

**9-10-11 NOVEMBRE
ELEZIONI PER IL RINNOVO
DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE**

ToscanaMedica

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



La BPCO e i nuovi modelli assistenziali

G. Berni, W. Castellani, T. Corona, S. Giustini,
A. Nastruzzi, P. Paggiaro, L. Roti

Salute e Medicina di Genere nelle Aziende Ospedaliere Universitarie

M. Calamai

La cultura internistica come visione di un auspicato cambiamento in medicina e nell'organizzazione ospedaliera

G. Landini, L. Masotti, G. Panigada, I. Chiti

La Neurochirurgia ospedaliera fiorentina

F. Ammannati, G. Pecchioli

N° 9 OTTOBRE 2014



Priligy[®]
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013



PRIL 13-17



Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
Fortunato Depero
(Fondo, 1892 - Rovereto, 1960)
Nitrito in velocità, 1932 ca.
olio su tela / oil on canvas
Collezioni civiche -
Dono Alberto Della Ragione

Anno XXXII n. 9 - Ottobre 2014

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

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2014 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 La casa del Novecento a Firenze
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 Buone ragioni per votare
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 7 La BPCO e i nuovi modelli assistenziali
G. Berni, W. Castellani, T. Corona, S. Giustini,
A. Nastruzzi, P. Paggiaro, L. Roti
- 13 L'assistenza cambia e migliora
A. Panti

RICERCA E CLINICA

- 14 La cultura internistica come visione di un auspicato
cambiamento in medicina e nell'organizzazione ospedaliera
G. Landini, L. Masotti, G. Panigada, I. Chiti
- 18 La popolazione sportiva: sana, fino a prova contraria
M. Baldi, C. Lisi, M. Galli, F. Panzera, S. Bianchi, N. Mochi
- 21 Cannabis: un'erba da ricetta medica
E. Masini, M. Cirronis

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 24 Salute e Medicina di Genere
nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie
M. Calamai
- 26 Educazione terapeutica e counseling nel Chronic Care Model
S. Cerri, M. Bonfanti, P. Trapé, D. Calamassi
- 37 Lavorare stanca
A. Panti
- 38 Vaccinazioni obbligatorie (P. II)
N. Vigiani, V. Auriemma
- 40 Progetto di supporto psicologico gratuito
per le coppie nel percorso P.M.A.
D. Salvadori, C. Becattini
- 42 Percorsi interuniversitari di Ortopedia e Traumatologia:
l'esperienza toscana
F. Addevico, V. Cervi, G. Ciapini, L. Bonini, P. Parchi,
S. Marchetti, M. Lisanti

REGIONE TOSCANA

- 29 PMA eterologa in Toscana
M. Menchini, S. Nacci
- 35 Valutazione indicazioni d'uso emocomponenti ad uso
non trasfusionale - c.c. Emocomponenti topici
Consiglio Sanitario Regionale

RICORDO

- 43 Ricordo di Stefano

FRAMMENTI DI STORIA

- 44 La Neurochirurgia ospedaliera fiorentina
F. Ammannati, G. Pecchioli

L'INFORMATICA BIOMEDICA

- 50 L'editoria elettronica e il movimento Open Access
M. Masoni, M.R. Guelfi, G.F. Gensini

SANITÀ NEL MONDO

- 53 La corruzione in sanità
G. Maciocco, L. De Nigris

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 55 La forchetta di Caterina De' Medici
M. Fanfani

60 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

62 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

23 BACHECA

25/52 CONVEGNI E SEMINARI

54 LETTI PER VOI



FEDERICO NAPOLI

La casa del Novecento a Firenze

Il grande richiamo che a livello internazionale costituisce l'arte contemporanea, a Firenze ha sempre trovato un'eco molto minore, l'immaginario collettivo – dovrei dire "turistico" – identificando la città primariamente con il Rinascimento. Anche per questo, l'apertura di uno spazio ove collocare le collezioni del Comune dedicate all'arte del Novecento – dopo anni di lavoro e grazie a un contributo economico del Gioco del Lotto – deve essere salutata non come un'inversione di tendenza (per altro, assurda e inutile), ma come un necessario compendio, nel panorama artistico cittadino.

In quest'ottica, dunque, si colloca l'inaugurazione avvenuta il 24 giugno – giorno significativo per Firenze – del "Museo Novecento", iniziativa fortemente voluta dall'Amministrazione comunale: ospitato in piazza Santa Maria Novella nei locali del quattrocentesco spedale di San Paolo, poi detto *le leopoldine* – dunque, in uno spazio architettonico di fascino – e forte di quasi 300 opere esposte, questo luogo museale riflette in particolare, ma non esclusivamente l'arte a Firenze dagli Anni Venti fino al 2000, anche se corposa e significativa è una presenza artistica più ampiamente nazionale. Esposizione per altro foriera di ampliamenti futuri, non mancando ulteriore materiale da aggiungere o da mostrare a rotazione, le collezioni comunali essendo ricche di oltre 1500 pezzi di arte contemporanea.

Tutto il materiale esposto, di diversa provenienza – donazioni, concorsi, la Raccolta Alberto della Ragione chiusa da anni e l'iniziativa post-alluvione di Carlo Ludovico Ragghianti –, è distribuito nei quindici ambienti del complesso di piazza Santa Maria Novella; in esse si susseguono varie espressioni artistiche che nei decenni hanno trovato in città rispondenza creativa: ecco il movimento "Astrattismo classico" con Berti e Nativi; ecco

l'informale di Baldi e l'esperienza di "Collettivo Zona"; ecco la scultura astratta di Guasti. Nelle sale si scopre l'alta qualità delle opere di Casorati; la vitalità intellettuale e sociale dei vari Ori, Miccini, Pignotti, Marcucci, La Rocca, Isgrò riuniti nel gruppo della "Poesia visiva"; affiora la forte personalità di Magnelli. Ma a questo panorama che propone anche autori di provenienza nazionale, come Accardi, Cagli, De Chirico, Carrà, Morandi, sono accostate espressioni significative che hanno mosso i primi passi da Firenze: è il caso di varie esperienze legate al cinema – la città ha una lunga e poco conosciuta tradizione in tal senso, dagli studi cinematografici Anni Venti di via delle Panche, fino alla imminente collezione Zeffirelli –, visibili in una saletta attrezzata; godibili sono realizzazioni di musica elettronica ed esempi di libera creatività applicata al design e all'architettura, grazie a "Superstudio" e "Archizoom".

Se a questo si aggiungono dispositivi sonori e postazioni multimediali utili a ricostruire un clima culturale specifico avanti ad alcune delle opere d'arte esposte, la prospettiva di mostre temporanee, spazi per conferenze e studio, accanto alla costante presenza di tanti altri autori quali Sironi, Marini, Fontana, Barni, Rosai, Nannucci, si ottiene un tesoro, messo ora a disposizione dei visitatori. Questo tesoro offre di Firenze un'immagine più completa, perché comprensiva anche della sua vitalità contemporanea, dando così un seguito a quell'ingegno creativo che trova nel Rinascimento la più comune identificazione della città. **TM**

Museo Novecento

Piazza Santa Maria Novella 10, Firenze
 lunedì/mercoledì 10-18; giovedì 10-14;
 venerdì 10-21; sabato e domenica 10-20

Giorgio Morandi
 (Bologna,
 1890-1964)
 Natura morta
 1923-1924
 olio su tela /
 oil on canvas
 Collezioni civiche -
 Dono Alberto
 Della Ragione

INVITO AI MEDICI E AGLI ODONTOIATRI!

**ELEZIONI PER IL RINNOVO
DEL CONSIGLIO
DELL'ORDINE DI FIRENZE**

IL SEGGIO È APERTO NEI GIORNI

**DOMENICA 9, LUNEDÌ 10
E MARTEDÌ 11 NOVEMBRE
DALLE ORE 8,00 ALLE ORE 20,00**

PRESSO LA SEDE DELL'ORDINE DI FIRENZE
VIA G.C. VANINI 15

SECONDA CONVOCAZIONE

COLLEGHI, VENITE A VOTARE!

Il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per il prossimo triennio è un'occasione per partecipare alla vita dell'organo della professione in un periodo di così grandi trasformazioni della medicina e della sanità. Il peso e il prestigio dell'Ordine dipendono anche dal coinvolgimento dei medici nel dibattito, sempre più vivo nella società, sui problemi etici e economici della medicina moderna. Il futuro della professione deve essere deciso dai medici.

**IL VOTO È UN DIRITTO
E UN DOVERE DI TUTTI**

ANTONIO PANTI

Buone ragioni per votare

Domenica 9, lunedì 10 e martedì 11 novembre si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze. **Venite a votare!** Il voto è la più alta espressione di cittadinanza: ognuno ha il diritto e il dovere di sostenere le proprie idee e di scegliere i propri rappresentanti. E ci sono molte buone ragioni per votare!

Da anni si percepiscono difficoltà nella professione che mettono quasi a disagio i medici di fronte alle grandi trasformazioni del servizio sanitario e della società. Occorre recuperare la fiducia nella medicina, la serenità dei medici e migliorare la tutela della salute. Occorre superare quel distacco fatalistico o irritato che spesso ci colpisce, e reagire per riappropriarsi del futuro della professione.

Viviamo cambiamenti epocali. La rivoluzione informatica cambia radicalmente la professione, la tecnica influenza la nascita e la morte, i paradigmi della medicina si evolvono rapidissimamente, la genetica apre orizzonti impensabili, la medicina sostitutiva incrementa le prestazioni dell'uomo e la riparazione dei pezzi difettosi prefigura l'uomo bionico. I giovani disporranno di conoscenze e strumenti che miglioreranno, al di là di ogni previsione, le possibilità di prevenire e curare.

La medicina è paradigma e specchio dei dilemmi etici e politici del mondo. È la scienza che più si è sviluppata negli ultimi decenni, ponendo in crisi schemi concettuali apparentemente inattaccabili e indirizzi terapeutici diffusi, innovando incessantemente mezzi e strumenti, allargando il proprio campo di azione alla prevenzione, alla collettività, all'ambiente, alle disuguaglianze sociali, infine teorizzando una medicina delle persone sane.

Però i medici, principali attori di queste trasformazioni, sono sottoposti a inutili e defatiganti adempimenti burocratici, a un malinteso e pesante economicismo, vivono difficoltà molteplici, dagli ambienti di lavoro inadeguati alla mancanza di *turn over*, dai blocchi contrattuali alla persistenza del precariato, dalle difficoltà formative prima della laurea alla inadeguatezza dell'ECM, insomma una miriade di ostacoli alla relazione col paziente, fondamento ultimo della medicina. Nello stesso tempo i pazienti sono divenuti esigenti e il risarcimento ha preso

il posto della gratitudine, mentre le illusioni sui presunti poteri taumaturgici della scienza provocano disinganno, incomprensione e ricorsi all'irrazionale.

In questa situazione convivono sia la necessità di adeguarsi all'evoluzione della scienza e della società per mantenere un antico prestigio sia una sorta di rimpianto del passato, dimenticando che è impossibile difendere quel che non c'è più. La scienza e la tecnica progrediscono di per sé e il mondo cambia non per volontà degli amministratori ma perché si risolvono sempre maggiori problemi dell'umanità.

Tutto ciò che rapporto ha con l'Ordine professionale? L'Ordine è un organismo sussidiario dello Stato, demandato a tenere l'albo e vigilare sulla deontologia. Compiti assai importanti in epoca di incerti confini tra le professioni, causa di molteplici forme di abusivismo contro cui l'Ordine rappresenta una concreta difesa. Tuttavia l'Ordine non è soltanto un pubblico notaio o un giudice dei comportamenti dei medici, ma si propone con forza quale sede di dibattito sul futuro della medicina e della professione.

I medici non possono affrontare settorialmente o, peggio, singolarmente, questi immani problemi: riacquistare tempo per la relazione con i pazienti, ritrovare serenità nell'operare quotidiano, contrastare le prevaricazioni di un malinteso economicismo e di un'asfissiante burocrazia, riaffermare un prestigio e ricollocare correttamente, nel reciproco rispetto, i ruoli di medico e di paziente; insomma salvaguardare la libertà e l'indipendenza della professione. I problemi della formazione, quelli della colpa medica e delle assicurazioni, la pari opportunità e il lavoro dei giovani, il rapporto giuridico e le modalità di carriera, il precariato, il coinvolgimento negli organi decisionali del servizio, non sono piccole cose ma grandi questioni che riguardano la tutela della salute e quindi la collettività e esigono, per essere affrontati, coerenza e condivisione da parte di tutti i colleghi.

Un vasto programma che necessita di un luogo unificante i diversi interessi categoriali che soltanto l'Ordine professionale può garantire. Una buona ragione per votare, per essere protagonisti del futuro della professione.

TM



Giancarlo Berni

**GIANCARLO BERNI¹, WALTER CASTELLANI², TIBERIO CORONA³, SAFFI GIUSTINI⁴,
ALESSIO NASTRUZZI⁵, PIERLUIGI PAGGIARO⁶, LORENZO ROTI⁷**

La BPCO e i nuovi modelli assistenziali



Walter Castellani

TOSCANA MEDICA – *Alla luce delle più recenti valutazioni epidemiologiche per la BPCO, i dati del Progetto Nazionale Valutazione Esiti relativi alle percentuali di riospedalizzazione di questi pazienti per la Toscana non sembrano più di tanto incoraggianti.*

BERNI – Al Consiglio Sanitario Regionale è stato affidato il compito di capire le cause delle notevoli differenze che esistono tra le varie Aziende toscane in termini di ospedalizzazione dei pazienti con BPCO. Per fare questo abbiamo chiesto aiuto all'Agenzia Regionale di Sanità che, esaminati i dati nazionali, ha concluso che le differenze sopracitate rientrano nella normale variabilità statistica, anche se il numero dei ricoveri a livello regionale continua comunque ad essere notevolmente alto. Non dimentichiamo però che la BPCO non compare praticamente mai come prima diagnosi isolata, occupando per lo più il II, III e IV posto nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), recuperandosi così la reale appropriatezza degli interventi messi in atto per questi pazienti dal Servizio Sanitario Regionale.



Tiberio Corona

TOSCANA MEDICA – *Qual è l'epidemiologia attuale della BPCO e quali i suoi costi?*

CASTELLANI – La BPCO è una malattia in costante crescita a livello mondiale ed è previsto che nei prossimi anni diventerà la terza causa di morte. In Italia si stima che siano circa 4.000.000 i malati, anche se una quota significativa di casi non viene ancora correttamente diagnostica. In Toscana ed in particolare a Firenze si è lavorato molto proprio su quest'ultimo aspetto.



Saffi Giustini

NASTRUZZI – A livello di medicina generale la prevalenza della BPCO si attesta intorno al 2.5-4%, anche se gli specialisti parlano di percentuali più alte, oscillanti tra il 7 ed il 10% della popolazione. L'incidenza della malattia non può purtroppo essere codificata con altrettanta precisione, sostanzialmente non esistendo studi specifici in materia.

Si tratta comunque di una malattia molto "costosa" con spese medie di circa 2.450 Euro annui a paziente.

TOSCANA MEDICA – *Qual è l'inquadramento nosologico della BPCO?*

CASTELLANI – Ad oggi si considerano in primo luogo due forme di BPCO, una a prevalente componente enfisematosa ed un'altra a prevalente componente bronchitica cronica. Un simile inquadramento nosologico condiziona una difformità di approccio terapeutico ed una differente rilevanza della morbilità associata. Questi pazienti, quasi sempre anziani e

con importanti comorbidità associate, devono quindi essere considerati nella complessità del loro quadro clinico. La storia naturale della BPCO è caratterizzata dalle riacutizzazioni che sono eventi acuti spesso causati da infezioni e caratterizzati da un peggioramento della sintomatologia respiratoria. Le comorbidità del paziente devono essere tenute presenti sia durante le riacutizzazioni che durante i periodi di stabilità clinica della malattia. Non bisogna inoltre dimenticare che i frequenti episodi di riacutizzazione della BPCO causano ogni volta una riduzione importante della capacità respiratoria con tutto quello che ne consegue a livello di peggioramento dello stato clinico complessivo di questi pazienti.

La fenotipizzazione dei malati con BPCO permette oggi di garantire il migliore approccio terapeutico, mirato e quanto più possibile personalizzato.

GIUSTINI – Parlando di BPCO due parole ricorrono sempre con grande frequenza, fenotipizzazione e riacutizzazione. Si tratta di concetti che si correlano per lo più a soggetti di età mediamente avanzata ed io come medico di famiglia sono molto preoccupato anche e soprattutto per quei pazienti che, fumatori da età giovanissime, si ritrovano già a quarant'anni con una situazione polmonare disastrosa. In questo senso il Chronic Care Model può rappresentare un setting di intervento assai efficace che consente di individuare e prendere in carico soggetti con sintomi aspecifici quali una lieve tosse di lunga durata o una sindrome influenzale che stenta a scomparire del tutto che potrebbero essere la spia di un ben più grave impegno a livello broncopolmonare. Senza poi dimenticare che il carico assistenziale diventa veramente importante, anche dal punto di vista terapeutico quando alla BPCO si associa una comorbidità per lo più assai significativa.

NASTRUZZI – A livello di medicina generale il problema del fumo rappresenta una questione davvero molto importante, alla luce soprattutto dei dati più recenti che parlano di un numero sempre crescente di fumatori soprattutto tra i giovani e le donne. Il medico di famiglia riveste un ruolo privilegiato in questa situazione, potendo esercitare una potente azione di educazione sanitaria, assai utile in questo aiutato dagli infermieri che sempre più spesso lavorano nei nostri ambulatori. Tra l'altro gli infermieri, anche e soprattutto quelli attivi a livello territoriale, esplicano la funzione fondamentale di monitorare l'aderenza dei pazienti alle terapie prescritte al fine di evitare per quanto possibile le riacutizzazioni della patologia ed i conseguenti ricoveri in ospedale.

ROTI – Sempre rimanendo in tema di sanità di iniziativa, credo sia importante ricordare come l'età

¹ Coordinatore del settore Emergenza-urgenza, Consiglio Sanitario Regionale della Toscana

² Direttore del Servizio di Fisiopatologia Respiratoria e Riabilitazione Respiratoria della ASL di Firenze

³ Direttore del Dipartimento del Farmaco della ASL di Pisa

⁴ Medico di medicina generale a Pistoia, consulente AIFA

di presa in carico dei pazienti con BPCO sia oggi di circa dieci anni più bassa di quanto non succeda per i soggetti affetti da diabete. Questo significa un buon approccio diagnostico alla malattia, superando il concetto di cronicità legata quasi esclusivamente all'invecchiamento.

Per quanto riguarda il fumo la situazione è invece davvero preoccupante ed i dati della Agenzia Regionale di Sanità ci dicono che il numero di fumatori regolari nella classe di età 14-19 anni è esattamente sovrapponibile a quello dei fumatori adulti, vale a dire il 24-25% della popolazione. Purtroppo in questo campo la Toscana riveste il poco invidiabile terzo posto della classifica italiana.

TOSCANA MEDICA – *Alcune volte, secondo un'impressione abbastanza diffusa, si ha l'idea che il Chronic Care Model alla fine dedichi alla BPCO una minore attenzione rispetto ad altre situazioni di patologia, quali appunto il diabete, la malattia cardiovascolare o quella oncologica.*

GIUSTINI – Questo può essere in parte imputato al fatto che gli interventi mirati a cercare di fare smettere le persone di fumare, soprattutto quelle di più giovane età, in molti casi vengono limitati dalla scarsa disponibilità delle risorse: per fare un esempio, nella mia realtà i Centri antifumo sono stati fortemente ridimensionati e l'accesso alle consulenze psicologiche del settore pubblico non appare poi così tanto agevole e scontato. Anche per questo gli eventuali benefici di una buona campagna di educazione vengono fortemente limitati. Sarebbe invece necessario un grosso impegno regionale, per esempio a livello scolastico, per dotare le strutture territoriali di professionalità adeguatamente formate in questo senso e per garantire l'accesso gratuito ai prima ricordati Centri antifumo ed al supporto psicologico.

NASTRUZZI – Oltre ai medici di famiglia altre e numerose persone devono essere impiegate nella lotta al fumo, non dimenticandosi quanto impegno sia

stato necessario, ad esempio, per creare negli Ospedali degli spazi riservati ai fumatori e che c'è stato bisogno addirittura di una legge dello Stato (la cosiddetta Legge Sirchia) per vietare nel nostro Paese il fumo nei locali pubblici.

Un'osservazione relativa al Chronic Care Model: secondo la mia esperienza il CCM ha dato buoni risultati nella gestione della BPCO, visto che il consumo dei farmaci dedicati ed il numero delle visite specialistiche sono andati progressivamente ad aumentare, insieme ad una riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri.

BERNI – Non bisogna però dimenticare che dati molto recenti, 2013 e 2014, dimostrano che in Italia solo il 41.57% dei soggetti ai quali sono stati prescritti farmaci per la BPCO mantiene una buona aderenza alla terapia, venendosi in questo modo a perdere in maniera inspiegabile buona parte di quel 6% di risorse riservate a livello nazionale alle malattie polmonari. Ovviamente i medici di medicina generale, opportunamente supportati, dovrebbero avere un ruolo di fondamentale importanza in questo campo di intervento.

CASTELLANI – Il CCM è stato uno strumento che ha permesso al medico di medicina generale di individuare molti pazienti con BPCO che prima sarebbero stati rimasti misconosciuti, ha provveduto alla loro classificazione ed ha iniziato un programma terapeutico quanto più possibile personalizzato. La questione è che purtroppo i numeri ci dicono che molti di questi soggetti continuano a presentare una scarsa aderenza alla terapia, con una media annua di 30 giorni di cura regolarmente eseguita. Ciò significa che in pratica vengono curate in maniera adeguata soltanto le fasi di riacutizzazione di una malattia che deve invece venire costantemente seguita nel corso di tutto l'anno.

Questo sistema ha condotto comunque a tre conseguenze positive. La prima è l'aumento del numero dei soggetti presi in carico, aumentato dall'1-



Alessio Nastruzzi



Pierluigi Paggiaro



Lorenzo Roti

COSTI INDIRETTI: DALYs lost

DALYs lost to	Worldwide	WHO European Region
Lower respiratory infections	79 million (5.4%)	2.2 million (1.5%)
HIV/AIDS	65 million (4.4%)	2.6 million (1.8%)
Ischaemic heart disease	64 million (4.4%)	16.0 million (11.3%)
Diarrhoeal diseases	56 million (3.8%)	1.1 million (0.7%)
Cerebrovascular disease	48 million (3.3%)	9.3 million (6.4%)
Road traffic accidents	45 million (3.1%)	3.4 million (2.4%)
COPD	33 million (2.3%)	2.9 million (2.0%)
Tuberculosis	29 million (2.0%)	1.7 million (1.2%)
Diabetes mellitus	22 million (1.5%)	2.6 million (1.8%)
Trachea/bronchus/lung cancer	13 million (0.9%)	3.2 million (2.2%)

DALYs (Disability-adjusted life year): somma degli anni di vita persi per mortalità prematura (Years of Life Lost - YLLs) e degli anni di vita vissuti in condizioni di salute non ottimale o di disabilità (Years Lived with Disability⁷-YLD) WHO 2011

⁵ Medico di medicina generale a Firenze, Segretario provinciale della FIMMG

⁶ Ordinario di Malattie Apparato Respiratorio dell'Università degli Studi di Pisa

⁷ Direttore della Società della Salute di Prato

2% al 4% della popolazione. La seconda, che potrebbe essere a prima vista considerata come una conseguenza negativa è l'incremento della spesa sanitaria farmaceutica riguardante i farmaci inalatori che vengono utilizzati durante la fase di stabilità della BPCO. Questo significa che esiste una maggiore aderenza alla terapia e porta alla terza conseguenza cioè ad una riduzione significativa del numero delle riacutizzazioni, soprattutto di quelle più gravi che solitamente portano al ricovero ospedaliero. Pertanto visto che sono proprio le riacutizzazioni e in particolar modo i ricoveri che incidono in maniera preponderante sulla spesa sanitaria, la loro diminuzione determina un risparmio importante. Questo significa che la malattia viene oggi per lo più correttamente riconosciuta e trattata e che in qualche modo viene meglio gestito il suo inevitabile decorso verso la cronicità. Almeno a Firenze il CCM applicato alla BPCO ha funzionato nella maniera adeguata.

ROTI – In senso generale l'efficacia del CCM si basa sulla sua proattività. Una volta che è stato deciso di lavorare sulla BPCO e sono stati identificati i criteri per l'arruolamento dei pazienti, la valutazione attenta delle informazioni contenute nelle cartelle cliniche (per esempio abitudine al tabagismo, presenza di numerosi episodi di bronchite in un anno, comparsa ripetuta di tosse o affanno) ha permesso di fare partire il processo virtuoso adesso ricordato dal dottor Castellani. Penso però che molta attenzione debba ancora essere riservata alla questione dell'aderenza alla terapia, al fine di valorizzare quanto possibile lo sforzo economico sostenuto dai Servizi sanitari per il maggior consumo di farmaci.

TOSCANA MEDICA – CCM e BPCO: le cose vanno quindi abbastanza bene. Esistono spazi di miglioramento che coinvolgano medici, infermieri e cittadini, soprattutto per quanto riguarda la lotta al tabagismo?

CASTELLANI – Un primo miglioramento potrebbe senza dubbio essere legato all'aumento dei medici di medicina generale coinvolti in questo scenario, la cui percentuale si attesta al momento intorno al 40%.

Un altro campo di intervento dovrebbe essere quello della comunicazione alla popolazione ed in particolare ai giovani e giovanissimi relativamente ai danni causati dal fumo, sottolineando che ben il 50% dei fumatori prima o poi svilupperà una qualche forma di BPCO.

Dal punto di vista pratico potrebbe poi essere utile cambiare la localizzazione dei Centri antifumo che oggi per lo più sono localizzati nei SerT: questo potrebbe aumentare la compliance dei fumatori che troverebbero così accoglienza in luoghi a loro riservati senza avere contatti troppo stretti con soggetti affetti da dipendenze di altro tipo.


Un'ultima, importante considerazione. È stato dimostrato che maggiore è il tempo che intercorre tra il messaggio contro il fumo lanciato dal medico di medicina generale e l'accesso al Centro, minore è la percentuale di successo degli interventi proposti. Molti fumatori infatti, magari in certi momenti anche motivati a smettere, trovando difficoltà di vario genere per accedere al Centro, finiscono semplicemente per rinunciare.

PAGGIARO – Sono assolutamente d'accordo con il dottor Castellani il quale tra l'altro parla sulla scorta dell'esperienza fiorentina, avanzata e ben condotta rispetto a molte altre realtà locali.

L'esperienza professionale mi ha negli anni condotto alla convinzione che in questo campo la collaborazione tra l'ospedale ed i medici di medicina generale è veramente di capitale importanza. Gli ospedali, in teoria sempre più orientati alla gestione dell'acuzie ma in realtà ancora pesantemente coinvolti in quella della cronicità, devono per forza avere un forte punto di riferimento a livello territoriale, con momenti di condivisione adeguatamente program-

Quanto ci costa?

Source	Country	Type of Study	Costs Evaluated	Cost per Patient per Year, \$	Global Cost per Year, \$
Moreira, ⁹ 1992	Spain	Top down	Direct and indirect	961	Direct, 321 million Indirect, 545 million
Hilleman et al, ¹⁰ 2000	United States	Bottom up	Direct	Stage I, 1,651 Stage II, 5,037 Stage III, 10,512	
Jacobson et al, ⁶ 2000	Sweden	Top down	Direct and indirect		Direct, 111 million Indirect, 173 million
Wilson et al, ⁷ 2000	United States	Top down	Direct	Emphysema 1,341 Chronic bronchitis 816	14,500 million
Rutten-van Mólken et al, ⁵ 1999	Netherlands	Top down	Direct	876	
Miravittles 2003	Spain	Bottom up	Direct	Stage I, 1,484 Stage II, 2,047 Stage III, 2,911	506 million \$



Miravittles et al Chest 2003

mati tra i medici di medicina generale e quelli degli ospedali. Senza questo approccio di interscambio continuo e partecipato, probabilmente la BPCO viene curata male sia a livello ospedaliero che sul territorio.

CORONA – Vorrei riprendere per un attimo la questione della collocazione dei Centri antifumo. In origine erano stati collocati nei SerT perché si pensava che il tabagismo, al pari delle altre forme di dipendenza, avesse bisogno di un percorso di disassuefazione gestito a livello prevalentemente tossicologico. Oggi le prospettive sono giustamente cambiate e si ragiona più in termini di educazione sanitaria e di prevenzione, con il conseguente, maggiore coinvolgimento dei medici di famiglia rispetto ai tossicologi.

NASTRUZZI – Anche nel campo della BPCO in Regione Toscana si è scelto di privilegiare l'approccio basato sul Team del quale fanno parte tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza a questi pazienti. Il Team permette di agire in maniera continuativa e coordinata, per esempio rinforzando praticamente tutti i giorni le motivazioni che potrebbero spingere i fumatori ad abbandonare la sigaretta.

I medici di medicina generale, all'interno di questo modello assistenziale, devono essere messi nelle condizioni di garantire un primo livello di diagnosi e cura (avvalendosi per esempio degli infermieri per le attività di educazione sanitaria ed eseguendo nei propri ambulatori la spirometria), riservando allo specialista gli eventuali approfondimenti ritenuti necessari. Secondo le indicazioni regionali l'accesso al secondo e terzo livello di intervento deve essere attentamente codificato, per evitare sprechi e garantire la massima appropriatezza delle prestazioni erogate. È auspicabile che in futuro le Case della Salute possano diventare il luogo istituzionale di confronto e scambio tra i medici di medicina generale ed i colleghi delle differenti specialità.

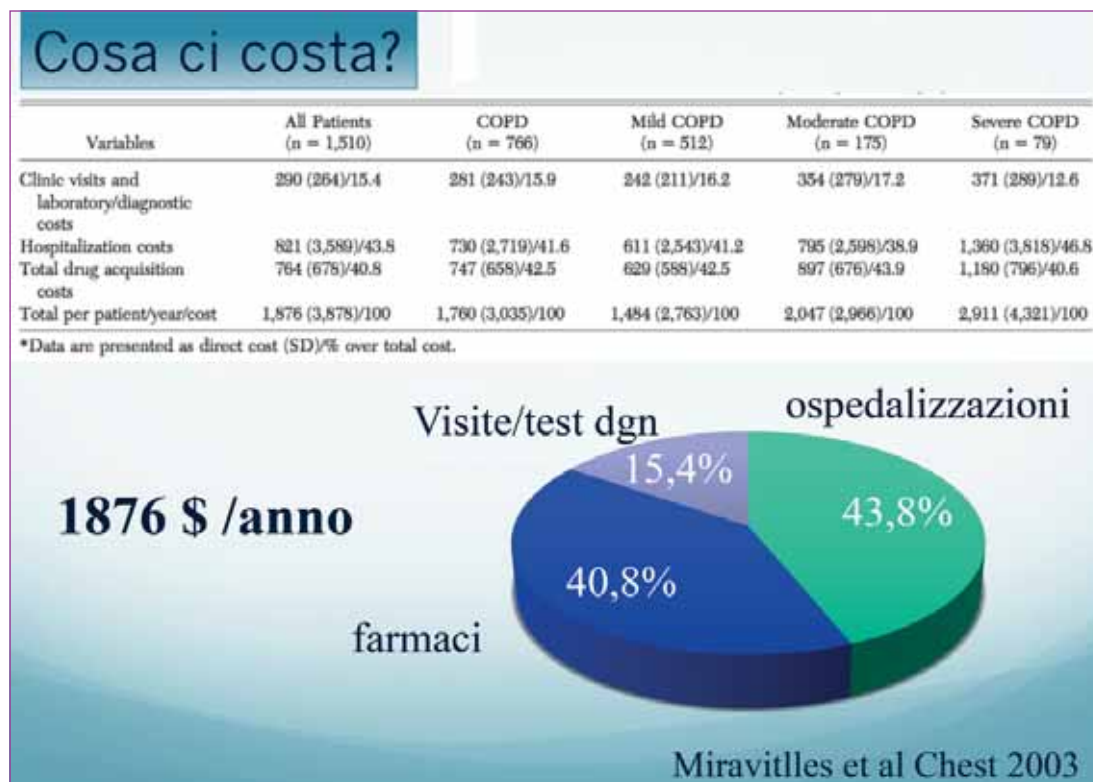
GIUSTINI – A mio parere uno degli interventi che in Toscana hanno permesso il passaggio dalla "vecchia" medicina generale a quella moderna di iniziativa è stato l'inserimento nei Team degli infermieri che ha premesso al medico di avere molto più tempo da dedicare alla clinica, alla diagnosi ed ai progetti di cura, demandando a questi professionisti opportunamente formati tutto il carico delle iniziative di educazione sanitaria e di quelle di stretta competenza infermieristica. In Toscana ad oggi circa il 63% dei medici di famiglia lavora in questo modo.

