viene definita come il numero di casi presenti in un dato momento nella popolazione generale. Può variare notevolmente per i diversi criteri usati per la diagnosi e della popolazione in esame. La fibrosi endomiocardica, endemica nell’Africa equatoriale dove è la causa più frequente di scompenso congestizio e morte, è estremamente rara nei Paesi industrializzati, anche se potenzialmente *importante* con i flussi migratori. La reale incidenza della miocardite rimane incerta considerando i numerosi metodi diagnostici (risonanza magnetica, immunologia, biopsia endomiocardica) oggi disponibili. La forma acuta viene tuttavia ritenuta una malattia non comune. La sindrome di Brugada, caratterizzata dal blocco di branca destra, slivellamento in alto dell’ST nelle derivazioni precordiali destre e da morte improvvisa per fibrillazione ventricolare, viene adesso considerata una cardiomiopatia rara con una prevalenza di 5 casi su 10.000 soggetti, mentre in passato era stata riportata in percentuali molto più elevate, variabili dallo 0.22% al 6.1% dei casi, probabilmente in rapporto ai diversi criteri diagnostici adottati. Rimangono tuttavia ancora incertezze sulla sua reale prevalenza che sembra molto bassa nella popolazione europea e più elevata in quella asiatica. Si ritiene sottostimata la prevalenza di 1:5000 casi della sindrome del QT lungo, anch’essa appartenente al gruppo delle cardiomiopatie aritmogene. Viene invece ritenuta molto rara, se non eccezionale la sindrome del QT breve, descritta recentemente. Altri esempi di malattie cardiovascolari *isolate* molto rare sono i tumori primitivi del cuore, mixomi e sarcomi, e l’ipertensione polmonare idiopatica (prevalenza <1:100.000).

La “zona grigia” della frequenza

Vi è una *zona grigia* della frequenza in cui è difficile stabilire se si tratta di cardiopatie rare, meno frequenti o frequenti; essa comprende le cardiopatie congenite dell’adolescente e dell’adulto e le cardiomiopatie primitive. Il numero dei pazienti con cardiopatia congenita, operati o non operati è stato stimato negli Stati Uniti, all’inizio degli anni ’90 intorno ai 500-600 mila con un numero di 20.000 nuovi casi all’anno. Nel Regno Unito la crescita annuale è stata valutata in 2500 pazienti ed il loro numero è stato stimato in 148.778 pazienti nel 2000 ed in 185.023 nel 2010.

Per quanto riguarda le cardiomiopatie primitive, escludendo la cardiomiopatia restrittiva, una forma estremamente rara (vedi sopra), quella del-

la forma ipertrofica, ritenuta rara in uno studio di popolazione, è stata considerata tutt’altro che infrequente sulla base di studi ecocardiografici e genetici successivi. Le stesse considerazioni valgono per la cardiomiopatia dilatativa primitiva nella quale l’elevata frequenza con la quale sono colpiti i familiari dei pazienti, valutata fino al 48% dei casi esaminati, può indurre a ritenere che la prevalenza sia molto più elevata di quella rilevata dagli studi di popolazione. Anche la cardiomiopatia/displasia aritmogena del ventricolo destro, la cui prevalenza viene stimata da 1:2000 a 1:5000 può essere compresa nella *zona grigia* della frequenza.

Come sospettare una malattia cardiovascolare rara

Nelle malattie rare in cui l’interessamento cardiovascolare è compreso nel quadro di una sindrome complessa la diagnosi non offre di solito difficoltà. Per esempio la presenza di anomalie dello scheletro e dell’apparato oculare nella sindrome di Marfan indirizzano la ricerca della compromissione cardiovascolare anche in assenza di segni e sintomi a carico di questo apparato; i disturbi neurologici nell’ataxia di Friedreich possono orientare verso la diagnosi di alterazioni miocardiche evidenti clinicamente o accertabili in modo strumentale.

Il riconoscimento di una malattia cardiovascolare rara *isolata* presenta gradi maggiori, anche se variabili, di difficoltà. Se un paziente è stato operato o comunque riscontrato affetto da cardiopatia congenita in età infantile, come di solito avviene nei Paesi industrializzati, la diagnosi nell’adulto della malattia o dei suoi postumi non presenta di solito difficoltà. Nel caso delle cardiomiopatie primitive la diagnosi può essere immediatamente evidente se vi sono sintomi e segni riferibili all’apparato cardiovascolare, quali per esempio la presenza di soffi cardiaci nei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva o dispnea da sforzo ed aritmie in quelli con cardiomiopatia dilatativa. In alcuni pazienti tuttavia il quadro clinico ed anche strumentale può essere relativamente *mutuo* o simulare altre affezioni: in una percentuale notevole di pazienti con cardiomiopatia ipertrofica non ostruttiva il paziente è asintomatico, i reperti obiettivi sono assenti, ed anche l’elettrocardiogramma può essere del tutto normale. La cardiomiopatia *peripartum*, un’affezione rara, ma non eccezionale, calcolata negli Stati Uniti, in 1:3189 nati vivi, ma con incidenza variabile nelle diverse popolazioni studiate, può essere di difficile diagnosi in quanto molte pazienti possono mostrare sintomi simili all’insufficienza cardiaca nell’ultimo mese di gravidanza. La diagnosi di anomalie elettrocardiografiche, presenti nelle cardiomiopatie elettriche (sindrome di Brugada, QT lungo e QT breve) può richiedere una notevole esperienza e prudenza nell’evitare inutili allarmismi sul com-

portamento terapeutico (vedi oltre). Ancora più difficile è la diagnosi in pazienti con malattie cardiovascolari molto rare o eccezionali, con reperti obiettivi negativi. Per esempio i pazienti con ipertensione polmonare primitiva possono presentare solo un crescente disagio generale in assenza di segni obiettivi di malattia. In questi casi l'ascolto attento del paziente, sempre e comunque necessario, risulta indispensabile per non classificarlo come affetto da nevrosi ansiosa. Vi è quindi la necessità di unire la *medicina narrativa* (ascolto del racconto del paziente), intesa anche come *fronte avanzato* di una medicina personalizzata, con quella basata sull'evidenza.

La "gestione" del paziente

Le difficoltà per una corretta *gestione* del paziente con cardiopatia rara sono variabili: per quanto riguarda le cardiopatie congenite dell'adolescente e dell'adulto secondo un rapporto della *British Cardiac Society* del 2002 nel 20%-25% si tratta di casi complessi, che richiedono durante l'arco della loro vita una supervisione esperta e/o un intervento chirurgico; un ulteriore 35%-40% necessita di una consulenza esperta; il rimanente 40% ha una malattia semplice e completamente corretta e richiede una esperienza specializzata ridotta o non necessaria. Gli stessi criteri possono essere applicati ai pazienti con cardiomiopatia dilatativa o ipertrofica nei quali può essere sufficiente la terapia farmacologica standard oppure sono necessari interventi che richiedono elevata specializzazione. Il riscontro di alterazioni elettrocardiografiche riferibili alla sindrome di Brugada, o di un reperto di QT lungo o breve in soggetti asintomatici può porre di fronte a difficili scelte per quanto riguarda l'impianto di un defibrillatore che rappresenta attualmente il solo trattamento efficace per prevenire la morte improvvisa. I centri di riferimento sono d'altra parte indispensabili per una corretta *gestione* del paziente con malattia cardiovascolare rara.

I centri di riferimento

I centri di riferimento, indispensabili in una moderna organizzazione sanitaria, dovrebbero essere organizzati in modo da avere esperienze consolidate da un numero adeguato di casi, essere in grado di svolgere ricerca scientifica con il supporto di adeguate risorse economiche. Un'opportuna localizzazione geografica può evitare continui spostamenti del paziente ed il collegamento con la rete dei servizi sanitari di secondo livello e di base può evitare l'afflusso di casistica non selezionata ed i controlli di *routine*. Per quanto riguarda la Regione Toscana nel periodo 1999-2002 vennero riconosciuti con delibera regionale alla UO di Cardiologia di S. Luca-Careggi un Centro di riferimento per le cardiomiopatie ipertrofiche e dilatative ed un Centro di riferimento per le cardiopatie congenite in età adulta. Quest'ultimo avrebbe operato in stretta collaborazione con il Centro per le cardiopatie congenite a sua volta autorizzato per l'Ospedale Meyer. Il riconoscimento di questi Centri, effettuato sulla base dell'attività svolta in precedenza e giustificato dai dati epidemiologici (vedi Tabella 1), era la premessa per un ulteriore sviluppo e qualificazione dell'attività cardiologica dell'ospedale di Careggi.

Conclusioni

In conclusione anche se la cardiopatia ischemica ed ipertensiva sono preponderanti nella pratica clinica la somma di tutte le malattie cardiovascolari considerate rare, comprese quelle nella *zona grigia* della frequenza, è tutto altro che trascurabile. Vi è quindi la concreta possibilità dell'inccontro da parte del medico e del cardiologo con questi pazienti nella pratica clinica. La diagnosi e la gestione corretta possono presentare difficoltà notevoli. È di grande importanza il rapporto del medico e del cardiologo di fiducia col centro di riferimento a cui il paziente viene indirizzato per un approfondimento della diagnosi e relativa terapia.

TM

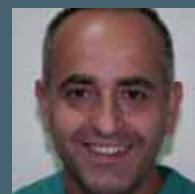
Tabella I

Cardiopatie rare (zona grigia della frequenza)	Prevalenza (Dati di letteratura)	N° pazienti (Per estrapolazione)	
		In Italia	In Toscana
GUCH	4.09:1000 (tutte le malformazioni*)	247.961	14.879
	0.38:1000 (malformazioni gravi)*	23.038	1.382
CMI	1:5076 *	11.945	716
	2:1000 **	121.232	7276
CMD	1: 2739 *	22.132	1328
CM AR	1:2000-1:5000 *	30.313-12.125	1816-727

Popolazione italiana (gennaio 2011) 60.626.442 abitanti (Dati ISTAT); Popolazione in Toscana (2006) 3.638.211 abitanti.

