



ToscanaMedica

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



Epatite B, un problema ingiustamente trascurato?

M. Brunetto, E. Majno, F. Mazzotta,
A. Messori, A. Nastruzzi, A.L. Zignego

Il Garante regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza

G. Sestini

Organizzazione Toscana Trapianti

A. Peris e coll.

Visione artificiale: l'esperienza pisana

S. Rizzo

N° 9 OTTOBRE 2013



Priligy[®]
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA | |
| ■ L'arte italiana del primo Novecento <i>F. Napoli</i> | 4 |
| EDITORIALE | |
| ■ Le magnifiche sorti e progressive <i>A. Panti</i> | 5 |
| OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani | |
| ■ Epatite B. un problema ingiustamente trascurato? <i>M. Brunetto, E. Majno, F. Mazzotta, A. Messori, A. Nastruzzi, A.L. Zignego</i> | 6 |
| ■ Niente è da trascurare in medicina <i>A. Panti</i> | 13 |
| QUALITÀ E PROFESSIONE | |
| ■ Il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza <i>G. Sestini</i> | 14 |
| ■ La valutazione del rischio di Stress Lavoro-Correlato all'interno dell'Area Vasta Centro della Regione Toscana <i>S. Bellachioma e coll.</i> | 15 |
| ■ Cosa sappiamo sulla sigaretta elettronica? <i>G. Gorini e coll.</i> | 17 |
| ■ Un'esperienza didattica <i>on line</i> nell'ambito del Corso di Formazione Specifica in medicina generale della Regione Toscana <i>G. Collecchia</i> | 18 |
| ■ Inquadramento del rischio di fratture <i>S. Giovannoni</i> | 20 |
| ■ Credenze erranee e realtà nella nutrizione pediatrica <i>F. Franchini</i> | 23 |
| ■ Conoscere la Neuropsicomotricità <i>M. Bettazzi e coll.</i> | 25 |
| ■ Crisi del medico ospedaliero e proposte per il cambiamento <i>S. Magnolfi e coll.</i> | 59 |
| ■ Il sistema di allerta rapido alimenti e mangimi nell'Azienda Sanitaria di Firenze <i>L. Pieri e coll.</i> | 61 |
| RICERCA E CLINICA | |
| ■ Visione artificiale: l'esperienza pisana <i>S. Rizzo</i> | 26 |
| ■ Rete specialistica per la malattia di Alzheimer e demenze <i>P. Zolo e coll.</i> | 63 |
| ■ Trattamento della patologia "osteoartrosi sintomatica d'anca" con infiltrazioni intra-articolari di acido ialuronico sotto guida ecografica <i>I.G. Burrelli e coll.</i> | 65 |
| OTT - ORGANIZZAZIONE TOSCANA TRAPIANTI | |
| ■ Verso un sistema di governo clinico <i>A. Peris</i> | 29 |
| ■ Il centro di Conservazione del Tessuto Osseo <i>I. Mancini e coll.</i> | 31 |
| ■ Il Centro Conservazione Cute <i>E. Pianigiani e coll.</i> | 33 |
| ■ Centro Conservazione Valvole Cardiache e Archivio Biologico <i>F. Scatena</i> | 35 |
| ■ La Banca degli Occhi <i>C. Giannarini</i> | 37 |
| ■ Unità di Nefrologia, dialisi e medicina del trapianto AOU Careggi, Firenze <i>E. Minetti e coll.</i> | 39 |
| ■ Centro trapianti di rene di Firenze <i>G. Nicita e coll.</i> | 40 |
| ■ Centro Trapianti di Midollo Osseo AOU Careggi, Firenze <i>S. Guidi e coll.</i> | 42 |
| ■ Programma Trapianti di Cuore Regione Toscana <i>M. Maccherini e coll.</i> | 44 |
| ■ Trapianto di cellule staminali emopoietiche AOU Senese <i>G. Marotta</i> | 45 |
| ■ Programma Trapianto di Polmone dell'AOU Senese <i>L. Voltolini e coll.</i> | 46 |
| ■ Centro Trapianti di Rene AOU Senese <i>M. Carmellini</i> | 47 |
| ■ Programmi di trapianto di rene e di pancreas a Pisa <i>U. Boggi e coll.</i> | 48 |
| ■ Programma Congiunto trapianto Cellule Staminali Emopoietiche e Terapia Cellulare - CIC 795 <i>C. Favre</i> | 50 |
| ■ La realtà operativa e scientifica della U.O. Chirurgia Epatica e del Trapianto di Fegato dell'AOU Pisana <i>F. Filippini e coll.</i> | 51 |
| REGIONE TOSCANA | |
| ■ Star bene: si impara a scuola <i>S. Consigli, E. Terradura</i> | 53 |
| ■ Realizzazione di una rete assistenziale per la cura delle Ulcere cutanee <i>Consiglio Sanitario Regionale</i> | 56 |
| CORSI E SEMINARI/ CONVEGNI E CONGRESSI | 64/69 |
| FRAMMENTI DI STORIA | |
| ■ Con i Borbone di Parma la Toscana fu la culla della pediatria mondiale <i>I. Farnetani</i> | 67 |
| ■ Una "tranche de vie" <i>A. Moscadelli</i> | 69 |
| BACHECA | |
| SANTITÀ NEL MONDO | |
| ■ Copertura sanitaria universale <i>G. Maciocco e coll.</i> | 70 |
| LETTERE AL DIRETTORE | |
| ■ Il territorio è nudo <i>B. Montalti</i> | 72 |
| ■ Ancora sui certificati <i>S. Califano</i> | 73 |
| VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani | 74 |
| NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi | 74 |

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXXI n. 9 - Ottobre 2013
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In copertina: *Enrico Lionne, Napoli 1865-1921, "Sogni", 1913 ca., olio su tela, cm 77,5x115, firmato in alto a destra: «E. Lionne»*

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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

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: toscamedica@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



L'arte italiana del primo Novecento

Artisti quali Galileo Chini, Plinio Nomellini e Medardo Rosso all'alba del Novecento traghettano l'arte italiana dal realismo ottocentesco ad un clima diverso, foriero di sviluppi modernisti.

La strada è quella della natura acquisita e stilizzata, della ricerca luministica o dell'espressione sentimentale, ma questi personaggi concorrono ad un rinnovamento del clima culturale italiano, permettendo il recupero di esperienze europee di qualche anno precedenti, come quella impressionista con successive ramificazioni.

Negli anni fra il 1913 e il 1917 nel clima di imminente novità (il Futurismo è del 1909, la Metafisica nasce entro il 1915), alimentato anche da ventate di novità internazionali (dal 1907 c'è il Cubismo di George Braque e Pablo Picasso), si innesta a Roma un'esperienza espositiva, volta a raccogliere non solo i giovani artisti del tempo – Morandi ha 23 anni, De Chirico 25, Boccioni 31 –, ma ponendoli anche a raffronto con maestri europei quali Egon Schiele, Paul Cézanne, Edvard Munch, Walter Crane, Paul Gauguin.

La mostra che attualmente occupa il villino del Centro Matteucci di Viareggio si occupa proprio di questo momento particolarmente foriero di sviluppi futuri, novella officina di ingegni: il titolo è *Prima e dopo la Secessione Romana. Pittura in Italia 1900-1935*.

Le suggestioni d'Oltralpe si concretizzano nel divisionismo della pittura di Pellizza da Volpedo e di Giacomo Balla: è un'attenzione non più esclusivamente per il soggetto storico o celebrativo come accadeva spesso nell'arte italiana fine Ottocento, ma l'interesse si sposta sul modo di rappresentare i soggetti stessi. Echeggia in queste opere l'onda lunga della ricerca sulla percezione visiva e la conseguente luminosità.

Poi, sulla scia delle novità europee, la lezione spiritualistica e simbolica di Maurice Denis trova echi profondi in Italia nelle ambigue, oniriche opere di Giorgio De Chirico; la forte carica espressiva di Edvard Munch condiziona in parte l'arte di Lorenzo Viani – in mostra, l'intensa *Moglie del marinaio* –; le spiritualità di Gustav Klimt e di Plinio Nomellini si allacciano in modo indissolubile; la composizione geometrica presente nella pittura di Paul Cézanne si ritrova nelle lucide visioni di Giorgio Morandi.

Ma la Prima Guerra mondiale determina uno stop a queste mostre romane e successivamente il clima culturale si evolve socialmente e politicamente verso un consenso sempre più generale, in favore di un'arte unitaria, vagamente classicheggiante, composta, anche manierata, comunque impermeabile agli sperimentalsmi artistici europei (Mario Sironi o Achille

Funi).

Ne è esempio Ardengo Soffici, nelle cui nature morte si ripropone un connubio fra suggestioni ottocentesche e un incompreso Cézanne; ne è esempio la colta accademia di Felice Carena, quelle di Arman-

FEDERICO NAPOLI

do Spadini e di Gino Rossi.

In una ambiguità culturale che si protrarrà ufficialmente fino all'ultima edizione del *Premio Bergamo* nel 1941 – sarà stata una contesa ventennale fra *modernità* e *tradizione* –, il clima artistico italiano non ritroverà in questo secondo quarto del XX secolo quelle spinte innovatrici proprie dei primi anni del Novecento.

Resteranno percorsi isolati, quali quelli di Filippo De Pisis – in mostra *Marina con conchiglie* – o il dissenso più sottile che brucia sotto la cenere nell'opera di Felice Casorati, sempre a un passo dal rivelare ciò che non è di fronte ai nostri occhi; fino alle falsamente rassicuranti immagini di Carlo Carrà, innovative e inquiete nella loro fissità geometrico-metafisica. E anche da qui partirà l'esperienza del secondo Novecento italiano, quando gli artisti si apriranno alle suggestioni europee.

Le curatrici delle tre sezioni in cui si articola la mostra presso il Centro Matteucci – nell'ordine Ada Masoero, Susanna Ragionieri e Nicoletta Colombo, da un progetto di Giuliano Matteucci – hanno allestito una esposizione non affollata e pertanto chiara nei suoi fini illustrativi e di riflessione. **TM**

Fino al 3 novembre

(orario: mar/ve 15,30-19,30;

sab/dom 10,00-13,00/15,30-19,30; lu chiuso)



Ardengo Soffici, *Rignano sull'Arno, Firenze 1879 - Vittoria Apuana di Forte dei Marmi, Lucca 1964, "I giocatori", 1909, olio su cartone, cm 49,5 x 70, firmato in basso a sinistra: «Soffici»; sul retro la scritta: «Mulino di Bulciano 1909» e studio di paesaggio.*



Le magnifiche sorti e progressive

ANTONIO PANTI

Lord Maurice Saatchi, uomo politico inglese, dopo la tragica morte della moglie per tumore, sostiene che “le cure per il cancro sono oggi ostacolate dalla legge” e propone una norma che consenta i trattamenti innovativi ed aiutare “quei medici che hanno idee brillanti ma sono spaventati dalle cause legali”. Anche il caso “Stamina” ha commosso il pubblico. Però qui i comportamenti “illusori” di un cosiddetto “guaritore” sono evidenti. Non si conosce il protocollo di ricerca né sono definiti gli outcomes e si insiste perché l’uso delle staminali sia considerato trapianto per sfuggire alla legislazione garantista sui farmaci. Tuttavia il Parlamento, di fronte al profilarsi di un nuovo caso Di Bella, ha dovuto trovare un compromesso assai poco scientifico.

La legge sui “trattamenti compassionevoli” non basta a chi non resta che la speranza e ha solo risposte negative dalla medicina. Questi trattamenti infatti debbono avere qualche fondamento scientifico ma non tutto ciò che si può ascrivere alla medicina lo ha e le assurdità, in buona o in pessima fede, allignano anche nel grande e maldefinito corpo della comunità scientifica. Il principio del minimo trattamento efficace non basta di fronte a cure che possono essere inefficaci, gravemente dannose e invasive. In conclusione la sperimentazione scientifica è la prima tutela dei malati. È un problema concreto renderla più veloce e accessibile, ma non si deve confondere il problema posto da Lord Saatchi con le mille trappole offerte a chi non ha più nulla da perdere.

Il mercato però non è compassionevole ma senza sperimentazione si rischia di far peggio. I costi sempre più elevati dei farmaci nuovi, anche se di limitato vantaggio, incidono molto sugli oneri della sanità, se vogliamo renderli disponibili a tutti e non soltanto a chi può permetterseli. Per questo le garanzie sperimentali offerte prima dell’immissione in commercio sono essenziali per la tutela della salute dei pazienti e per la sostenibilità della spesa sanitaria. Insomma la questione non è

semplice e incide purtroppo su sofferenze umane, drammi cui è difficile non cercare di dare risposte.

Altresì la tecnologia allenta la partecipazione affettiva ed è stato affermato che, senza la tecnologia, saremo forse più “compassionevoli” ma meno utili. Comunque oggi è di moda accusare la scienza come se il metodo scientifico fosse un segreto di pochi e non l’unico sistema inventato dall’umanità per approssimarsi alla conoscenza e migliorare le sorti dell’uomo. Emerge una sorta di populismo antimetodico che, nel caso del cancro, metafora moderna del male, diventa una sorta di complotto chemioterapico che unisce medici e multinazionali. Scarsa cultura, ingenuità o malizia, ma le ragioni del pubblico e di chi soffre non possono essere ignorate.

Quest’avversione per la razionalità della scienza porta ad osteggiarne il metodo. Altresì troppo spesso la medicina promette e non mantiene. Un divario che facilita il successo di superstizioni mascherate da innovazioni.

Di fronte al venir meno delle “magnifiche sorti e progressive”, di fronte al cedere di una fiducia acritica nei successi della medicina, occorre ritrovare il senso del limite, trasformando in aiuto alla sofferenza la carenza di certezze.

Ma come utilizzare le innovazioni senza illudere i pazienti? E come trovare l’equilibrio tra tutela dei pazienti e diffusione di cure anche se non del tutto sperimentate? Tuttavia, per non essere sommersi dalle più varie “terapie per il cancro” e non lasciare spazio ai ciarlatani e ai venditori di miracoli, proprio ai medici spetta l’esercizio di onestà intellettuale di dire a chi chiede trattamenti illusori, e vedi il caso Stamina, che l’accertamento di efficacia è una cosa seria e non aneddotica, che la società non può farsi carico di ogni tentativo di cura e che un farmaco, in tutto il mondo, può essere somministrato solo se ha superato prove oggettive secondo il metodo scientifico sperimentale.

TM



Epatite B, un problema ingiustamente trascurato?

TOSCANA MEDICA – *Epidemiologia, incidenza, prevalenza, fattori di rischio: quale è oggi il ruolo dell'epatite B nella patogenesi delle grandi malattie epatiche?*

MAZZOTTA – Traendo spunto da un'indagine risalente a circa tre anni fa, durante il mio periodo di presidenza della Società Italiana di Malattie Infettive, si può affermare che la situazione dell'Epatite B nel nostro Paese stia drasticamente cambiando, in senso positivo grazie all'effetto delle vaccinazioni eseguite sulla popolazione autoctona, in senso negativo a causa dell'elevato numero di casi soprattutto in età giovanile riscontrati nei migranti che arrivano in Italia.

La situazione ovviamente poi cambia anche a livello delle singole regioni ed ad esempio in Toscana, nella zona tra Firenze e Prato dove è altissima la presenza di cittadini cinesi, la situazione dell'infezione da virus B è ancora oggi molto preoccupante.

BRUNETTO – La prevalenza dell'infezione del virus dell'epatite B (HBV) nella popolazione italiana si atesta intorno all'1%, con tassi estremamente bassi nei soggetti con età inferiore ai 30 anni (grazie alla copertura vaccinale intrapresa dal 1991) ed un incremento relativo nelle classi di età più avanzata per effetto del persistere dell'infezione acquisita in epoca prevaccinale.

Al sostanziale cambiamento epidemiologico, che in 30-40 anni ha portato l'endemia di HBV da intermedia (2-5% della popolazione infetta) a bassa (< 2%), hanno contribuito oltre al programma nazionale di vaccinazione dei neonati e dei ragazzi di 12 anni, anche il miglioramento delle condizioni socio-economiche e l'introduzione della vaccinazione dei gruppi a rischio negli anni '80. Cruciale fu infatti la vaccinazione immediata, alla nascita, dei bimbi di mamme portatrici: in tal modo venne bloccata la modalità di infezione associata a più elevato rischio di cronicizzazione.

Nonostante quanto premesso, tuttora l'epatite cronica B è responsabile del 15-20% delle epatopatie e la forma HBeAg negativa, anti-HBe positiva, sostenuta da una particolare variante virale, che non è in grado di secernere l'HBeAg, rende conto di oltre l'85% dei casi.

Tuttavia, recentemente, si è aggiunta una nuova variabile che potenzialmente potrebbe influenzare l'epidemiologia dell'infezione da HBV in Italia: come anticipato dal Dr. Mazzotta, i flussi migratori da Paesi ad alta-intermedia endemia (Cina, Estremo Oriente, Afri-

ca Sub-Sahariana, Europa dell'Est e alcuni paesi Sud-Americani) pongono il problema di sviluppare nuove strategie sanitarie in grado di raggiungere quei gruppi di immigrati con alta prevalenza di infezione ai fini di tutelarne la salute e di contenere il rischio di diffusione dell'infezione.

ZIGNEGO – A proposito di questo, concordo nel rilievo per cui l'afflusso di migranti da aree geografiche caratterizzate da alta prevalenza di infezione HBV, con riferimento particolare alla Cina, rappresenta una prerogativa epidemiologica della nostra regione. Basti pensare che in Cina l'infezione HBV rimane uno dei principali problemi di salute pubblica; per dare qualche numero si può ricordare che in tale territorio negli anni '80 il 58% circa della popolazione era portatrice di infezione. Recenti dati epidemiologici parlano di una sensibile riduzione della prevalenza dopo l'introduzione della politica di immunizzazione infantile, con una percentuale di portatori di HBV

che è scesa dal 10% del 1992 al 7% nel 2006, rimanendo quindi sempre elevata. Sappiamo che la popolazione cinese è soprattutto concentrata nelle province di Firenze (che conta oltre 14000 residenti di tale etnia) e Prato (che ne conta oltre 13000, rappresentando circa il 40% della popolazione straniera totale). Senz'altro molto numerosa su tutto il territorio toscano anche la comunità proveniente dalla Romania (oltre il 20% dei residenti stranieri) e dall'Albania (il 19% circa), oltre che dall'Africa ed altre regioni geografiche.

NASTRUZZI – Per quanto riguarda l'incidenza dell'Epatite B in Italia possiamo parlare di valori realmente molto bassi, soprattutto dopo le campagne di vaccinazioni nelle classi di età più giovani (14-25 anni). A questo si è associata anche una maggiore consapevolezza a livello dei singoli gruppi familiari autoctoni che ha certamente contribuito a limitare la circolazione del virus, al contrario di quanto spesso si osserva invece nelle famiglie immigrate dai Paesi prima ricordati.

BRUNETTO – In Italia si stima che i soggetti portatori di infezione da HBV siano dai 700 ai 900.000, nel mondo 350-400 milioni. In realtà, il numero di soggetti infettati dal virus è estremamente più elevato, questo perché l'HBV, a differenza del virus dell'epatite C, una volta

MAURIZIA BRUNETTO¹, EDOARDO MAJNO²,
FRANCESCO MAZZOTTA³, ANDREA MESSORI⁴,
ALESSIO NASTRUZZI⁵, ANNA LINDA ZIGNEGO⁶

¹ Direttore UO di Epatologia, Centro di riferimento regionale per la diagnosi ed il trattamento delle epatopatie croniche e del tumore al fegato, AOU Pisana

² Direttore Generale dell'Asl di Prato

³ Direttore dell'UO di Malattie Infettive, Asl di Firenze

⁴ Direttore Unità Health Technology Assessment, ESTAV Centro

⁵ Medico di medicina generale, vice segretario vicario FIMMG di Firenze

⁶ Professore di Medicina Interna, Direttore Centro per le manifestazioni sistemiche da virus epatitici (MASVE), UO di Medicina Interna ed Epatologia, AOU Careggi, Firenze

PARTECIPANO



Maurizia Brunetto



Edoardo Majno



Francesco Mazzotta



Andrea Messori



Alessio Nastruzzi



Anna Linda Zignego

infettato un soggetto, permane nell'organismo a tempo indefinito grazie alla formazione, a livello del nucleo dell'epatocita, di un minicromosoma virale (cccDNA) estremamente stabile. Tale condizione, caratterizzata dalla presenza del virus nel fegato in assenza di HBsAg circolante viene definita "infezione occulta" e non costituisce un fattore di rischio particolare, se non in caso di severa immunosoppressione, quando la perdita del controllo immune può portare ad una riattivazione virale.

Tuttavia, nonostante un così elevato numero di portatori di infezione da HBV [conclamati (HBsAg positivi) od occulti (HBsAg negativi)], fortunatamente, solo una modesta percentuale di soggetti presenta un'epatite cronica B in quanto nella maggior parte dei casi il sistema immune riesce a controllare l'infezione senza danno epatico, portando allo stato di portatore di infezione inattiva (caratterizzata da bassi livelli di replicazione e assenza di danno epatico).

MAZZOTTA – La prof.ssa Brunetto ha espresso dei concetti di importanza veramente fondamentale. Infatti l'enorme numero di soggetti che ha incontrato il virus B (che come in precedenza ricordato non viene praticamente mai eradicato) costituisce senza dubbio un grosso problema di sanità pubblica, visto che in questa popolazione l'infezione potrebbe per cause diverse attivarsi in qualsiasi momento.

ZIGNEGO – Relativamente a tale ultima questione, è bene sottolineare l'importanza che ha l'informazione

sulla possibile riattivazione di un'infezione sia palese che occulta, in situazioni in cui si abbia un significativo abbassamento delle difese immunitarie. In effetti è stato dimostrato che, in tali casi, la riattivazione dell'epatite HBV-correlata a seguito di riattivazione della replicazione virale può talora risultare particolarmente pericolosa. A tal proposito, presso il nostro Centro - e sicuramente presso altri Centri regionali - esiste una sezione specificamente dedicata alla valutazione di casi di soggetti immunocompromessi a rischio di riattivazione. Lo scopo è di chiarire la necessità o meno di un trattamento o di un attento monitoraggio atti ad impedire tale evenienza. Da un punto di vista pratico-operativo, può essere suggerito che in questi casi lo screening sia inizialmente rappresentato dalla determinazione dell'HBsAg e dell'anti-HBc che, rispettivamente, possono dare un'idea della presenza di un'infezione palese od occulta, passando solo in un secondo momento alla determinazione di altri marcatori virali. Tale argomento non è oggi da sottovalutare dato il crescente utilizzo in vari ambiti della medicina (incluse non solo l'oncologia e l'ematologia, ma anche la reumatologia, l'immunologia clinica, la dermatologia e la gastroenterologia) di farmaci molto efficaci e a spiccato rischio di riattivazione dell'infezione HBV quali gli anticorpi monoclonali anti-CD20 (rituximab). È anche opportuno che il medico curante sia al corrente del fatto che, nel caso dell'HBV, il rischio di riattivazione del danno epatico non si ha durante il trattamento immunosoppressivo, ma alla ricostituzione della risposta immunitaria dopo il termine del trattamento stesso e che tale ricostituzione, soprattutto nel caso di certi farmaci biologici, risulta dilazionata di molti mesi (talora oltre un anno) dopo il termine del trattamento. In sintesi sarà opportuno che, caso per caso, si abbia una piena conoscenza della terapia immunosoppressiva effettuata per la corretta impostazione dei tempi e delle modalità di una prevenzione farmacologica della stessa e/o del periodo di stretto monitoraggio post-terapia del paziente.

TOSCANA MEDICA – *La strategia vaccinale ha quindi rappresentato un discrimine tra una popolazione più anziana che ha incontrato il virus tanti anni fa ed una molto più giovane che è stata protetta efficacemente dai vaccini. A queste coorti si associano quelle dei migranti con percentuali di infezione ancora preoccupanti. Facendo un paragone con l'AIDS, è possibile che i buoni risultati delle vaccinazioni abbiano in qualche modo finito per abbassare il livello di guardia nei confronti dell'epatite B, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione dei suoi fattori di rischio?*

MAZZOTTA – L'esempio dell'AIDS è molto indicato, in fondo al pari di quanto avvenne diversi anni fa con il colera. Senza dubbio è proprio quando si ritiene che una determinata patologia sia in qualche modo sotto controllo che avvengono i danni peggiori.

Per quanto riguarda l'epatite B ricordo soltanto a titolo di esempio che, secondo i dati della Asl fiorentina, circa un terzo dei tossicodipendenti seguiti dai Servizi semplicemente non controlla i markers epatitici con tutto quello che ne può conseguire.

Di pari importanza è la scarsa sorveglianza epidemiologica in un ambiente ad elevato rischio di diffusione di malattia quale il carcere, dove in un contesto per definizione segregato si trovano spesso a stretto contatto individui ad altissimo rischio diffusivo.

BRUNETTO – La vaccinazione dei bambini nei primi mesi di vita o alla nascita (nel caso di madre HBsAg

positiva) ha praticamente eliminato, in Italia, la modalità di infezione a più elevato rischio di cronicizzazione, quella perinatale. Tuttavia, nonostante la copertura vaccinale dei giovani, tuttora permane un'ampia fascia di popolazione, quella di età compresa fra i 30 e i 60 anni ad elevato rischio di infezione in quanto non protetta (né dalla vaccinazione, né dalla naturale immunizzazione conseguente ad infezione autolimitantesi). La trasmissione per via sessuale (soprattutto nei soggetti con elevata promiscuità) e per via parenterale, attraverso ad esempio i trattamenti estetici costituiscono 2 delle principali attuali fonti di contagio. In questo senso bene ha fatto la Regione Toscana a regolamentare in maniera molto severa l'attività di coloro che praticano il piercing e di chi realizza tatuaggi.

NASTRUZZI – Alcune considerazioni riguardanti le principali modalità di trasmissione del virus. Oltre alla possibilità di scambio di sangue attraverso ferite o lesioni cutanee, alla somministrazione di emoderivati, alle condizioni di tossicodipendenza e di promiscuità sessuale, ambiti nei quali è stato oggi per lo più raggiunto un livello abbastanza soddisfacente di sicurezza, vorrei sottolineare l'importanza di una trasmissione per così dire "parenterale inapparente" sostenuta dall'uso di strumenti impiegati in molti ambienti di lavoro quali il barbiere, l'estetista, la realizzazione prima ricordata di tatuaggi e piercing. A questo si deve associare il potenziale contagio causato in ambiti più strettamente medici (odontoiatri e chirurgia ambulatoriale ad esempio) dalla non corretta sterilizzazione dello strumento impiegato, visto che il virus sottoposto a temperature di 60° riesce a sopravvivere fino a quattro ore.

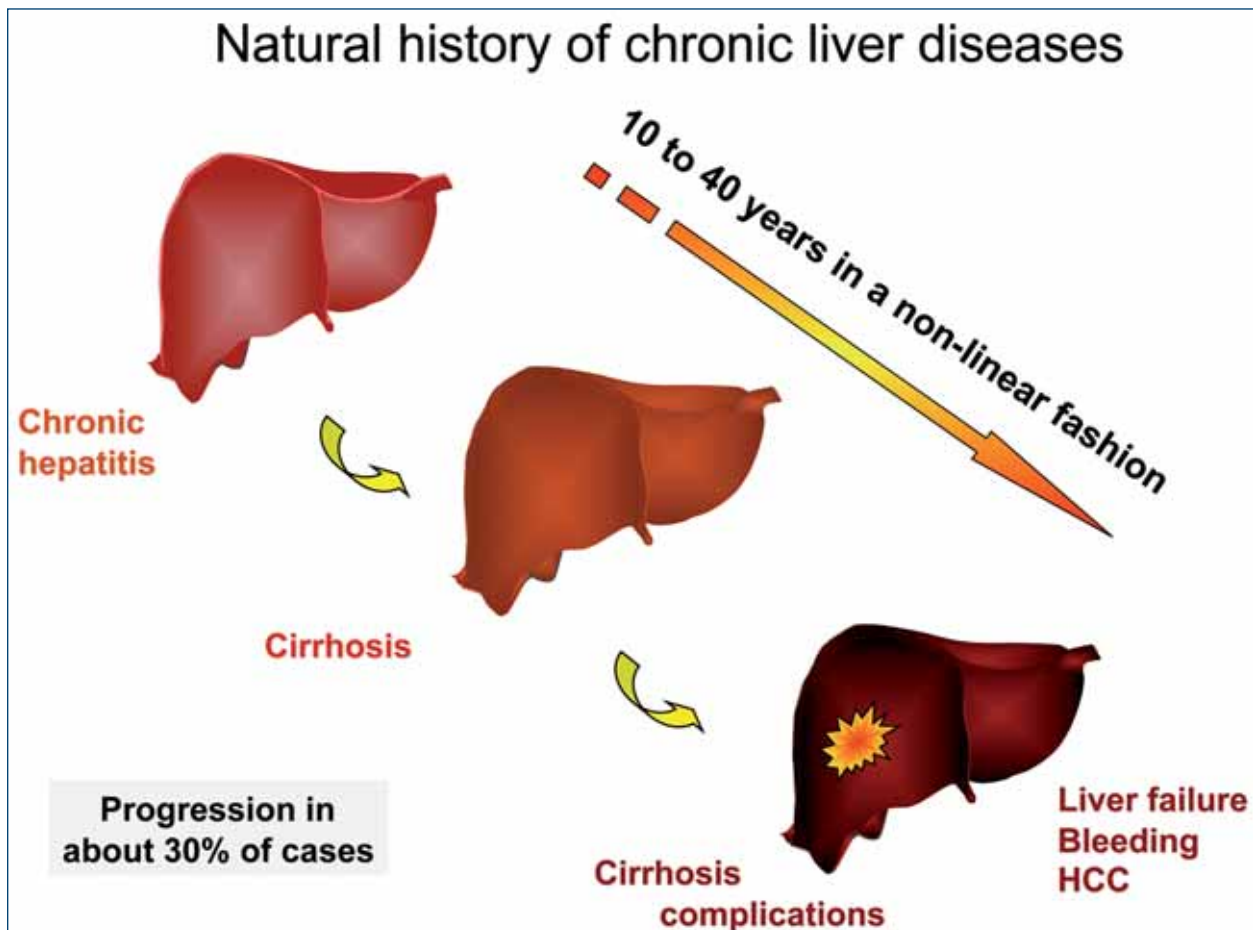
Un caso particolare di contagio è rappresentato poi dalla via materno-fetale, situazione che oggi almeno in Toscana è generalmente tenuta sotto adeguato controllo, anche se non si possono escludere dei casi in contesti sociali maggiormente disagiati.

TOSCANA MEDICA – Dopo l'inquadramento epidemiologico, una domanda di ordine pratico: come si possono identificare i nuovi casi o i sospetti tali, prima che ovviamente raggiungano una evidente manifestazione clinica?

NASTRUZZI – A livello di medicina generale credo che l'approccio basato sul cosiddetto "case finding", sia quello oggi più efficace. Per questo appare molto importante cercare di inquadrare correttamente quei soggetti che si rivolgono al proprio medico per problematiche dai contorni sfumati e non precisamente inquadrabili come, ad esempio, dolori muscolari ricorrenti, febbre di lunga durata, disturbi intestinali senza causa apparente.

Purtroppo devo dire che i buoni risultati delle campagne vaccinali hanno portato, così come è successo per l'AIDS, ad abbassare la guardia nei confronti dell'infezione da virus B ed anche i medici di famiglia in molti casi si sono, per così dire, disabituati a riconoscere e a gestire questa condizione.

Certamente è compito della medicina generale effettuare gli accertamenti diagnostici di base, sia strumentali che di laboratorio, cercare con l'anamnesi di intercettare i cosiddetti "portatori sani" dell'infezione e soprattutto di monitorare con attenzione i soggetti a rischio quali gli alcolisti e i portatori di malattie che potrebbero condurre a una riduzione delle difese immunitarie.



ZIGNEGO – Nastruzzi ha sollevato una questione molto importante. Infatti il medico di medicina generale rappresenta senz'altro il principale filtro, e quindi la base per una corretta impostazione diagnostica e preventiva del problema. Ricollegandomi al discorso epidemiologico iniziale, cioè all'emergenza del fenomeno migratorio, sarebbe opportuno effettuare lo screening di fronte ad individui immigrati provenienti da aree a prevalenza alta o intermedia, includendo fra queste tutta l'Asia, l'Africa, il Medio Oriente con qualche eccezione (Cipro ed Israele), l'Europa dell'Est con qualche eccezione (Ungheria), l'America centrale ed il Sud America. Tale screening dovrebbe includere anche i bimbi adottati, che di fatto, oggi, rappresentano una buona parte dei soggetti infettati in età pediatrica.

TOSCANA MEDICA – *Quale è il decorso naturale della malattia e quali sono oggi le reali possibilità di guarigione?*

MAZZOTTA – Una volta stabilito il contatto con il virus, il rischio di cronicizzazione appare legato alla modalità del contagio ed all'età alla quale questo è avvenuto ed il contagio in età perinatale si associa ad una percentuale altissima di cronicizzazione, superiore anche all'85% dei casi. Questo è legato al fatto che, in caso di positività materna, l'antigene virale passa la barriera placentare creando tolleranza e favorendo la persistenza nel feto.

L'infezione acquisita invece in età adulta cronicizza solo in una percentuale minima di casi, al di sotto del 2%, potendo arrivare al 10% nei soggetti anziani a causa della ridotta competenza del sistema immunitario.

Nei soggetti con infezione cronicizzata l'evoluzione della malattia verso la cirrosi epatica, l'epatocarcinoma o l'insufficienza epatica si stima sia tra il 30 ed il 40% dei casi, con i portatori cronici di infezione da HPV che sviluppano una competenza immune che, pur in caso di persistenza di infezione, non sviluppa tuttavia una malattia attiva di fegato.

Da tutto questo ben si comprende quanto sia importante inquadrare il più correttamente possibile questi soggetti per non arrivare ad etichettare erroneamente come "sana" una persona che in realtà è affetta da una malattia ad elevato rischio evolutivo.

Fortunatamente la grande maggioranza delle persone entrate in contatto con il virus riescono oggi a tenere sotto buon controllo la situazione, seppure presentino una possibilità molto elevata di andare incontro a complicazioni gravi ed altamente invalidanti. I medici non devono tuttavia dimenticare che esistono strumenti terapeutici efficaci, in grado di evitare questa indesiderata evoluzione.

ZIGNEGO – Vorrei aggiungere la nozione del possibile interessamento dell'infezione anche in patologie non strettamente epatologiche. Questo appare molto più evidente nel caso del virus dell'epatite C, ma non deve essere sottovalutato anche nel caso dell'infezione da virus B. Infatti si sono avuti rapporti crescenti sull'esistenza di HBV nei tessuti extraepatici, come pancreas, reni, pelle, midollo osseo, colon, linfonodi, e le pareti dei vasi, con la manifestazione di sintomi extraepatici di diversa gravità. Senz'altro una connessione è stata stabilita per certe vasculiti, come la panarterite nodosa (PAN) e la crioglobulinemia mista (CM), come pure per nefropatie come la glomerulonefrite membranosa (GNM). Inoltre, ci sono anche indagini che indicano come l'infezione da HBV sia associata a un più alto rischio di alcune neoplasie extraepatiche, tra cui il cancro del pancreas ed il linfoma non-Hodgkin.

TOSCANA MEDICA – *Esistono in Toscana delle iniziative appositamente studiate per seguire nel tempo questi pazienti?*

BRUNETTO – Non esistono al momento specifiche iniziative concordate a livello regionale, tuttavia la tradizione culturale e la competenza scientifica e clinica degli epatologi italiani in questo specifico settore hanno garantito la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici, che garantiscono elevata accuratezza del momento diagnostico e continuità assistenziale durante il trattamento. Una maggiore sinergia con il territorio e in particolare con i medici di medicina generale potrà ulteriormente migliorare la qualità assistenziale e rendere ancor più capillare l'intervento preventivo e terapeutico.

MAZZOTTA – Effettivamente a livello di singolo Centro esiste una più o meno strutturata collaborazione tra lo specialista e le strutture territoriali per la presa in carico complessiva di questi pazienti. Quello che a mio parere andrebbe potenziato è invece l'iniziativa sul piano di intervento della Sanità pubblica, soprattutto per quanto riguarda l'individuazione dei soggetti portatori di HbAg e di quelli con infezione B pregressa o in atto al di là delle tradizionali classi di categorie a rischio. In questo senso l'azione della medicina generale appare davvero di capitale importanza.

MESSORI – Dal mio punto di vista, quello di appartenente al mondo del farmaco, credo che le istituzioni debbano riservare adeguate attenzioni sia all'epatite B che alla C; tuttavia si osservano attualmente alcune storture e alcune inopportune differenze che sembrano manifestarsi nell'attenzione delle istituzioni verso i farmaci impiegati in queste due patologie. Cito alcuni esempi. Nel caso dell'epatite C, le novità terapeutiche hanno mostrato in questo ultimo periodo una crescita ricca e tumultuosa, che ha coinvolto dapprima le terapie basate su tre farmaci e adesso le terapie "interferon-free"; tutto ciò ha immediatamente richiamato l'attenzione dei decisori della spesa pubblica con la conseguente istituzione di appositi registri e lo sviluppo di score, algoritmi decisionali e quant'altro. Non altrettanto forte sembra essere l'attenzione per l'epatite B. Forse proprio perché questa patologia è stata ultimamente meno soggetta ad innovazioni farmacologiche, si profila il rischio che l'epatite B passi ingiustamente in secondo piano.

MAJNO – La mia attività professionale, sia pregressa che attuale, mi porta a dire che l'esperienza internazionale, anche e non soltanto nel campo delle epatiti, è orientata proprio nella sempre più stretta ed incisiva collaborazione tra ospedale e territorio, secondo quanto emerso anche durante la nostra discussione.

Il mio recente incarico di direzione generale a Prato mi ha poi portato a confrontarmi subito con un'altra questione adesso ricordata, vale a dire la grande presenza delle popolazioni immigrate. A Prato si stima oggi che l'etnia cinese, tra quella censita ufficialmente e quella "sommersa", rappresenti circa un terzo dell'intera popolazione. Proprio il gruppo "emerso", evidentemente del tutto al di fuori di qualsiasi controllo sanitario, potrebbe realmente rappresentare un importante problema di sanità pubblica.

Da non dimenticare inoltre la questione economica. Parlando di infezioni epatiche, anche se fortunatamente siamo oggi lontani dalla situazione drammatica di qualche decennio fa, i costi necessari per curare questo grande numero di soggetti e mantenerli nel miglior stato di salute possibile sono oggettivamente assai ri-

levanti. Per questo credo sia veramente necessaria una riflessione attenta e partecipata sulla corretta allocazione delle scarse risorse oggi disponibili.

BRUNETTO – L'infezione da HBV rappresenta il prototipo della condizione cronica sulla quale al meglio può attuarsi la capacità preventiva della medicina moderna. Tuttavia, per rendere positivo il rapporto costo-beneficio dell'intervento preventivo è necessaria quella competenza specialistica che garantisce appropriatezza all'intervento terapeutico: la terapia giusta per il paziente giusto al momento giusto. Se efficace il trattamento potrà guarire l'epatite azzerando il rischio di morbilità e mortalità HBV correlato.

Solo la sinergia tra gli specialisti dei Centri di riferimento e gli operatori della sanità territoriale può creare la condizione necessaria al realizzarsi di questo efficace intervento sanitario, che in regime di bassa intensità di cura gestisce soggetti con elevata complessità clinica.

MAZZOTTA – Sempre per quanto riguarda la questione dell'integrazione ospedale-territorio, vorrei ancora una volta sottolineare l'importanza dei medici di base nella gestione delle campagne vaccinali, soprattutto in quei nuclei familiari dove sia presente un soggetto portatore di infezione, senza inoltre dimenticare l'enorme importanza delle vaccinazioni offerte in Toscana a tutti i neonati.

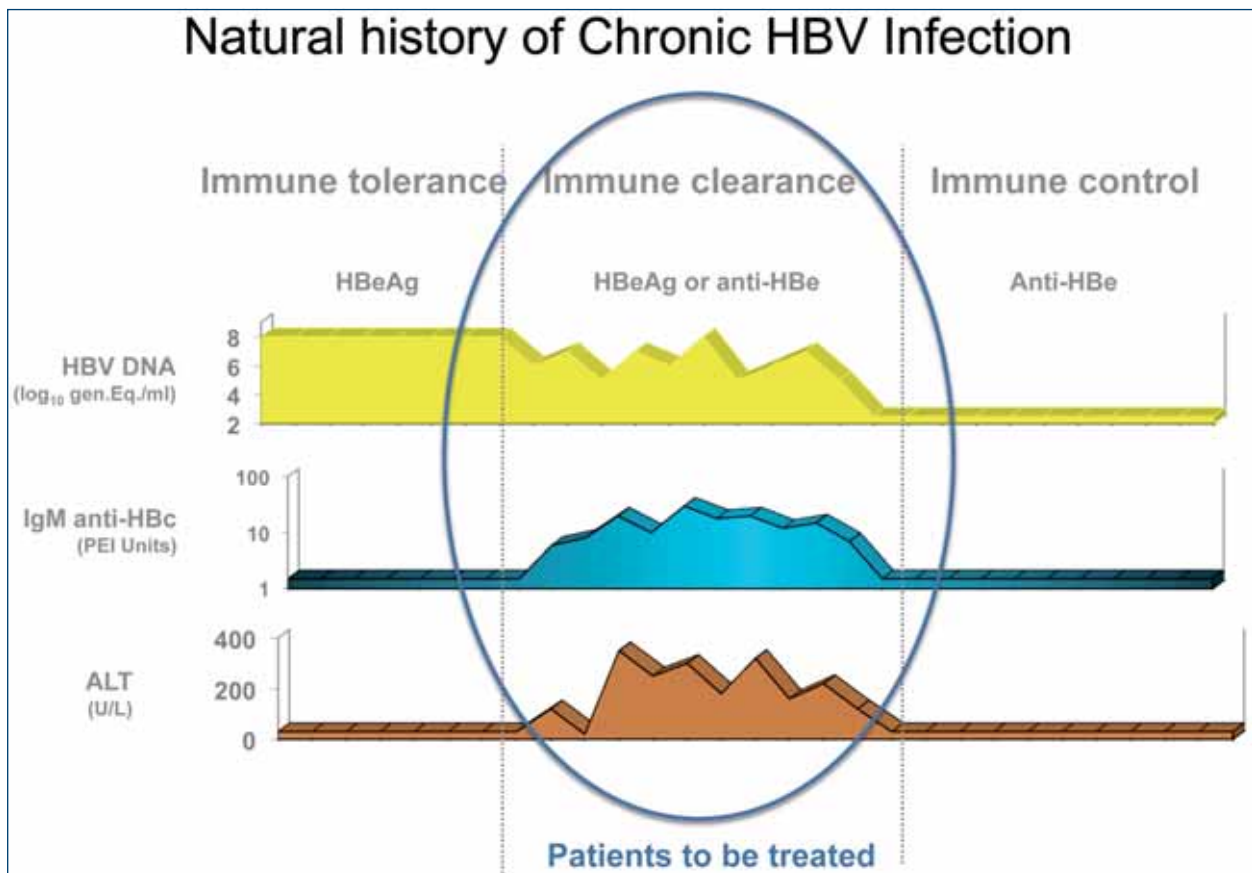
TOSCANA MEDICA – *Quindi i neonati rappresentano una categoria che non pone in questo senso particolari problemi. Per quanto riguarda però le classi di popolazione più avanzata non vaccinate in passato, è ipotizzabile una campagna vaccinale di massa o quanto meno il più estesa possibile?*

NASTRUZZI – Credo che vaccinare una coorte così estesa rappresenti un problema sotto molti punti di vista, soprattutto sotto quello economico e organizzativo. Per questo potrebbe essere più utile identificare i soggetti a rischio (ad esempio i conviventi di soggetti tossicodipendenti o portatori di infezione) e favorire in questi gruppi la copertura vaccinale. Anche in questo campo, qualsiasi modello organizzativo si arrivi eventualmente a scegliere, non si potrà comunque prescindere dalla stretta collaborazione tra ospedale, Centri di riferimento e territorio.

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo il tema della terapia. Quali sono oggi le opzioni farmacologiche per i soggetti in fase avanzata di epatite cronica attiva, se non addirittura di cirrosi conclamata, tralasciando per il momento la scelta chirurgica?*

MAZZOTTA – Le Società scientifiche internazionali hanno elaborato delle linee guida di trattamento continuamente aggiornate a seconda del differente quadro sierologico e clinico dei pazienti, basate su molecole tradizionali accanto ad altre di più recente introduzione.

BRUNETTO – Il trattamento antivirale, secondo le raccomandazioni italiane, deve essere considerato nel paziente con epatite cronica B che presenti un'infezione attiva (HBV-DNA > 2000 IU/ml) e l'evidenza istologica di significativa necro-infiammazione e di tendenza evolutiva, cioè fibrosi. Nel caso di malattia già evoluta (cirrosi avanzata) la presenza di replicazione virale (indipendentemente dai livelli viremici) è sufficiente per far porre indicazione al trattamento antivirale. Si vuole, infatti, scongiurare il rischio che una repentina riattivazione della replicazione virale e la conseguente



esacerbazione epatitica possano scompensare la malattia di fegato.

Per il trattamento dell'epatite cronica B sono disponibili 2 classi di farmaci: l'interferone, citochina della quale si sfruttano le attività antivirale e immuno-modulatrice e gli analoghi nucleosidici, che agiscono bloccando la polimerasi virale (enzima cruciale nel ciclo replicativo di HBV). Il trattamento con Interferone ha una durata di 6-12 mesi e circa il 15-35% dei pazienti trattati raggiunge una risposta sostenuta (cioè la transizione dell'infezione da attiva ad inattiva e lo spegnimento del danno epatico). Nel caso degli analoghi nucleosidici, utilizzando i farmaci di ultima generazione (entecavir e tenofovir) l'inibizione della replicazione virale si ottiene in oltre il 90% dei pazienti trattati, tuttavia, il trattamento deve essere mantenuto nel tempo, spesso a tempo indefinito. Il farmaco, infatti, non agisce sulla matrice replicativa del virus, cccDNA, e ciò comporta un elevatissimo rischio di ripresa della replicazione virale in caso di sospensione del trattamento, se il paziente non ha raggiunto il controllo dell'infezione (sieroconversione HBeAg/anti-HBe nel soggetto HBeAg positivo; sieroconversione HBsAg/anti-HBs nel paziente anti-HBe positivo). La scelta della strategia terapeutica dipende da fattori diversi legati al profilo (epatite cronica B HBeAg positiva o negativa) e stadio (epatite cronica, cirrosi iniziale o avanzata) di malattia, all'età e co-morbilità del paziente.