ROTI – Anche secondo me la figura dell'infermiere ha oggi una importanza enorme a livello di medicina generale. Nello specifico della BPCO può essere demandata a loro anche l'esecuzione della spirometria e della pulsossimetria.

CASTELLANI – Negli ambulatori della medicina generale si possono fare davvero tante cose anche nel campo dell'educazione sanitaria e della prevenzione. Tanto per fare un esempio è stato dimostrato che, in una scala da 1 a 10 di efficacia del messaggio a lasciare il fumo, il valore del medico di famiglia che consiglia questo comportamento ha un punteggio di ben 6.8!

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo la questione della terapia della BPCO, anche alla luce delle novità terapeutiche di più recente introduzione.*

PAGGIARO – Oggi disponiamo di un numero rilevanti di farmaci, ognuno con caratteristiche e peculiarità differenti che ci permettono di personalizzare quanto più possibile il trattamento di ogni singolo paziente. La categoria di maggior impiego è ancora oggi quella dei broncodilatatori che per lo più riescono a garantire ai malati una buona qualità della vita soprattutto per quanto riguarda l'attività fisica, ormai



universalmente considerato cardine terapeutico fondamentale in qualsiasi condizione di cronicità.

Negli ultimi anni sono stati inoltre rese disponibili delle nuove molecole ad azione Beta 2 agonista di lunga durata, utilizzabili in monosomministrazione con evidenti vantaggi sulla compliance della terapia. Possono poi venire impiegati farmaci anticolinergici da usare in sempre nuovi schemi di cura che, nell'ottica della maggiore personalizzazione possibile della terapia, combinano variamente queste varie classi di farmaci alla ricerca del risultato migliore nelle differenti forme cliniche di BPCO.

I "vecchi" corticosteroidi mantengono ancora oggi la loro importanza e sono generalmente impiegati in pazienti con forme cliniche particolarmente gravi e soggetti a frequenti riacutizzazioni.

Alter opzioni terapeutiche sono per il momento ancora in fase di studio preclinico.

NASTRUZZI – Anche a livello di medicina generale si è raggiunta la consapevolezza che i farmaci da usare in prima battuta sono i broncodilatatori e gli anticolinergici a lunga durata, riservando i cortisonici ai casi di maggiore gravità. In questo senso adesso vengono sempre meno privilegiate le associazioni precostituite a base di corticosteroidi e broncodilatatori.

CASTELLANI – Sono assolutamente d'accordo con quanto detto dai colleghi e vorrei sottolineare ancora una volta quanto sia importante inquadrare con la massima precisione possibile ogni paziente, coinvolgendo direttamente i medici di base ed i Centri di riferimento specialistico in un percorso di cura condiviso. Secondo me è del tutto inutile decidere a priori, ad esempio, il numero di spirometrie da effettuare in un anno o quale debba essere la frequenza delle consulenze da parte dello specialista: il paziente va seguito in maniera attiva, identificando momento

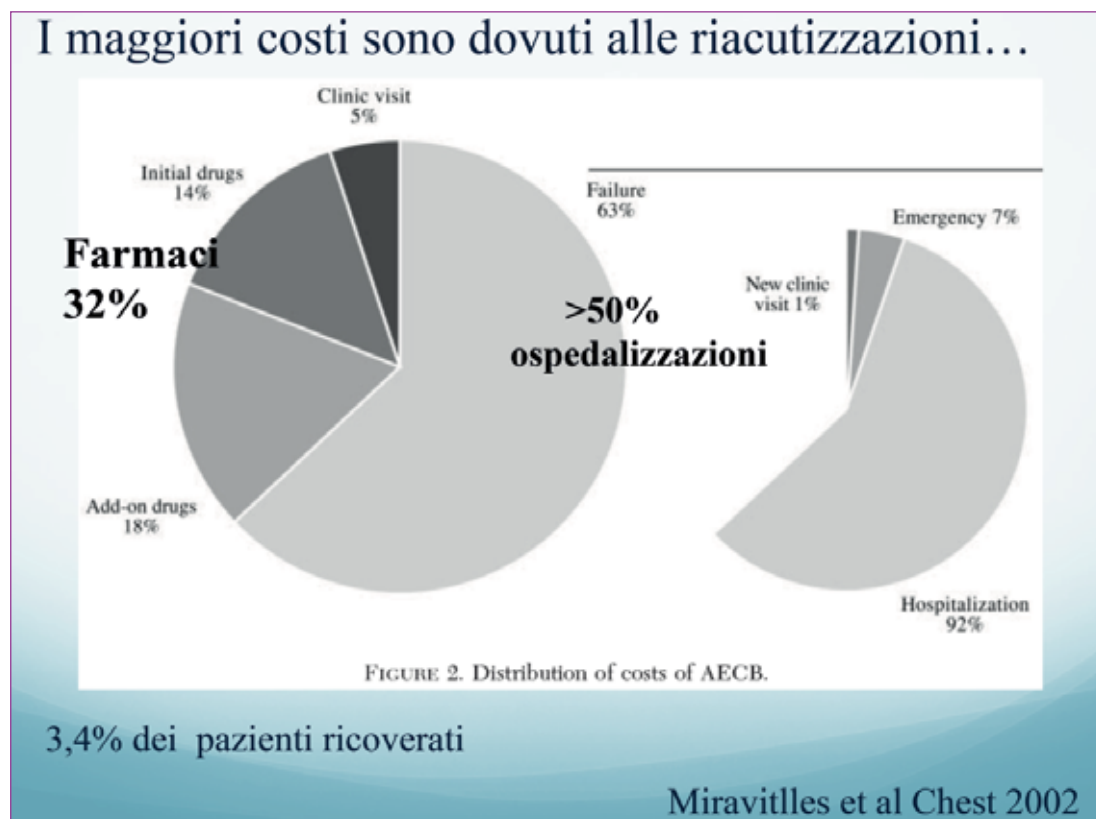
per momento quello che è necessario alla migliore gestione possibile della sua malattia.

PAGGIARO – Certamente oggi l'approccio alla BPCO è profondamente cambiato, fatta ovviamente salva la considerazione che l'ostruzione bronchiale rappresenta il momento fisiopatologico più importante alla base della malattia. In sostanza attualmente si cerca di capire la reale valenza dei vari determinanti della BPCO per capire se, ad esempio, in un paziente la prevalente componente asmatica possa davvero beneficiare della terapia cortisonica piuttosto che della somministrazione di altre molecole. Ritorna pertanto ancora una volta il concetto di capitale importanza della personalizzazione della terapia.

CORONA – Anche nel campo della BPCO la questione del costo dei farmaci deve essere valutato all'interno della spesa complessiva richiesta dalla malattia, considerando se ad esempio il costo maggiore dei nuovi farmaci si correla direttamente ad una riduzione degli episodi di riacutizzazioni o dei ricoveri in ospedale.

I farmaci specifici per la BPCO sono ancora tutti sotto la tutela brevettuale, mantenuta anche dalla presenza del dispositivo di somministrazione che entra a fare parte a tutto diritto della struttura complessiva del prodotto prescritto ai pazienti.

I costi di queste terapie a mio parere potrebbero essere ragionevolmente ridotti se i malati riuscissero davvero ad imparare ad usarli al meglio. I broncopatici cronici sono spesso anziani, con gravi polipatologie associate e in molti casi non riescono ad assumere correttamente il farmaco. In questo senso la medicina di iniziativa, il Chronic Care Model, la figura dell'infermiere attivo a livello territoriale potrebbero fornire realmente un grande aiuto a livello di educazione sanitaria di questi soggetti.



Tornando alla questione dei costi, i linea generale si può affermare che tra i farmaci broncodilatatori i Beta 2 stimolanti hanno un prezzo lievemente più basso rispetto agli antimuscarinici. Il costo in sé non rappresenta quindi un grosso problema: l'importante è valutarlo correttamente all'interno dell'intero processo di cura. Per questo nel caso della BPCO e soprattutto delle sue riacutizzazioni è importante, ad esempio, considerare l'eventualità della somministrazione del vaccino antipneumococcico che comunque in base alla formulazione prescelta richiede ovviamente un costo aggiuntivo.

Lo stesso discorso può essere fatto anche a proposito dell'ossigenoterapia, sia liquida che gassosa, che per forza deve essere inserita nella lista dei costi richiesta dal paziente con BPCO.

ROTI – La filosofia di fondo del CCM si basa sul concetto di prevenzione sia primaria che secondaria, esemplificato dalla somministrazione del vaccino antinfluenzale ai soggetti appartenenti alle differenti categorie di rischio. Secondo me per quanto riguarda il rapporto BPCO - attività vaccinale c'è invece ancora molto da lavorare, visto che le Asl ancora non hanno ricevuto dalla Regione indicazioni precise in merito ed ognuna si muove in maniera più o meno autonoma.

L'aumento attuale dei costi per la BPCO potrebbe essere in parte contenuto anche dall'introduzione di adeguati strumenti di governo clinico, da affiancare ai consueti interventi di carattere diagnostico-terapeutico.

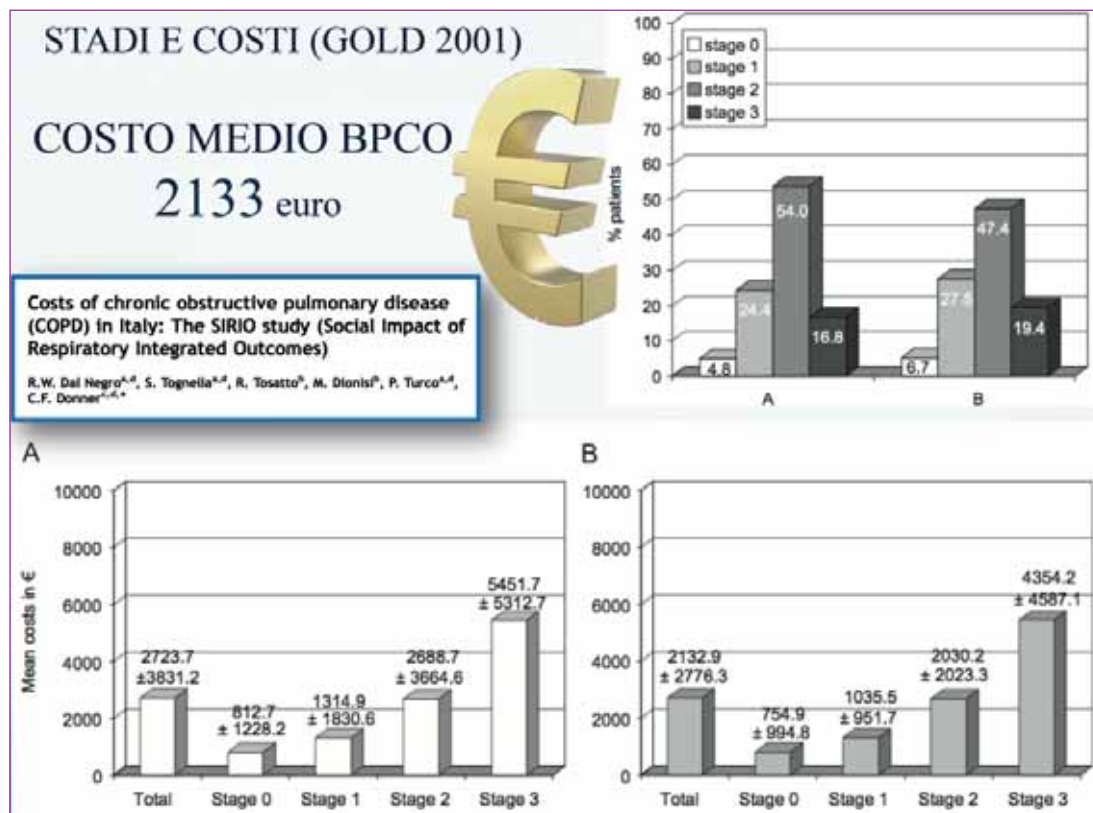
NASTRUZZI – Vorrei precisare che la vaccinazione antipneumococcica rappresenta un indicatore di performance del CCM e proprio per questo viene offerta durante tutto l'anno e non solo in associazione con quella antinfluenzale. In ottica preventiva

ovviamente il massimo risultato si ottiene quando i due vaccini vengono somministrati contemporaneamente.

CASTELLANI – Alcune osservazioni circa la questione dell'ossigenoterapia. Si tratta di una voce importante nel budget delle Asl ed a Firenze i suoi costi si aggirano intorno al milione e mezzo di Euro all'anno. A Firenze abbiamo ad oggi circa 1600 persone che effettuano terapia sia con ossigeno liquido che gassoso ed il grosso problema che ci troviamo a dovere affrontare è la quasi assoluta mancanza di controllo su come il paziente a casa propria gestisce il fabbisogno di ossigeno. Gli unici dati di cui disponiamo sono quelli forniti dalle aziende che si occupano della distribuzione dai quali apprendiamo che in alcuni casi i contenitori vengono ritirati praticamente pieni, con evidenti, importanti ricadute di ordine economico. Personalmente avevo proposto di individuare modelli di collaborazione sia con i colleghi della medicina generale per valutare se un malato ha davvero bisogno di ossigenoterapia, sia con gli infermieri del territorio per eseguire a domicilio dei controlli periodici emogasanalitici. Per adesso purtroppo in questo senso non sono stati però raggiunti risultati soddisfacenti.

In altre realtà toscane le cose vanno in maniera diversa e l'emogasanalisi viene normalmente eseguita dagli infermieri del territorio con invio dei dati per via telematica al Centro di riferimento e conseguente, eventuale adattamento in tempo reale della terapia prescritta.

PAGGIARO – Personalmente sono convinto che la gestione del paziente in ossigenoterapia domiciliare dovrebbe rappresentare il paradigma della collaborazione tra medicina generale e specialistica, potendosi in questo modo garantire un controllo continuo



ed affidabile (oggi tra l'altro facilitato dalle nuove tecnologie ricordate in precedenza) dello stato di insufficienza respiratoria.

TOSCANA MEDICA – *Un'ultima questione di carattere estremamente pratico: nella compliance alla terapia del paziente broncopatico cronico, quanto è importante il dispositivo distanziatore con il quale vengono somministrati i farmaci broncodilatatori? In sostanza qualche paziente, non avvertendo nessuna sensazione al momento dell'inspirazione del farmaco, potrebbe anche arrivare a pensare di non assumerne per niente e quindi rinunciare alla cura?*

BERNI – L'impiego del distanziatore è indispensabile ma inevitabilmente si complicano le modalità di somministrazione, tanto è vero che vengono raccomandati appositi interventi di educazione all'impiego, con

successiva verifica dei risultati ottenuti per garantire l'ottimizzazione della cura a una componente sempre maggior di soggetti con BPCO.

CORONA – Però proprio non si può prescindere dall'impiego del distanziatore e partendo dai "vecchi" aerosol pressurizzati, alle moderne polveri praticamente impalpabili ed insapori l'addestramento dei pazienti continua a rimanere un momento ineludibile di educazione sanitaria.

A questi proposito ricordo che stanno oggi comparando sul mercato anche delle formulazioni in grado di suscitare una sensazione di sapore una volta arrivate a contatto con le mucose della bocca, allo scopo di "confermare" al paziente che il farmaco è stato realmente erogato ed assorbito dal proprio organismo.

ANTONIO PANTI

L'assistenza cambia e migliora

Al contrario delle rilevazioni pubblicate dal Ministero non sembra che le ripetute ospedalizzazioni per BPCO siano così frequenti in Toscana. Tuttavia non c'è dubbio che questa patologia non sia ancora perfettamente inclusa nei percorsi della cronicità, tanto è vero che la stima della prevalenza, ferma sul 3% della popolazione, raggiunge ora quasi il 5%, da quando l'attenzione diagnostica si è affinata e è aumentato il numero dei medici generali inseriti nel CCM. Anche l'incidenza della BPCO è in crescita, con l'aumento dell'inquinamento atmosferico e la mancata diminuzione del numero dei fumatori. La BPCO, un'entità nuova erede dell'enfisema e della bronchite cronica, si appresta a diventare la quarta causa di morte nel mondo con un costo annuo stimato di circa 2500 € per paziente. Pazienti quasi sempre anziani e che presentano diverse comorbilità, più spesso cardiovascolari, in cui le riacutizzazioni e il progressivo peggioramento della capacità respiratoria provocano i tipici quadri complessi della cronicità polipatologica.

Altresì il numero dei fumatori è stabile perché aumentano i giovani che fumano a 15 anni, spesso donne, che già saranno malati a 40 anni, anche se il quadro morboso si manifesterà dopo i 60. Ma intanto, senza una precedente incisiva educazione sanitaria, come far cessare il fumo nell'età adulta, dopo decenni di abitudine? Abitudine che non accenna a diminuire nei giovani, anzi la Toscana è al terzo posto tra le Regioni per numero di fumatori. Una dipendenza su cui è difficile intervenire. Prevenzione e quindi medicina di iniziativa, comorbilità, complessità della casistica e quindi modello di cronicità, la BPCO già è sotto osservazione ma merita maggiore attenzione. In particolare il ta-

bagismo. L'educazione alla salute deve affrontare alcuni principali rischi e tra questi il fumo; occorre potenziare i centri antifumo e impegnare al massimo la medicina generale.

Altra questione importante è la insufficiente compliance di questi pazienti: il 50% segue la terapia per non più di 30 giorni all'anno e un altro 30% si cura solo dopo una riacutizzazione. Tuttavia l'inserimento del 40% dei medici generali toscani nel modello del CCM ha fatto sì che siano quasi raddoppiati i casi conosciuti e quindi si sia incrementata la spesa per farmaci mentre sono diminuiti i ricoveri e gli accessi al pronto soccorso. Tutto questo deve ancora migliorare con un utilizzo più idoneo degli infermieri anche nella esecuzione delle spirometrie e con una maggior integrazione tra medici generali e specialisti, cui spetta la stadiazione del paziente e la valutazione delle comorbilità.

In questi ultimi tempi anche la terapia offre soluzioni più efficaci, in particolare nel migliorare la qualità della vita e la capacità di svolgere attività fisica. Le nuove terapie combinate, prima di ricorrere agli steroidi, hanno dimostrato un buon rapporto tra costi e benefici. A questi costi occorre però aggiungere quelli della vaccinazione antipneumococcica e dell'ossigenoterapia. Costi non piccoli per cui è bene personalizzare il piano terapeutico e controllare l'utilizzo dell'ossigeno. I nostri esperti ricordano che l'educazione sanitaria riguarda anche l'uso dei devices che ci auguriamo sempre più semplici. Insomma molta strada è stata fatta e molta è ancora da fare per evitare che la BPCO divenga la terza o quarta causa di morte al mondo. **TM**

Si ringrazia **Novartis**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione

GIANCARLO LANDINI, LUCA MASOTTI¹, GRAZIA PANIGADA², IRENE CHITI³

La cultura internistica come visione di un auspicato cambiamento in medicina e nell'organizzazione ospedaliera

Realtà toscane a confronto



Giancarlo Landini, direttore della SC di Medicina Interna Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze (ASF). Past President FADOI Toscana fa parte del Board Nazionale Formazione FADOI. Si è particolarmente occupato di Patologia Vascolare e dei rapporti Ospedale-Territorio. Membro del Consiglio Sanitario Regionale coordina la Commissione Diabetologica Regionale e fa parte dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio.

I sindacati nazionali dei medici ospedalieri hanno scritto, in un documento congiunto, che l'ospedale per intensità di cure è un concetto sbagliato e non supportato da alcuna prova di maggior efficacia. Anche in Toscana abbiamo ascoltato molte critiche a causa della completa difformità dei modelli adottati dalle singole Asl, in particolare proprio da quella di Pistoia di cui si scrive in questo articolo. Tutti concordano, tuttavia, sul fatto che il modello di ospedale oggi esistente non regge alle esigenze dell'assistenza e alle innovazioni scientifiche e tecnologiche. Gli autori di questo articolo mostrano una realtà diversa da quella comunemente descritta. Non si tratta di stabilire una supposta verità che probabilmente non esiste, quanto di mettersi d'accordo su una semplice realtà. Anni fa presso l'Ordine di Firenze i Sindacati e le Società Scientifiche trovarono l'accordo su un testo unitario sulla riorganizzazione dell'ospedale, appunto chiamato "per intensità di cure". È essenziale riprendere quel lavoro altrimenti, nella incertezza dei medici, come spesso accade le decisioni organizzative saranno prese altrove.

Antonio Panti

Le criticità della medicina ospedaliera si possono riassumere in due ordini di problemi:

1. Il sistema è centrato sulla cura delle malattie acute in un mondo in cui prevalgono le malattie croniche e croniche riacutizzate.

2. La metodologia clinica è orientata alla semplificazione dei problemi (riduzionismo) in una situazione in cui gli ammalati sono polipatologici e complessi con interazione inestricabile fra le varie patologie.

La cultura ed il *modus operandi* della Medicina Interna possono essere molto utili per superare queste difficoltà. La Medicina Interna gestisce pazienti con co-morbilità che tendono

a complicarsi ma più ancora pazienti complessi che presentano di solito multiple malattie croniche riacutizzate.

Il malato internistico è un malato acuto fragile che necessita spesso di un trattamento ad alta intensità e quindi rappresenta l'esempio tipico dei ricoverati nelle aree mediche dei nostri ospedali dove vengono gestiti pazienti ad alta complessità clinica e molte volte instabili.

La complessità è stata definita molto bene da Edgar Morin come "una situazione in cui le differenti componenti che costituiscono un tutto sono inseparabili e vi è una totale interdipendenza".

Il paziente complesso in medicina interna

Il paziente complesso è una persona affetta da due o più malattie in cui ciascuna delle condizioni morbose presenti è in grado di influenzare l'esito della cura delle altre coesistenti con varie modalità.

Il paziente complesso è decisamente più difficile da affrontare rispetto al paziente complicato: quest'ultimo rappresenta il caso in cui ad una malattia se ne aggiunge un'altra che ne peggiora la prognosi.

La gestione di questo tipo di paziente porta l'internista ad operare in condizioni di incertezza: egli deve infatti saper affiancare alla Medicina Basata sulle Evidenze la Medicina Basata sul Paziente. La EBM è esaustiva in Medicina Interna solo nel 19% dei casi; per il resto le decisioni devono essere prese in base a condizioni fisiopatologiche, alle priorità emergenti, alle interazioni fra le malattie, alla propensione del paziente e dei familiari ed in considerazione del contesto normativo e sociale.

A questo proposito sono significativi i 10 punti condivisi FADOI/Slow Medicine (riporta-

¹ Dirigente Medico SC di Medicina Interna Ospedale Santa Maria Nuova ASF

² Direttore SC di Medicina Interna Ospedale SS Cosma e Damiano Pescia Azienda USL3 Pistoia. Presidente FADOI Toscana

³ Dirigente Medico SC di Medicina Interna Ospedale SS Cosma e Damiano Pescia Azienda USL3 Pistoia

ti nella Tabella 1) che mettono a fuoco bene il cambiamento di prospettiva dell'assistenza medica ospedaliera: secondo questo decalogo bisogna sempre fare una selezione delle priorità di intervento e devono essere sempre valutati sia il rapporto rischio/beneficio che l'utilità per l'assistito di richiedere un nuovo test o esame, non si deve prescindere dal coinvolgimento della persona, dall'attenzione alla qualità della vita e dal controllo del dolore.

In questo panorama la Medicina Interna si propone come nuovo paradigma dell'assistenza in area medica dal momento che persegue la gestione del paziente acuto complesso attraverso un tutoraggio unitario del percorso di cura (diagnosi e terapia). In considerazione del tipo di malati che oggi accedono alle strutture ospedaliere è auspicabile che tale metodo ven-

ga adottato anche dalle altre specialità mediche per ottenere risultati efficaci (Figura 1).

Con queste premesse la Medicina Interna può essere l'asse portante di un'area medica ospedaliera che garantisca il recupero della centralità del paziente, la flessibilità nell'uso delle risorse, il coordinamento delle specialistiche di organo e di patologia, il coordinamento dei piani di cura e la continuità dei percorsi.

Questa organizzazione unita ad un diverso utilizzo degli spazi di degenza in relazione alla domanda è uno dei punti di forza dell'ospedale per intensità di cura.

Medicina interna ed intensità di cura

L'Ospedale per intensità di cura è centrato sui bisogni assistenziali e clinici dei pazienti e non sulle attività delle varie specialità mediche.

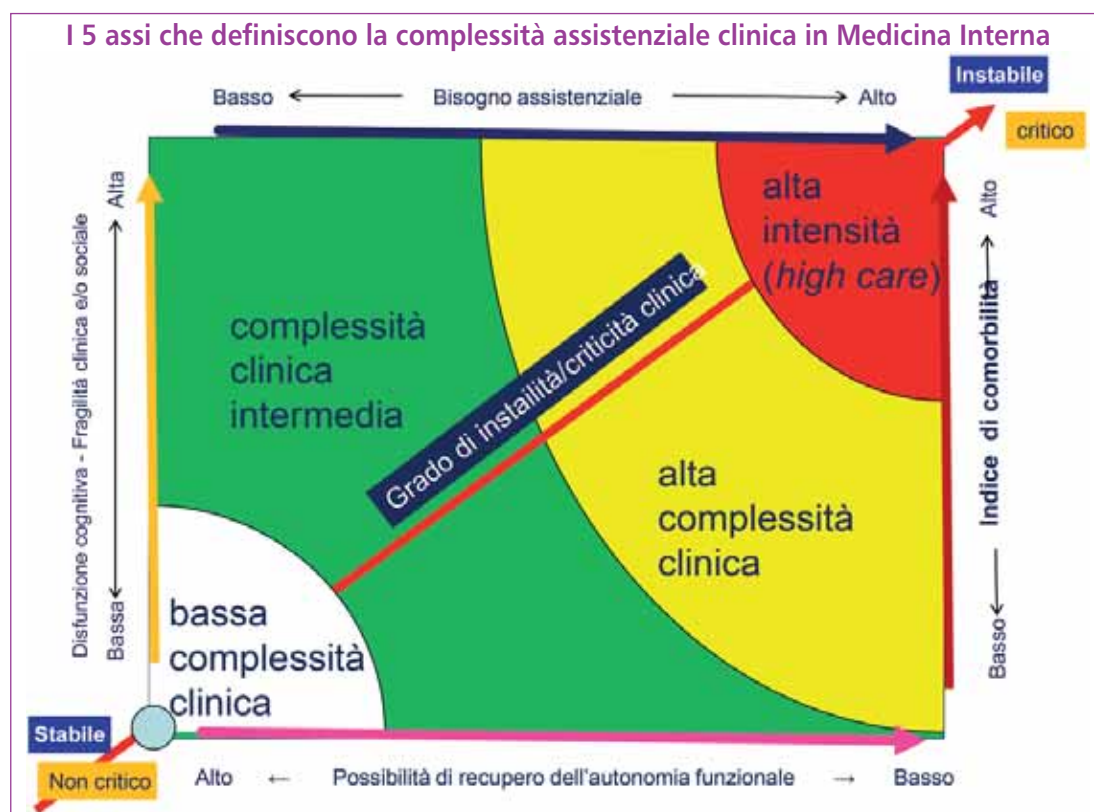


Figura 1 - R. Nardi ITJM 2011.

Tabella 1

I 10 punti FADOI/SLOW MEDICINE	
1)	Nel paziente internistico complesso va fatta una selezione delle priorità di intervento
2)	Non vanno richieste consulenze specialistiche ridondanti
3)	Valutare rischio/beneficio ed utilità per il paziente prima di richiedere un nuovo test o esame
4)	Informare e coinvolgere il paziente e familiari nelle scelte terapeutiche.
5)	Nella gestione del fine vita valutare in primo luogo qualità della vita ed il controllo del dolore
6)	Oculata valutazione dei farmaci da prescrivere
7)	Uso dei farmaci equivalenti
8)	Alla dimissione ridurre il numero dei farmaci prescritti
9)	Effettuare un piano di dimissione con rapporti preordinati con il territorio
10)	Implementare autocura e programma di follow-up

I punti qualificanti dell'intensità di cura sono:

- Il reparto ricovera pazienti con necessità clinico-assistenziali simili.

- Gli infermieri sono assegnati al reparto e non alle UO ed esercitano competenze professionali autonome (Nursing Unit - cellule di assistenza).

- I letti sono assegnati alle UUOO in modo flessibile.

- L'assistenza è effettuata secondo processi unitari di cura e vi è una forte integrazione con il territorio secondo percorsi preordinati e standardizzati.

- L'assistenza è caratterizzata dalla multidisciplinarietà e multiprofessionalità con tendenza alla cogestione dei pazienti.

- La Medicina Interna è la specialità che svolge la funzione di "tessuto connettivo" dell'area medica dell'ospedale (Figura 2).

La Regione Toscana nel 2005 con la legge 40 aveva cominciato a parlare di intensità di cure ("...tendere alla strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità di cure, la durata della degenza e il regime del ricovero").

La Medicina Interna Toscana anche attraverso l'Associazione degli Internisti Ospedalieri FADOI, forte della cultura olistica ed integrata della disciplina, ha colto subito le opportunità e i rischi di questo nuovo modello e si è proposta come interlocutore per gestire un cambiamento compatibile e sostenibile.

Dal primo articolo pubblicato sull'Italian Journal of Medicine nel 2007 sono seguiti numerosi interventi che sono culminati nel 2010 nel documento delle società scientifiche toscane e nel 2013, nell'ambito dell'"osservatorio per l'ospedale per intensità cure" del CSR, nella

definizione del percorso medico del paziente nell'ospedale attraverso la spiegazione dettagliata di un processo di cura integrato che tende a superare i livelli di assistenza.

Medicina interna e nuova organizzazione ospedaliera in Toscana

In Toscana la nuova organizzazione ospedaliera ha impiegato diversi anni ad affermarsi ma ormai il quadro generale è ben delineato tant'è vero che i nuovi ospedali (Prato, Pistoia, Lucca e Massa) sono stati costruiti con una struttura pensata proprio per rispondere alle esigenze dell'intensità di cura.

Nella Azienda Sanitaria di Firenze il processo è stato approfondito e ad oggi è stato completato. Negli ospedali dell'Azienda, all'interno dell'area medica denominata "high care medica", trovano posto le varie specialistiche con un numero flessibile di letti raggruppati geograficamente per evitare il rischio clinico della dispersione nei vari setting. Inoltre sono presenti aree speciali con congruenza verticale come l'Area Stroke e un'area a più alta intensità (sub-intensiva o area 2A) ove sono ricoverati pazienti con MEWS > 3.

La gestione infermieristica avviene per cellule di assistenza secondo i concetti del primary nursing.

Tutte le aree mediche dell'azienda hanno una cartella clinica unica medico-infermieristica computerizzata.

Il tradizionale giro-visita è stato sostituito da un *briefing* mattutino fra le varie professionalità, a cui segue una fase in cui il lavoro viene svolto in parallelo e che si conclude con un *debriefing* finale.

La guardia di continuità è effettuata dai me-

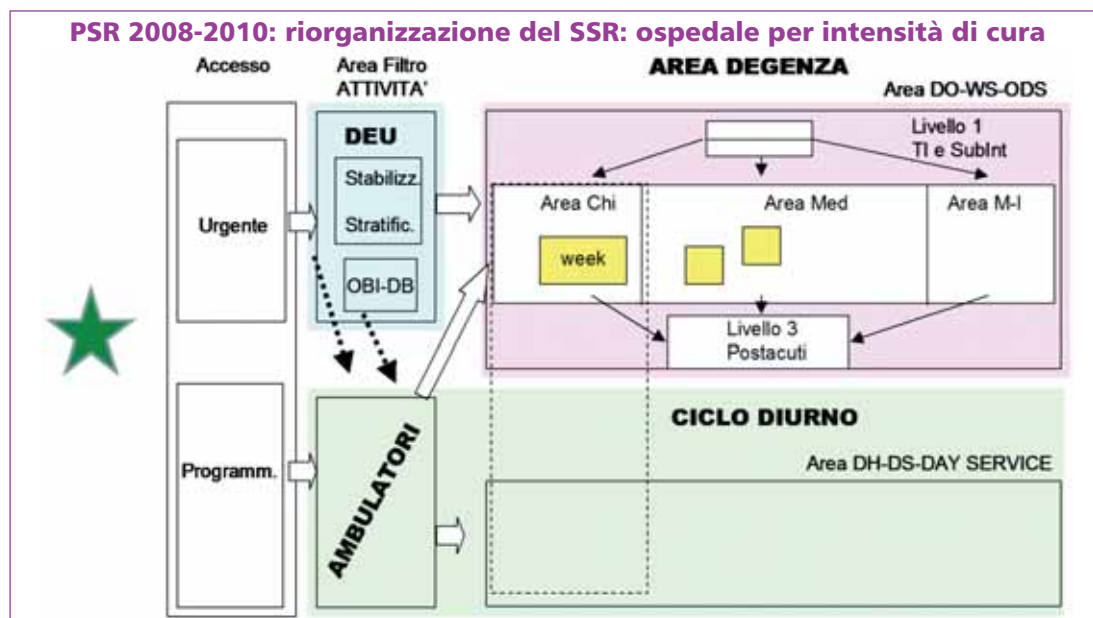


Figura 2 - L'Ospedale si struttura per aree e livelli in base ad un fabbisogno assistenziale.

dici afferenti alla Medicina Interna che svolgono sempre di più le funzioni di *hospitalist*.