* Studi di popolazione; ** Studi ecocardiografici e genetici. GUCH Congenital Grown-up Heart Disease; CMI Cardiomiopatia ipertrofica, CMD cardiomiopatia dilatativa; CM AR cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro.

Progetto di ricerca “Dal dentista col sorriso”



Massimo Calabrò
master in Chir. Orale d'Urg. Odontostomatol. e in Implantol. c/o l'Univ. di PI. Corsi di perf. in Disordini Cranio-Cervico-Mandibolare (DCCM) ed in Odontol. Forense. Libero professionista a PO. Resp. dell'Area Odontoiatrica del progetto di ricerca "Dal dentista col sorriso" che vede impegnati in équipe G. Rombolà Corsini (Psicologo, Psicoterapeuta, PO), Rosa Pia Lauro Grotto (ricercatore c/o il Dip. di Psicol. dell'Univ. di FI) e Dott. Alessio Barabuffi (Psicol. PO).

1. IL PROGETTO DI RICERCA

Le cure odontoiatriche solitamente si estendono per un lungo periodo di tempo e necessitano, per il buon esito del trattamento, sia della collaborazione del paziente che della sensibilità empatica del medico, oltre che, ovviamente, delle sue competenze specialistiche.

Nella pratica odontoiatrica è rilevante il numero di pazienti che abbandonano, dopo la fase acuta, il trattamento, oppure che non lo intraprendono affatto (aggrappandosi a terapie farmacologiche – antibiotici e antidolorifici – e rimandando la visita dal dentista), o che si impegnano scarsamente nelle procedure prescritte per il mantenimento dell'igiene orale. Spesso questi atteggiamenti derivano da una vera e propria sindrome ansiosa (odontofobia) che ostacola la *compliance*, terapeutica conducendo il paziente ad atteggiamenti di insufficiente collaborazione.

Dal quotidiano rapporto con questi pazienti nasce l'idea di approfondire la natura del fenomeno dell'Odontofobia. Un'attenta disamina della letteratura a riguardo, infatti, ci conferma l'esigenza di porre chiarezza in merito poiché la stessa OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) stima che gli odontofobici si attestino intorno al 15-20% della popolazione. Inoltre: “le cure odontoiatriche solitamente si estendono per un lungo periodo di tempo e necessitano, per il buon esito del trattamento, sia della collaborazione del paziente che della sensibilità empatica del medico oltre che, ovviamente, delle sue competenze specialistiche. Uno dei problemi più frequenti in cui si imbatte l'odontoiatra è la constatazione dello scarso impegno del paziente verso le procedure prescritte per il mantenimento dell'igiene orale (uso dello spazzolino dopo i pasti, filo interdentale, colluttori, ecc.). [...]”

Nella pratica odontoiatrica è rilevante il numero di pazienti che abbandonano, dopo la fase acuta, la prosecuzione del trattamento. L'odon-

toiatra non di rado, infatti, si trova di fronte a sindromi ansiose (odontofobia) che ostacolano la compliance terapeutica, o ad atteggiamenti di insufficiente responsabilizzazione derivanti ora da un eccesso di fatalismo e rassegnazione (“tanto non serve a nulla”), ora da un ingiustificato ottimismo che porta a svaloriare i rischi di condotte e stili di vita inadeguati (“a me non capiterà”).

Gli **OBIETTIVI GENERALI** sono due e vedono coinvolti sia i pazienti che gli odontoiatri:

1. il primo prevede l'attivazione di un servizio di supporto psicologico che sarà rivolto a tutti coloro che, non riuscendo a sottoporsi alle cure odontoiatriche necessarie, vanno ad in-

ficiare la loro qualità di vita;

2. il secondo prevede l'attivazione di corsi di formazione altamente qualificanti rivolti a odontoiatri con l'obiettivo di chiarire la natura psicologica del fenomeno fornendo così strumenti anche per un primo contenimento del fenomeno ansioso fermo restando, ovviamente, che se:

“[...] le resistenze al trattamento appaiono particolarmente radicate e scarsamente sensibili alle procedure avviate dall'odontoiatra, possono essere intraprese altre strade, fra le quali l'invio allo psicologo. A seconda del caso potranno allora essere presi in considerazione vari trattamenti: da quelli psicoterapeutici e/o psicofarmacologici, a quelli basati sulla suggestione ipnotica o sul training autogeno”.

Sulla base di questo sono stati individuati i seguenti **OBIETTIVI SPECIFICI**:

1. Strutturare un protocollo di ricerca standard spendibile anche in altre realtà affini;

2. Accrescere le conoscenze, sia da un punto di vista fenomenologico sia da un punto di vista psicodinamico, sull'odontofobia.

MASSIMO CALABRÒ¹, GIOVANNI GIUGNI²,
ANDREA GIUGNI³, GIUSEPPE ROMBOLÀ CORSINI⁴,
ROSA PIA LAURO GROTTA⁵, ALESSIO BARABUFFI⁶

¹ Medico, Odontoiatra

² Medico, Odontoiatra

³ Medico, Odontoiatra

⁴ Psicologo, Psicoterapeuta

⁵ Università degli Studi di Firenze

⁶ Psicologo

2. IL DISEGNO DELLA RICERCA

a) FASE 1: INDAGINE QUANTITATIVA

a.1) *Il disegno correlazionale, le variabili, gli strumenti.*

Nel disegno correlazionale vengono rilevati, tramite opportuni strumenti di misura, i valori di due variabili per indagarne successivamente le correlazioni, ovvero i rapporti di reciprocità e di interdipendenza fra di loro. In questo caso si intende indagare alcune dimensioni psicologiche che riguardano l'ansia relativa alle procedure odontoiatriche, alcune dimensioni psicologiche della sfera interpersonale e la presenza di tratti alessitimici. Nella fattispecie, le correlazioni saranno orientate al **tentativo di valutare quanto le diverse modalità di gestione delle relazioni interpersonali influenzino i soggetti nei loro comportamenti di compliance nei contesti di cura odontoiatrica.**

a.2) *Il campione e le procedure di reclutamento.*

La numerosità del campione è stata individuata in 60 soggetti (circa) che verranno contattati presso lo studio odontoiatrico al momento della prima visita e, dopo una breve presentazione della ricerca, verrà chiesto loro di rispondere ai questionari durante i momenti di attesa precedenti alle cure.

Il tempo stimato di compilazione della batteria di test completa è di circa 20'.

b) FASE 2: INDAGINE QUALITATIVA

b.1) *Il gruppo dei partecipanti.*

In questa fase verrà effettuato uno studio qualitativo che si concentrerà sui partecipanti che hanno riportato valori estremali al *Dental Anxiety Scale* (paziente non ansioso/fobia dentale). A partire da questi dati si intende selezionare un gruppo di 6 soggetti (circa) che dovranno dare testimonianza diretta dei loro vissuti in merito alle cure odontoiatriche attraverso una **intervista semi-strutturata** costruita *ad hoc*.

I resoconti delle interviste saranno valutati con una metodologia di ispirazione ermeneutica che prevede un lavoro di équipe e mira, per mezzo di un procedimento deduttivo, a individuare **macrocategorie** fenomenologiche di lettura del materiale in oggetto. Il gruppo di lavoro, coordinati dalla prof.ssa Rosa Pia Lauro Grotto, sarà formato da due psicologi ed almeno 3 tirocinanti e/o laureandi in Psicologia.

b.2) *Le procedure di reclutamento.*

I partecipanti verranno ricontattati telefonicamente al termine della lettura dei risultati della

fase 1 e verranno invitati negli studi di psicologia per procedere, in un'ora e mezzo circa, all'intervista semi-strutturata.

b.3) *Il personale sanitario.*

Sulla base dei risultati emersi verrà costruita una traccia per un'indagine qualitativa al personale sanitario, effettuata sempre per mezzo di un'intervista semi-strutturata, con l'obiettivo di esplorare i vissuti degli operatori durante il lavoro con il gruppo dei partecipanti selezionati per questa seconda fase della ricerca. La valutazione dei resoconti delle interviste seguirà la metodologia precedentemente descritta.

c) FASE 3: INDAGINE PSICODINAMICA

Arrivati a questo punto è necessario operare un distinguo tra le tre fasi così da chiarire l'importanza di quest'ultimo passaggio.

Nella **FASE 1** il nostro interesse sarà rivolto agli aspetti convergenti che emergono dai tre test quindi leggeremo i risultati concentrandoci su quei risultati che *convergono* verso un certo tipo di valore (paziente non ansioso/fobia dentale).

Nella **FASE 2** e nella **FASE 3** invece, trattandosi di un'indagine qualitativa sui vissuti dei partecipanti in merito alle cure odontoiatriche, analizzeremo sia gli aspetti convergenti che divergenti e soprattutto nell'ultima parte della ricerca, una vera e propria indagine idiografica, ci concentreremo sugli aspetti divergenti andando quindi ad individuare quelle dinamiche, utili per rispondere alla nostra ipotesi di partenza, che possono variare da soggetto a soggetto. Per fare ciò ci affideremo agli strumenti tipici della diagnosi psicodinamica.

c.1) *Le procedure di reclutamento.*

Il gruppo dei partecipanti sarà lo stesso indicato nel paragrafo b.1). In occasione dell'incontro per l'intervista semi-strutturata verrà, infatti, fissata una data successiva per la somministrazione del proiettivo.