In un soggetto giovane con un'epatite cronica, a meno di specifiche controindicazioni, verrà in prima istanza proposto un trattamento con interferone, in quanto in caso di successo il trattamento terminerà dopo 1 anno. A seguire il paziente, diventato portatore inattivo, dovrà sottoporsi solo a periodici controlli. Al contrario, in caso di malattia avanzata, di cirrosi scompensata, il trattamento dovrà essere immediato ed utilizzare gli analoghi nucleosidici in quanto in questa situazione clinica l'interferone è controindicato. I pazienti con fibrosi moderata/severa hanno piena indica-

zione al trattamento, l'epatologo dovrà elaborare una strategia terapeutica in grado di garantire il controllo nel tempo della replicazione virale e della malattia epatica. Potrà quindi decidere di iniziare con un ciclo di interferone ed eventualmente passare al trattamento con analogo nucleosidico in caso di mancata risposta o considerare ab initio il trattamento con analoghi. La recente introduzione della misura quantitativa dell'HBsAg in combinazione con il monitoraggio della viremia si sta dimostrando preziosa per la personalizzazione del trattamento.

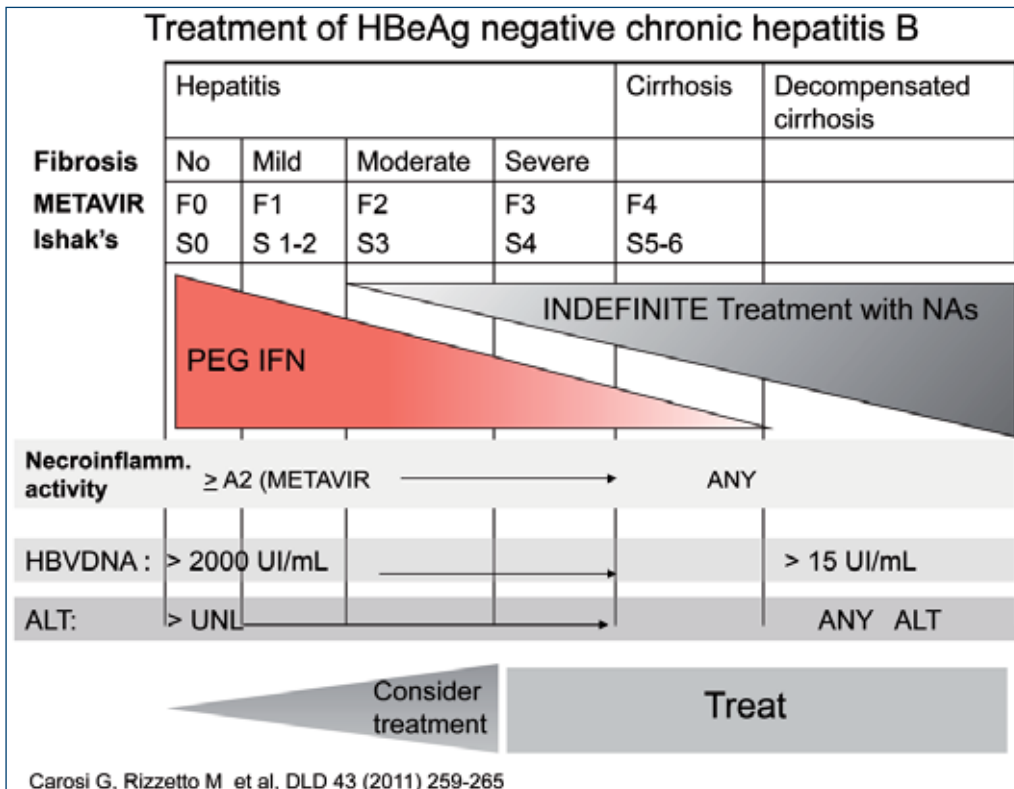
MAZZOTTA – Oggi come non mai appare fondamentale “giocare bene” la partita con il virus, proprio per il discorso adesso ricordato dalla prof.ssa Brunetto.

In linea di massima nelle fasi iniziali di malattia possiamo ricorrere utilmente all'interferone, nonostante lo scarso gradimento da parte sia dei medici che dei pazienti a causa dei pesanti effetti collaterali.

Quando invece si impiegano gli inibitori nucleosidici, molecole per le quali ad oggi non sembrano essere state sviluppate resistenze virali, uno dei problemi ancora non risolti è rappresentato dalla scelta del momento al quale tentare di sospendere la somministrazione.

BRUNETTO – Il timore della resistenza agli analoghi nucleosidici, fortunatamente non è più uno spettro che condiziona la decisione terapeutica dell'epatologo. Infatti, l'elevata potenza antivirale e l'elevata barriera genetica dei farmaci attualmente in uso ha garantito profili di resistenza ottimali a 5-6 anni. Ben diversa fu l'esperienza con la lamivudina che si associava ad una probabilità di resistenza del 20 e 70%, rispettivamente dopo 1 e 5 anni di trattamento.

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo la questione dei costi. Trattandosi di farmaci di elevato costo, è necessario valutare quale sarebbe il risparmio legato alla modificazione della malattia da essi indotta in una certa classe*



di soggetti e, più in generale i costi complessivi di queste terapie. Anche nel campo delle epatiti siamo quindi di fronte a farmaci di gran costo destinati però a target sempre più limitati, un po' come avviene, ad esempio, per gli oncologici di ultima generazione. Il decisore della spesa pubblica non può non tenere conto di questo aspetto.

BRUNETTO – Come ho già accennato, a mio parere l'infezione da HBV rappresenta il prototipo della condizione cronica sulla quale può al meglio realizzarsi la capacità preventiva della medicina moderna. Tuttavia, solo l'uso appropriato degli strumenti diagnostico-terapeutici garantisce un favorevole rapporto fra il costo dell'intervento sanitario e la ricaduta in termini di reale guadagno di salute. Nello specifico, si tratta innanzitutto di identificare il candidato al trattamento (circa il 30-40% dei portatori di HBV hanno un'epatite a potenziale rischio evolutivo) e quindi di elaborare una strategia terapeutica personalizzata. Il primo momento nella gestione del portatore di HBsAg è quindi quello di distinguere il portatore inattivo (senza sostanziale rischio evolutivo) dal malato. Tutto ciò può oggi essere fatto con relativa semplicità e basso costo, abbiamo infatti dimostrato come l'uso combinato della misura quantitativa di HBsAg e HBV-DNA può permettere con un solo controllo di identificare con elevatissima accuratezza diagnostica il portatore inattivo, evitando gli altrimenti necessari prolungati monitoraggi della viremia. Una volta intrapreso il trattamento, sempre l'uso combinato di questi 2 marcatori potrà permettere la personalizzazione del trattamento antivirale, con significativi risparmi economici.

MAJNO – Se i clinici forniscono delle indicazioni adeguate per costruire un modello che assicuri la miglior gestione possibile sotto tutti gli aspetti di questi pazienti, gli amministratori non possono che essere soddisfatti, nell'ottica di un incremento indiscutibile dello stato di salute della popolazione.

Tra l'altro non dimentichiamo che proprio in Toscana abbiamo un sistema sanitario che, ben lungi dall'imporre qualsivoglia indicazione o comportamento ai tecnici, si basa sulla strettissima collaborazione tra tutti i soggetti impegnati a qualsiasi livello in campo sanitario. In questo senso credo che oggi sia assolutamente da rivalutare il ruolo delle industrie farmaceutiche che, al contario di quanto avveniva in passato, possono offrire contributi estremamente importanti anche dal punto di vista economico.

La ricerca moderna cioè tende ad essere indirizzata verso risultati utili non solo dal punto di vista dei pazienti ma anche degli stessi soggetti protagonisti, cioè le aziende. Credo si possa affermare che oggi le istanze economiche applicate al mondo sanitario non vengono più guardate con sospetto e diffidenza come succedeva solo pochi anni fa, quando la "spending review" era ancora lontana a venire!

MESSORI – La questione economica legata al campo delle epatiti e gli incentivi/riconoscimenti che le industrie del farmaco hanno chiesto per questa area terapeutica pongono delle difficoltà oggettive rispetto a quanto accade, ad esempio, in oncologia. In oncologia, il follow up sui pazienti trattati con i nuovi anticorpi monoclonali richiede periodi di tempo di pochi anni e talora soltanto di pochi mesi. In epatologia, per vedere gli esiti derivanti dalle nuove terapie sono invece necessari decenni, cosicché la valutazione del rapporto costo – beneficio risulta difficile perché il beneficio non è

immediato ma lontano nel tempo. I risultati dei farmaci oncologici si vedono nel giro di un paio di anni, mentre i risultati dei farmaci contro l'epatite si vedono nell'arco di un paio di decenni. Si pongono perciò quesiti molto complessi quali ad esempio: meglio guadagnare 3 mesi per paziente sul brevissimo termine oppure 30-40 mesi per paziente spalmati però nell'arco di due decenni?

Dal punto di vista del sistema sanitario regionale, le strategie ed i progetti sostenuti dai Centri di riferimento, i cui effetti come dicevo si vedranno nell'arco di decenni, si scontreranno dal punto di vista operativo con la difficoltà di raggiungere la popolazione candidata al trattamento, ma soprattutto si scontreranno dal punto di vista delle scelte sanitarie con la concorrenza di altre patologie che consentono benefici in più breve tempo, ma di entità complessiva spesso molto minore.

MAJNO – È comunque innegabile che il decisore pubblico ha assoluta necessità di fondare le proprie scelte sulla condivisione il più ampia possibile degli interessi del sistema, guardando oltre la pura e semplice dimensione economica delle singole questioni.

NASTRUZZI – L'intenzione del Ministero di rivedere i LEA non porterà certamente al risultato di concedere sempre e comunque "tutto a tutti" per cui credo che il sistema sanitario nazionale, oltre alla questione dell'appropriatezza, debba non perdere mai di vista quello che realmente può essere utile alla sua migliore performance.

Anche nel campo delle malattie croniche di fegato bisogna perciò che gli esperti del settore indichino con chiarezza ai decisori cosa fare, quando farlo e secondo quali modalità.

BRUNETTO – Quanto detto finora dimostra quanto in politica sanitaria il processo decisionale sia complesso e articolato. Nel caso delle epatiti croniche virali si dovrebbe in aggiunta tener conto del fatto che i cambiamenti epidemiologici precedentemente discussi avranno una non trascurabile ricaduta anche in termini sanitari. L'elevato impatto di morbilità e mortalità attualmente in atto si manterrà tale per i prossimi 5-10 anni, poi tenderà spontaneamente a ridursi per la mancanza di nuovi casi e l'esaurimento dei casi malati. Ne consegue che l'intervento preventivo ora sul paziente asintomatico potrà evitare nel prossimo futuro gli elevati costi di gestione del paziente sintomatico (5460-6075 €/anno per il paziente cirrotico scompensato o con HCC; 150.000 € il primo anno post-trapianto, successivamente 4730 €/anno dati riportati nel Libro Bianco 2011 dell'Associazione Italiana Studio Fegato) con una certa, rapida e benefica ricaduta sulla spesa sanitaria nazionale.

ZIGNEGO – Quanto osservato è di estrema importanza e si può riassumere dicendo che in affezioni di lunga durata come l'infezione da virus B appare essenziale, non solo dal punto di vista della salute pubblica, ma anche della spesa sanitaria, intervenire precocemente con una corretta diagnosi della fase in cui l'infezione si trova e conseguentemente del più corretto approccio sia in termini di terapia che, come più spesso accade, di inserimento del paziente in un percorso di controlli più o meno serrati. Questo sulla base di un trasferimento di informazioni fondamentali sui possibili stili di vita o condizioni che potrebbero condizionare una più rapida progressione peggiorativa anche di situazioni inizialmente tranquille. Basti ricordare a questo proposito, il rischio connesso con l'abuso alcolico e terapie ad effetto

immunosoppressore. Per concludere, appare opportuno che il soggetto infettato venga prontamente indirizzato dal medico di medicina generale, vera chiave di volta della struttura organizzativa, verso il Centro di riferimento specialistico più prossimo, in modo che possa instaurarsi una collaborazione fattiva tale da evitare di giungere a situazioni terminali. Solo nel nostro Centro abbiamo valutato recentemente che circa il 10% dei soggetti infettati che erano seguiti con regolari controlli nel tempo, non necessitando inizialmente di un trattamento, erano poi andati incontro ad un viraggio della con-

dizione epato-virologica tale da richiedere l'intervento terapeutico, sulla falsariga di quanto prima accennato da Maurizia Brunetto. Questo si realizzava a tempi variabili dall'inizio del follow-up, spesso favorito da condizioni quali l'avanzare dell'età, il sopraggiungere della menopausa, ovvero, in ogni caso, un peggioramento della condizione del fegato che, se non riconosciuta e trattata prontamente, avrebbero verosimilmente generato un'evoluzione verso la necessità di interventi sanitari sempre più costosi in termini di qualità di vita e di spesa pubblica.

Niente è da trascurare in medicina

ANTONIO PANTI

La prevalenza dell'epatite B in Italia è discesa dal 2,5 % degli anni '70 all'1%, per un totale di circa 800 mila positivi. L'immigrazione ha portato a un lieve aumento dell'incidenza, particolarmente elevata nell'etnia cinese. L'HBSAg Anti E negativo rappresenta circa l'85% dei casi e l'evoluzione cirrogena è abbastanza rara. L'incidenza è bassa particolarmente nei giovani, tutti vaccinati. Vi è insomma una popolazione di anziani positivi specialmente da trasfusione e non vaccinati e una di giovani vaccinati tra i quali la positività è rara ed in genere legata a situazioni di dipendenza o a rapporti sessuali. Più a rischio le persone di mezza età, non vaccinate e tuttora sessualmente attive. Dal momento che il virus permane attivo per lunghissimo tempo dopo l'infezione, le possibilità di contagio sono molto elevate.

La vaccinazione quindi rappresenta un discrimine fondamentale per il manifestarsi della malattia. Come spesso accade il vaccino ha fatto abbassare la guardia di fronte alle possibilità di contagio per cui occorre un forte richiamo ad una maggiore attenzione preventiva, estendendo la vaccinazione anche ai soggetti non vaccinati e selezionando le categorie particolarmente esposte. Un passo importante è quello della Regione Toscana che ha approvato una legge che impone regole igieniche per il tatuaggio ed il *piercing*. Comunque il medico di famiglia deve aver presente questo quadro e richiedere il test per individuare i portatori del virus, con particolare attenzione alle donne in stato di gravidanza. Il virus, come abbiamo detto, cronicizza abbastanza raramente nell'età adulta, un po' di più, circa il 10%, nell'età anziana. Il 30% delle forme cronicizzate si evolve in cirrosi o in epatocarcinoma, due evenienze particolarmente severe che richiedono una parti-

colare sinergia tra ospedale e medico di famiglia, sinergia che deve manifestarsi anche nel trattamento farmacologico del paziente positivo.

Tutto ciò crea un problema di sanità pubblica sia per l'individuazione di nuovi casi sia per i costi della terapia farmacologica, sia, infine, per gli oneri enormi dell'evoluzione in cirrosi ed epatocarcinoma. In questi casi è risolutivo il trapianto ma quando questo non è possibile l'onere per il ricovero e per i farmaci è tra i più elevati. In conclusione dobbiamo cercare di vaccinare tutti, non solo i neonati ma anche i soggetti a rischio e i loro familiari. Il portatore cronico deve essere seguito con particolare attenzione e, se del caso, affrontare la terapia farmacologica: l'imperativo è di evitare la trasformazione in epatite cronica attiva o in cirrosi o in epatocarcinoma. La terapia farmacologica è sicuramente efficace sia quella più tradizionale con interferoni che quella con antivirali diretti. I nostri esperti hanno definito bene gli ambiti di terapia e anche gli strumenti accertativi (HbsAg quantitativo, utile quale marcatore preciso dell'evoluzione del portatore attivo).

La terapia dell'epatite B rientra tra i casi in cui è necessario una valutazione accurata del rapporto rischio e costo/benefici. Sono scelte difficili, quelle di terapie efficaci ma i cui risultati si vedono a distanza. Occorre quindi migliorare la continuità assistenziale e il monitoraggio della terapia attraverso linee guida e percorsi assistenziali predisposti dai Centri di eccellenza. In conclusione un paziente precocemente individuato, in cui il *follow-up* viene applicato correttamente attraverso accertamenti poco costosi, può evitare i gravi danni della cronicizzazione accettando terapie costose ma efficaci. Un quadro quindi su cui puntare l'attenzione dei medici senza cadere in colpevoli dimenticanze. **TM**

Si ringrazia **Bristol-Myers Squibb**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione



Grazia Sestini, 1999-2001 Comm. Cultura e istruzione alla Camera dei Deputati, 2001-2006 Sottosegretario al Ministero del Lavoro e delle Pol. Soc. con delega alle Pol. Soc. al Senato della Repubblica nel collegio "Toscana". Ha presieduto l'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza (legge n. 451/97), rappresentando il governo italiano nel Consiglio dei ministri competenti per l'infanzia dell'UE, che ha presieduto durante il semestre di presidenza italiana. Dal dicembre del 2011 Garante dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza della Toscana.

Il Garante regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza

Promuovere, salvaguardare e tutelare le persone di minore età che vivono in Toscana.

Questo il cuore del "mandato" affidato al Garante regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza con apposita legge del 2010. Una norma che intende anche verificare l'effettiva applicazione della Convenzione di New York del 1989 attraverso,

appunto, la figura monocratica e di totale indipendenza insediata presso il Consiglio regionale. Visto il compito di promozione, che implicitamente indica come il Garante non sia un giudice né un avvocato, l'Authority toscana esplica la sua attività, anche d'ufficio, presso l'amministrazione regionale, le aziende sanitarie locali e ospedaliere, gli enti locali, gli erogatori di servizi pubblici e le amministrazioni periferiche dello Stato.

Al Garante possono rivolgersi tutti i cittadini, italiani e stranieri, che si trovino sul territorio toscano così come enti, associazioni, formazioni sociali e comitati per chiedere la tutela di diritti, propri o collettivi, che si ritengono violati.

Come rappresentante dei diritti di bambini e ragazzi, il Garante si adopera a tutela dei minori e perché questi partecipino a decisioni che li riguardano con una particolare attenzione al diritto alla vita, alla salute, all'istruzione, alla famiglia e all'assistenza.

Nel suo lavoro di promozione e diffusione di una cultura a misura di bambino, il Garante accoglie segnalazioni su diritti violati segnalando all'Autorità giudiziaria le ipotesi di reato in cui siano coinvolti minori, ai servizi sociali territoriali le condizioni di disagio di cui abbia conoscenza. Verifica inoltre le azioni svolte dai servizi sociali, sollecitando le amministrazioni competenti ad assumere strumenti adeguati, mentre formula pareri su atti della Regione e degli enti locali promuovendo studi e ricerche sulla condizione minorile. Le persone di minore

età (0-17 anni) in Toscana nel 2011 sono 566.446 di cui 75.364 sono stranieri. È alta nella nostra regione la percentuale dei bambini 0-3 anni che frequenta asili nido e servizi per la prima infanzia: con 31.00 iscritti su 90.691 la Toscana si allinea all'obiettivo europeo del 33% e sono oltre 94.000 i bambini che frequentano la scuola materna così come è molto alta la percentuale di coloro che frequentano la scuola dell'obbligo mentre preoccupa il 28,1% di dispersione scolastica rilevata dal rapporto Censis.

Nel biennio 2008-2010 i servizi socio-sanitari hanno preso in carico 2700 piccole vittime di maltrattamenti e 488 vittime di abusi sessuali. È un dato inquietante, diversificato dal punto di vista territoriale, difficile da leggere stretto tra entità del fenomeno, crescita delle denunce, capacità dei servizi sociali ed educativi di intercettare e far emergere questi episodi. Su questo tema in futuro dovranno impegnarsi tutti coloro che hanno contatti con il mondo dei bambini

e degli adolescenti.

Entrato in carica ufficialmente nel gennaio 2012, il Garante ha dedicato molta parte della sua attività all'ascolto e alla conoscenza della condizione dei minori attraverso incontri con i responsabili e gli operatori dei servizi socio-assistenziali territoriali, con le associazioni, le famiglie affidatarie ed adottive e compiendo visite alle comunità. Attenzione particolare ha richiesto quest'anno il fenomeno dei bambini e ragazzi fuori famiglia: sempre nel 2011 sono 1721 di cui 630 ospiti di strutture residenziali e 1091 in affido familiare. Con questi dati la Toscana si conferma ai primi posti tra le regioni "accoglienti" segnando un rapporto positivo di 2 a 1 tra minori accolti in famiglia e quelli in comunità mentre molti sono i bambini e ragazzi coinvolti nelle separazioni e divorzi dei genitori: rispettivamente 3291 e 1732.

Sempre nel corso del 2012, il Garante ha incontrato i responsabili delle zone socio-sanitarie e delle Società della Salute nella consapevolezza che il ruolo che è chiamato a svolgere richiede l'ascolto e la condivisione dei problemi del territorio, nonché uno scambio di dati e informazioni relativi al settore dei servizi all'infanzia, utili a concorrere all'ela-

GRAZIA SESTINI

Garante dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza della Toscana

borazione di un programma di intervento aderente alle concrete necessità. Gli incontri sono stati riassunti in una lettera inviata ai presidenti di Giunta e Consiglio regionale, agli Assessori competenti, al presidente e ai componenti della commissione Sanità.

Nel testo, il Garante ha espresso alcune note sulla condizione dei minori in Toscana e rappresentato le difficoltà emerse nel corso degli incontri avuti. Difficoltà di natura non solo finanziaria che potrebbero essere assunte come contributo all'attività legislativa e amministrativa, in particolare in occasione della prossima discussione del nuovo piano integrato socio-sanitario.

Gli incontri avuti con operatori e dirigenti hanno inoltre fatto emergere criticità in ordine alla divisione e alla frammentazione delle competenze in materia di tutela dei minori che creano, inevitabilmente, difficoltà di collegamento tra enti e sovrapposizioni di funzioni. Da qui l'analisi che non sempre ai centri di eccellenza, soprattutto in sanità, si accompagna una rete pediatrica territoriale adeguata ma anche come l'ampia autonomia delle

single aziende, in materia di obbligatorietà e di gratuità o meno dei vaccini, ingenera confusione nelle famiglie ed opera diversità di trattamento tra bambini residenti in aree diverse.

La fotografia scattata dal Garante in questi intensi mesi dimostra anche come sempre più minori, soprattutto adolescenti, presentino elementi psicopatologici di varia gravità a cui i servizi di psicologia, neuropsichiatria e psichiatria non sempre sono in grado di rispondere. Da più parti, infatti, è stata rappresentata al Garante l'esigenza di dotarsi di una struttura sanitaria psichiatrica pubblica, ed eventualmente di una struttura intermedia tra comunità educativa e la stessa struttura sanitaria, per bambini e adolescenti che necessitano di interventi ad alta integrazione socio-sanitaria che garantisca la più stretta continuità assistenziale. Questi ed altri dati e proposte sono contenute nella relazione annuale consegnata al consiglio regionale nel Marzo scorso e consultabile online sul sito: www.consiglio.regione.toscana.it/garante-infanzia/.

TM

La valutazione del rischio di Stress Lavoro-Correlato all'interno dell'Area Vasta Centro della Regione Toscana

Verso una cultura della sicurezza e del cambiamento organizzativo



Sara Bellachioma, psicologa, specializzanda in psicoterapia breve strategica. Attualmente collabora con il Centro di Riferimento Regionale per le Criticità Relazionali ed è responsabile della formazione per la Cooperativa Sociale Samarcanda.

Sappiamo come negli ultimi anni la problematica del rischio *Stress Lavoro-Correlato* (SLC) abbia suscitato forte interesse, sia a livello nazionale che europeo, data l'entità dei costi che essa comporta sia in termini di salute dei lavoratori che in termini economici (Kelloway & Day, 2005; OSHA, 2009). L'8 ottobre 2004 è stato sottoscritto dalle rappresentanze europee sindacali e dalle organizzazioni datoriali l'Accordo Quadro Europeo come riferimento per gli stati membri nell'indivi-

duazione, prevenzione e gestione dei problemi di stress lavorativo. All'interno dell'Accordo si esplicita la definizione del costrutto dello SLC come "*condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste e aspettative risposte in loro*" (art. 3, comma 1), insieme alla precisazione che "*non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro possono essere conside-*

SARA BELLACHIOMA¹, EMANUELE BARONI²,
FRANCESCA BONECHI³, MATTEO GALANTI⁴,
ANGELO AVARELLO⁵, LAURA BELLONI⁶

¹ Psicologa

² Psicologo, psicoterapeuta

³ Psicologa

⁴ Psicologo, psicoterapeuta

⁵ Psicologo, psicoterapeuta

⁶ Medico, psichiatra, psicoterapeuta - Responsabile - Direttore SODc Clinica delle Organizzazioni AOU-Careggi - Firenze

Centro di Riferimento Regionale
per le Criticità Relazionali - Firenze

rate come stress lavoro-correlato.” (art. 3, comma 4). Tale definizione, ripresa dalla normativa italiana nella formulazione del Testo Unico in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D. Lgs. 81/08), racchiude in sé due aspetti: il primo individua la potenzialità stressogena di alcuni fattori di tipo strutturale, organizzativo, premiale e relazionale (OSHA, 2002); il secondo sottolinea la centralità del processo di valutazione soggettiva nella manifestazione della condizione di stress. Non esisterebbero, quindi, contesti intrinsecamente stressogeni, ma esperienze di interazioni non generalizzabili.

In considerazione di tutto ciò, la Regione Toscana nel settembre del 2010 ha incaricato il Centro di Riferimento Regionale per le Criticità Relazionali (CRRCR)¹ di progettare e realizzare il processo di valutazione del rischio di SLC nelle Aziende Sanitarie afferenti all'Area Vasta Centro della regione stessa².

Il lavoro del CRRCR parte dal presupposto che lo sviluppo di una comunità si basi sulle possibilità di benessere e felicità che essa crea. Nella costruzione del proprio intervento, quindi, ha mantenuto centrali due elementi: la *relazione*, intesa come conoscenza, crescita, connessione tra persone, servizi e istituzioni, e il *benessere degli operatori* sanitari, frutto della relazione stessa ed essenza fondamentale per la qualità dei servizi offerti dalle nostre aziende.

Coniugando la normativa nazionale con l'espressione della volontà regionale, il CRRCR ha quindi sviluppato un progetto orientato non soltanto all'adempimento di legge, ma in grado di favorire l'avvio di un percorso di cambiamento culturale nell'approccio organizzativo alla sicurezza. L'aspetto innovativo è la prospettiva secondo cui la creazione di una rete di relazioni tra lavoratori è condizione necessaria affinché interventi di rilevazione e prevenzione del rischio possano creare l'esperienza di condizioni lavorative migliori e quindi più sicure.

Lo studio è stato inoltre caratterizzato da due aspetti metodologici: il coinvolgimento dell'in-

tera popolazione interessata anziché soltanto di un campione rappresentativo (8.142 questionari compilati su 12.000 consegnati) e la decisione di realizzare sin da subito entrambe le fasi di valutazione previste dalla Commissione Consultiva Permanente³, quella preliminare e quella approfondita, nella consapevolezza che soltanto grazie all'integrazione tra le due fosse possibile ottenere una fotografia più accurata della realtà che si intendeva analizzare.

Gli strumenti utilizzati nell'indagine sono stati:

- La griglia di rilevazione degli indicatori oggettivi predisposta dall'INAIL per la valutazione preliminare.
- Il *Work Organization Assessment Questionnaire* (WOAQ) di Griffiths e Cox (2006) per la valutazione approfondita⁴.

Una lettura sintetica dei risultati emersi nelle sei aziende coinvolte evidenzia una percezione significativa del rischio SLC rispetto alle dimensioni del questionario: “*benessere psicofisico*” (59%), “*relazioni con i colleghi*” (54%), “*valorizzazione dei collaboratori*” (46%) e “*relazioni con il management*” (43%). D'altra parte le dimensioni “*carico di lavoro*” e “*ambiente fisico*” sono valutate positivamente da oltre il 60% degli operatori.

Questo in un contesto in cui la qualità degli scambi comunicativi e relazionali tra professionisti riveste un'importanza fondamentale nella definizione del percorso assistenziale al paziente, influenzando fortemente la qualità del servizio offerto (Griffin et al., 2006).

Il CRRCR adotta in ogni suo intervento uno sguardo sistemico che promuove un lavoro di rete tra individui e gruppi nella consapevolezza che il benessere psicologico-relazionale degli operatori è elemento imprescindibile per il raggiungimento della salute nelle nostre organizzazioni sanitarie. Ciò che il presente studio sembra confermare è che tale benessere può e deve essere perseguito anche attraverso una cultura della sicurezza sul lavoro.

TM

¹ Centro istituito con DGR n° 356 del 21 Maggio 2007 e composto da una équipe di psichiatri e psicologi con competenze specifiche nell'ambito del benessere individuale, di gruppo e organizzativo degli operatori sanitari e della PA.

² Le strutture coinvolte: l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC), l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer (AOU), l'Azienda da USL 4 Prato, l'Azienda USL 11 Empoli, l'ISPO e l'ESTAV Centro. Al momento dell'avvio del progetto sia la ASF sia l'Azienda USL 3 Pistoia avevano già iniziato percorsi di valutazione.

³ Lettera Ministeriale del 18/11/2010.

⁴ Il questionario, composto da 28 item con risposte su scala Likert a cinque punti, indaga 5 aree: *le Relazioni con il management*, *le Relazioni con i colleghi*, *la Valorizzazione dei collaboratori*, *l'Ambiente fisico* e *il Carico di lavoro*. In aggiunta a tale strumento è stata somministrata una scala di valutazione del benessere psicofisico costruita *ad hoc* composta da 26 item con risposte su scala Likert a cinque punti.

Cosa sappiamo sulla sigaretta elettronica?



Giuseppe Gorini, medico epidemiologo si è formato alle Università di Pisa (laurea), Firenze (specializzazione in Medicina Preventiva) e Milano (specializzazione in Biostatistica). Si occupa di epidemiologia dei tumori, in particolare di controllo del tabagismo, lavorando a stretto contatto con il Centro di Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e con la rete degli operatori sanitari per il controllo del tabagismo della Regione Toscana.

Il giudizio sulla sigaretta elettronica (e-cig) è complesso, e non ha ancora sufficienti evidenze scientifiche su cui basarsi. Inoltre manca anche una chiara regolamentazione del prodotto, una standardizzazione della produzione e sono insufficienti i controlli di qualità del prodotto. Il rischio più importante è che le e-cig diventino per i giovani una porta di accesso alla dipendenza dalla nicotina e quindi alla sigaretta tradizionale.

Allo stato attuale delle conoscenze non si può comunque affermare che la tossicità delle e-cig sia paragonabile a quella della sigaretta tradizionale. Il numero e le quantità dei composti tossici che si generano durante l'uso della e-cig sono nettamente inferiori rispetto a quelli che si formano dalla combustione del tabacco di una sigaretta tradizionale. I pochi studi non sono comunque sufficienti a dimostrare né la totale innocuità delle e-cig né la loro efficacia come mezzo per smettere di fumare, a differenza del cerotto o dell'inhaler o degli spray nasali o orali o dei chewing gum alla nicotina, cioè della terapia sostitutiva nicotinica.

Le e-cig producono fumo passivo, anche se in quantità minore rispetto alla sigaretta tradizionale e la nicotina assorbita dallo "svapatore" passivo ha le stesse modalità e quantità della sigaretta tradizionale.

Inoltre, le e-cig contribuiscono a normalizzare la sigaretta tradizionale. Il fumatore la usa nei luoghi in cui vige il divieto di fumare, riducendo sostanzialmente l'impatto di tale normativa. Compare sotto la foggia di sigarette normali nelle pubblicità e nelle immagini dei media, restituendo fascino all'atto di fumare, e può attrarre l'ex fumatore aumentando la probabilità di ricaduta. Anche per questo il Ministro della Salute ha introdotto il divieto di vendita di e-cig con presenza di nicotina ai minorenni e il divieto di uso nelle scuole (Ordinanza 26/6/2013 in GU 29/7/2013, approvata dal Consiglio dei Ministri che ha validità un anno dalla pubblicazione in GU e che potrà diventare Legge se approvata dal Parlamento).

Sulla base di queste considerazioni:

- deve essere incrementata la ricerca anche sul loro possibile utilizzo nell'ambito di strategie

di riduzione del danno nel fumatore tradizionale che non vuole o non riesce a smettere;

- deve essere, regolamentata la produzione e commercializzazione delle e-cig;

- dovrebbero essere vietate in ambienti chiusi aperti al pubblico, equiparandole alle sigarette tradizionali nell'ambito della normativa di protezione dal fumo passivo (Legge "Sirchia", art.51 L 3/2003);

- ne dovrebbe essere vietata la

pubblicità come per le sigarette tradizionali;

- e dovrebbero essere considerate dagli operatori sanitari come

un farmaco il cui uso deve essere subordinato alla produzione di prove di efficacia, prima di essere considerato un presidio da includere nel proprio armamentario.

Infine, la revisione della Direttiva Europea sul tabacco che è in corso di effettuazione e che dovrebbe uscire nel 2014, propone di lasciare in libera vendita solo una minoranza di e-cig, quelle con contenuto di nicotina <4 mg/ml. Sembra difficile che questa proposta venga approvata, visto che il giro di affari è proprio la libera vendita e dato che le ben più pericolose sigarette tradizionali continuano ad essere vendute senza grandi restrizioni.

Per farsi un'idea più dettagliata sulla letteratura relativa alla e-cig, si consiglia di leggere:

- la valutazione del rischio di utilizzo della e-cig stilata dall'Istituto Superiore di Sanità (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1882_allegato.pdf);

- l'esauriente articolo del Presidente della Società Italiana di Tabaccologia (Tinghino B: http://www.tabaccologia.it/PDF/Tabaccologia3-4_12.pdf);

- e quello sugli aspetti tossicologici della e-cig a cura del Centro di documentazione della Regione Piemonte (http://www.dors.it/alleg/newcms/201307/capitolo_tossicit%E0Xsito.pdf).

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: e-chellini@ispo.toscana.it

TM



Giampaolo Collecchia, medico di medicina generale, Asl 1 Massa e Carrara, spec. in Med. Interna, dirigente CSerMEG, coordinatore delle attività teorico-pratiche per il Corso di Formazione Specifica in Med. Gen. della Regione Toscana, Membro del Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica dei Medicinali dell'Azienda USL 1 di Massa e Carrara, Editorial Reviewer per il British Medical Journal.

Un'esperienza didattica *on line* nell'ambito del Corso di Formazione Specifica in medicina generale della Regione Toscana

Nell'ambito del Corso di Formazione Specifica in medicina generale della Regione Toscana, diretto da Emanuele Messina, vengono tenuti alcuni seminari su teoria e metodo della disciplina. Spesso, al termine delle lezioni, si è avvertita la necessità di riprendere alcuni aspetti degli argomenti trattati per approfondirli attraverso uno scambio di opinioni e

riflessioni sia tra i discenti e il docente sia tra gli stessi discenti. Il 23 gennaio 2013 il sottoscritto ha tenuto un seminario sul processo diagnostico tipico della medicina generale, rivolto ad una classe del 1° anno della sede di Firenze, coordinata da Stefano Giovannoni. In tale occasione, è stato proposto ai corsisti di partecipare ad una nuova esperienza didattica, consistente nell'inviare le loro riflessioni, non strutturate ma completamente libere, a commento di due casi che sarebbero stati inviati successivamente per e-mail. Gli scenari riguardavano le tematiche relative all'**errore nella dimensione cognitiva**. I discenti hanno aderito alla proposta. Pochi giorni dopo è stato inviato il primo caso clinico e successivamente l'altro. Il mandato era individuare le cause dell'errore diagnostico descritto. Hanno risposto 12 medici su 23, alcuni con più mail. Le loro osservazioni hanno riguardato diverse tematiche, di seguito descritte e commentate.

Primo scenario: ambliopia e arroganza

Anni fa vidi un paziente, un robusto giovane di poco più di vent'anni, che riferiva cefalea, malessere generale e una febbre modesta. Come sempre, la sala di attesa era affollata, c'era in giro un bel po' d'influenza... feci un esame sbrigativo, decisi che anche lui aveva l'influenza, e prescrissi un analgesico... Il giovane mi ringraziò, e si diresse alla porta; prima che uscisse, gli dissi: "senti, se non stai meglio o se stai peggio, ritorna". Egli si girò, disse: "Ok, grazie", e uscì. Pensai che c'era qualcosa di inquietante nel suo comportamento ma il mio disagio rapidamente si dissolse nella confusione di un'attività senza soste. Otto ore dopo il paziente fu portato in ospedale, morto già all'arrivo... la diagnosi fu di infezione meningococcica fulminante. Allora realizzai che cosa mi aveva colpito quando se ne stava andando. Quando si era voltato per rispondermi, non aveva girato il collo, si era voltato con tutto il corpo, rivelando un segno cardinale di meningite, aveva il collo rigido! ... Da allora, non ho mai dimenticato che non basta guardare; devi essere capace di vedere.

Modificato da Schwartz TB, Lancet 2002

I corsisti hanno evidenziato il problema principale descritto nella situazione clinica: aver utilizzato da parte del medico il criterio epidemiologico senza far seguito all'intuizione che "qualcosa" nella sintomatologia del paziente avrebbe richiesto un approfondimento:

... In questo caso il fatto di trovarsi in determinate circostanze temporali (periodo di piena dell'influenza) è stato determinante nel trarre in errore il medico, che trovandosi davanti ad un ragazzo robusto, di poco più di vent'anni ha pensato "ecco l'ennesima banale influenza" ...

Viene giustamente evidenziato che l'elevato carico lavorativo, la scarsità di tempo, in una parola il *setting* "turbolento" della medicina generale, fanno sviluppare strategie cognitive in grado di dare risposte generalmente soddisfacenti alla domanda di

salute, le cosiddette euristiche, scorciatoie mentali per rapide decisioni. Tali strategie sono in sintonia con le caratteristiche del

cervello, che tende a soffermarsi in prima istanza sulle situazioni che si aspetta di trovare. Nel caso specifico si tratta della **euristica della disponibilità**, cioè della tendenza a giudicare come più probabile l'ipotesi diagnostica che si prospetta più facilmente perché più semplice o frequente. Tale approccio può portare ad errori quando un quadro clinico, simile a quello più probabile, in realtà nasconde qualcosa che può erroneamente venire scotomizzato ma che è invece fondamentale per un inquadramento corretto, in questo caso la rigidità nucale.

Il commento del docente è stato che si debba peraltro evitare il *bias* speculare: non tutte le febbri devono far pensare alla meningite! Il caso "*exemplar*", cioè il ricordo di singoli pazienti "memorabili" per errori, successi oppure coinvolgimento emotivo, deve far riflettere ma non condizionare la pratica.

... il medico si era accorto che c'era qualcosa che "non andava" ... ha avuto il sentore che il paziente fosse più complicato ma non ha approfondito e purtroppo è costato caro.

Il corsista evidenzia l'importanza dell'intuizione, intesa nel senso di condensazione di precedenti esperienze, spesso utile per generare ipotesi diagnostiche nel processo iterativo di confronto tra i dati disponibili e l'elenco mentale di malattie del medico (*illness scripts*). Nel caso in esame sarebbe stato necessario, sulla base dell'osservazione che un segno presentato dal paziente non era tipico della diagnosi più probabile, effettuare un esame fisico più accurato, che avreb-

GIAMPAOLO COLLECCHIA

Medico di medicina generale, Massa (MS)

be potuto consentire di porre il sospetto della grave malattia scotomizzata ad un'osservazione superficiale.

Un altro discente ha giustamente evidenziato l'insufficienza della anamnesi:

... *Credo che, oltre all'essere "capace di vedere", il buon medico deve essere "capace di chiedere e di conseguenza ascoltare".*

Molto interessante l'osservazione di un corsista circa il cosiddetto *bias* "del senno di poi", *hindsight bias*, cioè l'errore del giudizio retrospettivo: dopo il verificarsi di un evento ogni dato assume un diverso valore e si possono giustificare o smentire ipotesi che a priori ne avevano minore:

Ma siamo sicuri che anche quel segno non avrebbe potuto essere scambiato per un banalissimo "torcicollo"? Col senno di poi (dopo la diagnosi) penso che tutti possano attribuire quella difficoltà a ruotare il capo alla causa infettiva.

Secondo scenario:

Wanda, opportunità mancate

Wanda, ventiduenne insegnante di educazione fisica, venne da me perché aveva l'impressione di palparci un nodulo in un'ascella... Wanda non aveva nessun disturbo, e io non rimasi convinto che realmente avesse nell'ascella un nodulo palpabile. Così la rimandai a casa e la invitai a tornare dopo tre settimane... Rividi Wanda dopo dieci settimane dalla visita iniziale, dieci settimane, non tre! Il nodo all'ascella era ora ben evidente... Una biopsia dimostrò un linfoma linfoblastico...

Che cosa era andato storto? ... Forse non ero stato chiaro nel darle l'appuntamento a tre settimane? ... Avrei dovuto controllare se lei era venuta all'appuntamento dopo tre settimane, o notificare che lei non lo aveva rispettato. Più tardi conclusi che un sistema di allarme per i pazienti cancellati o mancanti sarebbe stato più utile che la memoria dei singoli medici, e da allora ho partecipato alla creazione di sistemi di questo tipo. Divenne chiaro che una diagnosi più precoce non avrebbe cambiato il corso della malattia... Wanda morì dopo otto mesi dai primi sintomi.

Tratto da Fletcher RH. Lancet, 2001

Il secondo caso evoca una situazione molto frequente: il reperto dubbio, in questo caso la palpazione di un linfonodo del cavo ascellare percepito dalla paziente ma non con sicurezza dal medico.

Lei si presenta al suo medico con un problema/malattia del tutto aspecifico, per cui il curante si trova a dover agire nell'incertezza quasi assoluta (come spesso accade); probabilmente l'esame obiettivo non fu dei più accurati, ma riuscire a palpare un linfonodo in uno stadio iniziale di linfoma non credo sia così semplice.

Il discente sottolinea il problema incertezza, particolarmente critico nel *setting* della medicina generale, caratterizzato dalla difficoltà nella valutazione delle malattie durante le prime fasi della loro storia naturale. Come gestire l'incertezza? La discussione tramite posta elettronica ha riguardato vantaggi e limiti rispettivamente del *wait and see*, prassi molto frequente in medicina generale, oppure della richiesta di esami, allo scopo di approfondire il caso, prendere tempo o anche per sensibilizzare la paziente, come in questo caso.

Il dottore doveva spendere qualche parola in più con la ragazza, per cercare di creare un rapporto medico-paziente più importante, in seguito al quale FORSE la paziente sarebbe tornata nei tempi al controllo. Se non fosse tornata, il medico non avrebbe avuto niente da rimproverarsi.

Agli occhi di diversi discenti è parso che la comunicazione descritta non sia stata efficace, che sia mancata la negoziazione sulla strategia da assumere, in particolare nel caso di una persona giovane, in grado di capire perfettamente le problematiche in questione. La metodologia del *wait and see* adottata richiede infatti una condivisione della strategia e la comprensione da parte del paziente del significato dell'attesa, di cosa potrebbe succedere e di cosa fare se si verifica. A discolpa, parziale, del curante si può ammettere che conosceva poco la paziente, a sua colpa che proprio per quello doveva assicurarsi la sua adesione convinta. Come affermato da alcuni discenti, non è questione di allarmi e *reminders*, il curante doveva essere chiaro:

Sicuramente l'introduzione di sistemi di allarme per i pazienti cancellati o mancanti può risolvere in parte il problema di queste "incomprensioni", ma non ritengo che sia la soluzione definitiva, in quanto un buon rapporto medico di medicina generale-paziente deve comunque basarsi su di una comunicazione efficace.

I corsisti hanno inoltre rilevato che non è stata data importanza alla soggettività della paziente, in particolare non è stato riconosciuto il suo diritto di autodefinirsi in merito alle proprie sensazioni:

Il fatto che la paziente si "sentisse qualcosa" sotto l'ascella è comunque indicativo perchè era la manifestazione del fatto che la normale rappresentazione del suo corpo era cambiata (si sentiva un nodulo!) Quindi magari bisognava dare più peso al paziente!

Conclusioni

L'esperienza didattica ha consentito ai corsisti di proporre riflessioni meditate e pertinenti, avendo tempo a disposizione e possibilità di esprimersi in una forma meno coinvolgente di un intervento in aula. La metodologia sembra aver stimolato anche una maggiore capacità di introspezione su possibili comportamenti personali di fronte alla sceneggiatura descritta, evidenziandone potenziali criticità, paure, insicurezze. Partire dall'errore che ha portato al ritardo diagnostico, anche se probabilmente non decisivo nell'uno e nell'altro caso, ha sicuramente stimolato riflessioni formative sulla consapevolezza del "guardare oltre" e della definizione di un sospetto, sia esso oggettivo o "sentito" dal paziente. Aspetti negativi sono stati una certa inerzia iniziale nell'invio delle mail e la partecipazione solo parziale dei discenti, in parte scusabile per la novità della metodologia didattica. Lo strumento elettronico infatti è sempre più utilizzato in ambito di aggiornamento, ad esempio nella Formazione a Distanza, ma in assenza di un coinvolgimento paragonabile a quello raggiungibile con un *feed back* diretto. Riteniamo che la nostra esperienza possa trovare ampia applicazione nell'ambito della Formazione Specifica. La metodica può essere utilizzata anche a fini valutativi, il coordinatore didattico può infatti analizzare la partecipazione dei tirocinanti al confronto e le riflessioni essere oggetto di successive discussioni d'aula.