A fianco delle degenze con attività H24 opera un Day Service multidisciplinare di area medica che permette una interfaccia diretta con il territorio coinvolgendo gli specialisti ambulatoriali e i medici di medicina generale con percorsi bidirezionali preordinati e standardizzati con il fine di ridurre il ricorso al DEA e di arginare il problema del *revolving door* (rientro) (Figura 3).

Una simile organizzazione è stata realizzata anche nell'azienda USL 3 di Pistoia e in particolare nell'ospedale di Pescia. Le caratteristiche strutturali dell'ospedale costituito da più padiglioni di differenti epoche non hanno però permesso l'inserimento anche dei letti di Cardiologia in area medica, mentre la Medicina Interna, e le altre specialistiche utilizzano in maniera flessibile i due *setting*. Rilevante la problematica del sovraffollamento nonostante l'elevato numero di pazienti seguiti attraverso il Day Service e il collegamento in rete con l'ospedale di Pistoia che è stato costruito appositamente per l'applicazione del modello.

Punto di forza è rappresentato dall'*High Care* medica inserita nel *setting A* che, pur non presentando le caratteristiche normative di una sub intensiva, accoglie pazienti critici con MEWS > 3 appartenenti a tutte le diverse specialistiche che afferiscono all'area medica.

All'interno dell'*High Care* è presente l'Area Stroke a gestione internistica, dove viene imple-

mentata una *clinical pathway* definita con caratteristiche multi professionali e multidisciplinari (medica, infermieristica, fisioterapica) che permette di seguire i pazienti con questa patologia dalla fase iperacuta (con effettuazione anche della fibrinolisi sistemica) fino all'affidamento alla Riabilitazione Intensiva. È attivo anche un collegamento in rete con centri di terzo livello quando si rendano necessarie procedure più specialistiche (trombolisi loco regionale, neurochirurgia etc.).

Vengono così garantiti i principi della *Stroke Unit* senza tuttavia rappresentarne l'esclusività.

Nello stesso setting infatti trovano collocazione l'insufficienza respiratoria trattata con ventilazione non invasiva, la sepsi e lo shock settico che necessitano di competenze intensivistiche e spesso di algoritmi decisionali condivisi con il rianimatore, l'insufficienza renale acuta e patologie che richiedano l'emofiltrazione, la pancreatite acuta e le emorragie digestive. L'assegnazione alla specialistica di competenza viene definita fin dal DEU in base a criteri predefiniti.

La Medicina Interna assorbe la stragrande maggioranza della casistica e funziona da catalizzatore perché sempre più numerosi sono i pazienti polipatologici complessi in cui il tutoring internistico risulta il più efficace ed efficiente.

Tuttavia la presenza di diverse specialistiche nel medesimo *setting* favorisce la condivisione dei casi, gli scambi culturali e formativi.

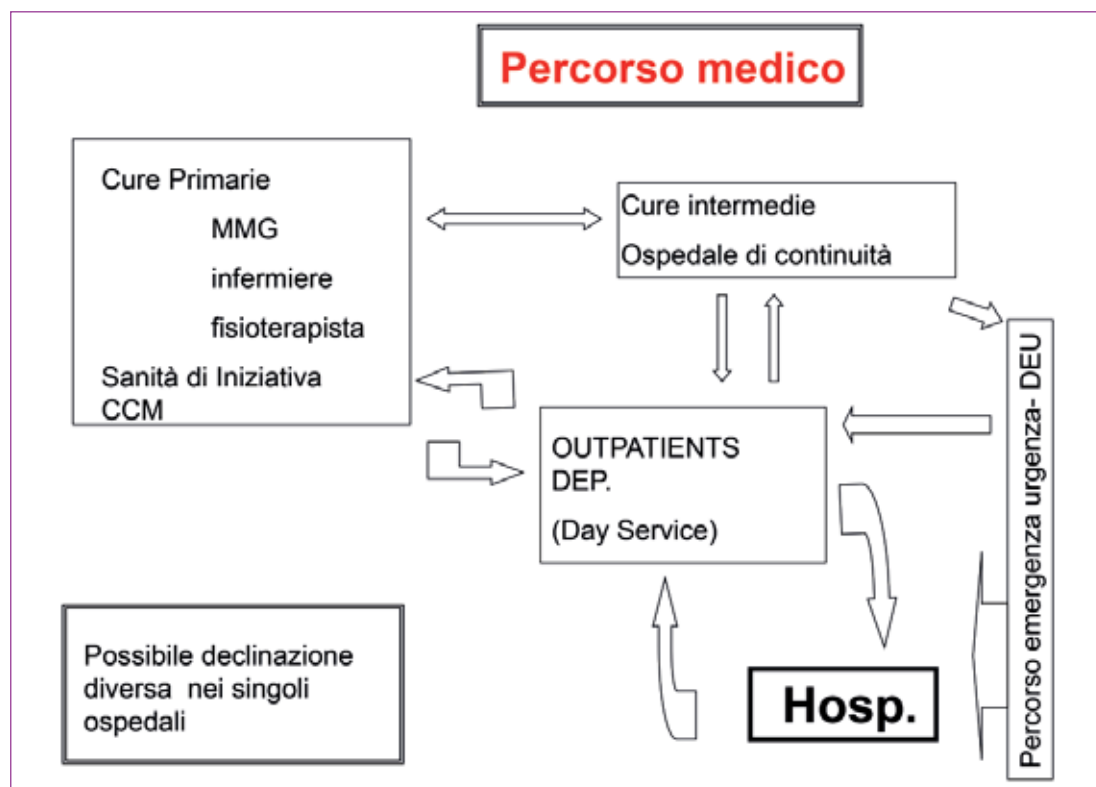


Figura 3

Il modello infermieristico applicato nell'Azienda di Pistoia ricalca quello fiorentino.

Gli strumenti operativi, che favoriscono l'applicazione del modello per intensità di cure (tutoraggio medico, *briefing*, cartella condivisa) sono simili anche se non disponiamo ancora della completa informatizzazione.

La guardia di continuità è effettuata dai medici afferenti alla Medicina Interna con l'esclusione di 4 notti al mese in cui al momento è garantita dalle altre specialistiche per compensare le limitazioni di organico.

Anche a Pescia è attivo un Day service che permette di applicare percorsi diagnostico terapeutici condivisi con il territorio al fine di ottimizzare il ricorso al ricovero ordinario e gestire a livello ambulatoriale anche patologie complesse.

Conclusioni

La crisi economica, la complessità e polipatologia dei pazienti obbligano la sanità ad affrontare nuovi paradigmi gestionali.

L'ospedale per intensità di cura associato ad un nuovo tipo di rapporto ospedale-territorio può essere la soluzione che mantiene i livelli di assistenza e genera appropriatezza e risparmio.

In questo contesto la Medicina Interna Ospedaliera ha visto progressivamente aumentare la propria attività e importanza per le caratteristiche culturali e di indirizzo che la specialità ha sempre avuto.

Certo questo ruolo potrà essere mantenuto solo a fronte di un'adeguata crescita della competenza clinica e tecnico-professionale e della contestuale presa di coscienza del ruolo di governo clinico che le è demandato. **TM**

Info: giancarlo.landini@asf.toscana.it

MASSIMO BALDI, CORRADO LISI¹, MICHELE GALLI¹, FRANCESCO PANZERA¹,
STEFANO BIANCHI¹, NICOLA MÖCHI²

La popolazione sportiva: sana, fino a prova contraria

Lo sport è da sempre parte integrante di quegli aspetti socio-culturali fondanti qualsiasi società. La cultura greca e romana celebrava l'esaltazione della competizione sportiva, che anzi rappresentava il caposaldo di quella concezione del benessere arrivata sino ai giorni nostri con il motto "mens sana in corpore sano".

Ciononostante va ricordato che anche la popolazione sportiva non è esente da malattia, arrivando nei casi estremi, a rari ma eclatanti casi di morte improvvisa. Sembra che lo stesso Filippide nel 490 aC, dopo aver percorso la faticosa distanza dei 42,195 km dalla piana di Maratona ad Atene, per improvvisamente.

Secondo dati ISTAT la morte cardiaca improvvisa (MI) in Italia è di circa 60000 casi/anno (1/1000/anno). In questo contesto la MI negli atleti (under 35) ha una incidenza assai minore (2,3/100000/anno), risultando peraltro ancora più bassa nei coetanei non atleti (0,9/100000/anno). Quindi il rischio di MI sembra essere più che raddoppiato nei giovani atleti rispetto ai sedentari della stessa età. Questo perché in soggetti affetti da talune cardiopatie è possibile riconoscere un nesso di causalità tra la MI e l'at-

tività fisica strenua.

In tale contesto si colloca il ruolo del "cardiologo dello sport" che coopera in stretto contatto con il medico dello sport al fine di valutare l'idoneità fisica. Per questo è stato attivato un ambulatorio di cardiologia presso la Medicina dello Sport USL 3 Pistoia. Tale attività prevede l'esecuzione di holter ECG, test ergometrico, ma soprattutto l'ecocardiografia, prestazione di II° livello, il cui accesso è riservato agli stessi medici sportivi.

Dal 2011 su 22000 visite sono stati effettuati 1100 ecocardiogrammi su una popolazione di età assai variabile (6-70 anni). Le richieste sono gradualmente aumentate, questo in parte è dovuto all'aumento dei soggetti che praticano attività fisica non agonistica, come quelli che iniziano lo sport a tarda età, magari per controllare fattori di rischio come diabete e ipertensione arteriosa. A tal proposito la Medicina dello Sport di Pistoia promuove l'attività di valutazione funzionale e prescrizione dell'esercizio fisico in soggetti con patologie croniche, per il quale è capofila in area vasta.

Su 1100 esami sono state escluse cardiopatie



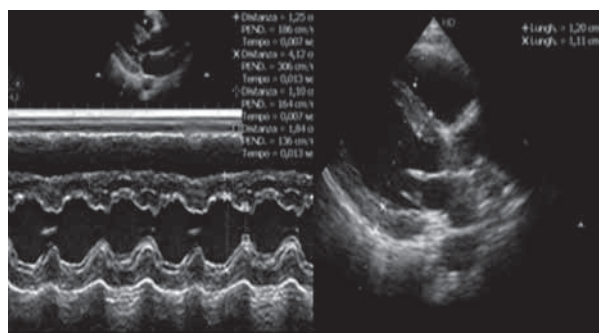
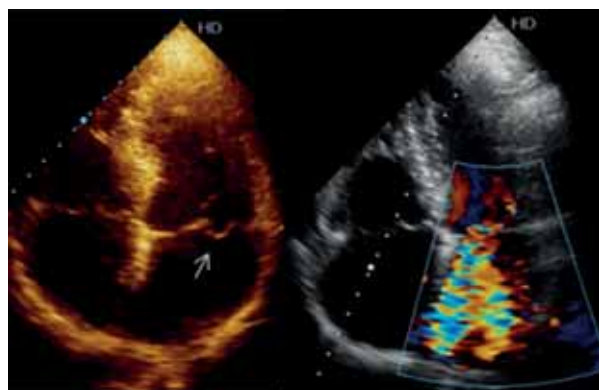
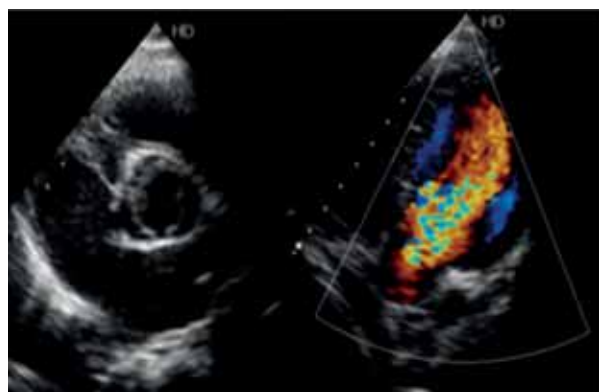
Massimo Baldi, specializzato in Cardiologia con il massimo dei voti nel 2008. Attività di ricerca assistenziale (2007-2009) presso il Centro di Riferimento Regionale per le Cardiomiopatie AOUC FI. Dirigente cardiologo USL 11 Empoli (2009-2010). Dal 2010 specialista interno USL 3 Pistoia in UO Cardiologia, presidio territoriale e UO Medicina dello Sport.

¹ Medico dello Sport, USL 3 Pistoia

² Direttore UO Medicina dello Sport, USL 3 Pistoia

Tabella 1 - Cardiopatie in 1100 atleti (2011-13) Medicina dello Sport USL 3 Pistoia

Patologia cardiaca	N. casi	Non idoneità agonistica	Casi di rilevanza prognostica	Cardio chirurgia	Terapia medica
Ectasia aortica	70	5	2	1	1
Cardiopatía ipertensiva	30	22	1		30
Prolasso mitralico	28	1	1	1	
Pervietà del forame ovale	14				
Bicuspidia aortica	9	2	1	1	
Difetto interventricolare	5				
Cardiopatía ischemica	3	3	3		3
Cardiomiopatía ipertrofica	2	2	2		1
Ventricolo sx non compatto	2	2	1		
Membrana subaortica	2				
Stenosi polmonare	2				
Cardiomiopatía aritmogena Vdx	2	2	2		2
Agenesia del pericardio	1	1	1		
TOTALE	170	40	14	3	37

**Figura 1** - Bambino con cardiopatía ipertensiva (proiezione parasternale asse lungo: ipertrofia parietale ventricolare sx).**Figura 2** - Ciclista con severa insufficienza mitralica da prolasso del lembo posteriore con rottura cordale che, pochi giorni prima dell'esame, aveva percorso in bici la salita del San Baronto Pistoia (proiezione 4 camere apicale).**Figura 3** - Bambino con bicuspidia aortica e grave insufficienza valvolare (proiezione asse corto e apicale 5 camere).

in 930 atleti (85%); tra questi è stato riscontrato un "cuore d'atleta" in 115 soggetti (12%). Nei restanti 170 casi (15%) sono state riscontrate varie cardiopatie (Tabella 1): *ectasia aortica* (70 casi), *cardiopatía ipertensiva* (30 casi), *prolasso mitralico* (28 casi), *pervietà del forame ovale* (14 casi), *bicuspidia aortica* (9 casi), *difetto interventricolare* (5 casi), *cardiopatía ischemica* (3 casi), *cardiomiopatía ipertrofica* (2 casi), *ventricolo sinistro non compatto* (2 casi), *membrana subaortica* (2 casi), *stenosi polmonare* (2 casi), *cardiomiopatía aritmogena del ventricolo destro* (2 casi), *agenesia del pericardio* (1 caso).

Casi di maggior rilevanza prognostica

Due casi di severa *ectasia della radice aortica* (50-55 mm): immediata cessazione dell'attività agonistica, con valutazione cardiocirurgica.

Un caso di *cardiopatía ipertensiva* in un bambino di 11 anni: asintomatico e con primo riscontro di ipertensione arteriosa dovuta a displasia fibromuscolare dell'arteria renale destra (causa rara d'ipertensione secondaria) (Figura 1).

Un caso di *prolasso mitralico* e grave *insufficienza valvolare* per rottura di una corda tendinea, in ciclista di 55 anni. È stato effettuato un intervento di plastica mitralica e sostituzione di corde tendinee, con buoni risultati clinico-ecocardiografici a distanza (Figura 2).

Un caso di *bicuspidia aortica* (bambino di 12 anni) con grave *insufficienza aortica* e dilatazione ventricolare sinistra, asintomatico. È stata posta l'indicazione ad intervento cardiocirurgico (Figura 3).

Due casi di *cardiomiopatía ipertrofica*: un ciclista (66 anni e asintomatico) con frequente extrasistolia ventricolare, anche complessa, persistente al test da sforzo. ECG normale. All'ecocardiogramma: severa ipertrofia asimmetrica del ventricolo sinistro, senza ostruzione al tratto di efflusso. Revocata l'idoneità agonistica, è sta-

to iniziato betabloccante. È stata richiesta una RM cardiaca (in corso) per meglio definirne la prognosi (Figura 4). Il secondo caso riguarda un bambino di 12 anni con ECG patologico (T negativa profonda da V4-V6) con riscontro ecocardiografico di ipertrofia isolata del muscolo papillare antero-laterale. Ciò ha posto il sospetto per una forma iniziale di cardiomiopatia ipertrofica. L'atleta, sospeso dalla attività fisica agonistica, ha effettuato una RM cardiaca con conferma dell'ipertrofia papillare, presenza di recessi endomiocardici del setto ed ipertrofia dell'infundibolo destro (Figura 5). È stato iniziato un programma di screening cardiaco per i parenti di primo grado.

Due casi di *non compattazione ventricolare sinistra* (11-15 anni) evidenziata all'ecocardiografia e RM cardiaca, sospesi dall'attività agonistica. È stato effettuato lo screening nei parenti di primo grado, riscontrando in un genitore elementi di non compattazione ventricolare, più sfumati rispetto al figlio (Figura 6).

Due casi di *cardiomiopatia aritmogena ventricolare destra* asintomatica, sospettata a ecocardiogramma (Figura 7) e confermata a RM cardiaca (gold standard per la diagnosi) con immediata sospensione dall'attività agonistica. Un caso (atleta professionista) era caratterizzato da extrasistolia ventricolare complessa (triplette e salve di TVNS) per cui è stato iniziato betabloccante. Sono stati inviati presso un centro di riferimento per questa patologia.

1 caso di *agenesia del pericardio* confermata a RM cardiaca e associata a diverticolo ventricolare sinistro e difetto sternale inferiore. Tale quadro ha posto il sospetto per la *Sindrome di Cantrell*, patologia rara e associata a rischio di morte improvvisa.

Conclusioni

Da questa casistica si evince che quasi paradossalmente la popolazione sportiva risulta solo in apparenza completamente sana. Seppure in numeri relativamente piccoli, è possibile riscontrare in una popolazione asintomatica, per lo più giovanile, patologie cardiache di vario tipo. In tale contesto sono state diagnosticate anche alcune cardiomiopatie (cardiomiopatia ipertrofica; cardiomiopatia aritmogena ventricolare destra; ventricolo sinistro non compatto), patologie rare, eppur presenti, peraltro associate a rischio di morte improvvisa aritmica, che può rappresentare la prima ed unica manifestazione di malattia, spesso proprio durante attività fisica. In questi casi la Medicina dello Sport svolge un fondamentale ruolo di prevenzione, poiché una *mancata concessione d'idoneità agonistica può talvolta rilevarsi come miglior cura.* **TM**

Info: massimobaldi@yahoo.it

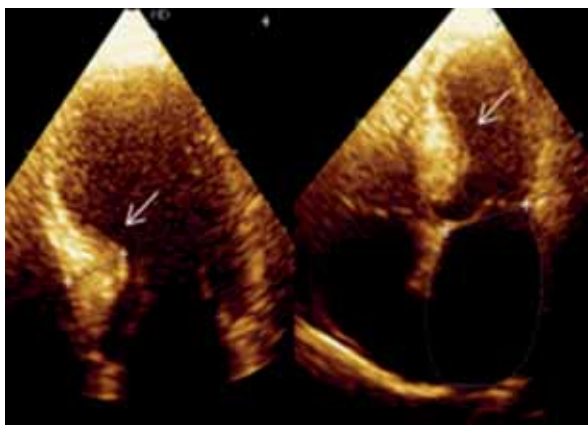


Figura 4 - Proiezione apicale 4 camera: spiccata ipertrofia del setto medio del ventricolo sinistro.

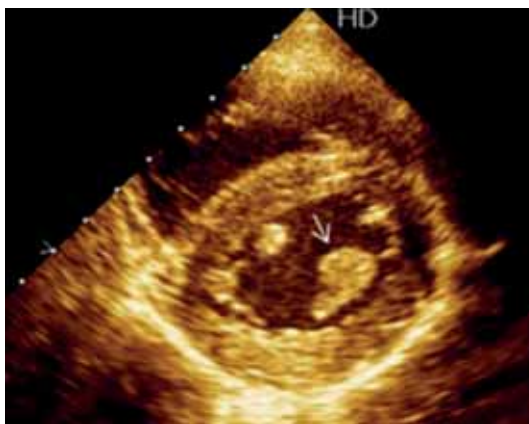


Figura 5 - Ipertrofia del muscolo papillare antero-laterale in proiezione asse corto.

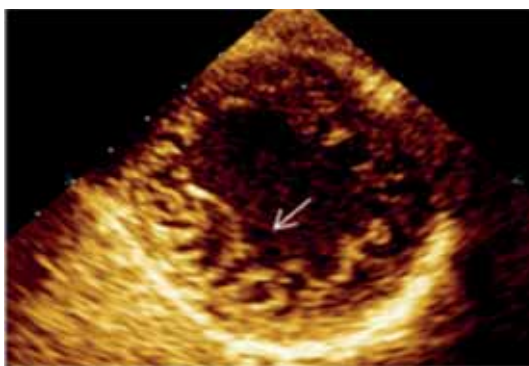


Figura 6 - Proiezione asse corto: non compattazione miocardica a sede infero-laterale.

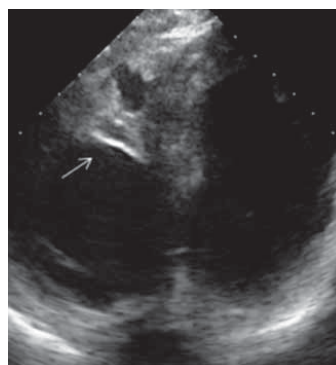


Figura 7 - All'apice del ventricolo destro si osserva una banda moderatrice (freccia) ispessita e iperecogena. A RM confermata una cardiomiopatia aritmogena.



Emanuela Masini, Spec. in Tossicologia Medica, Anestesiologia e Rianimazione. Professore Ordinario di Farmacol. e Tossicol. c/o la Scuola di Scienze della Salute, Univ. di Fl, Dir. della Scuola di Spec. e della SOD Complessa di Tossicologia Medica. Referee per importanti riviste internazionali e Consulente e Revisore di Progetti di Ricerca per la Comunità Europea e per l'assegnazione di fondi nazionali e internazionali.

EMANUELA MASINI, MARCO CIRRONIS¹

Cannabis: un'erba da ricetta medica

L'interesse suscitato dall'incontro scientifico tenutosi a Firenze il 27 Marzo 2014, promosso da Cerfit, insieme all'attenzione mediatica per la tematica, ci hanno indotto a scrivere questo articolo.

Originaria dell'Asia centrale, la pianta della Cannabis, le cui prime tracce potrebbero risalire addirittura a 10.000 anni fa, fu impiegata a lungo come medicina in India, Cina, Sud-Est asiatico, Sud Africa e Sud America. Le prime evidenze del suo utilizzo terapeutico si conoscono, tuttavia, grazie al più antico erbario cinese, il Pen T'sao Ching, risalente al 3000 a.C.

La Cannabis è citata in antichi testi assiri, egizi e persiani, e in Europa nell'opera del medico e farmacista greco Dioscoride intitolata "De Materia Medica", composta intorno al 70 d.C., ove tale pianta è consigliata come rimedio per edemi, itterizia e altri disturbi; in seguito, anche il medico e filosofo Galeno, attivo nella Roma del II sec. d.C., ne prospetta un suo utilizzo.

Successive e regolari pubblicazioni su testi farmaceutici e medici si hanno fino al IX secolo e tra il 1840 e il 1900 furono pubblicati oltre 100 articoli sugli usi medici della Cannabis, prescritta perlopiù come analgesico, ipnotico e sedativo. L'estratto e la tintura di Cannabis comparvero addirittura fino al secolo scorso anche nella Farmacopea Ufficiale italiana.

Dopo una breve battuta d'arresto conseguente alla *Marihuana Tax Act* nel 1937, durante gli anni 70, in seguito ad un primo lavoro di Lester Grinspoon, professore di psichiatria dell'Università di Harvard, si avviò la reintroduzione della Cannabis in medicina.

In questo clima di rinnovato interesse scientifico, nel 1985 negli USA venne commercializzato un cannabinoide, il Dronabinol (trans- Δ^9 -tetradidrocannabinolo), per uso orale, seguito in Gran Bretagna da un derivato sintetico, il Nabilone.

Il Sistema cannabinoide

Dal punto di vista farmacologico, la pianta contiene centinaia di sostanze chimiche, tra le quali vi sono i cannabinoidi, responsabili degli effetti psicotropi e farmacologici. Di questi costituenti il Δ^9 -tetraidrocannabinolo (Δ^9 -THC) è senza dubbio il più conosciuto, ma già a partire dal 1986 sono stati identificati nella Cannabis oltre 60 tipi di cannabinoidi, tra i quali il cannabinoide, cannabidiolo, cannabigerolo, cannabicromene, ecc. Successivamente, con l'ausilio dei cannabinoidi sintetici, vennero identificati recettori cerebrali dei cannabinoidi accoppiati a proteina G, più tardi nominati CB1 e CB2. Il CB1, nello specifico, è presente nel cervello dei mammiferi, ma è inoltre presente, anche se a minori concentrazioni, in molti tessuti periferici; il CB2, invece, è principalmente espresso nelle cellule del sistema immune ed ematopoietico, per quanto recenti studi ne hanno identificato la presenza anche nel cervello, nelle cellule non parenchimali di fegato cirrotico, nel pancreas endocrino e nel tessuto osseo (Figura 1).

L'identificazione di questi specifici recettori suggerì la possibile presenza di cannabinoidi endogeni, il primo dei quali ad essere identificato fu l'arachidoniletanolamide, chiamata successivamente Anandamide dalla parola in sanscrito "Ananda", Beatitudine.

La scoperta del sistema endocannabinoide ha permesso di focalizzare l'attenzione sia sugli eventi fisiologici e patologici che stimolano l'attivazione dello stesso, sia sul ruolo che tale sistema gioca nella fisiopatologia umana: è stato rilevato, ad esempio, che alcuni endocannabinoidi sono messaggeri nelle sinapsi del SNC. Si è visto, inoltre, che le concentrazioni tissutali di endocannabinoidi e la densità dei recettori aumentano in una vasta gamma di patologie; in alcune di queste, ad esempio la sclerosi multipla,

Tabella 1 - Sostanze aggiunte in ordine alfabetico nella tabella II, sezione B, delle sostanze stupefacenti dotate di proprietà terapeutiche.

DENOMINAZIONE COMUNE	DENOMINAZIONE CHIMICA
Delta-9-tetraidrocannabinolo	(6aR,10aR) -6a,7,8,10a - tetraidro-6,6,9 - trimetil - 3 -pencil-6Hdibenzo[b,d]piran - 1 -olo
Trans-delta-9-tetraidrocannabinolo	
Nabilone	3-(1,1-dimetileptil)-6,6a,7,8,10,10aesaidro-1-idrossi-6,6-dimetil-9Hdibenzo[b,d]piran-9-one

¹ Medico in formazione specialistica presso la scuola di Tossicologia Medica

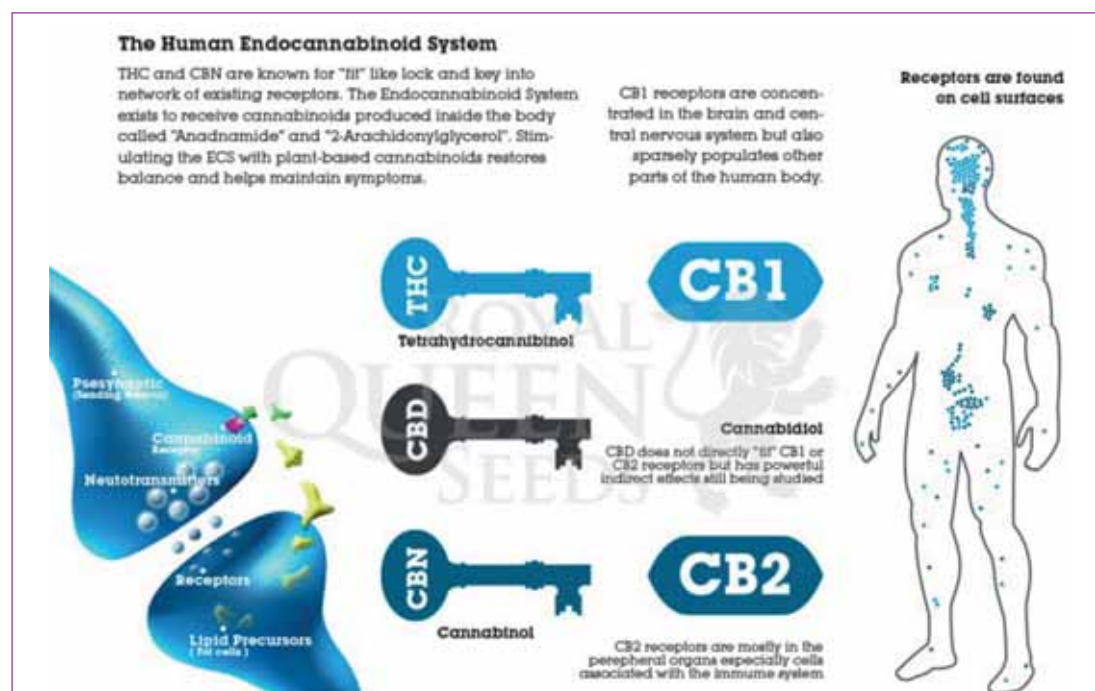


Figura 1 - Recettori cannabinoidi CB1 e Cb2

il dolore neuropatico, il cancro, la schizofrenia, il disturbo post traumatico da stress e alcune malattie intestinali e cardiovascolari, è presente una *up-regulation* del sistema endocannabinoidale che può ridurre la severità dei sintomi o rallentarne la progressione. In altre patologie, invece, come obesità, infertilità femminile, danno cerebrale post ischemico e in patologie infiammatorie delle vie urinarie e intestinali, sembra che questo sistema svolga un ruolo patogenico e possa mediare effetti negativi.

Queste evidenze e molte altre hanno dato inizio a numerose ricerche cliniche volte all'identificazione di sostanze dirette alla modulazione del sistema cannabinoide endogeno. Studi sperimentali e clinici, tuttora in fase di sviluppo, da un lato mirano ad aumentare l'autoprotezione e dall'altro a prevenire il danno mediato dagli endocannabinoidi.

Ad oggi è stata ampiamente studiata l'attivazione farmacologica dei recettori CB1 e CB2 ed essa è risultata avere azione positiva in alcune situazioni patologiche, aprendo il campo a numerose applicazioni dei cannabinoidi nella moderna medicina. Conseguentemente, nel mondo, sono state validate numerose forme farmaceutiche, ciascuna delle quali con le proprie indicazioni terapeutiche, e commercializzate in modo diverso nei differenti paesi.

Attuale legislazione in Italia

Il Ministero della Salute, con Decreto del 18 Aprile 2007 ha aggiornato le tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope, ed ha aggiunto alla sezione B della Tabella II delle sostanze stupefacenti dotate di proprietà terapeutiche,

la Cannabis Indica e i prodotti da essa ottenuti (Tabella 1), mentre permangono collocati nella sezione A della medesima tabella i tetraidrocannabinoli sintetici e i loro analoghi.

La suddetta collocazione consente che la prescrizione di questi principi attivi da parte dei medici venga effettuata con ricetta da rinnovarsi volta per volta e da trattarsi da parte del farmacista. La validità della ricetta è di 30 giorni, escluso quello del rilascio. Non vi sono limiti alla quantità di medicinali prescritti, fatto salvo quanto previsto per l'erogazione di medicinali in regime di SSN (limite dei 60 giorni, salvo esenzioni per patologia, o dei 30 giorni per le prescrizioni di medicinali per la terapia del dolore).

L'importazione di tali medicinali, in caso di carenza sul mercato italiano come nella situazione attuale, va effettuata secondo le modalità di cui al DM 01/02/97, che richiede al medico una dichiarazione sulla inadeguatezza di alternative terapeutiche disponibili per trattare il paziente.

L'industria farmaceutica ha prodotto diversi farmaci derivanti da cannabinoidi (in particolare dronabinol e nabilone) registrati per uso terapeutico e commercializzati in diversi paesi. I più importanti sono il Marinol (dronabinolo) ed il Cesamet (nabilone), di solito in pastiglie, e il Sativex (tetraidrocannabinoidale + nabilone), importati da Usa, Canada e Germania.

Attualmente le forme farmaceutiche indicate in Tabella II, sezione B, delle sostanze stupefacenti dotate di proprietà terapeutiche, che possono essere importate dall'Olanda e prescritte secondo le nuove normative regionali sono riportate in Tabella 2 (Figura 2).

Tabella. 2 - Farmaci che rientrano nella Tabella II, sezione B, delle sostanze stupefacenti dotate di proprietà terapeutiche.

Nome commerciale	THC %	CBD %	formulazione
Bedrocan®	19%	1	infiorescenze
Bedrobinol®	12%	1%	infiorescenze
Bediol®	6%	7.5%	granulare
Bedica®	14%	1%	granulare

La Regione Toscana, con delibera 23 Dicembre 2013, n. 1162, è stata la prima regione italiana a fornire gli indirizzi procedurali ed organizzativi volti a rendere più agevole l'applicazione delle norme nazionali. La Commissione del Consiglio Regionale ritiene che le indicazioni per cui possono essere utilizzati i nuovi farmaci sono:

- la spasticità secondaria a malattie neurologiche, in particolare la Sclerosi Multipla, in associazione ad altri analgesici;
- il dolore oncologico refrattario a oppiacei, in associazione ad altri analgesici;
- il dolore cronico di origine neurologica resistente sia ai farmaci utilizzati per il trattamento del dolore neuropatico che agli oppiacei;
- la sindrome di Gilles de la Tourette.

Parimenti, non ritiene che esistano sufficienti basi scientifiche per l'utilizzo degli stessi per le seguenti patologie:

- nausea e vomito da chemioterapici;
- glaucoma.

In realtà, come ogni altro farmaco inserito nella Tabella II delle sostanze stupefacenti dotate di proprietà terapeutiche, alla sezione B, i derivati della Cannabis potrebbero potenzialmente essere prescritti per qualunque patologia o sintomo senza limitazioni ed anche la eventuale scelta di fare una prescrizione *off-label* è riconosciuta come di esclusiva competenza del medico prescrittore.

La spesa è a carico del Sistema Sanitario Regionale (SSR) solo qualora il medico prescrittore sia alle dipendenze del Servizio Pubblico ed utilizzi il ricettario SSR per la prescrizione oppure qualora i galenici siano preparati e utilizzati in ambito ospedaliero. La spesa resta a totale carico del paziente quando le preparazioni magistrali sono su prescrizione di un medico privato, e il costo permane tuttora molto elevato (600-1000 Euro per un trattamento di tre mesi).

In questi primi mesi del 2014 la prescrizione di farmaci a base di cannabinoidi è diventata una realtà concreta ed applicabile sul piano pratico grazie allo sforzo delle istituzioni regionali, prima tra tutte la Toscana.

Adesso la prescrizione come valida alternativa terapeutica per le patologie più appropriate è rimandata a scienza e coscienza del medico. Non possiamo che auspicare che trials clinici continuino ad essere effettuati e queste nuove terapie trovino diffusione per le patologie più appropriate, mentre cadano in disuso per quelle che non saranno supportate da una evidente base scientifica.

Nonostante questo, dobbiamo ricordare che la Cannabis ed i suoi derivati sono farmaci ad azione psicotropa e come tali non sono scevri da possibili effetti avversi, anche severi, come la psicosi tossica e alterazioni cardiovascolari. **TM**

Info: masini@unifi.it



Figura 2 - Sinistra: confezioni Bedrocan, Bedrobinol, Bediol; destra: immagini di infiorescenze

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.

MONICA CALAMAI

Salute e Medicina di Genere nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie



Monica Calamai, medico igienista, Direttore Generale dell'A.O.U. Careggi, in precedenza ha ricoperto lo stesso incarico ad AR e LI. Nel 2013 è stata nominata Coordinatrice di uno dei gruppi di lavoro costituiti nell'ambito della Rete Grandi Ospedali da Federsanità ANCI ed ha ricevuto il premio «Bollini rosa», rilasciato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna alle strutture ospedaliere italiane a misura di donna.

La Medicina di Genere, definita come "lo studio delle differenze tra le funzioni vitali di uomini e donne e la loro esperienza relativa alla stessa malattia" rappresenta un'opportunità reale di acquisire nuove conoscenze, utili ad una migliore gestione delle malattie e delle cure.

L'inserimento di una prospettiva di genere in medicina non è quindi un singolo concetto, ma è un **processo complesso** che presenta indiscussi profili di innovazione e costituisce un'occasione di sviluppo irrinunciabile.

Per attuarlo è necessario promuovere una **competenza** di genere negli ambiti integrati dell'informazione e della formazione, dell'insegnamento e delle ricerche, dell'appropriatezza specifica nella pratica clinica ed assistenziale.

Una visione di genere, in medicina, è sempre multidimensionale; tutti i processi chiave della ricerca, della formazione e dell'assistenza hanno un "genere" e la natura di questi processi ed i contesti in cui si sviluppano possono e devono essere *gendered*.

Le principali difficoltà che si riscontrano nello sviluppo della Medicina di Genere sono riconducibili, ad oggi, ai seguenti fattori:

- a) sottovalutazione delle ripercussioni pratiche delle differenze di genere;
- b) scarsa consapevolezza da parte del personale sanitario delle implicazioni connesse alle differenze di genere;
- c) inadeguatezza delle conoscenze;
- d) insufficienza di investimenti da parte del settore pubblico.

Significativi sono i dati pubblicati dal *Global Gender Gap Report 2013*¹, stilato dal World Economic Forum, che posizionano l'Italia al 71° posto assoluto, su 136 paesi esaminati, nella classifica delle differenze di genere con, nello specifico, il 65° posto per quanto riguarda la scolarizzazione, il **72° per la salute**, il 44° per l'accesso al potere politico ed il 97° per la parte-

cipazione alla vita economica.

Le Aziende Ospedaliere Universitarie, quali strumenti di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca², rappresentano un'area dove la valenza di genere può essere realizzata, ottimizzata e quindi misurata sulla reale efficacia del sistema.

Ciò nonostante continua ad esistere, nel tessuto delle organizzazioni sanitarie in generale, comprese quelle ospedaliero-universitarie, una effettiva e reale difficoltà nel metabolizzare ed implementare idonee politiche di salute e medicina di genere.

Ricerca e sperimentazione

La carenza di studi specifici significa non solo carenza di strategie, ma anche mancanza di uno stile *nuovo* di fare ricerca, che superi gli approcci tradizionali nella scelta delle popolazioni oggetto di studio e dei parametri di valutazione e che non può essere ricondotto solo ed esclusivamente ad una, peraltro effettiva, prevalenza del genere maschile all'interno del sistema universitario italiano.

Negli stati del Nord Europa gli studi e la ricerca di genere costituiscono da molti anni materia curriculare a livello universitario e forniscono profili professionali orientati. Esistono altresì riviste, centri di ricerca e sviluppo, lauree, master e dottorati caratterizzati in modo determinante da questa impostazione e funzionali ad essa.

È concetto noto quello della sottorappresentatività nell'arruolamento delle donne nelle sperimentazioni farmacologiche e la scarsa elaborazione differenziata dei risultati, con particolare riferimento alle patologie non specificamente femminili³. Paradossalmente, sebbene le donne siano le maggiori consumatrici di farmaci (le donne in media consumano un 40% in più di farmaci rispetto agli uomini), l'attività di sperimentazione tende a non tenere in sufficiente

¹ "The Global Gender Gap Index seeks to measure one important aspect of gender equality: the relative gaps between women and men, across a large set of countries and across the four key areas of health, education, economy and politics" - <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2013/>.

² D. Lgs n° 517/99 - "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

³ Comitato nazionale di Bioetica - La sperimentazione farmacologica sulle donne - 2008.

considerazione la loro specificità e il cambiamento delle condizioni di salute femminile, con un conseguente incremento di danni avversi all'assunzione di farmaci.

Esistono peraltro realtà evolute in cui, nel valutare l'efficacia di un farmaco, le donne sono obbligatoriamente inserite nei trial clinici; solo per capire le prospettive verso le quali muoversi, negli Stati Uniti la Food and Drug Administration americana (FDA) ha istituito un ufficio che si occupa specificamente della salute delle donne e della loro partecipazione agli studi⁴.

Didattica

L'area d'intervento sulla quale pesano le aspettative maggiori è quella della formazione curriculare e post-laurea nei diversi ambiti professionali ed interprofessionali.

Alcuni paesi come la Svezia, il Canada, l'Australia hanno già intrapreso azioni in questa direzione e gli stessi indirizzi emanati dal governo europeo richiedono di attivarsi in tal senso.

Si parla, in molte realtà, di *Gender education*. Esistono prestigiose Istituzioni Universitarie estere⁵ che, nelle loro Facoltà di Medicina, hanno attivato percorsi formativi specifici per integrare il corso di studi anche in una prospettiva di genere, basata sull'evidenza e finalizzata a conseguire obiettivi specifici di apprendimento "sesso/genere" nella formazione medica, ottenere risultati della ricerca di genere, inseriti sistematicamente nel curriculum formativo delle professioni in ambito sanitario, ed elaborare e progettare la formazione delle nuove generazioni di ricercatori.

Ci sono importanti riviste scientifiche che pubblicano regolarmente dati di ricerca medica e di sanità pubblica di genere e di cui si auspica una diffusione pari a quella delle maggiori riviste specializzate. Solo per ricordarne alcune:

- *Gender Medicine*
- *British Medical Journal*
- *New England Journal of Medicine*
- *Journal of the American College of Surgeons*

- *Medical Education*
- *Academic Medicine*
- *International Journal for Equity in Health*
- *Journal of Gender Studies*
- *National Library of Medicine*

È quindi forte la necessità di sviluppare ed implementare nuove tipologie di strumenti e metodologie di genere che siano funzionali ad un corretto e appropriato approccio alle problematiche di salute dei nostri cittadini, sia in termini di percorsi assistenziali sia di pratiche cliniche.

Dobbiamo costruire, anche come Aziende Ospedaliere universitarie, un cambiamento culturale che porti a una sensibilità di genere, rendendo evidenti i percorsi della Medicina di Genere, portandola nella pratica quotidiana, incrementando i percorsi dedicati e dandone adeguata informazione.

I concetti elaborati dalla Medicina di Genere devono entrare a far parte delle strategie aziendali ed essere inseriti negli obiettivi di *budget*, oggetto di monitoraggio, sia da un punto di vista assistenziale che della ricerca e didattica integrate.

È necessario iniziare a introdurre un'educazione di genere nei percorsi di studio universitari e post universitari, organizzare percorsi specifici ECM sulla Medicina di genere, avviare da subito collaborazioni strutturate con i *network* internazionali nell'ambito della Gender Medicine, utilizzare adeguatamente le opportunità offerte dalle progettualità finalizzate a livello nazionale ed europeo.

In questo contesto Careggi, con proprio atto, ha istituito il *Centro di Ricerca/Innovazione e Coordinamento aziendale per la Salute e la Medicina di genere* strutturandone la composizione ed i meccanismi di funzionamento non solo sulla base delle indicazioni regionali⁶ ma anche della visione prospettica insita nella *mission* aziendale e nell'essere, in quanto Azienda integrata, lo strumento privilegiato di ogni processo di innovazione. **TM**

⁴ Articolo "Verso una farmacologia rispettosa delle differenze" prof.ssa Marina Ziche, Professore Ordinario Farmacologia, Università di Siena - Fondazione G. Brodolini - InGenere - anno 2012.

⁵ Monash University, Australia Ontario Faculties of Medicine, Columbia University, Uppsala University, University of Copenhagen, Karolinska Institute, Charité Universitätsmedizin, Berlin.

⁶ Delibera Giunta Regione Toscana n° 144 del 24/02/2014 "Salute e medicina di genere: istituzione del Centro regionale di coordinamento".

CONVEGNI E SEMINARI

Il ruolo della valutazione e dell'analisi di usabilità nella riduzione del Rischio Clinico

Come migliorare la sicurezza di pazienti e operatori nell'uso dei dispositivi medici Il workshop si terrà in data **31 Ottobre 2014** con orario 14,30-18,30 presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze, Via G. C. Vanini, 15 Firenze. Partecipano: Giovanni Barbagli, Sergio Boncinelli, Aurelio Bonelli, Eugenio Cortigiano, Maurizio Filice, Andrea Meneghin, Roberto Miniati, Laura Mugnai, Antonio Panti, Francesco Ranzani, Eleonora Romanini, Riccardo Tartaglia, Francesco Veneri. Info: Segr. Org.va F.I.M.O., tel. 055 680 0389, email: info@usosicuro.com, n.alberti@fimo.biz.

STEFANO CERRI, MOIRA BONFANTI¹, PAOLA TRAPÉ², DILETTA CALAMASSI³

Educazione terapeutica e counseling nel Chronic Care Model

Una survey nella Regione Toscana



Stefano Cerri, Laurea in Infermieristica (anno 2013) - Univ. di Firenze. Diploma di Perito Industriale Capotecnico con specializzazione in Elettrotecnica ed Automazione (anno 2009) - Istituto Tecnico Industriale "Ferraris-Brunelleschi", Empoli (FI). Attualmente vive e lavora in Inghilterra.

Pubblichiamo volentieri questo interessante contributo di alcuni infermieri toscani sia perché crediamo fermamente che le moderne procedure assistenziali non possano essere che interdisciplinari, sia perché leggiamo in questo intervento un'onestà intellettuale rispetto alla realtà delle competenze dei professionisti sanitari.

INTRODUZIONE

Con il Piano Sanitario Regionale toscano 2008-2010 è avvenuto il passaggio dalla "medicina di attesa" alla "sanità di iniziativa" e l'adozione del modello operativo *Chronic Care Model* (CCM) per la gestione e la presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Per l'implementazione del CCM, due elementi fondamentali sono l'educazione terapeutica ed il *counseling*.

L'educazione terapeutica è un processo complesso, che richiede il coinvolgimento attivo della persona ed è finalizzato a rendere quest'ultima in grado di gestire specifici aspetti della patologia.

Le abilità e le tecniche proprie del *counseling* sono competenze trasversali, che consentono l'instaurarsi di un processo comunicativo e relazionale tra operatore e persona, verso l'interpretazione del vissuto della malattia da parte di colui che ne soffre, permettendo il graduale raggiungimento del *self-management*. Alcune strategie fondamentali per attuare le suddette competenze sono: utilizzare del tempo per prepararsi sia fisicamente che psicologicamente alla relazione di aiuto; seguire l'andamento del colloquio dettato dalla persona rispettando i suoi silenzi e le pause; adottare domande "aperte" per raccogliere informazioni e guidare la persona verso un processo di crescita personale.

Si tratta di competenze "giovani" in Italia, esportabili in ogni contesto e facilitanti, per l'infermiere che opera nell'ambito del CCM, lo sviluppo della cultura dell'ascolto e dell'attenzione all'individuo.

Per preparare gli infermieri ad operare nell'ambito del CCM, la Regione Toscana ha realizzato uno specifico percorso formativo sul "Supporto all'auto-cura". Il percorso prevedeva contenuti inerenti l'approccio relazionale finalizzato al *self-management* e la presentazione di alcune semplici tecniche proprie del *counseling*.

Alcune aziende sanitarie toscane hanno scelto di adottare le strategie per l'educazione alla persona proposte all'interno del pacchetto formativo "Paziente Esperto", realizzato secondo il programma ufficiale dell'Università di Stanford.

Con la presente indagine si è ritenuto interessante esplorare, a distanza di circa 4 anni dalla formazione fatta e dall'implementazione del modello operativo CCM, aspetti relativi alle abilità e alle tecniche del *counseling* adottate dagli infermieri operativi nei moduli. In particolare, si sono investigate le conoscenze su queste tecniche, la loro applicazione, le differenze nelle conoscenze e nell'applicazione tra gli infermieri che hanno partecipato ai percorsi formativi regionali e coloro che non vi hanno partecipato, la volontà di partecipare ad ulteriori percorsi formativi specifici.

MATERIALI e METODI

È stata condotta un'indagine conoscitiva, che si è realizzata in vari step: Ricerca bibliografica allo scopo di individuare strumenti esistenti in letteratura per l'autovalutazione delle abilità e delle tecniche del *counseling*; costruzione ad hoc di un questionario per l'autovalutazione delle abilità e tecniche del *counseling*; sommi-

¹ Infermiere, Referente Regionale ANIMO

² Infermiere, esperto in tecniche di *counseling*

³ Infermiere, referente Gruppo Ricerca IPASVI Firenze

nistrazione *on line* del questionario; analisi dei dati ottenuti.

Di seguito, la descrizione più specifica degli *step*:

1. Le Banche Dati consultate sono state *PubMed* e *Cochrane Library*, utilizzando in maniera combinata le parole chiave *self-assessment, tool, nursing, questionnaire, communication skills* e *counseling skills*. Non è stato reperito alcuno studio relativo all'utilizzazione di questionari per l'autovalutazione delle abilità e delle tecniche di *counseling*;

2. La costruzione del questionario è avvenuta mediante la realizzazione di tre *focus group* che hanno coinvolto un infermiere *counselor*, un infermiere esperto dell'ambito territoriale e un infermiere operativo in ospedale. Il risultato è stato un questionario composto da tre parti: *Informazioni generali, Autovalutazione sulle abilità e sulle semplici tecniche del counseling, Disponibilità a partecipare ad ulteriori percorsi formativi*.

La parte iniziale comprendeva domande, anche di tipo anagrafico, per consentire la descrizione delle caratteristiche principali del campione.

La seconda parte comprendeva 33 domande, ordinate seguendo il teorico andamento di un colloquio di aiuto nella funzione di educazione terapeutica, dirette ad indagare la conoscenza e l'applicazione di abilità e semplici tecniche del *counseling*.

La terza parte del questionario era composta da due domande, una diretta ad indagare la volontà degli operatori ad ampliare i loro strumenti comunicativi in merito al *counseling* e una che permetteva loro di esprimere liberamente suggerimenti o riflessioni sul progetto, sulle abilità e sulle tecniche del *counseling*.

La partecipazione all'indagine era su base volontaria e con garanzia dell'anonimato.

Nella prima e nella terza parte del questionario è stato adottato il sistema della risposta

dicotomica, mentre l'articolazione delle risposte per la seconda parte prevedeva la scelta tra le seguenti opzioni: Mai, Quasi mai, A volte, Abbastanza spesso, Molto spesso e Sempre, Non conosco, Non risposta.

L'opzione "Non conosco" era stata inserita, nel caso, appunto, di non conoscenza della risposta e allo scopo di evitare risposte fornite "a caso".

Onde prevenire mancate risposte legate a disattenzioni o distrazioni, è stata assegnata ad ogni domanda l'obbligatorietà di risposta; impedendo ai rispondenti di passare alla sezione successiva del questionario in caso di non rispondenza a qualche domanda. L'opzione "Non risposta" era stata inserita per rispettare la volontà del singolo a non fornire quella specifica risposta.

3. Per la somministrazione del questionario agli infermieri è stata richiesta l'autorizzazione ai Dirigenti delle varie aziende sanitarie. In seguito, il *link* a cui collegarsi per la compilazione del questionario *on line* è stato inviato agli indirizzi di posta elettronica delle sedi operative. Il periodo per la compilazione del questionario è stato giugno-settembre 2013;

4. Le risposte sono pervenute in maniera anonima e i dati sono stati analizzati in forma aggregata con il *software* statistico *EpilInfo*, versione 3.5.

RISULTATI

All'indagine non hanno aderito tutte le aziende sanitarie della Regione Toscana. In totale hanno risposto al questionario 61 infermieri, tra cui 53 femmine (86,1%) e 8 maschi (13,9%), di età compresa tra i 40 e i 49 anni per il 54,1%, di età superiore ai 50 anni per il 31,1% e di età compresa tra i 30 e i 39 anni per l'11,5%. Solo il 3,3% ha dichiarato un'età inferiore ai 30 anni.

Riguardo alla formazione di base, nel 73,8% sono in possesso del Diploma Regionale per In-

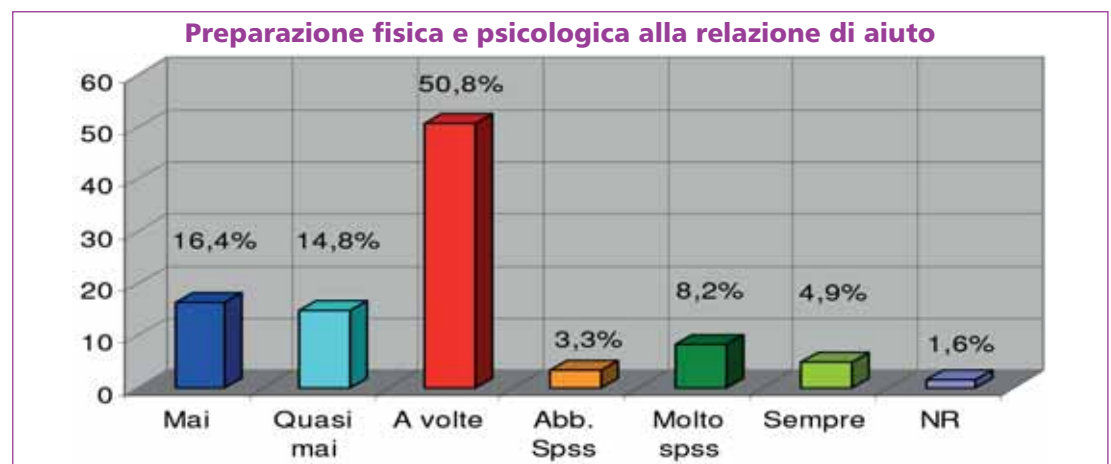


Grafico 1

fermieri Professionali, nel 11,5% del Diploma Universitario, nel 9,8% della Laurea in Infermieristica e nel 4,9% della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche.

Da sottolineare che 45 infermieri su 61 (73,8%) non hanno effettuato alcun percorso formativo post-base.

In merito al corso di formazione regionale "Supporto all'auto-cura", risulta una partecipazione da parte del 34,4% degli infermieri, mentre per il programma dell'Università di Stanford le adesioni risultano nettamente inferiori (14,8%).

L'82% dei rispondenti operano nei moduli dove è attivo il CCM da più di 2 anni e per il 67,2% la propria attività lavorativa si esplica esclusivamente all'interno di questi.

I dati evidenziano che gli infermieri non si "preparano" prima di affrontare una relazione di aiuto (82%1, Grafico 1) e che utilizzano troppo spesso domande chiuse per raccogliere informazioni (67,2%2, Grafico 2).

Per quanto concerne le domande sulle tecniche del *counseling*, è stato possibile riscontrare un'alta percentuale di risposte "Non conosco".

Oltre l'80% degli infermieri osservano la comunicazione non verbale della persona e valutano le eventuali discrepanze con quella verbale, si impegnano ad utilizzare un linguaggio semplice e chiaro, focalizzano l'attenzione sulle risorse personali del paziente, mettono in gioco la propria empatia e definiscono obiettivi e strategie.

Sono molti gli infermieri che non hanno frequentato il percorso formativo regionale "Supporto all'auto-cura" (65,6%) e la maggior parte dei rispondenti non ha partecipato al progetto formativo "Paziente Esperto" (85,2%).

Il 93,4% degli infermieri affermano di essere disponibili ad ampliare le loro conoscenze sulle abilità e sulle semplici tecniche proprie del *counseling*, mediante la partecipazione a percorsi formativi specifici.

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

I dati elaborati evidenziano che la professione infermieristica è ancora prevalentemente rappresentata da persone di sesso femminile; nelle realtà lavorative prevalgono infermiere con un'età superiore a 40 anni e da ciò dipende il tipo di formazione di base da queste svolta (il percorso universitario per divenire infermieri è iniziato nel 1992).

In ambito territoriale gli infermieri con percorsi di formazione post-base sono pochi.

Alcune conoscenze e diversi aspetti legati all'applicazione delle abilità e delle tecniche del *counseling* nella quotidianità, potrebbero essere notevolmente implementati.

La volontà ad ampliare i propri strumenti comunicativi attraverso la formazione, manifesta il desiderio di miglioramento che gli infermieri nutrono e probabilmente riflette la professionalità che ognuno esprime nelle proprie realtà lavorative.

La percentuale raggruppa le "risposte negative", che sono Mai, Quasi mai e A volte.

La percentuale raggruppa le "risposte positive", che sono Sempre, Molto spesso e Abbastanza spesso.

La professione infermieristica può contribuire alle necessarie modifiche assistenziali ed organizzative utili alla gestione delle patologie croniche, ma per raggiungere o sostenere il perdurare dell'autonomia dell'individuo e per promuovere il miglioramento della qualità di vita, è necessario "entrare" nel privato mondo percettivo dell'altro. Pertanto, vista l'importanza che le tecniche di *counseling* rivestono in questo senso, emerge l'urgenza di ampliare tra gli infermieri questi indispensabili strumenti comunicativi.

TM

Info: dilettacal@libero.it

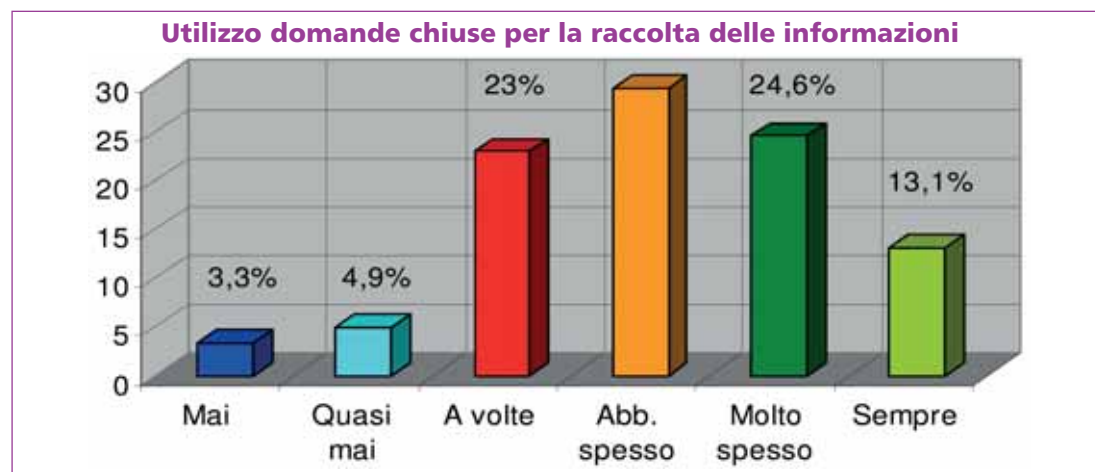


Grafico 2



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

MARCO MENCHINI, SILVIA NACCI

PMA eterologa in Toscana

Direttive ai Centri

Con deliberazione di Giunta regionale n. 650 del 28 luglio 2014 di cui è pubblicato di seguito l'allegato B, la Toscana è stata la prima regione italiana che ha deciso di dare direttive sulla fecondazione eterologa ai centri di PMA, dopo la sentenza del 9 aprile scorso in cui la Corte Costituzionale si è pronunciata (sentenza n. 162/2014) dichiarando l'illegittimità costituzionale del divieto di Procreazione assistita di tipo eterologo contenuto nella Legge 40/2004. Ciò alla luce delle motivazioni della suddetta sentenza (depositate l'11 giugno), nelle quali viene specificato che non si crea nessun vuoto normativo poiché la procreazione assistita di tipo eterologo è solo una modalità di fecondazione assistita ed è pertanto già ampiamente disciplinata nell'ordinamento vigente in tutti i vari aspetti connessi al suo esercizio.

Il provvedimento emanato dalla Giunta regionale lo scorso luglio ha effettuato una ricognizione sui principali atti comunitari, nazionali e regionali e sulle pronunce giudiziali di particolare importanza e, essendo una Regione che da anni è particolarmente attenta a questa tematica, ha dato un quadro sintetico delle ultime attività realizzate o in fase di espletamento. Infine, ha accolto il parere 74 dell'8 luglio 2014 del Consiglio Sanitario Regionale, che con un gruppo di esperti in tutte le discipline interessate (ginecologi di centri pubblici e privati, andrologi, genetisti, giuristi), ha predisposto un documento denominato "Direttive sulla Procreazione medicalmente assistita eterologa".

Con quest'atto la Giunta regionale della Toscana ha introdotto un'assoluta novità: tutti i Centri toscani di PMA, pubblici e privati, ovviamente in regola con le normative regionali sull'accreditamento e con gli adempimenti previsti dal d.lgs. 191/2007, possono effettuare prestazioni di PMA eterologa, fatta salva una comunicazione alla Regione in cui autocertificano il rispetto delle disposizioni impartite nella delibera stessa. È un'innovazione importante, poiché anche prima del divieto imposto dalla L.40/2004, solamente i centri privati potevano effettuare questo tipo di metodica.

La deliberazione è stata emanata con un duplice obiettivo. Il primo è il rispetto della sentenza della Corte Costituzionale, rendendo così immediatamente esigibile un diritto costituzionalmente garantito, e dando quindi la possibilità alle coppie infertili di poter usufruire di questa tecnica, senza ricorrere all'emigrazione sanitaria in altri Paesi europei non troppo distanti dal territorio italiano. Il secondo è che ci siano regole chiare volte ad assicurare la massima sicurezza

per le coppie che ricorreranno all'eterologa e per i donatori e donatrici che vorranno mettere i propri gameti a disposizione di coppie riceventi. In questo modo si è evitato che, in assenza di procedure definite, i centri di PMA privati potessero (tra l'altro legittimamente) iniziare tale attività, ma senza limitazioni di nessun genere, salvo ovviamente il riferimento a normative europee e linee guida internazionali, che comunque lasciavano ampi margini di discrezionalità, dando luogo a differenziazioni anche molto marcate (es. n. di figli nati da uno stesso donatore, età e caratteristiche dei donatori, ecc.).

Il documento approvato per prima cosa ribadisce i requisiti oggettivi delle coppie che possono avvalersi della donazione di gameti, ossia essere coniugi o conviventi di sesso diverso, maggiorenni, in età potenzialmente fertile ed entrambi viventi. Tale metodica è eseguibile esclusivamente qualora sia accertata e certificata la sterilità o infertilità, come nel caso della fecondazione assistita omologa. È altresì vietata per fini eugenetici illegittimi.

Sono poi stabilite le modalità ed i criteri di selezione dei potenziali donatori e donatrici. Sono stati individuati limiti di età per l'idoneità alla donazione, sono state individuate le visite specialistiche e gli esami necessari volti ad un'indagine conoscitiva sulla propedeuticità alla donazione (come ad esempio gli esami infettivi oppure l'aver svolto un'attività lavorativa che presenti un elevato rischio di esposizione a radiazioni o a sostanze chimiche). Sono stati inoltre individuati aspetti tecnici e procedurali per i centri, come la necessità di discrezione assoluta volta a mantenere la segretezza delle informazioni ricevute dai donatori e dai riceventi.

Dopo il provvedimento della Regione Toscana, molte regioni hanno iniziato a porsi il problema dell'eterologa, il 4 settembre 2014, in una seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, è stato approvato un documento, che a livello contenutistico ricalca in gran parte l'Allegato B della DGR 650/2014, con richiesta di recepirlo a livello regionale, per rendere uniforme a livello nazionale l'accesso alle tecniche di fecondazione assistita eterologa.

Nonostante la similarità, è tuttavia intenzione della Regione Toscana nei prossimi giorni, di adeguarsi in toto agli indirizzi operativi e alle indicazioni condivise a livello di Conferenza delle Regioni e Province autonome, con un nuovo provvedimento di Giunta che porrà queste prestazioni a carico del SSR.

Allegato B

Direttive sulla Procreazione medicalmente assistita (PMA) eterologa

1. La normativa applicabile

Le disposizioni di riferimento per la regolamentazione alla donazione dei gameti sono contenute in una molteplicità di norme tra le quali: Legge 40/2004; legislazione relativa alla donazione di tessuti e di cellule già applicata ai Centri di procreazione assistita (Decreti Legislativi 191/2007 e 16/2010 *Attuazione delle direttive 2006/17/CE all. 3 e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani* e relative Linee guida applicative deliberate dalla Conferenza Stato-Regioni il 15 marzo 2012); Normativa regionale (Delibere, Direttive e Pareri del CSR).

1.1 Norme della Legge 40/2004 applicabili alla donazione di gameti (cd. PMA eterologa). Quanto ai requisiti soggettivi:

L'art. 5 della Legge 40/2004 individua le categorie di soggetti che possono accedere alla procreazione assistita e quindi anche alla donazione dei gameti: coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, con partners entrambi viventi.

L'art. 1 comma 2 e l'art. 4 della Legge 40/2004 prevedono che le procedure siano dirette ai soli soggetti che sono affetti da sterilità (e infertilità) e quindi rispettino specifiche indicazioni mediche. La donazione dei gameti è quindi consentita quando sussiste una condizione di sterilità severa in almeno uno dei partner, determinata da malattie o altre situazioni relative alla salute, certificate da un medico.

Quanto ai requisiti oggettivi:

L'art. 4 comma 1 e 2 della Legge 40/2004 consente il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione, e stabilisce che le procedure siano effettuate in base a principi di gradualità e consenso informato.

L'art. 12 comma 6 della Legge 40/2004 fa divieto di commercializzazione dei gameti. La donazione di gameti è quindi gratuita: il donatore non può essere remunerato.

L'art. 9 comma 1 della Legge 40/2004, pone l'esplicito divieto ad azioni di stato quali riconoscimento di paternità, in caso di filiazione nell'ambito del matrimonio, ovvero l'impugnazione per difetto di veridicità in caso di filiazione fuori dal matrimonio. Salvo i casi di assenza di consenso alla tecnica di PMA eterologa, non è possibile quindi da parte dei genitori legalmente

riconosciuti disconoscere il figlio.

L'art. 6 comma 3 della Legge 40/2004 prevede che non si possa revocare il consenso alle procedure dal momento della fecondazione dell'ovulo e che la volontà dei soggetti componenti la coppia debba essere espressa. L'art. 9 comma 3 della Legge 40/2004 stabilisce che il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

1.2 Norme applicabili alla donazione di gameti ai sensi dei D.Lgs 191/2007 e del DLgs 16/2010

Si tratta di norme già applicate per tutti i centri di PMA autorizzati e quindi immediatamente applicabili alla donazione dei gameti.

I Centri di PMA sono sottoposti a verifiche e controlli da parte delle Regioni, che possono avvalersi del Centro Nazionale Trapianti.

Le norme direttamente applicabili contenute nel Dlgs n. 191/2007 sono:

- All'art. 8 *Tracciabilità*: viene disciplinata le modalità di tracciabilità del percorso dal donatore al ricevente e viceversa;
- All'art. 10 *Registro degli istituti dei tessuti e obbligo di presentare relazioni*: viene previsto un apposito Registro contenente i dati sulle donazioni di cellule e tessuti;
- All'art. 12 *Principi della donazione di tessuti e cellule*: viene previsto che la donazione di cellule e tessuti sia volontaria e gratuita;
- All'art. 13 *Consenso ed espressione di volontà*: viene disciplinato il consenso informato che è ulteriormente specificato dall'allegato 1 relativo ai donatori viventi
- All'art. 14 *Protezione dei dati e tutela della riservatezza*: vengono stabilite le disposizioni di protezione dei dati e la tutela della riservatezza;
- All'art. 15 *Selezione, valutazione e approvvigionamento*: vengono stabiliti norme e principi relativi alla selezione, valutazione e approvvigionamento dei tessuti e dei donatori;
- All'art. 27 *Sanzioni*: vengono previste sanzioni in caso di violazione.

Il DLgs n. 16/2010 specifica ulteriormente quali debbano essere le procedure di valutazione del donatore, selezione dei tessuti e delle cellule, di sicurezza della pratica sanitaria, di tracciabilità di cellule e tessuti, di conservazione, definendo responsabilità e obblighi a carico dei sanitari.

Come precisato dalla stessa Corte Costituzionale col deposito delle motivazioni alla sent 162/14 e come si evince dalle disposizioni che precedono, non sussiste alcun vuoto normativo che richieda interventi legislativi per ciò che riguarda la donazione di gameti. La selezione dei donatori e dei riceventi, le quantità di donazio-



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

ni che sarà possibile effettuare e la tenuta di un archivio delle donazioni nonché la precisazione degli esami infettivi e genetici da effettuare, dovranno essere disciplinati con una regolamentazione tecnica e di dettaglio attraverso la quale vengano stabiliti direttive e criteri che i soggetti interessati dovranno seguire per l'esecuzione della metodica. In analogia a quanto avviene per la donazione di sangue devono poi essere stabilite le modalità che nel rispetto del principio di gratuità facilitino la donazione.

1.3 Centri autorizzati alla pratica della fecondazione eterologa

In considerazione dell'esigenza di porre le basi per eventuale attivazione di procedure di PMA eterologa si premette che la Normativa Europea identifica i Centri di PMA come Istituti dei Tessuti e perciò i centri PMA, conformi alle normative regionali in materia di autorizzazione/accreditamento, risultano parimenti idonei ad effettuare procedure di PMA anche eterologa.

Quanto all'eventuale possibilità di importazione/esportazione di gameti ed embrioni da impiegare nei procedimenti di PMA eterologa si rinvia a quanto disposto dal Decreto Min Salute 10 ottobre 2012 attuativo dell'art 9 DLgs 191/07.

2. Requisiti soggettivi delle coppie di pazienti che possono usufruire della donazione di gameti

La metodica di PMA eterologa è eseguibile unicamente qualora sia accertata e certificata una patologia che sia causa irreversibile di sterilità o infertilità e vietata per fini eugenetici illegittimi.

Possono far ricorso alla PMA di tipo eterologo coniugi o conviventi di sesso diverso, maggiorenni, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

Deve ritenersi applicabile anche per la PMA eterologa il limite di età indicato nella previsione contenuta nell'art. 4 L. 40/04 secondo la quale può ricorrere alla tecnica la donna "in età potenzialmente fertile" e comunque in buona salute per affrontare una gravidanza.

Per la donazione di gameti maschili è comunque rilevante allo stesso modo la sola età della partner femminile, con le stesse limitazioni.

Per quanto riguarda la donazione dei gameti:

- femminili:** le indicazioni sono tutte le situazioni mediche o iatrogene di sterilità comprovata in cui la donna non possa disporre di propri ovociti validi;
- maschili:** le indicazioni alla donazione sono tutte le situazioni mediche o iatrogene di sterilità comprovata che determinano l'indisponibilità di spermatozoi utilizzabili.

In entrambi i casi è garantita un'adeguata informazione e deve essere disponibile un supporto psicologico per la coppia ricevente.

3 Modalità e criteri di selezione dei potenziali donatori

3.1 Criteri generali

Alla luce della normativa internazionale; delle disposizioni europee: in part v.: Dir CE 17/2006 all. 3, punto n 3; del D. Lgs 16/10 art 4; delle direttive/circolari del Ministero della Sanità disciplinanti la PMA eterologa ante 2004; dei modelli di comportamento in Italia definiti dal codice deontologico medico del 2014 e della prassi degli operatori sanitari ante 2004.

L'idoneità di eventuali Donatori/Donatrici è codificata in base alla congruità dei seguenti parametri:

- età compresa tra i 18 e 35 anni per le donne e fino a 50 anni per gli uomini;
- spermiogramma;
- consulenza clinica (antecedenti personali e storia familiare);
- visita specialistica:
 - ginecologica;
 - andrologica.

Se il donatore/donatrice risulta potenzialmente idoneo (vedi criteri dettagliati di idoneità in seguito), si procede con gli esami sierologici/batteriologici ed infine con quelli genetici in maniera sequenziale (vedi flow chart, genere-specifico).

Su richiesta della coppia ricevente deve essere comunicata l'età, il gruppo sanguigno e fattore Rh del donatore/donatrice.

Dopo aver verificato l'idoneità in base agli esami sopracitati, il donatore/donatrice deve sottoscrivere un consenso informato.

3.2 Criteri per la predisposizione dei moduli di consenso informato sottoscritti dai donatori

La donazione di gameti è un atto volontario, altruista, gratuito, interessato solo al "bene della salute riproduttiva" di un'altra coppia. Non potrà esistere una retribuzione economica per i donatori/donatrici, né potrà essere richiesto alla ricevente contributo alcuno per i gameti ricevuti.

I donatori/donatrici devono essere informati circa l'uso per fini procreativi cui verranno destinati i propri gameti.

Il numero massimo di bambini nati mediante l'impiego di gameti femminili e maschili è pari a 6.

La donazione dei gameti ai fini di ricerca risulta ammissibile.

La donazione deve essere anonima (cioè non deve essere possibile per il donatore risalire alla coppia ricevente e viceversa). I dati clinici del donatore/donatrice potranno essere resi noti al personale sanitario solo in casi straordinari, dietro specifica richiesta e con procedure istituzionalizzate, per eventuali problemi medici della prole, ma in nessun caso alla coppia ricevente. L'accessibilità alla informazione sarà gestita informaticamente con il controllo di tracciabilità. I donatori/donatrici non hanno diritto di conoscere l'identità del soggetto nato per mezzo di queste tecniche e il nato non potrà conoscere

l'identità del donatore/donatrice. Tali informazioni potranno essere acquisite dal nato unicamente in caso di mutamento di volontà del donatore /donatrice senza che ciò comporti il sorgere di alcun diritto/obbligo tra le parti. In tal senso si applicano per quanto compatibili le disposizioni di cui all'art. 24 L. 149/01 di Modifica dell'art 28 della legge sull'adozione così come integrate dalla sent Corte Cost 278/13.

I donatori/donatrici devono essere liberi di revocare in qualsiasi momento il consenso presta-

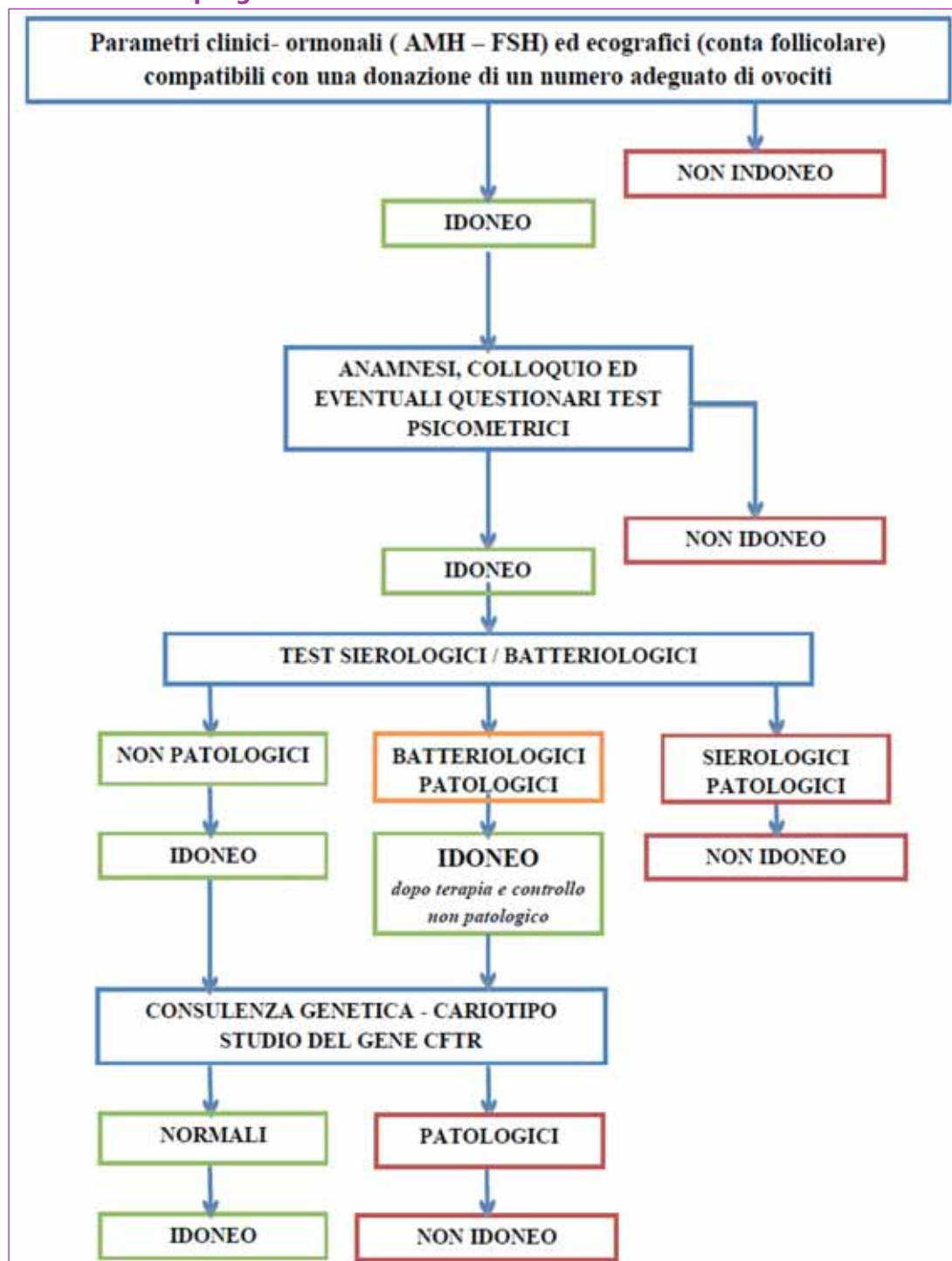
to per l'ulteriore impiego dei loro gameti.

La coppia ricevente le cellule riproduttive deve essere compiutamente informata sulla circostanza che risulta impossibile diagnosticare e valutare tutte le patologie genetiche letali/ gravi di cui risultassero eventualmente affetti il donatore/donatrice con ogni effetto consequenziale in relazione alla eventuale imputazione della responsabilità. In base all'anamnesi, analisi chimico-cliniche e genetiche il donatore/ donatrice:



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Il programma di selezione della donatrice volontaria





A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

1. non deve presentare disordini mendeliani importanti;
2. non deve presentare dati anamnestici/clinici/biochimici compatibili con lo stato di portatore eterozigote di malattie a trasmissione autosomica recessiva o legato al cromosoma X;
3. non deve essere portatore di alcun riarrangiamento dei cromosomi che possa risultare in gameti non bilanciati.

padre/madre non noto).

Il donatore/donatrice deve mettere a disposizione di un solo centro i propri gameti e di tale prassi deve essere informato prima della donazione.

Il donatore/donatrice deve essere in grado di intendere e di volere, in buone condizioni di salute psico-fisica e non presentare nell'anamnesi elementi che indirizzino verso malattie ereditarie e familiari.

3.3 Criteri di anamnesi del donatore/donatrice

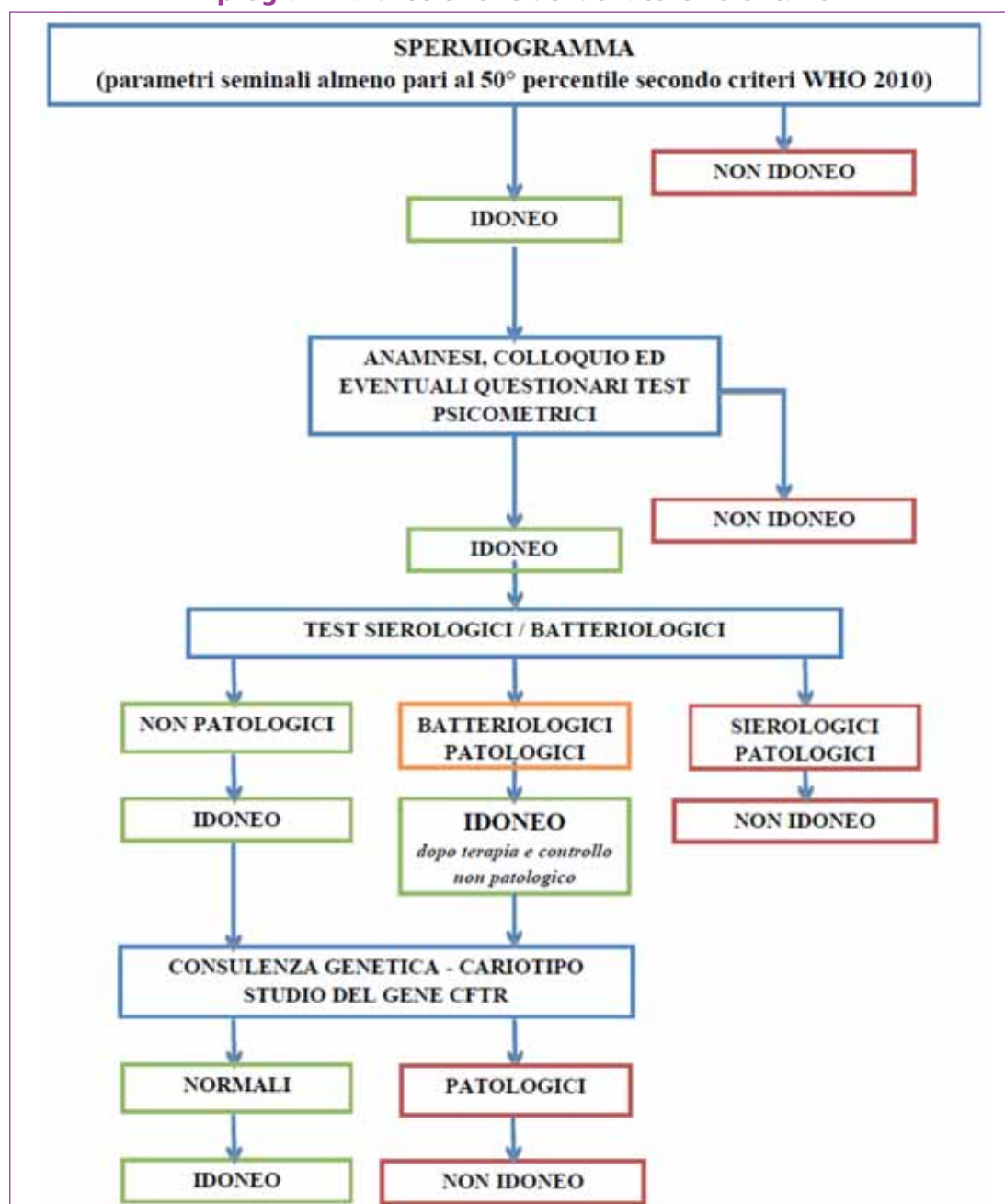
Il donatore/donatrice deve essere in grado di fornire notizie circa lo stato di salute di entrambi i genitori biologici (non deve essere né concepito a sua volta da donatore di gameti, né figlio di

Esclusioni

Un membro del gruppo che si occupa della crioconservazione non deve essere accettato come donatore/donatrice nel centro in cui lavora.

Deve essere anche escluso il donatore/dona-

Il programma di selezione del donatore volontario



trice dalla cui anamnesi fisiologica e patologica risulti:

- i) un'attività lavorativa che presenti un elevato rischio di esposizione a radiazioni o a sostanze chimiche;
- ii) una storia di alcolismo o dipendenza da sostanze stupefacenti o ludopatia.

Il potenziale donatore deve presentare delle caratteristiche seminali compatibili con la donazione (>50° centile dei valori WHO 2010).

Caratteristiche cliniche della Donatrice

La potenziale donatrice dovrà presentare delle caratteristiche cliniche (ormonali ed ecografiche) compatibili con una donazione di ovociti adeguata, avere cicli mestruali regolari con assenza di patologia ovarica ed endocrinologica, normale anamnesi genetica e per trombofilia.

Deve essere specificata etnia di appartenenza del donatore/donatrice.

Le caratteristiche fenotipiche di donatori e donatrici devono includere:

- peso e altezza;
- colore degli occhi: castani, verdi, neri, azzurri;
- colore naturale dei capelli: nero, castano, biondo, rosso;
- tipo naturale di capelli: lisci, ondulati, ricci;
- carnagione: pallida, rosea, olivastra, scura;
- esami sierologici (valida per donatori e donatrici);
- gruppo sanguigno e fattore Rh;
- analisi chimico-cliniche di base (emocromo, glicemia, creatinina, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, transaminasi, elettroforesi emoglobina, G6PDH);
- rischi di malattie infettive;

- ricerca nel siero (valida per donatori e donatrici) di:

- HBsAg, HBs Ab, HBcAb, e HBV NAT*;
- Ab anti HCV, HCV NAT*;
- HIV 1/2 ab (IV generazione), HIV NAT*.

I NAT: HBV NAT, HCV NAT, HIV NAT vanno effettuati in caso di negatività dei precedenti per completamento della eleggibilità del donatore/donatrice al fine di riscontrare il virus in circolo e il più vicino possibile alla donazione (in 24 h i laboratori danno i risultati); in tal modo vi è inoltre un risparmio anche in termini di costi sanitari.

- Ab anti-Citomegalovirus IgG, IgM
- TPHA-VDRL
- HTLV I e II (per i donatori provenienti da zone a rischio, secondo cartina allegata)

N.B. i test sierologici possono essere sostituiti da analisi di diagnostica molecolare atte ad individuare patologie infettive in atto.

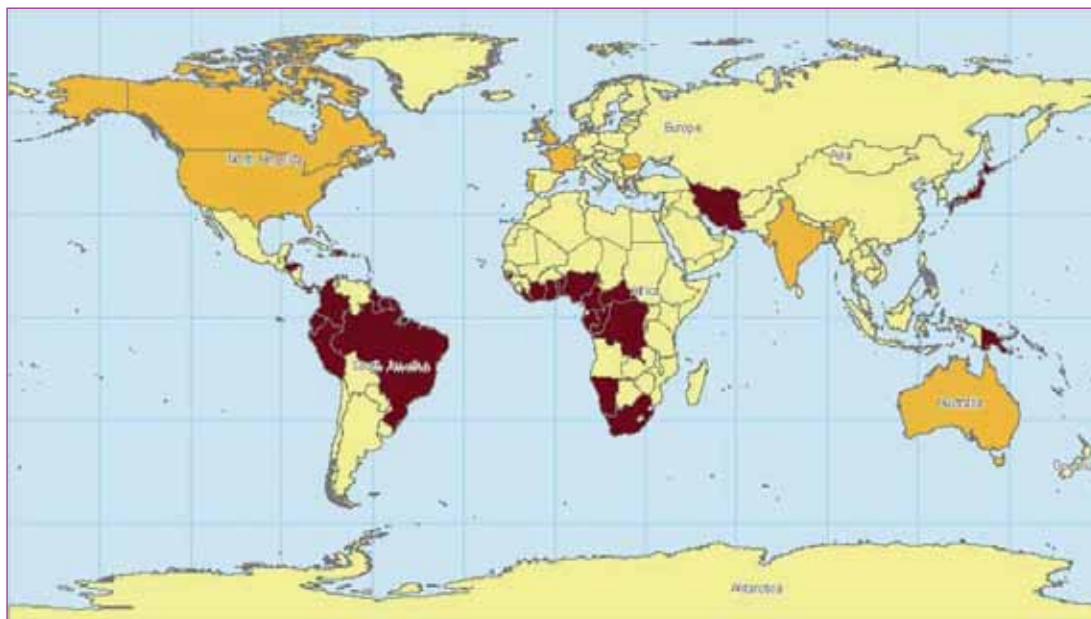
Per i Donatori: Spermio-coltura, urino-coltura, con valutazione di *Neisseria Gonorrhoeae*, *Mycoplasma Hominis*, *Ureaplasma Urealyticum*, *Chlamydia Trachomatis* nel liquido seminale o nelle urine o nel tampone uretrale/urine primo mitto.

Per le Donatrici: tampone vaginale e cervicale con valutazione di *Neisseria Gonorrhoeae*, *Mycoplasma Hominis*, *Ureaplasma Urealyticum*, *Chlamydia Trachomatis*. Inoltre, sono utili un PAP-test ed un'ecografia mammaria eseguiti nell'ultimo anno.

Dopo 6 mesi di quarantena devono essere negativi i seguenti test sierici (la quarantena riguarda il seme congelato e gli eventuali ovociti vitrificati / crioconservati, no l'egg sharing).



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Countries with endemic HTLV-I, defined as prevalence between 1 and 5% in some populations, are shown in dark brown. Countries with reports of low prevalence (less than 1% in some groups), due mainly to immigration from endemic areas, are shown in tan color. It should be noted that HTLV-I endemic areas do not correspond exactly to the country boundaries shown in the map, for example, Brazil, Japan and Iran, where HTLV-I is limited to residents of certain areas of each country.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

- HBsAg, HBs Ab, HBcAb, HBV NAT;
- Ab anti HCVAb e HCV NAT;
- HIV 1/2 ab (IV generazione), HIV NAT;
- Ab anti-Citomegalovirus IgG, IgM;
- TPHA-VDRL;
- HTLV I E II.

– Rischi di malattie genetiche (valida per donatori e donatrici).

Per lo screening genetico devono essere effettuati:

- consulenza genetica;
- cariotipo con bandeggio;
- studio del gene CFTR.

4. Aspetti tecnici e procedurali

I centri devono assicurare il mantenimento del livello più alto possibile di sicurezza nella manipolazione e nella conservazione dei gameti.

La regolamentazione e le procedure di manipolazione e di conservazione dei gameti sono definite dalla normativa attualmente in vigore.

Devono essere applicate nel laboratorio le appropriate procedure per il controllo di qualità.

I gameti devono essere raccolti presso il Centro che esegue la crioconservazione.

È necessaria una discrezione assoluta per mantenere la segretezza delle informazioni ricevute dai donatori/donatrici e dai riceventi.

La banca che fornisce i gameti deve avere un archivio dedicato (cartaceo ed elettronico) dove verranno conservate le cartelle cliniche dei donatori e accessibile solo da personale sanitario autorizzato. Solo su richiesta dell'Autorità Giudiziaria o dell'autorità di controllo (Regione/CNT), il Responsabile dell'Istituto di tessuti potrà fornire i dati utili per risalire al donatore.

Al fine di evitare che uno stesso donatore si rivolga a più banche, il donatore/donatrice deve dichiarare, sotto la propria responsabilità, le donazioni già effettuate. In tal senso si prevede l'istituzione di un archivio regionale nel quale

confluiranno in forma anonima nel rispetto della normativa vigente, i dati identificativi dei donatori/ci.

Il Centro PMA che utilizza i gameti dei donatori/donatrici è obbligato a segnalare alla banca che ha fornito i gameti la gravidanza (positività beta-HCG, gravidanza ongoing), la successiva nascita, eventuali aborti ed eventuali malformazioni del neonato. Qualora la gravidanza si dovesse interrompere, il donatore/ la donatrice scala di uno il numero di gravidanze ottenute.

4.1 Specifiche per il DONATORE:

1. Esame del liquido seminale;
2. La raccolta del liquido seminale deve essere effettuata nella sede della banca.

Le analisi da effettuare sono:

- spermogramma, secondo i criteri del WHO 2010, da parte di centro sottoposto a verifica esterna di qualità (VEQ) nazionale o internazionale;

- test di crioconservazione/scongelo.

Il recupero dopo scongelamento deve fornire una percentuale di spermatozoi dotati di motilità rettilinea = o > 50% di quello del seme pre-crioconservazione.

4.2 Specifiche per la DONATRICE:

1. ovociti vitrificati/ crioconservati stoccati in criobanche donati da donne precedentemente sottoposte a cicli di PMA;
2. ovociti da cicli a fresco donati da donne sottoposte a procedure di PMA;
3. come sopra ma da donatrici volontarie soddisfacenti i criteri di idoneità.

5. Sintesi programma di selezione

Il programma di selezione del donatore/donatrice deve prevedere accertamenti ed esami come riprodotti nel flow chart sottostanti.

Consiglio Sanitario Regionale

Valutazione indicazioni d'uso emocomponenti ad uso non trasfusionale - c.c. Emocomponenti topici

Parere 71/2014

Seduta del 8 luglio 2014

Vista la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la L.R. 14 dicembre 2005, n. 67 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale). Interpretazione autentica dell'articolo 59 della l.r. 40/2005 e s.m.i.;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n.974 del 27 agosto 2001 "Consiglio sanitario

regionale: presa d'atto del regolamento e modifica delibera n. 922/00";

Visto il regolamento del Consiglio Sanitario Regionale approvato nella seduta assembleare del 12 luglio 2011;

Visto l'Ordine del giorno predisposto dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR);

Vista la richiesta di parere n. 06/2013 ad oggetto "Valutazione indicazioni d'uso emocomponenti ad uso non trasfusionale - c.c. Emocomponenti topici";

Visto il parere n. 12/2014 con il quale si costituisce un gruppo di lavoro per la valutazione approfondita della materia;

Vista la normativa statale e regionale in materia;

Vista la documentazione agli atti;

Ascoltate le precisazioni formulate dai membri dell'Ufficio di Presidenza;

All'unanimità

ESPRIME PARERE

FAVOREVOLE alle indicazioni derivate dalle Rapid Review che sintetizzano le prove emergenti dalla letteratura scientifica in relazione ai quesiti "È efficace l'uso del PRP (Platelet Rich Plasma) nel trattamento delle patologie croniche degenerative del ginocchio?" e "È efficace l'uso del PRP (Platelet Rich Plasma) nel trattamento dei traumi muscoloscheletrici negli sportivi?" che in allegato costituiscono parte integrante e sostanziale del presente parere (*gli allegati 1 e 2 sono scaricabili all'indirizzo: <http://servizi.salute.toscana.it/csr/>, n.d.r.*).

In entrambi i casi le evidenze scientifiche disponibili dimostrano scarse prove di efficacia per sostenere l'adozione del trattamento per le patologie indicate.

Si raccomanda lo svolgimento di ulteriori studi controllati di robusta qualità e metodologia adeguata e che eventuali impieghi del trattamento con PRP avvengano nel servizio pubblico solo nell'ambito dei sopraddetti studi ed in centri di riferimento rappresentativi della casistica toscana. La fornitura di PRP a privati può avvenire nei limiti della normativa vigente e della appropriatezza prescrittiva secondo il contenuto dell'allegato 3 al presente parere.

Allegato

Gli emocomponenti ad uso non trasfusionale sono ad oggi disciplinati dal D.M. 3 marzo 2005 "Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue ed emocomponenti" di cui si riporta l'art. 1 Procedure e modalità per la donazione di sangue intero o di emocomponenti comma 1. Il prelievo di sangue intero o di emocomponenti (inclusi gli emocomponenti preparati per uso topico) viene eseguito in una struttura trasfusionale da personale all'uopo specificamente formato, in ambienti idonei e con dotazioni che consentono di garantire gli eventuali interventi di urgenza.

Quindi gli emocomponenti ad uso non trasfusionale rientrano di fatto sotto il controllo, per la produzione e la distribuzione, dei Servizi Trasfusionali. A tal proposito si è anche espresso il Consiglio Superiore di Sanità con il parere della seduta del 22 marzo 2002, "...la produzione, conservazione e distribuzione della colla di fibrina, come pure di gel di piastrine, autologhe o

omologhe, derivate da sangue umano ricadano sotto la disciplina specifica regolante l'attività trasfusionale".

Pertanto la norma primaria di riferimento è la Legge n. 219 del 21 ottobre 2005, che ha sostituito la 107/1990 da cui originava il DM 3 marzo 2005 di cui sopra. Tale norma istituisce il principio della Gratuità del sangue e dei suoi prodotti: Art. 4. comma 1 Il sangue umano non è fonte di profitto. Le spese sostenute per la produzione e la distribuzione del sangue e dei suoi prodotti, comprese le cellule staminali emopoietiche, non sono addebitabili al ricevente ed escludono comunque addebiti accessori ed oneri fiscali, compresa la partecipazione alla spesa sanitaria.

Inoltre stabilisce all'art. 4 comma 2 Le attività trasfusionali di cui all'articolo 2 rientrano nei livelli essenziali di assistenza sanitaria ed i relativi costi sono a carico del Fondo sanitario nazionale.

Quindi la raccolta, la lavorazione, la validazione, la conservazione e la distribuzione anche degli emocomponenti ad uso non trasfusionale sono a carico del FSN, e come tali autorizzabili solo a fronte della rispondenza ai requisiti previsti dall'art. 1 del D.Lgs. 502/1992 e smi: comma 7 Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;

b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

Comma 8: Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



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

ANTONIO PANTI

Lavorare stanca

Si può essere stanchi, ma contenti, felici al termine della diuturna fatica, oppure si può rincasare irritati e depressi, disposti al litigio e ad annegare il nervoso in uno stupido programma televisivo (le occasioni non mancano). Però tutte le aziende sanno che un ambiente sereno aumenta la produttività e che il senso di appartenenza migliora la produzione. A maggior ragione quest'idea dovrebbe essere presente nell'organizzazione del servizio sanitario. Le cosiddette "risorse umane" del servizio, i medici in particolare, non progettano o riparano automobili ma hanno a che fare con esseri umani con lo scopo di curarli e il fine della cura si persegue meglio se il paziente si sente ben accolto. Cioè se il medico è sereno. Allora se le cosiddette "aziende" sanitarie si debbono occupare del benessere dei malati, non meno importante è il benessere dei curanti. Le due cose sono interdipendenti.

Abbiamo raccolto una serie di colloqui e di testimonianze dai professionisti e dalle direzioni sanitarie e tentiamo una classificazione, molto sintetica e perfettibile e senza una scala di priorità, delle cause del disagio o, comunque, di un diffuso malessere. In una struttura operativa complessa come la sanità, esposta ai fatali errori di un superlavoro quasi sempre in lotta con il tempo, le difficoltà organizzative sono una causa primaria di malessere. E si va dagli ambienti disadatti al mancato *turnover*, dalla scarsità di personale ai turni stressanti, dagli impicci burocratici alle carenze della logistica rispetto alle esigenze della clinica. Non si può garantire la sicurezza del paziente se non si dispone di ambienti idonei e si tenta di scaricare sul personale tutto il peso della lotta agli sprechi che ha ben altra origine.

Ancora una causa di malcontento è la gestione della comunicazione, sempre inadeguata e caotica pur in tempo di informatizzazione imperante. Ne soffre sia la relazione col paziente che il colloquio interprofessionale, sia la funzionalità stessa del servizio. L'ICT è al servizio di chi lavora, se si trasforma in un'ulteriore incombenza c'è qualcosa di sbagliato. Anche il sistema formativo, l'ECM, vive vita grama e, più che

altro, lascia spesso insoddisfatti. In un lavoro in così rapida trasformazione, sottoposto a continue tensioni innovative, e in cui il paziente non ammette *défaillances* cognitive, la formazione è strategica per i professionisti.

Ma il punto più dolente, la più acuta fonte di insoddisfazione, è la scarsa valorizzazione del lavoro compiuto. Potremmo discuterne a lungo, e molto si parla di valutazione e di merito nelle leggi e nei contratti. Ma i problemi della collaborazione costruttiva tra tutti coloro che lavorano nel servizio regionale, dell'autonomia professionale pur nel rispetto delle gerarchie, del riconoscimento, del sentirsi visibili e considerati, della tracciabilità del lavoro fatto, della percezione che sia chi dirige che i pazienti, mediante strumenti adeguati e condivisi, comprendano le difficoltà della medicina moderna, tutto ciò sembra lontano dalla sensibilità organizzativa degli amministratori.

Il problema delle "risorse umane", cioè della disaffezione strisciante che colpisce il personale medico e non medico nel servizio sanitario, non è questione secondaria. Purtroppo il quadro è aggravato dalle grandi trasformazioni della medicina e della società in questi ultimi anni. A maggior ragione il disagio dei professionisti della sanità diventa una questione politica rilevante.

Non è pensabile riuscire a mantenere una corretta assistenza in un'epoca così difficile e complicata, in un periodo di così grave e prolungata crisi economica mondiale, italiana in particolare, se non si affronta con decisione un completo ribaltamento dell'organizzazione dei servizi medici che oggi debbono, come sempre, essere indirizzati a curare e a prendersi cura dei cittadini ma, nello stesso tempo, debbono trasformarsi in organizzazioni volte al benessere di chi ci lavora. Rinnovare la sanità per tutelare il diritto alla salute significa mutare di segno della politica nei confronti di chi ci lavora dentro. Qualsiasi persona ha il diritto di lavorare in un clima di serenità, a maggior ragione lo hanno coloro cui si affida la tutela della salute delle persone. **TM**

NICOLA VIGIANI, VINCENZO AURIEMMA

Vaccinazioni obbligatorie

Città di Arezzo: analisi delle coperture vaccinali nelle coorti di nascita 1980 e 1990

Parte II

Obiettivi

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

Materiali e Metodi

I dati caratterizzanti le coorti di nascita in questione, esaminate con cadenza decennale, sono frutto di uno studio compiuto sui registri storici delle vaccinazioni conservati negli archivi dell'unità operativa di Igiene e Sanità Pubblica dell'Usl 8 di Arezzo.

Dall'analisi dei dati però, è stato possibile solo ipotizzare coperture vaccinali a 24 mesi, poiché i dati riguardanti i soggetti "vaccinabili" (denominatore di formula) sono risultati irreperibili e per procedere nel calcolo statistico si è dovuti ricorrere all'utilizzo dei dati rappresentanti i nati vivi annui, ipotizzando che essi rappresentino in modo verosimile la coorte di soggetti "vaccinabili".

Copertura vaccinale ipotetica: $\frac{\text{Soggetti vaccinati}}{\text{Nati vivi annui}} \times 100$

Popolazione

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

Le vaccinazioni raccomandate

Il grafico 1 presenta sull'asse delle ordinate il numero di soggetti vaccinati e sull'asse delle ascisse i vaccini monovalenti contro **Morbillo, Parotite, Rosolia** e **Varicella**, il vaccino trivalente **MPR** e quello quadrivalente **MPRV**.

Coorte di nascita 1980

Morbillo: I soggetti vaccinati sono 273, i nati vivi 796.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile al 34%.

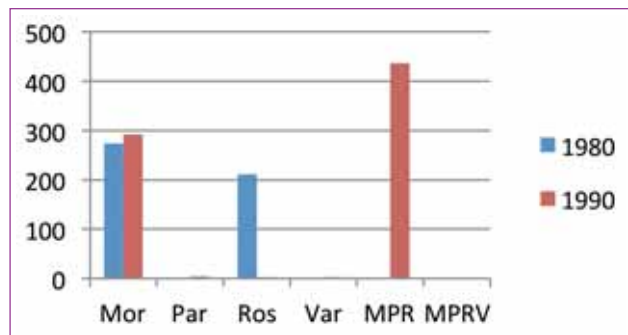
Parotite: I soggetti vaccinati sono 2, i nati vivi 796.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile allo 0%.

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

Anno Censimento	Nati vivi annui	Tasso di Natalità
1980	796	8.6
1990	727	7.9

Grafico 1



Vaccino	Introduzione in Italia
Rosolia	1972
Morbillo	1976
Parotite	1989
Varicella	2005
MPR	1990
MPRV	2010



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



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

Rosolia: I soggetti vaccinati sono 211, i nati vivi 796.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile al 27%.

Varicella, MPR, MPRV: Vaccini non disponibili.

Coorte di nascita 1990

Morbillo: I soggetti vaccinati sono 292, i nati vivi 727.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile al 40%.

Parotite: I soggetti vaccinati sono 4, i nati vivi 727.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile allo 0%.

Rosolia: I soggetti vaccinati sono 3, i nati vivi 727.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile allo 0%.

Varicella: Vaccino non disponibile.

MPR: I soggetti vaccinati sono 437, i nati vivi 727.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile al 59%.

MPRV: Vaccino non disponibile.

Il grafico 2 presenta sull'asse delle **ordinate** il numero di soggetti vaccinati e sull'asse delle **ascisse** i vaccini monovalenti contro **Meningococco sierogruppo C, Pneumococco eptavalente, Pertosse** ed **Haemophilus influenzae**.

Coorte di nascita 1980

Trattandosi per la maggior parte di vaccini introdotti solo di recente nelle strategie vaccinali del nostro paese, escludendo il vaccino monovalente contro la pertosse, i nati nel **1980** non risultano vaccinati per nessun tipo di questi vaccini in età pediatrica.

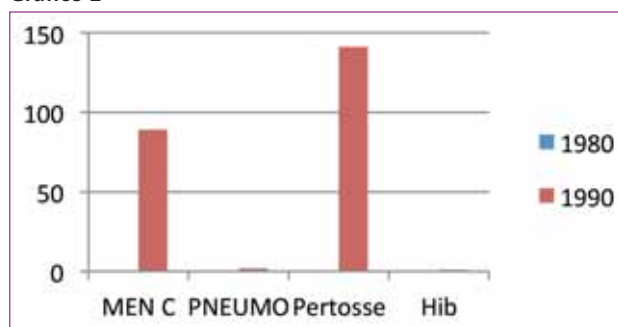
Coorte di nascita 1990

Meningococco C, Pneumococco eptavalente, Haemophilus influenzae:

I soggetti vaccinati risultano essere rispettivamente 89, 2 ed 1.

Non è possibile, però, utilizzare il dato inerente i nati vivi per il calcolo statistico o di paragone poiché non rappresentate verosimilmente la coorte di soggetti "vaccinabili". I soggetti vaccinati con queste tipologie di vaccino, infatti, risultano essere giovani-adulti.

Grafico 2



Pertosse: I soggetti vaccinati sono 141, i nati vivi 727.

Si ipotizza una copertura vaccinale approssimabile al 19%.

Risultati e Conclusioni

Le conclusioni dell'analisi si riassumono nella Tabella 2, essa evidenzia il diverso utilizzo delle tipologie di vaccino nelle coorti analizzate e dimostra come nelle stesse alcune coperture vaccinali segnino un netto incremento, è questo ad esempio il caso della vaccinazione contro il Morbillo, che soprattutto grazie all'introduzione in commercio in Italia del nuovo vaccino trivalente MPR, arriverà a livelli di copertura di assoluta efficacia (99%) nella coorte di nascita del 1990. Del netto incremento della copertura data da questo vaccino beneficeranno anche patologie come la Parotite e la Rosolia che fin allora si erano caratterizzate per livelli di copertura molto bassi e indubbiamente inefficaci.

Tra la coorte di nascita dell'80 e quella del '90 risulta incrementata anche la copertura contro la Pertosse (+19%) che anche se ancora molto bassa si discosta dallo zero percentuale.

Non si può inferire, infine, per quanto riguarda le coperture vaccinali ottenute tramite l'utilizzo del vaccino monovalente contro la Varicella, il Meningococco C, lo Pneumococco eptavalente, l'Haemophilus influenzae ed il vaccino quadrivalente MPRV poiché non disponibili e non usufruibili dalle coorti di nascita analizzate nei primi 24 mesi di vita. **TM**

L'articolo continua sul prossimo numero

Info: vincenzo.auriemma@pec.it

Tabella 2 - Coperture vaccinali

Vaccino	1980	1990
Morbillo	34%	40%
Parotite	0%	0%
Rosolia	27%	0%
Varicella	-	-
MPR	-	59%
MPRV	-	-
MEN C	-	-
PNEUMO7	-	-
Pertosse	0%	19%
Hib	-	-

Vaccino	Introduzione in Italia
MEN C	2005
PNEUMO7	2001
Pertosse	1970
Hib	1995

DIANA SALVADORI, CAROLINA BECATTINI¹

Progetto di supporto psicologico gratuito per le coppie nel percorso P.M.A.



Diana Salvadori, psicoterapeuta e coach, svolge la sua attività di libera professione dal 2003; c/o il centro Futura PMA conduce colloqui con coppie e singoli; collabora come business e life coach per lo sviluppo risorse umane, presso aziende industriali multinazionali dal 1991; la tecnica psicoanalitica classica è affiancata da tecniche sistemiche di costellazioni familiari, attività assistita da animali, attività di meditazione regressiva.

Dal gennaio 2013 presso il centro di procreazione medicalmente assistita Futura PMA viene attivato un servizio di supporto psicologico gratuito con la collaborazione della dott.ssa Diana Salvadori, psicoterapeuta, collaboratrice presso il centro dal 2002. Il servizio è offerto a tutti coloro che stanno usufruendo di una tecnica di procreazione medico-assistita, che si stanno presentando al centro per la prima volta, o che stanno concludendo o hanno già concluso il percorso.

Il servizio è nato da un'idea condivisa e sostenuta dai professionisti del centro che vede la coppia non come mero fruitore di una tecnica di procreazione assistita ma come persone con un vissuto a più tappe dove s'individua il singolo, la coppia, la ricerca di un figlio (con attese e speranze), il figlio che non arriva, le prime delusioni, il periodo del dubbio su cosa fare, i consigli del ginecologo, l'avvio della tecnica, gli esami, le prime difficoltà per la presa di coscienza dell'esistenza di un problema biologico o, quadro ancora più complesso, la mancanza di una causa, ove nessun elemento biologico spiega l'assenza di gravidanza e infine la scelta della tecnica (dalla più naturale e meno invasiva, sino alla tecnica vissuta come più invasiva, come la fecondazione in vitro).

L'iniziativa dei colloqui ha avuto la principale finalità di mettere al centro la persona in relazione alla sua esperienza di disagio, di speranza, di necessità di futuro. È stato funzionale che l'approccio sia stato globale, olistico, e abbia compreso più aspetti a partire dalla persona con le sue relazioni private e professionali, fino alla relazione nel centro con tutti i professionisti dal primo contatto in poi (segretarie, medici, biologhe e infermiere).

Il colloquio si è incentrato sull'ascolto della coppia o del singolo, sulla condivisione dei sentimenti di incertezza paura e dubbio, sulle possibilità di speranza futura. Le coppie sono state contattate anche telefonicamente dallo psicologo allo scopo di proporre il colloquio con la finalità di supporto ed orientamento psicologico in relazione al tema della ricerca di un figlio, di approfondimento dei vissuti emotivi della tec-

nica di procreazione assistita. Il servizio è stato offerto anche alle coppie extra-regione con un colloquio telefonico a distanza.

Da gennaio a luglio 2013, sono state contattate 225 coppie e tutte hanno accolto positivamente l'offerta del servizio, chiedendo di poter mantenere il riferimento telefonico nel caso ne avessero avuto necessità nel futuro. Delle coppie contattate telefonicamente, 40 (17,78%) hanno accettato l'appuntamento con lo psicoterapeuta. I colloqui sono stati svolti al 70% con la donna da sola, al 30% con la coppia, un solo colloquio individuale con l'uomo.

La fascia di età delle coppie incontrate è di 35/42 anni, con qualche eccezione di 30/35 anni, con un tempo di ricerca media di un figlio di 2 anni.

Per qualsiasi fascia d'età, si evidenzia la necessità della coppia di verificare il proprio vissuto a partire dal momento in cui si è avviata la scelta della ricerca di un figlio, passando per le prime difficoltà del non arrivo del figlio, confrontandosi con la sessualità modificata dalla prospettiva della fertilità, con tempi e modalità del vissuto di coppia da riassetare nel momento dell'avvio e del percorso della tecnica di PMA.

Le principali tematiche emerse sono state la necessità individuale di ascolto, di raccontare la propria storia, di trovare, nella mancanza di una gravidanza, un senso al proprio futuro di donna/uomo e coppia senza una gravidanza e senza un figlio; è stato fondamentale confrontarsi sul vissuto di lutto della capacità di procreare, il vissuto di un corpo che tradisce nella sua più naturale capacità riproduttiva, una sessualità focalizzata sui tempi riproduttivi che riduce il valore dell'incontro per la stretta programmazione sui tempi ovulatori togliendo spontaneità, una rete sociale che ha aspettative sul tema (futuri nonni, sorelle, fratelli), una rete sociale di amici che cambia radicalmente dal momento che le altre coppie hanno figli, con la necessità conseguente, per la coppia senza figli, di trovare nuovi progetti ed iniziative in cui la coppia possa ritrovarsi-riconoscersi senza la presenza di un figlio, sino a vedere tutti i possibili vantaggi della libertà che deriva dal non avere figli.

¹ Medico ginecologo, Centro di Procreazione Medicalmente Assistita Futura (P.M.A.), Firenze

Le tematiche hanno avuto accenti diversi in base alla fascia di età ed al genere:

- maggiore attesa e speranza per coppie più giovani, dai 25 ai 40 anni circa, con un grosso investimento emotivo sulla tecnica e la ricerca di una possibilità parallela di adozione assieme all'elaborazione di un giovane corpo che non è stato all'altezza del "compito" di procreare; il colloquio si pone come obiettivo quello di rinforzare l'identità corporea da "vissuto difettato" a "vissuto sufficientemente accettabile", dare possibilità di prospettiva futura e di rendere la coppia meno centrata su una sessualità a fini riproduttivi;

- minori attese e speranze per le coppie con maggior età, dai 38/40 anni in poi, maggiore difficoltà di accettare un "capolinea" che non lascia molte possibilità future; il colloquio si pone come obiettivo di rinforzare il valore della coppia che riesce a superare una "prova" così importante, dal sentirsi la coppia di serie B senza figli al sentirsi una coppia "in una nuova luna di miele", con una migliore sessualità fuori dal regime della fertilità, con nuovi progetti personali ed in comune (professione, nuove attività, nuovi hobbies ecc.);

- per le donne, la sofferenza si lega ad un corpo che non ha permesso le trasformazioni attese, alla perdita di quell'esperienza di attaccamento fra un piccolo e la madre, al non poter dare un figlio all'uomo che era stato scelto per fare una famiglia;

- per l'uomo, la sofferenza si lega di più al profondo dolore che vive la donna al loro fianco che ad ogni ciclo rivive il senso del fallimento; ad una sessualità finalizzata alla fertilità, che non permette più naturalezza, che costringe l'uomo in una posizione di servizio alla donna; ad una perdita di identità paterna sperata ma non raggiunta che riporta l'uomo ad una posizione di solitudine ove l'unica ancora resta la

coppia da riscoprire e riprogettare.

Il comune denominatore resta per tutte le coppie la capacità di trasformare un ostacolo in un'opportunità, di modificare-migliorare la propria vita solo se viene accolto ed accettato un "destino" nel quale non si ha il "potere" di intervenire ma solo di proseguire con le risorse che si hanno (coppia, relazioni, lavoro ecc.). La tecnica di procreazione è parte del percorso di confronto e crescita della coppia, accogliendo ed accettando qualunque risultato a cui la tecnica porterà. Il colloquio si è quasi sempre concluso permettendo alla coppia di vivere la sensazione che, qualunque sarebbe stato il risultato, avrebbero avuto la possibilità di sentirsi comunque bene al termine del processo di procreazione assistita, facendosi forza delle riflessioni fatte su tutti i possibili scenari condivisi nel colloquio; si è creata per le coppie e per i singoli una sorta di rete di sicurezza ed un trampolino verso un nuovo scenario colorato non di "assenza e mancanza" ma anche di "nuove possibilità e serenità". Alcune domande hanno aiutato nel rendere tutto il processo il più leggero e chiaro possibile: cosa siete disponibili a fare per realizzare il vostro desiderio di un figlio? Avete deciso quali tempi vorrete dedicare al processo e quale potrebbe essere l'ultimo tentativo al quale vorrete accedere? Se un figlio non arriva, quali progetti potreste fare per la vostra vita da ora a 5 anni? Domande volte a definire i confini/tempi della speranza, del dolore, del lutto e delle nuove possibilità. Infine, in riferimento agli esiti delle coppie che hanno eseguito i colloqui (di persona e telefonici), possiamo evidenziare esiti positivi di gravidanze come segue: su 225 consultazioni telefoniche, 9 gravidanze, su 40 colloqui 6 gravidanze. **TM**

Info: info@pet-coach.com



EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

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

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

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

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789
www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it

FRANCESCO ADDEVICO, VALENTINA CERVI¹, GIANLUCA CIAPINI², LUCA BONINI²,
PAOLO PARCHI³, STEFANO MARCHETTI⁴, MICHELE LISANTI⁵

Percorsi interuniversitari di Ortopedia e Traumatologia: l'esperienza toscana

Una valida Occasione di crescita per gli specializzandi delle quattro Cliniche Universitarie Toscane



Francesco Addevico, Laurea in Medicina e Chirurgia nel 2012 presso l'Ateneo di Pisa con tesi sperimentale in ambito ortopedico. Segue corsi di tecnica infiltrativa ed ecografica. Certificato BLS-D. Dopo la Laurea si dedica allo studio e alla pratica clinica presso la I Clinica Ortopedica di Pisa diretta da Prof. M. Lisanti.

Si è conclusa la rassegna di incontri interuniversitari che ha visto coinvolte le tre università toscane: l'Ateneo di Firenze, l'Ateneo di Pisa e l'Ateneo di Siena.

Grazie all'intuito e alla cura dei Prof. G. Guido, M. Innocenti, P. Ferrata e M. Lisanti si è svolta una serie di 6 incontri Interuniversitari durante i quali sono state trattate varie tematiche in ambito ortopedico e traumatologico.

La Toscana ha accolto un evento unico nel suo genere; le "riunioni scientifiche" sono state tenute da specializzandi di ortopedia e traumatologia di tutte e tre le sedi. Alle stesse hanno partecipato in qualità di audience sia medici in formazione che specialisti affermati che hanno messo a disposizione la propria esperienza.

L'occasione, colta inizialmente dai giovani chirurghi come un'altra serie di congressi a cui assistere passivamente, si è poi dimostrata un'opportunità per relazionarsi con i colleghi, esporre i propri dubbi e intervenire senza remora di essere inopportuni. Non meno importante è stata la possibilità di prendere confidenza con il ruolo di relatori che presto potranno/dovranno rivestire in sedi congressuali nazionali ed internazionali.

Gli incontri sono infatti stati organizzati in modo tale da dare analogia importanza alla esposizione delle relazioni ed al dibattito. Un chirurgo Senior ha partecipato sempre in qualità di moderatore, con la finalità di indirizzare e ottimizzare il dibattito, senza mai assumere una vera qualifica ex cathedra. La cortese presenza di ospiti come i dott. Nicola Ivaldi di Acqui Terme, Cristian Carulli di Firenze, Mattia Fortina di Siena, e Paolo Parchi di Pisa ha permesso ai giovani medici di interrogare chirurghi più esperti, ma è stata la partecipazione collettiva il vero protagonista delle sessioni.

La descrizione dei principi base dell'ortopedia ha ben presto lasciato spazio a un approfondimento sempre maggiore nel tentativo di soddisfare la curiosità crescente degli specializzandi. Di fronte all'interesse di un pubblico non vincolato dal protocollo dell'etichetta, quelle che sarebbero dovute essere lezioni per studenti della materia si sono trasformate in approfondimenti scientifici specialistici fino a raggiungere lo stato dell'arte.

L'intero evento è stato patrocinato dalla DePuy Synthes Institute che ha fornito durante ogni incontro materiale didattico, oltre a gestire l'aspetto logistico.

La rassegna è stata divisa in diverse aree tematiche. I primi tre incontri hanno trattato le patologie della spalla. Ogni scuola ha esposto la propria esperienza riguardo a tecniche di *imaging*, patologia della cuffia dei rotatori, artroscopia, osteosintesi e protesica di spalla. Sono stati così illustrati diversi modi di approccio allo stesso problema; sono emerse differenti filosofie di pensiero che hanno indotto gli spettatori a criticare le proprie certezze.

L'incontro successivo, tenutosi a Firenze in ottobre, ha trattato le patologie del ginocchio. Ancora una volta la discussione è spaziata dalla fisiopatologia fino ai protocolli riabilitativi post-intervento chirurgico. Il maggior interesse è stato spontaneamente rivolto alla protesica. Di assoluto valore didattico è stato il dibattito nato fra il Prof. M. Lisanti e il Prof. M. Innocenti riguardo alle protesi monocompartimentali contro le protesi totali.

Nel mese di novembre la riunione scientifica si è spostata a Siena. Argomento: "Anca: trattamento chirurgico e riabilitativo". Grazie anche alla partnership della DePuy Synthes Institut che ha messo a disposizione diversi modelli protesici e i pannelli per il planing preoperatorio, gli

¹ Medico tirocinante presso la clinica Ortopedica e traumatologica di Pisa

² Medico specializzando presso la clinica Ortopedica e traumatologica di Pisa

³ Ricercatore, Pisa

⁴ Professore Associato presso la clinica Ortopedica e traumatologica di Pisa

⁵ Direttore della clinica Ortopedica e traumatologica di Pisa

specializzandi sono stati chiamati ad ipotizzare la scelta del miglior impianto protesico di fronte ai casi clinici proposti. Ha poi suscitato molto interesse la lezione tenuta dal dr. S. Carta di Siena sulla via di accesso anteriore modificata per l'impianto di protesi totale d'anca. La dr.ssa S. Capannoli ha successivamente mostrato programmi riabilitativi diversi con relativa casistica per pazienti operati di Protesi Totale d'anca.

La chiusura dei lavori è spettata all'Università di Pisa. Siamo in dicembre. La traumatologia è l'argomento del giorno. *Damage control*, lesione d'arma da fuoco, lesioni di bacino e le principali tecniche chirurgiche traumatologiche vengono descritte dagli specializzandi delle due cliniche di Pisa. I moderatori P.A.S. Marchetti e il dr. C. Carulli hanno il loro bel da fare per placare gli specializzandi che trattando un argomento forse a loro più familiare fanno continuamente nascere discussioni in merito.

La serie di congressi dell'anno 2013 è terminata. Trascorsa non più di una settimana, la DePuy Synthes Institute invia ai docenti delle quattro cliniche ortopediche l'indice di gradimento dell'evento.

Il valore complessivo della valutazione dei corsi è stato di livello eccellente. I contenuti delle sessioni sono stati considerati un valore

aggiunto rispetto al programma formativo istituzionale universitario. Il contesto ha consentito ai discenti di sollevare quesiti liberamente senza timore di essere giudicati. I commenti positivi sono stati riguardo alle lezioni semplici e chiare con concetti diretti, l'interattività delle lezioni e la possibilità di aver potuto interagire con colleghi del settore riguardo gli argomenti discussi.

Questa rassegna di incontri nata con finalità didattica per medici in formazione ha aperto nuove strade vedendo la nascita di una collaborazione tra scuole di pensiero spesso distanti fra loro. **TM**

Info: francescoaddevico@alice.it

"L'esito di questi incontri scientifici si è rivelato assolutamente positivo per varie ragioni tra le quali sottolineo l'aspetto didattico dei temi svolti ad integrazione dei corsi di formazione degli specializzandi, lo scambio di esperienze ed impostazioni preferite dalle singole Scuole e, non ultima, la conoscenza e la stima interpersonale che è potuta maturare fra i giovani partecipanti, futuri responsabili della disciplina ortopedico-traumatologica. Un sentito grazie alla DePuy".

Prof. Paolo Ferrata

RICORDO

Ricordo di Stefano



Il Dott. Stefano Miniati è prematuramente scomparso il 31 agosto 2014, colpito da una inaspettata neoplasia devastante che si è manifestata con i primi sintomi alla fine di luglio. Ha lasciato un grande vuoto tra chi lo conosceva, tra i suoi colleghi, tra i suoi pazienti, tra gli amici, ma anche tanta serenità per la ferma testimonianza della propria fede religiosa, coerente sia nelle grandi che nelle piccole cose. Medico di "famiglia" ma non "di base", immunologo, animatore e organizzatore dei corsi di aggiornamento per i medici di medicina generale, sempre attento ad ogni singolo paziente, alla sofferenza sia fisica che psichica, schierato senza compromessi in difesa della vita, coadiuvato da una profonda preparazione scientifica e da una solida visione etica della professione. Nella sua vita extralavorativa ha saputo coniugare l'amore premuroso verso la propria famiglia con l'impegnativa responsabilità della direzione dell'Ordine Francese Secolare della Toscana e la passione musicale nella direzione del Coro di San Salvi, vivendo, come scelta, l'umiltà, la semplicità e l'essenzialità. La maggior testimonianza di sé l'ha data in questo mese di agosto: pur profondamente consapevole di ciò che l'attendeva ha mantenuto la sua serenità, ha preparato e confortato i familiari e gli amici, organizzando, anche se i tempi sono stati brevi, l'abbandono del proprio lavoro e dei suoi cari; ha accettato, in stile francescano, l'abbraccio di "sorella morte" continuando ad essere attento agli altri, donando sempre il suo sorriso, quando la sofferenza glielo consentiva. Lo ha salutato un bagno di folla: la chiesa di San Salvi e la piazza antistante erano gremite, in tutti un ricordo per sempre ed una grande speranza: "e la Luce brilla nelle tenebre".

FRANCO AMMANNATI, GUIDO PECCHIOLI¹

La Neurochirurgia ospedaliera fiorentina

(S.O.D. Neurochirurgia 1, AOUC)

“Nel maggio 1961 il Dr. Sergio Briani veniva chiamato a Firenze presso la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell’Università diretta dal Prof. Osvaldo Maleci, della quale veniva nominato Assistente straordinario dal 1960-61 al 1967-68. Presso la Clinica egli rivestiva la qualifica di Chirurgo operatore responsabile del Servizio di Neurochirurgia.

In data 1 giugno 1968, in seguito a pubblico concorso da lui vinto, il Dr. Briani veniva nominato Primario neurochirurgo di ruolo dell’Arcispedale di Santa Maria Nuova di Firenze” (da: “S. Briani - Curriculum Vitae”).

Nel 1966, per impulso del Presidente dell’Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti Ugo Bertocchini, il reparto di Neurochirurgia fu trasferito nel cuore di Careggi, al piano terra del Padiglione della Chirurgia Generale, vicino al Pronto Soccorso e alla Radiologia, nella collocazione logistica allora più favorevole.

Così nacque la Divisione Ospedaliera di Neurochirurgia di Careggi.

A prescindere dalle sparse osservazioni anatomo-patologiche (tra le altre “Descrizione della sede e dei guasti prodotti da un sarcoma midollare sviluppatosi entro al cranio in un tal uomo pratese” di Ferdinando Zannetti, 1828) e dai rari interventi cranici, per lo più per patologia traumatica – fratture avvallate e svuotamento di ematomi – effettuati presso reparti di Chirurgia Generale (Dr. Noto, Prof. T. Greco, fra le cui 250 pubblicazioni spicca quella sui “Traumi Cranici”,

argomento di relazione al Congresso Nazionale di Chirurgia del 1955), o la prima mastoidectomia eseguita in Italia, all’Ospedale di Santa Maria Nuova dal Prof. Torrini nel 1937, la storia della Neurochirurgia a Firenze comincia con il Prof. Sergio Briani.

Dotato di una non comune abilità tecnica, egli decise di abbracciare la branca chirurgica della medicina; dapprima frequentò la Clinica Chirurgica del Prof. Fedeli, quindi pensò di dedicarsi all’ortopedia e ne conseguì la specializzazione. Ma quando si trattò di procedere ulteriormente nella carriera, ritenne opportuno dedicarsi a una branca chirurgica che in quei tempi in Italia muoveva i suoi primi passi: la Neurochirurgia.

Poche erano le scuole che si occupavano di tale argomento: quella di Frugoni a Padova e quella di Fasiani a Milano. Sergio scelse Padova e in tale città trascorse molti anni, vivendo esclusivamente in ospedale, alternando la sala operatoria alla biblioteca dell’Istituto e alla modesta cameretta, che la stima del suo Direttore gli aveva messo a disposizione e dove scrisse i lavori scientifici che gli permisero di conseguire, fra i primi in Italia, la libera docenza in Neurochirurgia.



Franco Ammannati, Spec. in Neurologia, Neurochirurgia, Endocrinologia, Radiologia/Radioterapia Oncol. Idoneità a Primario di Neurochirurgia. Direttore presso la S.O.D. Neurochirurgia 1 AOU Careggi Fl. Prof. a contratto presso le Scuole di Spec. in Neurofisiopat. e Neurol. Univ. Fl, docente di Neurochirurgia presso il Corso di Laurea in Infermieristica Univ. di Fl.



Figura 1
Sergio Briani.



Figura 2
Pasquale Mennonna.

¹ Specializzando neurochirurgia - Neurochirurgia 1, Careggi, Firenze .

Furono anni di severi studi e di intensa formazione professionale, che gli consentirono ben presto di assumere responsabilità in prima persona. Alla fine degli anni '50 egli decise di ritornare a Firenze e da quel momento i fiorentini non furono più costretti, per risolvere i loro problemi neurochirurgici, a recarsi a Stoccolma da Olivecrona o a Zurigo da Krayenbuhl, padri fondatori della nuova scienza...

Nel 1960 Sergio cominciò a svolgere la sua attività presso Villa Fabbri, dentro l'Ospedale di San Salvi, dove era allora situata la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali, in condizioni ambientali da pioniere, con un'unica, angusta sala operatoria e pochi letti di degenza.

Gli inizi furono duri, però, poco dopo il suo arrivo a Firenze, un caso clamoroso lo impose all'attenzione della critica classe medica fiorentina: il caso Montuori. Il noto giocatore della Fiorentina aveva riportato un trauma cranico durante una partita, con conseguente deficit del visus e emiparesi, era inoltre presente, in una zona difficilmente aggredibile del cervello, una dilatazione arteriosa che faceva temere una rottura e quindi la morte improvvisa. Sergio lo operò: il decorso post-operatorio fu drammatico, per tre giorni si temette il peggio, però Montuori guarì, riprese la vista, il deficit motorio regredì completamente e si risolse la spada di Damocle della morte improvvisa da rottura aneurismatica. Era il 1963. Avvenne allora l'affermazione professionale più completa. Da tutta Italia convenivano a Firenze per farsi operare da lui persone di ogni ceto sociale" (da: *Alberto Zurli "Ricordo di Sergio Briani", 1981*).

Come Primario neurochirurgo dell'Arcispedale di S. Maria Nuova, Colui che, per i suoi allievi, rimane "il 'Professore', dette immediatamente prova, oltre che di grande preparazione, di straordinarie capacità organizzative, riuscendo a creare uno dei centri neurochirurgici più qualificati, in grado di affrontare a elevato livello di efficienza tutti i campi della specialità.

La sua tenace aderenza ai tempi lo portò al continuo aggiornamento delle tecniche, in particolare negli ultimi anni della sua vita si era dedicato con risultati eccellenti alla microchirurgia vascolare. Egli dette anche un impulso notevole allo sviluppo della Neuroradiologia e della Medicina Nucleare e alla diffusione delle tecniche neurochirurgiche, prodigandosi in una continua, concreta attività didattica sia nell'ambito della sua scuola, molto apprezzata, sia in numerosi congressi cui partecipava assumendo sempre il ruolo di infaticabile animatore".

L'attività chirurgica crebbe fortemente negli anni '70, dopo che, nel 1972, il reparto fu trasferito nel Padiglione Neurologico, in una struttura nuovissima, capace di accogliere 60 pazienti, dotata di 2 letti operatori e di una completa strumentazione microchirurgica.

Al 1975 risale l'introduzione in uso clinico quotidiano del microscopio operatorio. In quell'anno, dopo un viaggio di studio negli USA, il Professore rese routinario l'intervento di by pass extra-intracranico fra arteria temporale superficiale e cerebrale media e quello di microdecompressione neuro-vascolare in fossa cranica posteriore sec. P. Jannetta, per il trattamento



Figura 3 - La "Scuola Padovana" (ca. 1967): il Prof. Piero Frugoni insieme ai suoi allievi (Prof. Sergio Briani in prima fila, il terzo da destra).



Figura 4 - Villa Fabbri a San Salvi: gli inizi pionieristici.

della nevralgia trigeminale e dell'emispasmo facciale.

A quel periodo, fecondo di sviluppi tecnici e clinici, risalgono la partecipazione allo Studio multicentrico internazionale sul by pass STA-MCA nell'ischemia cerebrale, coordinato dal Prof. Barnett (London-Ontario) e l'organizzazione del Congresso Nazionale S.N.O del 1977; entrarono inoltre nella routine diagnostica, rivoluzionandola, prima la Tomografia Computerizzata (1976) quindi la Risonanza Magnetica (1980) e caddero in disuso metodiche invasive (ventricolografia, pneumoencefalografia) in precedenza parte integrante del lavoro del neurochirurgo.

Fu un momento di crescita che ebbe un tragico arresto nel 1980 quando il Professore fu colpito da una neoplasia incurabile e a rapidissima evoluzione.

Egli scelse di vivere la sua malattia nel suo reparto, con i suoi collaboratori e morì nello studio ove il letto di ospedale aveva sostituito la scrivania.

"Tutti potemmo constatare la sua serenità di spirito di fronte alla sventura che lo aveva colpito, la sua fermezza d'animo nel sopportare gli atroci dolori della malattia, le preoccupazioni rivolte non alla sua persona, ma solo alla numerosa famiglia che lasciava..."

Sergio ci è stato di esempio per come si affronta il passo estremo della vita e spesso insegnare a morire vale quanto insegnare a vivere" (da: *Alberto Zurli, ibid.*).

Era il 4 ottobre 1980.

L'aiuto anziano del reparto, Prof. A. Casotto, era in precedenza diventato primario neurochi-

urgo a Perugia e il Dr. R. Paradiso l'aveva seguito.

L'aiuto più giovane, Dr. Pasquale Mennonna divenne Primario e rese la Divisione in un momento molto difficile, che fu superato grazie all'impegno di tutta l'équipe: Dr. M. Sottini, Dr. G. Cagnoni (Direttore, dal 1994, della neonata Neurochirurgia Pediatrica dell'Osp. "A. Meyer", prematuramente scomparso nel 2003), Dr. R. Gagliardi (poi Direttore della Neurochirurgia di Livorno), Dr. D. Sità (poi Direttore della Neurologia di Pistoia), Dr.ssa L. Benvenuti (la "memoria" del reparto, che ringrazio per l'aiuto a stendere queste note), Dr. F. Giardina, Dr. G.C. Guizzardi (che ha sviluppato largamente il settore della Chirurgia Spinale e svolto un'incessante opera di diffusione, a livello internazionale, delle tecniche specifiche, sovente originali), Dr. D. Serino, Dr. F. Ammannati, Dr. F. Mariotti (che ha dato impulso alla Neurotraumatologia), Dr. R. Morichi, Dr. L. Bordi, Dr. P.S. Bono, Dr. A. Caprio (poi Direttore f.f. a Livorno); Dr. E. Benfenati (responsabile della Neurofisiologia, deceduto nel 1981), Prof. A. Nori (recentemente scomparso; Primario della Neuroradiologia), Dr. S. Onesti (l'anestesista "storico" della Divisione), affiancato dai Dr. A. Pescitelli, E. Volpe, R. Zangara e dalla Dr.ssa P. Innocenti (poi responsabile della nuova Terapia Intensiva Neurochirurgica-TINCH).

Durante il Primariato, lungo e intenso di attività (1980-2008), del Dr. Mennonna furono sviluppati vecchi e nuovi settori chirurgici (chirurgia trans-sfenoidale, chirurgia stereotassica e funzionale, trattamento delle sindromi algiche, della spasticità e dell'epilessia, terapia delle malattie extrapiramidali con Stimolazione Cerebrale Profonda, Neurochirurgia endoscopica) e, dal

1995, fu favorito lo sviluppo e l'affermazione, della Neuroradiologia Intervenzionale per il trattamento endovascolare della patologia malformativa vasale encefalo-midollare e di alcune cerebrovasculopatie ischemiche.

L'attività scientifica del reparto fu portata avanti con la presenza attiva a molti congressi, la produzione di pubblicazioni, la partecipazione allo studio multicentrico internazionale sul trattamento del vasospasmo post-emorragico coordinato dal Prof. N. Kassell (Charlottesville, USA) e l'organizzazione dei Congressi Nazionali SINCh del 1981 e 2011.

L'intuito clinico, la preveggenza e l'impegno costante a vari livelli del Dr. Mennonna portarono, più di recente, a favorire l'acquisizione da parte dell'AOU Careggi, di una apparecchiatura Gamma Knife per Radiochirurgia, affidata, per la parte neurochirurgica, alla competenza dei Dr. L. Bordi, P.S. Bono e G. Pecchioli.

In data 22/11/1981, quasi richiamo al precedente di Miguel Montuori, un altro campione di football, Giancarlo Antognoni, fu operato dal Dr. Mennonna a seguito di un trauma cranico riportato durante una partita: fu un successo e Giancarlo poté tornare a vestire la maglia viola e quella azzurra.

L'attività della Divisione, negli anni '80-'90, crebbe costantemente, tanto che il comparto operatorio risultò insufficiente e si rese necessaria una ristrutturazione (1998-2000: un periodo di sacrificio in cui la Neurochirurgia ebbe sede provvisoria presso il padiglione del Pronto Soccorso): furono quindi inaugurate 2 sale operatorie nuove, ammodernato il reparto di degenza e creata una Terapia sub-intensiva.

Dopo un decennio anche la nuova sistemazione logistica, per l'accresciuta e diversificata

attività chirurgica, divenne insufficiente e, nel maggio 2013, il reparto – ora S.O.D. Neurochirurgia 1 – fu trasferito presso la più ampia e bella sede del CTO, dotata di un grande e funzionale comparto operatorio.

Nel frattempo si sono aggiunte nuove leve (Dr. A. Vagaggini, Dr. L. Paoli, Dr. B. Noubari, Dr. S. Romoli, Dr. G. Pansini) che hanno rinnovato la linfa di quella che, nei decenni, è sempre stata nella sostanza una Scuola di Neurochirurgia.

Dal 2008, nel rispetto dei valori che sempre hanno caratterizzato il reparto e nella memoria di coloro che lo hanno guidato in passato, ricopre il ruolo di Direttore chi ha tracciato, sui ricordi di una vita, la storia di una struttura sanitaria molto importante per Firenze e la Toscana.

La Neurochirurgia, una volta ancella della Neurologia, costituisce oggi un vasto settore in cui si sono caratterizzate numerose sub-specialità, che nella S.O.D. Neurochirurgia 1 vengono costantemente sviluppate:

- *Chirurgia vascolare*: nel nostro Centro vengono trattate le malformazioni vascolari encefaliche e spinali, di tipo aneurismatico e angiomatico con tecnica microchirurgica e, da 20 anni, grazie all'impegno dei colleghi Neuroradiologi Intervenzionali con cui collaboriamo in équipe multidisciplinare, anche per via endovascolare: questo particolare settore ha avuto, a Firenze, un cospicuo impulso, con risultati estremamente gratificanti, che pongono il team neuroradiologico interventzionale dell'A.O.U. Careggi, guidato dal Dr. S. Mangiafico, ai vertici in Italia in questo modernissimo campo di trattamento per patologie acute e gravi, che colpiscono spesso persone giovani.



Figura 5 - Padiglione Neurologico: la nostra "Casa" per 30 anni.



Figura 6 - CTO: la sede attuale.

- **Chirurgia oncologica:** la cura dei tumori encefalici e vertebro-midollari costituisce una larga parte della *routine* neurochirurgica e si avvale di terapie adiuvanti (radioterapia esterna convenzionale, curieterapia, chemioterapia "up to date") e di collaborazioni specialistiche (radioterapisti, oncologi medici, otorinolaringoiatri, oculisti, chirurghi maxillo-facciali, endocrinologi, chirurghi generali, ortopedici, medici nucleari, neurofisiopatologi), anche nell'ambito del C.O.R.D. (Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale) dell'A.O.U. Careggi, del quale la nostra Unità Operativa è parte integrante.

Un settore che costituisce la "punta di diamante" in questo campo è rappresentato dalla Radiochirurgia con Gamma Knife, introdotta nella pratica clinica a Firenze da 2 anni, in cui la nostra S.O.D. svolge un ruolo clinico e operativo essenziale.

- **Chirurgia spinale:** trova applicazione in tutti i suoi molteplici aspetti (neoplasie vertebro-midollari, traumatologia spinale, patologia degenerativa del rachide: discopatie, mielo-radicolopatie su base spondiloartrosica, spondilolistesi) con metodiche d'avanguardia; il nostro gruppo è inoltre intensamente impegnato nello sviluppo di nuove tecniche applicative di cura (sostituzione di corpi vertebrali, tecniche ricostruttive, stimolazione spinale a scopo antalgico e nella angina pectoris) e si avvale della collaborazione con la Neurofisiopatologia e l'Ortopedia.

- **Chirurgia del Sistema Nervoso Periferico** (neurofibromi, trasposizione dell'ulnare, tunnel carpale, neurolisi).

- **Traumatologia:** in uno spirito di osmosi con il DEA di Careggi (Dr. S. Grifoni) e del CTO, i reparti di Terapia Intensiva e quelli Chirurgici di urgenza, nell'ambito del D.E.U. (Dipartimento di Emergenza-Urgenza), siamo, come sempre, costantemente pronti a far fronte alle pressanti richieste che questa patologia impone.

- **Chirurgia Stereotassica e Funzionale:** l'applicazione routinaria, da 30 anni a questa parte, della stereotassi consente di eseguire interventi bioptici e trattamenti curieterapici su neoplasie encefaliche non altrimenti operabili, svuotamento di ascessi e di ematomi intraparenchimali profondi.

Da circa 20 anni si è avuta, anche a Firenze, fra i primi in Italia, la rinascita della chirurgia del sistema extrapiramidale (per malattia di Parkinson, tremore essenziale, distonie) con stimolazione cerebrale profonda (D.B.S. Deep Brain Stimulation), in stretta collaborazione con la Clinica Neurologica dell'Università degli Studi (Prof. S. Sorbi, Dr.ssa S. Ramat, Dr. M. Paganini, Prof. L. Massacesi).

Nella normale prassi rientrano gli interventi per sindromi algiche (nevralgia trigeminale e glossofaringea, impianti di pompe per infusione di oppioidi), per il trattamento della spasticità (impianto di pompe per infusione di Baclofen) e dell'epilessia farmaco-resistente con stimolazione del nervo vago (V.N.S.)

- **Chirurgia della base cranica:** con l'ausilio di Collegli di altre specialità (otorinolaringoiatri, oculisti, endocrinologi, chirurghi maxillo-facciali) vengono affrontate lesioni, neoplastiche e

non, che interessano questa impegnativa regione (chirurgia della sovrastruttura del massiccio facciale; neoplasie etmoidali e orbitarie, con approcci combinati NCH-ORL-oculistici; tumori ipofisari, per via trans-naso-sfenoidale; dell'angolo ponto-cerebellare, del clivus, del passaggio cranio-spinale).

Per l'incremento dell'attività routinaria (che, su una casistica globale di circa 70.000 ricoveri e 40.000 interventi, attualmente comporta una mole di lavoro di quasi 2300 ricoveri e 1700 interventi / anno) e per lo sviluppo di ulteriori settori applicativi (chirurgia dei vasi arteriosi del collo, by-pass intracranici, chirurgia del sistema nervoso periferico, approcci otoneurochirurgici, chirurgia dell'epilessia, chirurgia transorale) saranno di forte stimolo vari fattori:

1) il bellissimo comparto operatorio, che comprende 4 sale (di cui 2-3 in uso attualmente), dotate di moderne apparecchiature: 3 microscopi operatori; una completa strumentazione microchirurgica; l'aspiratore a ultrasuoni, che frammenta le neoplasie solide; il neuronavigatore, che consente di raggiungere qualsiasi parte dell'encefalo, con controllo intraoperatorio in real time sulla base delle indagini neuroradiologiche; 2 caschi stereotassici, che permettono di approcciare, con precisione millimetrica, i target intracranici; il neuroendoscopio che, attraverso un semplice foro di trapano, consente di visualizzare strutture nervose e vascolari e di eseguire interventi "mini-invasivi"; la TC mobile intraoperatoria (IOCT); la scopia radiologica; la videoangiografia operatoria a fluorescenza con IndoCyanine Green (ICG); la visualizzazione di tessuto neoplastico mediante marcatura con 5-ALA; il micro Doppler che verifica il flusso nei vasi encefalici; l'ecografia intraoperatoria, con Eco-Color Doppler, che localizza molte lesioni encefaliche; il sistema di monitoraggio intraoperatorio dei nervi cranici; i sistemi di registrazione (Monitoring) e stimolazione (Mapping) corticale e sottocorticale; l'attrezzatura per micro- e semimicroregistrazione (MER) e stimolazione di strutture encefaliche profonde e spinali; la possibilità di eseguire interventi cranici in "awake surgery", a paziente sveglio e collaborante.

2) la disponibilità di letti di terapia intensiva neurochirurgica e di terapia sub-intensiva, con adeguato monitoraggio, con la fondamentale e competente collaborazione dei Colleghe della Neuroanestesia (Dr. A. Chierigato, Dr. A. Amadori, Dr. G. Morozzi, Dr. L. Bucciardini e tutti gli altri).

3) una più confortevole sistemazione logistica dei letti di degenza ordinaria.

4) la possibilità di collegamento telematico con altri ospedali dell'Area Vasta Centro della Regione Toscana (S. Maria Nuova, SS. Annunziata, Nuovo S. Giovanni di Dio-Torregalli, Prato, Pistoia, Empoli, Borgo S. Lorenzo, Pescia, Figline V.no) per consulenze e trasferimenti, sia per patologia di urgenza che di elezione (circa 3000 consulenze telematiche/anno).

5) la stretta collaborazione con la Neuro-radiologia (Dr. G.P. Giordano), una delle più moderne e funzionali d'Italia, dotata di una nuova Risonanza Magnetica da 1,5 Tesla e di TC spirale, che consentono studi di Risonanza Magnetica morfologica, funzionale (fMR), RM di diffusione/perfusione, Spettroscopia (MRS), trattografia (DTI), angiografia RM (MRA) e angio TC (CTA).

6) L'indispensabile, prezioso aiuto della Radiologia CTO (Dr. P. Innocenti, Dr. I. Menchi).

7) la presenza di una PET, a fianco della SPECT, presso la Medicina Nucleare (Prof. A. Pupi).

8) la possibilità di disporre, anche nell'A.O.U. Careggi, di un'apparecchiatura Gamma Knife Perfexion, dedicata per radiochirurgia, così da mettersi in pari, in questo settore, con i maggiori centri nazionali e internazionali, nel trattamento di specifiche patologie neoplastiche, malformative vasali e funzionali.

9) in ultimo, per evidenziarne l'importanza, la sicurezza di poter contare sulla professionalità e affidabilità di un personale infermieristico unico, a mio avviso, per motivazione al lavoro e dedizione ai pazienti, e qui, nei ricordi di 40 anni, scorrono i nomi e i volti di persone amiche che con il loro impegno quotidiano hanno caratterizzato l'assistenza del reparto nella memoria dei malati (Maria Rosa Trevi, Ivo Mattanini, Paolo Naldoni e "la" Marzia Rontini, solo per citarne alcuni, ma senza far torto a tanti altri).

Con profondo senso di gratitudine intendo ringraziare quanti, e sono molti, a questa S.O.D. hanno offerto aiuto, in termini amministrativi, tecnici e di dedizione personale: il mio ringraziamento va quindi ai Responsabili dell'A.O.U. Careggi che in essa hanno creduto sempre e sempre su di essa hanno fatto affidamento, al personale infermieristico e medico, di reparto e di sala operatoria che, con grande sacrificio, ha contribuito a una costruzione comune e allo sviluppo di una Struttura degna di Firenze.

TM

Info: ammannatifranco@virgilio.it

MARCO MASONI, MARIA RENZA GUELF, GIAN FRANCO GENSINI

L'editoria elettronica e il movimento Open Access

In questo contributo verranno affrontati i temi legati all'impatto delle Information and Communication Technology (ICT) sull'editoria tradizionale e verrà illustrato il movimento Open Access, che sostiene l'accesso libero ai risultati della ricerca scientifica.

Prima dell'avvento di Internet, la consultazione delle riviste cartacee avveniva nelle biblioteche e costituiva la principale modalità per la distribuzione dell'informazione medico-scientifica e per l'aggiornamento dei professionisti della Sanità.

Nelle ultime due decadi Internet ha avuto un impatto travolgente sull'editoria tradizionale tanto da rappresentare oggi lo strumento principale e universalmente utilizzato per la consultazione della letteratura medico-scientifica. Praticamente tutti gli editori hanno oggi affiancato all'edizione cartacea dei periodici la corrispondente versione digitale; inoltre sono entrate sul mercato editoriale riviste pubblicate unicamente in formato elettronico.

La presenza in Internet di una rivista permette non solo una diffusione capillare ed un rapido trasferimento delle informazioni, ma anche un notevole risparmio di materiali consumabili e l'abbattimento dei costi di produzione e di distribuzione. Ma ridurre a questo i vantaggi dell'editoria elettronica sarebbe limitativo: essa consente di comunicare l'informazione in modalità multimediale e di catalogare e ricercare digitalmente la letteratura pubblicata.

Per quanto riguarda la multimedialità, i mezzi tradizionali di distribuzione dell'informazione che utilizzano la carta stampata permettono di integrare all'interno di un documento testo ed immagini statiche. La possibilità offerta dal WWW di creare documenti multimediali contenenti sequenze audio e video conferisce ai periodici digitali nuove potenzialità rispetto alla staticità della carta stampata. Inoltre una pagina Web può essere interattiva, per esempio contenere questionari a cui l'utente risponde per verificare la progressione delle proprie conoscenze.

L'editoria elettronica offre metodi più potenti per catalogare e ricercare digitalmente la letteratura pubblicata. La maggior parte delle riviste scientifiche disponibili in formato digitale contiene un motore di ricerca interno al sito che permette di recuperare gli articoli pubblicati in funzione di parole chiave inserite dall'utente. Questa funzionalità è stata ampliata a consen-

tere una maggiore integrazione interdisciplinare con la possibilità di creare collegamenti incrociati tra riviste, anche di differenti editori, nonché con altre tipologie di risorse multimediali.

Inoltre, rispetto alle riviste tradizionali, quelle online possono consentire l'accesso a veri e propri corsi multimediali che offrono al partecipante la possibilità di acquisire crediti ECM oppure di associare agli articoli pubblicati forum di discussione in cui inviare commenti od opinioni che entrano a fare parte del processo di pubblicazione dando vita a una vera e propria discussione virtuale fra esperti che arricchisce il contenuto dell'articolo originario e che può essere fonte di ulteriori ricerche e progetti futuri. Di conseguenza la presenza di una rivista in formato digitale offre non solo il vantaggio di poter comunicare i risultati delle ricerche in una scala dei tempi enormemente accelerata ma anche di modificare il processo di produzione della conoscenza all'interno della comunità scientifica. La Tabella 1 riassume i principali vantaggi dell'editoria elettronica in ambito scientifico.

La disponibilità di riviste digitali e contemporaneamente il concetto di apertura e libertà che ha accompagnato lo sviluppo di Internet fin dagli albori diventano un humus ideale per la creazione e diffusione del movimento *Open Access* (OA) che muove i primi passi nel 2002 con la *Budapest Open Access Initiative* e si consolida nel 2003 con la dichiarazione di Berlino.

Tale movimento stabilisce che la conoscenza è un bene comune e che quindi l'accesso alla letteratura digitale deve essere libero, gratuito e senza restrizioni sui diritti di proprietà intellettuale. Inoltre, come ulteriore motivazione a questo assunto, viene affermato che tutti i cittadini devono avere la possibilità di accedere ai risultati ottenuti dalla ricerca poiché il suo finanziamento avviene con fondi pubblici. Anche se diretto principalmente verso gli articoli scientifici, il movimento *Open Access* riguarda anche libri e monografie.

Secondo la dichiarazione di Berlino affinché un articolo sia pubblicato in modalità *Open Access*, colui che detiene il copyright (l'Autore) deve acconsentire anticipatamente che gli uten-



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



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



Gian Franco Gensini, Prof. ordinario di Med. Interna c/o il Dip. di Med. Sperimentale e Clinica della Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Univ. di Firenze. Presidente del Comitato Consultivo della Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Univ. di Firenze. Dir. del Dip. del Cuore e dei Vasi dell'AOU di Firenze. Vicepres. della Prima Sezione del Consiglio Superiore di Sanità.

ti possano "copiare, usare, distribuire, trasmettere e mostrare il lavoro in pubblico. Agli utenti è consentito produrre e distribuire lavori derivati, con qualsiasi mezzo digitale e per qualsiasi proposta, posto che venga attribuita appropriatamente la paternità dell'opera ...".

La pubblicazione in modalità *Open Access* può avvenire in due modalità:

- 1) attraverso una auto-archiviazione (*Green Road*);
- 2) tramite una rivista *Open Access* (*Gold Road*).

Nel primo caso un Autore ottiene una pubblicazione in una rivista e successivamente la auto-archivia ("self-archiving") per una libera consultazione in un database istituzionale (per esempio di tipo universitario), in un archivio centrale (per esempio PubMedCentral - vedi in seguito) o in un sito *Web Open Access*.

Nella seconda modalità le riviste *Open Access* forniscono la consultazione libera sul sito Web dell'editore.

Nel prosieguo di questo articolo ci concentreremo sulla modalità *Gold Road* del movimento *Open Access*, di maggiore interesse per l'aggiornamento del medico di medicina generale.

Uno dei principali problemi che il movimento *Open Access* si trova immediatamente a dover affrontare è quello della sostenibilità. Le riviste tradizionali sono sempre state sostenute dai proventi derivanti dagli abbonamenti dei lettori. Certamente l'accesso libero alla conoscenza prodotta dalla ricerca su riviste digitali *Open Access* è desiderabile e auspicabile, ma esistono dei costi relativi all'editing degli articoli e alla realizzazione delle procedure che permettono l'immissione del materiale online in una forma adeguata. È pertanto obbligatoria la domanda "Chi paga?".

Numerose proposte sono state sperimentate per creare un modello sostenibile adatto a questa nuova forma di disseminazione della conoscenza. Attualmente la più accreditata prevede che sia l'autore stesso, e non più il lettore, a dover sostenere le spese ("Authors pay model"). Ciò rappresenta una rivoluzione rispetto al meccanismo corrente in cui il lettore, per lo più attraverso le biblioteche presenti nelle Università e nei reparti ospedalieri, è il principale

finanziatore delle case editrici che pubblicano le riviste. Sono previste delle variazioni al modello "Authors pay": previo pagamento di una quota di affiliazione alla rivista, un'organizzazione può consentire ai suoi ricercatori di pubblicare senza alcun esborso finanziario o a un costo ridotto. Per esempio il National Institute of Health (NIH) americano sostiene apertamente questo modello di pubblicazione incoraggiando i ricercatori che ricevono fondi da tale istituto a rendere disponibile nel database PubMed Central (vedi in seguito) l'articolo entro 12 mesi dalla pubblicazione. Esistono inoltre forme di pubblicazione agevolate in modalità *Open Access* per i paesi in via di sviluppo, per i quali ulteriori costi non sarebbero sostenibili.

Una critica al modello "Authors pay" è relativa alla proliferazione di riviste digitali *Open Access* che agiscono in modo non corretto, inviando messaggi di posta elettronica in modo indiscriminato a ricercatori in cui chiedono loro di sottomettere i risultati delle loro ricerche. Successivamente gli editori applicano all'articolo un processo di *peer-review* fittizio con il solo obiettivo di accettarlo e aumentare i profitti.

Un'importante conseguenza correlata al libero accesso agli articoli pubblicati è una loro maggiore visibilità che produce una maggiore frequenza di citazione nella letteratura rispetto a quelli coperti da *copyright*. Il risultato finale è un maggiore impatto della pubblicazione, e quindi un vantaggio per l'autore, che può essere valutato con metriche diverse, alternative all'Impact Factor (IF).

Nonostante la maggiore frequenza di citazioni che acquisiscono gli articoli disponibili online a testo completo, le riviste tradizionali hanno in genere rifiutato l'approccio *Open Access*. Gli editors di JAMA per esempio affermano che il modello di finanziamento *Open Access* non è sostenibile per il giornale per il basso livello di accettazione degli articoli (circa l'8%); essi esprimono timore relativamente alla possibilità che l'adozione di una modalità di pubblicazione *Open Access* determini una riduzione della qualità degli articoli. Se i proventi derivano da chi produce la ricerca è possibile immaginare una minore selettività nel processo di revisione poiché la mancata pubblicazione implica un minore introito finanziario per la rivista.

Tabella 1 - Principali vantaggi dell'editoria digitale rispetto a quella tradizionale

Principali vantaggi dell'editoria digitale
<ul style="list-style-type: none"> • rapido trasferimento del risultato delle ricerche • minor uso di materiali consumabili • riduzione dei costi di produzione e distribuzione delle riviste • uso della multimedialità per comunicare le informazioni • metodi più potenti per catalogare e ricercare digitalmente la letteratura pubblicata • maggiore integrazione interdisciplinare tra le riviste • possibilità di aggiungere forum di discussione associati agli articoli pubblicati • modifica del processo di produzione della conoscenza

I principali editori che pubblicano riviste *Open Access* per la Biologia e la Medicina sono BioMed Central (BMC), Public Library of Science (PLOS) e PubMed Central (PMC) del NIH.

Nato nel 2000, BioMed Central (<http://www.biomedcentral.com/>) è di proprietà di Springer Science e Business Media. BMC è il pioniere nell'ambito delle pubblicazioni *Open Access* e, assieme a Chemistry Central and PhysMath Central produce oltre 250 titoli *Open Access* correlati alla Scienza, alla Tecnologia e alla Medicina. Relativamente all'area biomedica i titoli variano da argomenti molto generali (ad esempio BMC Biology e BMC Medicine) ad altri molto specifici (per esempio BMC Retrovirology e BMC Genomics) e il loro numero cresce progressivamente. La maggior parte delle riviste di BioMed Central, indicizzate in Medline e archiviate in PMC (vedi in seguito), acquisiscono un IF che cresce rapidamente nel tempo a dimostrazione di un'adozione progressiva da parte della comunità scientifica internazionale di questa nuova modalità di pubblicazione. Nel 2013 l'IF della rivista più importante di BMC, cioè BMC Medicine, si è attestato a un valore di 6.68.

PLOS (<http://www.plos.org/>) è un'organizzazione no-profit di medici e ricercatori che è stata finanziata con 9 milioni di \$ dalla Fondazione Gordon e Betty Moore. A differenza di BMC il suo obiettivo è concentrarsi su poche e selettive riviste che possano nel tempo competere con pubblicazioni della levatura di Science e Nature. La prima pubblicazione è stata PLOS Biology nel 2003; ad oggi, Luglio 2014, PLOS produce 7 riviste. Nel 2013 la più importante rivista del gruppo, PLOS Medicine, si è attestata a un IF del valore di 15.25.

Sviluppato dalla National Library of Medicine degli Stati Uniti, PubMed Central (URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>) è un database contenente il testo completo di articoli pubblicati nella letteratura scientifica biomedica e nelle scienze della vita. PMC non è un editore ma a tale progetto vi partecipano coloro che aderiscono a specifici standard editoriali. L'editoria tradizionale rende disponibile in tale archivio il testo completo degli articoli in genere sei mesi o un anno dopo la pubblicazione. Lo sviluppo del database di PubMed Central è stato rapido in concomitanza con la decisione del National

Institute of Health di sollecitare i ricercatori che ricevono fondi da tale istituto a rendere disponibile in tale database l'articolo entro 12 mesi dalla pubblicazione.

Una versione inglese del sistema PubMed Central, UK PubMed Central (UKPMC), è stata sviluppata da Wellcome Trust e dalla British Library come parte di un gruppo di sostenitori della ricerca in Inghilterra. UKPMC è online dal Gennaio 2007; dal 1 Novembre 2012 è diventato Europe PubMed Central (<http://europepmc.org/>).

Attualmente, il movimento *Open Access* sembra avere raggiunto un certo grado di maturazione, con nuove riviste che nascono in formato digitale che adottano prevalentemente un approccio "Authors pay" e quelle tradizionali che o lo rifiutano in toto o lo accolgono in parte. Tra coloro che utilizzano un modello ibrido figurano principalmente i giornali di Società Professionali come JAMA, NEJM, BMJ e Annals of Internal Medicine. Tali riviste, oltre a pubblicare nella modalità tradizionale possono o selezionare articoli di rilievo per un accesso libero e immediato online, o rendere disponibile il testo completo dopo 6 o 12 mesi o immediatamente per i ricercatori di paesi in via di sviluppo.

Nonostante prosegua il dibattito sulla bontà o meno della modalità di pubblicazione *Open Access* e sui possibili modelli di sostenibilità che possono esservi associati, è importante sottolineare come nell'arco di soli 20 anni l'editoria si sia trasformata radicalmente, come pure le biblioteche addette alla distribuzione della conoscenza scientifica. Ciò ha determinato modificazioni ancora più profonde relative alla creazione, memorizzazione e disseminazione della conoscenza non solo in ambito biomedico ma anche in tutte le altre discipline. Lo scopo ultimo della scienza è rimasto inalterato ma il cammino che gli scienziati percorrono per raggiungere nuovi risultati sono cambiati, aprendo la strada verso nuovi orizzonti ancora da esplorare. Uno di questi è rappresentato dai cosiddetti *pre-print* che affronteremo in un prossimo contributo.

TM

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.masoni@med.unifi.it

CONVEGNI E SEMINARI



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

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



Gavino Maciocco, medico di sanità pubblica. Ha fatto: il volontario civile in Africa, il medico di famiglia, l'esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, il dirigente di Asl. Attualmente insegna all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per Toscana medica la rubrica "Sanità nel mondo".

GAVINO MACIOCCO, LORETTA DE NIGRIS¹

La corruzione in sanità

Il BMJ, in un recente numero (28 giugno 2014), ha dedicato ampio spazio – con un editoriale e un servizio sull'India – al tema della corruzione in sanità.

“La sanità è un settore ad alto rischio di corruzione (questo l'incipit dell'editoriale). **Si stima che il 10-25% della spesa pubblica globale sia persa in corruzione.** Una cifra enorme se si considera che la spesa sanitaria mondiale è oltre i 7 mila miliardi di dollari l'anno”.¹

La corruzione in sanità può assumere varie forme: le “tangenti” (*kickbacks*) sono in testa nell'elenco contenuto in una pubblicazione dell'Unione Europea², seguono poi: l'appropriazione indebita, gli appalti truccati, le truffe alle assicurazioni, i conflitti d'interessi, *trading in influence*, che si verifica quando una persona abusa della sua influenza nei processi decisionali di una istituzione o di un governo per ottenere vantaggi materiali o anche immateriali, *revolving door corruption*, quando pubblico e privato si mettono d'accordo a detrimento dell'interesse di una nazione (vista all'opera in

occasione dell'epidemia influenzale H1N1 nel 2009), clientelismi, favoritismi e nepotismi.

Il più comune indicatore usato per misurare il livello di corruzione nella sanità di un paese è il *Transparency International Corruption Perception Index* (TICPI). Alla domanda **“pensi che corrompere e essere corrotti, usare la posizione di potere per i propri vantaggi siano diffusi tra il personale che lavora nel sistema sanitario pubblico?”** rivolta a un campione di popolazione residente nei 28 paesi dell'EU, il **41% delle risposte è stato SI**. Con una grande variabilità tra paesi: la corruzione tra il personale della sanità è ritenuta molto diffusa (70-80%) soprattutto in Grecia, Slovenia, Ungheria e Romania, molto poco diffusa (5-10%) in Danimarca, Finlandia e Olanda. Con l'Italia che occupa una posizione mediana (45%) – vedi Figura 1.

Nessun paese è esente dal problema – negli USA la cifra della corruzione è stimata tra gli 80 e i 270 miliardi di dollari l'anno – e i pazienti

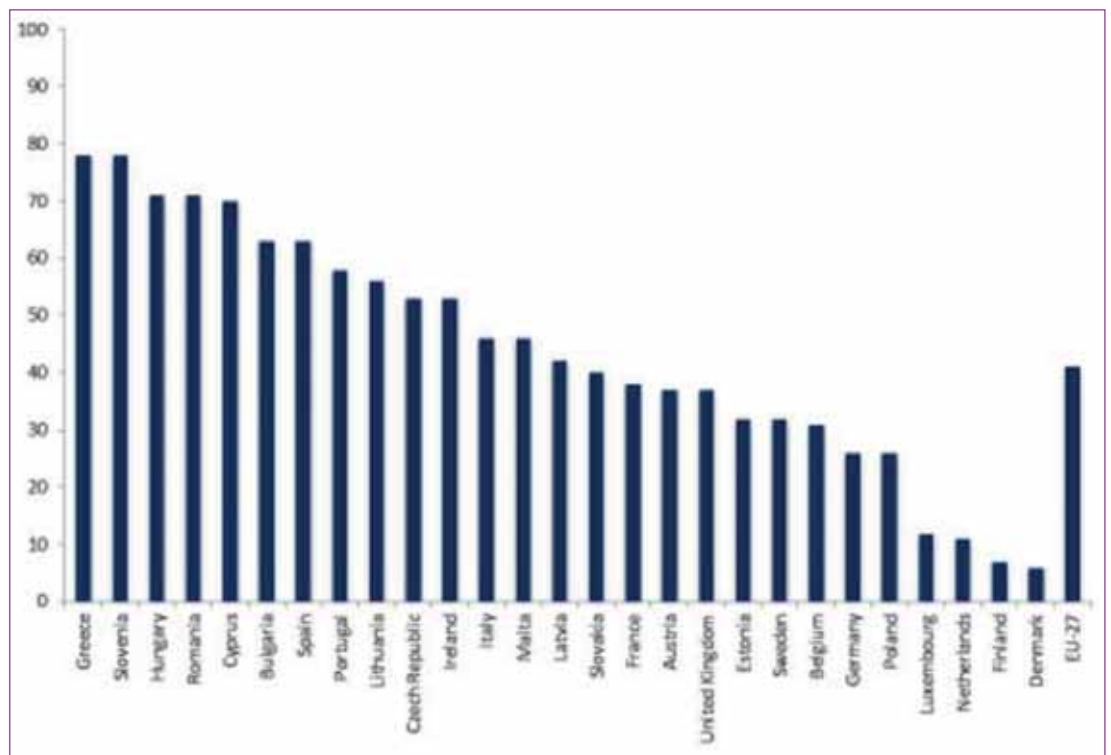


Figura 1 - Corruption among people working in the healthcare sector - Do you think that giving and taking of bribes, and the abuse of positions of power for personal gain are widespread among people working in the public healthcare sector? (% of respondents agree). Source: Special Eurobarometer 374, Q1, February 2012. See also Annex B of this report.

¹ *Pediatra*, Firenze

sono i primi a esserne danneggiati. Questa sfida – sostiene il BMJ – non è stata ancora pienamente raccolta dai professionisti, che la considerano troppo difficile da affrontare e quindi tendono a chiudere un occhio. **“Ma questo non è un piccolo sporco segreto. È una delle più grandi ferite aperte della medicina”.**

Il caso India

©**La corruzione strangola ogni cosa, si ignora. È come un cancro**³. È una frase che ritorna spesso in India dove i progressi tecnologici sono disponibili per coloro che possono pagare, sebbene ad alto prezzo, mentre coloro che si trovano nella fascia *underclass*, oltre 800 milioni di persone, hanno scarso o nessun accesso all'assistenza sanitaria di qualità, e in caso di bisogno si rivolgono alle inefficienti e squalificate strutture pubbliche o ai ciarlatani che operano nella quasi totale impunità. Una cosa però livella il disastrato sistema sanitario indiano: la corruzione. Essa coinvolge tutti, dai più ricchi ai più poveri.

Le tangenti sono onnipresenti: quando si tratta di prescrivere una visita specialistica o un accertamento diagnostico (la mazzetta al proscrittore varia dal 10 al 15% del prezzo della prestazione) o quando si richiedono soldi sotto-banco ai pazienti per saltare una lista d'attesa o quando la scelta di un antibiotico da usare in un ospedale è accompagnata dalla elargizione di un'auto di grossa cilindrata al direttore sanitario.

La corruzione non ha limiti e si estende anche alla formazione medica. Gli studenti devono pagare grosse cifre (intorno ai 200 mila dollari, 20 volte il salario medio annuale) per entrare all'università o in una scuola di specializzazione. Questo provoca alti livelli d'indebitamento per lo studente e la sua famiglia e rappresenta quindi un forte incentivo a ottenere il massimo “profitto” dalla professione.

L'arresto per corruzione del presidente del *Medical Council of India*, Ketan Desai, avvenuto

nel 2010 e il conseguente scioglimento dell'istituzione medica da parte del Presidente dell'India, sono indicativi dell'estensione del fenomeno e della crisi di onestà in cui è precipitata la professione medica indiana.

Una crisi che ha coinvolto anche le relazioni medico-paziente. La gente, soprattutto le persone con reddito medio e basso, non si fida più dei loro dottori.

Che fare contro la corruzione in sanità?

Una domanda sorge spontanea: è possibile una sanità libera dalla corruzione in una società profondamente corrotta? In una società in cui la corruzione è razionalizzata e accettata? È evidente che la lotta alla corruzione in sanità non può prescindere da un impegno più vasto contro la corruzione all'interno della società, basato su leggi adeguate, su misure punitive esemplari, su incentivi e riconoscimenti per i virtuosi. Insomma: tolleranza zero contro la corruzione.

Ma una presenza dilagante della corruzione nella società non può essere un alibi per l'inerzia dei medici contro la corruzione. **“I medici hanno consentito ai loro cani di dormire troppo a lungo per paura, letargia o complicità”** scrive il BMJ. “È tempo di riflettere e di rendere responsabili se stessi e i propri pari. Standard professionali di condotta devono essere instillati il più presto possibile, in forma di training etici fin dalla formazione universitaria. Questi standard etici devono poi essere rafforzati nel corso dell'intera carriera medica per influenzare i colleghi e l'intera comunità”. **TM**

Note

1 Jain A, Nundy S, Abbasi K, Corruption: medicine's dirty open secret, *BMJ* 2014;348:g4184

2 European Commission. Study on corruption in the healthcare sector. 2013. www.stt.lt/documents/soc_tyrimai/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf.

3 Berger D, Corruption ruins the doctor-patient relationship in India, *BMJ* 2014, 348:g3169

LETTI PER VOI

Come funziono? Giudizio, controllo, perdita e paura

DI SILVIO CIAPPI, LARIS EDITRICE

Editore

Silvio Ciappi, psicologo, psicoterapeuta e criminologo clinico, in questo suo agevole libro ci guida ad un inquadramento generale dell'lo alla scoperta del nostro esistere all'interno di un complicato sistema di relazioni ed interazioni. Seguendo questo filo l'Autore illustra i principali modelli di funzionamento della mente, alla base del nostro modo concreto di vivere quotidiano. Concetti forse di non immediata comprensione per i non esperti, però come per magia resi chiari ed esaurienti dalla strutturazione quasi a schemi e schede del volume. Una accurata scelta di foto accompagna il lettore lungo le pagine di una lettura davvero piacevole.

Simone Pancani

Manfredo Fanfani
La forchetta di Caterina De' Medici
Sesta Parte

LA FORCHETTA DI



CATERINA DE' MEDICI

**Evoluzione degli usi conviviali
dal Medioevo al Rinascimento**

Come ci si comportava a tavola: la cronaca attraverso i galatei e le opere d'arte.



Alfio Rapisardi, A tavola nel Rinascimento

È significativa l'ostentazione delle mani che erano strumento essenziale della tavola!

Il fazzoletto: importante simbolo di "status" sociale prima di diventare funzionale accessorio igienico.



Nasce il tovagliolo: un altro accessorio di prestigio

Il comportamento a tavola doveva lasciare in passato molto a desiderare se i galatei e i codici di buone maniere dell'epoca dettavano, sotto forma di rigorosi divieti, raccomandazioni del tipo: "Non pulirsi le dita con la tovaglia dopo essersi soffiati il naso" (con le dita naturalmente! l'uso del fazzoletto sarà un evento molto tardivo); "non pulirsi le dita unte sul vestito o le carle, ma usare la tovaglia".

Ancora oggi, fra le raccomandazioni per ogni acerba infanzia, primeggia quella di "non metterti le dita nel naso quando sei seduto a tavola"! Il tovagliolo non era ancora entrato nell'uso corrente; erano in uso, per questo scopo, tovaglie lunghe fino a terra che venivano talora cambiate più volte durante il pranzo.

Altre raccomandazioni dettate dai galatei: "non pulirsi i denti con il coltello", "non sputare mai nel piatto dove mangi un boccone già messo in bocca, ma gettalo per terra, possibilmente sotto il tavolo, mai sopra o al di là del tavolo" e così via! Il detto, ancora oggi in uso "non sputare nel piatto dove mangi" riprende, in modo figurato, l'antica norma di buongusto dettata dai galatei!

Il galateo indicava come atto disdicevole rimettere nel piatto di portata un osso spolpato o altri avanzi; questi dovevano essere gettati per terra o in appositi bacili posti vicino al tavolo. Ciò spiega perché, nella iconografia artistica medievale, sono sempre rappresentati intorno alla tavola cani e gatti, che facevano parte della commensalità, partecipavano a pieno diritto al banchetto con l'utile funzione di ripulire il pavimento da ciò che, nel rispetto dei galatei, veniva diligentemente gettato per terra!

Fra le varie raccomandazioni c'era anche quella di "non bere con il boccone in bocca": norma evidentemente molto apprezzata alle sue origini, quando tutti gli ospiti bevevano dallo stesso calice o dalla stessa brocca!

Lusanza di prendere i cibi con le mani dallo stesso piatto, bere nello stesso bicchiere, usare lo stesso cucchiaino e lo stesso coltello era legata, oltre che alle ristrettezze dell'epoca, a un diverso rapporto umano esistente fra i commensali.

L'economia degli affetti era radicata in espressioni autentiche finalizzate alla solidarietà familiare: un vivere insieme in modo semplice e immediato che rafforza a tavola i legami affettivi.

Non a caso, nella cerimonia nuziale, gli sposi bevono ritualmente allo stesso calice. Per questo motivo ogni innovazione dei comportamenti a tavola, e l'introduzione delle stoviglie, sono state spesso oggetto di riprovazione, se non di condanna.

Anche oggi la convivialità è fra i temi dominanti della riscoperta di valori sottili, perennemente vivi nel cuore dell'uomo.

Nel Medioevo ci si soffiava il naso con le dita e con le mani si mangiava; ma se si mangiava con la mano destra, le buone maniere raccomandavano di soffiarsi il naso con la sinistra!

Anche l'uso del fazzoletto, come quello della forchetta e del tovagliolo, nasce in Italia e si diffonde alle origini più per il valore di prestigio che non per ragioni strettamente igieniche.

Le dame ostentavano in mano preziosi fazzoletti riccamente ricamati; anche i nobili e raffinati giovani del Rinascimento si compiacevano di mostrare il fazzoletto.

Ciò è messo bene in evidenza dalle opere del Ghirlandaio, attento cronista dei costumi della Firenze del quattrocento.

Il fazzoletto era comunque raro e costoso: il Re Enrico IV, nel 1594, ne possedeva solo cinque!

Soffiarsi il naso col fazzoletto, anziché con le mani o con le ampie maniche della camicia, era un segno di nobiltà, di elevato status sociale e di raggiunto benessere.

E all'epoca, la persona in cima alla scala del benessere veniva indicata simpativamente con il motto "non si soffia il naso con le dita"!

Il tovagliolo, che alle origini si chiamava "truccabocca", compare sulla tavola verso la fine del cinquecento. Anche questo accessorio nasce come mezzo di "purificazione" delle dita contaminate con intingoli vari, e per pulirsi la bocca prima di bere nel bicchiere comune.

I galatei dell'epoca raccomandano di non usare il tovagliolo per asciugarsi il viso, pulirsi i denti o soffiarsi il naso (il fazzoletto rappresentava ancora un lusso!). Quando le posate erano in comune il tovagliolo si usava anche per pulirle prima di porgerle ad altri commensali; si portava sulla spalla o sul braccio sinistro, poiché si usava intingere nei piatti comuni la mano destra.

Oggi ci si sporca sempre meno le mani ed il tovagliolo, da tenere appoggiato sulle ginocchia o infilato sotto il colletto, è soprattutto mirato alla protezione dei vestiti, camicie e cravatte!

Nell'educazione familiare è frequente la rituale raccomandazione: mettilti il tovagliolo... per sottolineare le evidenti finalità protettive.

Secondo i galatei del '700 era la persona di più alto rango la prima a spiaggiare il tovagliolo.

Le fonti figurative dell'Arte, dove l'Artista è cronista degli usi e costumi delle varie epoche, e in particolare le raffigurazioni dell'episodio evangelico dell'Ultima Cena, sono un prezioso contributo di informazioni sulla evoluzione della tavola e degli usi conviviali.

**La tavola moderna si è arricchita di contenuti igienici e di comfort.
È stato molto addolcito lo scomodo simbolo offensivo
del coltello che poteva suscitare spiacevoli sensazioni nei commensali.
Il convivio è ancora oggi il luogo della parola
e dei rapporti umani, alla riscoperta dei valori del quotidiano**

Tavola modernamente apparecchiata con ricchezza di stoviglie. Alla destra del piatto, in ordine di portata, il cucchiaio per la minestra e un coltello per il secondo piatto; a sinistra, la forchetta per il secondo piatto; in alto, forchetta e coltello più piccoli per il dessert. Ad evitare spiacevoli sensazioni di offesa, la tavola si apparecchia con la lama del coltello rigorosamente rivolta verso



il piatto. Sempre più sono stati tolti al coltello gli scomodi attributi di arma offensiva. Sono oggi in uso coltelli con punte sempre più arrotondate e lame sempre meno affilate; è per questo motivo che ci lamentiamo se i nostri coltelli tagliano sempre meno! Nel coltello da burro, nell'immagine posto sul piatto in alto a sinistra del commensale, così come nel coltello da pesce, questa perdita di attributi offensivi è particolarmente evidente, tanto da somigliare più a delle

spatole che a veri e propri coltelli. Dall'usanza di bere da una coppa comune, si è passati al bicchiere individuale e a più bicchieri per ogni ospite. Il tovagliolo, nato col compito di pulirsi le dita quando si usava mangiare con le mani, ha assunto il compito di proteggere vestiti e cravatte! ... Da qui la ricorrente raccomandazione: mettili il tovagliolo!

Nell'apparecchiatura secondo l'usanza francese, l'attenzione verso tutto ciò che può suscitare apprensione ed emozioni negative negli ospiti, riguarda non solo il coltello, con punta arrotondata e lama rigorosamente rivolta verso il piatto, ma anche la forchetta, e addirittura il cucchiaio ad ovale appuntito: la forchetta e il cucchiaio sono infatti posti sul tavolo con la parte appuntita rivolta verso il basso, ciò ad evitare negli ospiti spiacevoli sensazioni di offesa, anche se inconsce, da parte di quelle punte che "guardano"! Si noti la ricchezza dei bicchieri (da acqua, vino bianco, vino rosso, dessert e spumante). Rispetto all'antica usanza di bere da un recipiente comune, sono stati fatti molti passi in avanti o, per meglio dire, molti bicchieri in avanti! ...



Al levare delle mense.

Un' ultima curiosità prima di "levare le mense". Questo modo di dire, ancora oggi usato quando si è arrivati alla fine del pranzo, si ricollega a una antica usanza, allorché la tavola non veniva semplicemente sparecchiata, ma materialmente smontata alla fine di ogni pranzo per essere rimontata per il pranzo successivo. Da qui il detto "al levare delle mense", che rappresentava una reale operazione di fatto.

La nascita di una stanza dedicata esclusivamente al pranzo, il "salotto da pranzo", con la credenza per l'esibizione dei serviti di porcellana di nobile e ricca fattura, sarà un tardivo evento borghese; nella società contadina si mangiava in cucina, nelle comunità nel cenacolo, per il resto si usava ogni volta smontare la tavola e allestirla poi anche in luoghi diversi, a piacimento...

E "al levar delle mense", col panorama conviviale illuminato dai dipinti degli artisti, un pensiero nostalgico ci riporta a quel lontano giorno del 1535 a Fontainebleau; quando una nobile signora ripose con grazia, nel suo bellissimo stucco, la preziosa forchetta.

La forchetta di Caterina de' Medici.



Animata conversazione intorno a una tavola apparecchiata secondo i più moderni usi e costumi. Il convivio è ancora oggi il luogo della parola e dei rapporti umani, alla riscoperta dei valori del quotidiano, prima che una piacevole occasione per mangiare. Alla destra del piatto posto di fronte ad ogni ospite: un coltello da pesce che vede molto attenuati gli attributi

offensivi del coltello tradizionale, segue il coltello da carne con la lama rigorosamente rivolta verso il piatto. Alla sinistra del piatto: una forchetta da pesce, poi una forchetta per la carne. Sono spesso enfatizzate situazioni di imbarazzo nella scelta delle posate ma nessuna incertezza, la posizione è rigorosamente programmata secondo la successione delle

pietanze, si prende pertanto la posata più a portata di mano... Al di sopra del piatto un cucchiaino e una forchetta per il dessert. In alto a sinistra, il piatto con il pane e coltello da burro (di formato ridotto, con punta arrotondata e senza lama: più una spatola che un coltello!). Anche sulla tavola moderna la presenza della saliera è d'obbligo; purtroppo si

tratta spesso di traballanti birilli che hanno perso molto dei tradizionali requisiti statici. Quindi attenti a non rovesciare il sale!... Un cattivo presagio per il vincolo di fedeltà e di amicizia che il sale simboleggia. Se per caso ciò dovesse accadere, meglio gettare il sale rovesciato dietro le spalle; rimarrà così sulla tavola solo la saliera, con il sale dell'amicizia.

È stato ritualizzato anche il gesto di passare la saliera fra commensali; non deve essere passata di mano in mano ma appoggiata sul tavolo per evitare che il sale possa esser rovesciato con un gesto maldestro. In questo caso come sarebbe possibile, fra l'altro, individuare fra i due commensali il colpevole che ha infranto il vincolo di fedeltà e di amicizia?...

AstraZeneca



Un futuro che viene da lontano.

Da 70 anni siamo impegnati a migliorare la qualità della vita delle persone attraverso i nostri farmaci innovativi.

Un lungo percorso che ci permette di essere presenti in 100 paesi, come punto di riferimento unico per ricercatori, medici ed pazienti.

www.astrazeneca.it

NOTIZIE SU EBOLA

Dal dicembre del 2013 in alcuni paesi africani (Guinea, Liberia, Sierra Leone, Nigeria e recentemente anche in Congo) è in corso una temibilissima epidemia che sta creando un vero allarme mondiale.

La malattia è provocata dal virus Ebola, agente responsabile di una febbre emorragica frequentemente letale per l'uomo e varie specie di primati.

Il nome "Ebola" deriva da un fiume della Repubblica Democratica del Congo (ex Zaire) nelle cui vicinanze nel 1976 si verificò uno dei primi due focolai epidemici, mentre il secondo si sviluppò quasi contemporaneamente, ma in Sudan.

In entrambe le due epidemie si registrarono tassi elevati di letalità circa del 90% e 50% rispettivamente.

Ebola è un virus a Rna, appartenente alla famiglia dei **Filoviridae**, e deve essere inquadrato tra i virus zoonotici essendo stato isolato oltre che in alcuni primati anche in varie specie di mammiferi (antilopi, pipistrelli).

Sono stati identificati diversi sottotipi del virus: Zaire, Sudan, Ivory Coast, Bundibugyo e Reston. I primi quattro sono patogeni per l'uomo e hanno provocato epidemie nel continente africa-

no, mentre il sottotipo Reston, isolato per la prima volta a Reston, in Virginia (Usa) in macachi provenienti dalle Filippine, è responsabile di malattia nei primati, ma nell'uomo darebbe origine ad una infezione lieve spesso asintomatica.

Il virus si trasmette attraverso il contatto diretto con sangue e altri fluidi biologici come feci, urine, saliva, sperma (no trasmissione aerea) o indiretto cioè tramite oggetti contaminati.

L'infezione ha un esordio improvviso e un decorso acuto e non è finora stato descritto lo stato di portatore.

L'incubazione può andare dai 2 ai 21 giorni (in media una settimana) cui fanno seguito manifestazioni cliniche come febbre, astenia profonda, cefalea, artralgie e mialgie, iniezione congiuntivale, faringite, vomito e diarrea ed in alcuni casi si ha anche la comparsa di un'esanema maculo-papuloso.

I fenomeni emorragici si evidenziano al sesto-settimo giorno di malattia e sono sanguinamenti a carico del tratto gastrointestinale, dell'albero respiratorio, della cute e delle mucose.

La diagnosi clinica è difficile nei primi giorni a causa dell'aspecificità dei sintomi iniziali e pertanto l'infezione può essere ipotizzata risalendo ad un

eventuale contagio avvenuto in aree in cui è dimostrato un focolaio epidemico.

Anche in caso di semplice sospetto, è opportuno l'isolamento del paziente e l'attuazione delle procedure specifiche oltre a notificare prontamente il "caso sospetto" alle autorità sanitarie.

Gli esami emato-chimici di laboratorio mostrano una iniziale linfopenia, neutrofilia e soprattutto piastrinopenia grave. Frequente, come in molte infezioni virali anche di lieve entità, un aumento degli enzimi epatici.

La diagnosi si effettua con metodica PCR, ma solo in laboratori di riferimento idonei che garantiscono la manipolazione di agenti infettivi di classe 4.

Non esistono attualmente terapie specifiche, ma sono in sperimentazione varie molecole che interferirebbero sulla replicazione virale e che sembrano dare speranze concrete, almeno su modelli animali. Recentemente è stato utilizzato in alcuni casi umani, sembra con successo, un prodotto (ZMapp) composto da tre anticorpi monoclonali umanizzati.

È inoltre in fase di sperimentazione anche un vaccino.

Dario Bartolozzi

Dirigente medico 1° livello, SOD Malattie Infettive e tropicali, AOU Careggi, Firenze

Master: quanto "valgono"?

Si assiste con una certa frequenza alla pubblicizzazione di "Master" promossi dalle più varie istituzioni e rivolti a medici e odontoiatri. Si tratta di percorsi formativi post-laurea, il cui valore legale, tuttavia, varia a seconda del soggetto promotore. Per evitare equivoci, l'Ordine ritiene opportuno ricordare quanto segue. I Master promossi dalle Università italiane sono disciplinati dal Decreto del Ministero dell'Università n. 509 del 1999 e hanno le seguenti caratteristiche: si concludono con il rilascio di un titolo accademico (diploma firmato dal Rettore), eso-

nerano dal conseguimento dei crediti ECM per tutta la durata del corso, sono registrabili sull'Albo professionale alla pari degli altri titoli accademici (laurea, abilitazione, specializzazione) e possono formare oggetto di pubblicità personale da parte del professionista che l'ha conseguito. Viceversa, i corsi promossi da istituzioni pubbliche o private che non siano le Università, anche se nel linguaggio comune vengono spesso denominati "master", non hanno valore di titolo accademico e quindi non esonerano dal conseguimento dei crediti ECM, non sono regi-

strabili sull'Albo professionale (proprio perché non sono titoli accademici) e, sebbene possano essere citati nel curriculum del professionista, non possono formare oggetto autonomo di pubblicità personale. Si tratta, quindi, dal punto di vista del valore legale, di due differenti percorsi formativi che hanno differenti conseguenze giuridiche. Ciò ovviamente non incide in nessun modo sul valore formativo dei diversi percorsi che qui non è in discussione. I colleghi sono invitati a tenere conto di quanto sopra nella scelta di eventuali percorsi formativi post-laurea.

Informazioni ENPAM

Si avvisano i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze che a partire dal 1° ottobre 2014 i servizi ENPAM verranno svolti nei giorni di mercoledì dalle ore 15.30 alle ore 18 e di giovedì dalle ore 9 alle ore 12 pre-

vio appuntamento da richiedere al n. 055.496522 int. 1 o via email: informazioni@ordine-medici-firenze.it. Ciò consentirà una più razionale ed efficace trattazione delle pratiche previdenziali. Si ricorda che, comunque, tutte le

informazioni ENPAM sono disponibili sul sito www.enpam.it. In particolare, nell'area riservata del sito dedicata ad ogni professionista è possibile reperire informazioni sulla propria personale posizione contributiva e previdenziale.

Processo telematico: facciamo il punto

Com'è noto, è oramai entrato in vigore il **"Processo Civile Telematico"**, ossia quel complesso di norme che progressivamente condurranno all'eliminazione degli atti cartacei nelle Cancellerie giudiziarie, sostituiti dai documenti digitali.

La novità interessa anche i consulenti del giudice, cioè i CTU, fra i quali naturalmente anche i medici e gli odontoiatri. Da ora in poi per poter svolgere le funzioni di CTU i professionisti dovranno innanzitutto essere iscritti al **REGINDE**, il Registro degli indirizzi PEC tenuto dal Ministero della Giustizia. Per essere iscritti al REGINDE è necessario essere in possesso di una casella PEC (si può usufruire del servizio gratuito messo a disposizione dall'Ordine direttamente dal proprio sito) e della Firma Digitale, che si può acquistare da un qualunque gestore autorizzato, comprese le Camere di Commercio.

L'Ordine ha fatto la registrazione al REGINDE in maniera massiva per tutti i propri iscritti che a giugno 2014 avevano comunicato un indirizzo PEC. A costoro è già arrivato un messaggio da parte del Ministero della Giustizia con il quale si informa dell'avvenuta registrazione al REGINDE. Coloro che invece non avevano comunicato la PEC entro giugno 2014 oppure che l'hanno attivata successivamente, dovranno iscriversi al REGINDE autonomamente. Per farlo è possibile seguire la guida operativa dal sito ordinistico:

Una volta iscritti al REGINDE, i professionisti CTU devono poter consultare gli atti depositati nella Cancelleria telematica, così come devono poter depositare le proprie perizie. Per farlo è necessario accedere ad un **"Punto di Accesso"**, cioè ad un sistema digitale che crea la **"busta telematica"** che contiene gli atti giudiziari con i massi-

mi requisiti di sicurezza e riservatezza.

La Regione Toscana ha attivato un "Punto di Accesso" telematico che è a disposizione, a titolo gratuito, non solo degli avvocati ma anche di tutti i CTU, per cui può tranquillamente essere utilizzato anche dai medici e dagli odontoiatri. Per accedere al "Punto di Accesso" della Regione Toscana consultare la guida operativa (vedi sito ordinistico) che, fra l'altro, contiene anche un numero verde per eventuali necessità di assistenza tecnica.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze non è abilitato a svolgere funzioni di assistenza tecnica o di intermediazione informatica. Tuttavia, seguendo le istruzioni contenute nelle guide di cui sopra, ogni collega CTU potrà acquisire familiarità con la procedura e gestire le proprie pratiche in maniera autonoma.

Assicurazione obbligatoria: lo stato dell'arte

Dal 15 agosto 2014 tutti i professionisti dell'area sanitaria sono tenuti ad essere assicurati per quanto riguarda la responsabilità civile nell'esercizio della propria attività professionale, in applicazione della legge n° 189 dell'8 novembre 2012 e dell'art. 3 del decreto-legge 13 agosto 2011, n° 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011 n° 148. Per ora, quindi, è rimasta inascoltata la richiesta di proroga della entrata in vigore di tale obbligo avanzata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti. La legge di conversione del decreto legge 90, approvata recentemente, ha escluso i soli dirigenti medici e sanitari dipendenti del SSN in rapporto esclusivo dall'obbligo che è posto in capo al datore di lavoro. Per questa categoria rimane da valutare la possibilità di stipulare una polizza a proprie spese contro la rivalsa della amministrazione, in caso di condanna per colpa grave o danno erariale. In sintesi l'obbligo assicurativo per la responsabilità civile è in vigore e, a questo punto, dovrebbe interessare:

- I dipendenti del SSN per l'attività extramoenia;

- I dipendenti di altri enti o strutture sanitarie per attività eventualmente non coperte dall'assicurazione della struttura di appartenenza;

- I liberi professionisti;

- I pensionati che continuano l'attività professionale come liberi professionisti;

- I titolari di contratti di lavoro atipici;

- I convenzionati con il SSN.

Per quanto riguarda i medici in formazione specialistica, nessun cenno è contenuto nella legge sull'obbligatorietà assicurativa. Tuttavia si deve tener conto che a norma del Decreto Legislativo 386/1999 e successive modificazioni, la struttura ospedaliero-universitaria è obbligata a stipulare idonea copertura assicurativa, per cui per l'attività rientrante nella formazione specialistica, il medico deve essere tutelato dalla struttura. Il medico può comunque valutare di stipulare autonomamente una propria polizza assicurativa per la copertura del rischio derivante da colpa grave e per la copertura dei rischi derivanti da eventuali altre attività extra-specializzazione compatibili (sostituzioni ai medici di famiglia e turni di guardia medica) perché si tratta

di rischi che ovviamente non sarebbero coperti dalla polizza ospedaliero-universitaria.

Per la FNOMCeO appare paradossale che si sia dato corso all'obbligo assicurativo senza avere prima adottato le norme regolamentari, previste dalle stesse leggi, per quanto attiene i requisiti minimi ed uniformi dei contratti assicurativi e l'istituzione di un apposito Fondo (con decreto che doveva essere emanato entro il 30/6/2013) al fine di garantire un'idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie che ne facciano espressa richiesta. Per questo motivo, la FNOMCeO ha rinnovato la richiesta al Ministro della Salute di proroga dell'obbligo assicurativo fino a quando non sia approvato il decreto sui requisiti minimi delle polizze assicurative e non sia effettivamente operativo il fondo di garanzia per l'idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie. Sarebbe opportuno, conclude la FNOMCeO, che le enunciazioni di principio circa la centralità dei medici nel sistema sanitario trovassero fattiva realizzazione in doverose attenzioni verso un esercizio professionale sicuro e sereno.

Ricetta elettronica

Dal 1° ottobre (la scadenza è stata posticipata al 1° novembre, n.d.r.) non sarà più possibile autocertificare la propria fascia di reddito sulla singola ricetta medica, né in farmacia né presso gli ambulatori specialistici delle ASL. Questo perché, con il passaggio alla ricetta elettronica, la posizione economica di ogni cittadino sarà ricavata direttamente dalla

banca dati dell'Agenzia delle Entrate e dell'INPS e i dati indicati nella ricetta non potranno essere modificati. La Regione Toscana invita i cittadini a verificare la propria posizione economica e per farlo ci sono tre possibilità: la prima è collegandosi al sito www.regione.toscana.it/servizi-online tramite la Carta Sanitaria Elettronica attivata; la seconda ai Totem

"Punto Sì" presenti presso le sedi ASL (verificare elenco sempre sul sito regionale); la terza recandosi personalmente presso gli sportelli delle ASL. Se sulla ricetta non sarà presente nessun codice, si presupporrà l'appartenenza alla fascia economica superiore a 100.000 euro, con pagamento del ticket in misura massima.

Certificati per attività sportiva non agonistica

Il Ministro della Salute ha firmato il decreto contenente le Linee Guida per il rilascio dei certificati medici di idoneità all'attività sportiva non agonistica. Questi i punti principali.

Chi deve avere il certificato

– gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalle scuole al di fuori dall'orario di lezione;

– coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al Coni (ma che non siano considerati atleti agonisti);

– chi partecipa ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

Quali sono i medici certificatori

– il medico di medicina generale per i propri assistiti;

– il pediatra di libera scelta per i propri assistiti;

– il medico specialista in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico-sportiva del CONI.

Quando fare i controlli e quanto vale il certificato

– Il controllo deve essere annuale;

– Il certificato ha validità annuale con decorrenza dalla data di rilascio.

Quali esami clinici sono necessari

– per ottenere il rilascio del certificato è necessaria l'anamnesi e l'esame obiettivo con misurazione della pressio-

ne e di un elettrocardiogramma a riposo effettuato almeno una volta nella vita;

– per chi ha superato i 60 anni di età associati ad alti fattori di rischio cardiovascolare, è necessario un elettrocardiogramma basale debitamente refertato annualmente;

– anche per coloro che, a prescindere dall'età, hanno patologie croniche conclamate che comportano un aumento del rischio cardiovascolare è necessario un elettrocardiogramma basale debitamente refertato annualmente;

– il medico può prescrivere altri esami che ritiene necessari o il consulto di uno specialista.

Malattia professionale: nuovo modello di certificato

L'INAIL ha pubblicato sul proprio sito internet il nuovo modello del certificato medico per l'attestazione della Malattia professionale. Il nuovo modello è in formato PDF compilabile ed è

diventato obbligatorio a partire dal 1° settembre 2014, andando a sostituire i vecchi moduli finora utilizzati. Il nuovo certificato è strutturato in tre copie: la copia A per l'INAIL, la B per il lavoratore

e la C per il datore di lavoro. Per ulteriori informazioni e prelevare il nuovo modello di certificato, collegarsi al sito www.inail.it.

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it - amministrazione@ordine-medici-firenze.it
toscanamedica@ordine-medici-firenze.it - relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it

Orario di apertura al pubblico:

MATTINA: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12,30

POMERIGGIO: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 18,45

Rilascio certificati di iscrizione:

UFFICI: in orario di apertura al pubblico - INTERNET: sul sito dell'Ordine - TELEFONO: 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione:

bollettino postale, delega bancaria (RID) o carta di credito tramite il sito <http://www.italriscossioni.it> (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo:

comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

tutti i giovedì agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045
Sito Internet: www.ordine-medici-firenze.it

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



Adenuric[®]

(febuxostat)



Manfredo Fanfani

LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

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

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

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