3. I RISULTATI ATTESI

Al termine della seconda fase verrà redatto un resoconto dettagliato dei risultati di ogni fase e di come questi vadano a confermare, o meno, la nostra ipotesi di partenza secondo cui **diverse modalità di gestione delle relazioni interpersonali influenzino i soggetti nei loro comportamenti di compliance nei contesti di cura odontoiatrica.**

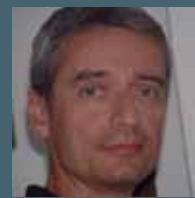
Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: dental.studio@virgilio.it

TM

Ampia fistola tra circolo coronarico, arteria polmonare e cavità atriali

Descrizione di un caso clinico



Marco Capezzuoli, dopo esperienze come specializzando c/o l'Endocrinologia dell'Univ. di PD e, l'Ist. di Anestesia e Rianimaz. di SI, è stato assistente medico di Med. Interna c/o le Usl toscane 31 e 19; dal 1995 è dirigente medico c/o la U.O. di cardiologia della Usl 7 SI zona alta val d'Elsa. Si interessa in particolare di ecocardiografia e ha conseguito perfezionamenti nella metodica transtoracica e transesofagea presso le Univ. di Roma, PI e SI.

Introduzione

Le fistole coronariche sono rare anomalie, solitamente congenite, che mettono in comunicazione la circolazione coronarica con altre arterie (solitamente l'arteria polmonare) e talvolta coinvolgono anche una o entrambe le cavità atriali, i ventricoli, il seno coronarico.

Si tratta di un'anomalia che si osserva in circa lo 0.3% dei pazienti che si sottopongono a un esame coronarografico; nel 60% dei casi interessa la coronaria destra, nel 35% la coronaria sinistra e in un 5% entrambe.

È molto importante il sito di drenaggio della fistola poiché il flusso è condizionato dalla pressione vigente nella camera ricevente; quanto più bassa è la pressione in tale sito, tanto maggiore sarà il flusso attraverso la fistola determinando così fenomeni di furto coronarico che possono favorire ischemia miocardica, aumento della pressione in arteria polmonare e scompenso.

Caso clinico

Il caso giunto alla nostra osservazione riguarda un uomo di 65 anni iperteso, diabetico e affetto da vasculopatia polidistrettuale.

Entra nel nostro reparto con un quadro di infarto miocardico non Q (Figura 1); l'ecocardiogramma rivela un ventricolo sinistro ingrandito,

con funzione sistolica depressa e lieve insufficienza mitralica.

Assenti lesioni parenchimali attive e piccolo circolo nella norma all'Rx torace.

Nei giorni successivi esegue esame coronarografico dimostrativo di

coronaropatia plurivasale e di una ampia fistolizzazione di rami atriali della coronaria sinistra verso l'arteria polmonare e le cavità atriali. (Figure 2-3-4).

Il paziente viene trattato con successo con procedura interventistica presso la U.O. Emodinamica

MARCO CAPEZZUOLI*, ANTONIO D'ARPINO*, ANTONELLA FLORIAN*, LUCA FRANCARDELLI*, PAOLO RICCI*, MANUELA ROMEI*, GIOVANNI SCOPELLITI*, PAOLO BALDINI**

* Dirigente medico primo livello U.O. cardiologia usl7 Siena zona alta val d'Elsa, Poggibonsi (SI)

** Responsabile U.O. Cardiologia usl7 Siena zona alta val d'Elsa, Poggibonsi (SI)

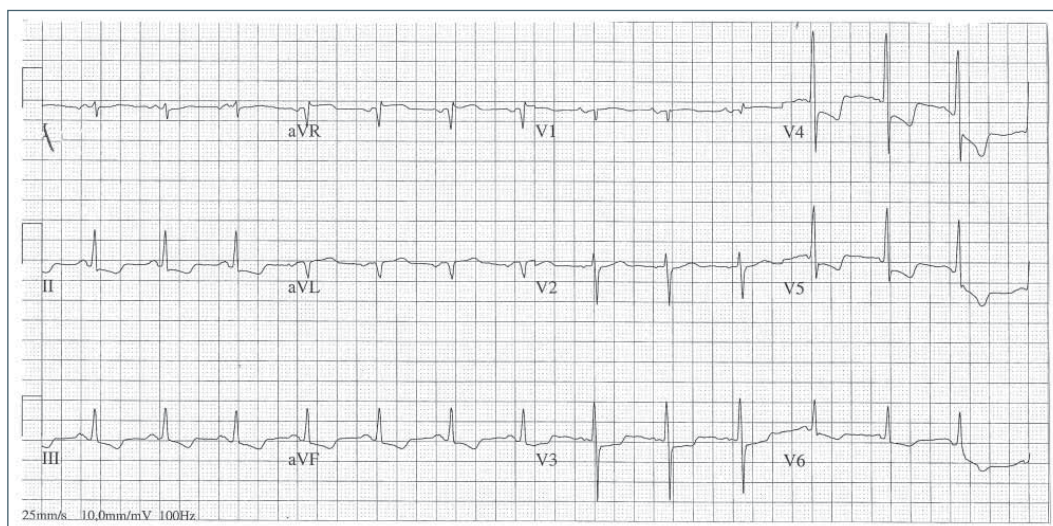


Figura 1 - ECG.

di Siena (angioplastica su interventricolare anteriore e angioplastica + triplice impianto di stent sulla coronaria destra); dopo due mesi circa, per ripresa dei sintomi è stato nuovamente sottoposto a coronarografia che ha mostrato restenosi intrastent sulla coronaria destra, stenosi critiche sul primo diagonale e sul tratto medio dell'interventricolare anteriore.

Trattato con angioplastica + duplice impianto di *stent* medicato (DES) sulla coronaria destra, angioplastica + DES sul primo diagonale e angioplastica disostruttiva sull'interventricolare anteriore media con impianto di due DES.

La procedura ha avuto pieno successo e il paziente, a distanza di alcuni mesi gode di buona salute.

Discussione

Riteniamo questo caso particolarmente interessante perché trattasi di un'anomalia congenita molto rara (ci risultano pochi casi in letteratura di fistole coronarico polmonari e coronarico biatriali contemporaneamente presenti nello stesso paziente; in particolare il nostro paziente presentava fistole multiple tra la coronaria sinistra e l'arteria polmonare quando nella maggior parte sono descritte fistole tra coronaria destra e polmonare).

La sintomatologia che ha condotto il paziente al ricovero (ischemia miocardica acuta e scompenso) è in strettissimo rapporto di causa-effetto con l'azione di furto determinata dalla fistola con l'arteria polmonare che ha poi favorito l'instaurarsi di ipertensione del piccolo circolo e i sintomi legati allo scompenso.

La terapia con nitrati spesso aggrava i sintomi (angina) per incremento del flusso attraverso la fistola magnificando quindi l'effetto furto.

Il paziente in esame presentava anche una malattia coronarica plurivasale (stenosi 85% dell'interventricolare anteriore media con occlusione distale del vaso, stenosi 95% del primo diagonale, stenosi 95% della coronaria destra) ed è stato sottoposto con successo a triplice procedura di stenting con impianto di devices a rilascio di farmaco (DES).

Data la complessità del quadro e la procedura interventistica coronarica effettuata, è stato collegialmente deciso per il momento di non considerare un eventuale ulteriore procedura sulle fistole.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.capezzuoli@usl7.toscana.it

TM

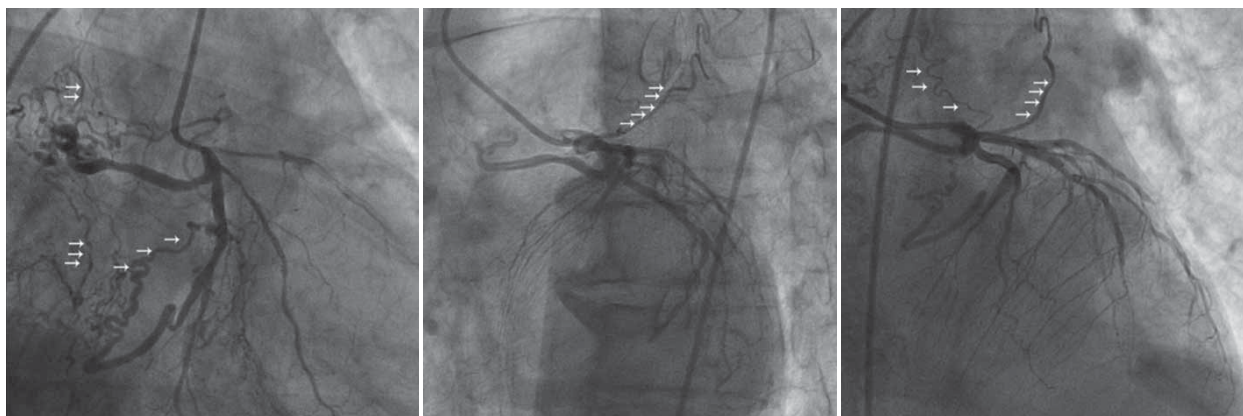


Figure 2, 3, 4 - Fistole multiple tra arteria coronaria sinistra, arteria polmonare e cavità atriali.