Un affettuoso ringraziamento a Stefano Giovannoni per la competente collaborazione. TM



Stefano Giovannoni, Prof. a contratto Univ. di Firenze - Centro per l'Alta Formazione e Ricerca Translazionale in Med. Gen. - Facoltà di Medicina e Chirurgia. Medico di medicina generale, convenzionato c/o la Asl 4 - Prato. Spec. in Reumatologia c/o l'Univ. di Roma. Coord. Naz. Area Osteomioarticolare della SIMG. Animatore di Formazione in 123 eventi formativi della RT per mmg.

Inquadramento del rischio di fratture

Problematiche clinico-assistenziali in medicina generale

Il salutismo è una nevrosi dilagante, una delle peggiori nel nostro ego narciso e fifone, ossessionato dalla malattia. Ci si bonifica di innocua gramigna avvelenandosi fino al midollo, per la maggior gloria dell'industria e della nostra stupidità di cavie.

Michele Serra, *Tutti i santi giorni*, Feltrinelli 2006

Quando mi sono laureato, nel finire degli anni '70, non esisteva il "problema" osteoporosi: generalmente si arrivava alla laurea in

Medicina e Chirurgia senza aver mai fatto esami (anche quelli di Ortopedia e Endocrinologia) che prevedessero nozioni sul metabolismo minerale e sulla fragilità ossea.

Poi, la disponibilità da parte dell'industria farmaceutica di una molecola che poteva avere una qualche azione sugli osteoclasti ha dato il via ad uno dei più formidabili processi di *disease mongering* del secolo scorso, riuscendo a creare un bisogno di salute planetario (forse anche fra le tribù Masai del centro Africa, ancora più importante della fame e della mortalità infantile di quella parte di mondo), rappresentato dalla necessità di avere sempre ossa forti e resistenti a tutte le età della vita per prevenire le fratture. Questo perché il processo osteoporotico, anche se insito nel fisiologico processo di invecchiamento, è stato collegato da subito non tanto ad un generico rischio di frattura, ma direttamente al determinismo della stessa: quindi osteoporosi uguale malattia, uguale frattura.

Negli anni a seguire, gli investimenti privati nel settore non si sono certo fatti attendere e hanno portato a sintetizzare molecole sempre più attive sul metabolismo dell'osso, assieme alla disponibilità di apparecchiature in grado di misurare la densità, il peso, che, ancorché determinato dalla componente minerale, faceva gioco legarlo automaticamente alla perdita proteica (specialmente se il paragone veniva fatto con l'età giovanile), cioè all'osteoporosi. Si arriva così a dire che una donna in menopausa su tre ha una "malattia" che, in modo oltremodo arbitrario, viene legata alla frattura.

L'epidemia silenziosa ha così preso piede nella

moderna cultura medica costituendo un giro di affari mostruoso per *big pharma* e con l'indotto che ne è conseguito; dalle Società Scientifiche *ad hoc*, ai così detti "centri specialistici", passando dalle associazioni di malati (?), alle giornate mondiali dell'osteoporosi ... Il circo mediatico ha poi fatto il resto, amplificando la necessità di proteggersi dal terribile *male*, complice l'invecchiamento anagrafico della popolazione nel mondo occidentale, legato alla necessità di *non* invecchiare, al concetto edonistico di rimanere sempre sani, giovani, potenti, belli e in forma perfetta.

Molte migliaia di medici di famiglia (MdF) come me, pur criticandole, hanno dovuto subire per anni queste dubbie necessità assistenziali, che non si limitano ovviamente alle problematiche legate all'osteoporosi ma investono la maggior parte delle discipline mediche, dalla prevenzione cardiovascolare, all'ipertensione arteriosa, al diabete, agli screening oncologici e così via.

Leggiamo, infatti, sempre più articoli e editoriali delle più blasonate riviste scientifiche che cominciano a chiedersi dove potrebbe portare questo eccesso di medicalizzazione, con quali obiettivi veri e misurabili di salute da parte dei Servizi Sanitari Nazionali (SSN) o per le tasche dei cittadini. Specialmente in tema di prevenzione, nuove malattie, diagnosi precoce e fattori di rischio, con valori soglia sempre più bassi a fronte di una palesata necessità di ricorrere sempre e comunque al farmaco per medicalizzare gruppi di individui in buona salute con fattori di rischio.

Il *British Medical Journal* fa un numero unico nel 2002 sulla "troppa" medicina. Un fondo del *The New York Time* del 2006 a firma di Stephanie Saul parla di "esperti autoreferenziali e finanziati dall'industria che definiscono le nuove soglie che discriminano i *sani* dagli *ammalati*". Marcia Angell, già direttrice del *New England Journal of Medicine*, sul *Journal of American Medical*

STEFANO GIOVANNONI

Medico di Medicina Generale, Prato

Association nel 2008 afferma che “l’inaffidabilità permea l’intero sistema della ricerca e che i medici non potranno più a lungo fidarsi della letteratura medica per disporre di valide ed affidabili informazioni scientifiche” ... David Sackett sul *Canadian Medical Association Journal* nel 2002 definisce la medicina preventiva arrogante perché *aggressivamente assertiva* (si rivolge a persone asintomatiche dicendo loro cosa devono fare per restare in salute), *presuntuosa* (sicura che gli interventi che propone fanno più bene che male nei soggetti che li mettono in pratica), *prepotente* (poiché aggredisce coloro che mettono in dubbio la validità delle sue raccomandazioni) ... In questo scenario la diagnosi precoce viene percepita come “guarigione assicurata” (Domenighetti).

Sul portale “Partecipa Salute”, promosso dall’Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, dal Centro Cochrane Italiano e dalla Società Editoriale Zadig ci si chiede se l’osteoporosi sia una malattia e leggiamo: “se la malattia è definita come un’alterazione del proprio stato di benessere, l’osteoporosi è piuttosto un fattore predisponente al reale disagio, cioè la frattura ossea. La campagna di sensibilizzazione sull’osteoporosi proclama di fatto la prevenzione di un fattore di rischio”.

WONCA, l’organizzazione internazionale dei medici di famiglia (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), nel 2003 inserisce come caratteristici del medico di medicina generale gli “interventi che mirano ad identificare i pazienti a rischio di sovramedicazione per proteggerli dalla nuova invasione medica e proporre loro interventi eticamente accettabili”...

È davvero arrivato il tempo della riflessione e non è più possibile rimandare la lettura della fenomenologia degli eventi che hanno contraddistinto ricerca e assistenza medica degli ultimi venti, trenta anni per arrivare a condividere progetti di salute più verosimili, etici e realistici per noi e i nostri pazienti.

Quali possono essere, quindi, obiettivi assistenziali perseguibili e praticabili nella prevenzione delle fratture da fragilità?

In questo cominciamo a essere aiutati da dati di letteratura che si fanno più credibili con disegni degli studi più corretti ed etici, con *end point* forti (la riduzione di frattura) e non surrogati (l’aumento di densità ossea).

Il target assistenziale è da sempre un fattore di confondimento e di attrito fra medici di medicina generale ed esperti di settore; ricordiamo a tal proposito che non esiste l’“osteoporologo” nel nostro ordinamento universitario e fra le specializzazioni post laurea, ma, accanto a medici che si

proclamano esperti solo perché gestiscono un servizio densitometrico o perché sono semplicemente responsabili di un “centro”, ci sono colleghi reumatologi e endocrinologi che si sono dedicati da sempre a praticare ricerca seria e sono diventati punti di riferimento nazionali e internazionali nel settore.

Noi medici di famiglia ci riferiamo sempre alla popolazione generale, ecco perché parliamo di osteoporosi come *condizione* e non come malattia; condizione legata al naturale processo di senescenza, che nella stragrande maggioranza si giova di quei provvedimenti che si riconoscono in uno stile di vita sano sotto il profilo alimentare, dell’attività motoria e della cessazione di comportamenti a rischio come il fumo, oltre alla somministrazione di vitamina D, vera terapia integrativa della terza età!

L’OSTEOPOROSI SECONDARIA

Diversa è l’attenzione che dà lo “specialista” a quelle persone a grave rischio osteoporotico e di frattura, persone che a volte erroneamente non sono state valutate con la dovuta attenzione dal medico di famiglia. Mi riferisco ai pazienti con osteoporosi secondarie per artrite reumatoide, ipertiroidismo, iperparatiroidismo, malassorbimento intestinale per malattie infiammatorie croniche o per celiachia, ecc, a coloro che devono assumere cortisone per mesi o, più semplicemente, a coloro che hanno già riportato una frattura da fragilità. Specialmente in queste persone i dati di letteratura sull’uso di farmaci sono positivi con bassi valori di NNT (*number needed to treat*) per dimostrazione di riduzione statistica importante del rischio relativo di seconde fratture e l’Agenzia italiana per il Farmaco (AIFA) con la nota 79 ne ha sempre permesso la rimborsabilità da parte del SSN.

Il medico di medicina generale, quindi, è tenuto a identificare fra i suoi pazienti quelli a rischio di osteoporosi secondaria e mettere in atto il percorso assistenziale personalizzato più adatto ed è chiamato al trattamento di chi ha già subito una frattura da fragilità, anche in questo caso, dopo valutazione delle condizioni cliniche associate, dell’aspettativa di vita, ecc.

IL RISCHIO DI FRATTURA: È UTILE LA DENSITOMETRIA?

Contrasti e contraddizioni emergono però nell’individuazione del rischio di frattura nella popolazione generale, in quelle persone non palesemente e prontamente identificabili a rischio di frattura, se non per età.

Una visione semplicistica del passato (ma che ancora troppi ginecologi portano avanti creando non pochi attriti con la medicina generale e sperpero di risorse) era quella di praticare la densito-

metria ossea come screening: oggi sappiamo con certezza che non è né efficace né efficiente. Forse lo poteva essere sopra i 65 anni, se l'epidemiologia delle fratture da fragilità non ci avesse dimostrato che si fratturano di gran lunga di più gli osteopenici o addirittura chi ha normale densità ossea, rispetto agli osteoporotici. La spiegazione degli "osteofili" (leggi: coloro che attribuiscono all'osso la sola causa di rischio di frattura) è che, oltre la densità, sia la qualità dell'osso ad essere importante anche se di non facile misurazione ... Angela Chung sul *Journal of American Medical Association* nel 2008 dice che "la qualità dell'osso è una vaga entità che è difficile misurare clinicamente e che la BMD (*bone mineral density*) è un *outcome* surrogato per lo sviluppo di farmaci per ridurre il rischio di frattura".

LE CARTE DI RISCHIO FRAX

Un aiuto importante per il medico forse sarebbe potuto venire dalla definizione delle carte di rischio FRAX dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che tengono in considerazione 6 fattori di rischio che vanno ad incidere sulla fragilità dell'osso come il fumo, le fratture materne e le pregresse fratture, l'alcol, eventuali cause di osteoporosi secondaria e l'uso di cortisone. Questi fattori di rischio possono essere rapportati con la densità ossea o con l'indice di massa corporea e danno una stima statistica del rischio di frattura a 10 anni, in analogia con la stima del rischio cardiovascolare di Framingham. Il loro uso è chiaramente raccomandato come guida alla terapia farmacologica. Ma se il rischio di frattura è dovuto a fattori diversi dalla riduzione di BMD, già Mc Clung e poi McCloskey ci dicono che il trattamento con bisfosfonati non riduce il rischio di frattura di femore ...

Questa lapalissiana considerazione in realtà svela il limite delle carte FRAX, che sicuramente sono un passo avanti dalla valutazione del rischio con la sola BMD, ma che non considerano fattori di rischio importantissimi nel determinismo delle fratture, specialmente per quelle di femore, legati alla riduzione della forza muscolare, alla sarcopenia dell'anziano, ai disturbi dell'andatura e dell'equilibrio, alla storia di cadute e ai fattori di rischio intrinseci ed estrinseci di caduta, per i quali esistono solo pochi studi prospettici validi, come afferma Angela Chung sul *The Journal of the American Medical Association* (JAMA) nel 2008. Alla Chung fa eco Teppo Jarvinen che in un editoriale del 2008 sul *British Medical Journal* (BMJ) "*Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls*" afferma che "dovremmo porre i nostri sforzi nel frenare le cadute e non nel trattare la bassa densità ossea".

L'IMPORTANZA DI PREVENIRE LE CADUTE

Ci sembra infatti corretto poter dire che l'evento caduta nell'anziano è il momento cruciale nel

determinismo della frattura di femore e, se non se ne riduce il rischio, possono valere a poco i tentativi di agire con farmaci sulla densità dell'osso. Secondo Moynihan e Cassels, in *Farmaci che ammalano*, Nuovi Mondi Media editore: "la diminuzione della densità ossea rappresenta poco più del 15% del rischio totale di un'eventuale frattura di femore, mentre molto più importanti sono altri fattori come la forza dei muscoli e tutte le condizioni personali ed ambientali di rischio di caduta: i farmaci, quindi, che agiscono positivamente sulla densità dell'osso, possono contribuire in maniera limitata alla riduzione del rischio di frattura, per lo più in età avanzata, con osteoporosi molto accentuata e quando si sono già instaurate fratture".

Già Black nel 2001 in uno dei primi esempi di carta di rischio di frattura di femore nelle donne sopra 65 anni con o senza la BMD, insieme ai soliti fattori di rischio ossei aveva introdotto come ulteriore indicatore "l'uso delle braccia per alzarsi": la carta di rischio rilevò quasi lo stesso potere predittivo di frattura con o senza valutazione della densità ossea.

Ancora, i risultati dell'*European Prospective Osteoporosis Study*, pubblicato da Kaptoge su *Bone* nel 2005, riportano che "la bassa densità ossea è meno predittiva delle cadute nel determinare il rischio di frattura degli arti nelle donne, in Europa".

Il candidato alla frattura, allora, non è altro che *l'anziano fragile*, ben conosciuto nel *setting* della medicina generale. È colui che presenta disturbi della memoria; malattie neurologiche come il morbo di Parkinson; artropatie con disturbo algo-funzionale a ginocchia, caviglie, piedi, anche; andatura lenta, instabile, con base allargata; magrezza, disappetenza; disturbi visivi e uditivi; ridotta forza muscolare, specialmente agli arti inferiori; episodi di cadute e comorbidità.

IN CONCLUSIONE

È importante ricordare la sintesi finale delle "Linee Guida sul *management* dei pazienti con osteoporosi", fatta nel giugno 2009 dal Sistema Nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, dopo aver confrontato le principali raccomandazioni della letteratura internazionale, dove si afferma che "con l'eccezione dei pazienti che hanno già subito una frattura e dei candidati ad una terapia corticosteroidica protratta, non esiste concordanza tra le varie linee guida sui criteri per individuare le persone che beneficerebbero di un trattamento farmacologico preventivo e soprattutto sull'entità del beneficio prospettabile".

TM

Credenze erranee e realtà nella nutrizione pediatrica



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.

INTRODUZIONE

Vorrei concentrare l'attenzione su alcune pratiche alimentari in uso tra i bambini italiani della prima e seconda infanzia che rappresentano sicuramente miti ed errori.

MITI ED ERRORI

In questa prima parte prenderò in esame i principali alimenti che, prevalentemente nell'immaginario delle mamme, sono considerati dei *miti*, cioè dei nutrienti dotati di particolari proprietà, oppure di cui non si può fare a meno, ma il cui uso non controllato può diventare un errore.

Anche molti pediatri, spesso, non ne conoscono la reale composizione

e distribuzione calorica, per cui talvolta danno indicazioni imprecise o contraddittorie.

La televisione, poi, gioca un ruolo importantissimo nel promuovere i consumi, dato che da molti alimenti le industrie traggono cospicui guadagni.

IL LATTE PRIMA DI DORMIRE

È ormai accettato da tutti che dalla fine del primo anno di vita il bambino deve fare non più di 4 pasti nella giornata.

Tuttavia è frequentissimo constatare che molte mamme offrono al bambino, anche ben oltre la fine 1° anno di vita un pasto di latte prima di dormire.

La giustificazione spesso adottata è che il bambino richiede l'alimento in assenza del quale non si addormenta.

Questa abitudine è un errore alimentare sia perché contribuisce ad aumentare la quantità globale di calorie e proteine somministrate, sia perché un alimento ricco e complesso come il latte vaccino richiede almeno 2 ore e 30 minuti per essere digerito; inoltre nel sonno la digestione avviene più lentamente e ciò contribuisce a determinare lo scarso appetito del bambino al risveglio del giorno successivo, con conseguente difficoltà a consumare una corretta prima colazione.

OMOGENEIZZATI DI FRUTTA, SUCCHI DI FRUTTA E SPREMUTE DI AGRUMI

Il sapore dolce modifica sensibilmente il gusto della frutta fresca e disabituata in tal modo il bambino a utilizzare quest'ultima.

Infine la quantità di fibra è trascurabile e quindi l'effetto sul transito intestinale è molto ridotto. Pertanto possono essere usati in casi di emergenza (viaggi, vacanze ecc.) ma non quotidianamente. Ad essi deve essere invece preferita la frutta fresca. Considerazioni simili possono essere fatte per i succhi di frutta del commercio.

FORMAGGINO, FORMAGGI E YOGURT

È abbastanza frequente rilevare che nel corso del divezzamento, quando i pasti semisolidi diventano 2 su 5, la madre offre al bambino una minestrina contenente omogeneizzato di carne e una contenente un *formaggino*.

Questo schema alimentare non è consigliabile perché il *formaggino* è costituito da proteine di latte vaccino e quindi dal punto di vista qualitativo non differisce da quest'ultimo. Il bambino, dopo il 6° mese di vita, necessita di proteine differenti da quelle del latte e quindi di proteine sia di origine vegetale (grano) sia di origine animale (carne o pesce o uovo) che garantiscono un apporto qualitativamente differente e forniscono ferro ed altri sali non forniti dal latte.

Tutti i formaggi quindi, se introdotti nella dieta del bambino, devono determinare una proporzionale diminuzione del latte vaccino somministrato.

Anche lo yogurt è un alimento di derivazione latte che può essere introdotto nella dieta del bambino contemporaneamente alla introduzione del latte vaccino intero.

Esso ha effetti favorevoli sull'ecosistema intestinale poiché fornisce lattobacilli (1 miliardo per grammo) ed è facilmente digeribile perché questi determinano una parziale idrolisi della caseina in peptidi, e dal lattosio in acido lattico che favorisce la crescita dei lattobacilli stessi.

Tuttavia il pasto di yogurt deve essere considerato un pasto sostitutivo di uno di latte per gli stessi motivi esposti sopra a proposito dei formaggi. Ricordiamo a questo proposito che una confezione di yogurt da 125 g è equivalente a circa 150 g di latte vaccino intero.

FABIO FRANCHINI

Prof. Associato di Pediatria - Università di Firenze
Gruppo di Studio di Medicina dell'Età Evolutiva

BRODO DI CARNE

È frequente osservare che le madri sono ansiose di introdurre al più presto il brodo di carne nella alimentazione del bambino dopo il svezzamento.

Ciò è probabilmente determinato dal fatto che al brodo vengono attribuite proprietà benefiche, che non hanno tuttavia alcuna base scientifica.

Come appare chiaro il brodo di carne ha un bassissimo valore nutrizionale e quindi non ha particolare significato nella alimentazione del bambino.

È preferibile il passato di verdura che ha il vantaggio di fornire un elevato apporto di fibre vegetali.

PROSCIUTTO

Può essere introdotto nella alimentazione del bambino dopo la fine del 1° anno di vita, ma con molta misura.

Il bambino, infatti, imparando a conoscere cibi sapidi e appetitosi, tenderà a rifiutare i sapori che hanno un gusto meno deciso; ciò ovviamente potrebbe portare a successivi errori alimentari.

LE MERENDINE

A questo proposito si deve sottolineare il fatto che la pubblicità è spesso ingannevole e fuorviante.

Basti pensare agli slogan: “nutriente e golosa” e “nutre come una merenda”, “piace come un gelato”. In entrambi vengono contrapposti in maniera profondamente scorretta i concetti di *nutrire* e *piacere* come se fossero difficilmente conciliabili tra loro.

Ciò non è assolutamente vero perché tutti i cibi per definizione devono *nutrire ma anche piacere* e i due aspetti sono di norma perfettamente tra loro compatibili ed anzi normalmente richiesti sia dagli adulti che dai bambini.

Perché l'esposizione alla televisione di un bambino di età prescolare e scolare è mediamente di circa 3 ore e 20 minuti al giorno si può facilmente calcolare che un bambino vede 14.600 spot pubblicitari all'anno, dei quali almeno il 30% riguardano prodotti alimentari e in particolare merendine.

IL GELATO È UN ALIMENTO

Può essere pertanto dato al bambino di età prescolare e scolare, a patto che la razione alimentare giornaliera venga ridotta proporzionalmente.

ACQUE MINERALI

Non ha alcun senso preferirne una o l'altra (che tra l'altro hanno prezzi spesso molto diversi secondo che siano vendute nei supermercati o nelle farmacie).

Si tratta di un tipico *affaire* pubblicitario, nel quale la televisione gioca un ruolo importante determinando il consumo di acque particolarmente costose e spesso non adatte per i bambini, perché troppo ricche in sali.

Anche le acque troppo povere di minerali, come quelle tipicamente diuretiche devono essere evitate nei bambini perché rischiano di determinare una deplezione di sali.

CONCLUSIONE

Quanto esposto corrisponde non solo alle mie convinzioni ma anche a precise indicazioni nutrizionali.

È opportuno che i pediatri ne siano a conoscenza per meglio indirizzare i propri pazienti e metterli al riparo dai danni della pubblicità. **TM**

(Tratto dal volume di Fabio Franchini, Stefania Pisano, *Nuove acquisizioni teorico-pratiche nell'alimentazione del bambino e dell'adolescente*, Piccin, Padova, 2012).



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



Martina Bettazzi ha conseguito la Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva - classe SNT/2 delle Professioni Sanitarie nel novembre 2012. Da marzo 2013 partecipa al Progetto GiovaniSi, finanziato dalla Regione Toscana, c/o la Cooperativa Sociale Onlus Pane & Rose (Prato).

Conoscere la Neuropsicomotricità

Pubblichiamo volentieri questo contributo, predisposto da un neuropsichiatra infantile e dai laureati in terapia della neuropsicomotricità, per il suo valore di esperienza di collaborazione interprofessionale.

L'idea di scrivere questo articolo nasce dall'esigenza di due giovani laureate di far conoscere meglio le caratteristiche di una professionalità formata all'interno della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel Corso di Laurea triennale professionalizzante di "Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva": il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE).

Terminati gli studi, ci siamo confrontate con una diffusa mancanza di consapevolezza, da parte dei professionisti sanitari che lavorano in ambito infantile, circa la specificità della nostra professione sia per quanto riguarda gli ambiti di intervento, sia per quanto concerne l'utilità e l'efficacia del nostro operato.

La Neuropsicomotricità è una disciplina ancora poco conosciuta nella nostra Regione e spesso non viene correttamente identificata proprio da chi dovrebbe conoscerla meglio, cioè dai professionisti che, a vario titolo, lavorano con la disabilità infantile.

Per chiarire il ruolo e la collocazione di questa professione all'interno dell'équipe multidisciplinare di Neuropsichiatria Infantile che segue un bambino con disabilità, è opportuno porsi una serie di domande: chi è il TNPEE e cosa fa? Quando è consigliato il suo intervento? Come è organizzato il suo lavoro e perché è così importante?

Nell'ambito delle professioni sanitarie, i laureati in TNPEE sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della Sanità 17/01/1997, n. 56 e successive modificazioni ed integrazioni; ovvero svolgono, in collaborazione con l'équipe multidisciplinare di neuropsichiatria infantile e con le altre discipline dell'area pediatrica, gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuro-psicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo.

Il TNPEE fa parte del gruppo delle Professioni

Sanitarie riabilitative individuate dall'art. 2 della Legge 251/2000. Il suo compito è quello di intervenire per prevenire percorsi di sviluppo atipici nelle situazioni di rischio biologico e sociale e per impedire l'esclusione del bambino con disabilità, favorendo la generalizzazione agli abituali contesti di vita delle competenze apprese nel setting riabilitativo; inoltre, egli valuta le relazioni

tra aspetti affettivi, cognitivi e motori del bambino e contribuisce a definire gli obiettivi terapeutici e le strategie di intervento nel progetto abilitativo/riabilitativo; infine favorisce l'acquisizione di abilità

nuove o rafforza abilità già presenti per garantire le attività e la partecipazione del bambino in relazione alla sua età e al suo livello di sviluppo.

Il TNPEE promuove nel bambino la presa di coscienza di Sé e dell'altro, l'interiorizzazione delle regole per vivere nel gruppo dei pari, l'utilizzo delle strategie per affrontare le modificazioni connesse allo sviluppo e la pianificazione del comportamento. Interviene nelle situazioni in cui a causa di un disturbo, di una malattia o di una menomazione, il bambino ha difficoltà ad utilizzare le abilità necessarie per una crescita armonica e serena. La terapia neuropsicomotoria si rivolge a bambini con disturbi neuromotori, sensoriali e della coordinazione motoria, disturbi dello spettro autistico, ritardi psicomotori e cognitivi, disturbi dell'attenzione, della regolazione affettivo-comportamentale, disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, sindromi genetiche che presentano problematiche relative alla sfera neuropsichica.

Nello svolgimento della sua professione il TNPEE si avvale del proprio corpo e degli strumenti propri del setting psicomotorio che gli permettono di contenere, guidare, veicolare le azioni del bambino e la sua espressività, al fine di renderle significative; egli regola l'azione attraverso la modulazione delle varie categorie psicomotorie tra cui tono muscolare, voce, mimica, spazio e tempo.

MARTINA BETTAZZI*, ANGELA COLI**,
PAOLA ALLORI^o

* *Laurea in Terapia della Neuro- e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Prato*

** *Laurea in Terapia della Neuro- e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Grosseto*

^o *Medico specialista in Neuropsichiatria Infantile, Firenze*

La sua attività avviene all'interno di una cornice con spazio, tempo e materiali definiti.

Il lavoro del TNPEE viene svolto attraverso il gioco quale canale comunicativo privilegiato nel bambino. Nel contesto terapeutico, il gioco rappresenta la trama che compone l'interazione tra bambino, terapeuta e setting e, grazie alla sua complessità, restituisce molte informazioni su emotività, livello di sviluppo, capacità relazionali e comunicative. Il trattamento deve essere effettuato tenendo conto delle specifiche caratteristiche del bambino, facendo leva sulle risposte presenti per individuare le strategie di compenso più utili al raggiungimento dello scopo.

L'intervento del TNPEE è globale, attento a considerare, per ogni fascia di età, l'equilibrio e l'integrazione di funzioni e competenze e l'interazione tra l'evoluzione della patologia e lo stadio di sviluppo. Infine è da sottolineare che l'attività del TNPEE non può prescindere dalla creazione di un'alleanza terapeutica con la famiglia fonda-

ta su un atteggiamento empatico fatto di ascolto, contenimento, condivisione, indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Il TNPEE si colloca all'interno dell'équipe di neuropsichiatria infantile e collabora alla elaborazione del progetto riabilitativo individualizzato, cioè stilato in base alle esigenze del singolo bambino. Tutto ciò presuppone una stretta collaborazione con le altre professionalità che fanno parte dell'équipe (neuropsichiatra infantile, altri operatori della riabilitazione), con la famiglia e con la scuola perché, come è noto, la riabilitazione, per essere davvero efficace, richiede una condivisione e generalizzazione di strategie e obiettivi quanto più ampia possibile.

Non si può infine non ricordare che la professione del TNPEE è l'unica, fra quelle sanitarie dell'area riabilitativa, ad avere competenze specifiche sui bambini, dalla nascita fino ai 18 anni di età: dunque, impariamo a conoscerla e ad utilizzarla meglio!

TM

Ricerca e clinica

Toscana Medica 9/13



Visione artificiale: l'esperienza pisana



Stanislao Rizzo si è laureato e specializzato in Oculistica presso l'Università degli Studi di Firenze. Nel 1986 ha seguito, prima a Cagliari e poi a Pisa, il prof. Luigi Barca. Dal 2001 è responsabile dell'U.O. Chirurgia Oftalmica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana.

La Visione è una forma complessa di elaborazione delle informazioni sulla base di un notevole neuro-processore: la retina umana.

A livello della retina, 130 milioni di cellule fotorecetriche (coni e bastoncelli) convertono l'informazione luminosa in impulsi elettrici e la trasferiscono alla rete composta da circa 1.2 milioni di cellule gangliari. Gli assoni delle cellule gangliari, vanno quindi a formare il nervo ottico che porta l'informazione alla corteccia visiva.

La cecità può risultare da una disfunzione a qualsiasi livello del percorso visivo: dai mezzi diottrici attraverso la retina e al nervo ottico fino alla corteccia visiva.

Alcune malattie ereditarie possono causare una degenerazione dei fotorecettori della retina

(bastoncelli e coni). Nei pazienti affetti da retinite pigmentosa, la progressiva degenerazione dei fotorecettori bastoncelli causa una riduzione del campo visivo periferico, mentre l'acuità visiva centrale (coni) viene mantenuta per qualche tempo. Alla fine tuttavia anche i coni possono degenerare, causando una completa cecità dei pazienti pigmentosi. Generalmente, nei pazienti pigmentosi, il nervo ottico mantiene la sua capacità di trasferire informazioni elettriche alla corteccia. In Italia, la prevalenza di tale patologia è di circa 1/4000.

STANISLAO RIZZO

Responsabile dell'U.O. Chirurgia Oftalmica dell'AOU Pisana

Al giorno d'oggi non esistono terapie per le patologie degenerative quali la retinite pigmentosa. L'unico modo per ripristinare una visione utile è ricorrere all'impianto di protesi retiniche. Le protesi retiniche attualmente disponibili mirano alla stimolazione

artificiale della rete neuronale mediante l'uso di elettrodi posati sopra o sotto la retina, che permettono di ottenere una eccitazione delle cellule gangliari, che tramite il nervo ottico sano portano poi l'informazione fino alla corteccia visiva.

Le protesi retiniche usano un mezzo artificiale per rilevare luce, convertire l'energia luminosa in un segnale elettrico, e fornire il segnale elettrico ai neuroni retinici sopravvissuti per suscitare un'attività che viene interpretato come visione.

È infatti ben noto che un neurone può essere depolarizzato attraverso l'applicazione di carica elettrica mediante un elettrodo extracellulare.

Non è necessario che l'elettrodo sia aderente al neurone: il liquido extracellulare conduce elettricità, e il campo elettrico risultante nel tessuto provoca un cambiamento nel potenziale di membrana, generando potenziali d'azione.

È sulla base di queste ricerche che dopo molti decenni di esperimenti nella stimolazione neurale, insieme a progressi in ingegneria, sono stati prodotti dispositivi clinici, come ad esempio gli impianti cocleari per la sordità profonda e gli stimolatori cerebrali per i disturbi del movimento come nel morbo di Parkinson.

Inoltre studi sperimentali hanno dimostrato che la stimolazione elettrica di una zona localizzata nella retina suscita percezioni visive stabili che spazialmente corrispondono alla regione stimolata.

Sulla base di questi risultati il dispositivo Argus I è stato impiantato in 6 soggetti in un unico centro (Doheny Eye Institute) tra il 2002 e il 2004.

L'impianto disponeva di 16 elettrodi, con l'elettronica di base derivante dalla tecnologia dell'impianto cocleare.

Lo studio Argus I era principalmente uno studio di sicurezza limitato nel tempo, ma 2 soggetti operati nel 2004 hanno ancora l'impianto attivo.

L'evoluzione tecnologica ha portato al sistema Argus II.

Il sistema protesico Argus® II (Second Sight Medical Products, Inc., Sylmar, CA) è l'unica protesi retinica attualmente commercializzata.

La FDA ha dato l'approvazione in febbraio 2013 e 5 ospedali americani cominceranno la loro esperienza nei prossimi mesi.

Si tratta di un sistema complesso, e rappresenta al momento una tecnologia unica e di altissimo livello (Figura 1).

L'impianto è costituito da una antenna che si fissa sulla sclera (Figura 2) connessa ad una matrice posta all'interno dell'occhio. Tale matrice, composta da 60 elettrodi, è posata sulla retina (Figura 3) e stimola direttamente le cellule gangliari secondo *pattern* stabiliti da un processore che elabora le informazioni catturate in tempo reale da una microcamera posta sugli occhiali (Figura 4).

10 pazienti hanno potuto finora beneficiare dell'impianto retinico Argus II operati nell'U.O. di Chirurgia Oftalmica dell'AOUP.

Il primo paziente operato risale all'ottobre

2011 ed è stato il primo impianto eseguito al mondo dopo l'approvazione del sistema Argus II.

Il periodo postoperatorio è probabilmente per il paziente operato e per il team di riabilitazione visiva il momento più importante e impegnativo: i controlli postoperatori sono molto frequenti e le sedute di stimolazione del sistema richiedono tempo.

I risultati ottenuti ripagano però in maniera straordinaria gli sforzi e i sacrifici affrontati.

Già una settimana dopo la chirurgia tutti i pazienti operati riuscivano a individuare una luce sul soffitto ed una striscia larga 30 centimetri scura sul pavimento.

I test di funzionalità visiva, particolari in quanto dedicati a ipovedenti severi, quali la localizzazione di un quadrato e l'identificazione della direzione di una barra luminosa mobile su uno schermo di computer, hanno mostrato un miglioramento in 9 pazienti.



Figura 1 - L'impianto ARGUS II.

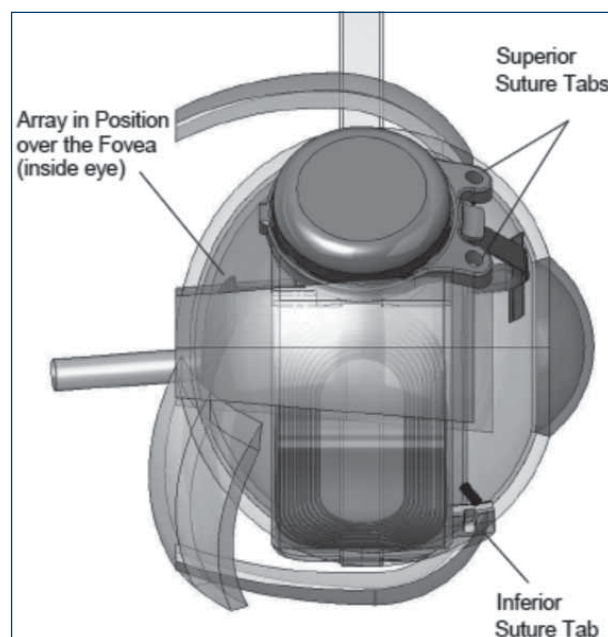


Figura 2 - L'impianto fissato sulla sclera.

Il campo visivo Goldmann è migliorato in tutti i pazienti.

Una volta eseguito il processo di riabilitazione tutti i pazienti sono stati in grado di utilizzare il dispositivo quotidianamente.

Ad oggi nessuno dei pazienti operati ha avuto un evento avverso serio da richiedere un ulteriore intervento chirurgico. Nessuno dei dispositivi è stato espantato. Un paziente ha presentato pressione intraoculare elevata nel primo giorno post-operatorio controllata con terapia medica. Un paziente ha mostrato un moderato distacco della coroide il primo giorno post-operatorio, risolto spontaneamente, probabilmente causato da un accidentale spostamento del corpo ciliare durante l'inserimento dell'impianto. Non abbiamo osservato alcun distacco retinico o endoftalmite. L'impianto in tutti i pazienti operati ha mostrato una buona biocompatibilità senza alcun segno di infiammazione intraoculare. È rimasto ben posizionato e tutti gli elettrodi che sono stati attivati dopo l'intervento chirurgico hanno continuato a lavorare durante il periodo postoperatorio.

Probabilmente la cosa più importante è che la protesi ha un impatto sulla vita dei pazienti che non era immaginabile prima e che è difficile da quantificare. Un ritrovato contatto con il mondo, che apre una porta a nuove attività per pazienti che si erano abituati ad un'esistenza senza stimolazioni visive utili. La possibilità di realizzare il sogno di ridare la vista ai non vedenti è un'operazione di grandissimo impatto sociale ed emotivo: consente infatti a persone affetti da patologie così invalidanti di acquistare una relativa autosufficienza e di partecipare alla realtà più attivamente.

TM

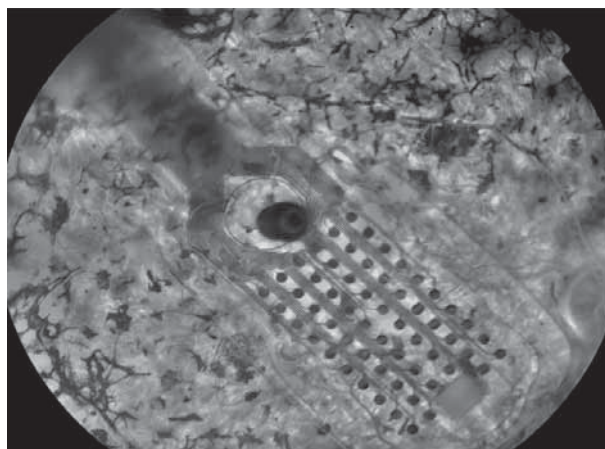


Figura 3 - L'impianto con 60 elettrodi posizionato sulla retina.



Figura 4 - La telecamera posta sugli occhiali e il computer per l'elaborazione delle immagini.

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

Organizzazione Toscana Trapianti

Da questo numero di Toscana Medica inizierà la pubblicazione di una serie di articoli in cui vengono descritte le organizzazioni e le attività dei Centri di trapianto e delle Banche dei tessuti, i coordinamenti per la donazione e il trapianto, il Centro regionale di allocazione organi e tessuti, il monitoraggio dell'attività trapiantologica; per concludere con i Laboratori, Centri di Immunogenetica, le Strutture di Laboratorio attive nella donazione e nel trapianto, la qualità e la sicurezza.

Verso un sistema di governo clinico

La rete nazionale dei trapianti è in una nuova fase in cui le Regioni sono impegnate insieme al Centro Nazionale Trapianti (CNT) a trasferire a livello centrale (*CNT operativo*), almeno inizialmente, alcuni aspetti di allocazione degli organi: il sistema quindi diventerà ancora più *nazionale* pur dovendo mantenere, ma anzi rafforzare, molte funzioni svolte dalle organizzazioni regionali.

Il sistema OTT come del resto accade anche in altre Regioni, opera attraverso componenti non esclusivamente dedicate al processo di donazione e trapianto per cui diventa essenziale definire con

chiarezza un unico obiettivo di sistema che, nel nostro caso, non può che riguardare ogni azione indirizzata alla riduzione delle liste delle persone in attesa di trapianto. Affrontare il problema non riuscendo a vedere la continuità del percorso donazione e trapianto porta a mettere sotto stretto esame solo alcune componenti del sistema rischiando magari di sottovalutare aspetti di non poco conto. È intuitivo come non sia possibile ottenere la riduzione delle liste di attesa in carenza di donatori, ma è anche necessario che il sistema si interroghi sulla qualità del mantenimento degli organi nella fase della donazione e sulle strategie messe in atto dai centri di trapianto per valorizzare al massimo grado le donazioni. Sarebbe corretto immaginare un sistema donazione e trapianto in grado di parlare all'esterno mostrando solo i dati inerenti la riduzione delle liste di attesa pur mantenendo al suo interno un sistema di potente *feed-back* in tempo reale basato sul monitoraggio dei processi e dei percorsi clinici. Stiamo parlando di un sistema semplice ed esclusivamente orientato ad intervenire con latenze brevi su fenomeni immediatamente correggibili. In questo modo potremmo correlare con trasparenza l'impegno che viene messo nel *procurement* rispetto alla efficienza

del sistema nella fase di trapianto.

I risultati conseguiti dalla Toscana sono apprezzabili, al di sopra della media nazionale, sia per quanto riguarda le donazioni che i trapianti di organi, con un tasso medio di opposizione alla donazione inferiore agli standard nazionali, con un fenomeno, in via di approfondimento, che vede una dicotomizzazione tra disponibilità di organi che la comunità toscana mette in campo e la loro utilizzazione.

In Italia nel 2012 gli accertamenti di morte encefalica, sono stati di 38.2 casi/PMP che hanno prodotto un livello di utilizzazione di organi di 18.9 casi/PMP con uno scarto quindi di 19.1 punti ed un utilizzo complessivo di organi del 66.9%. In questa prospettiva la nostra Regione svolge funzioni di *benchmarking* per la donazione con 71.9 casi/PMP di accertamenti di morte encefalica. Sul versante trapianto questi elevati livelli di donazione si sono tradotti in 31 casi/PMP di organi trapiantati, con, appunto, una sensibile differenza di 40.9 punti, seppure in ogni caso migliore del dato nazionale (31 vs 18.9). I nostri ospedali, le nostre terapie intensive, non operano applicando, ed è un valore, un filtro "pre-accertamento" morte encefalica; nel processo di segnalazione quindi sono compresi anche donatori in buona parte interessati da condizioni morbose che limitano in modo sensibile la disponibilità degli organi. Considerando che attualmente i casi di morte encefalica dipendono essenzialmente da accidenti cerebrovascolari e che gli stessi coinvolgono soprattutto la fascia di età superiore ai 55-



Adriano Peris, laureato in Medicina e Chirurgia presso Università di Firenze nel 1979. Specialista in Anestesiologia e Rianimazione e in Neurofisiopatologia. Diploma post-Universitario SMUR presso Università di Parigi; Direttore Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione di Emergenza presso Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze. Membro del Consiglio Sanitario Regionale della Regione Toscana e coordinatore di gruppi di studio in area critica e ed emergenza. Autore di lavori scientifici inerenti la terapia intensiva e le insufficienze d'organo nel paziente critico. Coordinatore Regionale OTT dal gennaio 2013.

ADRIANO PERIS

Direttore della Terapia Intensiva di Emergenza presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze. Coordinatore Regionale della Organizzazione Toscana Trapianti

60 anni è intuitivo comprendere il fenomeno.

Il valore *segnalazione* delle morti encefaliche ci parla quindi esclusivamente della efficienza del *procurement* e quindi della capacità del sistema di *mettere a disposizione*. Lo scarto esistente di 40.9 punti è dato in sintesi dalla mancanza di un filtro, dall'età media di oltre 55 anni dei donatori e dalle comorbidità riscontrabili nella popolazione che dona. I fenomeni alla base di questo dato quindi meritano attenzione anche se è da tenere presente che una elevata attività di segnalazione è, ad oggi, la sola modalità conosciuta in grado di rendere disponibili organi e tessuti e, volendo approfondire, è oggi più evidente come la mancata identificazione di un potenziale donatore possa costituire un evento avverso non tollerabile rispetto alle finalità del sistema. Per esaurire l'argomento "dati", che verrà poi ripreso in seguito da altri Colleghi, nella Regione Toscana viene effettuato l'8% dell'attività trapiantologica in Italia da donatori cadavere (242 trapianti su 2898 nel 2012); il tempo medio di attesa dei trapianti effettuati, espresso in anni è, semplificando, per rene 1.6 anni (2.44 nazionale), fegato 0.18 (0.56 dato nazionale), cuore 0.85 (0.91 dato nazionale), polmone 0.91 (0.78 dato nazionale), per il pancreas e rene-pancreas 0.6 anni (0.6 dato nazionale), pancreas 1.98 (1.31 dato nazionale). Da sottolineare che la nostra Regione ha partecipato ai lavori della Rete nazionale, con un bilancio positivo di 27 organi assegnati ad altre Regioni. In sintesi, il nostro sistema regionale è in grado di associare ad un elevato potenziale donativo la capacità di contenere al di sotto delle medie nazionali il tempo medio di attesa per un trapianto. Un obiettivo sicuramente da perseguire è interpretare non solo il divario documentato tra organi potenzialmente trapiantabili e trapianti effettivi ma anche riuscire a rendere disponibile quella quota parte di organi reclutabili al trapianto sia con azioni di governo clinico (mantenimento del donatore) sia facendo leva su sistemi di valutazione anatomico-funzionale e sulle terapie di *ricondizionamento* pre e post prelievo non ancora omogeneamente applicati. L'altro aspetto riguarda la necessità oramai ineludibile di avere la disponibilità di un sistema di monitoraggio della donazione molto più clinico e molto più orientato alla valutazione dinamica delle disfunzioni d'organo, delle loro interazioni e degli outcome nei trapianti. Un sistema così concepito si affida ad una generazione di operatori convinti della importanza di collocare i trapianti perfettamente all'interno dei percorsi clinico-assistenziali evitando quindi fughe in avanti ma nello stesso tempo sviluppando un sistema di grandi potenzialità formative e di normalizzazione della medicina alle regole della sostenibilità, delle evidenze e dell'interesse comune, quindi nello stesso momento equilibrato tra i donatori e le loro famiglie e le persone in attesa di essere trapiantate. La collocazione di OTT all'interno del Settore Qualità dei servizi, governo clinico e partecipazione costituisce quindi un importante strumento di collegamento con il sistema salute nella nostra Regione consentendole quindi di intervenire su una serie di argomenti importanti, dalla prevenzione delle insufficienze d'organo, motivo di ingresso in lista di attesa, fino alla cura metodica e al monitoraggio del-

le persone trapiantate da cui trarre informazioni sulla qualità del sistema, informazioni che debbono essere orientate al recupero di organi marginali, potenzialmente trapiantabili, che non unicamente cercare di agire sul numero dei donatori. Stiamo parlando di una organizzazione regionale ad *impronta* "clinica" che non può essere quindi organo autogestito, appunto per le importanti ripercussioni che alcune scelte programmatiche comportano inevitabilmente presso le singole realtà sanitarie, ma non solo, in questo momento temi come la riorganizzazione della rete ospedaliera, la valorizzazione degli ospedali di riferimento (*hub e spoke*) l'organizzazione per intensità delle cure e la istituzione di hospice, suggeriscono nuove modalità operative per migliorare alcuni aspetti del *procurement* e aspettative diversificate. L'organizzazione delle reti ospedaliere che, in alcune situazioni complesse di alta specialità, prevede il ricovero primario in emergenza presso centri di riferimento (es. trauma maggiore; incidenti neurovascolari; cardiopatia ischemica) provoca la concentrazione di un "alto potenziale" donativo e l'idea è che tali Centri di riferimento debbano sviluppare eccellenze anche nella fase di *procurement*, e questo aspetto deve essere considerato nel momento stesso in cui si valuta l'efficienza dei sistemi locali donazione e trapianto che richiede degli indicatori più aderenti al ruolo svolto nella rete degli ospedali osservati, se ospedali territoriali o aziende ospedaliero-universitarie. Si delinea quindi una aspettativa di eccellenza nel *procurement* di tessuti e nel monitoraggio dei percorsi ospedalieri del neuroleso presso gli ospedali territoriali, mentre esiste una grande aspettativa della comunità verso le aziende ospedaliero universitarie per quanto riguarda il *procurement* di organi correlato alle attività di alta specializzazione.