CORSI E SEMINARI

MASTER IN COMUNICAZIONE ETICA IN MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE

Giunto alla sua terza edizione, il Master di I livello, del tutto innovativo nel panorama nazionale e dedicato a operatori del mondo della medicina, intende fornire in un unico format elementi di comunicazione, bioetica e formazione per persone della sanità, in grado di trasmettere le abilità di comunicazione e formazione efficace a medici, psicologi, farmacisti, infermieri, personale del nursing, amministratori pubblici. Principali argomenti della medicina clinica e sperimentale (salute, malattia, processi gestionali a queste collegate, scoperta di una nuova procedura e sviluppo di un farmaco, aspetti medicolegali e gestione della malpractice, Modello Lean in Sanità, Empowerment e Customer Satisfaction, uso del web e comunicazione della medicina attraverso i media, peculiarità della e nella Medicina Militare), saranno analizzati e sviluppati partendo dalle abilità alla comunicazione e sotto il profilo bioetico. Il Master ha lo scopo di fornire abilità teoriche e pratiche per insegnare a migliorare la comunicazione in ambito sanitario e renderla uno strumento adeguato alle esigenze attuali, anche alla luce del principio etico di autonomia, secondo i riferimenti etici che soggiacciono alla professione sanitaria. In molti settori la comunicazione è strumento di lavoro da cui dipende il successo o l'insuccesso professionale e in ambito sanitario la comunicazione ben gestita risulta in un miglior utilizzo delle risorse umane, strumentali e strutturali, con notevoli riduzione dei costi gestionali e umani. Scadenza iscrizioni 31 gennaio 2013 Il Totale crediti, al termine del Master sarà di 60. Maggiori info sul sito del Master: www.cometicamedica.it e su <http://www.med.unipi.it/web/index.php/master/262-comunicazione-etica-in-medicina>. E-mail: segreteria@cometicamedica.it - tel. 050993387.



Il certificato medico

Che cos'è

È il mezzo di informativa più frequente dell'attività del medico, destinato a soddisfare molteplici esigenze della vita sociale.

È un atto scritto con il quale il sanitario dichiara conformi a verità i fatti di natura tecnica riscontrati nell'esercizio della professione, dei quali il certificato è destinato a provare l'esistenza.

Che cosa presuppone?

Il certificato medico, essendo un'attestazione di verità avente rilevanza giuridica, presuppone che i fatti costituenti oggetto della certificazione siano di competenza medica e che il certificante li abbia personalmente accertati a causa e nell'esercizio della sua attività professionale.

Qual è il significato giuridico?

Il certificato medico, quando non costituisce un atto pubblico fedefacente presso pubbliche autorità, è da considerarsi scrittura privata, la cui efficacia probante dipende dalla sottoscrizione del dichiarante e dall'oggetto della certificazione.

Come deve essere compilato?

Salvo alcune eccezioni, non esistono disposizioni di legge che indicano le modalità di redazione del certificato; esso può avere qualsiasi forma, purché idonea a raggiungere lo scopo.

In ogni caso l'atto scritto deve contenere le seguenti condizioni essenziali:

1. nome e qualifica del certificante;
2. generalità della persona interessata;
3. oggetto della certificazione;

4. data e luogo del rilascio;
5. timbro e firma in calce del medico.

Quando si rilascia?

In linea di principio il medico non può rifiutarsi di rilasciare al proprio assistito – anche occasionale – le attestazioni scritte comprovanti le sue condizioni di salute, qualunque sia l'uso – **s'intende lecito** – che egli voglia farne nel proprio interesse.

Quali sono i requisiti?

La **chiarezza** – consiste nel rendere intelligibile il significato della certificazione utilizzando grafia e parole comprensibili.

La **veridicità** – consiste nella conformità di quanto constatato obiettivamente dal medico con quanto da lui dichiarato per scritto.

Quali sono i rischi di responsabilità professionale connessi al certificato medico?

1. Di incorrere nell'ipotesi del reato di **falsità ideologica** – qualora il medico abbia volutamente e consapevolmente alterato la verità, ancorché a titolo di cortesia o di compiacenza o di favore nei confronti dell'assistito.

2. Di incorrere nell'ipotesi del reato di **falsità materiale** – che consiste nella contraffazione della certificazione operata allo scopo di procurare a sé o ad altri un vantaggio o di recare ad altri un danno.

3. Di incorrere nell'ipotesi del reato di **rivelazione di segreto professionale** – qualora il medico consegni il certificato a persone diverse dall'interessato o dal suo legale rappresentante. **TM**

LUCIA MALAVOLTI

Direttore U.O. Medicina Legale - Azienda USL 10 - Firenze

CONVEGNI E CONGRESSI

CARDIOTOSSICITÀ NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Venerdì 9 novembre p.v. dalle ore 14:30 alle ore 18:30, presso la sala congressi del Centro Oncologico Fiorentino in Via Ragionieri 101 a Sesto Fiorentino, si terrà il convegno "Cardiotossicità nel paziente oncologico". Per il programma e le informazioni: segreteria scientifica@lacittadellasalute.it.

CORSI E SEMINARI

PROCEDURE AUTORIZZATIVE E GESTIONALI DI IMPIANTI A RISONANZA MAGNETICA

Il corso si terrà il **22 Novembre 2012** con orario 8.30 - 18 presso il Centro di Formazione Aziendale il Fuligno, Via Faenza 48 Firenze ed è destinato a tutte le figure coinvolte nella gestione in sicurezza di impianti RM. Direttore: Giovanna Zatelli S.C. Fisica Sanitaria Az, USL 10 FI. Seg.r Org.va: per dipendenti dell'Az. 10 S.S. Formazione Risorse Umane Patrizia Cicchese. Per iscrizioni: S.C. Sepp - Cristina Paione email: corsi.sepp@asf.toscana.it. Per esterni: S.C. Formazione e Marketing Formativo, Elena Gufoni - Tel 0556938418; elena.gufoni@asf.toscana.it. L'iniziativa è inserita nel percorso regionale per l'attivazione dei crediti ECM.



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".

Brasile. A tutta forza

Il 9 luglio scorso si è tenuto a Firenze un seminario sulla sanità brasiliana, organizzato dal SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina) con il patrocinio dell'Ordine dei Medici.

Un medico di famiglia di Rio, Armando Norman, ha presentato un profilo sanitario del suo paese

molto interessante e per certi versi commovente. Ero infatti commosso nell'ascoltare quel giovane collega parlare degli straordinari risultati della sanità brasiliana. Io, che mi sono sempre interessato di "salute globale", ho avvertito per la prima volta la netta percezione di *un sud* che surclassa nettamente *un nord*, con l'attuazione di grandi innovazioni e investimenti in sanità (anche grazie a un PIL in rapida ascesa: +7,5% nell'ultimo anno), con la sta-

bilità politica, con grandi programmi di lotta alla povertà che hanno ridotto il numero delle famiglie indigenti e ristretto la forbice delle disuguaglianze sociali.

La storia della sanità brasiliana è veramente singolare e la sua evoluzione non è riconducibile a nessun altro modello esistente. Per questo vale la pena raccontarla, sia pur brevemente.

L'idea di un nuovo sistema sanitario nasce (clandestinamente) durante la dittatura militare (anni 1964-1985) per iniziativa dei gruppi politici

ostili al regime. Un'idea fortemente influenzata dalle discussioni che si erano sviluppate intorno alla Conferenza di

Alma Ata e dalle sue conclusioni (1978). Alla fine il movimento politico e sociale che restituì il Brasile alla democrazia pose tra i fondamenti della trasformazione del paese la riforma sanitaria. Le linee politiche di tale riforma furono definite al termine di una storica "Conferencia Nacional"

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

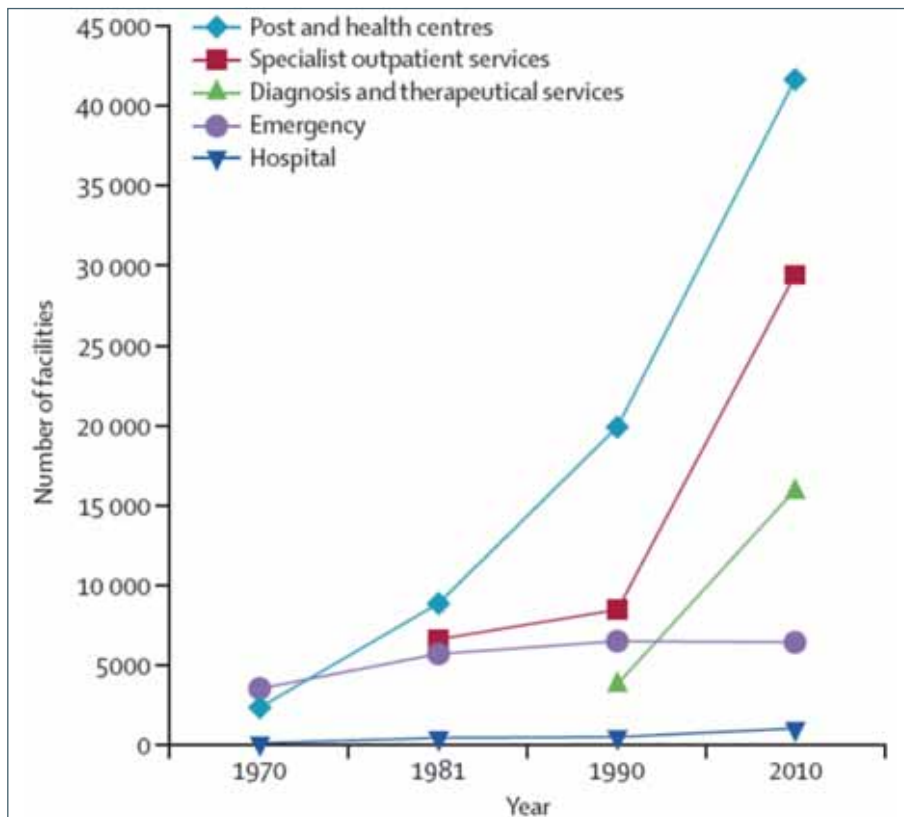


Figura 1 - Brasile. Tipologia di strutture sanitarie, 1970-2010.

tenuta nel 1986 e promossa dal “*movimento sanitarista*”, guidato da Sergio Arouca, attivista comunista, ricercatore presso la scuola nazionale di sanità pubblica di Rio.

Conferenza storica non solo per le sue conclusioni, ma anche per l'imponente partecipazione popolare: migliaia di persone – operatori sanitari, rappresentanti politici e sindacali, semplici cittadini – arrivarono da ogni angolo del paese, fornendo un contributo corale all'elaborazione delle future strategie politiche in campo sanitario: 1) universalità di accesso ai servizi; b) grande attenzione ai determinanti sociali della salute, in particolare alla lotta alla povertà; c) decentramento amministrativo e gestionale; d) partecipazione delle comunità e dei cittadini alle scelte di priorità. Tali principi furono incorporati nella nuova Costituzione che fu approvata nel 1988. In essa si stabiliva che la salute era un diritto dei cittadini e responsabilità dello stato. Tale diritto doveva essere assicurato da un “*Sistema Unico de Saúde*” (SUS), organizzato a livello regionale, operativamente decentrato e sostenuto da una forte partecipazione popolare. La Costituzione riconosceva anche un ruolo (complementare) al settore privato, regolato dal SUS.

Nel 1990 viene approvata una legge che regola in maniera organica tutti questi aspetti, ma ciò avviene in una fase politica d'instabilità economica, di diffusione dell'ideologia liberista e di forti condizionamenti da parte della Banca Mondiale,

di perdita di forza dei movimenti popolari e sindacali. L'insieme di questi elementi determina il predominio del settore privato sia nella produzione dei servizi che nel loro finanziamento, con lo sviluppo di un forte sistema assicurativo privato, anche d'importazione americana.

La riforma segna una fase di stallo che tuttavia non impedisce l'approvazione, nel 1994, di un provvedimento che rappresenterà negli anni a venire la vera chiave di volta del rinnovato sistema sanitario brasiliano: il Programma Salute per la Famiglia (*Programa Saúde da Família* – PSF). Il programma prevedeva la costituzione di team di cure primarie composto da un medico, un infermiere, un'infermiere ausiliario, e 4-6 *Agentes Comunitarios de Saúde*. Ogni team lavora all'interno di un centro di salute e copre i bisogni di cure primarie per un'area geografica ben definita, per una popolazione di 600-1000 famiglie. Il PSF all'inizio viene considerato uno strumento di assistenza agli indigenti, la cui adozione era facoltativa (e infatti prima del 1998 solo 12 stati su 27 lo avevano introdotto, con finanziamenti peraltro molto scarsi).

L'espansione del PSF su tutto il territorio nazionale si ebbe a partire dal 1998, quando il Governo Federale (durante la presidenza di Fernando Henrique Cardoso) concesse incentivi finanziari a tutti i municipi che adottavano il nuovo modello di assistenza primaria, trasferendo loro una quota fissa pro-capite e una quota variabile

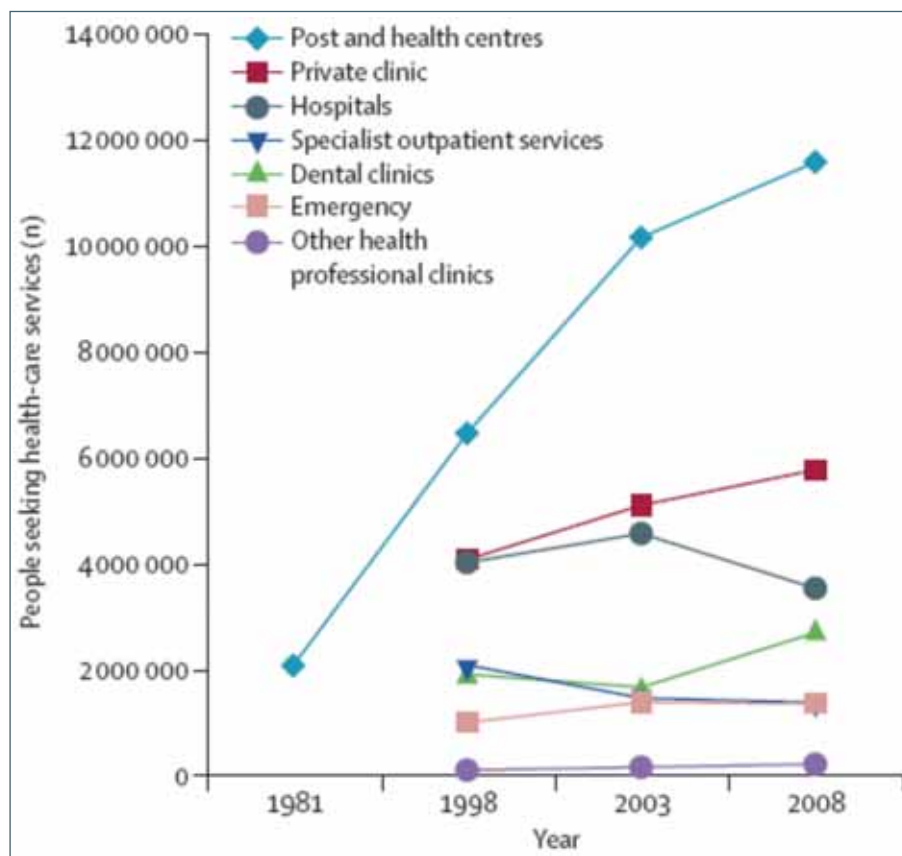


Figura 2 - Brasile. Utilizzazione dei servizi sanitari per tipologia di struttura, 1981-2008.

dipendente dal numero di operatori comunitari di salute e dal numero di équipes di PSF esistenti in ogni municipio. A partire dal 2001, ogni due équipes del PSF è stata affiancata da una équipe di *Saúde bucal* (ESB), formata da un dentista, un tecnico di igiene orale e un ausiliario di laboratorio dentale con l'obiettivo di realizzare interventi prevalentemente preventivi (individuali e collettivi) ma anche alcune attività di cura.

Ma il grande balzo in avanti della PSF è avvenuto sotto la presidenza di Luis Inacio Lula da Silva, iniziata nel 2002. Con il suo governo i finanziamenti per il PSF sono aumentati costantemente, fino a quasi quadruplicare nel 2010, così come è aumentato il numero di équipes di PSF, il numero di équipes di ESB e il numero di municipi coperti dalla *Estratégia Saúde Família* (5.251 su un totale di 5.564). La popolazione coperta è circa 98 milioni di abitanti (il 52% del totale, rispetto al 32% del 2002). Tale modello assistenziale comunitario prevede – all'interno del SUS - anche l'accesso alle cure secondarie e terziarie fornito da strutture pubbliche o private convenzionate. Il modello ha migliorato l'accesso della popolazione alle cure e ha anche incrementato le attività di prevenzione e promozione della salute a favore dei gruppi sociali più vulnerabili, soprattutto nella aree geografiche del Nord-est e del Nord del paese, che prima dell'istituzione del PSF avevano facile accesso solamente agli agenti comunitari di salute o dovevano ricorrere ai servizi di emergenza dei presidi ospedalieri, quando esistenti.

La strategia di rafforzamento delle cure primarie ha riguardato sia il settore del personale (in meno di dieci anni è raddoppiato il numero di medici, infermieri e operatori comunitari di salute impegnati nel PSF), sia quello delle strutture sanitarie di base, dei centri di salute. Come si può osservare dalla Figura 1, i centri di salute dove operano i team del PSF hanno registrato nel tempo il massimo incremento, rispetto a ogni altra struttura sanitaria. A ciò ha corrisposto un parallelo incremento dell'accesso e dell'utilizzazione dei servizi di cure primarie, con una significativa riduzione del ricorso all'ospedale, vedi Figura 2.

Anche lo stato di salute della popolazione brasiliana ha registrato dei netti miglioramenti, soprattutto nell'area materno-infantile: per esempio: la mortalità infantile è passata dal 70 per mille nati vivi del 1980 all'attuale 20 per mille, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza da personale qualificato era il 75% nel 1985, oggi il 99%.

Ma il sistema sanitario brasiliano non è solo PSF (che copre, come abbiamo visto, poco più della metà della popolazione). Il settore privato ha una grande forza sia nella produzione di servizi che nel settore assicurativo. Il Brasile – come vedremo nella seconda parte che pubblicheremo nel prossimo mese – è anche un paese di forti contraddizioni (un solo dato: il Brasile detiene il primato mondiale di parti cesarei con il 44% del totale dei parti, era il 25% nel 1986).

TM

Frammenti di storia

Toscana Medica 9/12



Le basi anatomiche del cinema muto

Il clamoroso successo del film *The Artist*, che si è aggiudicato cinque Oscar (miglior film, migliore attore, migliore regia, migliore colonna sonora e migliori costumi), per il 2012, rievoca i fasti del cinema muto.

La pellicola, girata in bianco e nero dal regista francese Michel Hazanavicius, ha rispolverato una vecchia

questione tra gli addetti ai lavori e cioè se il cinema muto abbia esaurito la sua funzione con l'avvento del sonoro e se quest'ultimo abbia una efficacia espressiva superiore al vecchio sistema. Il successo odierno ha rivelato che vi è ancora un

gran numero di estimatori che non si lascia incantare dalle meraviglie del 3D (tridimensionale) preferendo l'espressione

FRANCESCO ROMEO

Medico di medicina generale, Firenze

naturale per esprimere gli umani sentimenti.

Si tratta solo di nostalgia per i tempi andati o non piuttosto di un ripensamento su quella forma d'arte che, avvalendosi di una tecnica ancora acerba, esprimeva in maniera primitiva ma efficace gli stati d'animo dei personaggi? Ancora se ne discute e non pochi sono convinti che, forse, l'avvento del sonoro abbia impedito al cinema muto di dar fondo alle sue riserve.

Gli argomenti a loro favore non mancano. Tra questi il linguaggio del corpo che riesce a trasmettere emozioni nel più assoluto silenzio da che l'uomo è nato. Il cinema muto non fa altro che richiamarsi ad un processo naturale. E deve trattarsi di un processo efficace se è riuscito a creare icone autentiche come Charlie Chaplin e Rodolfo Valentino, Francesca Bertini, Lyda Borelli e film come Assunta Spina o Cabiria ed autori come Gabriele D'Annunzio e musicisti come Ildebrando Pizzetti. Sono attori e film che alla loro epoca, richiamavano folle inimmaginabili ai giorni nostri.