Il sistema trapianti, e spero che questa possa essere una esigenza sentita anche in altri contesti regionali, ha bisogno di essere ricondotto appieno all'interno del sistema di governo clinico per potere verificare la sostenibilità delle proprie modalità operative e soprattutto rendere compatibili i propri obiettivi con i vincoli con i quali il sistema sanitario governa i percorsi clinico-assistenziali più significativi a partire dalla fase di emergenza e dal pronto soccorso. Con queste modalità si eviterebbe di analizzare il singolo segmento operativo e responsabilità nel processo donazione-trapianto a favore di una analisi di obiettivi più interpretabili dalla comunità, come il peso sociale delle espressioni di volontà alla donazione, la qualità dell'assistenza alle famiglie dei donatori, l'impatto sulle liste di attesa, la sopravvivenza e qualità della vita dei pazienti trapiantati. Quindi ben al di là di semplici numeri. In questa prospettiva la recente Delibera di Giunta 417 del 7.6.2013 introduce alcuni elementi verso una riorganizzazione anticipando un approccio partecipativo, inclusivo aperto a tutte le componenti del sistema donazione e trapianto, non differenziando momenti "direttivi" e "operativi" ma tenendo conto, appunto, delle aree di attività presenti nella rete e del lavoro svolto da ogni singolo operatore.

Per informazioni: ott@regione.toscana.it

TM

BANCHE DEI TESSUTI

Il centro di Conservazione del Tessuto Osseo



Iris Mancini, Laurea in Biologia c/o l'Univ. di BO. Diploma di Master Internazionale su Donazione e Trapianto di organi Tessuti e Cellule, organizzato in collaborazione con il Centro nazionale Trapianti. Università di Barcellona 2005/2006. Resp. del Centro di conservazione del tessuto osseo dell'AOU di Careggi Firenze dal 2002 al 2013, Resp. della qualità del Centro dal 2000 al 2002. Contratto di collaborazione coordinata e continuativa in qualità di Biologo presso la Banca dal 1999.

INTRODUZIONE

La Regione Toscana da sempre si conferma leader tra le regioni italiane per tasso di donazione.

La rete regionale per la donazione di tessuti dimostra capacità organizzativa e attenzione al *procurement* con tassi sempre elevati nel corso degli anni.

Sebbene il trapianto di tessuto osseo sia un intervento cosiddetto "migliorativo" e non propriamente "salvavita" come avviene invece per quello di organi, costituisce comunque un'importante soluzione terapeutica che ha visto negli ultimi anni una forte espansione.

Si definisce Banca dei tessuti ogni struttura sanitaria pubblica o accreditata, senza attività di lucro, individuata dalla Regione di competenza, che ha il compito di conservare e distribuire i tessuti e le cellule prelevate, certificandone la tracciabilità, l'idoneità e la sicurezza, in conformità alle linee guida del Centro Nazionale Trapianti e della normativa italiana ed europea in vigore.

Il Centro di Conservazione situato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, ha iniziato l'attività nel Gennaio 1999.

CERTIFICAZIONI

Il Centro di Conservazione del tessuto osseo della Regione Toscana è iscritto dal 2004 nell'elenco delle Banche dei tessuti certifi-

cate dal Centro Nazionale Trapianti, opera secondo procedure operative standard (POS) ed è conforme alla Certificazione ISO 9001/2000 dal 2003.

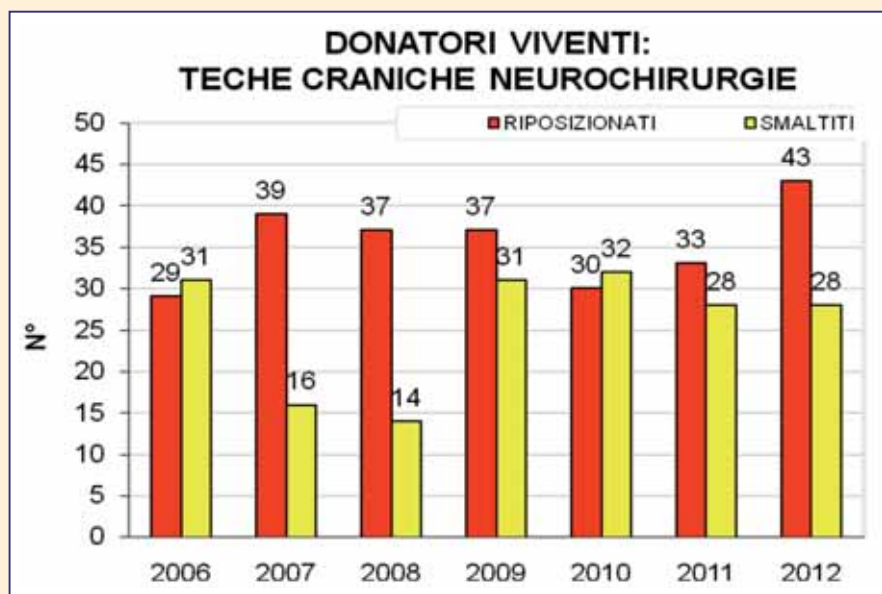
IRIS MANCINI*, ELISABETTA PISCITELLI°,
CLORINDA SPIZUOCO°

* Direttore Centro di conservazione tessuto osseo Firenze, Biologo
° Biologi dirigenti, Centro di conservazione tessuto osseo Firenze

ATTIVITÀ

La lavorazione del tessuto crioconservato viene eseguita dagli operatori del Centro in ambienti a contaminazione controllata (*clean room*), in accordo a standard Good Manufacturing Practice (GMP) come previsto dalle Linee Guida del Centro Nazionale Trapianti (19/06/2007).

La lavorazione del tessuto liofilizzato è eseguita in regime di convenzione da Tissuelab che processa tessuto prelevato e riconosciuto idoneo dal Centro di conservazione.



Il Centro, nato per le esigenze dell'oncologia ortopedica, serve oggi diverse specialità chirurgiche quali neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, medicina dello sport, ortopedia e traumatologia, odontostomatologia, chirurgia plastica e chirurgia otorinolaringoiatrica.

Il Centro di Conservazione è in grado di fornire segmenti crioconservati di misure e forme standard, ma anche segmenti particolari, appositamente tagliati e lavorati secondo necessità chirurgiche e su indicazioni del chirurgo utilizzatore, questo consente di ampliare il campo di applicazione chirurgica e di utilizzare al meglio il tessuto donato.

La distribuzione di tessuti interessa, in maniera sempre crescente, non solo le strutture regionali che rappresentano il principale bacino di utenza della Banca, ma anche alcune strutture extraregionali

Dal 1999 ad oggi la Banca ha prelevato 4730 segmenti, in parte sono stati lavorati in *clean room* ed hanno dato origine a trapianti/innesti crioconservati, consentendo una distribuzione pari a 4946 tessuti, il 71% utilizzato intra regione il 29 % extra regione.

Parte dei segmenti prelevati sono stati utilizzati per produrre tessuto liofilizzato in collaborazione con Tissuelab, dal 2008 al 2012 si sono prodotte e distribuite circa 7200 confezioni di tessuti liofilizzati.

La disponibilità di tessuti prelevati in loco ha permesso di diminuire progressivamente l'importazione da altre Banche estere o nazionali, comunque nel caso siano necessari tessuti di morfologie particolari non disponibili o nel caso la produzione non sia sufficiente a supportare le strutture interne per tutte le tipologie di tessuto necessario agli operatori della Azienda Careggi, il Centro gestisce anche tutti gli acquisti di tessuto omologo.

Il Centro fornisce supporto alle Neurochirurgie regionali con un servizio di conservazione e distribuzione per il riposizionamento per le teche craniche autologhe.

INDICAZIONI CLINICHE

Il trapianto di tessuto muscoloscheletrico è elemento essenziale per il successo della moder-

na chirurgia ortopedica, maxillo-facciale ed orale, in quanto innesti di tessuto osseo, da solo o in associazione con mezzi di sintesi e protesi, possono consentire di colmare gravi ed estese perdite di sostanza ossea, anche fino alla sostituzione di interi segmenti ossei o osteoarticolari.

L'innesto/trapianto osseo consente infatti una più rapida guarigione, una minore incidenza di recidive, il miglioramento della stabilità dei mezzi di sintesi.

La Banca della Regione Toscana a Careggi ha determinato un utilizzo esponenziale degli *allograft* presso l'intera Azienda Ospedaliera di Careggi sede della Banca.

Il Centro distribuisce trapianti/innesti: **osteoarticolari** per le ricostruzioni oncologiche, **legamenti e menischi** per le ricostruzioni di traumatologia dello sport, **innesti ossei** per l'ortopedia, la traumatologia, la chirurgia maxillo-facciale, l'odontostomatologia, la neurochirurgia e l'otorinolaringoiatria.

COLLABORAZIONI

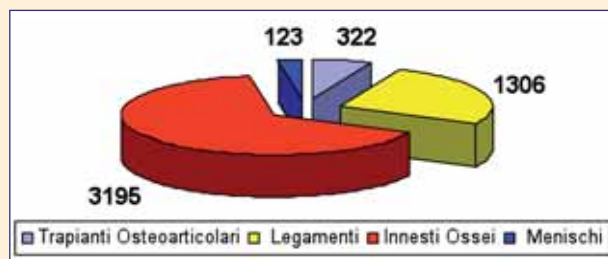
Dal 2006 la Banca ha iniziato la collaborazione con Tissuelab per la lavorazione ad alta tecnologia del tessuto. Dopo una prima fase di sviluppo di prodotti liofilizzati di largo utilizzo, abbiamo iniziato una collaborazione con l'Università di Pisa per lo sviluppo di una protesi di tessuto osseo omologo per la sostituzione degli ossicini della catena ossiculare dell'orecchio medio. La fase di valutazione del prodotto utilizzato sui pazienti è ultimata con successo e partirà la produzione.

Il Centro ha collaborato alla creazione con il Centro Nazionale Trapianti (CNT) di un sistema informativo di dati (*repository*) tra le banche nazionali di tessuto muscoloscheletrico, con la trasmissione in tempo reale al repository nazionale dei dati di giacenza di tessuto.

In collaborazione con la SOD di Medicina Trasfusionale e Laboratorio di Terapie cellulari dell'AOU Meyer stiamo implementando modelli di valutazione preclinica in vitro di biocompatibilità tra tessuti prodotti dalla banca e cellule staminali mesenchimali utili per la redazione di protocolli clinici di ingegneria tissutale.

CRITICITÀ

Le banche dei tessuti in Italia a differenza degli Stati Uniti sono una realtà ancora giovane, ma il livello di evoluzione raggiunto dagli *allograft* e l'alta professionalità richiesta ai professionisti che operano in questo settore, richiedono tempi di formazione lunghi e personale stabile non sempre garantiti in organizzazioni non consolidate.



BANCHE DEI TESSUTI

Il Centro Conservazione Cute



Elisa Pianigiani, Spec. in Dermatol. e Venereol. nel 1993. Dal 1999 Resp. del Centro Conservazione Cute della Banca Regionale Tessuti e Cellule. Dal 2000 è Dir. Medico dell'AOU Senese (Dermatologia) e dal 2009 Dir. UOS Centro Conservazione Cute. Nominata "Qualified Person" nel 2009 da AIFA; collabora con CNT dal 2004 come ispettore per le banche tessuti e centri di procreazione assistita. È "Technical expert" sui tessuti per il Consiglio d'Europa (EDQM).

La Regione Toscana ha istituito nel 1999 (Del. Reg. 213 del 20/07/99) la Banca Regionale dei Tessuti e Cellule, intesa come una banca interdisciplinare che si compone di più centri di conservazione distribuiti sul territorio regionale, con il compito di raccogliere, conservare e distribuire, a scopo di trapianto, tessuti umani prelevati. Il Centro di Conservazione della Cute è stato inaugurato nell'anno 2000 presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Direttore medico del Centro è la dr.ssa Elisa Pianigiani, che si è formata a Londra presso la Stephen Kirby Skin Bank del Queen Mary's Hospital.

ELISA PIANIGIANI*, FRANCESCA IERARDI**

* Medico, Responsabile UOS Centro Conservazione Cute

** Medico, UOS Centro Conservazione Cute - Policlinico S.M. alle Scotte, Siena

cessi, al fine di consentire la rintracciabilità e la qualità costante del prodotto finale. Inoltre, attraverso la definizione di obiettivi della qualità, assicura un progressivo e continuo miglioramento degli standard adottati. Il Centro possiede un sistema di gestione della qualità certificato ISO 9001/2000 dal 2003 e l'accreditamento del Centro Nazionale Tra-

pianti dal 2005. Il personale che opera presso il

Centro è qualificato e sottoposto a programma di formazione continua.

ATTIVITÀ

Normalmente il Centro preleva e processa circa 100 donatori all'anno per un totale di 3-400.000 cm² di cute omologa/annui, da rendere disponibili ai centri-trapianto (regionali e nazionali), per impiego clinico (Grafico 1). Nel periodo di attività 2000-2012 sono stati trapiantati, in totale, circa 2.650.000 cm² di cute da donatore su 11.956 pazienti affetti, nel 42.5% dei casi da ustioni gravi (Grafico 2).

STANDARD DI QUALITÀ E QUALIFICA DEL PERSONALE

Il Centro Conservazione Cute opera secondo procedure operative standard, garantendo la corretta e aggiornata documentazione di tutti i pro-

IL LABORATORIO

Il laboratorio è una struttura costituita da aree a contaminazione controllata, in accordo a standard Good Manufacturing Practice. È costituito da locali classificati (classi A/B, C, D), ultrafiltrati, a pressione positiva rispetto all'esterno e valori termo-igrometrici costanti. Tutte le aree vengono controllate e monitorizzate e regolarmente sottoposte a controlli di contaminazione ambientale, particellare e microbica, a garanzia della qualità del prodotto che vi viene processato.

METODICHE DI PRESERVAZIONE E CONTROLLI DI QUALITÀ

Le tecniche di preservazione sono di due tipi: la conservazione in glicerolo, con stoccaggio a

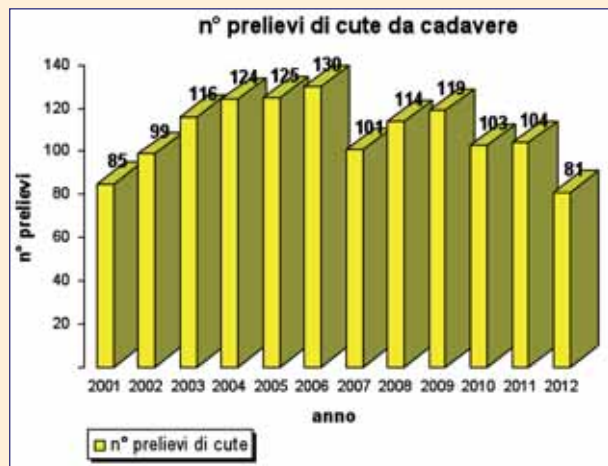


Grafico 1

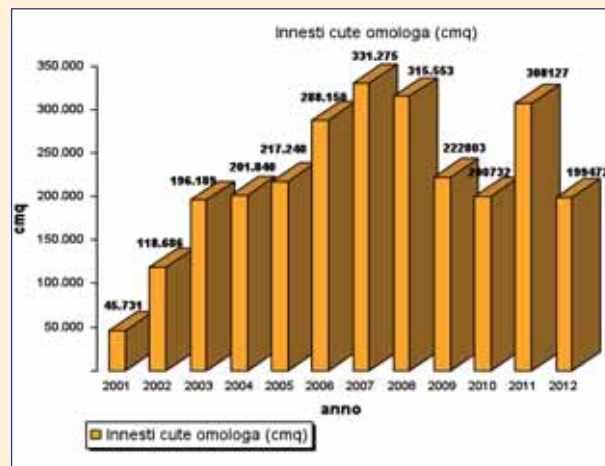


Grafico 2

temperature di +2/+10°C e la crioconservazione, con mantenimento del tessuto, vitale, in soluzioni criopreservanti, a -80°C. Il tessuto può essere trapiantato su paziente se riconosciuto idoneo al termine del periodo di quarantena. Nessun tessuto contaminato da agenti microbici può essere trapiantato. La sicurezza di impiego della cute da donatore è garantita da procedure e standard qualitativi in conformità con le Linee Guida ministeriali ed in accordo con le leggi vigenti.

INDICAZIONI CLINICHE

Il Centro di Conservazione Cute mette a disposizione cute e derma da donatore per la cura di estese perdite di sostanza cutanea, nelle quali le normali terapie non danno risultati soddisfacenti. Nella Tabella 1 sono elencate le indicazioni all'impiego di cute da donatore riportate in letteratura.

LA RICERCA

Il Centro è impegnato, in collaborazione con istituti Universitari e banche internazionali dei tessuti, nel settore della ricerca, con progetti concernenti studi clinici sull'impiego della cute e bioderivati da donatore, test di biocompatibilità in vitro, allestimento ed valutazione di colture cellulari, cellule staminali epidermiche, epidermide coltivata. Vengono, inoltre, svolte attività di ricerca, convegni e pubblicazioni sul trapianto di cute e metodiche di preservazione in riviste nazionali ed internazionali. Inoltre, il gruppo ha partecipato alla stesura e revisione delle Linee Guida Nazionali. Il Responsabile (dr.ssa E. Pianigiani) partecipa dal 2004 al gruppo degli ispettori CNT per le banche tessuti e per i centri di procreazione assistita.

LA FORMAZIONE

Il tema della formazione rappresenta per la struttura un cardine fondamentale per l'ottenimento di risultati di eccellenza nell'ambito del "tissue banking". Confrontarsi con banche dei

tessuti riconosciute a livello internazionale (UK, USA) costituisce da sempre il target di riferimento, che ha permesso ad un centro di piccole dimensioni come il nostro di partecipare ad gruppi di lavoro internazionali quali ad esempio, in ambito Europeo, il gruppo tecnico del Consiglio d'Europa per l'elaborazione delle Linee guida sui tessuti (European Directorate for the Quality of Medicines and Healthcare - EDQM). Il Centro ospita, inoltre, già da alcuni anni, il corso di formazione del Centro Nazionale Trapianti per operatori delle banche dei tessuti. In ambito aziendale, infine, la struttura si fa carico di programmi formativi accreditati, nell'ambito dei progetti di formazione continua, per l'addestramento del personale che opera in ambienti classificati, in un'ottica di armonizzazione dei percorsi che hanno un fine unico nella "medicina che ha bisogno del donatore".

CRITICITÀ

Il mantenimento di buoni livelli di donazione rappresenta un obiettivo necessario per assicurare la autosufficienza regionale in termini di trapianti di tessuto cutaneo, calcolata su una pregressa distribuzione decennale di tessuti pari almeno a 100 donatori/anno. È possibile inoltre incrementare la donazione da vivente (es. addomino-plastica nei grandi obesi), per recuperare tessuti destinati ad essere altrimenti eliminati. È altresì importante, nell'ambito di un settore fortemente regolamentato da leggi nazionali e direttive Europee, che venga mantenuto e gestito con efficienza ed efficacia il network che collega i vari professionisti e le diverse strutture che operano all'interno dell'OTT. In questa ottica sarebbe rilevante la possibilità di "procedurizzare" i rapporti con strutture cliniche di riferimento della banca. Non ultimo, sarebbe auspicabile che ai professionisti che operano nelle banche dei tessuti, venisse riconosciuta l'alta professionalità che ha portato questo settore a livelli di eccellenza in ambito nazionale ed Europeo.

TM

Tabella 1

| TIPOLOGIA TESSUTO | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| CUTE OMOLOGA CRIOCONSERVATA (- 80°C) | Ustioni |
| | Ulcere di vaste dimensioni (possibilità di integrazione del derma omologo) |
| | Epidermolisi bollosa |
| CUTE OMOLOGA CONSERVATA IN GLICEROLO (+ 4°C.) | Copertura temporanea di ustioni estese |
| | Ulcere di vaste dimensioni |
| | S. di Lyell |
| | Pioderma gangrenoso |
| DERMA DE-EPIDERMIZZATO | Decubiti |
| | Perforazione setto nasale |
| | Ricostruzione del fondo di ulcere |
| | Ricostruzioni stomatologiche |
| | timpanoplastica |

BANCHE DEI TESSUTI

Centro Conservazione Valvole Cardiache e Archivio Biologico

Ll Centro di Conservazione Valvole Cardiache e Segmenti Vascolari della Regione Toscana, istituito con Delibera C.R. n. 213 del 20 Luglio 1999, ha sede presso la U.O. Medicina TrASFusionale e Biologia dei Trapianti della Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. L'attività è incentrata sul prelievo, isolamento, stoccaggio e distribuzione di valvole cardiache o *homograft* (aortica e polmonare), in accordo con le Linee Guida emesse dal Centro Nazionale Trapianti e con gli standard internazionali. Viene garantita la completa tracciabilità del tessuto dal momento del prelievo fino al rilascio.

Il processo di *banking* tissutale di valvole cardiache si può schematicamente scomporre in 2 sottoprocessi:

- fase pre-bancaggio;
- fase di *banking*.

La fase pre-bancaggio comprende il prelievo

del cuore in toto, l'isolamento delle valvole cardiache mediante chirurgia da banco, il confezionamento, l'etichettatura ed il trasporto al Centro di Conservazione.

Questa prima fase viene effettuata a livello regionale su donatori in morte encefalica (multiorgano) o in arresto cardio respiratorio (multitessuto) da parte di équipe chirurgiche allertate dal Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti. Il prelievo dell'organo è affidato ad équipe di cardiocirurghi selezionate per ciascuna Area Vasta.

La fase di *banking* avviene presso la U.O. Medicina TrASFusionale e Biologia dei Trapianti all'interno di locali classificati (*Clean Room*). Al momento dell'accettazione del materiale proveniente dalla cardiocirurgia vi è una prima fase in cui vengono registrati i dati del donatore, nonché la valutazione della qualità delle valvole (aortica e polmonare) referata dal chirurgo nella fase di prelievo in accordo con una scala di *grading* predefinita a livello nazionale (Linee guida nazionali).

La normativa ISO 14644-1 definisce la "camera bianca" o "camera sterile" o "*clean-room*" come un locale in cui viene controllata la contaminazione particellare e che è costruito ed usato in modo da minimizzare l'introduzione, generazione e ritenzione di particelle. Si tratta di un'area tecnica di tipo farmaceutico, ovvero di un ambiente che presenta

un numero di particelle aeroportate (le particelle sono veicolo di patogeni e virus) al di sotto di uno specifico limite definito a priori sulla base di normative nazionali ed europee. Rappresenta la zona dove si effettua il processo operativo sul materiale biologico nella direzione della massima protezione del prodotto (tessuto) che viene isolato, confezionato e criopreservato con gli stessi criteri di un farmaco, per la massima sicurezza del paziente. Nella fattispecie la clean room è costituita da tre laboratori (1 classe C e 2 classe B) comunicanti attraverso aree di passaggio (Air lock) e spogliatoi dedicati. La camera dispone di tre cappe a flusso laminare all'interno delle quali sono trattati i campioni. In questo locale l'operatore accede attraverso procedure operative standard codificate, indossa doppi guanti sterili e una doppia tuta integrale in materiale speciale (Tyvek) a bassissimo rilascio particellare.

Gli *homograft* vengono esaminati sotto cappa sterile per valutarne il diametro, la presenza di fenestrazioni sui lembi, calcificazioni o ateromi in accordo con i criteri indicati dalle linee guida. In questa fase vengono effettuati prelievi della soluzione di criopreservazione nonché prelievi di tessuto per l'esecuzione dei test microbiologici di sterilità. L'*homograft* viene criopreservato e stoccato a -196°C all'interno di speciali contenitori criogenici alimentati da azoto liquido. Una volta in possesso di tutti i risultati dei test di sterilità e degli esami virologici la valvola cardiaca può essere certificata e quindi resa disponibile per poter essere immessa nel circuito di distribuzione su tutto il territorio italiano.

La gestione dell'intero processo avviene mediante un Sistema di Assicurazione della Qualità specificamente dedicato. La struttura è certificata ISO 9001 Vision 2000 e accreditata presso il Centro Nazionale Trapianti / Centro Nazionale Sangue e sottoposta ad ispezioni periodiche da parte di ispettori del Ministero della Sanità, al fine della verifica della conformità alla normativa vigente in materia.

La gestione dell'intero processo avviene mediante un Sistema di Assicurazione della Qualità specificamente dedicato. La struttura è certificata ISO 9001 Vision 2000 e accreditata presso il Centro Nazionale Trapianti / Centro Nazionale Sangue e sottoposta ad ispezioni periodiche da parte di ispettori del Ministero della Sanità, al fine della verifica della conformità alla normativa vigente in materia.



Fabrizio Scatena, Spec. in Endocrinol. e in Immunoematol. Già Dir. della UO Immunoematologia 2 della AOP. Dal 2000 Prof. a Contratto della Scuola di Spec. di Pat. clinica e della Scuola di Spec. in Biochimica Clinica dell'AOP. Membro del "Comitato Tecnico Scientifico" (CTS) del Centro per l'Uso Clinico della Cellule Staminali (CUCCS). Dir. UO Med. TrASFusionale e Biologia dei Trapianti AOU Pisana.

FABRIZIO SCATENA

Direttore UO Med. TrASFusionale e Biologia dei Trapianti AOU Pisana

ARCHIVIO BIOLOGICO REGIONALE

L'Archivio Biologico Regionale della AOUP è una biobanca, istituita con DGR 1223 /2004, che svolge attualmente come compito istituzionale lo stoccaggio di siero, plasma e cellule non vitali dei donatori multiorgano, multite ssuto e donatori in A.C.R. di sole cornee, nonché dei riceventi di trapianto di organo solido della Regione Toscana.

La biobanca è attiva dal Gennaio 2005 presso la U.O. Medicina Trasfusionale e Biologia dei Trapianti ed ha conseguito la certificazione ISO 9001-2000 nel 2008.

Attualmente sono stoccate e crioconservate a $T < -130^{\circ}\text{C}$ in azoto liquido e vapori d'azoto oltre 65.000 aliquote di siero plasma e linfociti non vitali; il flusso attuale si attesta su 1200 aliquote di materiale biologico crioconservate/mese. Il materiale biologico e i dati cartacei relativi sono conservati per 30 anni.

Viene garantita la completa tracciabilità del materiale biologico dal momento della accettazione fino al rilascio. Ciascun campione è univocamente identificato attraverso tre differenti codici (ID interno, numero seriale univoco generato in automatico dal programma, codice univoco datamatrix impresso sul vial).

Il backup dei dati viene eseguito in automatico ad ogni chiusura della sessione di lavoro e i dati memorizzati nel server dedicato posizionato nell'edificio della UOSI della Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

La gestione dei dati (codice a barre, anagrafica, ID interno, etc.) avviene con l'ausilio di uno specifico database (Freezerworks® unlimited), organizzato secondo una architettura di tipo client-server. Si tratta di un software validato, che rispetta i criteri FDA cfr 21. Il programma consente la gestione completa di un numero illimitato di contenitori (cryotank, frigoriferi, frigocongelatori) configurabili in funzione delle esigenze dell'utilizzatore (numero e tipo di rack, dimensioni, posizione), al fine della definizione univoca della posizione del campione.

Parallelamente all'archivio informatico viene creato un archivio cartaceo contenente i dati del donatore/ricevente.

Per lo stoccaggio del materiale biologico vengono utilizzati appositi vials in polipropilene crioresistente (validati per l'utilizzo in vapori di azoto) e con impresso sulla base un codice datamatrix bidimensionale univoco (la ditta garantisce l'unicità di ogni codice impresso su ciascun vial) ed indelebile, specificamente testato per resistere alle abrasioni, agli insulti chimici e alle temperature criogeniche ($< -130^{\circ}\text{C}$). Ciascun vial viene etichettato utilizzando etichette specificamente validate

per l'utilizzo in vapori di azoto. I vials vengono allineati in appositi contenitori di acciaio inox e immersi nei contenitori criogenici alimentati ad azoto liquido da una linea "in continuo" e monitorati attraverso software gestionale e sistema di allarme.

La struttura presenta dei locali di accettazione, manipolazione e processo del campione ed un'area criogenica in locale separato e monitorato 24/24h da un sistema per la rilevazione della percentuale di ossigeno, all'interno del quale sono attualmente allocati 12 contenitori criogenici di azoto liquido (3 dedicati all'archivio biologico), alimentati da un sistema in continuo, attivo 24h/24h e gestito via software. L'accesso a tale struttura (trasporto, accettazione, tipologia e quantità di campioni), inserita nella rete trapiantologia della Regione Toscana, è regolamentato da specifiche procedure OTT (OTT PR/009, OTT/PR/002), regolamenti regionali e istruzioni operative interne.

PROSPETTIVE DI SVILUPPO

L'inserimento, all'interno di un ospedale ad alta specialità e di rilevanza nazionale, dell'Archivio Biologico Regionale ha rappresentato *in primis* la risposta ad una esigenza di implementazione della sicurezza della rete trapiantologica, fornendo la possibilità di riesaminare e rivalutare anche a distanza di anni le coppie donatore/ricevente sotto il profilo infettivologico. Il sistema di stoccaggio in azoto liquido permette infatti di mantenere inalterate per un tempo praticamente indefinito le caratteristiche dei campioni biologici ivi conservati. Tuttavia molte delle potenzialità di una biobanca così strutturata, rimangono inespresse ed inapplicabili.

L'Archivio Biologico Regionale, fermo restando le questioni già citate legate alle problematiche in tema di sicurezza e gestione del rischio, potrebbe rappresentare un modello di riferimento per le notevoli possibilità di sviluppo, considerando anche l'unicità della struttura a livello di Regione Toscana e l'esiguo numero di strutture di questo tipo presenti sul territorio nazionale.

In particolare l'Archivio Biologico assumerebbe un ruolo innovativo per la ricerca se si configurasse come biobanca sul modello dei Centri di Risorse Biologiche, coprendo oltre agli aspetti inerenti la sicurezza della rete trapiantologica gli aspetti diagnostici e di ricerca, retrospettiva e prospettica, considerata l'importanza che negli ultimi decenni il materiale biologico umano (sangue intero, cellule, siero, plasma, DNA, RNA, liquidi biologici etc.) ha assunto come risorsa fondamentale per la ricerca biomedica, fermo restando la necessità di mantenere ben distinti e definiti i due ambiti (assistenza-ricerca). **TM**

BANCHE DEI TESSUTI

La Banca degli Occhi



Claudio Giannarini è dal 2001 il Responsabile del Centro Conservazione Cornee "P. Perelli", laureato in S. Biologiche dal 1979 e spec. in Microbiologia dal 1995. Dal 1988 al 1997 si è occupato di Virologia con tecniche di biologia cellulare. Dal 1998 opera nell'eye banking. Dal 2003 opera come ispettore per le banche dei tessuti del CNT e dal 2011 è ispettore della Regione Toscana per i Centri di procreazione medicalmente assistita.

STORIA

Il Centro Conservazione Cornee Piero Perelli di Lucca, è una struttura sanitaria pubblica che valuta, conserva e distribuisce tessuto corneale e membrana amniotica a scopo di trapianto. È la Banca degli Occhi della Regione Toscana, ed ha iniziato la sua attività nel 1997 accumulando una esperienza più che decennale nel banking dei tessuti.

Ufficialmente nasce nel 1999, quando la Regione Toscana recependo la legge 91/99, la istituisce con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 213/1999, insieme alle altre strutture di banking regionali e nel Maggio 2001 è stata intitolata alla memoria del Dott. Piero Perelli, Primario della Oculistica dell'Ospedale Campo di Marte, che ha effettuato per primo un trapianto di cornea in Toscana nel 1978.

La paziente (una religiosa) era affetta da cheratocono evoluto e cataratta bilaterale, è stata da noi rintracciata e contattata nel 2009 in occasione del decennale della istituzione della banca delle cornee e presentava l'occhio trapiantato perfettamente funzionante a distanza di oltre 33 anni dal trapianto (fotografia eseguita in data 3 aprile 2009) (Figura 1).

In ordine alla distribuzione di tessuti idonei e sicuri, il Centro Conservazione Cornee P. Perelli ha ottenuto nel 2004 la certificazione UNI EN ISO 2001:2000 per "Processazione, banking, validazione ed assegnazione di tessuto corneale e membrana amniotica da donatore a scopo di trapianto".

Nel maggio 2005 ha ottenuto la certificazione del Centro Nazionale Trapianti per le attività di "Raccolta di tessuto oculare e placentare, processazione di tessuto oculare e placentare e distribuzione di tessuto oculare e membrana amniotica".

ATTIVITÀ

Oggi il Centro Conservazione distribuisce tessuti in Toscana e nel resto d'Italia per interventi programmati e in urgenza secondo le indicazioni previste per queste manipolazioni dalla normativa europea recepita in Italia dai D. Lgs 191/2007 e 16/2010 e dalle Linee Guida (10/07/2013). Ciascun tessuto viene inviato pronto per l'utilizzo, con un foglio di raccomandazioni per l'uso, con indicazioni utili per il successivo *follow-up* e per la registrazione di eventuali eventi e/o reazioni avverse.

Dall'inizio dell'attività del Centro Cornee, sono stati valutati più di 24.000 tessuti e di questione sono stati idoneizzati poco meno della metà.

L'ottima percentuale di idoneità dei tessuti preparati dal Centro Cornee, dimostra come le procedure di lavorazione e di *procurement* del tessuto sono calibra-

te all'ottenimento del migliore risultato possibile, infatti, in Italia le banche degli occhi censite dal Centro Nazionale Trapianti raccolgono 10.000-12.000 cornee/anno di cui il 40% (pari a circa 5000 cornee) viene distribuito per trapianto. Di questi tessuti il 10% circa proviene dalla Banca della Regione Toscana.

Dal 2003 è poi iniziata l'attività di preparazione e distribuzione di membrana amniotica da placenta per uso oftalmologico, anche questo tessuto è stato distribuito a reparti oculistici di tutta Italia.

CLAUDIO GIANNARINI

Direttore del Centro di Conservazione cornee di Lucca

LAVORAZIONE DEL TESSUTO

La lavorazione del tessuto viene effettuata in

un ambiente "a contaminazione microbica e particellare controllata", all'interno di speciali cappe in cui il flusso d'aria è praticamente sterile. Questo ambiente è caratteristico delle lavorazioni industriali per la produzione di farmaci iniettabili non sterilizzabili.

I controlli effettuati in questo ambiente ci mostrano come la qualità dell'aria sia ottimale per evitare di portare contaminazioni microbiche nel tessuto analizzato.

Al momento dell'arrivo del tessuto, il personale specializzato verifica l'integrità del contenitore, la completezza della documentazione allegata ed attribuisce un codice a barre alfanumerico per permettere l'identificabilità durante tutta la lavorazione.

La qualità e sicurezza della lavorazione viene effettuata mediante:

- una valutazione morfo-densitometrica del tessuto in modo da attribuirne un indice di qualità;



Figura 1



Figura 2

- esami ambientali per la valutazione della qualità dell'aria e delle superfici;
- esami colturali per batteri aerobi, anaerobi e miceti durante tutte le fasi della lavorazione.

Il bancaggio del tessuto idoneo viene effettuato mediante apparecchiature termostatiche che comprendono emoteche a +4°C, incubatori a +31°C e congelatori a -80°C, secondo la tipologia del tessuto conservato. Il tessuto corneale viene mantenuto perfettamente vitale mentre non lo è la membrana amniotica.

IL PRELIEVO DEL TESSUTO

I donatori di tessuto distribuito dal Centro Cornee si dividono in tre classi principali:

- donatori multitessuto o multiorgano a cuore battente (HB) il cui decesso è accertato con criteri neurologici, senza arresto cardiaco;
- donatori multitessuto o di sole cornee a cuore fermo (NHB) in arresto cardiaco;
- donatori viventi.

La donazione avviene in tutte le aziende sanitarie Toscane, comprese le quattro aziende sanitarie ospedaliere (Cisanello, Careggi, Le Scotte e Meyer). Il prelievo delle cornee è effettuato in sala operatoria o in obitorio in funzione del tipo di donatore. Il processo che porta dalla segnalazione del potenziale donatore al trapianto di organi e tessuti, è quindi una attività multidisciplinare che coinvolge un numero molto elevato di operatori sanitari a tutti i livelli.

Il trasporto viene effettuato tramite contenitori termici a temperatura controllata che vengono consegnati al Centro Cornee nel più breve tempo possibile. I protocolli di prelievo e di trasporto sono studiati per rendere minimi i rischi di trasmissione di patologie attraverso l'innesto. Prima del prelievo è effettuata una accurata anamnesi medica e sociale e sono effettuati esami sierologici e biomolecolari per le principali malattie trasmissibili.

SICUREZZA

La qualità del tessuto distribuito è assicurata da una accurata e rigorosa selezione del donatore. Alla verifica dell'anamnesi seguono esami sierologici per confermare la negatività ai principali marcatori infettivi:

- anticorpi anti-virus epatite C (HCV)
- anticorpi anti-virus HIV 1 e 2
- antigene S del virus epatite B (HBsAg)
- anticorpi anti core dell'epatite B (HBc)
- anticorpi anti-Treponema (Lue)
- anticorpi anti-S dell'epatite B (HBs)
- anticorpi anti-HTLV I e II
- anticorpi anti-CMV (IgM)
- anticorpi anti-Toxo (IgM)
- NAT DNA/RNA per HIV, HBV, HCV

SISTEMA QUALITÀ / CERTIFICAZIONI / ACCREDITAMENTI

Il Centro Conservazione lavora con un sistema di gestione qualità certificato UNI EN ISO 9001:2008. La prima certificazione risale al 2004. La certificazione è stata effettuata sin dal primo momento attraverso enti riconosciuti in campo internazionale. Attualmente l'ente certificatore è Bureau Veritas per "Processazione, banking, validazione ed assegnazione di tessuto corneale e membrana amniotica da donatore per scopo di trapianto".

Il Centro Cornee opera in conformità alle norme Europee e Nazionali ed è stato inserito nell'elenco delle Banche ad interesse Nazionale a seguito del superamento di verifica ispettiva periodica a cadenza biennale.

TRACCIABILITÀ

La "tracciabilità" è la possibilità di individuare i tessuti in ogni fase del processo produttivo, dall'approvvigionamento alla distribuzione o allo smaltimento. Comprende inoltre la capacità di individuare il donatore, l'Istituto dei Tessuti che li processa, i responsabili del trapianto comprese le strutture dove questo è effettuato ed infine i riceventi dei tessuti stessi. È un'attività complessa che necessita di una notevole capacità organizzativa, ma è un obbligo di legge e garantisce la massima sicurezza.

PERSONALE

Attualmente il personale impegnato è costituito da 2 Biologi, 2 Tecnici di Laboratorio ed un Amministrativo, siamo in attesa della sostituzione di un Medico, pensionato nel mese di febbraio 2013. **TM**

CENTRI DI TRAPIANTO

Unità di Nefrologia, dialisi e medicina del trapianto AOU Careggi, Firenze

Il primo trapianto di rene presso l'AOU Careggi è stato realizzato il 21 luglio 1991 con un forte impulso della Nefrologia, nella figura dell'allora direttore Maurizio Salvadori.

Nel 2002 è stato effettuato il primo dei 20 trapianti da donatore vivente e dal 2008 è iniziato il programma di trapianto di rene pre-emptive, dedicato cioè a pazienti con insufficienza renale avanzata non ancora in trattamento dialitico, che attrae pazienti da varie parti d'Italia per effettuare il trapianto nella nostra regione, unica ad offrire questa opzione terapeutica. Ad oggi sono stati eseguiti complessivamente 824 trapianti di rene.

L'impegno della Nefrologia nel programma di trapianto, al quale sono dedicati sei nefrologi e medici specializzandi in nefrologia, è rivolto a tre settori: la valutazione d'idoneità e l'effettiva immissione in lista d'attesa di trapianto, la gestione del paziente in fase preoperatoria e fino alla dimissione, il follow up a distanza.

Afferiscono alla nostra unità, per l'immissione in lista di trapianto di rene, pazienti seguiti presso le nefrologie dell'Area Vasta Centro ma anche di altre aree toscane e di diverse regioni d'Italia, soprattutto Campania, Puglia, Calabria, Molise, Sicilia, Piemonte, Emilia Romagna, Liguria, Lazio e Marche.

Per l'attività di immissione in lista sono impiegati due nefrologi e un'infermiera che lavorano in stretto contatto con le unità operative di Immunogenetica e di Urologia dell'AOU Careggi. Le stesse persone si occupano di mantenere aggiornati gli archivi dell'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) e del Centro Nazionale Trapianti (CNT). Attualmente seguiamo circa 220 pazienti in attesa di trapianto dei quali circa 180 in lista attiva e 40 sospesi per inidoneità temporanea.

Al programma di trapianto da vivente è dedicata particolare attenzione; la stretta collaborazione con gli psicologi ha permesso la creazione di un gruppo informativo che a cadenza mensile riunisce un nefrologo, uno psicologo, un donatore di rene, un ricevente di trapianto e due infermieri esperti del tra-

pianto per illustrare il programma alle coppie potenzialmente interessate.

Dopo l'intervento, eseguito presso l'Urologia 2 diretta dal Prof. Giulio Nicita, il paziente viene trasferito

nel reparto di terapia intensiva dello stesso padiglione Villa Monna Tessa oppure direttamente nella degenza subintensiva post-trapianto della Nefrologia. La gestione nefrologica del paziente in questa fase comprende la monitoraggio dei livelli plasmatici dei farmaci immunosoppressivi, il supporto dialitico extracorporeo in caso di partenza ritardata del rene, eventualmente l'esecuzione di una biopsia renale. Ci si avvale inoltre delle competenze dei radiologi e dei chirurghi per eventuali complicanze chirurgiche e degli infettivologi.

Attualmente sono seguiti in regime ambulatoriale circa 500 pazienti sottoposti a trapianto nel nostro centro, e circa 150 trapiantati altrove, alcuni con trapianti non renali (fegato, pancreas, isole pancreatiche, cuore, polmoni). L'ambulatorio effettua visite programmate 5 giorni alla settimana ma un medico di guardia è disponibile per consulenze urgenti tutti i giorni, 24 ore su 24, provvede ai prelievi ematici e urinari specifici e alla gestione clinica di tutte le possibili complicanze del paziente trapiantato, coordinando anche le necessarie consulenze specialistiche. In tale attività sono quotidianamente impegnati 2



Enrico Minetti, Direttore SOD Nefrologia e Nefrologia dei Trapianti, Dipartimento Specialità Medico-Chirurgiche, A.O.U. Careggi, Fi. Responsabile S.S. Nefrologia dei Trapianti - S.C. di Nefrologia, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano (2007-2012). Coordinatore (dal 2010) del Gruppo di Studi del Trapianto di Rene e Trapianto di Pancreas della Società Italiana di Nefrologia. Membro della Commissione Valutatrice delle richieste d'urgenza di trapianto di rene del Nord Italia Transplant Program (NITp) (2007-2012).

ENRICO MINETTI, MARIA ZANAZZI,
LEONARDO CAROTI, PAOLO CARTA,
LORENZO DI MARIA, AIDA LARTI,
LUCIANO MOSCARELLI

SOD Nefrologia e Nefrologia dei Trapianti,
Dipartimento Specialità Medico-Chirurgiche,
AOU Careggi, Firenze

nefrologi e 3 infermieri dell'unità operativa.

L'articolata gestione dei pazienti trapiantati ha portato a sviluppare una rete di collaborazioni tra il centro trapianti e figure specialistiche di riferimento all'interno della AOU Careggi.

La necessità di un consulente infettivologo si impone non tanto per la numerosità delle complicanze infettive cui sono soggetti i pazienti trapiantati quanto per la loro frequente atipica manifestazione clinica; nel post trapianto le eventuali complicanze cardiovascolari vengono affrontate con il supporto di un cardiologo o di un emodinamista; le complicanze urologiche necessitano di una figura specialistica di riferimen-

to così come di un radiologo interventista. Altre aree come ematologia, dermatologia, ortopedia sono anch'esse branche specialistiche con le quali esiste una stretta collaborazione per la cura del paziente sottoposto a trapianto.

Dall'inizio dell'attività la Nefrologia ha partecipato ad oltre 20 studi clinici, spesso multicentrici internazionali, prevalentemente nell'ambito della ricerca farmacologica, anche nel ruolo di centro coordinatore. Inoltre è attiva fin dall'inizio una collaborazione con l'Università di Heidelberg nell'ambito del Collaborative Transplant Study, il registro europeo che vanta il più alto numero di pubblicazioni scientifiche. **TM**



Giulio Nicita, Laurea Medicina e Chirurgia, Specializzazioni Urologia e Chirurgia Generale. Professore ordinario Urologia Università di Firenze. Dirige SOD Urologia II, AOU-Careggi e Scuola Specializzazione Urologia. Responsabile del Centro Trapianti Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi.

Centro trapianti di rene di Firenze

Oltre 20 anni di esperienza

Il Centro Trapianti di Rene dell'AOU-Careggi di Firenze è stato fondato nel 1991, con autorizzazione al trapianto da donatore deceduto estesa dal 2002 al trapianto da donatore vivente. Ad oggi sono stati complessivamente eseguiti 824 trapianti, 804 dei quali da donatore deceduto e 20 da vi-

spensabile la collaborazione ordinata di équipe diverse che, per le peculiari funzioni interagiscono al momento opportuno. Quelle che nel nostro centro sono comunemente coinvolte sono elencate nella Tabella 1.

Nel 2008 è stato attivato il programma trapianto di rene "pre-emptive" per pazienti che hanno grave insufficienza renale, ma che non hanno ancora cominciato la dialisi.