L'indimenticabile creatore di Charlot, all'avvento del sonoro, ebbe a dichiarare che nel caso avesse dovuto partecipare ad un film girato col nuovo metodo, avrebbe scelto la parte del sordo-muto. Ed infatti nelle pellicole successive raramente fa uso della parola.

Io mi appassionai all'argomento all'epoca in cui preparavo l'esame di anatomia. Già allora mi interessavo alla settima arte e cominciai a pubblicare i primi articoli sui giornali della mia città.

Quando ho studiato i muscoli epicranici non mi fu difficile trovare una connessione con la tecnica espressiva dell'attore muto.

Questi muscoli partono dal cuoio capelluto sottocutaneo e si diramano sulla faccia la quale rivela le sensazioni interiori a seconda della intensità dei loro movimenti.

Ad esempio quelli che muovono dal temporo-parietale concorrono all'espressione di sorpresa, orrore, paura, ecc.

L'orbicolare dell'occhio si rilassa durante il sonno, ma dà luogo anche all'ammiccamento, ossia all'atto di strizzare l'occhio con l'intenzione di far capire a qualcuno che vi è intesa. Il corrugatore del sopracciglio concorre al cosiddetto "aggrottare le ciglia". In segno di collera o più genericamente di turbamento.

Ed ancora, il depressore del setto nasale fa dilatare le narici. I muscoli della bocca e l'elevatore del naso formano un solco che diviene più profondo nelle espressioni meste e gravi e la contrazione simultanea determina l'espressione di disprezzo e sdegno. Sappiamo tutti che nella polmonite si può avere la facies voluptuosa: pomelli arrossati, occhi lucidi e nari alitanti.

Quando siamo mossi dal riso è il grande zigomatico che stira l'angolo della bocca verso l'alto

e lateralmente. E quando assumiamo un atteggiamento ironico è perché il risorio si mette in attività.

I turbamenti interiori, le passioni, tormenti, travagli dell'intimo affiorano sul volto dell'attore simultaneamente al loro nascere e perciò mascherano la finzione. L'impressione dell'autenticità si esprime in questi artisti per una naturale vocazione, a cui si aggiunge lo studio, l'allenamento, una particolare sensibilità.

Ogni minima sensazione viene vissuta dallo spettatore in tempo reale ed evidenziata dalla macchina da presa, implacabile nell'esaltare le minime sfumature del volto.

Vi è una differenza sostanziale tra l'attore del muto e quello di teatro. Il primo si esprime con il corpo, l'altro con la parola.

Sul palcoscenico non è l'espressione del viso o i movimenti del corpo che trasmettono emozioni, ma il linguaggio che può essere rozzo, forbito, volgare, irruento, piatto e banale. In ogni caso si tratta di un processo riproduttivo non spontaneo come il linguaggio del muto. La bravura dell'attore teatrale consiste nell'aderire al pensiero dell'autore che domina l'opera. Certo un Ruggero Ruggeri o una Eleonora Duse sono fenomeni rari, perché sanno cogliere le più remote sensazioni del personaggio, ma non riusciranno mai ad eguagliare le capacità di Shakespeare o di Pirandello che li hanno create.

Gassman è stato grande in teatro, meno nel cinema e comunque nei film di Monicelli era il dialogo che esaltava la sua bravura e la sua capacità di rendersi inverosimile.

Le scene più efficaci ne "La grande guerra", con lo stesso Gassman e Sordi sono quelle mute riprese in trincea. E anche ultimamente nello sceneggiato sulla madre di Cristo, Maria ha parlato pochissimo, affidando al volto l'espressione dei suoi sentimenti.

Un senso di stizza sul palcoscenico richiede il movimento marcato del braccio e del tronco affinché possa essere colto da chi sta in platea, se si è troppo lontano si perde ogni effetto perché non sono percepiti dagli spettatori.

Nel 1927 i titolari di una piccola Casa cinematografica in cattive acque, la Warner Bros, lanciarono il Cantante di Jazz, primo film sonoro. Erano riusciti a stampare suoni e parole, in perfetta sincronizzazione, nella stessa pellicola. Il nuovo sistema si diffuse rapidamente in tutto il mondo.

Pochi notarono che stava seppellendo un mondo ancora pieno di vita e di cose da dire. Se ne accorse solo Charlie Chaplin che, col suo indimenticabile Charlot s'incamminava malinconico sulla via dritta con scritto "The end".

TM



Nuove acquisizioni nell'alimentazione del bambino e dell'adolescente

Fabio Franchini, Stefania Pisano

Piccin Editore

Fabio Franchini prosegue la sua infaticabile produzione di testi per la pediatria, questa volta insieme a Stefania Pisano, aggiornando un suo precedente testo con questo compendio assai moderno e completo - edito da Piccin su un problema secolare che oggi assume tonalità addirittura opposte, dalla lotta alla scarsa alimentazione infantile nel terzo mondo,

alla lotta contro l'obesità nella nostra ricca società occidentale. I problemi nutrizionali sono affrontati nel testo in tutti i loro risvolti, con particolare attenzione all'educazione alimentare dei genitori, per sfatare leggende tuttora vive e, nello stesso tempo, aiutarli a districarsi tra tanta pubblicità spesso fuorviante se non dannosa.

Bruno Rimoldi

La dieta mediterranea della Puglia

Anna Maria Cisternino

Tholos Editrice

Aнна Maria Cisternino, dietista pugliese, ha pubblicato questo bel testo, avvalendosi di uno stuolo di collaboratori, nel quale affronta il tema della dieta mediterranea dal punto di vista scientifico e anche del suo valore sociale. Un testo ben fatto ma non certo nuovissimo, anche se corredato da una ricchissima e ottima iconografia. Però il lato più piacevole del libro in

realtà si trova nelle molte ricette "povere" (quelle che oggi costano di più in un qualsiasi menù di qualsiasi ristorante) che, ben scritte e perfettamente riproducibili, in effetti fanno sì che, seguendole, si mangi bene, si spenda poco e si stia maggiormente in salute. Un libro per i medici e le loro famiglie.

Bruno Rimoldi

So quel che dico

Marina Miniati, Elena Barsella

Debate Editore

Solitamente questa esclamazione è propria di un certo costume dei medici. Ma è poi vera? Marina Miniati e Elena Barsella, l'una psichiatra e l'altra psicologa, affrontano questo problema in un breve ma intenso testo, edito dalla Debate di Livorno. Il processo comunicativo, lo sa ogni medico, è permeato di sentimenti e di emozioni, assolutamente bidirezionale, legato al setting e ai lati non verbali della relazione tra medico e paziente. Le autrici si soffermano molto sull'impor-

tanza comunicativa dell'atteggiamento del corpo e sulla sua capacità di valorizzare la componente espressiva della comunicazione. I messaggi del corpo sono fondamentali in psicologia e ogni medico li deve conoscere anche perché, spesso inconsapevolmente, li usa fino a creare un vero vocabolario corporeo, parte essenziale di ogni rapporto umano.

Simone Pancani

Vivere Alcalini, Vivere Felici

L'equilibrio acidobase per la salute del corpo e della mente

Andrea Grieco

Nuove Esperienze Editore

Andrea Grieco, neurologo e psicoterapeuta con interesse spiccato per le medicine non convenzionali, ha scritto un libro che affronta un argomento di indubbio interesse seppure probabilmente poco conosciuto anche dagli stessi addetti ai lavori: l'alcalinizzazione della matrice extracellulare. Sostiene l'Autore che la cellula sarebbe una sorta di "non senso" senza

il continuo dialogo con l'ambiente che la circonda, la matrice extracellulare appunto, che tra l'altro dovrebbe essere lievemente alcalina, al contrario di quanto invece succede nella quasi totalità dei pazienti dei Paesi industrializzati. Un approccio interessante ai concetti tradizionali di malattia e di cura.

Simone Pancani



Nuovo sito internet dell'Ordine

Si è resa necessaria la migrazione del sito internet dell'Ordine dei Medici di Firenze su una nuova piattaforma. L'innovazione si è resa necessaria sia per adeguare il sito agli standard tecnici e di usabilità più evoluti, sia per offrire agli iscritti alcuni nuovi ed interessanti servizi, come ad esempio la stampa in proprio

del certificato di iscrizione all'Albo e la stampa in proprio della modulistica per le autocertificazioni pre-compilate. Per accedere a questi servizi, gli iscritti all'Ordine dovranno usare le nuove credenziali di accesso inviate per email, in quanto i vecchi dati (username e password) usati per la versione precedente della pagina web

non sono più utilizzabili. Si auspica che il nuovo sito rappresenti sempre più un utile supporto informativo e di consultazione per i medici e gli odontoiatri fiorentini. L'Ordine resta a disposizione per raccogliere proposte o suggerimenti utili.

Obbligo di preventivo

L'Ordine dei Medici di Firenze si trova piuttosto spesso a dover affrontare contenziosi fra medici e pazienti che nascono dal fatto che il medico non ha fornito al paziente un preventivo di spesa e, al termine del rapporto professionale, il paziente contesta l'entità dell'onorario. Questo succede in particolare modo nel settore della Medicina Legale, dove i medici svolgono funzioni peritali (magari su incarico dell'avvocato) spesso senza prefigurare né al cittadino né al suo avvocato il costo del loro lavoro.

A questo proposito l'Ordine ricorda che l'art. 54 del Codice Deontologico prevede che il medico "è tenuto a far conoscere il suo onorario preventivamente al cittadino", ragion per cui non fare il preventivo equivale a infrazione deontologica. Inoltre la Legge n. 27 del 24/03/2012 ha dato forza legale a questo stesso principio, per cui adesso non è più solo un precetto deontologico, ma anche un obbligo di legge. Pertanto l'Ordine di Firenze richiama tutti i propri iscritti, in particolare modo i medici legali,

all'obbligo di sottoporre al cliente (o al suo legale) il preventivo di spesa all'atto dell'accettazione dell'incarico, avendo cura di raccogliere la formale accettazione del preventivo stesso. La mancata e ingiustificata sottoposizione del preventivo, oltre a costituire una infrazione sanzionabile disciplinariamente, esporrà il medico al rischio di non ottenere da parte dell'Ordine il parere di congruità per la riscossione del suo onorario.

Pubblicità su Groupon: l'azione dell'Ordine

Con riferimento alle inserzioni pubblicitarie di medici e strutture sanitarie su siti come Groupon e simili, l'Ordine dei Medici di Firenze precisa che la normativa vigente non prevede alcuna forma di autorizzazione preventiva, per cui le modalità e i contenuti delle inserzioni ricadono

sotto la diretta e personale responsabilità dell'inserzionista. L'Ordine dei Medici di Firenze, come sempre, si riserva di effettuare controlli a campione per valutare la veridicità, trasparenza e correttezza del messaggio pubblicato dai propri iscritti, come previsto dal "Decreto Bersani" del

2006. Quest'opera finora ha prodotto buoni risultati, riconducendo spesso i comportamenti pubblicitari nell'alveo della ragionevole concorrenza fra professionisti, fenomeno oramai consolidato e, per direttive europee, non più ostacolabile.

Assicurazioni per i medici. La risposta del Ministro

A fronte della incessante propaganda sui media per incentivare gli utenti ad intraprendere cause risarcitorie contro i medici e le strutture sanitarie e in presenza delle difficoltà opposte dalle compagnie assicurative per la stipula di polizze di copertura per i rischi professionali,

il Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze aveva scritto un'accorata lettera al Ministro della Salute per chiedere interventi utili ad arginare questi eccessi e a ricondurre l'ipotesi risarcitoria entro margini ragionevoli. Il Ministro Balduzzi ha risposto condividendo le preoccupazioni del

la categoria medica e assicurando il suo impegno affinché i contenuti già previsti nel Decreto Legge 158/2012 siano ulteriormente migliorati in sede di conversione in legge del decreto. L'auspicio è di giungere ad una normativa che sia in grado di rendere più sereno il lavoro dei colleghi.

Consiglio Nazionale FNOMCeO

A fine settembre a Padova si è riunito il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici che è servito a fare il punto sullo stato della sanità in Italia dopo l'ultima riunione del maggio scorso. Durante questi mesi sono accaduti fatti che incidono sulla situazione economica e sociale del Paese e che, per quanto riguarda la sanità, sono stati sintetizzati dal Presidente Amedeo Bianco in poche righe: "Dal 2011 al 2015, per effetto delle ma-

novre finanziarie, la sanità lascerà sul campo circa 21 miliardi di euro". Una situazione difficile che rischia di minare lo stesso articolo 32 della Costituzione, con una sanità sempre più compressa dal contenimento dei costi, sempre più in difficoltà nel garantire assistenza adeguata all'insieme della popolazione, mentre fasce sociali più abbienti sono in fuga dal SSN verso la sanità privata. E i medici in mezzo, costretti a sforzi sempre maggiori per tutelare la sa-

lute dei cittadini, per concorrere alla sostenibilità del sistema, impegnati a "disegnare una prospettiva per la professione in grado di farle attraversare il deserto di questi tempi". In questa situazione, il Presidente Bianco ha ricordato l'impegno della FNOMCeO in questi ultimi anni sui temi centrali della sanità e della professione, con particolare attenzione alla formazione, alla prescrizione di farmaci, fino al recente "Decreto Balduzzi".

Nuovo corso FAD della FNOMCeO

Sul sito internet della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici www.fnomceo.it <<http://www.fnomceo.it>> è accessibile il nuovo corso FAD sull'Appropriatezza delle

cure, nuovo capitolo sulla formazione in materia di governo clinico, che segue i corsi RCA, Audit e Sicurezza. Il corso viene erogato in modalità FAD (Formazione a distanza) fino al

30 settembre 2013; sarà predisposto anche in modalità cartacea. Al corso sono stati attribuiti 15 crediti ECM. Come ogni altra iniziativa formativa della FNOMCeO, il corso è gratuito.



Gruppo di Studio di Medicina dell'Età Evolutiva

Si è costituita l'Associazione Gruppo di Studio di Medicina dell'Età Evolutiva (MEE FIRENZE), senza scopo di lucro, che si prefigge di proseguire le attività che dall'anno 1991 sono state svolte dal Gruppo di Studio di Adole-scentologia diretto dal prof. Fabio

Franchini (c/o il Dip. di Pediatria - Univ. di Firenze). L'Associazione MEE FIRENZE, ha finalità di carattere culturale, sociale, scientifico, formativo e di aggiornamento; è formata da un gruppo multidisciplinare di professionisti, che hanno in comune l'interesse di miglio-

re e approfondire tutti gli aspetti e le tematiche dell'età evolutiva. La MEE FIRENZE è iscritta nel registro dell'Ordine dei Medici di Firenze.

Per informazioni e contatti: dr.ssa Stefania Pisano 338.4315377 mee.firenze@libero.it

L'ENPAM contro la "tripla" tassazione

"La previdenza di categoria rischia di ricevere lo schiaffo della *spending review* - dice il Presidente dell'Enpam Alberto Olivetti -. Di fatto sarebbe una nuova tassa che sottrarrebbe soldi destinati alle pensioni, vanificando l'autonomia e doveroso percorso di controllo della spesa che la Fondazione ha già efficacemente intrapreso". La norma sulla *spending review* prevede che gli enti e gli organismi pubblici taglino i costi intermedi del 5% quest'anno e del 10% l'anno prossimo e che versino i relativi

proventi all'erario. "Crediamo sia tempo di finire di essere trattati come pubblica amministrazione o come aziende private a seconda della convenienza per le casse dello Stato - afferma il nuovo Presidente dell'Enpam -. Per questo condividiamo l'iniziativa dell'associazione degli Enti privati previdenziali di ricorrere alla giustizia europea. Come Enpam, tuttavia, crediamo di dover adire anche la via nazionale, fino a giungere di fronte alla Corte Costituzionale, per ribadire il nostro status di

fondazione di diritto privato senza scopo di lucro". A differenza dell'Inps, gli enti previdenziali privati come l'Enpam non gravano sulle casse dello Stato. Nonostante ciò gli iscritti vengono già sottoposti a una doppia tassazione: gli enti previdenziali devono pagare le imposte sui proventi del patrimonio (che servono a pagare le pensioni) mentre i pensionati vengono tassati integralmente sui loro assegni. Ora si aggiunge la terza tassa della *spending review*.

PSA screening: l'ora del requiem?

La diagnosi precoce migliora sempre la salute? Verosimilmente la maggior parte dei medici lo crede ancora, tanto da prescrivere numerosi test di screening con l'obiettivo di ridurre mortalità, morbilità e sofferenze dei pazienti.

Purtroppo, spesso viene ignorato che uno screening inappropriato, come quello con il PSA, può "nuocere gravemente alla salute", sia per gli effetti avversi conseguenti all'eccesso di test diagnostici (*overdiagnosis*) e trattamenti (*overtreatment*), sia per gli effetti psicologici negativi.

Accanto alla certezza che il carcinoma della prostata ha generalmente una storia naturale indolente - la maggior parte dei pazienti "muore con il tumore e non per il tumore" - consistenti evidenze hanno dimostrato che lo screening con il PSA è associato sia a numerosi effetti avversi conseguenti alla biopsia prostatica (dolore, febbre, emorragie, infezioni, difficoltà urinarie), sia soprattutto alle gravi conseguenze della prostatectomia radicale e di altre terapie (disfun-

zioni erettile, incontinenza urinaria, disfunzioni intestinali).

Il 21 maggio, dopo una revisione sistematica su rischi e benefici dello screening con PSA, la US Preventive Services Task Force (USPSTF) conclude che i potenziali benefici in termini di riduzione della mortalità sono incerti e marginali, a fronte di rischi rilevanti e ben definiti. Di conseguenza, le nuove linee guida della USPSTF controindicano lo screening con PSA agli uomini di tutte le età.

Non sorprendono le reazioni a caldo di società scientifiche direttamente interessate: in particolare, la American Urological Association (AUA), ritenendosi oltraggiata da tali raccomandazioni le ha vigorosamente contestate, ovviamente senza dichiarare i palesi conflitti d'interesse.

Alla luce delle evidenze disponibili, **tutti gli uomini dovrebbero essere informati sui potenziali rischi e benefici dello screening con PSA prima di eseguire il test**, così da decidere in maniera consapevole, se effet-

tuarlo o no. Una volta eseguito il PSA e avviata l'infernale macchina diagnostico-terapeutica, la ragionevole smania di conoscere prende il sopravvento sul buon senso e non permette di fare marcia indietro. E allora, Perché Saperlo in Anticipo <<http://www.ninocartabellotta.it/2011/10/screening-prostata-psa/>>, richiamando il titolo di quello che, ad oggi, rimane il post più letto e commentato di questo blog?

Last not but least: se il PSA fosse un farmaco le autorità regolatorie, a fronte delle evidenze sul profilo rischio/beneficio, lo avrebbero già ritirato dal mercato!

Fonte: Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2012, May 21 <<http://www.annals.org/content/early/2012/05/21/0003-4819-157-2-201207170-00459.long>>. Sito: <http://www.ninocartabellotta.it/2012/05/psa-screening-lora-del-requiem/#more-1774>

AMMI e solidarietà

Domenica 6 Maggio 2012 nella piazzetta antistante la chiesa di San Remigio, il parroco ha benedetto l'autovettura di servizio che

l'A.M.M.I. - sezione di Firenze- ha voluto donare alla Misericordia di San Pietro Martire del Campo di Marte.