Da ogni donatore deceduto si prelevano gli organi utilizzabili per i trapianti, cuore, reni, fegato, pancreas, polmoni, e i tessuti, cornee, ossa, cute che vengono conservati in apposite banche certificate.

La SOD Anestesia e Terapia Intensiva d'Emergenza diretta dal Dottor Adriano Peris, è stata sempre tra le prime in Italia nel reperire organi da donatori deceduti.

Per questo motivo l'attività dei chirurghi prelevatori è intensa, mediamente 50 donatori annui. Il territorio di loro competenza è l'Area Vasta Centro, a cui afferiscono gli ospedali fiorentini e

vente.

Dal 2003 il Centro fa parte dell'Organizzazione Toscana Trapianti, della Rete Regionale "Trapianto di rene", dell'Associazione Interregionale Trapianti. L'autorizzazione al trapianto di rene nell'AOU Careggi è stata rinnovata nel 2007 ed il professor Giulio Nicita è stato nominato responsabile di tale programma.

Nella nostra azienda il trapianto viene eseguito dagli urologi e il percorso che precede e segue la chirurgia avviene in collaborazione con la SOD Nefrologia, Dialisi e Medicina del Trapianto. Il trapianto renale richiede competenze multidisciplinari e per ottenere buoni risultati è indi-

G. NICITA, E. DATTOLO, A. DELLE ROSE,
V. LI MARZI, M. MARZOCCO, A. MOTTOLA,
M.C. PAOLETTI, N. STOMACI, D. VILLARI

SOD Urologia II AOU Careggi Firenze

Tabella 1

| EQUIPE MEDICHE SOD | FUNZIONI |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nefrologia Dialisi e Medicina del Trapianto | Valutazione dei pazienti da inserire in lista di attesa per trapianto Follow-up pazienti trapiantati |
| Urologia 1, Urologia 2 | Prelievo di reni da donatore deceduto e da vivente Valutazione dei pazienti da inserire in lista di attesa per trapianto Trapianto di rene Assistenza chirurgica post-trapianto Follow-up pazienti trapiantati |
| Anestesia e Rianimazione polivalente e post trapianto | Assistenza anestesiologicala intervento Assistenza immediato post-trapianto |
| Genetica Medica Laboratorio di Immunogenetica e Biologia dei Trapianti | Studio e conservazione dei sieri dei pazienti in lista d'attesa Tipizzazione HLA e Cross-Match |
| Anestesia e Rianimazione Ospedali dell'Area Vasta Centro | Gestione del donatore deceduto Consenso alla donazione Assistenza anestesiologicala durante il prelievo di organi |

quelli di Borgo San Lorenzo, Empoli, Pescia, Pistoia e Prato.

Il Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti (CRAOT), diretto dal Dottor Lorenzo D'Antonio, è la struttura che coordina i prelievi e che gestisce la lista regionale unica dei pazienti in attesa di trapianto.

Il personale medico e infermieristico delle SOD coinvolte garantiscono l'esecuzione degli interventi di prelievo e di trapianto nell'arco delle 24 ore, per 365 giorni all'anno.

Attualmente nel nostro centro sono inseriti in lista d'attesa per trapianto di rene 178 pazienti 113 dei quali provengono da altre regioni d'Italia.

Nella Tabella 2 riportiamo i risultati ottenuti nel periodo 2000-2010 relativi alla sopravvivenza del paziente e del rene trapiantato, rispettivamente a 1 e a 5 anni dall'intervento.

Gli aspetti critici del trapianto di rene sono diversi, alcuni riguardano il problema di sempre, la scarsità di organi disponibili. Infatti pur aumentando il numero dei trapianti di rene, aumenta di più il numero dei pazienti in lista d'attesa anche perché oggi trapiantiamo soggetti che una volta erano esclusi per età o per co-morbidità.

Un altro aspetto critico riguarda la donazione: in media i donatori deceduti sono più anziani di

un tempo (si preleva da soggetti anche attorno alla settima decade) e i loro organi, spesso in condizioni non ideali, entrano nella categoria dei cosiddetti reni "marginali".

Infine la classe del ricevente è stata molto allargata rispetto al passato, sia per età che per co-morbidità. In sintesi, ed è questa una delle sfide che caratterizza la trapiantologia contemporanea, trapiantiamo spesso organi "difficili" in soggetti "difficili" cardiopatici, ipertesi, diabetici ecc...

Il trapianto da donatore deceduto dà risultati inferiori, soprattutto nel lungo periodo, a quello da donatore vivente. Proprio per incoraggiare in questo tipo di trapianto, nella nostra azienda si impiegano le moderne tecnologie laparoscopiche e robot assistite che comportano un minimo trauma chirurgico nel donatore.

Sul piano scientifico il nostro centro ha partecipato alla stesura delle linee guida sul trapianto renale per la EAU (European Association of Urology) e per la SIU (Società Italiana Urologia) ed ha ricevuto un premio dalla EAU per la produzione di video su aspetti di tecnica chirurgica del trapianto. Inoltre numerose sono le pubblicazioni scientifiche e le partecipazioni a congressi internazionali.

TM

Tabella 2 - Centro Trapianti AOU-Careggi (dati CNT)

| N° Trapianti 2000 al 2010 | Sopravvivenza paziente a 1 anno | Sopravvivenza paziente a 5 anni | Sopravvivenza organo a 1 anno | Sopravvivenza organo a 5 anni |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 464 | 95.2% | 83% | 88.2% | 71.6% |



Stefano Guidi, laureato in Medicina a Firenze, è specialista in Ematologia Generale, ha partecipato alla attività di trapianto di cellule emopoietiche a Firenze fin dall'apertura del Centro Trapianti nel 1987. Dal 2004 è responsabile della Unità Clinica Trapianti di Midollo Osseo e dal 2008 è Direttore del Programma Adulti Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche della AOU Careggi.

CENTRI DI TRAPIANTO

Centro Trapianti di Midollo Osseo AOU Careggi, Firenze

PROGRAMMA METROPOLITANO

Il Centro Trapianti di Cellule Emopoietiche (TMO) della AOU Careggi di Firenze è attivo dal 1987. Il TMO fa parte di un programma congiunto metropolitano interaziendale Adulto/Pediatrico attivo dal 2008 ed è diretto dal Professor Alberto

Bosi. La costituzione di un programma di trapianti comune ha consentito di aumentare il numero dei trapianti, di ottimizzare e velocizzare le procedure di ricerca di donatori e di unità di sangue placentare per offrire ai pazienti procedure comuni, standardizzate, di alta qualità ed efficienza.

STEFANO GUIDI, CHIARA NOZZOLI, ANTONELLA GOZZINI, BENEDETTA BARTOLOZZI, RICCARDO SACCARDI, LETIZIA LOMBARDINI, IRENE DONNINI, ALBERTO BOSI
Centro Trapianti di Midollo Osseo (TMO), SODc Ematologia AOU Careggi, Firenze

L'UNITÀ CLINICA ADULTI

Il TMO AOU Careggi, direttore di programma il dottor Stefano Guidi, offre ai pazienti tutte le principali tecniche trapiantologiche disponibili ovvero il trapianto autologo ed il trapianto allogenico, sia da donatori familiari che non familiari e sono utilizzate tutte le tipologie di sorgenti di cellule emopoietiche disponibili: cellule midollari, da

sangue periferico o da sangue cordonale per tutte le indicazioni ematologiche e non ematologiche oggi riconosciute.

Presso il TMO lavorano 5 medici strutturati, uno specializzando ed un borsista, 15 infermieri e 6 OSS.

Il TMO Firenze dispone di 10 camere singole a pressione positiva, dotate di filtri ad alta efficienza (HEPA). Il TMO dispone di un ambulatorio dedicato, strutturalmente indipendente rispetto all'ambulatorio ematologico convenzionale, a massima tutela della particolare tipologia di paziente.

A fronte di un continuo espandersi della richiesta di trapianti conseguente alla introduzione di tecniche adeguate a rendere disponibili un maggior numero di donatori e a trapiantare pazienti più anziani e con comorbidità non è seguito un corrispondente aumento della disponibilità di posti letto con caratteristiche adeguate ad effettuare questo tipo di procedure.

L'unità clinica svolge anche l'attività di prelievo di cellule emopoietiche midollari per trapianto e complessivamente, nell'arco di questi anni sono stati effettuati oltre 500 prelievi di midollo sia per

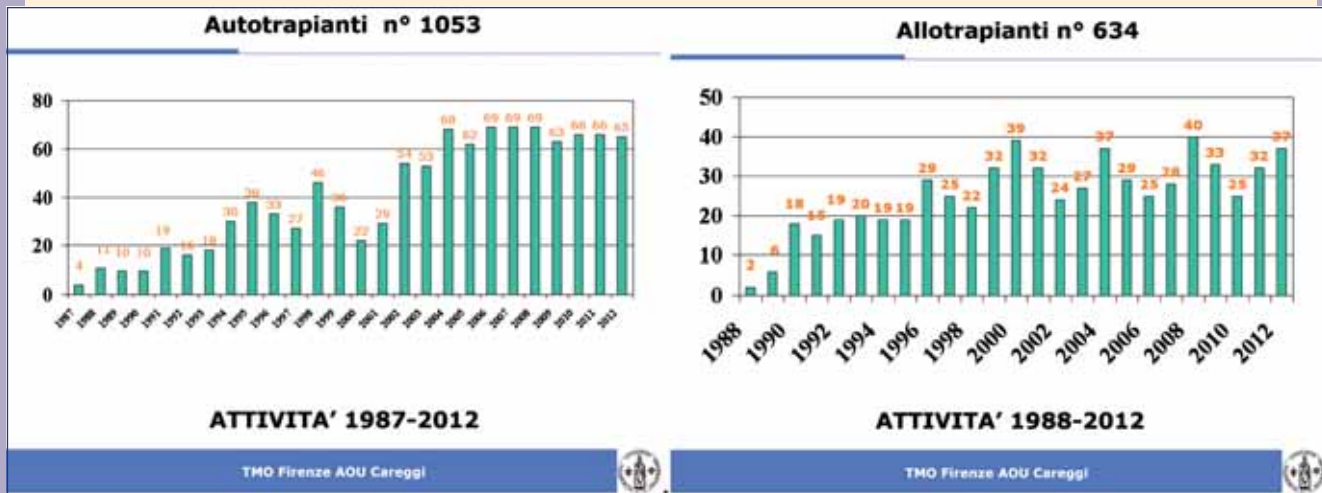


Figura 1 - Attività di autotrapianto e di allotrapianto di cellule emopoietiche.

autotrapianto che da donatore, sia per trapianti tra fratelli che per trapianti internazionali anche per applicazioni non ematologiche quali la ortopedia ricostruttiva.

ATTIVITÀ DEL TMO

Il TMO di Careggi ha raggiunto nel 2005 i 1000 trapianti effettuati cresciuti fino ad oggi a 1687 procedure. 1053 sono stati trapianti autologhi e 637 trapianti allogenici e sono state attivate 475 ricerche di donatori alternativi per pazienti adulti e 50 per pazienti pediatriche.

Il primo trapianto alternativo è stato effettuato nel 1993 e a tutt'oggi sono oltre 200 i pazienti che hanno ricevuto le cellule emopoietiche da un donatore non familiare. Il primo trapianto con unità di sangue placentare è stato effettuato nel 1996 ed oggi sono 53 i trapianti complessivamente effettuati. Il programma di trapianto aploidentico (da donatore incompatibile al 50%) è iniziato nel 2003 e il trapianto con cellule cordonali espanse in laboratorio è iniziato nel 2010. Viene effettuato regolarmente il servizio di infusione di linfociti del donatore non stimolati quale trattamento della incompletezza del chimerismo o della recidiva di malattia.

Il TMO di Firenze è il Centro Europeo con la maggiore esperienza di trapianto per le malattie autoimmuni e svolge la funzione di centro di attrazione di pazienti sia extraregione che extranazionali.

Nel corso del 2012 sono stati effettuati 102 trapianti: 65 autologhi e 37 allogenici. 13 da unità di sangue cordonale di cui 4 da doppia unità di sangue placentare. 8 sono stati i trapianti da fratello HLA identico e 17 da donatore non familiare. L'attività ambulatoriale supera i 1400 accessi per anno.

PROSPETTIVE FUTURE

La recente introduzione nella tecnica trapiantologica di più metodiche per realizzare trapianti con donatori solo parzialmente compatibili, ha comportato l'introduzione di un nuovo algoritmo di ricerca di donatori alternativi ai familiari istocompatibili che è attivo dal 2013.

L'algoritmo è mirato all'accorciamento della attesa per giungere al trapianto. Si attiva contemporaneamente la ricerca di donatori internazionali che sulle banche di sangue cordonale. Nel caso in cui non si verifichi l'identificazione in tempi brevi, il paziente in lista per trapianto, viene avviato al trapianto da familiare solo parzialmente compatibile.

CERTIFICAZIONI ISTITUZIONALI

Il TMO Firenze dispone di Certificazione ISO dal 2007 ed oggi è conforme alla norma 9001:2008. Il TMO Firenze è accreditato GITMO (Gruppo Italiano per il Trapianto di Cellule Emopoietiche) IBMDR (Registro Italiano Donatori Midollo Osseo) ed EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) per tutte le tipologie di trapianto: autologo, allogenico e da donatore non familiare.

Il programma Trapianto ha ottenuto nel 2012 la certificazione del Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue relativamente alla: valutazione e selezione del donatore sia autologo che allogenico; alla raccolta, processazione, conservazione e distribuzione di Cellule Staminali Emopoietiche. Nel Aprile 2011 è stata effettuata l'ispezione per l'accreditamento di eccellenza europea JACIE.

TM

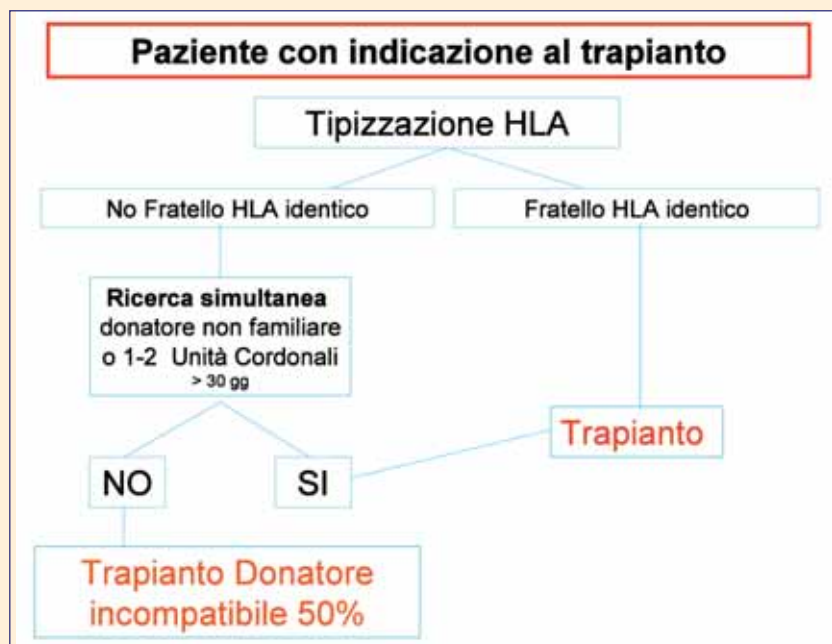


Figura 2 - Algoritmo di ricerca sorgenti di cellule emopoietiche per trapianto che consente di portare al trapianto oltre il 90% dei pazienti.

CENTRI DI TRAPIANTO



Massimo Maccherini è specialista in cardiocirurgia e chirurgia toracica. Fellowship Toronto, London, Chicago, Berlin. Direttore Trapianti di Cuore della Regione Toscana-Siena dal 1999. Oltre 4000 interventi cardiocirurgici, 200 trapianti cuore, 100 assistenze ventricolari, 20 VAD/ cuori artificiali. Docente in 3 scuole di specializzazione ed in 2 master. Membro di ISHLT, SITO, SISQT e SIC.

Programma Trapianti di Cuore Regione Toscana Siena 2013

LO SCOMPENSO CARDIACO

Lo scompenso cardiaco acuto e cronico, la prima patologia mondiale per mortalità, riguarda circa 20 milioni di persone con una mortalità del 10%. In Italia un milione di persone sono affette da scompenso generando oltre 170 mila ricoveri/anno. È quindi fondamentale stabilire un percorso clinico integrato sul territorio rappresentato da una struttura cardiologica-cardiocirurgica (Heart Team) in grado di coordinare

l'attività generale e di effettuare la terapia chirurgica rappresentata da un lato dal trapianto cardiaco, dall'altro dall'assistenza cardiocircolatoria meccanica (ECMO/VAD).

Questa può essere utilizzata come supporto temporaneo in attesa del recupero (*bridging to recovery*), come ponte al trapianto (*bridging to transplantation*) o come terapia definitiva alternativa al trapianto (*destination therapy*).

I pazienti scompensati, se rientrano nei criteri per trapianto dopo accurata valutazione, vengono inseriti nella lista di attesa. La mortalità in lista di attesa, in Italia, è stata del 12% nel 2012. L'età limite per accettazione di pazienti in lista attiva è di 65aa; superati i 65aa il paziente viene comunque valutato per impianto di ventricolo o cuore artificiale (TAH/ VAD).

I pazienti sono iscritti nella *Lista di attesa nazionale* per trapianto di cuore dopo invio dei dati al Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti (CRAOT) e al Centro Nazionale trapianti (CNT). Inserimento e allocazione avvengono in modo equo ed imparziale, in base a regole uguali per tutti. Un paziente può iscriversi a un solo Centro Trapianti Italiano; per la Toscana è quello di Siena. Sarà cura del Centro Senese rivalutare la situazione clinica del paziente periodicamente. Le

urgenze sono segnalate al CRAOT/CNT e sono gestite secondo la normativa per le urgenze nazionali del CNT.

L'attività del centro trapianti di cuore di Siena (Tabella 1).

INFORMAZIONI AL PAZIENTE: ASPETTANDO IL TRAPIANTO

Il periodo d'attesa che va dall'inserimento nella *Lista* al trapianto può essere un periodo molto stressante, per il paziente e per i suoi familiari che devono, quindi mantenersi "legati" all'*équipe*, per l'intero processo terapeutico. Il paziente in lista sarà, dunque, invitato a partecipare alle sedute di gruppo - alle quali sono presenti: operatori del *team*, pazienti già trapiantati e familiari; e che si svolgono una volta al mese presso l'ambulatorio della Cardiocirurgia, per poter porre domande sui farmaci, sulla dieta, sui problemi che precedono il trapianto e su quelli successivi. Non è possibile prevedere quando un cuore sarà disponibile; l'attesa, in Ita-

lia, può durare oltre due anni, a Siena è stata inferiore ad un anno nell'ultimo biennio.

IL TRAPIANTO

La chiamata

Al momento dell'iscrizione in *Lista attiva* il soggetto dovrà essere rintracciabile in qualsiasi momento per comunicare la disponibilità di un organo. Pazienti distanti o con difficoltà organizzative saranno supportati dal Centro per il trasferimento attivando strutture sanitarie o istituzionali del caso. L'assegnazione degli organi avviene in base ai seguenti criteri:

1. Gruppo sanguigno;
2. Urgenza in base alle condizioni cliniche del candidato;
3. Compatibilità dimensionale;
4. Rapporto di età donatore/ricevente;

MASSIMO MACCHERINI¹, GIANFRANCO LISI², GIUSEPPE DAVOLI², SONIA BERNAZZALI², FRANCESCO DICIOCCA², GIANNI CAPANNINI², BONIZELLA BIAGIOLI³, MASSIMO MAGLIONI³, VINCENZO IALONGO³, FELICETTA SIMEONE³, LUCA MARCHETTI³, MARCELLA CACIORGNA³, ROBERTO FAVILLI⁴, SERGIO MONDILLO⁴, CARLO PIERLI⁴, ROSARIA GADDI⁴

¹ Direttore Trapianti di Cuore della Regione Toscana-Siena

² Cardiocirurghi

³ Anestesiisti

⁴ Cardiologi

Tabella 1

| | 2011 | 2012 |
|-----------------------------------------------------|------------|----------------------------|
| Numero di pazienti in lista di attesa al 31/12 | 25 | 24 |
| Tempo medio di attesa (GG) | 304 | 308.2 |
| Numero richieste urgenti | 3 | 3 |
| Tempo di ischemia dell'organo trapiantato | 163.8 | 172.2 |
| Numero di trapianti effettuati nell'ultimo triennio | 2011: N.15 | 2012: N.15 / 2010-2012: 40 |
| Durata degenza media (giorni) | 23.86 | 26.13 |
| Servizi specialistici collegati al Centro trapianti | 16 | 16 |
| Numero VAD/TAH impiantati dal 2008 | | 21 |
| Numero ECMO impiantati dal 2008 | | 72 |

5. Condizioni cliniche-chirurgiche specifiche.

Il momento della chiamata è fonte di profonda emozione, occorre controllarla, consci che alla "chiamata" non segue automaticamente il trapianto: è sempre possibile che l'intervento venga rimandato a causa dell'inidoneità dell'organo. In ospedale il paziente, dopo la preparazione preoperatoria, attenderà (da 1 a 4 ore) la comunicazione sull'idoneità dell'organo, visionato dall'équipe di prelievo. La procedura di trapianto vera e propria, ha una durata media di sei-otto ore. Terminato il trapianto, il chirurgo parlerà di persona con i familiari per spiegarne l'esito, mentre il paziente entrerà in Terapia Intensiva Cardiochirurgica, per una degenza media di 7 giorni.

Il reparto di degenza: subintensiva

Di norma entro la settima giornata postoperatoria avviene il trasferimento nella Terapia post-intensiva in camera singola con isolamento. Quotidianamente verranno eseguiti controlli ematochimici e dosaggio dei farmaci (es. ciclosporina). Secondo un calendario già stabilito si eseguiranno le Biopsie Endomiocardiche (BEM), ed in base al risultato la terapia e il grado di isolamento necessario saranno stabilite. Il rigetto di un organo trapiantato è più frequente durante le prime sei settimane che seguono l'intervento e il rischio diminuisce superati

i sei mesi dall'operazione. Il rigetto si presenta all'80% senza problemi clinici, ed è ben controllato nel 92% dei casi con modifiche terapeutiche non invasive.

Condizioni particolari: le infezioni

Il rischio di contrarre un'infezione è sempre presente dopo un trapianto a causa dei medicinali usati in seguito all'intervento. È importante poter intervenire subito e quindi non nascondere mai un sospetto di infezione, ma segnalare comparsa di febbre, presenza di tosse, difficoltà di respirazione, macchie sulla pelle, alterazione della diuresi e i disturbi intestinali, senza assumere alcun farmaco senza essere stati autorizzati.

Il programma di follow up

Follow up significa "seguire" e, in effetti, il paziente sarà costantemente seguito dal Centro trapianti con visite ambulatoriali, esami clinici e controlli. Sebbene la terapia antirigetto riduca notevolmente il rischio che l'organismo non accetti il nuovo organo, la funzione cardiaca può comunque deteriorarsi con il passare del tempo. È perciò importante sottoporsi ai controlli stabiliti dal Centro per individuare precocemente i sintomi dell'eventuale rigetto e porvi rimedio con una terapia adeguata.

TM

Trapianto di cellule staminali emopoietiche AOU Senese

U.O.S.A. Centro Trapianti e Terapia Cellulare

Il Centro Trapianti effettua ed è accreditato per le seguenti tipologie di trapianti:

1. trapianto autologo di MO e/o di CSE;
2. trapianto allogenico di MO e/o di CSE da donatore familiare HLA identico;
3. trapianto allogenico di MO e/o di CSE da donatore volontario HLA compatibile;
4. trapianto allogenico di CSE da Sangue Cordone HLA compatibile;
5. trapianto allogenico di MO e/o di CSE da familiare aploidentico.

Il Centro Trapianti ha ottenuto la certificazione di qualità ISO 9001:2008. Inoltre, il centro è accreditato GITMO (Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo) ed EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation). In ambito toscano il Centro Trapianti fa parte della rete OTT (Organizzazione Toscana Trapianti). Al fine di perseguire il miglioramento continuo della qualità del servizio offerto agli utenti del Centro Trapianti, sono state attivate le procedure per l'accreditamento all'eccellenza (JACIE/CNT/CNS) del programma con verifica ispettiva prevista ad ottobre 2013.

Il centro trapianti è costituito dalle seguenti strutture:

1. Reparto Intensivo (camere singole a pressione positiva e filtri HEPA);
2. Day-Hospital;
3. Ambulatorio;
4. Laboratorio di Manipolazione Cellulare.

Il laboratorio di Manipolazione Cellulare collabora con il Centro Trasfusione Aziendale nella fase di raccolta delle CSE, successivamente provvede alla caratterizzazione, manipolazione ed eventuale criopreservazione delle CSE. Infine, provvede allo stoccaggio ed al rilascio delle stesse.

Tutto il personale afferente al centro trapianti (medici, biologi ed infermieri) è specializzato nella gestione clinica/laboratoristica del paziente trapiantato.

L'attività trapiantologica è iniziata nel 1996 e sono stati effettuati a tutt'oggi 570 trapianti (424 autologhi e 146 allogenici).



Giuseppe Marotta, Direttore della U.O.S.A. Centro Trapianti e Terapia Cellulare dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Laureato presso l'Università degli Studi di Napoli e specializzato in Ematologia. Prima di giungere a Siena ha lavorato presso l'Oncologia Sperimentale del Centro Oncologico Europeo (IRCCS) di Aviano interessandosi di differenziamento cellulare e citofluorimetria a flusso. Dal 1994 svolge la sua attività a Siena dove ha sviluppato l'attività trapiantologica in ambito ematologico.

GIUSEPPE MAROTTA

Direttore della U.O.S.A. Centro Trapianti e Terapia Cellulare, AOU Senese

TM

CENTRI DI TRAPIANTO



Luca Voltolini laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Siena nel 1989, è diventato specialista in chirurgia toracica nel 1994. Nel 2001 ha ottenuto la Fellowship europea per la chirurgia toracica. È direttore dell'UOSA Trapianto di Polmone dell'AOU Senese. È autore di 45 articoli scientifici originali e di 3 capitoli di libri di cui uno di clinica e terapia chirurgica.

Programma Trapianto di Polmone dell'AOU Senese

Il Centro Trapianti di Polmone dell'AOU Senese, l'unico presente in Toscana, è attivo dal 2001 all'interno delle UU.OO.CC. di Chirurgia Toracica e di Malattie Respiratorie e Trapianto Polmonare. Il servizio è gestito da un team dedicato, composto da una vasta gamma di professionisti: Chirurghi Toracici, Pneumologi, Anestesisti, Infettivologi, Immunologi, Patologi, Fisioterapisti ed Infermieri. Questo team multidisciplinare si prende cura del paziente nella fase di valutazione per l'inserimento

in lista d'attesa, durante tutto il percorso del trapianto e nel successivo follow-up. Il Centro Trapianti offre inoltre la possibilità di terapie alternative al trapianto come la riduzione di volume chirurgica nella cura dell'enfisema, oltre a trattamenti medici altamente specialistici nel campo delle interstiziopatie, delle malattie vascolari polmonari e delle malattie polmonari rare.

Sono attive numerose collaborazioni con Centri esteri, in particolare con quello di Seattle e di Newcastle. Di rilievo anche quella con il Centro di Fibrosi Cistica dell'Ospedale "Meyer" di Firenze, sia per la gestione dei pazienti nella fase pre-trapianto che nel follow-up post-trapianto, una volta risolte le problematiche della fase post-operatoria precoce.

Dall'inizio dell'attività sono stati valutati 219 pazienti, di questi 153 sono stati inseriti in lista d'attesa e 93 sono stati trapiantati (59 singoli e 34 doppi), mentre 29 sono deceduti in attesa dell'organo. Il 58% dei pazienti (n=54) era affetto da fibrosi polmonare, il 19.3% (n=34) da enfisema, il 15% (n=14) da fibrosi cistica e il 7.7% da altre patologie polmonari. Il Centro Trapianti di Polmone di Siena si caratterizza per un gran numero di pazienti valutati e trapiantati affetti da fibrosi polmonare. Tale prevalenza è da imputarsi al fatto che la UOC di Malattie Respiratorie e Trapianto Polmonare è anche Centro di riferimento per la diagnosi e la cura delle interstiziopatie polmonari. Questi pazienti sono quelli che più necessitano del trapianto vista la rapida evoluzione della malattia e la totale assenza di un'efficace terapia medica.

L'età media dei pazienti sottoposti a trapianto era di 53 anni e il 66% di essi provenivano dalla regione Toscana. La sopravvivenza ad un anno dal trapianto è del 75% e quella a 5 anni è intorno al 50%.

I risultati funzionali sono eccellenti con un aumento del FEV1 pre-operatorio, di solito inferiore al 30% che ritorna a valori pressoché normali dopo il trapianto bilaterale e a valori intorno al 60% dopo il trapianto singolo. Tale risultato contribuisce a migliorare la qualità di vita dei pazienti che passano da una situazione di gravissima disabilità e di completa dipendenza dall'ossigenoterapia ad una condizione di normalità senza alcuna restrizione nelle attività

della vita quotidiana in più dell'80% dei casi.

L'ostacolo principale all'utilizzo del trapianto di polmone è rappresentato dalla scarsità di donatori con polmoni idonei (in Italia meno del 10%), con la conseguenza che il numero dei pazienti in lista d'attesa supera di gran lunga il numero di polmoni disponibili. Negli ultimi anni c'è stato un progressivo aumento

dei pazienti in lista d'attesa che attualmente sono più di 30. Parallelamente non c'è stato un aumento dei trapianti che sembra aver raggiunto un plateau (9-11 trapianti all'anno negli ultimi 7 anni), legata al numero di donatori, rimasto costante in questi ultimi anni. Tale fenomeno ha determinato un aumento del tempo d'attesa in lista e, stando ai dati attuali, alcuni pazienti dovranno aspettare quasi 2 anni prima di essere trapiantati, con conseguente inevitabile elevata mortalità in lista. Varie strategie sono state adottate per cercare di risolvere il problema (migliore gestione del donatore, utilizzo di polmoni da donatore a cuore battente, etc.) ma nessuna di queste ha portato ad una reale risoluzione. Un'altra strategia, più promettente, è rappresentata dalla "perfusione polmonare ex-vivo", utilizzata per la prima volta in Svezia dal Prof. Steen nel 2001 per la valutazione dell'idoneità dei polmoni prelevati a cuore fermo.

Pertanto, tra il 2010 e il 2012, presso il Centro Trapianti di polmone di Siena, è stato effettuato uno studio sperimentale, finanziato dalla Regione Toscana, basato sulla valutazione in sede di prelievo dei polmoni che, qualora non fossero ritenuti idonei, venivano comunque trasportati presso il Centro, per-

LUCA VOLTOLINI¹, ANTONELLA FOSSI²,
PIERO PALADINI³, LUCA LUZZI⁴,
BONIZELLA BIAGIOLI⁵, FRANCO LAGHI PASINI⁶,
LEOPOLDO CAPECCHI⁷, PAOLO ALMI⁸,
PAOLA ROTTOLI⁹

- ¹ UOC Chirurgia Toracica
- ² UOC Malattie Respiratorie e Trapianto di Polmone
- ³ UOC Chirurgia Toracica
- ⁴ UOC Chirurgia Toracica
- ⁵ UOC Terapia Intensiva Cardioracica,
- ⁶ UOC Medicina Interna II
- ⁷ UOC Medicina Interna II
- ⁸ UOC Malattie Infettive I
- ⁹ UOC Malattie Respiratorie e Trapianto di Polmone

fusi "ex-vivo" e valutati dal punto di vista funzionale ed istopatologico. Lo studio ha dimostrato che alcuni polmoni, inizialmente non idonei, possono recuperare e diventare funzionalmente adeguati. Il Comitato Etico Locale ha dato l'approvazione per poter passare all'applicazione clinica di tale metodica, considerandola sicura e riproducibile. Si è aperta quindi la possibilità di avere a disposizione un numero maggiore di polmoni rispetto al passato. Sempre a tal fine, un altro aspetto nuovo del trapianto di polmone, è quello di poter effettuare l'intervento in regime di urgenza su pazienti in condizioni cliniche gravi, che altrimenti non arriverebbero a ricevere l'organo in tempo utile. In particolare, dall'ottobre 2010 il Centro Nazionale Trapianti ha istituito un protocollo per le "emergenze di polmone" che prevede che i pazienti, di età inferiore ai 50 anni, in ventilazione mec-

canica e/o supporto extracorporeo (ECMO) abbiano la priorità a ricevere il primo polmone disponibile in ambito nazionale. Tale procedura, consentendo il trapianto in tempi più rapidi su pazienti in condizioni cliniche critiche, dovrebbe contribuire a ridurre la mortalità in lista d'attesa.

Tanta strada è stata percorsa dal primo trapianto di polmone coronato da successo, avvenuto nel 1981, con un miglioramento della sopravvivenza grazie anche all'ottimizzazione delle tecniche di preservazione dei polmoni.

Pertanto il trapianto di polmone rappresenta attualmente una terapia efficace e standardizzata per il trattamento di numerose patologie polmonari con insufficienza respiratoria terminale.

TM

Centro Trapianti di Rene AOU Senese

L'attività di Trapianto di Rene è iniziata presso l'Azienda Ospedaliera Senese nel Maggio 2000; i trapianti effettuati ad oggi sono 615. la tipologia comprende trapianto di rene singolo da donatore deceduto, trapianto di rene doppio da donatore deceduto, trapianto di rene da donatore vivente.

Il Centro Trapianti di Rene di Siena segue un modello di stretta collaborazione tra chirurghi e nefrologi, strutturato allo scopo di garantire al paziente la miglior assistenza possibile sui piani medico, chirurgico e infermieristico. Seguendo tale modello sono state costituite 3 strutture: 1) Coordinamento trapianti; 2) Degenza protetta chirurgica; 3) Degenza protetta medica.

Il Coordinamento trapianti è la sede nella quale vengono condotte le procedure di valutazione per idoneità a trapianto dei riceventi e dei donatori viventi ed i controlli post-trapianto dei riceventi. Si tratta ovviamente di una struttura ambulatoriale con infermieri dedicati, chirurghi e nefrologi. L'attività avviene ovviamente in stretta collaborazione multispecialistica con tutte le UOC dell'Azienda. I locali sono attualmente in ristrutturazione per permettere l'adeguamento all'aumentato carico di lavoro ambulatoriale verificatosi nel corso degli anni.

La Degenza protetta chirurgica afferisce alla UOC Chirurgia dei Trapianti e prende in carico i ricoveri all'atto del trapianto e le eventuali complicanze chirurgiche insorte nel follow-up. Si tratta di una struttura moderna e di recente inaugurazione.

La Degenza protetta medica afferisce alla UOC Nefrologia, Dialisi e Trapianto e prende in carico i pazienti trapiantati che, all'esaurirsi della fase chirurgica, dimostrino problematiche nefrologiche e le

eventuali complicanze mediche insorte nel follow-up. La struttura è attualmente in via di completo rifacimento insieme all'intera UOC di appartenenza; i lavori saranno ultimati entro il 2013.

Nel corso degli anni il Centro ha maturato una notevole esperienza nello sviluppo di modalità immunosoppressive avanzate, partecipando alla sperimentazione di gran parte degli schemi entrati in uso nel tempo. Un'area di particolare interesse è rappresentata dalla collaborazione con i Colleghi

dei Centri Trapianto di Cuore e di Polmone nella

valutazione di casi complessi di indicazione, esecuzione e follow-up di trapianti combinati cuore-rene e polmone-rene: si tratta di un settore estremamente specialistico di grande interesse scientifico, punto di convergenza delle migliori professionalità del settore. Esiste anche un continuo confronto tra i Centri Trapianto di rene, cuore e polmone relativo alla gestione della nefropatia cronica del trapianto, che può colpire non solo i portatori di trapianto di rene, ma tutti i riceventi di trapianto d'organo.

I piani di sviluppo attuali prevedono un incremento del trapianto di rene da donatore vivente, raggiunto anche attraverso l'esecuzione di trapianti cross-over (già iniziati) e di trapianti contro-gruppo, e l'ottimizzazione continua della gestione delle problematiche dei trapianti combinati cuore-rene e cuore-polmone.



Mario Carmellini, 1976 Laurea in Medicina e Chirurgia Università di Pisa. 1981 Specializzazione in Chirurgia Generale Università di Pisa. 1980-2001 Ricercatore Universitario. Maggio 2001 Professore Associato Chirurgia Generale Università di Siena. Marzo 2003 Direttore U.O. Complessa Chirurgia dei Trapianti Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche.

MARIO CARMELLINI

Direttore U.O. Complessa Chirurgia dei Trapianti
AOU Senese



Ugo Boggi, Professore Associato di Chirurgia Generale all'Università di Pisa è Responsabile dei Programmi di Trapianto da Donatore Vivente per la Regione Toscana e Responsabile dei Programmi di Trapianto di Rene e di Pancreas dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, dove dirige la U.O. Chirurgia Generale e dei Trapianti. Ha sviluppato i trapianti di rene e di pancreas in Toscana negli ultimi 15 anni.

CENTRI DI TRAPIANTO

Programmi di trapianto di rene e di pancreas a Pisa

Il centro trapianti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) è attivo dal 15 Febbraio 1972. Da quando il Centro Nazionale Trapianti ha iniziato a registrare (anno 2000) l'attività dei Centri di Trapianto d'organi in Italia, il Centro Trapianti dell'AOUP è il più attivo per quanto riguarda i trapianti renali da donatore vivente e per quelli di pancreas (in ogni forma e combi-

nazione). Oltre a ciò il nostro centro ha introdotto in Italia la tecnica di prelievo renale laparoscopico da donatore vivente (27 aprile 2000), istruendo e tutorando in seguito Colleghi di altri Centri Trapianti in tutta Italia nell'applicazione di questa nuova tecnica, la tecnica del trapianto renale laparoscopico, robot-assistito, in Europa, e la tecnica del trapianto pancreatico laparoscopico, robot-assistito, nel mondo. A quest'ultimo riguardo il Centro Trapianti dell'AOUP organizza l'unico Master Universitario di II livello attivo in Italia.

Nella prestigiosa pubblicazione "CLINICAL TRANSPLANTS 2010" (Cecka MJ, Terasaki P, Terasaki Foundation), il Centro Trapianti di rene e di pancreas dell'AOUP è stato l'unico Centro Trapianti Italiano ad essere classificato tra i "Major International Transplant Centers".

PROGRAMMI DI TRAPIANTO ATTIVI

I programmi di trapianto di rene e di pancreas dell'AOUP offrono una possibilità di cura a tutto tondo ai pazienti con insufficienza renale terminale e/o diabete mellito, principalmente di tipo 1, in presenza di complicanze croniche legate al diabete. I programmi comprendono trapianti di pancreas, e di isole di Langerhans, per i pazienti diabetici e di rene per i pazienti uremici, oltre alla combinazione simultanea o sequenziale di questi due organi nei pazienti diabetici ed uremici. Sono attivi sia i programmi che utilizzano organi da donatore cadavere (rene singo-

lo, rene doppio, pancreas e rene-pancreas) sia i programmi di trapianto da donatore vivente di rene singolo. Grazie alle recenti disposizioni di legge (Legge 19 settembre 2012, n. 167) a breve il centro sarà attivo anche per il trapianto segmentario di pancreas da donatore vivente. Inoltre tutti i programmi sono rivolti sia a pazienti adulti che a pazienti pediatrici. Per le diverse forme e combinazioni di trapianto di pancreas, quello di Pisa è l'unico programma attivo in Regione Toscana.

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

L'agire del Centro Trapianti di Pisa è, per definizione, multidisciplinare. Ogni scelta diagnostica o terapeutica è condivisa da un gruppo di professionisti composto da chirurghi, anestesisti-rianimatori, immunologi dei trapianti, cardiologi, nefrologi, diabetologi, psichiatri, infettivologi, ed anatomopatologi. Oltre a queste competenze "di base" sono attive collaborazioni con tutte le specialità mediche presenti nell'AOUP.

UGO BOGGI, FABIO VISTOLI,
GABRIELLA AMORESE, GIOVANNI CONSANI,
RITA MARIOTTI, FABRIZIO SCATENA,
PIERO MARCHETTI, FRANCO MOSCA

*Centro Trapianti di Rene e di Pancreas,
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa*

OSPITALITÀ AI PAZIENTI

Il processo di valutazione pre-trapianto, per i candidati riceventi ed anche per i candidati donatori vivente, viene condotto in regime di accesso diurno alle strutture diagnostiche dell'AOUP, attraverso una precisa pianificazione dei vari accessi, gestita dal Coordinamento Trapianti, una struttura appositamente creata gestita da personale sanitario appositamente formato rispetto ai trapianti di rene e di pancreas. Analogamente viene gestito il follow-up post-trapianto. Nel momento del trapianto, invece, i riceventi vengono assistiti in modo intensivo all'interno di una struttura di degenza protetta dedicata a questa attività, oltre a poter disporre nei casi in cui si renda necessario di adeguate soluzioni supporto rianimatorio ed intensivistico. Per le necessità alberghiere della fase di valutazione pre-trapianto ed a servizio dei familiari dei pazienti trapiantati, è disponibile una foresteria (Foresteria il Pellicano) di proprietà dell'AOUP e gestita direttamente da una

Tabella 1 - Numeri dei trapianti di rene e pancreas a Pisa.

| | Rene da cadavere (singolo+doppio) | Rene da vivente | Simultaneo Rene-Pancreas | Simultaneo Rene viv-Pancreas cad | Pancreas (Isolato + Dopo rene) | Totale |
|-----------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------|
| Anno 2012 | 23+6= 29 | 29 | 10 | 0 | 2+3= 5 | 73 |
| Totale | 800+95= 895 | 274 | 196 | 28 | 90+31= 121 | 1.514 |

ONLUS costituita da pazienti trapiantati oltre ad esservi convenzioni con privati per l'affitto di camere od appartamenti a prezzi concordati.

STORIA DEI TRAPIANTI A PISA

1972 - Primo trapianto di rene da donatore cadavere.

1972 - Primo trapianto di rene da donatore vivente.

1972 - Primo trapianto di rene pediatrico.

1996 - Primo trapianto di rene-pancreas da donatore cadavere.

2000 - Prima donazione in Italia di rene da vivente laparoscopica.

2000 - Primo trapianto di rene doppio.

2000 - Primo trapianto di pancreas isolato.

2001 - Primo trapianto di isole pancreatiche.

2001 - Primo trapianto in Europa simultaneo di rene da vivente e pancreas da cadavere.

2002 - Primo trapianto di pancreas dopo rene.

2005 - Primo trapianto cross-over in Italia (scambio di donatore vivente tra coppie incompatibili).

2008 - Prima donazione in Italia di rene da vivente mininvasiva robotica.

2009 - Primo trapianto di rene da donatore vivente ABO incompatibile.

2010 - Primo trapianto di rene da donatore vivente in ricevente con anticorpi donatore specifici.

2010 - Prima donazione in Italia di rene da vivente con singolo accesso laparoscopico.

2010 - Primo trapianto in Europa di rene da vivente mininvasivo robotico.

2010 - Primo trapianto al mondo di pancreas mininvasivo robotico.

2011 - Trapianto di rene da vivente cross-over in paziente con già 4 trapianti di rene ed 1 di cuore.

TRAPIANTI DI RENE DA DONATORE CADAVERE

Aree di maggiore competenza. Trapianto con organi da donatore anziano in singolo ed in doppio, trapianto in pazienti ad alto rischio immunologico, pazienti con glomerulosclerosi focale segmentale, strategie per aumentare le possibilità di accesso al trapianto.

Principali aree di ricerca. Approccio mininvasivo robotico al trapianto, nuove strategie per la perfusione e conservazione degli organi, nuovi farmaci immunosoppressori, miglioramento della sopravvivenza dell'organo a lungo termine, diabete post-trapianto, minimizzazione degli inibitori di calcineurina, nefropatia da BK virus, strategie per la gestione dell'obesità nei candidati al trapianto, monitoraggio dell'insorgenza di anticorpi anti-HLA dopo trapianto.

TRAPIANTI DI RENE DA DONATORE VIVENTE

Aree di maggiore competenza. Approccio mininvasivo laparoscopico e robotico alla donazione ed al trapianto, i ABO incompatibili, protocolli di desensibilizzazione per riceventi con anticorpi anti-HLA verso il donatore, trapianti cross-over (scambio di donatore tra coppie incompatibili), trapianto altruistico, pazienti con glomerulosclerosi focale segmentale, strategie per ampliare le possibilità di accesso al trapianto.

Principali aree di ricerca. Strategie per

umentare i numeri dei trapianti di rene da vivente in Italia, nuovi farmaci immunosoppressori, miglioramento della sopravvivenza dell'organo a lungo termine, minimizzazione degli inibitori della calcineurina, strategie per la gestione dell'obesità nei candidati al trapianto, monitoraggio dell'insorgenza di anticorpi anti-HLA dopo trapianto.

TRAPIANTO DI PANCREAS

Aree di maggiore competenza. Trapianto di pancreas isolato, trapianto simultaneo di rene-pancreas da donatore cadavere, trapianto di pancreas dopo rene, trapianto simultaneo di rene da vivente-pancreas da cadavere.

Principali aree di ricerca. Trapianto di pancreas da donatore vivente, trapianto simultaneo di rene-pancreas da donatore vivente, miglioramento della sopravvivenza degli organi nel lungo termine, iperglicemia post-trapianto, strategie per la gestione dell'obesità nei candidati al trapianto diabetici di tipo 2, strategie per la riduzione della trombosi del pancreas trapiantato, monitoraggio dell'insorgenza di anticorpi anti-HLA dopo trapianto, monitoraggio della recidiva di diabete autoimmune dopo trapianto di pancreas, minimizzazione degli inibitori della calcineurina,

TRAPIANTO DI ISOLE DI LANGERHANS

Aree di maggiore competenza. Trapianto di isole pancreatiche in pazienti diabetici di tipo 1 quando il trapianto dell'organo intero è controindicato, autotrapianto di isole dopo pancreatectomia totale o parziale.

Principali aree di ricerca. Studio dei fattori del donatore e delle metodiche di isolamento che influenzano la funzione delle beta-cellule e la loro sopravvivenza dopo trapianto, protezione delle isole di Langerhans isolate con immunomodulatori e/o antiossidanti, immunoprotezione delle isole con rivestimenti multistrato e nanotecnologie.

RISULTATI TRAPIANTI

DI RENE DA DONATORE CADAVERE

In base ai dati registrati dal Centro Nazionale Trapianti, e pubblicati nel documento "valutazione di qualità dell'attività del trapianto di rene 2000-2010", presso il Centro Trapianti dell'AOUP sono stati eseguiti 527 trapianti di rene da donatore cadavere, inclusi i trapianti combinati. Nonostante questa statistica consideri i trapianti nei diabetici-uremici (notoriamente caratterizzati da prognosi più severa) insieme a quelli negli uremici, il Centro Trapianti dell'AOUP risulta avere:

1. Indice di soddisfazione della lista di attesa pari a 17.5% (superiore alla media nazionale, pari a 15.4%).
2. Sopravvivenza del paziente ad un anno pari al 97.5% (superiore alla media nazionale, pari a 97.1%).
3. Sopravvivenza dell'organo trapiantato ad un anno pari a 93.3% (superiore alla media nazionale, pari a 91.9%).
4. Sopravvivenza dell'organo trapiantato a 5 anni pari a 82.2% (superiore alla media nazionale, pari a 81.9%).

TM



Claudio Favre è medico e specializzato in Pediatria ed in Ematologia. È Direttore del Dipartimento Materno Infantile e Direttore del Programma Congiunto (Ematologia Adulti ed Oncoematologia Pediatrica) di Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche e Terapia Cellulare dell'AOU Pisana. Dal 1991 ha effettuato più di 900 trapianti. Nel 1998 ha fondato la Banca Toscana di Homograft (Valvole Cardiache Umane Criopreservate a scopo di trapianto). È autore di numerosi articoli scientifici.

CENTRI DI TRAPIANTO

Programma Congiunto Trapianto Cellule Staminali Emopoietiche e Terapia Cellulare - CIC 795

AOU Pisana

L'attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (A.O.U.P.), è stata avviata nel 1991 all'interno della Clinica Pediatrica cui si è affiancata, nel 1997, anche l'U.O. di Ematologia

Universitaria. Fin dalla loro istituzione, i due centri trapianto, seppur operando per alcuni anni autonomamente, si sono sempre avvalsi delle medesime strutture operative a livello aziendale, per quel che riguarda il servizio di aferesi e quello di manipolazione/criopreservazione cellulare.

Entrambi i Centri sono attualmente riconosciuti a livello regionale ed accreditati a livello nazionale (GITMO, IBM-DR, AIEOP) ed internazionale (EBMT) per l'effettuazione di ogni tipo di trapianto (autologo, allogenico da donatore familiare e da donatore *unrelated*). Dal 1991 al 31 dicembre 2012 sono stati complessivamente effettuati oltre 1200 trapianti tra autologhi ed allogenici. Sono state trattate tutte le principali patologie ematologiche dell'adulto nonché quelle oncoematologiche pediatriche con riconosciuta indicazione trapiantologica.

Nel settembre 2011, su richiesta dei Direttori di entrambi i Centri, è stato istituito ed ufficialmente riconosciuto il "Programma Congiunto (Adulti e Pediatrico) Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche e Terapia Cellulare" (EBMT CIC 795) con unico direttore di Programma (Dott. Claudio Favre) e composto dalle unità di seguito indicate:

1. Unità Clinica Trapianto

Costituita da un Centro Adulti e da un Centro Pediatrico rispettivamente afferenti alle UU.OO. di Ematologia Universitaria (Direttore: Prof Mario Petrini) e di Oncoematologia Pediatrica (Direttore Dott. Claudio Favre). Complessivamente l'Unità Clinica dispone di n. 12 camere singole a bassa carica microbica e di strutture dedicate per lo svolgimento delle attività di Day-Hospital ed ambulatorio.

2. Unità di Raccolta di Cellule Staminali Emopoietiche Midollari

La raccolta di midollo osseo viene effettuata

presso la Sala Operatoria dedicata della U.O. di Oncoematologia Pediatrica dal personale medico dell'Unità Clinica Trapianto. Il centro è autorizzato dall'IBMDR per lo svolgimento di tale attività anche su donatori volontari non familiari.

3. Unità di Raccolta Cellule Staminali Emopoietiche Periferiche/Linfociti (HPC-A/TC-T)

Afferente alla U.O. di Medicina Trasfusionale e Biologia dei Trapianti (Direttore: Dott. F. Scatena).

4. Laboratorio di Manipolazione e Criopreservazione Cellulare

nato nel 1989 all'interno della U.O. di Oncoematologia Pediatrica, ma attualmente afferente alla U.O. di Medicina Trasfusionale e Biologia dei Trapianti (Direttore: Dott. F. Scatena).

Il Laboratorio svolge per il Programma Trapianto i seguenti tipi manipolazione: eritrodeplezione, deplasmazione, selezione cellulare; deplezione cellulare, criopreservazione,

scongellamento, scongelamento e lavaggio di unità di sangue cordonale criopreservate.

Nello svolgimento della sua attività, il Programma Trapianto è inoltre supportato e sostenuto da una fitta ed efficiente rete di servizi intra-aziendali (Laboratorio di Immunogenetica per tipizzazione HLA, Laboratorio Trapianti, Laboratori Analisi, U.O. Anatomia-Patologica; Radiodiagnostica, S.I.M.T, Radioterapia, Dipartimento di Anestesia e Terapia intensiva, Chirurgia, Farmacia, Nefrologia e dialisi, consulenti specialisti in tutte le principali branche della medicina) che ne garantiscono la *performance* operativa e dai quali la complessità della medicina trapiantologica non può ad oggi assolutamente prescindere.

Attualmente il Programma Congiunto Trapianto di CSE è in una fase avanzata del percorso di accreditamento secondo gli Standard internazionali JACIE (*Joint Accreditation Committee ISCT & EBMT*) che soddisfano pienamente i requisiti previsti dalle normative vigenti in materia di cellule e tessuti. Il raggiungimento di tale tipologia di accreditamento rappresenta dunque il prossimo obiettivo che il Programma Trapianto Congiunto si propone di conseguire.

CLAUDIO FAVRE
Direttore del Dipartimento Materno Infantile
Direttore del Programma Congiunto di Trapianto
di Cellule Staminali Emopoietiche e Terapia Cellulare
dell'AOU Pisana

TM

CENTRI DI TRAPIANTO

La realtà operativa e scientifica della U.O. Chirurgia Epatica e del Trapianto di Fegato dell'AOU Pisana



Franco Filippini, laureato con lode in Medicina e Chirurgia nel 1983, specializzato in Chirurgia presso l'Università di Firenze. Si è formato come Assistente Chirurgo ed ha lavorato presso l'Unità di Trapianto di Fegato dell'Hopital Cochin di Parigi dal 1986 al 1991. Dal 1991 è in servizio presso l'AOUP. Dal 2006 è Professore Ordinario di Chirurgia Generale dell'Università di Pisa. Dal 2003 al 2007 è stato Coordinatore Regionale Trapianti della Toscana e Presidente AIRT.

INTRODUZIONE

La **U.O. Chirurgia Epatica e del Trapianto di Fegato**, afferente alla **Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana** (A.O.U.P.), è una Struttura con particolare esperienza nella chirurgia epatica e nel trapianto di fegato. L'Unità Operativa è il Centro di Riferimento Regionale per il trapianto di fegato e per la chirurgia epatobiliare, l'epatite fulminante ed il trauma epatico maggiore, per i quali si avvale di una unità di terapia intensiva dedicata, un'unità di coordinamento e una unità di degenza sub-intensiva e ordinaria che lavorano in modalità totalmente integrata.

L'Unità Operativa conduce attività di training clinico e di ricerca scientifica nel campo della chirurgia epatica e, del trapianto e offre un'ampia gamma di corsi educativi per tutti i professionisti sanitari: ha istituito un corso di dottorato di ricerca in "Scienza dei Trapianti", un Master di 1° Livello in "Coordinamento Infermieristico di donazione e trapianto di organi e tessuti" e un Master di 2° livello in "Coordinamento trapianto di fegato". Inoltre è attiva nell'organizzazione di eventi scientifici di livello nazionale e internazionale in ambito trapiantologico.

IL TRAPIANTO DI FEGATO

L'attività di trapianto epatico inizia in Toscana nel 1996. Da allora il Centro di Pisa ha pro-

gressivamente incrementato la sua attività fino a diventare il secondo centro in Italia, con oltre 1400 trapianti eseguiti. Nei suoi 18 anni di vita la struttura organizzativa del Centro si è progressivamente potenziata, divenendo un esempio ed una realtà riconosciuta a livello internazionale, nota per gli alti standard qualitativi, gli ineccepibili livelli assistenziali pre e post trapianto e per i risultati (sopravvivenza di organo e del paziente) stabilmente al di sopra delle medie dei centri italiani ed europei.

LA CHIRURGIA EPATICA

Annualmente l'U.O. valuta oltre un migliaio di pazienti l'anno, provenienti per la maggior parte da regioni extra Toscana, i quali sono sottoposti ad una valutazione multidisciplinare da parte di un team

comprendente tutte le specialità attinenti (radiologi, epatologi, infettivologi, oncologi, patologi ed altri).

Questo si traduce in una casistica che vede eseguire ogni anno oltre un centinaio di resezioni epatiche maggiori e di complessi casi di chirurgia delle vie biliari, utilizzando innovative tecnologie resettive e quando possibile mini-invasive e laparoscopiche. Inoltre il Centro indirizza più di duecento pazienti l'anno verso procedure di radiologia interventistica tra chemioembolizzazioni (TACE), radiofrequenze, alcolizzazioni e TIPS.

F. FILIPPONI¹⁻³, G. ARENGA¹, E. BALZANO¹,
 P. CARRAI¹, G. CATALANO¹, L. COLETTI¹,
 P. DE SIMONE¹, D. GHINOLFI¹, G. LEONARDI¹,
 Q. LAI¹, G. TINCANI¹, G. BIANCOFIORE²,
 M.L. BINDI², M. BISÀ², M.E. VANGONE², L. MEACCI²,
 R. MOZZO², A.G. SPELTA², J. DUCCI¹, E. GIANNESI¹,
 A. CASTELLETTO¹, I. LUSCHI¹, B. MAGNI¹,
 M. MASETTI¹, F. MEOCCI¹, P. MICHELOTTI²

¹ UO Chirurgia Epatica e del Trapianto di Fegato P.O. Cisanello - AOU Pisana, Pisa

² SOD Anestesia e Rianimazione nel Trapianto Fegato P.O. Cisanello - AOU Pisana, Pisa

³ Professore Ordinario di Chirurgia Generale Università di Pisa - Direttore UO Chirurgia Epatica e del Trapianto di Fegato AOU Pisana, Pisa

LE COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE

L'attività scientifica condotta dal personale dell'U.O. comprende differenti aree di investigazione sperimentale e clinica e consta della collaborazione con centri di eccellenza nazionali ed internazionali.

Le principali tematiche di ricerca comprendono: la terapia immunosoppressiva post-trapianto; lo sviluppo di protocolli terapeutici per la prevenzione della recidiva neoplastica post-trapianto o per il trattamento della stessa; l'impiego di protocolli di profilassi della re-infezione da virus dell'epatite B dopo il trapianto di fegato; l'impiego di nuovi farmaci antivirali nel trattamento della recidiva dell'infezione da virus dell'epatite C dopo il trapianto di fegato; la selezione di criteri clinici, biologici e istologici per i pazienti affetti da epatocarcinoma e candidati a trapianto di fegato; l'applicazione della metabolomica al trapianto di fegato; la bio-ingegneria tissutale per la realizzazione di modelli pre-clinici di fegato bio-artificiale; lo studio dei comportamenti dei pazienti trapiantati.

I PROGETTI EUROPEI

Nel corso degli ultimi anni il Centro si è inserito nel contesto europeo della ricerca (FP7) dando vita ad almeno tre progetti: il primo è un progetto **ERAWide** (European Research Area Wide) denominato THEBERA, in cui il Centro Trapianti di Pisa collabora con uno dei principali Istituti di ricerca sulle patologie epatiche egiziano il TBRI (Theodor Billhartz Research Institute) del Cairo con l'obiettivo di promuoverne la crescita, lo sviluppo e di integrarlo nel contesto europeo della ricerca scientifica.

A questo seguirà un progetto **Tempus** (interscambio di operatori sanitari e ricercatori con paesi extra-UE), mentre recentemente è stato attivato un progetto **Leonardo** (interscambio di operatori sanitari e ricercatori tra paesi UE) che vedrà medici e ricercatori italiani ed esteri avvicinarsi e scambiarsi esperienze nei rispettivi paesi.

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

Il principio assistenziale che guida la presa in carico del paziente e dei familiari all'interno dell'U.O., è quello della personalizzazione dell'assistenza: il paziente e i familiari/caregivers vengono accompagnati nel percorso di cura rivestendo un ruolo attivo e di condivisione delle scelte assistenziali con il team sanitario.

Da anni è attivo un progetto di educazione terapeutica per pazienti in lista d'attesa al trapianto o già trapiantati e ai loro familiari denominato **progetto "Non Sei Solo"** che ha l'obiettivo di sviluppare l'empowerment del paziente e dei caregivers e di creare una collaborazione con il team assistenziale.

Il programma "Non Sei Solo" nasce come iniziativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità all'interno del progetto HPH&HS (Ospedali che promuovono la salute) e si propone di istituire un filo diretto con la popolazione di assistiti al fine di aumentarne la partecipazione attiva al processo di cura.

LA DEDIZIONE ALL'INNOVAZIONE, ALLA SICUREZZA E ALLA QUALITÀ

Un aspetto fondamentale in ambito sanitario è quello di garantire al cittadino-utente il massimo in termini di garanzia e qualità. In questa ottica il centro ha recentemente concluso il percorso di **certificazione ISO EN 9001:2008**, risultando uno dei pochissimi centri trapianti in Italia certificato secondo le norme internazionali.

IL FUTURO

Il centro orienterà i suoi sforzi primariamente nel consolidamento e implementazione dei programmi di successo già attivi: il programma "Non Sei Solo", una sempre maggiore integrazione nei programmi europei, l'implementazione delle collaborazioni internazionali e una sempre maggiore attenzione ai requisiti di certificazione internazionale.

Da un punto di vista più strettamente tecnico l'U.O. ha evidenziato come priorità lo sviluppo, in coordinamento con la A.O.U. Meyer di Firenze, di un **programma di trapianto epatico pediatrico e l'implementazione della rete di riferimento regionale per i traumi epatici** per garantire, in caso di trauma maggiore le dovute competenze e capacità di gestione di situazioni complesse secondo metodologie e tempistiche appropriate.

Inoltre, stanno per diventare realtà gli **accordi di collaborazione** e supporto tecnico, scientifico e logistico in ambito trapiantologico siglati con regioni che non dispongono di un Centro di trapianto di fegato.

TM

La descrizione dell'attività dell'OTT proseguirà sul prossimo numero della rivista.

Star bene: si impara a scuola

Il programma regionale per il benessere dei giovani

Tutti i cittadini devono essere oggetto di attenzione quando si parla di promozione della salute, ma i giovani sono da tempo al centro di programmi strategici sostenuti dalla Regione Toscana perchè target fondamentale d'investimento per la costruzione di una società in salute. Negli ultimi anni l'attenzione si è focalizzata in particolare sull'età adolescenziale, periodo della vita particolarmente sensibile e critico per le scelte individuali.

La rilevanza e l'intensità di ciò che accade e che si sperimenta tra i 14 e i 18 anni non ha confronti con quanto avviene nelle altre fasi dell'esistenza. È in questo periodo infatti che è più probabile e frequente vivere nuove esperienze, mettersi in gioco in ambito relazionale e sessuale, sperimentare il consumo di sostanze, alcol e fumo.

Significative informazioni sullo stato di benessere dei ragazzi sono fornite da un'indagine svolta dall'Agenzia regionale della Sanità (ARS)¹ su un campione di 4829 studenti toscani tra i 14 e i 19 anni. Lo studio prende in considerazione numerosi indicatori tra i quali il benessere emotivo (Tabella 1) e relazionale (Tabella 2), le abitudini sessuali, il consumo di alcol, sostanze, tabacco, i fenomeni di bullismo e la pratica del gioco d'azzardo. L'immagine restituita è tutto sommato positiva a partire dai rapporti con i familiari ...e con i coetanei (92.2%) anche se il dato sul disagio vissuto dagli adolescenti coinvolge circa il 17,5% del campione che dichiara di soffrire di un elevato grado di "distress psicologico" concetto definito aspecifico che include: la tristezza, la frustrazione, l'ansietà, risposte negative e distruttive alle avversità della vita (disturbi alimentari, abitudine al fumo di tabacco, abuso di alcool e di sostanze psicotrope, difficoltà relazionali e affettive). Riguardo all'uso di sostanze psicotrope illegali il 24.8% dichiara di

averne fatto uso almeno una volta nei 30 giorni precedenti l'intervista; sul fronte del rendimento scolastico abbiamo il 59.8% dei ragazzi che lo definisce "poco buono" o "pessimo".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità², raccomanda la realizzazione di interventi di promozione della salute, soprattutto in ambito scola-

stico, dove si prevede l'utilizzo delle metodologie life skills education (LSE) e peer education (PE), cioè metodi basa-

ti sullo sviluppo delle competenze socio emotive dell'individuo e sulla sua capacità di interagire con i propri coetanei.

Costruire strategie ed interventi che adottano queste metodologie permette di promuovere nelle persone lo sviluppo di un forte senso di responsabilità verso se stessi e quindi anche verso gli altri di fronte alla scelta di comportamenti.

In particolare la PE è la metodologia che si basa sulla comunicazione tra coetaneo e coetaneo

SERENA CONSIGLI, ELISABETTA TERRADURA

*Settore Ricerca, Innovazione e Risorse umane
Regione Toscana*

Distress psicologico elevato

| | Maschi | Femmine |
|----------------------|--------|---------|
| AUSL 1 Massa Carrara | 12,9 | 21,8 |
| AUSL 2 Lucca | 10,5 | 18,8 |
| AUSL 3 Pistoia | 13,3 | 29,4 |
| AUSL 4 Prato | 15,0 | 29,9 |
| AUSL 5 Pisa | 7,5 | 15,2 |
| AUSL 6 Livorno | 15,2 | 25,1 |
| AUSL 7 Siena | 8,0 | 25,4 |
| AUSL 8 Arezzo | 12,3 | 27,0 |
| AUSL 9 Grosseto | 9,3 | 21,9 |
| AUSL 10 Firenze | 9,1 | 23,9 |
| AUSL 11 Empoli | 5,6 | 34,2 |
| AUSL 12 Viareggio | 6,0 | 26,7 |
| Toscana | 10,4 | 24,8 |

Tabella 1

¹ *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani. I risultati delle indagini EDIT 2005-2008-2011*, Agenzia Regionale di Sanità.

² WHO, *Life skills education in schools*, Division of Mental World Health Organization, Geneva 1993; WHO, *Peer education Kit for Uniformed Service*, WHO publications, Geneva 2003.

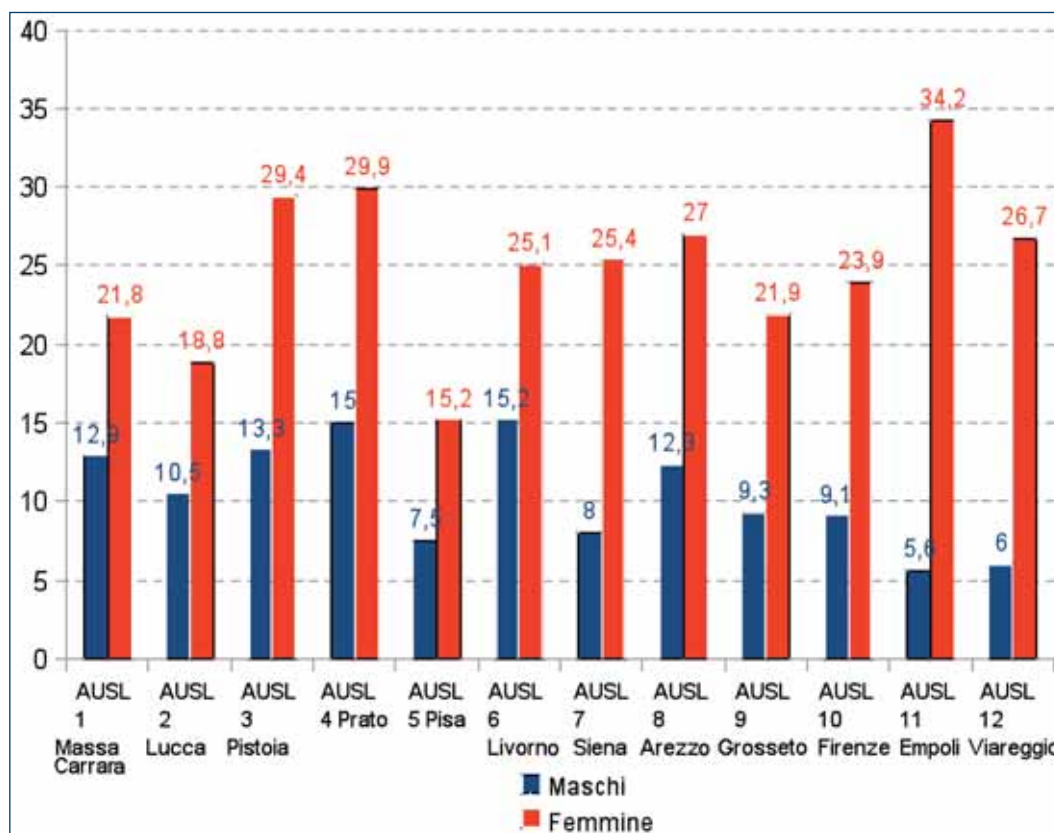


Tabella 1

e rappresenta lo strumento per trasferire informazioni all'interno del gruppo dei pari, favorendo atteggiamenti che promuovano il benessere della persona.

Nel periodo dell'adolescenza, i coetanei e il gruppo degli amici rappresentano importanti punti di riferimento e svolgono un ruolo fondamentale nel trasferire conoscenze, emozioni ed esperienze, al fine di promuovere il cambiamento di un comportamento scorretto. Con l'approccio educativo della PE, gli adolescenti diventano soggetti attivi della propria formazione, non più solo recettori di contenuti, valori, esperienze trasferite dall'adulto, e responsabili in prima persona della propria educazione, in base alla capacità naturale che possiedono di comunicare tra loro in maniera spontanea ed efficace.

Queste metodologie di tipo attivo-esperienziale, centrate sullo sviluppo delle intelligenze multiple, delle intelligenze emotive e sul potenziamento delle capacità personali sono già state sperimentate in alcune realtà scolastiche della Toscana dove è stata avviata la formazione strutturata di insegnanti e studenti che hanno avuto modo di valutarne l'efficacia nel gruppo classe e tra i colleghi.

Il concetto di adeguatezza ed efficacia di azione dei servizi merita una particolare riflessione dal

momento che è ormai dimostrato che un approccio di tipo informativo da parte degli operatori, che tende ad esaurirsi in una o più sessioni durante le quali si ragguaglia sui danni derivanti dall'uso di droghe, di alcol, di sigarette, risulta inefficace visto che molto spesso i ragazzi in tali contesti giocano un ruolo prevalentemente passivo che produce scarso impatto.

La semplice conoscenza dei comportamenti e delle abitudini che possono compromettere il benessere fisico, psichico e sociale non è sufficiente all'adozione ed al mantenimento di stili di vita orientati alla salute, soprattutto nei giovani, che non vogliono più sentirsi dire dagli adulti cosa "non si deve fare". È infatti opinione condivisa da molti che tra informazione, consapevolezza e comportamento non si verifica un rapporto diretto e lineare.

Risulta sicuramente più vincente un approccio che agisce stimolando la sfera emotiva e relazionale dei destinatari, prevedendo un loro coinvolgimento diretto ed esperienziale. In tal senso è importante far leva sullo sviluppo dei fattori protettivi che entrano in gioco nei contesti educativi e di conseguenza nei processi di crescita e di sviluppo dei giovani; la famiglia, il contesto relazionale, la musica, la creatività riescono a rafforzare nei ragazzi le competenze necessarie per fronteggiare i processi di cambiamento evolutivo in modo con-

sapevole nel tentativo di assicurarsi un futuro desiderabile.

Con questo spirito sono nati negli ultimi anni i programmi di intervento rivolti al mondo giovanile promossi dall'Assessorato Diritto alla Salute.

Il programma "Di testa mia" (www.ditestamia.it), nato nel 2008, ha dato avvio a questo percorso di partecipazione e protagonismo giovanile e ancora oggi se ne vedono i frutti. L'Associazione "Di testa mia Health Promoting Guys", è nata da un gruppo di ragazzi che, dopo aver partecipato al programma suddetto (2009), hanno deciso di organizzarsi formalmente estendendosi su tutto il territorio regionale per rappresentare un'interfaccia importante per la definizione di linee e programmi d'indirizzo rivolte al benessere dei giovani toscani.

Altrettanto strategico si è dimostrato l'impegno nel promuovere "azioni di sistema", cioè di lunga durata, come pure attivare reti di soggetti sul territorio che concorrono ad agire sui determinanti di salute e adottare un approccio globale e un sapere condiviso attraverso alleanze e rispetto reciproco.

L'esperienza maturata ha infatti dimostrato che i progetti nati da finanziamenti specifici e a termine risultano meno efficaci di quelli conti-

nuativi, coordinati e inseriti nel territorio, poiché i primi si basano principalmente su interventi informativi condotti secondo una modalità comunicativa dall'alto verso il basso con scarse possibilità di produrre risultati positivi in termini di salute sui suoi destinatari.

Queste in sostanza le premesse su cui si fonda l'ultimo atto della Giunta della Regione Toscana in materia di promozione della salute.

Con delibera n. 38 del 21 gennaio 2013, sono stati approvati gli indirizzi alle Aziende Sanitarie per realizzare interventi volti ad accrescere il benessere dei ragazzi in ambito scolastico. L'atto fornisce indicazioni sul setting d'intervento, sui destinatari e sulle metodologie da utilizzare, oltre a suggerire percorsi operativi e strumenti per ogni ordine d'istruzione.

La scuola è infatti in grado di offrire un contributo significativo alla salute e al benessere degli studenti, infatti è molto importante stringere una forte alleanza con i protagonisti di tale contesto: dirigenti scolastici, insegnanti e ragazzi devono sedere ai tavoli di lavoro costituiti dagli operatori del sistema sanitario per contribuire alla definizione di programmi di promozione della salute. **TM**

Tabella 2 - Distribuzione della definizione dei rapporti con i coetanei per genere ed età - Anno 2011 (N=4.749).

| | | Come definiresti i rapporti con i tuoi coetanei? | | | | | |
|---------|---------------|--------------------------------------------------|------------------|-----------|------------|---------|--------|
| Età | | Molto buoni | Abbastanza buoni | Così così | Poco buoni | Pessimi | Totale |
| Maschi | <=14 | 53,5 | 41,4 | 3,8 | 0,6 | 0,7 | 100 |
| | 15 | 53,0 | 41,1 | 4,5 | 0,5 | 0,8 | 100 |
| | 16 | 48,6 | 44,1 | 5,8 | 1,4 | 0,1 | 100 |
| | 17 | 51,7 | 41,2 | 5,9 | 0,6 | 0,5 | 100 |
| | 18 | 46,6 | 45,0 | 7,4 | 0,7 | 0,3 | 100 |
| | >=19 | 51,4 | 43,2 | 3,4 | 1,3 | 0,6 | 100 |
| | Totale | | 50,7 | 42,7 | 5,2 | 0,9 | 0,5 |
| p=0,569 | | | | | | | |
| Femmine | <=14 | 50,6 | 40,5 | 6,8 | 1,6 | 0,6 | 100 |
| | 15 | 51,0 | 44,0 | 4,7 | 0,4 | 0,0 | 100 |
| | 16 | 45,9 | 48,3 | 4,6 | 1,1 | 0,2 | 100 |
| | 17 | 42,4 | 46,7 | 8,2 | 2,3 | 0,5 | 100 |
| | 18 | 35,0 | 52,8 | 10,7 | 0,8 | 0,7 | 100 |
| | >=19 | 38,9 | 49,8 | 10,2 | 1,0 | 0,0 | 100 |
| | Totale | | 43,7 | 47,1 | 7,6 | 1,2 | 0,3 |
| p=0,014 | | | | | | | |
| Totale | <=14 | 52,0 | 40,9 | 5,3 | 1,1 | 0,6 | 100 |
| | 15 | 52,0 | 42,5 | 4,6 | 0,5 | 0,4 | 100 |
| | 16 | 47,3 | 46,1 | 5,3 | 1,2 | 0,1 | 100 |
| | 17 | 47,2 | 43,8 | 7,0 | 1,4 | 0,5 | 100 |
| | 18 | 41,0 | 48,8 | 9,0 | 0,7 | 0,5 | 100 |
| | >=19 | 45,1 | 46,6 | 6,9 | 1,2 | 0,3 | 100 |
| | Totale | | 47,3 | 44,9 | 6,4 | 1,0 | 0,4 |
| p=0,021 | | | | | | | |

Consiglio Sanitario Regionale

Realizzazione di una rete assistenziale per la cura delle ulcere cutanee

Definizione delle buone pratiche

Sono ulcere le ferite cutanee che non procedono verso una progressiva e ordinata riparazione fino a riprodurre la normale integrità della cute in qualunque parte del corpo e per qualunque eziopatogenesi (il piede diabetico, che ha già una normativa regionale collaudata, le ustioni e i suoi postumi non sono trattati in questo documento).

INTRODUZIONE

È inconsueto che un individuo altrimenti in buona salute non presenti un normale processo riparativo delle lesioni cutanee. Di solito, infatti, le ferite croniche accompagnano situazioni patologiche anche molto comuni, come il diabete, le obesità, etc.

Le ulcere cutanee rappresentano oggi una epidemia silenziosa che colpisce ampi strati della popolazione mondiale e ha significative ripercussioni sulla Salute Pubblica e sull'Economia. Si stima che, nei Paesi occidentali, l'1-2% della popolazione sia afflitto da questa condizione in un qualche momento della vita. Nel Regno Unito viene stimata una prevalenza di circa il 3/1000: il dato riferito alla popolazione italiana fa stimare a circa 200.000 i casi, e in Toscana a circa 11.000.

Le ulcere cutanee vengano considerate non più una condizione sporadica ma una patologia ad alto impatto, tale comunque da richiedere modelli organizzativi ad hoc. Questo anche in ragione di una situazione economica che impone la ricerca del massimo "value for money".

Il riferimento organizzativo allo stato attuale per disegnare una rete assistenziale non può che essere la Legge 189/2012, o "Legge Balduzzi", e in particolare l'art. 1 del Capo I dove si definisce il riordino dell'assistenza territoriale. Il testo fornisce indicazioni alle Regioni per articolare questo settore territoriale in due strutture principali per pazienti esterni:

1. Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), monofunzionali, che includono medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici della Guardia Medica e, ove previsto, infermieri.

2. Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che includono il maggior numero possibile di diverse professioni sanitarie mediche e non mediche che cooperano con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri.

A questi due livelli, AFT e UCCP, è necessario fare riferimento per identificare un Percorso Integrato di Cura per i pazienti affetti da lesioni cutanee che tendono a non guarire: le ulcere cutanee.

PROPOSTA

La seguente proposta prevede tre livelli assistenziali, il primo ed il secondo di competenza territoriale, il terzo di competenza ospedaliera.

□ I LIVELLO (AFT)

Personale coinvolto: medici di medicina generale e infermieri

• Quali pazienti prende in carico:

A. Pazienti con lesione cutanea di recente insorgenza diagnosticata dal medico di medicina generale.

B. Pazienti con ulcere trattate ma non ancora guarite nel II livello con percorso assistenziale terapeutico stabilito e affidato a infermiere esperto. Controlli settimanali a garanzia del risultato.

• Protocollo diagnostico-terapeutico:

A. anamnesi patologica remota e prossima, esame generale e locale; rilievo dei polsi e/o misurazione dell'ABI ad escludere un'arteriopatia medio-grave (ABI <0.8);

B. raccomandazioni al paziente per una regolare attività fisica confacente all'impostazione diagnostica rilevata e trattamento delle patologie concomitanti;

C. medicazione locale con lavaggio con soluzione fisiologica e garza non AD e comunque secondo protocolli concordati; evitare lavaggi o "impacchi" di antisettici;

D. terapia compressiva quando e dove indicata;

E. controllo settimanale.

... Omissis ...

Da questo I livello, il medico avvia a consulenza presso il II livello tutti i pazienti che:

a. entro 6 settimane non mostrano alcuna progressione migliorativa della lesione in seguito al trattamento impostato o addirittura mostrano un peggioramento;

b. tutti i pazienti che arrivano in prima battuta ma che:

- hanno un'ulcera recidiva;
- presentano un'ulcera ad estesa componente necrotica e/o infetta e/o intensamente dolente con dolore che non cede ai comuni analgesici;
- hanno gravi patologie di competenza specialistica.

□ II LIVELLO (UCCP)

Personale coinvolto: medici esperti e infermieri esperti

A. Specificità della figura medica: poiché non esiste una specialità vulnologica e una specializzazione correlata, l'individuazione del medico responsabile dell'assistenza vulnologica nell'ambito del II livello che sarà localizzato nelle unità complesse di cure primarie deve essere fatta sulla base delle seguenti caratteristiche:

- essere motivato;
- avere esperienza di medicina interna;
- avere esperienza in diagnostica vascolare (capacità di eseguire almeno un ecocolordoppler ed un esame doppler con misurazione dell'ABI);
- conoscere le linee guida diagnostico-terapeutiche;
- conoscere e saper utilizzare le medicazioni avanzate;
- conoscere i materiali e le tecniche di bendaggio; saper eseguire un bendaggio;
- essere capace di utilizzare i presidi di detersione meccanica e chirurgica;
- conoscere le possibilità di ulteriori trattamenti che pur esulano dalle sue competenze specifiche;
- avere capacità di leadership e di coinvolgimento e di delega alla figura infermieristica per quanto riguarda follow up e terapia.

Il vulnologo ha il compito di seguire e tutorare il percorso assistenziale del paziente quando sia necessario l'affidamento ai setting assistenziali ospedalieri.

B. specificità della figura infermieristica: l'individuazione della figura infermieristica che opera nell'assistenza vulnologica nell'ambito della unità complessa di cure primarie deve essere fatta sulla base delle seguenti caratteristiche:

- essere motivato;
- capace di misurare l'Indice Caviglia-Braccio;
- conoscere le linee guida di gestione infermieristica;
- conoscere e saper utilizzare le medicazioni avanzate;
- conoscere i materiali e le tecniche di bendaggio; saper eseguire un bendaggio;
- poter partecipare col medico all'inquadramento terapeutico del paziente e seguirlo nel tempo;
- fungere da collegamento per l'accesso ad altre visite specialistiche che si rendano necessarie o per l'accesso all'ospedale (III livello) o per l'affidamento alle cure domiciliari quando esso sia consentito dalle condizioni cliniche del paziente.

• Quali pazienti prende in carico:

a. pazienti che vengono indirizzati dall'Unità di aggregazione monofunzionale territoriale;

b. pazienti che sono stati trattati nei centri di III livello (ospedale) vuoi con attività ambulatoriali che di day hospital, day service o con ricovero.

• Nel II livello il paziente deve avere:

a. un completo inquadramento diagnostico anche mediante l'accesso ad altre consulenze specialistiche erogate dai servizi diagnostici aziendali;

b. il trattamento della sua lesione con:

- medicazioni e terapie secondo linee guida;
- adeguate istruzioni circa le opportune norme igienico-comportamentali da seguire.

Il II livello sarà espletato nell'ambito delle Unità Complesse di Cure Primarie, come le altre specialità, quando saranno costituite.

I comportamenti terapeutici devono essere comunque in linea con le linee guida espresse nell'allegato A.

□ III LIVELLO

I centri di III livello sono localizzati negli ospedali e svolgono assistenza a livello ambulatoriale, day hospital, day service e in selezionati casi in regime di ricovero

Personale coinvolto: Il personale di assistenza è rappresentato da medici e infermieri che operano nelle specialità adeguate ai bisogni del paziente.

Prende in carico i pazienti che vengono indirizzati dal II livello.

• Quali pazienti prende in carico:

- Pazienti che sono inviati dal II livello per eseguire procedure diagnostico-terapeutiche di elevata complessità.

La continuità assistenziale, nel percorso intra-ospedaliero, sarà gestita dai responsabili delle attività vulnologiche del II livello in accordo con le professionalità ospedaliere di volta in volta coinvolte.

Capitolo sulla formazione in rapporto ai dettami delle linee guida delle società scientifiche accreditate per tutto il personale coinvolto: medico, infermieristico, tecnico e farmaceutico.

Il Percorso Integrato di Cura delle Ulcere Cutanee può essere stratificato secondo una delle Scale internazionalmente riconosciute, qui di seguito indicate:

- **PSST (Pressure Sore Status Tool)** (*Bates-Jensen Wound Assessment*)¹

http://www.evidencebasednursing.it/progetti/LDD/LG%20LDP%202010/LG_LDP_2010_sito.pdf

- **PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing)**²

<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/02/push3.pdf>

- **Sussman scale** (*Sussman Wound Healing Tool*)³

http://books.google.it/books?id=LaNuvQTjYeEC&pg=PA168&lpg=PA168&dq=ulcers+Sussman+tool&source=bl&ots=xiMNfsAqw_&sig=jrRFiHZlxkAs7IvJgEYhusPQQOo&hl=it&sa=X&ei=8gHbUPyFHZSL4gTtziHoBg&sqi=2&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=ulcers%20Sussman%20tool&f=false

- **Sessing scale**⁴

http://www.riparazionetessutale.it/lesioni_da_decubito/classificazione.html

- **WHS (Wound Healing Scale)**⁵

http://books.google.it/books?id=RiW5u8QT4C&pg=PA74&dq=%22wound+healing+scale%22&hl=it&sa=X&ei=0j_bUO_QOuLm4QsJjYHwCA&redir_esc=y#v=onepage&q=%22wound%20healing%20scale%22&f=false

- **PWAT scale** (*Photographic Wound Assessment Tool*)⁶

http://www.thehealthline.ca/healthlibrary_docs/B.9.3c.PWATResources.pdf

- **CODED score**⁷

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11933287>

- **DESIGN scale**⁸

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14969021>

In linea di principio, l'organizzazione del Percorso Integrato di Cura per le Ulcere Cutanee potrebbe avere a livello di Azienda USL o di Area Vasta la configurazione riportata nello schema. Si deve intendere che i gradi di malattia e Le Professionalità interessate alla cura, diverse dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta, hanno, nello schema, valore puramente esemplificativo.

| Scala Ulcere | AFM | | UCCP | | | | Ospedale DH | | Ospedale Degenza | |
|--------------|-----|------|---------|---------|---------|---------|-------------|---|------------------|---|
| | MMG | INF. | Spec. A | Spec. B | Spec. C | Spec. D | A | B | C | D |
| Grado 1 | | | | | | | | | | |
| Grado 2 | | | | | | | | | | |
| Grado 3 | | | | | | | | | | |
| Grado 4 | | | | | | | | | | |
| Grado 5 | | | | | | | | | | |

¹ Bates-Jensen BM, Vredevoe DL, Brecht ML. Validity and reliability of the Pressure Sore Status Tool. *Decubitus* 1992; 5 (6): 20-8.

² Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Franz RA, Sussman C, Ferrell BA, Cuddigan J, Stotts NA, Maklebust J. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. *The PUSH Task Force. Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 96-101.

³ Utility of the Sussman Wound Healing Tool in predicting wound healing outcomes in physical therapy. *Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 74-7.

⁴ Ferrell BA, Artinian BM, Sessing D. The Sessing Scale for assessment of pressure ulcer healing. *Journal of the American Geriatric Society* 1995; 43: 37-40.

⁵ Krasner D. Wound Healing Scale, version 1.0: A proposal. *Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 82-5-15.

⁶ Houghton PE, Kincaid CB, Campbell KE, Woodbury MG, Keast DH. Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. *Ostomy/Wound Manage* 2000; 46 (4): 20-30.

⁷ Emparanza JL, Aranegui P, Ruiz M y cols. A simple Severity index for pressure ulcers. *Journal of Wound Care* 2000; 9 (2): 86-90.

⁸ Sanada H, Moriguchi T, Miyachi Y, Ohura T, Nakajo T, Tokunaga K, Fukui M, Sugama J, Kitagawa A. Reliability and validity of DESIGN, a tool that classifies pressure ulcer severity and monitors healing. *J Wound Care* 2004; 13 (1): 13-18.

Crisi del medico ospedaliero e proposte per il cambiamento



Stefano Magnolfi, specializzato prima in Neurologia con Amaducci e poi in Geriatria e Gerontologia con Antonini, con cui ha scritto *L'Età dei Capolavori* per la Marsilio. In seguito, ha lavorato a Prato in Geriatria con Antonio Bavazano, con il quale ha approfondito le strategie organizzative per assistere gli anziani sia in ospedale che sul territorio. Dal 2010 è Direttore dell'U.O. di Geriatria di Prato.

Da qualche anno, nei medici ospedalieri si avverte un crescente disagio, dovuto ad un insieme di cause. Tra queste, ricordiamo:

1) il progressivo spostamento di attività e di risorse dall'ospedale al territorio;

2) la crescita della professione infermieristica, che ha raggiunto una notevole autonomia rispetto a quella medica;

3) il potere sempre maggiore delle direzioni ospedaliere e di area funzionale;

4) la richiesta sempre più pressante da parte dei pazienti e dei loro parenti di comunicazione, condivisione e coinvolgimento nelle scelte diagnostico-terapeutiche;

5) l'aumento dell'età pensionabile, con un numero sempre maggiore di medici ultrasessantenni che dovranno continuare a svolgere a pieno ritmo un lavoro impegnativo da un punto di vista psicofisico e gravato da molte responsabilità;

6) la scarsa valorizzazione della professionalità dei medici più esperti e la mancata differenziazione delle carriere, per cui spesso, non esistono praticamente ruoli intermedi tra quello del direttore e quello degli altri dirigenti medici;

7) la burocratizzazione sempre maggiore della professione medica, che comporta una sensibile riduzione del tempo destinato ad attività cliniche rispetto a quello dedicato ad adempimenti amministrativi e formali;

8) la scarsa promozione dell'attività libero-professionale intra-moenia, che spesso non viene concepita come un mezzo per valorizzare le capacità dei professionisti e rispondere al bisogno di personalizzazione delle cure da parte degli utenti, ma come una fonte di disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni, che occorre limitare con una regolamentazione restrittiva e con l'imposizione di un pesante tributo economico ai professionisti;

9) la soppressione negli ospedali medio-piccoli di alcune attività specialistiche, che vengono riservate ai policlinici universitari. Questo aspetto comporta il rischio di demotivare i medici dei centri minori, che si vedono privati di una parte interessante della propria casistica;

10) l'esigenza di adeguarsi ai criteri di accreditamento e la necessità di raggiungere i valori di *performance* previsti nelle schede di *budget*, sia per quanto riguarda l'efficienza delle cure che il consumo delle risorse.

Alcuni dei cambiamenti in atto nella nostra sanità consentono una maggiore efficienza e appropriatezza delle prestazioni, ma rimettono fortemente in discussione il ruolo e la mission dei medici ospedalieri, di cui una buona parte è impreparata a recepirne il significato e le conseguenze. C'è il rischio che i medici ospedalieri subiscano in modo passivo i cambiamenti, anche per lo scarso senso di appartenenza ad un'unica categoria e la tendenza a riconoscersi nella propria disciplina specialistica, avvertendo più le differenze che le somiglianze con i colleghi delle altre discipline. In un contesto in cui cambia

il modello assistenziale (l'intensità di cura), ma anche la mentalità dei pazienti e dei loro parenti, attivamente coinvolti nel processo di cura, e il ruolo degli infermieri e delle altre professioni sanitarie,

il medico non può rimanere attaccato a modelli del passato, fondati sull'autoreferenzialità e sulla separazione tra ospedale e territorio, ma deve ripensare profondamente il proprio ruolo e le proprie funzioni.

Di solito i medici ospedalieri svolgono più compiti (turni in reparto, guardie, ambulatori, consulenze), e in genere queste attività si alternano in modo abbastanza rapido e senza la dovuta continuità. Questo assetto organizzativo consente una rotazione e un'equa ripartizione dei compiti, ma penalizza l'efficienza e l'efficacia delle cure. Nella degenza ospedaliera, è importante la presenza di medici che assicurino un periodo minimo di continuità (almeno due settimane dal lunedì al sabato) per garantire ad ogni paziente una presa in carico da parte di un medico di riferimento, in grado di seguirlo durante l'intero arco della degenza. Un medico che si occupi di degenze deve avere capacità non solo cliniche, ma anche organizzative (ottimizzazione dei tempi di ricovero, uso appropriato delle risorse, organizzazione del *discharge plan* e di percorsi di continuità assistenziale con il territorio) e relazionali (capacità di comunicare al paziente, ai parenti, al medico di medicina generale e agli altri sanitari lo scopo e l'esito delle cure, condivisione del progetto assistenziale, richiesta del consenso informato). Per i pazienti, avere un medico che li segue dall'inizio alla fine della degenza rappresenta la garanzia di un interlocutore stabile, sempre informato sulle loro condizioni e quindi in grado di adottare le scelte diagnostiche e terapeutiche più opportune. Il medico di riferimento (o tutor) non può

STEFANO MAGNOLFI*, PASQUALE PALUMBO**

* Direttore UO Geriatria Ospedale "Misericordia e Dolce" di Prato

** Direttore UO Neurologia, Ospedale "Misericordia e Dolce" di Prato

però essere l'unico medico che si fa carico dei problemi del paziente dall'inizio al termine della degenza (anche perché non può stare in reparto tutti i giorni 24 ore su 24). Tutti i medici del reparto (a partire dal direttore) sono coinvolti nell'assistenza, ma oltre a questa responsabilità generale, ci deve essere per ogni paziente una responsabilità specifica che ricade su un medico di riferimento, a cui spetta prendere le decisioni diagnostiche e terapeutiche più opportune, supportato dalla conoscenza approfondita del caso e dai pareri dei colleghi.

Anche l'esecuzione di attività specialistiche ambulatoriali o consulenziali richiede abilità specifiche che devono essere sviluppate ed affinate con uno specifico percorso formativo. Rispetto ai colleghi coinvolti nella degenza, gli specialisti ambulatoriali vedono pazienti con patologie ed esigenze diverse, e bisogni meno urgenti, ma più protratti rispetto a quelli ricoverati. Una funzione su cui occorre riflettere è quella dello specialista che effettua le consulenze nei pazienti ricoverati. Di solito, il consulente visita il paziente e prescrive esami e terapie, senza rivalutarlo in seguito. In altri casi l'intervento del consulente è richiesto nuovamente, sia per rivalutare l'esito degli esami e delle terapie che per un'ulteriore visita al paziente. Talvolta la consulenza si trasforma in una vera e propria presa in carico, che si realizza con il trasferimento del paziente nell'U.O. del consulente, o con la permanenza del paziente nello stesso reparto ma con una presenza giornaliera del consulente, che così condivide la responsabilità del paziente insieme al medico di reparto. Nell'ospedale per acuti, i consulenti hanno un ruolo fondamentale sia sull'efficacia che sull'efficienza del ricovero e la consulenza rappresenta una risorsa preziosa, che contribuisce ad ottimizzare l'assistenza, ma può anche determinare un inutile ritardo delle dimissioni o ad aggiungere esami di dubbia utilità per il paziente. Ci sono anche casi in cui l'intervento del consulente viene richiesto più per tutelare il medico di reparto, in un'ottica di medicina difensiva, che per migliorare le condizioni del paziente.

Lo svolgimento dei turni di guardia è fondamentale per garantire ai pazienti la continuità dell'assistenza, ma per i medici rappresenta probabilmente la parte meno gratificante e più usurante del proprio lavoro. D'altro canto l'ospedale efficiente deve avere medici qualificati non solo nelle ore diurne dei giorni feriali, ma anche in quelle notturne e nei giorni festivi. Come il tutor e lo specialista ambulatoriale, anche il medico di guardia deve avere capacità specifiche, che gli consentano di gestire in modo tempestivo ed adeguato le situazioni urgenti e possedere anche una notevole resistenza fisica, per sostenere turni di lavoro faticosi e stressanti. Ciò può essere garantito in maniera efficiente ed efficace dal giovane medico che deve essere formato nella gestione delle urgenze e della continuità assistenziale.

Negli ultimi venti anni, il ruolo dei direttori delle Unità Operative è profondamente cambiato: in passato, i primari mantenevano un elevato livello di autonomia decisionale rispetto alle direzioni ospedaliere, avevano soprattutto competenze cliniche e non si occupavano degli aspetti gestionali e dell'efficienza dei reparti. In seguito, ai direttori di U.O. sono stati assegnati annualmente obiettivi di budget, e hanno dovuto controllare non solo l'efficacia e la qualità, ma anche l'efficienza delle cure. Nonostante la tendenza

delle normative regionale a ridimensionare l'importanza dei direttori di U.O. è necessario sottolineare l'importanza di questo ruolo. La crescente differenziazione delle pratiche specialistiche, che rendono difficile per ogni direttore una conoscenza approfondita di ogni settore della propria disciplina, richiede l'acquisizione di nuovi compiti, tra cui il più importante è il continuo miglioramento degli standard qualitativi della propria U.O. Per garantire un adeguato livello di assistenza, non servono i primari "tuttologi", ma occorre che in ogni U.O. ci sia una differenziazione dei compiti, con medici in possesso di conoscenze specifiche in particolari settori. Il direttore deve coordinare e armonizzare il lavoro dei vari specialisti, garantire il miglioramento della qualità delle cure e l'aggiornamento culturale, organizzare riunioni e audit di reparto, costituire un'interfaccia tra l'U.O. e le direzioni sanitarie, favorire il coordinamento con le altre figure sanitarie, a partire dagli infermieri.

A questo punto, si possono trarre alcune conclusioni e avanzare alcune proposte sul superamento della crisi del ruolo medico con l'adozione di nuovi modelli organizzativi:

1) L'attuale assetto delle U.O. non prevede una reale progressione e differenziazione delle carriere professionali; diventa quindi necessario rivendicare il ruolo del direttore dell'UO e individuare altre forme di incarico che consentano ad ogni medico il riconoscimento di un'identità specifica, con un'effettiva autonomia operativa e una significativa differenza retributiva.

2) Il conferimento degli incarichi dovrà essere effettuato non solo in base al tipo di patologia trattata, ma anche in base al *setting* di lavoro: in particolare, occorrerà individuare i medici esperti con una funzione di tutor addetto all'ottimizzazione delle degenze e quelli con una funzione di specialista ambulatoriale o di consulente.

3) Ai medici con minore anzianità di servizio dovranno prevalentemente essere affidate funzioni di medico aggiunto in formazione nei reparti o negli ambulatori o di medico di guardia.

4) Il passaggio da una funzione all'altra non dovrà avvenire in modo automatico, raggiunta una certa anzianità di servizio, ma dovrà essere deciso in base ad un processo valutativo, che accerti le reali competenze nello svolgimento di un ruolo specifico, sia in base alla qualità professionale che alla qualità percepita dagli utenti. Ad ogni livello di posizione professionale dovrà corrispondere un adeguato trattamento retributivo.

In sintesi per salvaguardare la propria identità professionale, il medico ospedaliero dovrà:

- garantire la qualità e l'omogeneità delle prestazioni e l'aggiornamento continuo del personale;
- riconoscere di avere problemi comuni e rimettere in discussione ruoli e identità che lo caratterizzavano nel passato;
- rapportarsi in modo sempre più stretto e complementare con la medicina territoriale, in una visione integrata di continuità delle cure;
- favorire con le altre professioni sanitarie ospedaliere una nuova collaborazione multidisciplinare, che valorizzi la crescita comune in base ad un rapporto complementare, fondato sul rispetto reciproco e sulla necessità di condividere il progetto assistenziale.



Luca Pieri, laureato in Medica e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze, attualmente Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. Da Settembre 2012 in tirocinio formativo presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria di Firenze

Il sistema di allerta rapido alimenti e mangimi nell'Azienda Sanitaria di Firenze

Analisi dati 2012

INTRODUZIONE

Il Sistema di allarme rapido per alimenti e mangimi (SARAM) è stato istituito come strumento efficace di scambio delle informazioni tra le autorità preposte all'individuazione di un rischio connesso alla sicurezza in campo alimentare.

Questo sistema ha come obiettivo la notifica in tempo reale dei rischi diretti o indiretti per la salute pubblica relativi al consumo di alimenti o mangimi ed è stato istituito nel 2003

e recepito successivamente anche dalla Regione Toscana nel 2004 con Delibera della Giunta Regionale 69/2004 e relativo aggiornamento, a seguito dell'emanazione del regolamento comunitario 16/2011 (Delibera Giunta Regionale 890/2011). Tale sistema è costituito da una rete europea i cui nodi sono rappresentati dai Punti di Contatto (PdC) nazionali (Ministero della Salute), regionali (Assessorati alle politiche sanitarie) e territoriali (Aziende Sanitarie) e le cui caratteristiche fondamentali sono la comunicazione e la rapidità di trasmissione dell'informazione tra i soggetti costituenti la rete.

La sicurezza alimentare, la cui garanzia è attribuita dai regolamenti comunitari alla responsabilità degli operatori del settore è tema di grande interesse per i consumatori, che individuano negli organi di controllo ufficiale le autorità che presidiano a tali aspetti. Il sistema di allarme SARAM può essere attivato a seguito di segnalazioni di consumatori su prodotti non conformi, a seguito di comunicazione da parte del produttore, oppure in seguito a controllo ufficiale e analitico. Oltre ai prodotti "tradizionalmente" presenti nelle segnalazioni, negli ultimi anni l'attenzione si è rivolta anche a "nuove" categorie di prodotti, quali integratori alimentari, alimenti per l'infanzia, materiali a contatto con alimenti e prodotti dietetici. La

presenza di additivi non ammessi in un alimento destinato all'infanzia e in un integratore alimentare, l'eccessiva migrazione globale o di metalli pesanti riscontrata in posate di plastica e di acciaio, hanno portato all'attivazione di numerose segnalazioni di allerta in tutto il territorio di competenza della Asl 10 di Firenze.

L. PIERI, T. TANINI*, G. GAROFALO**, G. CIAMPI**

Con la collaborazione di:

V. CORDELLA, P. DE ANGELIS, C. STADERINI***

* Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze

** Asl 10 Settore Igiene, Sanità Pubblica - Alimenti e Nutrizione - Punto Di Contatto (PdC) ASL10 Firenze

*** Asl 10 Settore Igiene, Sanità Pubblica - Alimenti e Nutrizione - Referenti di zona SARAM

RISULTATI

Nell'anno 2012 sono pervenute 179 segnalazioni di allerta riguardanti la Regione Toscana,

92 delle quali hanno interessato la Asl 10 di Firenze: 41 hanno riguardato prodotti di origine non animale e 51 prodotti di origine animale o destinati al consumo animale.

Nell'ambito delle classi di prodotti analizzati sono state riscontrate irregolarità relative alla sicurezza del prodotto (contaminanti microbiologici, residui di antiparassitari, metalli pesanti, micotossine, stato di conservazione, additivi e coloranti, migrazione di formaldeide da stoviglie in plastica, migrazione di cromo, manganese e nichel da stoviglie in acciaio) nonché irregolarità di natura formale-merceologica (etichettatura non conforme e presenza di corpi estranei). Le non conformità di materiali a contatto con alimenti sono attribuibili, nella maggior parte dei casi a merce importata. Nel 2011 è stato infatti emanato uno specifico regolamento della UE (284/2011) che disciplina l'importazione di utensili per cucina in plastica a base di poliammide e melammina.

TIPOLOGIA DI CONTAMINANTE

Se si analizzano i motivi di attivazione del sistema di allerta si nota che nel settore degli alimenti di origine non animale (IP) la classe di contaminanti più rappresentata è quella di tipo chimico, mentre nel settore degli alimenti di origine animale (VET) i contaminanti prevalenti sono

quelli di tipo microbiologico e biologico, come illustrato nel Grafico 1.

Per quanto riguarda i contaminanti chimici quelli di più frequente riscontro sono metalli pesanti (10 casi), additivi non consentiti (7 casi) e micotossine (6 casi).

Le allerta per contaminazione microbiologica sono sostenute prevalentemente da microrganismi quali Salmonella, Anisakis, Escherichia Coli e Listeria Monocytogenes (18 casi su 32).

Tra i 27 casi di non conformità merceologica, le irregolarità riscontrate più frequentemente riguardano l'etichettatura non conforme (16 casi) e la presenza di corpi estranei (8 casi).

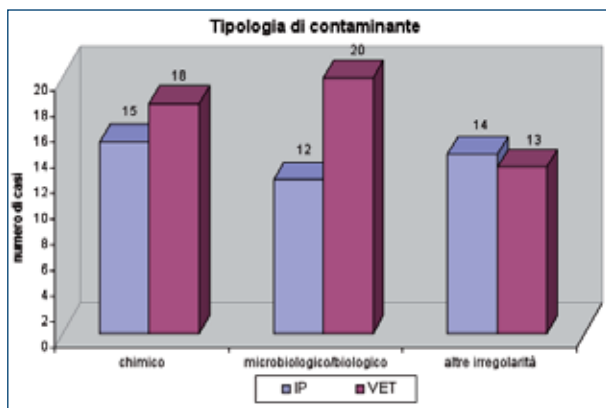


Grafico 1

ESITI DEGLI ACCERTAMENTI EFFETTUATI

Il modulo di chiusura riporta gli esiti degli accertamenti effettuati, che possono essere sintetizzati come: prodotto non presente, prodotto ritirato, prodotto accantonato, prodotto venduto o in vendita e prodotto distribuito. Per ciascuna allerta possono risultare contemporaneamente più esiti.

Nel 2012 sono stati inviati al Punto di Contatto regionale 162 comunicazioni di chiusura (riguardanti l'allerta e i relativi follow up): 76 riguardan-

ti alimenti di origine animale e 86 riguardanti alimenti di origine non animale.

Se valutiamo la frequenza dei singoli possibili esiti, si nota che purtroppo nel 38,5% dei casi la merce è risultata venduta al consumatore finale mentre è stata rintracciata e/o recuperata soltanto nel 45% dei casi. Nel Grafico 2 sono riassunte le singole frequenze dei possibili esiti di accertamento suddivise per settore.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dall'analisi dei tempi di risposta del sistema di allerta emerge che quando questa è attivata direttamente dall'Operatore del Settore Alimentare (OSA), a seguito di procedure di autocontrollo, la rapidità dell'informazione generata e la rapidità di intervento consentono nella maggior parte dei casi il raggiungimento di ottimi risultati in termini di efficacia e quindi tutela della salute del consumatore.

Analoghi risultati in termini di efficacia non sempre si ottengono invece nei casi di allerta generata a seguito di controllo ufficiale di tipo analitico: in questi casi infatti il tempo che intercorre in genere tra la commercializzazione del prodotto non conforme e gli esiti analitici a seguito dei quali l'allerta viene attivata è tale che il reperimento dei prodotti (in particolare quelli "freschi"), risulta quasi sempre impossibile in quanto in gran parte già venduti al consumatore finale.

Alla luce degli ultimi eventi riguardanti prodotti contenenti carne equina non dichiarata e commercializzati dalle principali aziende di produzione alimentare, che hanno avuto ampio risalto mediatico, risulta di primaria importanza l'implementazione di tale sistema, che trova i suoi punti di forza nell'ottimo livello di comunicazione tra i soggetti costituenti la rete e nell'applicazione di procedure specifiche e predefinite e di debolezza nella tempistica di attivazione dell'allerta, utile a prevenire l'immissione sul mercato dei prodotti ed a consentirne il ritiro in tempi congrui. **TM**

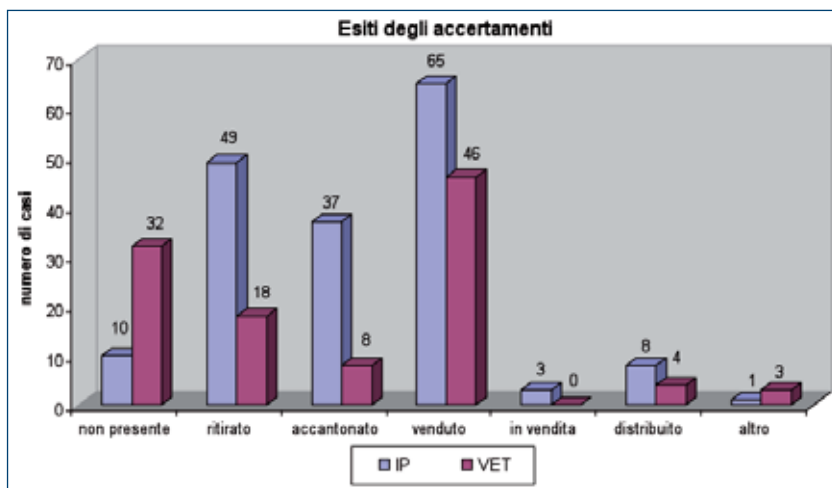


Grafico 2



Paolo Zolo, neurologo dell'Az. USL 8, Coord. del progetto DNA, già Dir. della U.O. Neurologia e del Dip. Neuroscienze della stessa Azienda. Docente di Neurologia c/o la Clinica Neurologica di SI. È stato visiting professor c/o l'Univ. di California - Los Angeles negli anni 1990-91. È stato collaboratore della Giunta Regionale Toscana e del Consiglio Regionale dal 1980 al 2000 per la programmazione sanitaria e i Piani Sanitari Regionali.

Rete specialistica per la malattia di Alzheimer e demenze

Il progetto DNA dell'azienda USL 8 di Arezzo tra ricerca e clinical practice

IL PROGETTO

Il progetto D.N.A. (acronimo di Demenze Non Alzheimer), attivo dal marzo 2012, è un programma pluriennale promosso dall'azienda USL 8 di Arezzo in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana e con il contributo finanziario della Regione Toscana (DGRT 139 del 25/02/2008).

L'obiettivo primario del Progetto è la ridefinizione del percorso diagnostico terapeutico delle persone con demenza e, contestualmente, uno studio epidemiologico analitico delle demenze alla luce della più recente nosografia della patologia alla base di questo complesso sintomatologico. La malattia di Alzheimer rappresenta il capitolo più rappresentativo della demenza, ma ne costituisce non più del 50%. L'altro 50% di demenze non Alzheimer è suddiviso tra demenza vascolare (13%), demenza a corpi di Lewy (10%), degenerazione corticobasale (2-3%), demenze frontotemporali (5%), demenza correlata

alla malattia di Parkinson, la corea di Huntington, demenze reversibili (9-10%), come quelle correlate all'idrocefalo normoteso, e infine altre forme attribuibili a malattie rare. Le diverse forme di demenza sono molto diverse tra loro per caratteristiche cliniche, procedure diagnostiche, prospettive terapeutiche, carico assistenziale e livelli di disabilità.

PAOLO ZOLO¹, MATILDE RAZZANELLI²,
PAOLO FRANCESCONI³, ENRICO DESIDERI⁴

¹ Medico neurologo, coordinatore progetto DNA Azienda USL 8

² Psicologa, funzionario di ricerca settore Epidemiologia Sanitaria, Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia regionale di sanità della Toscana

³ Medico igienista, dirigente settore Epidemiologia Sanitaria, Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia regionale di sanità della Toscana

⁴ Medico, Direttore Generale Azienda USL 8

L'ORGANIZZAZIONE

Il Progetto ha richiesto, per la sua attuazione, una revisione della rete diagnostica specialistica, in passato identificata con unità di valutazione Alzheimer (UVA): nella azienda aretina l'UVA si era costituita in forma multi

specialistica con la partecipazione alle attività diagnostico-terapeutiche di neurologi, geriatri e psichiatri, ma la collaborazione era progressivamente svaporata dopo il 2004.

Il progetto DNA ha recuperato esperienze e collaborazioni: si è fortemente motivato un grup-

Tabella 1 - Casistica DNA - pazienti prevalenti ottobre 2012 - marzo 2013

| Diagnosi di demenza | N. | % | età media | % maschi |
|-----------------------------|-----|------|-----------|----------|
| In attesa di diagnosi | 19 | 18,4 | 75,4 | 31,6 |
| AD associata ad MCV | 18 | 17,5 | 82,6 | 33,3 |
| Degenerazione Corticobasale | 1 | 1,0 | 66,0 | 0,0 |
| Demenza mista | 4 | 3,9 | 78,0 | 0,0 |
| Demenza vascolare | 8 | 7,8 | 79,6 | 37,5 |
| Demenza con Corpi di Lewy | 1 | 1,0 | 85,0 | 100,0 |
| Malattia di Alzheimer | 44 | 42,7 | 82,3 | 18,2 |
| No demenza | 6 | 5,8 | 79,3 | 16,7 |
| demenza secondaria | 2 | 1,9 | 76,5 | 50,0 |
| Totale | 103 | 100 | 80 | 27,8 |

po di 11 specialisti (4 neurologi, 2 psichiatri, 4 geriatri, 1 psicologo), sono stati attivati 5 "Ambulatori per la memoria" (delibera aziendale n° 127 del 14.03.2011 e successive), uno per zona distretto, con presenze plurisettimanali dei singoli specialisti e con accesso tramite CUP: l'accesso agli ambulatori è per "disturbi cognitivi", prescrivibile dal medico di medicina generale (87% dei casi) o dal circuito specialistico. Il paziente viene preso in gestione per le procedure diagnostiche che si avvalgono di prestazioni in Day Service, presso i presidi ospedalieri di zona, ovvero di prestazioni più complesse presso il P.O. San Donato di Arezzo (Tau/Amiloide nel liquor, PET cerebrale e PIB-PET, volumetria ippocampo e corteccia mediante RM, neuropsicologia complessa, dosaggio isoproprano e attivazione piastrinica, genetica).

L'ARS Toscana, partner dell'area ricerca del progetto, fornisce supporto relativamente alla predisposizione degli strumenti e delle procedure predefinite di rilevazione degli utenti della rete e dei loro consumi assistenziali, alla produzione di report periodici di monitoraggio delle attività degli ambulatori, di cui si presenta alla Tabella 1 un esempio di elaborazione, e all'analisi in termini di epidemiologia descrittiva.

Inoltre sono in programmazione e sperimentazione nuove modalità di gestione delle connessioni tra rete specialistica e medicina generale: trasferimento di piani terapeutici e/o dati clinici e monitoraggio dei consumi farmaceutici.

Affianca il lavoro della rete un percorso formativo di seminari molto partecipati (6 nel 2012 e 6 nel 2013), di particolare impatto sulla qualità diagnostico assistenziale e sulla visibilità della rete presso aree limitrofe di interessi professionali sia di ambito sanitario che sociale.

PUNTI DI FORZA E LIMITI

La qualità professionale, le motivazioni dei partecipanti, l'adesione collaborativa delle Aree Funzionali coinvolte sono aspetti di particolare rilievo del progetto DNA: strategico, sotto il profilo organizzativo, anche un coordinamento molto

attivo del gruppo multi-professionale e i collegamenti convinti con la direzione aziendale. Altro elemento di qualità è la costruzione di un sistema di gestione informatizzata delle cartelle cliniche dei pazienti delle UVA che, parallelamente ad una semplificazione e ad un supporto del lavoro dei clinici, contribuisce a ampliare le conoscenze sulla demenza (in termini di epidemiologia classica, epidemiologia dei servizi, equità nell'accesso alle cure, efficacia delle terapie e/o dell'assistenza, ecc) e altro ancora, producendo dati a supporto dell'audit clinico per il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali e il miglioramento continuo della qualità dei servizi.

L'impatto di questa patologia, le demenze, con il futuro dell'organizzazione sanitaria e sociale non viene ancora sufficientemente affrontato. La medicina generale del territorio, che si può molto giovare di questa offerta di cogestione del problema, si è divisa tra adesione convinta e scarsa attenzione. Non ancora definiti, anche se presenti nello sviluppo del progetto, i rapporti tra la rete, le UVM e l'offerta di servizi socio-assistenziali.

CONCLUSIONI

Il processo definitorio da parte degli organismi responsabili della Regione Toscana, di modalità aggiornate di gestione delle malattie neurodegenerative, in crescita esasperata, può avvalersi di questa esperienza, nel campo della clinical practice avanzata e fornire elementi di riflessione su l'allocatione dei livelli gestionali e del cruscotto dei percorsi assistenziali.

Partecipano al progetto: F. Redi, A. Tiezzi, M. Travi, T. Ingegneri, P. Coleschi, M. Lucarini, R. Mastriforti, G. Torrioni, R. Borghesi, D. Garzi (coordinatrice della segreteria).

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: p.zolo@usl8.toscana.it

TM

CORSI E CONGRESSI

MASTER UNIVERSITARIO DI 1° LIVELLO IN RIABILITAZIONE EQUESTRE

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino, in collaborazione con l'Associazione "Lapo" ONLUS organizza per gli A.A. 2013-2015 la VII edizione del "Master Universitario di 1° Livello in Riabilitazione Equestre". Il Master fornisce la preparazione neuropsichiatrica, neuropsicologica, riabilitativa e dell'equitazione necessaria per lo svolgimento della Riabilitazione Equestre e per la formazione delle competenze proprie della figura professionale del "Coordinatore Tecnico di Riabilitazione Equestre": impianto, organizzazione, gestione operativa di Centri di RE, direzione, conduzione, verifica dell'attività di RE. Durata biennale - 590 ore - crediti 90 - esenzione dall'obbligo acquisizione ECM per il biennio - posti disponibili 30 - iscrizione entro il 20/12/2013 - inizio febbraio 2014. Titoli di accesso: Laurea triennale e patente FISE B o competenza certificata nelle tre andature. Titolo di studio: Diploma di "Master di 1° Livello in Riabilitazione Equestre" rilasciato dal Rettore. **Per informazioni:** www.unifi.it; Segreteria Master: tel 055.7944267, fax 055.7946699, e-mail: master@polobio medico.unifi.it; Prof.ssa A. Pasquinelli, Sig.ra D. Gamuzza: tel 055.4298431 - 347.5398994; fax 055.4298432, e-mail: anna.pasquinelli@unifi.it - www.associazione-lapo.it.



Italo Giovanni Burrelli è specialista in Radiodiagnostica presso l'U.O.C. Radiologia dell'Ospedale Versilia e dal 2004 fa parte dell'équipe di Interventistica Oteoarticolare che esegue interventi sotto guida ecografica nelle tendinopatie calcifiche dolorose di spalla, nelle sindromi dolorose canalari (conflitto subacromiale e DeQuervain) ed infiltrazioni intra-articolari di acido ialuronico.

Trattamento della patologia “osteoartrosi sintomatica d'anca” con infiltrazioni intra-articolari di acido ialuronico sotto guida ecografica

L'artrosi è un processo degenerativo cronico che produce una progressiva disabilità associata a dolore ed è la più comune malattia degenerativa cronica rappresentando anche un costo elevato per la salute pubblica. L'acido ialuronico è una molecola naturale sintetizzata attivamente dalle cellule sinoviali che è responsabile delle proprietà viscoelastiche del liquido sinoviale e protegge parzialmente il tessuto dalla penetrazione delle cellule infiammatorie e degli enzimi litici. Vari sono i tipi di acido ialuronico in commercio ma possiamo distinguerli in basso-alto e altissimo peso molecolare

I.G. BURRELLI, E. TARABELLI, R. GIULIANI,
P. VAGLI*, L. TURTURICI*, C. VIGNALI
U.O.C. Radiologia USL 12 Viareggio, U.O.
* Radiologia DiagnosLica e Interventistica Università di Pisa

Attraverso una semplice radiografia è possibile classificare la coxartrosi in 4 gradi secondo Kellgren e Lawrence.

0 - assenza di lesioni;

1 - minuti osteofiti di dubbio significato;

2 - osteofiti definiti con spazio articolare conservato;

3 - modesta riduzione dello spazio articolare;

4 - spazio articolare marcatamente ridotto con sclerosi dell'osso sub condrale.

Nella terapia della coxartrosi, negli ultimi anni, ha assunto un ruolo sempre più centrale l'utilizzo di infiltrazioni intraarticolari ecoguidate di acido ialuronico. La guida ecografica consente di seguire in tempo reale la progressione dell'ago

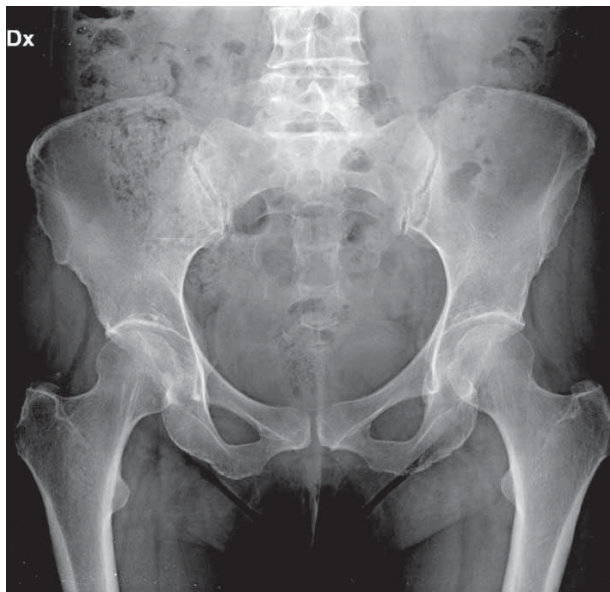


Figura 1 - Osteofiti definiti, spazio articolare conservato

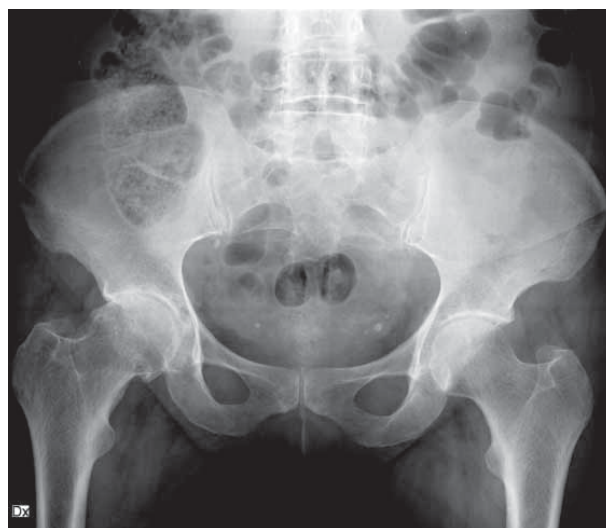


Figura 2 - Modesta riduzione della rima articolare



Figura 3 - Immagine della procedura con ago intrarticolare

fino al suo posizionamento nella cavità articolare dove viene iniettato il farmaco (acido ialuronico). La guida ecografica associata a color Doppler permette inoltre di scegliere il tragitto migliore evitando strutture sensibili come i grossi vasi. L'efficacia del trattamento è maggiore nelle fasi iniziali ed intermedie della coxartrosi (Kel II e III). Non esistono significative controindicazioni all'uso di acido ialuronico se non l'allergia al prodotto. Una controindicazione relativa è l'uso di anticoagulanti orali (coumadin); è sufficiente, in accordo con lo specialista di riferimento, sospendere la terapia passando a terapia eparinica. L'acido ialuronico da noi utilizzato è stato prevalentemente ad alto peso molecolare (1500 K dalton) sporadicamente abbiamo usato acido ialuronico a basso o ad altissimo peso molecolare. Assenza di complicanze maggiori; solo alcuni casi di transitorio dolore articolare regredito con l'uso di Fans.

Lo schema terapeutico da noi adottato prevede un ciclo di due iniezioni ravvicinate a distanza di

30-60 giorni e di un richiamo a 4 /6 mesi. Va detto che si tende a usare spesso uno schema più flessibile mantenendo le due iniezioni a 30-60 giorni mentre i successivi richiami vengono modulati sull'andamento clinico di ogni paziente all'interno di un range di 4-12 mesi. Nella nostra casistica (pazienti Kell II III) abbiamo trattato 272 pazienti dove si è osservato una sensibile riduzione del dolore e della disabilità (Valutate con vas score indice di Lequesne) e del consumo di antinfiammatori. Sono state trattate anche forme di grado IV di Kellgren a scopo solo analgico in pazienti in attesa di intervento chirurgico o con gravi controindicazioni all'intervento stesso. I risultati in questo caso hanno presentato un'ampia variabilità.

I risultati raggiunti negli stadi II e III di KL (riduzione significativa del dolore e della disabilità), in accordo con i dati di altri centri di riferimento, ci consentono di proporre la metodica come percorso terapeutico di prima istanza in questo tipo di patologia degenerativa cronica. **TM**

Tabella 1 - Materiali e Metodi

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • 272 pazienti sintomatici (II-III) di età compresa tra 45-75 anni • Valutazione radiografica-ecografica |
| <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione VAS-score e consumo di FANS pre e post-procedurale (2-8-12 mesi) |

Tabella 2 - 272 pazienti (II°III°KEL)

| | VAS Score | Consumo medio FANS |
|-------|------------|--------------------|
| 1°inf | 172/50% | 50% |
| 2°inf | 240/50% | 58% |
| 3°inf | 270/50-70% | 75% |



Italo Farnetani pediatra, giornalista, con libri tradotti in inglese e spagnolo. Il più diffuso è Da zero a tre anni (Mondadori). È Professore a contratto all'Università Milano-Bicocca. Nel 2008 ha scritto la prima storia della pediatria italiana su incarico della Società italiana di Pediatria. Fa parte dell'editorial board di "Minerva Pediatrica". È Grande Ufficiale al Merito della Repubblica.

Con i Borbone di Parma la Toscana fu la culla della pediatria mondiale

Con l'arrivo in Italia di Napoleone Bonaparte (1769-1821) i Borbone, provenienti da Parma, furono in Toscana complessivamente per trentasette anni. Una prima volta come re d'Etruria dal 1800 al 1807 e successivamente come duchi di Lucca dal 1817 al 1847.

Durante il loro regno in Toscana, realizzarono le due più importanti iniziative della pediatria mondiale dell'Ottocento.

Nel 1802 crearono la prima cattedra di pediatria del mondo, che peraltro è il primo atto ufficiale pediatrico e che rappresenta la data di nascita della pediatria mondiale.

Nel 1827 fondarono il primo ospedale marino del mondo, che rappresentò, fino all'introduzione degli antibiotici, la forma più efficace e forse l'unica, per la cura della tubercolosi.

Queste iniziative, anche se hanno avuto una ricaduta mondiale sono state realizzate interamente in Toscana.

La prima cattedra fu istituita dall'Università Pisa, ove aveva sede l'unico ateneo della regione, ma fu attivata a Firenze presso lo «Spedale degli Innocenti» perchè era il più grande brefotrofito del Regno d'Etruria perciò era la migliore struttura in grado di fornire un'ideale casistica pediatrica.

È interessante questa articolazione perchè è una ulteriore dimostrazione della volontà di istituire una struttura pediatrica da parte dei Borbone.

L'università di Pisa era l'unico ateneo della Toscana che però aveva due succursali, a Firenze e a Siena. La cattedra di pediatria fu istituita insieme ad altri insegnamenti di medicina destinate alla sede di Firenze. Mentre tutte le altre cattedre avevano sede presso l'Ospedale di Santa Maria Nuova, quella di pediatria fu collocata presso una struttura pediatrica, lo «Spedale degli Innocenti», a dimostrazione di come già fosse individuata la specificità della pediatria e la volontà da parte dei Borbone di individuare e potenziare le strutture

specialistiche pediatriche rispetto agli altri nosocomi.

L'ospizio marino fu realizzato per la prima volta a Viareggio, dipendente dall'ospedale di Lucca a dimostrazione della pari dignità fra i due presidi assistenziali.

I BORBONE IN TOSCANA

Prima di esaminare le due realizzazioni borboniche collochiamo storicamente la presenza della dinastia in Toscana.

Ludovico I di Borbone (1733-1803), fu re d'Etruria dal 21 marzo del 1801, fino alla morte avvenuta a Firenze il 27 maggio 1803. Gli successe, fino al 1807, il figlio Carlo Lodovico (1799-1833) di 3 anni con la reggenza della madre Maria Luisa di Borbone (1782-1824).

Nel dicembre 1807 Napoleone abolì il Regno d'Etruria.

Dopo il Congresso di Vienna nel 1817, Maria Luisa tornò come sovrano del Ducato di Lucca, mantenendo il titolo e la dignità di regina. Alla morte, avvenuta a Roma il 13 marzo 1824, le subentrò il figlio Carlo Ludovico che era stato il secondo re dell'Etruria e che alla morte di Maria Luigia, avvenuta nel 1847, divenne duca di Parma.

IL PRIMO EVENTO PEDIATRICO DEL MONDO

La più importante eccellenza per la pediatria realizzate dai Borbone in Italia è l'istituzione della prima cattedra di pediatria del mondo.

Gli studi anatomopatologici che caratterizzarono il Settecento evidenziarono che il bambino aveva una patologia specifica, ma è solo nell'Ottocento che le considerazioni patologiche del secolo precedente indussero la formazione di una disciplina autonoma per l'età evolutiva che, porterà, nel 1892, alla costituzione della Società italiana di Pediatria.

Anche se fin dall'antichità c'era stata una cura e un'attenzione per il neonato e il bambino, prima

ITALO FARNETANI
Professore a contratto all'Università degli Studi
Milano - Bicocca

del 1802, quando si istituì la cattedra a Firenze, si erano avuti solo corsi sporadici per le malattie dei bambini, in genere integrati con insegnamenti di ostetricia.

L'importanza dell'istituzione della cattedra pisana-fiorentina, è l'aver intuito sia la necessità di creare un insegnamento autonomo, sia che fosse ritenuto uno strumento per migliorare il diritto alla salute della popolazione.

Il primo professore di pediatria del mondo fu Gaetano Palloni (1766-1830) che era docente dell'Università di Pisa. La cattedra gli fu conferita l'8 aprile 1802 da Ludovico I, re d'Etruria con il titolo di professore onorario dell'Università di Pisa e gli fu affidato il ruolo di lettore per le «malattie degli infanti» (Figura 1) con responsabilità assistenziali e cliniche nell'ambito dello «Spedale degli Innocenti» di Firenze perché aveva compiti di «... ispezione, sul ricevimento e la custodia degli infanti», perciò si evidenzia una volontà da parte di Lodovico I di tutelare i bambini che è la costante della politica sanitaria della dinastia. Questa data (8 aprile 1802) è quella della nascita della pediatria non solo italiana, ma mondiale.

GLI OSPEDALI MARINI

La stessa volontà di tutelare la salute dei bambini, basandosi anche su idee innovative, si ritrova nell'istituzione degli ospizi marini. In realtà erano ospedali creati in riva al mare in cui

si associavano gli effetti benefici di sole, acqua e sabbia. Le relazioni cliniche dei bambini sottoposti a tali terapie dimostravano una grande efficienza terapeutica e riabilitativa.

Le prime cure marine sulla spiaggia di Viareggio (LU) risalgono al 1823 che negli anni successivi si espanse ulteriormente.

Fu rilevato anche che le cure marine erano particolarmente necessarie ed efficaci per i bambini dell'Ospizio di San Luca perché più soggetti degli altri a malattie e infezione. Si noti che tale osservazione è stata confermata nei decenni successivi proprio dal confronto tra bambini legittimi e illegittimi, ospedalizzati o meno.

L'amministrazione dell'ospedale ed ospizi di Lucca acquistò un fabbricato in via delle Caserme a Viareggio che dal 1843 al 1856 ospitò i bambini dell'ospizio di San Luca e quelli poveri del Ducato affetti da tubercolosi.

La scelta di Carlo Ludovico di istituire gli ospizi marini rientrava in una ben precisa volontà politica di promuovere la talassoterapia, un'impostazione altamente innovativa e questo è il primo esempio al mondo di applicazione.

Nel XIX secolo gli ospizi marini furono la forma più efficace di cura per i bambini «scrofolosi», cioè affetti da linfadenite cervicale tubercolare, e rachitici, e l'ospizio di Viareggio è stato il primo al mondo e l'unico di derivazione ospedaliera.

TM

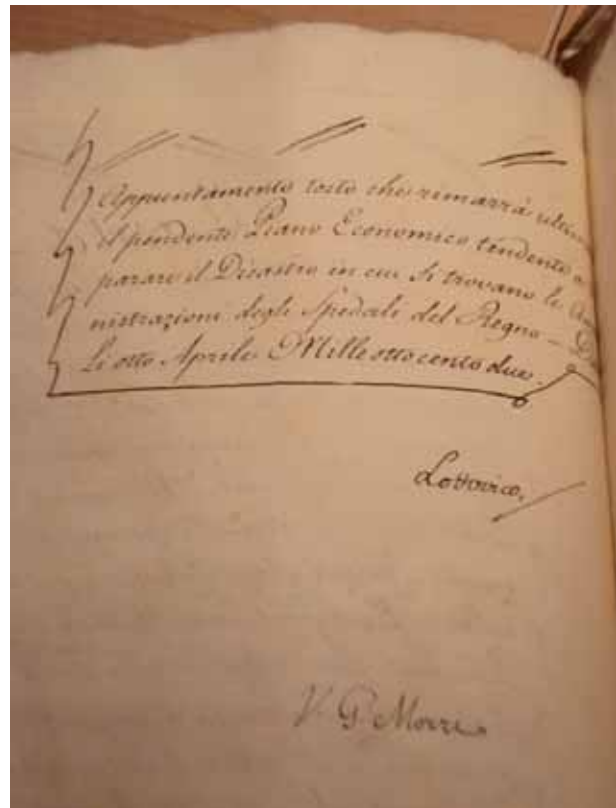


Figura 1 - Documento con cui Ludovico I, Re dell'Etruria nominò Gaetano Palloni professore delle «malattie degli infanti». Archivio Ospedale degli Innocenti Firenze - Filza d'Archivio di Negozi Diversi dell'anno 1802 - 108, n. ?

Una “tranche de vie”

Pubblichiamo questa breve novellina perché raffigura vivacemente il clima di una medicina scientifica ancora agli albori in competizione con maghi e pratici e perché frutto della sensibilità di un giovane futuro medico.

Ci ho fatto appena caso a quei brevi tossiconi; tante altre volte era successo che Giovanni si fosse raffreddato e che cominciasse a tossire, anche forte.

Poi con il latte caldo e il miele e soprattutto con gli impiastri sul petto e le fumentate, gli era passato tutto.

Una volta era venuto anche il Dottore, perché sembrava bronchite, e allora gli impiastri e le fumentate durarono di più, assieme a una medicina amara che faceva piangere il piccolino ogni volta.

Ora sono disperata! Stanotte Giovanni non ha mai smesso di tossire, ha vomitato, quegli occhioni celesti sono

strabuzzati dal viso e ancora sono gonfi: ora si è addormentato, sfinito, sento un fischio dietro il suo respiro corto.

Ieri sera è venuta Assunta, l'ha visto, è anziana, le è morto anche un figlio piccino di un male che non ho capito, mi ha detto che per lei è la tosse cattiva, la tosse cavallina, ho capito che è una malattia che ci si può anche morire... Io..., mi sento morire...! Che devo fare adesso?

Adelmo è andato alla cava che non era ancora giorno, scuotendo il capo, con gli occhi umidi; mi ha detto: non so che fare, manda a chiamare il Dottore, pensaci te... io devo... devo andare a guadagnare il pane anche oggi, se no mi mandano via come un cane.

Lui dorme, piccino mio, e rantola. Ora che succede, quando si sveglierà... Forse il Dottore arriverà dopo mezzogiorno, perché la mattina c'è sempre qualcuno che è moribondo, da visitare prima, e poi si sa, i bambini passano sempre per secondi. L'Assunta mi ha detto che bisognerebbe fargli bere il piscio del somaro, che gli farebbe bene, e

che andrebbe portato alla ferrovia, magari alla galleria dove passa il treno, in salita, per fargli respirare quel fumo bianco che fa miracolo ai polmoni... Ma sarà vero? E poi come faccio, da sola, con lui in queste condizioni.

Una cosa però la vorrei fare: chiamare Luigi, il medicastro... Di lui mi fido, come tutti qui, perché si sa che ha guarito tante persone, anche quelle che eran date per morte dai dottori, anche qualcuno che era tornato a casa dall'ospedale, solo per morire. Questa è davvero la cosa giusta da fare,

ora lo mando a chiamare, qualcuno troverò che vada a Asciano a pigliarlo. Lui c'ha quelle cose strane, puzzolenti, fatte

con erbe che soltanto lui conosce e trova, si dice che c'abbia anche un falchetto ammaestrato che gli va a prendere certe piante in cima alla montagna e che poi gliele porti.

Dicono anche che abbia anche ridato la vista al figliolo di un Professore, a Siena, e che gli abbiano dato un diploma di riconoscimento.

Insomma, è come una specie di Dottore che si fa le medicine da sé, però è bravo e poi... a quelli poveri come noi non chiede niente.

Si, anche questa è una cosa da fare subito, ma speriamo che non arrivino insieme, lui e il Dottore, se no... poveri noi!

E poi bisogna che preghi per questo figliolo, ho lui soltanto e non ce ne potranno essere altri perché quando è nato siamo campati per miracolo, sia lui che io... ma io non son più buona per i figlioli; meno male che il mio Adelmo mi vuole tanto bene!

Se la Madonna mi farà la grazia, prometto che andrò fino a Firenze, anche a costo d'arrivarci a piedi, e andrò a ringraziarla nella Sua Chiesa sul Mugnone, alla Madonna della Tosse. **TM**

ANDREA MOSCADELLI

Studente II anno Medicina

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.

CORSI E CONGRESSI

“SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, RICERCA E TECNOLOGIA”

Sala d'Arme Palazzo Vecchio 16 Novembre 2013

Presenti numerose figure professionali coinvolte nell'assistenza e nella ricerca, sia fiorentine che di altre città italiane, tra cui il Prof. A. Vescovi. Oltre ai Direttori Sanitari di quattro Asl toscane (Firenze, Careggi, Pisa, Arezzo) e l'Assessore Regionale alla Salute L. Marroni. È prevista l'attribuzione crediti ECM ai primi 100 iscritti. Referente AISLA Fi e Prov. Valdemaro Morandi: valdemaro.morandi@alice.it - Segreteria organizzativa: barbaragonella@hotmail.it, 334.7160938.



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".

Copertura sanitaria universale

Un diritto insopprimibile

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato il 12 dicembre 2012 una risoluzione sulla Copertura sanitaria universale (*Universal health coverage*). Il documento afferma:

- l'importanza della copertura universale nei sistemi sanitari nazionali, specialmente attraverso i meccanismi di assistenza sanitaria di base e di protezione sociale, per fornire l'accesso ai servizi sanitari a tutti, e in particolare ai segmenti più poveri della popolazione; [...]

- che la copertura sanitaria universale implica che tutte le persone hanno accesso, senza discriminazioni all'interno dei servizi preventivi, curativi e riabilitativi, definiti nazionalmente, e ai farmaci essenziali, sicuri, economici, efficaci e di qualità, con la garanzia che l'uso di questi servizi non espone i pazienti – particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili – alla sofferenza economica; [...] quindi gli Stati Membri devono far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie; [...]

- il bisogno di continuare a promuovere, istituire o rafforzare politiche nazionali multi-settoriali e piani per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche e di applicare sempre più estesamente tali politiche e programmi, incluso il riconoscimento dell'importanza della copertura universale all'interno dei sistemi sanitari nazionali.

Lancet, commentando in un editoriale i lavori delle Nazioni Unite, ha scritto: "Certì concetti riecheggiano in modo così naturale con l'innato

senso di dignità e giustizia nei cuori degli uomini e delle donne, al punto da sembrare un diritto insopprimibile. Che l'assistenza sanitaria debba essere accessibile a tutti è certamente uno di questi concetti. Eppure nel passato questa nozione ha dovuto scontrarsi contro le barriere dell'egoismo e dell'ignoranza"¹.

Il risveglio delle Nazioni Unite – e precedentemente anche dell'OMS – sull'importanza della Copertura sanitaria universale è certamente benvenuto, ma tardivo. Per almeno due decenni – gli anni 80 e 90 – si è lasciato che le operazioni di aggiustamento strutturale e di privatizzazione dei servizi (oggi

GAVINO MACIOCCO,
MARIA JOSÈ CALDES PINILLA
Centro Regionale sulla Salute Globale

chiamate "misure di austerità") devastassero i sistemi sanitari dei paesi più poveri, provocando le conseguenze che da tempo sono sotto gli occhi di tutti. Afferma giustamente il documento UN che "gli Stati Membri devono far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie". Il problema è che da anni i paesi più poveri non sono in grado di introdurre sistemi di prepagamento e che il peso dei costi delle malattie si scarica quasi interamente sui bilanci delle famiglie. La Figura 1 mostra chiaramente che la componente "out of pocket" (pagamento diretto delle prestazioni) della spesa sanitaria è nettamente più alta nei paesi più poveri. Ciò è causa non solo di pesanti conseguenze sulla salute, ma anche sull'economia delle famiglie: secondo le stime dell'OMS nel 2010 sono 150 milioni le persone andate incontro a spese catastrofiche a causa di malattie e 100 milioni quelle trascinate per questo motivo al di sotto della soglia di povertà².

¹ Editorial, The struggle for universal health coverage, Lancet 2012, 380: 859.

² WHO, The World Health Report 2013, Research for Universal Health Coverage, Geneva.

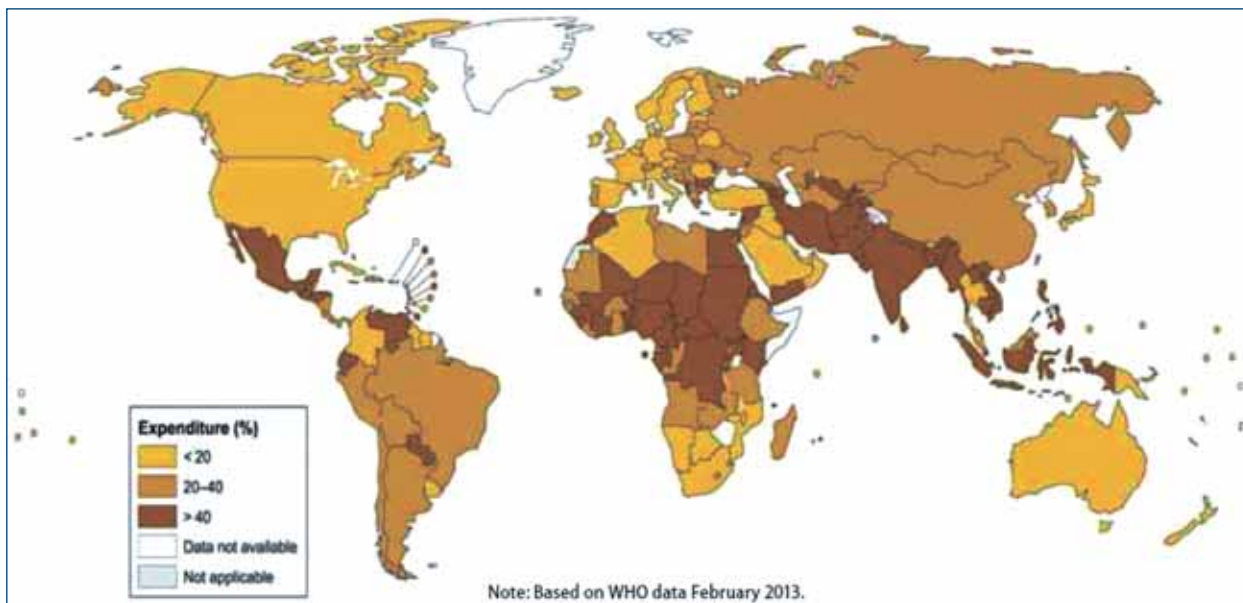


Figura 1 - Spesa "Out-of-pocket" come % della spesa sanitaria totale.

Nei paesi poveri molte famiglie non hanno i soldi per pagare alcuna prestazione sanitaria e anche tariffe molto basse (*user fees*) possono rappresentare un ostacolo insormontabile per l'accesso ai servizi. "Bisogna mettere da parte la sciocca idea che piccoli pagamenti sono utili per evitare gli sprechi, per indurre le famiglie povere a dare più valore ai servizi offerti, per coprire i costi di produzione di questi" - afferma l'economista Jeffrey Sachs. "Anche copagamenti simbolici possono portare a una massiccia esclusione dei poveri da servizi sanitari salva-vita"³.

Secondo Sachs, nel mondo sono circa un miliar-

do le persone che non si possono permettere una visita medica in caso di malattia, un parto sicuro in caso di gravidanza, un intervento chirurgico in caso d'incidente stradale. A quando una vera copertura sanitaria universale? Nel frattempo, osserva ancora Sachs, ora e subito servirebbero 40 miliardi di dollari da parte dei donatori per garantire a quel miliardo di persone l'accesso gratuito a un pacchetto minimo di prestazioni essenziali. Attraverso la cooperazione allo sviluppo, che in Italia da tempo è completamente scomparsa dall'agenda politica. Siamo ultimi in molte classifiche, soprattutto in questa: vedi Figura 2. **TM**

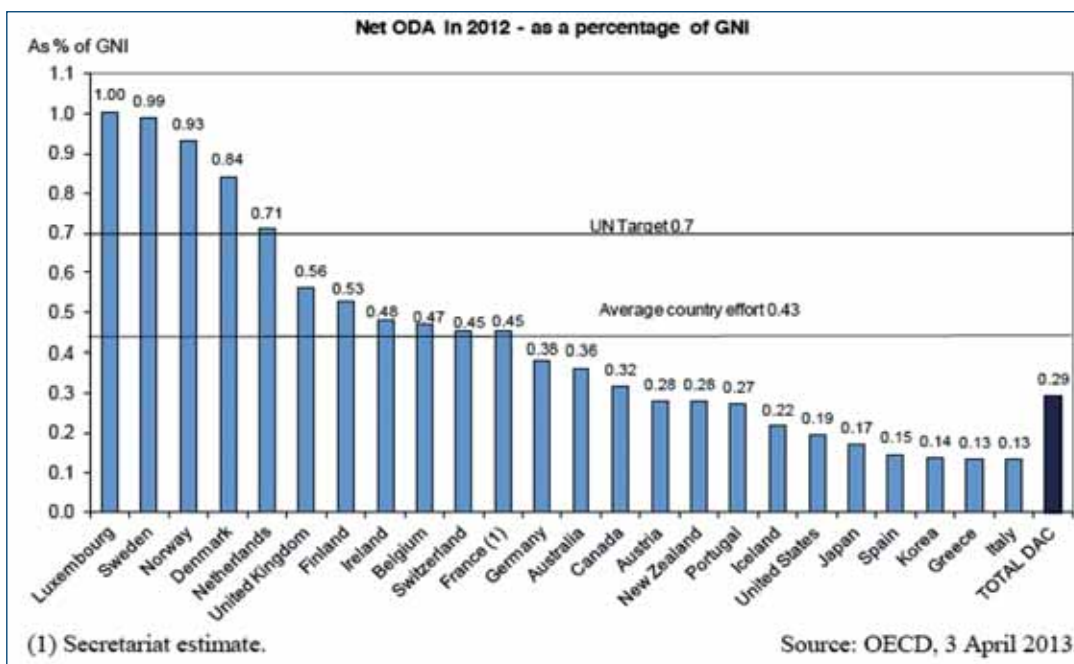


Figura 2 - Aiuto allo sviluppo, come % del PIL. Paesi OCSE. 2012

³ Sachs J., Achieving universal health coverage in low-income settings, Lancet 2012, 380: 944-47.



Il territorio è nudo

Con uno straordinario e spettacolare dispiegamento di forze è avvenuto, alla data prefissata e senza imprevisti, il trasferimento delle attività sanitarie dal vecchio storico ospedale del Ceppo all'ipertecnologico polo ospedaliero di S. Jacopo. Pertanto il futuro della assistenza ospedaliera a Pistoia parrebbe dispiegarsi verso un radioso avvenire. Utilizzando una similitudine a me cara, sarebbe come se, in una imbarcazione a vela, ci fossimo preoccupati di dotarla di uno straordinario apparato velico (vele di materiali all'avanguardia, rinvii e manovre automatizzate, alberi in fibra di carbonio, ecc), senza preoccuparsi della carena e della deriva, che non a caso in gergo marinairesco viene definita come "opera viva", in contrapposizione all'"opera morta" che è tutto ciò che sta sopra la linea di galleggiamento.

Nella storia esiste a tal proposito la vicenda del grande veliero svedese Vasa, che per un errore nel calcolo del rapporto fra potenza velica e peso della deriva e della zavorra, calcolata a pieno carico, naufragò il giorno del varo in mare, quando il carico non era stato ancora imbarcato.

Ritornando alla nostra similitudine, l'"opera viva" può identificarsi nel cosiddetto "territorio", cioè l'insieme dei servizi socio sanitari operanti sul territorio di riferimento dell'ospedale ed anche a domicilio dei pazienti. Proprio quando l'ospedale nasce con moderne concezioni progettuali per accogliere nuove modalità assistenziali (assistenza per fasce di intensità di cura, elevato indice di utilizzazione dei posti letto, degenze brevi) è indispensabile che il territorio sia in grado di filtrare i ricoveri e di accogliere pazienti dimessi in tempi più brevi i quali, quindi, richiedano ancora cure ed assistenza che in passato ricevevano da ricoverati.

Allora il problema è molto semplice: il territorio inteso come insieme di persone e servizi dedicati al sistema delle cosiddette "cure primarie" è in grado di rispondere celermente a tali bisogni assistenziali? Sarà capace di controbilanciare la spinta che l'evoluzione tecnologica dei nostri ospedali (Pistoia è il primo ad essere inaugurato dei quattro programmati in Toscana) produrrà con rilevanti riflessi sul sistema territoriale delle cure primarie, ma anche con pericolose conseguenze sull'assistenza ospedaliera in caso di inadeguatezza in risposta assistenziale da parte del territorio?

Tentiamo di esaminare il territorio secondo alcuni parametri valutativi.

OMOGENEITÀ DEI SERVIZI

Il tentativo di trasformare la cosiddetta "medicina di attesa", caratteristica storica del medico

di medicina generale del passato, in "medicina di iniziativa", tipica del necessario associazionismo medico sancito da molti accordi regionali e integrativi aziendali, si è sviluppato a macchia di leopardo e non ha interessato la totalità della popolazione assistita. Questo perché l'esperienza del Chronic Care Model ha interessato, per motivi di bilancio, solo selezionati gruppi di medici e quindi non la totalità degli assistiti (circa il 50% a livello regionale con punte dal 40% al 60% a seconda delle singole ASL).

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Gli indicatori scelti per la valutazione dei risultati sono di processo e di risultato e sono finalizzati al riconoscimento degli incentivi economici ai medici aderenti (peraltro assai modesti ed influenzati da parametri - ad esempio a percentuale dei pazienti vaccinati contro l'influenza - legati più a vicende nazionali e mediatiche che all'impegno personale del singolo medico). Mancano al momento i cosiddetti outcome di salute, gli unici dati che rendano ragione dell'efficacia di tutto il sistema delle cure primarie.

Sono disponibili esclusivamente dati che si riferiscono all'andamento dei valori medi delle emoglobine glicate (in diminuzione), i quali possono far bene sperare sul reale miglioramento dei parametri assistenziali dei pazienti diabetici e alcuni parziali dati sulla diminuzione dei ricoveri dei pazienti affetti da scompenso assistiti a livello di CCM, ma che attendono sostanziali conferme.

Anche il parametro della integrazione fra operatori infermieristici e medici di medicina generale nella esperienza del CCM, pur considerando la diversità dei modelli operativi - vedi Siena e Massa - attende solide e uniformi conferme affinché, in caso positivo, tale esperienza abbia modo di diffondersi ulteriormente fino a divenire una modalità operativa di routine e non sporadica.

VALUTAZIONE DEI COSTI

È limitata alla valutazione della spesa farmaceutica e al numero delle ricette senza che sia possibile parametrare il miglioramento della qualità assistenziale con l'atteso risparmio farmaceutico. Già la valutazione bruta della spesa farmaceutica è soggetta a innumerevoli parametri di carattere contabile ed organizzativo (distribuzione diretta dei farmaci, esperienze locali in accordo con i farmacisti), figuriamoci se può essere considerato corretto astrarla da modelli assistenziali, da dati epidemiologici, da modalità di audit interno ai singoli gruppi di medici di medicina generale.

In sostanza, quindi, il territorio, nonostante

i timidi tentativi di cambiamento attuati e quelli annunciati (AFT e UCCP) presenta ancora dati di una sostanziale inadeguatezza rispetto alle necessità future. Non è esaustiva la registrazione del grado di soddisfazione con il quale gli utenti hanno giudicato il sistema territoriale assistenziale secondo i dati diffusi dal S. Anna di Pisa: la qualità dei servizi sanitari percepita dagli utenti non sempre corrisponde alla qualità dei servizi erogati specie se calibrati sulla efficienza e sulla appropriatezza degli stessi. Il vizio dei gestori politici di non accontentare il cittadino elettore per non perderne il consenso, genera la scelta di provvedimenti demagogici e che non interessano zone di bilancio ove

continuano ad annidarsi sprechi e inapproprietezze anche se non direttamente correlati alla spesa medico farmaceutica.

La capillare rete dei medici di medicina generale, con i tanti puntini neri, i servizi distrettuali con dirigenti ed operatori sempre più demotivati e frastornati, tingono di un grigiore più o meno scuro, a seconda del numero dei puntini neri, il territorio. Non bastano i "peana" di Direttori Generali e di dirigenti sindacali che si incensano a vicenda!

Il territorio è "nudo!"

Beppino Montalti

Medico di medicina generale, PISTOIA

Ancora sui certificati

Caro Presidente, ho letto con attenzione e disappunto sul numero di giugno la lettera del collega Bindi sulla certificazione obbligatoria per attività sportiva.

Sono rimasto colpito dall'approssimazione delle considerazioni del collega che evidenziano una "ignoranza" (stricto sensu) sia delle norme in materia che delle dinamiche che muovono il fenomeno della pratica sportiva amatoriale, il che di per se non sarebbe un gran problema se non ci fosse il fondato rischio che possano essere prese sul serio in quanto pubblicate sulla nostra rivista.

Infatti affermare che *"viene imposto un controllo sanitario che per attività volontarie amatoriali non agonistiche sicuramente non dannose per altri dovrebbe essere demandato alla scelta dell'interessato"* è inesatto sia perchè la tutela della salute non è nella discrezionalità dell'individuo, sia perchè diverse attività fisico-sportive largamente diffuse a livello amatoriale implicano un rischio anche per gli altri in caso di incidenti (l'esempio più comune è il ciclismo). Infatti il medico dello sport è chiamato a valutare queste implicazioni esistendo una classificazione delle attività fisico sportive anche in base al rischio di un potenziale coinvolgimento di terzi.

"Il fatto di dover presentare una certificazione alle società sportive stimola ad effettuare un'attività fisica in forma autonoma, ove nessun controllo è possibile, esponendo però il praticante a maggiori rischi in quanto al di fuori di un ambiente protetto".

Affermazione incomprensibile per chi conosce le Società sportive (fatta eccezione per le società professionistiche che però in questo caso non interessano) che in larghissima maggioranza o meglio nella quasi totalità, rappresentano un ambiente "protetto" solo per il fatto che richiedono obbligatoriamente il certificato di idoneità e non per organizzazione e struttura di controllo sanitario propria, di norma assolutamente inesistente.

Mi preme invece sottolineare che (non lo dico io ma l'OMS e tanti altri enti prestigiosi nazionali e sovranazionali) essendo ben noto il ruolo benefico dell'attività fisica e sportiva in prevenzione prima-

ria e secondaria, la raccomandazione è che tale attività debba essere svolta non solo in sicurezza, ma anche "prescritta" ovvero commisurata alle condizioni del soggetto, che non sempre sono ottimali, assumendo quindi la visita un significato di valutazione finalizzata non solo all'idoneità ma anche ad un corretto dosaggio dell'attività da svolgere.

È in questo contesto che si va ad inserire la normativa criticata dal collega, che a mio avviso invece rappresenta un piccolo passo avanti meglio definendo le tipologie di intervento e introducendo elementi migliorativi (l'obbligo di ECG e misurazione della pressione) in quei casi che fino ad ora erano già soggetti ad una attività certificativa -svolta anche dai pediatri e dai medici di medicina generale a pagamento- senza alcun obbligo di esami strumentali.

E poichè sono stati quantificati anche i risparmi che la pratica di attività fisica e sportiva generano nella gestione di molte importanti patologie croniche di rilevanza sociale (per tutte diabete e ipertensione) non comprendo nemmeno l'affermazione che il certificato (che peraltro ha un costo deliberato dalla Regione Toscana alquanto contenuto se rapportato alle prestazioni che comprende) renda *"insopportabile"* lo stato sociale. Sarebbe per me troppo facile enumerare le cause di "insopportabilità" dello stato sociale ma non voglio commettere l'errore del collega di entrare in argomenti che non conosco approfonditamente.

Vorrei infine rassicurare il collega. Anche io non sono un giurista, ma conosco le leggi che regolano la mia attività professionale: alle Società sportive viene comunicato solo il giudizio di non idoneità o di idoneità parziale (ovvero riferita solo a specifiche attività consentite) senza alcun riferimento alla causa che lo ha determinato, temperando alla duplice esigenza del rispetto della privacy e della tutela della salute dell'individuo.

Sergio Califano

Direttore Sanitario

Istituto di Medicina dello Sport di Firenze



App per smartphone e tablet Android

Da questa settimana è disponibile sullo store di Google (Google Play) l'applicazione dell'Ordine dei Medici di Firenze per i dispositivi

smartphone e tablet su piattaforma Android. A breve sarà disponibile anche la app in versione IOS per Iphone e Ipad. Si tratta di un

servizio innovativo col quale i medici e gli odontoiatri fiorentini potranno più velocemente accedere.

Attività sportiva: i chiarimenti del Ministero

Rispondendo alle numerose richieste di chiarimento avanzate anche dall'Ordine sulle certificazioni mediche per l'attività sportiva, l'ufficio legislativo del Ministero della Salute ha fornito importanti indicazioni. Per l'attività ludico-motoria/amatoriale non è più necessario alcun certificato medico e tale pratica può essere svolta da chiunque in forma libera. Per l'attività sportiva non agonistica è confermato l'obbligo del certificato medico rilasciato dal medico

di medicina dello sport o dal medico di medicina generale limitatamente ai propri assistiti. L'effettuazione dell'elettrocardiogramma non è obbligatoria, ma lasciata alla valutazione del medico certificatore, caso per caso. Per quanto riguarda, inoltre, le attività di particolare impegno cardiovascolare (Granfondo) è confermato l'obbligo per i non tesserati di uno specifico certificato di idoneità, rilasciato dal medico di medicina dello sport o dal medico di medicina generale

limitatamente ai propri assistiti, previa effettuazione obbligatoria dell'elettrocardiogramma e dello step test o altro test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca. Nessuna novità, infine, rispetto alla normativa già esistente per l'attività agonistica. Nella pagina delle FAQ del sito dell'Ordine dei Medici di Firenze sono presenti informazioni più dettagliate: www.ordine-medici-firenze.it/index.php/faq/70-attivita-sportiva.

Corsi FAD ECM sul Governo Clinico

Si ricorda a tutti gli iscritti che la FNOMCeO promuove corsi ECM in modalità FAD (a distanza) totalmente gratuiti sul Governo Clinico. Attualmente i corsi atti-

vi sono quello sull'Appropriatezza delle cure (al quale è possibile partecipare entro il 30 settembre) e quello su Innovazioni e monitoraggio delle performances, che

proseguono fino 14 giugno 2014. Per maggiori informazioni consultare la pagina ECM del sito dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it.

Corso ECM Video Fad

La Commissione Nazionale Odontoiatri ha realizzato un primo corso ECM in modalità "Video FAD" disponibile su internet. Il corso, dal titolo "La patologia orale: dal dubbio alla diagnosi precoce" ha l'obiettivo di annullare il

ritardo diagnostico del carcinoma orale ed accrescere la capacità di osservare, ragionare e riconoscere ogni lesione sospetta nel cavo orale, in grado di degenerare in senso tumorale. Il corso è disponibile sulla piattaforma Fadmedica

all'indirizzo <http://corsi.fadmedica.it/home/cao.asp> e viene offerto gratuitamente con 10 crediti ECM ai primi 5.000 odontoiatri iscritti. Il corso è accessibile da computer, tablet e Iphone.



Il medico convenzionato non ha le garanzie del dipendente

Un medico convenzionato per l'assistenza sanitaria presso un carcere, ha citato in giudizio la struttura penitenziaria per ottenere l'accertamento del suo diritto a mantenere il rapporto di convenzione a seguito del recesso comunicatogli dall'Amministrazione per essersi assentato dal lavoro per oltre tre mesi a causa dell'infortunio subito mentre cerca-

va di contenere un detenuto in crisi convulsiva, superando in tal modo il termine previsto nella convenzione. La difesa del sanitario ha ritenuto che fosse ravvisabile la responsabilità dell'Amministrazione pubblica per non aver adottato le misure idonee e necessarie a tutelare l'integrità fisica del prestatore di lavoro, come stabilito dalla disciplina sulla tutela delle

condizioni di lavoro. La Cassazione, invece, ha escluso l'applicabilità della norma al caso in esame, in quanto relativa esclusivamente ai rapporti di lavoro subordinato e non a quelli regolamentati da apposita convenzione tra l'Amministrazione Pubblica ed il professionista. Per cui il recesso della convenzione è stato giudicato legittimo.

Sicurezza nelle attività trasfusionali

La Giunta Regionale Toscana ha approvato una delibera per minimizzare i rischi per i pazienti durante le operazioni di trasfusione. Sarà potenziato l'uso del braccialetto identificativo del paziente, dispositivo già in parte in uso nelle aziende sanitarie toscane, che rappresenta un mezzo ulteriore nella procedura di identificazione. Sulla sacca di sangue, oltre al codice identificativo, dovrà essere scritto in chiaro anche

il nome del paziente a cui la sacca è destinata. Sarà introdotto l'uso della "casacca o corpetto rosso", che sarà indossata dagli operatori incaricati delle trasfusioni, in modo tale che questi possano essere facilmente e immediatamente individuati dai pazienti, e distinti dal resto del personale sanitario; questo permetterà anche di esentare l'operatore dall'eventuale obbligo di effettuare contemporaneamente altre attività e

di impedire che venga distolto dalla procedura stessa di trasfusione. Infine la delibera dà mandato al Consiglio Sanitario Regionale di stendere, attraverso la condivisione con tutte le professionalità coinvolte in materia, un apposito protocollo clinico che preveda l'utilizzo della terapia farmacologica con Eculizumab, nei casi in cui si commetta comunque un errore trasfusionale e si produca una reazione da errata trasfusione.



Effettuato a Siena il 1° caso italiano di trapianto renale tra due coppie di coniugi in modalità "altruistica" utilizzato anche il robot Da Vinci per uno dei prelievi di rene

Il programma di scambio di reni (PKE - Paired Kidney Exchange) o trapianto "cross-over", offre una valida alternativa alle coppie che non possono procedere con il trapianto renale da donatore vivente in modalità diretta, a causa di incompatibilità di gruppo ABO o per la presenza di anticorpi donatore specifici (DSA - Donor Specific Antibodies).

Il PKE richiede una organizzazione logistica complessa ed una consolidata capacità nella gestione del trapianto da donatore vivente, tanto che in Italia solo i centri di trapianto renale di Pisa e di Siena hanno effettuato tale procedura. Nonostante le capacità organizzative e tecniche dei centri, esistono tuttavia limitazioni intrinseche del programma, che non riesce a risolvere la difficile trapiantabilità dei pazienti di gruppo 0 o degli iperimmuni.

Lo scambio di reni altruistico non bilanciato (AUPKE - Altruistic Unbalanced Paired Kidney Exchange) costituisce un approccio complementare che potenzialmente può risolvere gran parte della "stagnazione" dei riceventi di gruppo 0 presente nelle liste dei potenziali trapianti da donatore vivente. I riceventi di gruppo 0 con donatore di altro gruppo, quindi non compatibili direttamente, non possono infatti beneficiare del trapianto cross-over dato che necessitano di

donatori di gruppo 0, i quali vengono sono inevitabilmente utilizzati dai loro riceventi originali a meno di un cross-match positivo. La soluzione è l'utilizzo di una coppia che ha comunque compatibilità diretta, ma che partecipa al programma di scambio in modo da favorire un'altra coppia che non ha compatibilità. La prima coppia può comunque ottenere un vantaggio dal programma in termini di minore età del donatore, o di maggiore compatibilità fisica (corporatura simile di donatore e ricevente), o di assenza di precedente esposizione ad antigeni del donatore (donatore partner maschile con il quale sono stati concepiti figli).

Presso la Azienda Ospedaliera Senese è stato effettuato il 1° caso in Italia di doppio trapianto di rene in modalità cross-over "altruistica" tra due coppie di coniugi. Una coppia comunque compatibile per donazione diretta tra marito e moglie ha scambiato il rene con un'altra coppia, nella quale invece non esisteva compatibilità. La prima coppia ha migliorato la differenza di età tra donatore e ricevente.

Gli interventi sono stati eseguiti dal team di Chirurgia dei Trapianti di Rene, diretta dal professor Mario Carmellini, in collaborazione con il reparto di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, diretto dal dottor Guido Garo-

si, insieme all'equipe anestesio-logica e a tutto il personale del blocco operatorio. "Si tratta del primo caso italiano di donazione altruistica - spiega Carmellini - dove la prima coppia, con un minimo vantaggio, fa un grosso favore alla seconda, modalità abbastanza diffusa negli USA ma mai applicata in Italia prima d'ora".

I complessi interventi sono stati effettuati attivando in contemporanea tre sale operatorie lo scorso 19 aprile. Le riceventi sono due donne, una della provincia di Perugia e l'altra della provincia di Napoli. "Altra particolarità legata al caso - aggiunge il chirurgo Andrea Collini - è che una delle due coppie ha rifiutato ogni trattamento emotrasfusionale e quindi, per consentire un maggiore risparmio di sangue, abbiamo eseguito per la prima volta a Siena, un prelievo renale con il robot Da Vinci, in collaborazione con il dottor Stefano Signori dell'UO Chirurgia Generale e Trapianti della AOU Pisana". I donatori hanno avuto una breve degenza, le pazienti trapiantate sono state dimesse poco dopo. "L'assistenza prima e dopo il trapianto - conclude Garosi - è fondamentale per la corretta riuscita degli interventi e ringrazio tutto lo staff multidisciplinare che ci ha permesso di raggiungere questo risultato".

Tracciabilità dei rifiuti. La posizione degli odontoiatri

Si chiama SISTRI, ed è il nuovo sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti al quale, dal 2014, dovrebbero aderire anche i produttori iniziali di rifiuti pericolosi, tra i quali gli studi odontoiatrici. Ma gli odontoiatri non sono d'accordo: contestano l'essere accomunati, dal Decreto Legge 101 del 31 agosto 2013 - che ha introdotto il SISTRI - alle imprese e indicano come "modesta" la quantità di rifiuti pericolosi prodotta nei loro studi. Per porre queste istanze all'attenzione del Ministero dell'Ambiente, si è svolto ieri un incontro informale tra una delegazione della Commissione Albo Odontoiatri (CAO) nazionale - composta dal Presidente, Giuseppe

Renzo, e dal Segretario, Sandro Sanvenero, - e il Direttore generale del Ministero, Maurizio Pernice. "I liberi professionisti non possono essere considerati imprese e quindi come tali non possono essere automaticamente assoggettati al sistema SISTRI - ha precisato Giuseppe Renzo - anche se, ovviamente, i professionisti della sanità sono pronti a fare il loro dovere per quanto riguarda il corretto smaltimento delle modeste quantità di rifiuti sanitari pericolosi che provengono dagli studi odontoiatrici". Maurizio Pernice, pur segnalando la difficoltà di distinguere la figura dei professionisti da quella degli imprenditori, a causa di alcune sentenze

della Corte di Giustizia Europea che tendono ad equipararle, ha condiviso la necessità di prevedere, nell'ambito della normativa regolamentare che dovrà essere emanata dal Ministero dell'Ambiente, significativi elementi di semplificazione delle procedure a carico dei liberi professionisti che agiscono nell'ambito di uno studio privato. L'incontro si è concluso con la comune volontà di continuare nell'opera di reciproca comunicazione, affinché le normative sullo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi - anziché una complicazione burocratica penalizzante - costituiscano un elemento di crescita e di ulteriore responsabilizzazione dei professionisti.

Riscatti ENPAM online

Dal 1° settembre i medici e gli odontoiatri potranno presentare all'ENPAM le domande per riscatti o ricongiunzioni direttamente online, senza necessità di alcun documento cartaceo. La nuova procedura è accessibile nell'area riservata

del sito www.enpam.it e permette di ridurre sensibilmente i tempi di gestione delle pratiche ed evitare errori di trascrizione. Chi non è ancora registrato nell'area riservata del sito ENPAM può farlo all'indirizzo www.enpam.it/servizi/login.

Ai contenuti informativi diffusi dall'Ordine, compresa la consultazione della rivista Toscana Medica. Si auspica che il servizio sia accolto favorevolmente dai colleghi e, in attesa di commenti e suggerimenti, si invita alla consultazione!



Guida per i pazienti oncologici Accompagnare il paziente nel percorso oncologico

La presente guida è stata elaborata da un gruppo di lavoro della Direzione generale della Programmazione Sanitaria: Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Rosetta Cardone, Susanna Ciampalini, Antonietta Colonna, Angela De Feo, Daniela Furlan, Lucia Guidotti, Giorgio Leomporra, Claudio Seraschi, (Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi), Marco Spizzichino (Ufficio XI - Cure palliative e terapia del dolore) e con la collaborazione di Maria Rosaria De Luca (Associazione Libreria dell'anima).

La guida è stata sottoposta ad un processo di consultazione con Ordini e Collegi professionali, Società Scientifiche, Aziende Sanitarie, Organizzazione di rappresentanza dei cittadini e Associazioni di volontariato ed altre Istituzioni, che si ringraziano per la collaborazione fornita: Stefano Cascinu (AIOM) Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO); Anna Costantini (SIPO); Cittadinanza-attiva Onlus; Direttore generale Centro di riferimento oncologico di Aviano (CRO); Federazione Associazioni Volontariato Oncologico (FAVO); Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO); Direttore generale Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO); Federazione Nazionale Collegi Infermieri, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI); Direttore generale Istituto Nazionale Tumori di Napoli; Direttore generale Istituto oncologico di Bari; Vito Corrao (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale deei Tumori di Milano); Giuliana Mara Corradini (Azienda Guido Salvini di Garbagnate Milanese); Luisa Fioretto (Dipartimento oncologico Azienda Sanitaria Firenze); Giacomo Gucciardo (Direttore Chirurgia della mammella S. Camillo - Forlanini Roma).

Dieci suggerimenti per i pazienti oncologici:

1. Informazioni - Chiediamo al medico tutte le informazioni relative al tipo di tumore e al percorso da affrontare utilizzando, anche, la lista di domande, predisposta dall'azienda sanitaria.

2. Coinvolgimento dei familiari - Consenso informato - Supporto psicologico - Manifestiamo chiaramente la volontà/diritto di non sapere e di coinvolgere o meno i familiari, in particolare nel momento in cui decidiamo il nostro percorso di cura.

Leggiamo attentamente le informazioni contenute nel consenso informato.

Se lo riteniamo utile chiediamo copia del consenso, dei referti e della cartella clinica.

Chiediamo, se ne sentiamo il bisogno, un supporto psicologico in qualsiasi fase del trattamento.

3. Consulti con altri specialisti - Possiamo chiedere il parere di altri specialisti, anche di strutture sanitarie diverse, in qualsiasi momento. Il medico referente rilascerà, allo scopo, una relazione clinica dettagliata.

4. Coinvolgimento del medico di medicina generale - Chiediamo al nostro medico curante di aiutarci, consigliarci e sostenerci nelle decisioni per la scelta dello specialista e delle strutture sanitarie che ci prenderanno in carico.

5. Farmaci - Allergie - Sintomatologie - Ricordiamoci di segnalare al medico referente eventuali malattie concomitanti e le relative terapie farmacologiche nonché le allergie a farmaci, fornendo un elenco scritto dei medicinali che eventualmente stiamo assumendo, includendo prodotti omeopatici e di erboristeria.

Ricordiamoci anche di segnalare qualsiasi sintomo che avvertiamo nel corso delle terapie, in modo da favorire un immediato intervento da parte dei sanitari.

6. Reperibilità del referente - È importante conoscere i numeri telefonici e gli orari per contattare il personale sanitario di riferimento: l'oncologo o l'eventuale sostituto, la segreteria, l'infermiere, lo psicologo, qualora fossimo in trattamento psicoterapico.

7. Piano di trattamento - Chiediamo, all'équipe assistenziale, informazioni sul piano di trattamento, la sua durata, i farmaci utilizzati, gli effetti collaterali, come gestirli e in che modo questi influenzeranno la nostra vita quotidiana.

Chiediamo, in caso di dolore, come affrontarlo e gestirlo nelle sue diverse fasi e, qualora fosse necessario, il collegamento con i centri di terapia del dolore.

8. Team dei medici che parteciperanno alle cure - Chiediamo di conoscere l'équipe dei medici che parteciperanno alle cure e come collaboreranno, oltre

che i tempi e i luoghi in cui queste si svolgeranno.

Se in fase di diagnosi sono necessari specifici accorgimenti a cui il paziente deve attenersi, chiediamo all'équipe di comunicarli con utile anticipo. Se nel percorso di cura è prevista la chirurgia, chiediamo informazioni su come verrà gestita la fase operatoria.

9. Partecipazione attiva del paziente - Possiamo controllare, per ogni ciclo chemioterapico, insieme all'infermiere, ciascun farmaco inserito nello schema di terapia per verificarne la denominazione corretta, il tempo di infusione, la quantità predisposta per la somministrazione. In caso di intervento chirurgico, chiediamo all'operatore di contrassegnare la zona dove interverrà.

10. Tutela dei diritti del paziente - Chiediamo indicazioni scritte riguardanti le tutele del paziente oncologico in ambito:

- *sanitario*: esenzione ticket - protesi, presidi ed ausili personalizzati;
- *assistenziale*: invalidità civile - legge 104/1992 stato di handicap;
- *lavorativo e previdenziale*: congedi lavorativi - pensione e assegno;
- *socio-assistenziale*: contrassegno di libera circolazione e sosta;

In ogni caso, per conoscere i propri diritti e le relative procedure è bene rivolgersi al proprio patronato di fiducia.



Risultati studio Working Group geriatrico AIFA su appropriatezza prescrittiva negli anziani - Studio Working Group geriatrico AIFA

Il Geriatrics Working Group dell'Agenzia Italiana del Farmaco ha condotto un'indagine a tappe sull'appropriatezza prescrittiva per il paziente anziano, che ha evidenziato che un anziano su due oltre i 65 anni nel nostro Paese assume dai 5 ai 9 farmaci al giorno, che quasi il 60% della popolazione ultra-65enne manifesta scarsa aderenza alle terapie contro depressione, ipertensione, diabete e osteoporosi e che 36.000 anziani sono esposti a possibili rischi per assunzione di 2 o più farmaci aritmogenici, 22.000 sono esposti a pericoli di sanguinamento per uso contemporaneo di 3 farmaci pro-emorragici e 85.000 sono a rischio di insufficienza renale per uso contemporaneo di 3 farmaci dannosi per i reni.

(<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/risultati-studio-workinggroup-geriatrico-aifa-su-appropriatezza-prescrittiva-negli-anziani>).

Studio Aifa il 60% degli anziani rivela scarsa aderenza alle terapie farmacologiche

In sintesi:

- un anziano su due oltre i 65 anni nel nostro Paese assume dai 5 ai 9 farmaci al giorno;
- quasi il 60% della popola-

zione ultra-65enne manifesta scarsa aderenza alle terapie contro depressione, ipertensione, diabete e osteoporosi;

- 36.000 anziani sono esposti a possibili rischi per assunzione di 2 o più farmaci aritmogenici;
- 22.000 sono esposti a pericoli di sanguinamento per uso contemporaneo di 3 farmaci pro-emorragici;
- 85.000 sono a rischio di insufficienza renale per uso contemporaneo di 3 farmaci dannosi per i reni.

Sono alcuni dei risultati – preziosissimi per sostenere il modello della farmacia dei servizi – che emergono dall'indagine sull'appropriatezza prescrittiva nel paziente anziano condotta dal Geriatrics working group (Gwg) dell'Aifa, coordinato da Massimo Fini, direttore scientifico dell'Ircss San Raffaele Pisana, e da Pietro Folino Gallo, direttore dell'Ufficio assessment europeo dell'Agenzia.

Lo studio, imperniato su un'analisi dei dati raccolti dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, aveva per obiettivi quelli di misurare il fenomeno della politerapia e stimare la qualità prescrittiva su tutta la popolazione anziana italiana, costituita in totale da 7,3 milioni di donne e 5,2 milioni di uomini.

I risultati sono di estremo interesse: l'11% della popolazione anziana assume più di 10 farmaci al giorno e quasi sette milioni e mezzo di ultra 65enni ne consumano 5 o più al giorno. La conseguenza è un livello di aderenza al trattamento problematico: circa il 50% dei pazienti ipertesi o con osteoporosi ha un'aderenza bassa e le percentuali sono ancora più elevate per antidiabetici e antidepressivi.

L'uso concomitante di farmaci, inoltre, può portare a interazioni dannose in un numero di casi percentualmente basso – in genere meno dell'1% – ma numericamente significativo: circa 100.000 pazienti, per esempio, sono stati trattati con associazioni di farmaci che possono aumentare il rischio di sanguinamento. «I risultati» commenta Fini «dimostrano come i comportamenti inappropriati siano molto frequenti, particolarmente per la sottoprescrizione di farmaci per terapie di lunga durata, ma anche per il rischio causato da combinazioni inadeguate di molecole».

Lo studio dell'Aifa sarà pubblicato sul *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*.

VobisNewSLetter Anno III, n. 142, agosto 2013

Tabella 1 - Prevalenza degli indicatori di qualità nella popolazione anziana italiana.

| Indicatori di qualità | Tutti i gruppi di età (≥ 65 anni) n=12,301,537 (%) | 65-74 anni n=6,154,421 (%) | 75-84 anni n=4,474,887 (%) | ≥85 anni n=1,672,229 (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Politerapia | | | | |
| • 5-9 farmaci | 6,024,383 (49.0) | 2,681,639 (43.6) | 2,462,378 (55.0) | 880,366 (52.6) |
| • ≥10 farmaci | 1,389,591 (11.3) | 529,506 (8.6) | 629,043 (14.1) | 231,042 (13.8) |
| 2. Bassa aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi* | 201,290 (63.9) | 83,110 (62.6) | 82,623 (63.0) | 35,557 (69.6) |
| 3. Bassa aderenza al trattamento con farmaci anti-ipertensivi* | 179,975 (46.4) | 84,983 (43.2) | 65,450 (47.2) | 29,542 (56.1) |
| 4. Bassa aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici* | 92,017 (63.0) | 44,227 (63.0) | 35,497 (64.7) | 12,293 (70.1) |
| 5. Bassa aderenza al trattamento con farmaci antiosteoporotici* | 56,621 (52.4) | 24,424 (48.7) | 24,351 (53.4) | 7,846 (64.0) |
| 6. Uso di farmaci anti-Parkinson e antipsicotici | 25,949 (0.2) | 10,200 (0.2) | 10,625 (0.2) | 5,124 (0.3) |
| 7. Sotto-utilizzo di statine nei pazienti diabetici (% dell'intera popolazione anziana) - % della popolazione anziana in trattamento con ipoglicemici† | 918,662 (7.5) 53.4 | 418,257 (6.8) 48.3 | 366,813 (8.2) 54.4 | 133,592 (8.0) 73.1 |
| 8. Uso concomitante di farmaci che aumentano il rischio di sanguinamento | | | | |
| a. warfarina + tradizionali FANS/ inibitori COX-2 | 178,458 (1.5) | 64,939 (1.1) | 90,580 (2.0) | 22,939 (1.4) |
| b. warfarina + aspirina/antiaggreganti | 100,236 (0.8) | 38,953 (0.6) | 49,736 (1.1) | 11,547 (0.7) |
| c. warfarina + FANS/inibitori COX-2 + aspirina/antiaggreganti | 22,174 (0.2) | 8,574 (0.1) | 11,135 (0.2) | 2,465 (0.1) |
| 9. Uso concomitante di farmaci che aumentano il rischio di insufficienza renale e/o iperkaliemia (ACE inibitori/ARB + antagonisti dell'aldosterone + FANS/ inibitori COX-2) | 85,412 (0.7) | 28,860 (0.5) | 40,665 (0.9) | 15,887 (1.0) |
| 10. Uso concomitante di ≥ 2 farmaci che prolungano l'intervallo Q-T‡ | 36,359 (0.3) | 13,580 (0.2) | 15,903 (0.4) | 6,876 (0.4) |



ONAOISI: le deliberazioni del Consiglio Direttivo

Molti e di rilevante importanza gli argomenti trattati durante l'ultima riunione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione ONAOISI, dall'esame dei buoni risultati ottenuti dalla Giornata Nazionale della Previdenza che si è tenuta a Milano, agli interventi per l'adeguamento antisismico del-

le strutture destinate a Perugia al Centro Formativo ed al Collegio Unico, dalla valutazione della vulnerabilità sismica degli immobili sede del Centro Formativo di Messina, all'informativa sull'andamento degli investimenti sostenuti dalla Fondazione e sulle attuali dinamiche di mercato.

Il dottor Serafino Zucchelli, Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione, ha ricordato che sul sito Internet ONAOISI sono pubblicati gli avvisi e bandi relativi all'anno scolastico ed accademico 2013-2014.

Importante riconoscimento per il collega Sergio Balatri

Il dottor Sergio Balatri, per lunghi anni medico dell'Ospedale fiorentino di San Giovanni di Dio e dopo il pensionamento ancora particolarmente attivo nella conservazione della memoria storica dell'antico nosocomio e dei valori

fondanti dell'Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio che lo ha gestito fin dal 1588, ha ricevuto dal Superiore della Provincia Romana dei Fatebenefratelli un'importante dimostrazione del suo impegno. I Fatebenefratelli hanno infatti

concesso al dottor Balatri la cosiddetta "Carta di aggregazione" che lo rende a tutti gli effetti partecipe dei beni spirituali dell'Ordine. Al Collega le congratulazioni di "Toscana Medica".

In Europa aumenta l'offerta di lavoro in sanità

Infermieri e ostetriche, fisioterapisti e tecnici di laboratorio. L'Europa cerca manodopera nella sanità. Qui, calcola la Commissione europea, tra il 2008 e il 2012 l'occupazione è cresciuta di quasi il 2% l'anno. In controtendenza rispetto alla fase di disoccupazione record, con il 12% di senza lavoro nell'Eurozona. L'Italia è tra i Paesi in cerca di addetti in un settore che in Europa, negli ultimi 12 mesi, ha visto assumere un milione di persone, anche se, nell'ultimo trimestre 2012, il loro numero è sceso.

Oggi in Europa un lavoratore su dieci lavora nel comparto, con tassi ancora superiori in Germania e Gran Bretagna. Nella classifica delle occupazioni a più rapida crescita al primo posto ci sono quelle che riguardano le cure personali e rientrano nel gruppo in espansione il personale infermieristico e ostetrico, tecnici medici e farmaceutici e altre figure come dentisti, farmacisti e fisioterapisti. L'Osservatorio dei posti di lavoro vacanti della Commissione europea, fonte delle stime, inserisce l'Italia tra i Paesi

con più richieste, insieme a Francia, Germania e Gran Bretagna. Nel nostro Paese, nel quarto trimestre 2012 i servizi alla persona nell'assistenza sanitaria impiegavano 546.200 addetti, in aumento di 89.200 unità rispetto allo stesso periodo dell'anno prima. All'origine del fenomeno, secondo l'analisi trimestrale, ci sono l'invecchiamento della popolazione, lo sviluppo tecnologico nei trattamenti sanitari, le aspettative dei cittadini di servizi più efficienti e la maggiore importanza della prevenzione.

Banca dati dei crediti ECM

Il servizio "MyECM" mette a disposizione di ogni professionista sanitario una pagina personalizzata tramite la quale è possibile monitorare online la propria situazione formativa per i crediti acquisiti tramite eventi organizzati dai provider accreditati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua. Su myECM il professionista può verificare l'ammontare dei crediti E.C.M. suddivisi per anno e tipologia di offerta for-

mativa (formazione a distanza, residenziale e sul campo); consultare un elenco degli eventi formativi per i quali ha conseguito crediti, contenente tutte le informazioni relative a ciascuno di essi; consultare un elenco di eventi di prossimo svolgimento, filtrato in maniera automatica dal sistema sulla base delle discipline associate. Con il servizio myEcm il professionista può esprimere la propria opinione su ogni corso frequentato. Il giudizio viene

registrato dall'ufficio ECM, in forma rigorosamente anonima, e contribuisce a creare una valutazione dei singoli provider. Per attivare un account e accedere a MyECM è necessario effettuare la procedura di registrazione sull'apposita pagina del sito dell'AGENAS: <http://ape.agenas.it/professionisti/myecm.aspx>. Una volta completata la richiesta, nome utente e password saranno inviati automaticamente tramite posta elettronica.

1964-2014 CINQUANTENARIO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA NELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

Con lo scopo di "celebrare insieme", nella **primavera del 2014**, i 50 anni di laurea, s'invitano tutti i Collegi iscritti nell'anno accademico **1958-59** e tutti i "cinquantenni" a contattare per telefono, per e-mail o per posta

il Prof. CLEMENTE CRISCI

335.8146104 - clemente.crisci@unifi.it - viale Milton 53 (50129) Firenze - 055.471492

Adenuric[®]

(febuxostat)



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



Certificato Nr
50 100 4785

Manfredo Fanfani

LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

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

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

Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista

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