L'auto, una Dacia Logan, sarà utilizzata per il trasporto sangue ed organi e per alcuni servizi sociali.



Prescrizione di esami diagnostici

Si pubblica una sintesi del decalogo pubblicato da Richard Lehman sul blog che cura per il Centre for Evidence Based Medicine, University of Oxford UK.

Le premesse del decalogo: se un comandamento è impraticabile o impossibile, utilizzalo semplicemente come ispirazione; prescrivigli esami nell'esclusivo interesse del paziente.

1. Tieni conto delle evidenze. Non prescrivere test invano. Se il valore predittivo di un test è inferiore al 50%, lancia una monetina: è più economico e altrettanto utile.

2. Applicazione delle evidenze. Non trattare acriticamente i risultati dei test.

3. Costo-efficacia. Non desiderare esami diagnostici inutilmente sofisticati; se esiste un test più economico e altrettanto utile, usa quello.

4. Educazione dei pazienti. Aiuterai i pazienti a comprendere che i valori limite sono delle convenzioni, e di per sé non indicano

la presenza o meno di una malattia.

5. Decisioni condivise. Aiuterai le pazienti e i pazienti a comprendere i limiti dei test e deciderai con loro se eseguirli o no. Molte condizioni non possono essere escluse o diagnosticate dai test; molti test possono dare risultati falsi positivi o falsi negativi, e nessun test può indicare una prognosi precisa.

6. Assistenza centrata sul paziente. Non ignorare le esigenze delle pazienti e dei pazienti e onora le persone anziane: sono quelle che più inducono nella tentazione di prescrivere test, fai quindi il possibile per evitare quelli inutili o pericolosi.

7. Efficienza. Non ripetere un test se il risultato è già disponibile, e registra in modo che siano reperibili i risultati degli esami che

prescrivi.

8. Etica. Non prescrivere test come difesa contro azioni legali, come placebo, o al posto di interventi di sostegno o palliazione.

9. Educazione e impegno. Aiuterai chi fa tirocinio e le colleghe e i colleghi più giovani a prescrivere test in funzione delle esigenze dei pazienti e della performance dei test. Non prescrivere test per abitudine o policy.

10. Conosci te stesso. Sii consapevole dei tuoi bias e dei tuoi limiti cognitivi. Non cadere nella trappola di presumere che tutti i risultati che deviano dalla norma siano importanti o che un risultato anomalo sia sufficiente a spiegare i sintomi.

Sito: <http://www.pensiero.it/news/news.asp?IDNews=1216>.

Sport risarcimenti

“Come già segnalato nel recente passato al Ministero della Salute, al Presidente della Rai, all'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato, al Comando dei Carabinieri NAS, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri è molto preoccupata per il proliferare di iniziative, anche mediatiche, che hanno il chiaro scopo di incrementare a dismisura il contenzioso in ambito sanitario, inducendo l'opinione pubblica a ritenere che, sempre e comunque, alla base di ogni evento imprevisto ci sia, o non si possa escludere, una colpa del medico e/o della struttura sanitaria verso cui esercitare azione di risarcimento”.

Queste parole, piene di preoccupazione professionale e istituzionale, sono il centro di una lettera che la FNOMCeO ha inviato al Ministro Balduzzi e ad altre autorità a seguito del ritorno della programmazione pubblicitaria degli spot di “Obiettivo Risarcimento”, tendenti a “promuovere la conflittualità tra pazienti e medici/strutture sanitarie”. Negli spot, sottolinea la FNOMCeO, si sostiene implicitamente una deriva culturale e sociale che “minaccia ed erode il rapporto fiduciario medico-paziente disorientando i professionisti che sono, in tal modo, indotti a vedere nel paziente non solo una persona da assistere quanto piuttosto un

soggetto potenzialmente ostile da cui difendersi”. Già nello scorso settembre la Federazione era intervenuta su questo tema inviando il proprio parere alle autorità competenti, compreso il Ministero di Grazia e Giustizia e all'Antitrust. Oggi la situazione si ripete con il ritorno dello spot pubblicitario indicato, nuovamente preoccupante in quanto capace di creare “insicurezza nel professionista e mette in crisi la libertà e l'indipendenza di giudizio cui deve ispirarsi l'esercizio professionale del medico, con costi diretti ed indiretti rilevanti ed insopportabili per il sistema sanitario nazionale”.

Garattini nominato Presidente del CCM

Il Ministro Balduzzi ha annunciato la conferma di Enrico Garattini nella carica di Presidente del Consiglio Superiore di Sanità, organo consultivo tecnico-scientifico del Ministro, mentre ha nominato Silvio Garattini Presidente del Comitato scientifico del Centro

nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), carica vacante dopo le dimissioni di Massimo Fini a seguito della sua recente nomina a componente della Commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA). Il CCM ([www.ccm-net-](http://www.ccm-net-work.it)

[work.it](http://www.ccm-net-work.it)) è un organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, che assicura altresì una risposta tempestiva alle emergenze di salute pubblica.

Deducibilità dei costi per l'ECM

Da quando esiste il sistema dell'ECM, i medici liberi professionisti e in particolar modo gli odontoiatri, hanno ripetutamente chiesto la possibilità di detrarre dal reddito di lavoro autonomo le spese per la formazione e l'aggiorna-

mento professionale. Alla richiesta ha dato una risposta l'Agenzia delle Entrate con la circolare n. 35/E del 20 settembre scorso, nella quale si afferma che le spese sostenute per la partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento ri-

volti a professionisti iscritti in Albi professionali sono deducibili nella misura del 50% del loro ammontare. Pertanto anche le spese per gli eventi ECM sostenuti da liberi professionisti sono deducibili in tale misura.



Al via i nuovi ticket

Dal 3 settembre sono entrati in vigore i nuovi ticket, approvati dalla Regione Toscana. La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria è una delle strategie messe in atto dal governo regionale per far fronte ai tagli imposti dalla "Spending review". In estrema sintesi, per la farmaceutica, continuano ad essere esenti i cittadini con reddito inferiore a 36.151,98 euro annui, mentre il ticket aumenta con redditi superiori (da 1 a 2 euro a confezione per redditi fino a 70.000 euro; da 2 a 3 euro per la fascia tra 70.001 e 100.000 euro; da 3 a 4 euro oltre i 100.000 euro). I pazienti affetti da

patologie croniche o rare restano esenti se hanno un reddito fino a 70.000 euro; oltre pagano come gli altri cittadini. Per visite ed esami specialistici, anche in questo caso, niente ticket aggiuntivo per la fascia sotto i 36.151,98 euro. Per le altre fasce, il ticket aggiuntivo raddoppia: si passa da 5 a 10 euro a ricetta per la fascia 36.151,99-70.000 euro; da 10 a 20 euro per la fascia 70.001-100.000 euro; da 15 a 30 per la fascia oltre i 100.000 euro. Viene introdotto un contributo fisso di 10 euro per la digitalizzazione (produzione, archiviazione, trasmissione dell'immagine) delle procedure diagnostiche per im-

magini, cioè risonanza magnetica, TAC, scintigrafie, radiografie, ecografie, da applicare a tutti gli utenti, escluse le categorie di esenzione individuate. Il contributo viene richiesto anche nei pronto soccorso, in tutti quei casi in cui la prestazione non venga seguita dal ricovero. Per l'anno 2012 continua a valere il doppio canale: reddito fiscale familiare o ISEE. Dal 1° gennaio 2013 è previsto esclusivamente lo strumento ISEE. Per maggiori informazioni: <http://toscana-notizie.it/blog/2012/08/30/nuovi-ticket-al-via-dal-3-settembre>.

Società Interdisciplinare Piede e Postura

La Società Interdisciplinare Piede e Postura (S.I.P.P.) è stata istituita a Montecatini Terme (PT) il 5 giugno 2012 con atto notarile. L'associazione ha come scopo principale di promuovere l'aggiornamento tecnico e scientifico dei professionisti cultori del piede, arto inferiore e postura. Gli altri scopi scientifici sono:

- a) promuovere i rapporti interdisciplinari e transdisciplinari con gli operatori;
- b) riunire in società scientifica i cultori di questa problematica clinica;
- c) favorire una efficace, appropriata ed equa valorizzazione di tut-

te le risorse umane e terapeutiche;

d) promuovere e favorire la collaborazione con le istituzioni, le società e gli organismi scientifici nazionali e internazionali;

e) sviluppare la didattica e la ricerca scientifica;

f) collaborare con altre società scientifiche anche internazionali e con le istituzioni pubbliche.

Il comitato scientifico è formato da Lorenzo Andaloro (podologo), Marco Bardelli (medico), Luca Barni (laureato in Scienze Motorie), Pietro Pasquetti (medico), Giuseppe Scarfi (medico), Massimiliano Tani (fisioterapista) e Carlo Veneziani (medico). La se-

greteria scientifica è composta dal segretario Pietro Pasquetti e dal vice-segretario Giacomo Lucchesi (medico) con funzione di tesoriere. Per il biennio 2012-2014 è stato eletto presidente Marco Bardelli che ha nominato Matteo Ieri (podologo) segretario alla presidenza.

Il primo congresso della S.I.P.P. "Approccio interdisciplinare alla postura" si svolgerà a Firenze il **24 novembre 2012** presso l'Auditorium della Fondazione Don Carlo Gnocchi Via di Scandicci Torregalli con orario 8.30-17.00.

Info e programma: <http://www.sippitalia.it>

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

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

R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini



Edizione del
centocinquantesimo
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

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

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



Eugene Fierri

Cosimo Cecchi



Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista