

ToscanaMedica

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



**Riflessioni sul modello di assistenza
alla cronicità della Regione Toscana
denominato Chronic Care Model**

S. Giovanni

**Con tutto il rispetto
per opinioni diverse**

P.M. Mandelli, L. Santoiemma, S.E. Giustini

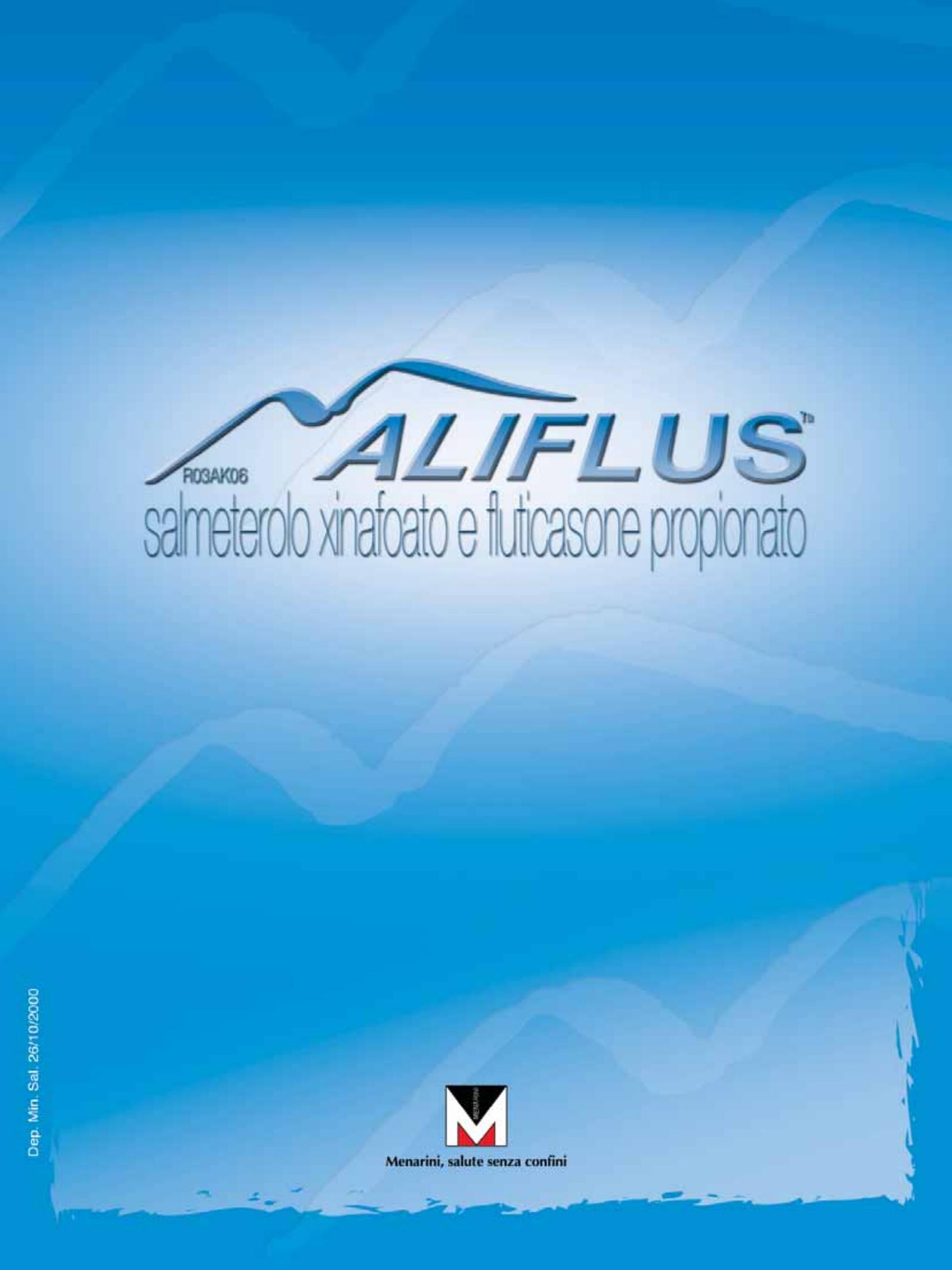
**Gli Obiettivi del Millennio
e la mortalità dei bambini**

G. Maciocco

**Il PSA e la diagnosi precoce
del tumore della prostata**

CSR e Ufficio di Direzione Istituto Toscano Tumori

N° 10 NOVEMBRE/DICEMBRE 2011



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ Picasso, caballero dell'arte
F. Napoli **4**

EDITORIALE

■ Riparare, manipolare, truccare: la medicina e l'uomo-macchina
A. Panti **5**

QUALITÀ E PROFESSIONE

■ Riflessioni sul modello di assistenza alla cronicità della Regione Toscana denominato Chronic Care Model
S. Giovannoni **6**

■ A proposito di salute mentale di legame
E. Facchi e coll. **8**

■ La definizione dei percorsi riabilitativi per i disturbi specifici del linguaggio in età evolutiva
M. Camuffo e coll. **10**

■ Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni nell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti di Grosseto
M. Lussetti e coll. **12**

■ Con tutto il rispetto per opinioni diverse
P.M. Mandelli e coll. **14**

■ Prevalenza dell'infezione genitale da Chlamydia trachomatis in Zona Valdera
M. Meini e coll. **16**

■ I cibi biologici nell'alimentazione in età evolutiva
F. Franchini **19**

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

■ Trend di incidenza del tumore della colecisti in Toscana
A. Caldarella e coll. **20**

REGIONE TOSCANA

■ Prescrittibilità farmaci senza ticket aggiuntivo **21**

■ Il PSA e la diagnosi precoce del tumore della prostata
CSR e Ufficio di Direzione Istituto Toscano Tumori **23**

■ Comunicato su preparazione chiamata VIDATOX 30
Ufficio di Direzione Istituto Toscano Tumori **24**

■ Confrontarsi con la "Sindrome Demenza"
A. Bavazzano, L. Tonelli, M. Piccininni **26**

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

■ Piazza della Indipendenza. Le origini, gli aneddoti, le storie di vita
M. Fanfani **29**

RICERCA E CLINICA

■ Trattamento chirurgico mini-invasivo dell'agenesia vaginale
T. Simoncini e coll. **33**

FRAMMENTI DI STORIA

■ La Sanità toscana per l'Unità d'Italia
A. Panti **35**

SANITÀ NEL MONDO

■ Gli Obiettivi del Millennio e la mortalità dei bambini
G. Maciocco **37**

ENPAM

■ Novembre: tempo di castagne e di ... bilanci
E. Pattarino **39**

LETTERE AL DIRETTORE

■ Un confronto che non ha fine
P. Addamo **40**

■ Le medicine non convenzionali, un dibattito sempre interessante
S. Bernardini **41**

■ Ai miei tempi...
A. Papini **41**

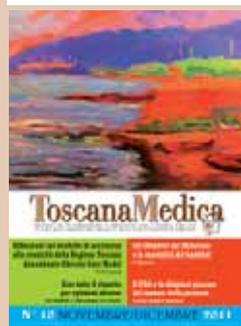
■ Letti sottratti
M.G. Castiglioni **42**

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani **43**

LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI **43**

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi **44**

CORSI E SEMINARI **9/42**



Fondato da **Giovanni Turziani**
Anno XXIX n. 10 - Nov./Dic. 2011
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze
In coperta
"Libeccciata" di **Adriano Danti**
Antignano, Livorno

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2011 € 2,73

Direttore Responsabile
Antonio Panti
Redattore capo
Bruno Rimoldi
Redattore
Simone Pancani
Segretaria di redazione
Antonella Barresi
Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
http://www.ordine-medici-firenze.it
e-mail: toscanamedita@ordine-medici-firenze.it
Editore
Edizioni Tassinari
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it
Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
http://www.edizionitassinari.it
Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscamedica@ordine-medici-firenze.it.
- Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute spazi inclusi.
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- No Bibliografia ma sono 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.



Picasso, caballero dell'arte

Un artista (apparentemente) solare, Pablo Picasso. La mostra che fino al 29 gennaio 2012 viene presentata alla *Fondazione Palazzo Blu* di Pisa si titola *Ho voluto essere pittore e sono diventato Picasso* ed è curata da Claudia Beltramo Ceppi. L'attuale esposizione si ricollega idealmente alle precedenti (dal 2009) su Chagall e su Mirò, ospitate nelle medesime sale, autori che hanno mostrato come costante fra loro una comune luce mediterranea. La nascita nella luminosa terra di Catalogna, permette a Picasso di dare corpo alle proprie visioni che in esposizione possono essere identificate in opere come *Busto di donna con cappello* o come *Testa d'uomo*.

Un artista eclettico, Picasso. Le tante tecniche usate – dalla pittura all'incisione alla ceramica – trovano in mostra una loro continua concretizzazione. L'oggetto vaso o libro qui viene inteso dall'autore come un qualcosa che occupa lo spazio, vitale, concreto e tangibile. Attraverso una tecnica antica come la ceramica, Picasso riprende il tema di una espressione artistica che è popolare in quanto comune e che bene estrinseca quella appartenenza al gruppo sociale di cui l'autore fa parte. Per di più, l'uso della ceramica – in mostra sono esposti numerosi pezzi, anche con riferimenti mitologici – rimanda ad una volontà di ulteriore dialogo attraverso oggetti d'uso, anche se talvolta sviluppati solo sul piano estetico. Certo, in Picasso ormai preda del mercato, l'uso della tecnica ceramica permette di divulgare (anche mercantilmente) la propria arte: comunque, in partenza compare in lui la volontà di affermare un'appartenenza che si ricollegli alle proprie radici.

Un artista con forte spirito sociale, Picasso. I temi documentati in mostra – tra gli altri, la povertà, la guerra, l'erotismo – e le soprannominate tecniche tendono ad una espressione artistica diffusa nel quotidiano e resa in qualche modo alla portata di tutti, nel contempo costituendo un diario personale. L'autore tende ad usare tecniche che gli possano permettere di parlare un linguaggio semplice ed immediato – il quadro *Pasto frugale* –. I temi sociali, così, diventano politici per la loro specificità in relazione a quanto quotidianamente la società deve affrontare: è un impegno preciso dell'autore che vive la propria contemporaneità nell'arco di tutta la vita – la Guerra civile spagnola riflessa in certi disegni considerabili anche preparatori di *Guernica*, la Seconda Guerra mondiale riflessa in modo drammatico nella *Minotauromachia* (1935) –.

Un artista eclettico, Picasso. Nella mostra pisana si notano i mutamenti di stile avvenuti in lui negli anni (in mostra opere dal primo Novecento fino al

1970), dal giovanile Periodo Blu alle opere di influenza cubista alla molteplicità della maturità (dai sapori surreali a quelli classici), punto di riferimento per tanta arte del Novecento; comunque, sempre riflesso di una continua ricerca espressiva, quasi Picasso tendesse a rintracciare un diverso personale linguaggio artistico costruendolo con segni (in particolare gli occhi), con colori (non di rado aggressivi) e con forme (sempre marcate).

Un artista deciso perché motivato fino all'autoritarismo, Picasso. Infatti, la sua è una espressione artistica perentoria, non di rado furiosa nella realizzazione e sorretta da una forte personalità; sottolineata da un segno/contorno netto, delimitante, affermativo senza alternative, pertanto chiuso. Di conseguenza, la sua brillantezza luminosa non è indice di estroversione, ma riflesso di una nascita, la quale si afferma di continuo come elemento principale di una formazione culturale e intellettuale, che della terra d'origine reca l'orgoglio.

Ho voluto essere pittore e sono diventato Picasso

Palazzo Blu (*lungarno Gambacorti 9, Pisa*)

Fino al 29 gennaio 2012 (aperto tutti i giorni)



Pablo Picasso, *Cabeza de mujer con sombrero con borlas*, Mougins, gennaio-marzo 1962 (?) Grabado a la gubia, en cinco colores, sobre matriz de linóleo, tirado sobre papel Arches (prueba de artista, V estado y definitivo) Barcellona, Museu Picasso © Gassull Fotografia © Succession Picasso, by SIAE 2011.



Riparare, manipolare, truccare: la medicina e l'uomo-macchina

ANTONIO PANTI

Da millenni l'uomo conosce sostanze che hanno un uso non solo terapeutico ma migliorano l'efficienza fisica e psichica, farmaci che spesso conducono all'abuso. Oggi i mezzi per migliorare le *performances* dell'uomo sono molteplici, non soltanto chimici, e più efficaci. Tralasciamo il concetto di "cura" perché dovremmo concordare sulla definizione di malattia, cosa difficile quando ogni giorno se ne dilatano i confini (per il bene dell'umanità o delle aziende farmaceutiche?). La medicina moderna non è più soltanto curativa, riparatrice della macchina danneggiata o vecchia, ma si pone il fine di manipolare l'uomo, "truccarlo", come si fa con le motociclette. La chimica aumenta la forza fisica, la chirurgia cambia l'estetica, la biomeccanica consente prestazioni più efficienti, la genetica può condizionare l'ereditarietà. Si afferma la medicina dei desideri, delle persone sane, della prevenzione (o della predizione?), della rigenerazione e della sostituzione meccanica, mentre nanotecnologie e sistemi informatici influenzano le reazioni mentali.

Chi informa i cittadini della realtà di una consulenza genetica e chi li responsabilizza delle possibili scelte? La società porrà limiti o freni? Chi paga le gambe di Pistorius se non riparano una disabilità ma consentono di partecipare alle Olimpiadi? Non sono questioni da poco. La medicina nasce come sapiente accompagnamento alla *vis medicatrix naturae*, a ciò che è naturalmente determinato. Col tempo è divenuta una costruzione affatto artificiale, perfino la nascita e la morte sono fenomeni condizionati dalle decisioni mediche. L'evoluzione naturale cede il passo a una sorta di post-darwinismo tecnologico, quasi a delineare un uomo nuovo, una bio-, tecno-, info, neuro macchina, condizionata dall'interno e dall'esterno.

Quali sono allora i confini dell'individuo? Se la tecnologia avvolge la persona in una rete informatica che ne amplia i contatti e li condiziona, se le protesi ne mutano le capacità, che ne resta della "*individua substantia rationalis naturae*"? La licenza di usare senza limiti delle innovazioni della scienza e della tecnica crea un nuovo potere medico, un'arma di difficile uso. Il vantaggio ottenibile con l'aumento delle potenzialità naturali mediante mezzi chimici o tecnici o chirurgici o genetici è un diritto di chiun-

que e può essere usato senza alcuna regola rispetto a chi mette in campo solo la sua naturalità? Si creeranno nuove disuguaglianze? Chi paga le protesi che fanno porre ipoteche sulla vittoria sportiva, cosicché la disabilità diventa handicap da concedere agli altri?

Ma il futuro è ancor più problematico per gli sviluppi dell'informatizzazione e delle interconnessioni con le attività cerebrali. È già sul tappeto il problema delle banche dati, predisposte con i più vari scopi, di polizia (banche di DNA) oppure di controllo a distanza mediante dispositivi elettronici. Esistono dispositivi per migliorare le cure delle persone malate, altri per migliorare le *performances* delle persone sane e altri ancora che consentono un controllo sulle attività fisiche e psichiche degli individui. La connessione tra cervello e computer creerà un nuovo individuo, un'evoluzione artificiale delle capacità dell'uomo, ma allora come definire quell'individuo così modificato e come offrire a tutti le stesse "*capabilities*"?

La scienza moderna applicata alla medicina rispetterà la dignità e l'autodeterminazione di ciascuno? Quali saranno i diritti e i doveri di un uomo "cyber"? Come la nave di Teseo, dopo avere cambiato tutti i componenti, l'uomo sarà sempre individualità irripetibile? Se Teseo è il cervello, ma è diversamente interconnesso o condizionato rispetto a quanto naturalmente lo sarebbe, allora manca l'ultimo aggancio per l'identità della nave. Quale sarà lo spazio individuale che la medicina (e il diritto e l'etica) riconoscono?

Si richiama con forza ad utilizzare con saggezza la medicina *high tech* e a riconquistare quell'*high touch* che ha sempre caratterizzato l'opera del medico. La medicina narrativa insieme all'EBM, la *slow medicine* in tempi di *fast truck*, e via anglesizzando. La medicina calata nell'olismo informatico, virtuale, contrasta con la realtà di chi soffre e deve essere trattato come un malato e toccato (visitato), come una persona in carne e ossa, per nulla virtuale. Quali sono i nuovi confini della medicina, quella che cura e quella, incombente, che modifica le capacità dell'uomo genetiche e acquisite? Saranno necessarie al medico non solo scienza e coscienza ma sapienza, cioè pari conoscenza e sensibilità morale.

TM



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

Riflessioni sul modello di assistenza alla cronicità della Regione Toscana denominato Chronic Care Model

L'articolo è frutto del contributo di idee, discussioni, valutazioni e critiche all'interno di un gruppo di medici di medicina generale toscani: Sandro Bussotti, Gian Paolo Collecchia, Pier Lorenzo Franceschi, Giovanni Carriero, Saffi Ettore Giustini, Emanuele Messina, Loretta Polenzani, Andrea Santini.

Tradizionalmente il lavoro del medico di medicina generale è sempre stato visto come medicina di attesa; in realtà, nella prassi quotidiana, viene attuata medicina di opportunità, cioè vengono ricordate e portate avanti strategie di assistenza durante una visita per un problema acuto o per un accesso comune richiesto dal paziente. La medicina di iniziativa, pur messa in pratica con mille difficoltà organizzative e di bilancio nell'ambito della medicina generale, si scontra con il grosso limite della disponibilità alla partecipazione attiva da parte del cittadino/paziente nel portare avanti il proprio progetto di Salute. Sul piano assistenziale si vengono a creare così non poche disparità, che trovano ragione ora nel livello socio/culturale, ora nella disponibilità di tempo, ora nell'ansia e nelle fobie che foraggiano sempre più il consumismo sanitario.

La prima vera caratteristica alla base di una medicina di iniziativa dovrebbe dunque essere l'estensione dell'offerta assistenziale a tutte le fasce di popolazione che necessitano di un progetto di Salute utile per prevenire, ritardare o assistere la cronicità. Anzi, quanto più riuscirà ad arrivare alle classi più disagiate, emarginate, con bassa scolarità e livello culturale (da sempre le più a rischio di morbilità e cronicità), tanto più si otterranno risultati assistenziali tangibili e improntati a equità e solidarietà, cardini imprescindibili di un autentico Servizio Sanitario Nazionale pubblico.

Il Piano Sanitario Regionale prevede in Toscana un piano di assistenza al cronico conosciuto come *Chronic Care Model* (CCM), mutuato da esperienze assicurative d'oltre oceano, che conta di assistere cinque patologie causa di cronicità:

scompenso cardiaco, diabete mellito, ipertensione arteriosa, ictus, broncopneumopatia cronico ostruttiva.

L'impostazione per patologie, fondata su un'ottica specialistica, utile e più semplice per iniziare il progetto, di fatto rende difficile il *patient centred primary care* richiamato dallo stesso progetto regionale, perché, impostando il processo assistenziale del cronico sulla patologia, lo rende *disease centred*, mettendo in difficoltà il classico intervento della medicina di famiglia, fondato da sempre sulla persona, la famiglia ed il contesto di vita e relazioni, in contrapposizione all'ottica specialistica che fonda il suo intervento sulla patologia e sul suo approfondimento.

L'obiettivo assistenziale di una medicina proattiva è quello di andare ad incidere sulla riduzione del rischio di malattia e di morte, con un processo che tenda a ridurre la disuguaglianza fra individui, offrendo a tutti le stesse reali possibilità di intervento per modificare il rischio individuale, che si fonda senz'altro su personali condizioni socio-sanitarie, dalle malattie agli stili di vita, allo stato sociale, al lavoro, alla predisposizione genetica, ecc. L'ergonomia lavorativa basata sul riconoscimento e sul *follow up* della malattia è facile da studiare e valutare, spesso si risolve con l'effettuazione di

STEFANO GIOVANNONI

Medico di Medicina Generale, Prato

esami e visite periodiche, che diventano precisi indicatori di performance. In questa ottica, l'evento acuto, la complicità, la co-morbilità e la politerapia difficilmente possono essere letti e valutati.

La gestione della complessità è però il lavoro quotidiano del medico di medicina generale, molto difficile da fotografare, tanto che spesso gli indicatori di valutazione del suo operato sono forzatamente riduttivi e incompleti, se non addirittura fuorvianti i reali processi di assistenza, non tenendo conto della volontà che un cittadino-paziente ha diritto di esprimere, del fenomeno dell'induzione, del *setting* operativo, ecc.

Le due maggiori cause di mortalità e di cronicità sono le **malattie cardiovascolari** e i **tumori**; ad esse si aggiunge la **fragilità**, più spesso nell'anziano, per polipatologia e per il venir meno di quelle risorse adattative che determinano il vero passaggio alla non autosufficienza e alla non autonomia, con enormi carichi assistenziali socio-sanitari. Altre cause le ritroviamo nelle **affezioni osteomioarticolari**, così come nelle **problematiche psichiatriche**. Le patologie individuate dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR), se viste secondo l'ottica *patient centred*, sono affezioni in grado di determinare grandemente il rischio di cronicità/morte per cause cardiovascolari. Spesso la maggior parte delle patologie in questione si ritrova nella stessa persona e il rischio cardiovascolare che determinano deve tener conto anche delle condizioni socio economiche e culturali individuali, del contesto familiare e dell'ambiente di vita e di lavoro, della storia personale e della convinzione/volontà/capacità di comprendere, condividere e portare avanti un proprio progetto di Salute.

La destrutturazione del rischio in patologie rende disagevole la costruzione di protocolli operativi di controllo e riduzione del rischio, mentre un intervento incentrato sul **grading di rischio** cardiovascolare personalizzato potrebbe riassumere in sé quelle caratteristiche olistiche che caratterizzano l'intervento all'individuo.

L'obiettivo pesante del progetto assistenziale deve essere quello di ridurre il rischio cardiovascolare, selezionando: (a) chi è già portatore di malattia/e, (b) chi ha condizioni tali da concorrere a determinare un elevato rischio e (c) chi, per abitudini e stile di vita, è solo passibile di rischio futuro. Si passerà da pesanti interventi medici, a stretta sorveglianza medico-infermieristica delle condizioni di rischio con monitoraggio adeguato e personalizzato, a estesi interventi di *self-empowerment* per modificare abitudini a rischio, programmati da professionisti esperti nel campo della comunicazione e dei *media*. Questo suddivisione potrebbe essere utile anche per una programmazione economica dei costi e degli investimenti, scegliendo, secondo le disponibilità finanziarie, se agire soltanto sull'alto rischio, con un massimo risultato costo-efficacia, o sul medio o sul basso rischio, con necessità di maggiori in-

vestimenti per il numero sempre maggiore di soggetti cui è rivolta l'assistenza e quindi di risorse da mettere in campo.

Bisogni assistenziali e culturali devono trovare, quindi, risposte anche su un piano prettamente organizzativo.

Il medico di medicina generale attualmente è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi, schiacciato da una burocrazia esasperante, ed è assai difficile, se non impossibile, recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione lavorativa con l'intervento operativo e responsabile di figure professionali preparate a coadiuvare e portare avanti aspetti burocratici, organizzativi e assistenziali della prevista ulteriore mole del carico di lavoro. In realtà, il Chronic Care Model preso ad esempio dal Consiglio Sanitario Regionale prevedeva anche "assistenti medici" oltre a numeroso personale infermieristico formato e professionalmente competente, così come lo stesso *Progetto di Rifondazione delle Cure Primarie* della FIMMG ne tracciava le basi organizzative. È d'auspicio, inoltre, che i giovani infermieri possano essere preparati e formati anche su logiche di assistenza territoriale e non soltanto ospedaliera, con tirocini presso medicine di gruppo e master dedicati all'acquisizione di competenze assistenziali territoriali nell'ambito delle Cure Primarie, come la gestione della cronicità, del processo di *counselling* e di gestione del *self empowerment*, così strategicamente importanti nel modello di Chronic Care Model *expanded* preso in considerazione.

Dall'analisi fatta e dalle esperienze operative di questi mesi, il modello di assistenza al cronico proposto e attualmente portato avanti (con difformità fra le varie Aziende sanitarie), ci sembra un primo passo di notevole importanza concettuale nell'assistenza al cronico ma, purtroppo, non destinato ad incidere pesantemente sulla reale riduzione degli eventi cardiovascolari e sulla gestione delle problematiche ad essi connesse, perché la visione per patologie lo rende parziale, con obiettivi assistenziali e percorsi gestionali che non sono in grado di leggere al meglio il processo della cronicità e la complessità che lo contraddistinguono.

Se teniamo conto del ruolo delle Cure Primarie nell'assistenza alla cronicità, dell'ergonomia di lavoro del medico di medicina generale e delle risorse professionali, organizzative e strutturali necessarie proponiamo, nell'ottica di una medicina d'iniziativa per l'assistenza alla cronicità "cardiovascolare", non tanto una suddivisione di pazienti in elenchi per patologie da monitorare secondo la malattia, ma una suddivisione funzionale dei pazienti a rischio cardiovascolare, determinandone il *grading* di rischio e

quindi l'immediato profilo di monitoraggio e di intervento assistenziale (farmacologico, comportamentale, educativo), corredato da indicatori di *performance* effettiva del medico e del personale infermieristico.

Per esempio, definiamo, a seconda della priorità di intervento, tre livelli di rischio CV:

1) **sogetti ad alto rischio CV, in cui il necessario intervento medico porta a risultati concreti, efficaci, efficienti, misurabili:** sono pazienti con almeno una delle seguenti caratteristiche:

- presenza di malattia cardiovascolare manifesta: coronaropatia nota (infarto miocardico, procedure di rivascolarizzazione coronarica, angina pectoris); ictus cerebri/TIA (di origine aterosclerotica); arteriopatia periferica (patologia aterosclerotica – stenotica, occlusiva, aneurismatica – dell'aorta e delle arterie, con esclusione delle coronarie); scompenso cardiaco; fibrillazione atriale;
- danno renale (GFR stimata < 60 ml/min e/o micro/macroalbuminuria);
- diabete mellito di tipo 2 e di tipo 1;
- ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra;
- rischio stimato con algoritmo *Progetto Cuore* > 20% a dieci anni.

2) **Soggetti non ad alto rischio, ma portatori di condizioni di rischio che necessitano di intervento/trattamento medico e follow up infermieristico:**

- ipertensione arteriosa;
- dislipidemie familiari.

3) **Soggetti a rischio per stile di vita, con interventi educazionali rivolti alla popolazione nel suo complesso o per categorie di rischio o individuali da personale infermieristico e counselor:**

- abitudine al fumo;
- obesità;
- sedentarietà.

NB La condizione di rischio aumenta per condizioni socio/culturali ridotte.

Sulla base di queste classi di rischio, dovranno essere determinati:

- obiettivi assistenziali;
- percorsi e strategie assistenziali, tradotte in azioni;
- indicatori di valutazione di percorso e esito condivisi

e tutti quegli strumenti in grado di permettere alle Cure Primarie di mettere in pratica quella "rivoluzione" assistenziale che tutti noi auspichiamo.

TM



Edvige Facchi, psichiatra e psicoterapeuta Responsabile SPDC Ospedale Misericordia Grosseto UFSMA zona 4 Grosseto

A proposito di salute mentale di legame

Un caso clinico

Nell'ospedale generale di Grosseto veniamo attivati per circa 750 consulenze annue di cui il 72% in Pronto Soccorso e il 28%

nei reparti (30% medicina, 13% neurologia, 10% malattie infettive, 8% chirurgia, 6% ortopedia, 5% ospedale di Comunità, 3% ostetricia, 2% ginecologia...).

È evidente dai numeri come le richieste di consulenza siano inferiori ai dati di prevalenza attesi. La nostra riflessione va nello specifico all'esiguo numero di richieste provenienti dai reparti di ostetricia e ginecologia, considerando che durante il post-partum circa l'85% delle donne sviluppa un qualche tipo di disturbo dell'umore, anche se

per la maggior parte lievi e transitori, il 10-15% depressione, lo 0.1-0.2% psicosi (Kendell, 1987)). La mancanza di consapevolezza di queste possibili problematiche rischia di lasciare non trattate situazioni importanti con conseguenti rischi per la madre ed il neonato e di non mettere in atto interventi preventivi efficaci che possono ridurre l'incidenza e/o la gravità dei disturbi stessi.

Nel caso clinico presentato verrà descritta un'esperienza discreta di operatività a partire da una richiesta di consulenza nella direzione di una psichiatria di liaison.

Caso clinico

La richiesta di consulenza arriva con carattere di urgenza dal reparto di ostetricia in prima serata.

E. FACCHI, F. BARDICCHIA, G. CARDAMONE

Unità Funzionale Salute mentale Adulti
"Area Grossetana" - Asl 9 Grosseto

Una donna in seconda giornata dopo il parto (avvenuto con cesareo) minaccia il suicidio! Arriviamo rapidamente in ostetricia, ascoltiamo il resoconto e la preoccupazione del ginecologo e dell'ostetrica che avevano raccolto la "richiesta di aiuto" della paziente e chiediamo uno spazio adeguato dove effettuare il colloquio con la donna e con il marito in quel momento presente nella stanza.

A. è una donna di 33 anni, già madre di una bimba di 5 anni affetta da Sindrome di Rett. Ha un passato di tossicodipendenza risolta dopo un percorso comunitario dove ha incontrato il marito. Conosce e ha avuto contatti con il nostro Centro di Salute Mentale per la sorella minore che ha problemi di ritardo mentale e psicosi d'innesto. L'ansia che manifesta in modo marcato all'inizio dell'incontro tende a stemperarsi con il colloquio. A. si relaziona subito in modo sintonico, aiutata a tratti dal marito, racconta la sua storia, ha voglia di raccontarsi sottolineando le proprie difficoltà e debolezze e il successivo senso di competenza e forza per essersi mantenuta nel tempo astinente e per aver sostenuto in modo adeguato il ruolo di madre di una bimba con problemi. Ora però è angosciata dall'idea di non essere in grado di gestire il nuovo "carico" incrementato dall'arrivo del neonato. La stanchezza che le deriva da due notti insonni potenzia a circolo vizioso ansia e preoccupazione fino al punto, dice A., di essersi sentita esasperata e di aver pensato di farla finita. Ridefiniamo la "crisi" esattamente in questi termini: da un lato il calo ormonale post-partum e la stanchezza associata all'evento, dall'altro la difficoltà di A. a pensare una riorganizzazione ed una nuova gestione del quotidiano. Esplicitiamo la richiesta di aiuto che la paziente sta rivolgendo al marito, ad altre figure familiari significative, agli operatori sociosanitari. La presenza del marito durante questo primo colloquio è fondamentale per garantirle in questa fase almeno un supporto ed una condivisione emotiva. Decidiamo di non intervenire con una terapia psicofarmacologica, sia per dare il messaggio ad A. che è in grado di contenere la propria ansia, sia per non compromettere l'allattamento ed una relazione madre-figlio che nonostante la difficoltà è partita bene.

Chiediamo all'ostetrica di garantire alla donna la possibilità di un riposo notturno, magari con la presenza durante la notte di una delle due nonne (madre o suocera) o affidando il neonato al nido, rassicuriamo il medico ed il personale di reparto che già ipotizzavano una incerta psicosi post-par-

tum che il nostro orientamento diagnostico è verso una reazione d'ansia e proponiamo una rivalutazione l'indomani mattina, possibilmente anche con le nonne.

Il giorno successivo l'ostetrica ci anticipa che la donna sta decisamente meglio, donna vecchio stampo e di particolare sensibilità ha già di sua iniziativa attivato un servizio territoriale che prevede la possibilità di un aiuto ostetrico a domicilio. Insieme contattiamo l'assistente sociale che già conosce il nucleo familiare e che ha già strutturato un aiuto per la presenza della minore disabile affinché possa ristrutturare l'intervento ed il supporto ad A. in relazione alle nuove esigenze. Infine in un sistema relazionale tutto al femminile convociamo (sempre in modo congiunto l'ostetrica e la psichiatra) A., la mamma di lei e la suocera. L'ostetrica, con autorevolezza, si rivolge direttamente alle nonne (prima generazione) e fornisce indicazioni semplici e pratiche circa il modo in cui ora possono aiutare la neo-mamma: limitare e filtrare le visite di parenti e conoscenti, occuparsi delle faccende domestiche e della cucina in modo che A. possa dedicarsi ai due bambini. Esprimono tutte assenso sulle indicazioni, compresa A. che ascolta partecipe. Proponiamo infine di chiudere l'incontro con un colloquio individuale con la donna nella sua stanza (la scelta del luogo era dettata dal fatto che era utile osservare l'interazione madre-neonato) A. si mostra affettiva, solare, guarda con intensità il proprio bimbo, peraltro oggettivamente bello e ce lo presenta. Ci tiene anche a far vedere le foto della primogenita. Ciò che avviene in quella stanza potenzia l'alleanza terapeutica, A. esprime gratitudine, le offriamo la possibilità di contattarci direttamente in caso di successiva difficoltà. Due mesi dopo abbiamo saputo che non si sono manifestate altre difficoltà.

Nell'intervento descritto, tempestivo, non solo per il carattere d'urgenza della richiesta, dalla lettura della domanda espressa attraverso il disagio della paziente, essenzialmente bisognoso di rassicurazione e di supporto, si articolano risposte a più livelli che complessivamente determinano una risoluzione rapida dell'acuzie anche senza l'utilizzo (non necessario in questo caso) di terapia psicofarmacologica. L'esperienza clinica proposta è inoltre esemplificativa di una modalità di intervento, efficace e transitiva, che si ispira al modello della Psichiatria di Consultazione-Collegamento.

TM

CORSI E SEMINARI

ERGONOMIA DEL PRODOTTO, DEI SERVIZI E DELLE ATTREZZATURE

Master universitario di I livello, organizzato dall'Università di Firenze, Facoltà di Architettura. E' rivolto a laureati in architettura, ingegneria, design, discipline mediche, umanistiche e scienze sociali. Il Master è riconosciuto a livello italiano ed europeo per accedere alla certificazione di Eur. Erg. - Ergonomo Europeo. Ha durata annuale e prevede l'acquisizione di 66 CFU. Inizio lezioni 30 gennaio 2012. Numero massimo iscritti 34; è possibile iscriversi anche ai singoli moduli. Domanda di iscrizione entro il 22 dicembre alla Segreteria post Laurea per i Master e Esami di Stato, Via F. Valori 9, 50132 Firenze. Info: <http://www.unifi.it/CMpro-v-p-7609.html> o scrivendo a: master.ergonomia@arch.unifi.it



Mauro Camuffo, Spec. in Neuropsichiatria Infantile e Psicol. Clin.; dal 2004 Direttore U.O. Neuropsich. Infant. e Respo. UFSMIA Area Grossetana (struttura complessa) AUSL 9 GR; dal 2006 Componente Commiss. RT Governo Clinico Salute Mentale; dal 2008 al 2010 Componente Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale Commis. Salute Conferenza Stato-Regioni.

La definizione dei percorsi riabilitativi per i disturbi specifici del linguaggio in età evolutiva

L'esperienza di una UFSMIA toscana

PREMESSA

L'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

Area Grossetana (struttura complessa; in tempo pieno-equivalenti: 3 neuropsichiatri infantili; 1-2 psicologi; 1-5 infermieri; 1 amministrativo; 5 logopedisti; 1-5 fisioterapisti; 1 terapista neuro-psicomotricità età evolutiva) dell'A.USL 9 Grosseto ha cercato di definire le modalità di accesso e di presa in carico dei minori affetti da Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL), individuando, rispetto ai bisogni riabilitativi degli utenti, gli strumenti previsti per garantirne l'accesso alle prestazioni, le caratteristiche del servizio prestato, i presidi dei percorsi e le risorse professionali coinvolte. Tale impegno ha perseguito obiettivi multipli, riferiti all'organizzazione, agli operatori e all'utente, e ha portato alla stesura di un documento procedurale, che costituisce strumento di indirizzo generale e di riferimento per tutti gli Operatori coinvolti nel percorso, dipendenti e convenzionati, pubblici e operanti nelle strutture convenzionate.

I DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO

I Disturbi specifici del linguaggio (ICD10: **Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio**, F80) rappresentano un insieme eterogeneo di quadri sindromici caratterizzati da ritardo o disordine in uno o più ambiti dello sviluppo linguistico, in assenza di deficit cognitivi, sensoriali, motori, affettivo/relazionali e di importanti carenze socio-ambientali. I bambini con DSL (almeno il 3% della popolazione infantile in età prescolare) presentano difficoltà di vario grado

nella comprensione, nella produzione e/o nell'uso del linguaggio, in una o in tutte le componenti linguistiche (fonologica, semantica, sintattica e pragmatica), e un'evoluzione nel tempo che varia in rapporto a gravità e persistenza del disturbo. I criteri diagnostici dell'ICD10 propongono tre «profili funzionali distinti»: **Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio (F80.0)**, **Disturbo del linguaggio espressivo (F 80.1)**, **Disturbo della comprensione del linguaggio (F 80.2)**.

I CRITERI PER L'AVVIO AL TRATTAMENTO

L'attuale strategia riabilitativa per ridurre la morbilità e le successive difficoltà scolastiche è basata sull'evidenza che una diagnosi precoce ed un intervento riabilitativo appropriato, in particolare nei primi anni di scuola materna, possono modificare la storia naturale del disturbo. D'altra parte, i criteri attualmente condivisi per l'identificazione dei bambini "parlatori tardivi" sono: vocabolario inferiore a 50 parole a 24 mesi; mancata produzione di frasi a 30 mesi; lunghezza media delle frasi inferiore a 3 parole a 36 mesi. Accedono al percorso tutti i pazienti di **età compresa tra i 2 e gli 8 anni** con difficoltà linguistiche che rispondono ai requisiti richiesti per la diagnosi di DSL effettuata dagli specialisti dell'UFSMIA. Sono esclusi i soggetti di età inferiore ai 2 anni o superiore agli 8 anni, salvo casi particolari.

IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

I DSL sono compresi tra gli stati di salute previsti dall'Allegato A della DGR 595/2005 per il **per-**

MAURO CAMUFFO*, PATRIZIA MASINI**, ROMANO FABBRIZZI°, MARIA MADDALENA ACCHIAPPATI°, MARGHERITA PAPA°, FERNANDA CORRIDORI°, ALESSANDRA DESIDERI°, MARIA GRAZIA FRANCALACCI°, STEFANIA LORENZONI°, FRANCESCO TRUSSO°

* Direttore UO Neuropsichiatria Infantile, Responsabile UFSMIA Area Grossetana

** Direttore UO Riabilitazione Funzionale

° Neuropsichiatra Infantile

°° Psicologo

°°° Logopedista

Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza Area Grossetana, A.USL 9 Grosseto

I Percorsi Riabilitativi

	NPI	PSICOLOGO	LOGOPEDISTA
	Registrazione prestazioni sistema informativo		
F80.0 Fascia d'età 2-5 anni	Visite di controllo	Counseling ai genitori Counseling agli insegnanti Interventi abilitativi/riabilitativi: riabilitazione individuale/di gruppo cicli di 3 mesi alternati a 3 mesi di sospensione del trattamento 1-2 sedute sett. da 12 a 48 sedute complessive nell'anno Interventi di empowerment Trattamento effettuato dopo la valutazione con caratteristiche di priorità	Counseling ai genitori Counseling agli insegnanti Interventi abilitativi/riabilitativi: riabilitazione individuale/di gruppo cicli di 3 mesi alternati a 3 mesi di sospensione del trattamento 1-2 sedute sett. da 12 a 48 sedute complessive nell'anno Interventi di empowerment Trattamento effettuato dopo la valutazione con caratteristiche di priorità
	Incontri di verifica Eventuale nuovo piano di tratta- mento	Incontri di verifica	Incontri di verifica
F80.0 Fascia d'età 6-8 anni	Visite di controllo	Counseling ai genitori Counseling agli insegnanti Interventi abilitativi/riabilitativi: riabilitazione individuale/di gruppo cicli di 3 mesi alternati a 3 mesi di sospensione del trattamento 1-2 sedute sett. da 12 a 48 sedute complessive nell'anno Interventi di empowerment	Counseling ai genitori Counseling agli insegnanti Interventi abilitativi/riabilitativi: riabilitazione individuale/di gruppo cicli di 3 mesi alternati a 3 mesi di sospensione del trattamento 1-2 sedute sett. da 12 a 48 sedute complessive nell'anno Interventi di empowerment
	Incontri di verifica Eventuale nuovo piano di tratta- mento	Incontri di verifica	Incontri di verifica
F80.1 Tutte le fasce d'età	Visite di controllo	Counseling ai genitori Counseling agli insegnanti Interventi abilitativi/riabilitativi: riabilitazione individuale/di gruppo cicli di 3 mesi alternati a 3 mesi di sospensione del trattamento 2 sedute sett. da 24 a 48 sedute complessive nell'anno Per la fascia d'età 2-5 anni, trattamento effet- tuato dopo la valutazione con caratteristiche di priorità	Counseling ai genitori Counseling agli insegnanti Interventi abilitativi/riabilitativi: riabilitazione individuale/di gruppo cicli di 3 mesi alternati a 3 mesi di sospensione del trattamento 2 sedute sett. da 24 a 48 sedute complessive nell'anno Per la fascia d'età 2-5 anni, trattamento effet- tuato dopo la valutazione con caratteristiche di priorità
	Incontri di verifica Eventuale nuovo piano di tratta- mento	Incontri di verifica	Incontri di verifica
F80.2 Tutte le fasce d'età	Visite di controllo	Counseling ai genitori Counseling agli insegnanti Interventi abilitativi/riabilitativi: riabilitazione individuale/di gruppo cicli di 3 mesi alternati a 3 mesi di sospensione del trattamento 2 sedute sett. da 24 a 48 sedute complessive nell'anno Interventi di empowerment Per la fascia d'età 2-5 anni, trattamento effet- tuato dopo la valutazione con caratteristiche di priorità	Counseling ai genitori Counseling agli insegnanti Interventi abilitativi/riabilitativi: riabilitazione individuale/di gruppo cicli di 3 mesi alternati a 3 mesi di sospensione del trattamento 2 sedute sett. da 24 a 48 sedute complessive nell'anno Interventi di empowerment Per la fascia d'età 2-5 anni, trattamento effet- tuato dopo la valutazione con caratteristiche di priorità
	Incontri di verifica Eventuale nuovo piano di tratta- mento	Incontri di verifica	Incontri di verifica

corso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione n. 3 ("...disabilità anche transitorie di tipo segmentario o globale che richiedono, per la complessità del quadro clinico, una presa in carico globale e la predisposizione di programmi di intervento previsti all'interno di un progetto riabilitativo individuale..."), rientrando tra i "ritardi specifici dello sviluppo" (codice ICD9 CM: 315).

Ai fini del trattamento, si distinguono due fasce di età: **2-5 anni** e **6-8 anni**. Per la prima fascia, il trattamento logopedico, quando necessario, viene effettuato con caratteristiche di priorità, qualunque sia la categoria diagnostica individuata. Oltre gli 8 anni di età gli interventi logopedici perdono gran parte della loro efficacia. Il trattamento riabilitativo è comunque strutturato in **cicli di 3 mesi**, alternati a 3 mesi di sospensione; in genere i cicli sono di 24 sedute. La ripetizione del ciclo senza interruzioni e la sua prosecuzione oltre gli

8 anni d'età necessitano di valutazioni specifiche e di richiesta di deroga scritta e motivata dello specialista di riferimento. Il ricorso alla ciclizzazione permette di monitorare i cambiamenti nel corso della terapia e l'evoluzione spontanea nei periodi di sospensione, ottenendo dal trattamento i maggiori vantaggi. Nelle pause tra un ciclo e l'altro, il bambino ha la possibilità di trasferire nella vita di tutti i giorni e di utilizzare in modo funzionale ai suoi bisogni quanto acquisito nella stanza di terapia, tornando in riabilitazione maggiormente motivato e con nuovi obiettivi specifici su cui lavorare.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:
Dr. Mauro Camuffo, UFSMIA Area Grossetana, Via Don Minzoni 3, 58100, Grosseto - tel 0564485725/485799 - fax 0564483713

TM



Marco Lussetti, Medico psichiatra e psicoterapeuta. Responsabile di modulo presso l'U.F. Salute Mentale Adulti di Grosseto. Dal 1998 (prima a Genova, poi a Grosseto) gestisce gruppi per il trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia. Ha curato la traduzione del manuale di Andrews sui disturbi d'ansia ed è coautore di un recente manuale per il trattamento cognitivo comportamentale dell'Ipocondria.

Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni nell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti di Grosseto

L'attenzione ai Disturbi Mentali Comuni (CMD) è iniziata a Grosseto nel 1995 con la costituzione di un gruppo per il trattamento psicoeducativo dei disturbi

MARCO LUSSETTI, LUCIANA TARANTO,
ANNA DEL LESTI, GIUSEPPE CARDAMONE
UFSMA Area Grossetana, Az. Usl 9 Grosseto

d'ansia (Unità per il Trattamento dell'Ansia:

UTA). Nei primi gruppi il Dr. Corlito, allora responsabile del servizio, dava l'informazione sull'ansia, mentre un'infermiera o un'educatrice insegnavano ai pazienti le tecniche di rilassamento.

Nasce così il *Modello Grossetano*, caratterizzato dal fatto che i pazienti:

- erano inviati dai medici del Centro di Salute Mentale;
- erano trattati in équipes multi-professionali con tecniche psicoeducative;
- partecipavano con i familiari alla fase psicoeducativa e
- potevano continuare l'esperienza in gruppi

di auto-mutuo aiuto condotti da un operatore nel ruolo di facilitatore.

La formazione degli operatori con corsi interni all'azienda e workshop condotti da esperti quali Gavin Andrews e Paul Salkovskis, ha permesso di integrare il trattamento con l'esposizione graduale, la ristrutturazione cognitiva e la prevenzione delle ricadute. L'uso di manuali

per utenti specifici per patologia ha richiesto una valutazione diagnostica con la SCID per l'asse I del DSM-IV per tutti i pazienti segnalati. In caso di diagnosi prevalente di Disturbo di Panico, Fobia Sociale o Disturbo d'Ansia Generalizzato il paziente è inviato ad un trattamento di gruppo, negli altri casi (Disturbo Post Traumatico da Stress, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Fobia Specifica o Ipocondria) ad un trattamento individuale. Il trattamento individuale (o in piccoli gruppi aperti di 5 incontri) è anche proposto a chi non è ancora stabilizzato con una terapia farmacologica o non può partecipare ai gruppi.

L'ambulatorio è attivo il lunedì pomeriggio ed il gruppo di lavoro è attualmente formato da tre persone: uno psichiatra (ML) e due infermiere (ADL e LT). Ogni anno vengono trattati singolarmente o in gruppo circa un centinaio di pazienti. L'esito, misurato con scale specifiche, ha confermato un miglioramento significativo della patologia.

La semplicità del *Modello Grossetano* e i corsi di formazioni tenuti ad Arezzo e Siena hanno promosso la diffusione del metodo ad altri servizi della Toscana. La Dr.ssa Tina Mastrocinque, che ha conosciuto direttamente il nostro lavoro, ha condotto gruppi analoghi a Pontedera e, nell'ottobre 2010, le due équipes di Pontedera e Grosseto hanno tenuto un corso di formazione a Pisa per gli operatori dell'Area Vasta del Nord-Ovest.

Come ha già scritto il Dr. Corlito (TM 5/2010, pg. 17-18), lo studio di popolazione ESEMED di De Girolamo e Collaboratori ha rilevato che in Italia circa 1 persona ogni 14 soffre di DMC, ma solo il 17% di queste si rivolge al Sistema Sanitario per un trattamento. All'interno del Sistema Sanitario i DMC sono trattati per lo più dal medico di medicina generale (da solo o in collaborazione con altre figure) prevalentemente con farmaci (soprattutto ansiolitici), mentre il trattamento di prima scelta, secondo le linee guida NICE, dovrebbe essere di tipo cognitivo comportamentale. Lord Layard stima che il non usare il trattamento di prima scelta ha un costo per la società pari a circa l'1 ½% del PNL inglese e ha promosso una legge che stanziava € 198 milioni annui per formare operatori e aprire nuovi servizi in grado di offrire un trattamento cognitivo comportamentale a bassa intensità accessibile a tutta la popolazione. Il potenziale pericolo di questo progetto, giustamente descritto come "rivoluzionario", è creare un circuito parallelo sia alla medicina di base, sia alla psichiatria.

Un "Nuovo Modello Grossetano" propone invece una riorganizzazione delle risorse già impiegate nel trattamento dei DMC per formare un nuovo gruppo di lavoro assieme alla Società della Salute. Sono previsti tre livelli di trattamento (*stepped care*) con

intensità di cura molto bassa (1), bassa (2) e alta (3):

1. il primo livello è formato da operatori appositamente formati che lavorano con la medicina di base, con la supervisione e l'appoggio dell'UTA. È un livello di cura innovativo che costituirebbe il cuore della *Collaborative Care*, in grado di offrire una prima risposta non farmacologica ai DMC (psicoeducazione, tecniche di coping, uso di manuali di auto aiuto) ad un alto numero di persone. Promuove l'*empowerment* dei pazienti nella gestione dell'ansia e della depressione e li sostiene mantenendo un contatto proattivo nel tempo (*Chronic Care Model*). I casi più gravi vengono indirizzate ai livelli 2 o 3;

2. il secondo livello offre un trattamento di gruppo per i disturbi d'ansia e depressione non psicotica. In questo livello collaborano gli operatori del primo livello e il gruppo UTA;

3. il terzo livello può fornire la terapia cognitivo comportamentale individuale o il trattamento farmacologico. L'alta intensità di cura è affidata ai soli operatori della Salute Mentale (l'UTA per il trattamento cognitivo e gli altri operatori del Servizio per quello farmacologico).

Lo *stepped care* garantisce un uso più efficiente delle risorse psicoterapiche che vengono offerte solo a chi non risponde ad altri interventi psicosociali di più bassa intensità. I livelli di intervento, pensati come permeabili, possono promuovere l'integrazione fra medicina primaria e psichiatria e offrire, ad un alto numero di utenti, interventi efficaci alternativi ai farmaci. Questo modello potrebbe ridurre i rischi puntualmente segnalati nella lettera della Dr.ssa Giannini (TM 2/11 pg. 56) di appiattimento verso il basso delle prestazioni specialistiche o di ridurre l'autonomia dei pazienti con interventi senza una fine definita.

Infine l'aumento dell'accessibilità all'utenza con DMC può anche promuovere la presa in carico precoce di tutti i pazienti ad alto rischio di sviluppare un disturbo psicotico con sintomi iniziali d'ansia e depressione, riducendo così la *Duration of Untreated Illness*. **TM**



CAREGGI

VIA DELLE PANCHE

VENDESI

UFFICI PERFETTI PER STUDI MEDICI,
PROFESSIONALI, SHOW-ROOM
A PARTIRE DA 200 MQ.
AMPIA DISPONIBILITÀ DI POSTI AUTO.

Info 055 582772

www.giudicicostruzioni.it

giudicicostruzioni
COSTRUTTORI DI FIDUCIA.



Paola M. Mandelli, Specializzata in allergologia e immunologia clinica nel 1997. Dal 1976 è medico di Medicina Generale a Montale. Dal 2002 è ricercatore della rete SIMG di farmacovigilanza Pharmasearch. Farmacovigilanza; Malattie allergiche e ostruttive broncopulmonari (Asma e BPCO); Ipertensione arteriosa.

Con tutto il rispetto per opinioni diverse

Tre riflessioni sui farmaci generici

Premessa

Il “vezzo” di denigrare la categoria dei farmaci equivalenti additandola come un insieme di prodotti dotati di scarsa qualità e attività è frutto di situazioni puntiformi

mi spesso ad arte generalizzate talora sotto la spinta di interessi commerciali.

“Dubbi sulla qualità dei generici”.

Non li abbiamo mai avuti, ma il guaio è che in farmacia non si tengono solo generici, ci sono anche le copie, i generici delle copie... 35 generici di amlodipina, 48 di ceftriaxone, 33 di simvastatina da 40 mg... tutti intercambiabili?

Sempre e comunque... Su questo qualche dubbio lo abbiamo...

Inoltre come riportato nel documento della Società Italiana di Farmacologia “Position paper sui farmaci equivalenti” sarebbe utile e darebbe chiarezza inserire nella scheda tecnica i dati relativi alla Bioequivalenza (ad es: medicinale di riferimento utilizzato e dati ottenuti, ivi compreso intervallo di confidenza 90% per AUC e Cmax); ricercare eventuali equivalenti farmaceutici, autorizzati secondo la normativa precedente, che non hanno dati a supporto della Bioequivalenza e verifica dei requisiti per la loro inclusione nelle liste di trasparenza; armonizzare la scheda tecnica e il foglietto illustrativo per quanto concerne le indicazioni terapeutiche

... “superati i conflitti con i farmacisti” ...la sostituibilità...

“I nostri e gli altrui vertici” avranno superato i conflitti con una potente stretta di mano, ma il medico di base i conflitti / fastidi con i farmacisti del circondario per niente.

Non ce ne vogliano le nostre categorie ma manca una base culturale a comune su questo argomento come una lacuna delle Linea Guida EMA riguarda la mancata definizione dei singoli farmaci e/o delle classi di farmaci a ristretto indice terapeutico.

Per questi farmaci, piccole variazioni di biodisponibilità tra il medicinale originale di marca ed

il generico possono comportare sensibili variazioni di efficacia e sicurezza.

I test di Bioequivalenza sono fatti tra un singolo prodotto generico ed il farmaco originatore e questa condizione non garantisce che due o più equivalenti dello stesso originatore siano tra loro bioequivalenti soprattutto in alcune classi farmacologiche.

Quando si considerano i trattamenti già in essere in pazienti cronici e stabilizzati, sarebbe consigliabile evitare sostituzioni imposte da “vincoli economici” in quanto si potrebbero alterare i valori plasmatici del farmaco con possibili variazioni sia nell'efficacia sia nella sicurezza.

Questo è importante nel settore dei farmaci con basso margine terapeutico (anticonvulsivanti, antiaritmici, anticoagulanti orali, diuretici) così come per alcune formulazioni farmaceutiche, quali polveri per dosatori di aerosol e formulazioni *long-acting*.

Perché non sviluppare (e poi dar conto ai prescrittori) studi di farmacologia clinica (equivalenza farmacocinetica e/o farmacodinamica), condotti da Centri di sperimentazione clinica accreditati, su lotti di prodotti medicinali equivalenti reperiti presso i siti di distribuzione (farmacie ospedaliere e territoriali)?

Non passa giorno che i nostri amici farmacisti non sbuffino o telefonino perché abbiamo scritto «non sostituibile», oppure perché ricettiamo un generico di una certa marca che loro non hanno in magazzino ma che il paziente cronico e anziano assume già da tempo, ..., si trincerano e invocano le gare d'appalto della Regione e della AUSL (che poi non è così in realtà), a vuoti di magazzino, ad Aziende farmaceutiche che vincono una gara e che dopo “x” giorni non mandano più il prodotto...

Il Decreto Legge n. 323 del 20 giugno 1996 convertito in Legge n. 425 del 8 agosto 1996 prevede per i medicinali rimborsabili dal SSN che se il medico omette, nella sua prescrizione, di specificare il titolare dell'autorizzazione, il farmacista può dispensare qualsiasi generico corrispondente – per composizione – a quanto prescritto dal medico o richiesto dal paziente.

La Legge 405 del 16 novembre 2001 all'art.7, “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”

PAOLA M. MANDELLI*, LUIGI SANTOIEEMMA**,
SAFFI ETTORE GIUSTINI*

* Medico di MG AUSL n. 3 Pistoia
** Medico di MG AUSL Bari

entrata in vigore il 1° dicembre 2001, stabilisce che il medico nel prescrivere tali medicinali aventi un prezzo superiore al minimo, può apporre sulla ricetta adeguata indicazione secondo la quale il farmacista all'atto della spedizione della ricetta non può sostituire il farmaco prescritto con un medicinale uguale avente un prezzo più basso di quello originariamente prescritto dal medico stesso.

Solo in assenza dell'indicazione "insostituibile" sulla ricetta, il farmacista dopo aver informato l'assistito, potrà consegnare allo stesso il medicinale avente il prezzo più basso, sempre che quest'ultimo sia disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, ed in riferimento a quanto verrà previsto nelle direttive regionali.

Qualora comunque il medico apponga sulla ricetta l'indicazione "insostituibile" o comunque l'assistito non accetti la sostituzione proposta dal farmacista, la differenza fra il prezzo più basso e il prezzo del medicinale prescritto dal medico è a carico dell'assistito.

A proposito non solo di generici ma di qualsiasi farmaco: il farmacista può sostituire, informando il paziente, in casi particolari, anche un farmaco "branded" con un altro con la stessa composizione e dosaggio e forma farmaceutica se il primo, ad esempio, manchi nella normale distribuzione o sia al momento indisponibile... Quindi, dato che di solito queste eccezionalità non sono la regola, a parità di quota a carico del paziente, il farmacista non potrebbe e non dovrebbe sostituire l'amlodipina *Pinca* con l'amlodipina *Pallina*, cosa che invece avviene, perché "l'indisponibilità" riguarda il suo magazzino e non il deposito del grossista.

"superati i conflitti con i farmacisti"... Cosa abbiamo risolto in realtà?

È quasi banale dire che non si può pensare, perché non è mai successo, che attraverso un serrato colloquio e una stretta di mano tra vertici, alla base le cose vadano bene da quel momento se non metti in atto dei "piani attuativi" che impediscano agli uni e agli altri, intendiamoci, di fare come prima.

I generici sono una valida alternativa, a prezzo inferiore, sia per il cittadino quando paga il far-

maco di tasca propria sia per il SSN, che riesce a contenere la spesa farmaceutica pubblica attraverso il sistema di rimborso del prezzo più basso.

Tuttavia la spesa farmaceutica a carico del SSN o regionale non è influenzata sia che il medico prescriva un farmaco di marca a brevetto scaduto sia che prescriva il generico corrispondente. La legge stabilisce una quota fissa rimborsata dal SSN (corrispondente al prezzo più basso del farmaco in questione) non lega la spesa pubblica al tipo di farmaco prescritto. Il prezzo maggiore è a carico del paziente, qualora decida di scegliere il farmaco di marca eventualmente prescritto del medico curante.

Trasparenza ...

La logica non può essere quella di "solo risparmiare per la sostenibilità del sistema" e allora e casomai spieghiamo bene dove si reinveste il risparmio perché pochi lo hanno capito e non avendolo compreso i medici di medicina generale, come pensiamo che possano aver capito i pazienti, bombardati da pubblicità occulta e neanche tanto, da parte delle multinazionali del farmaco?

Di fronte alla confusione generata da informazioni frammentarie, a volte incomplete o, addirittura errate, invece di intervenire con elementi di chiarezza sono arrivate le solite "bacchettate" ai medici di medicina generale magari troppo sensibili alle sirene delle majors farmaceutiche; come se fossero gli unici "generatos" di prescrizioni, fermo restando che è più facile trovare un rinoceronte bianco che un farmaco equivalente consigliato/prescritto da uno specialista.

Per finire. Il farmaco equivalente porta al ribasso il costo di terapie con farmaci a brevetto scaduto: se le istituzioni non vogliono perdere questa importante occasione di liberazione di risorse, devono investire in informazione, puntuale, semplice, capillare; non glissando sui problemi ancora aperti del generico (campioni troppo esigui negli studi di bioequivalenza, sostituibilità in farmacia, farmaci con indice terapeutico ristretto) ma lavorare alla soluzione degli stessi, permettendo un uso consapevole e sicuro del farmaco equivalente.

TM

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

B.D.A. COMPUTERS & SOFTWARE (Sconto 10% su P.C. Notebook e pda Asus)

B.D.A. Computers & Software offre uno sconto del 10% sull'acquisto di notebook e pda della linea ASUS inoltre sconti ed agevolazioni per noleggio hardware/software, e per tutti i servizi di assistenza tecnica post vendita come p.c. sostitutivo, assistenza hardware, assistenza software, assistenza sistemistica, formazione e consulenza.

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931

info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net



Milo Meini, svolge nell'ASL 5 di Pisa gli incarichi di Direttore dell'UO Farmacotossicodipendenze e del Dipartimento delle Dipendenze e di Responsabile di Servizio Tossicodipendenze. Professore a contratto presso l'Università di Pisa (Facoltà di Medicina e Chirurgia e Farmacia) ha svolto incarichi di Responsabile di Zona, Coordinatore dello Staff della Direzione Sanitaria, Coordinatore Assistenza Territoriale, Direttore UO Organizzazione Servizi Sanitari.

Prevalenza dell'infezione genitale da *Chlamydia tracomatis* in Zona Valdera

Introduzione

Ogni anno sono descritti nel mondo oltre 340 milioni di nuovi casi di infezioni sessualmente trasmesse (MTS) di cui 89 milioni ascritti ad infezioni da *Chlamydia tracomatis* (Ct).

L'infezione genitale da *Chlamydia tracomatis* decorre asintomatica nella maggioranza dei casi ma, se non trattata, può ren-

dersi responsabile di patologie particolarmente gravi nel sesso femminile, quali la malattia infiammatoria pelvica, l'impianto di gravidanza ectopiche, l'infertilità da fattore tubarico.

Molti studi associano l'incremento dell'infezione da *Chlamydia tracomatis* a fattori di rischio sociodemografici e comportamentali, quali la giovane età, il basso livello culturale, il frequente cambio di partner, lo scarso utilizzo del condom.

La popolazione affetta da patologie da uso di sostanze stupefacenti è tradizionalmente ritenuta a più alto rischio di contrarre in infezioni sessualmente trasmesse rispetto alla popolazione generale per uno stile di vita spesso orientato alla promiscuità sessuale e in cui meno del 10% delle infezioni vengono diagnosticate e trattate.

Scopo dello studio

In 61 pazienti di sesso femminile afferenti al SERT e al Consultorio della Zona Valdera dell'ASL 5 di Pisa sono state valutate la prevalenza dell'infezione genitale da *Chlamydia tracomatis* e l'eventuale sintomatologia riferita, i comportamenti sessuali e l'impiego di metodiche contraccettive in grado di proteggere dalle infezioni sessualmente trasmesse.

Casistica in studio e metodologia

A tutte le pazienti in età tra i 18 e i 65 anni afferenti al SERT della Zona Valdera tra il luglio e il dicembre 2010 è stato proposto di sottoporsi ad un prelievo delle secrezioni cervicovaginali (TC) per la ricerca di infezione da *Chlamydia tracomatis*; unico criterio di esclusione era dato dall'eventuale assunzione di antibiotici o disinfettanti urinari nei 30 giorni precedenti l'esame.

Contemporaneamente il prelievo delle secrezioni cervicovaginali è stato proposto ad un gruppo di controllo costituito da donne di pari età afferente al Consultorio zonale.

I campioni biologici raccolti sono stati analizzati con metodica di amplificazione genica (PCR).

Le pazienti per le quali la ricerca di PCR-Ct ha dato esito positivo sono state trattate con azitromicina 1g per os in un'unica somministrazione; la terapia antibiotica è stata consigliata anche agli eventuali partner.

Per verificare l'efficacia della terapia le pazienti trattate con

azitromicina sono state sottoposte, a 30 giorni di distanza, ad un secondo prelievo delle secrezioni cervicovaginali.

In tutti i casi sono stati registrati, in una scheda anamnestica, la presenza o meno negli ultimi 12 mesi di segni e/o sintomi a carico dell'apparato genito-urinario ed è stata offerta la consulenza ginecologica in tema di contraccezione e protezione dalle infezioni sessualmente trasmesse.

In entrambe le coorti sono state altresì acquisite le informazioni relative ai comportamenti sessuali mediante la somministrazione della sezione *Sexual behaviour* dell'intervista OTI (Darke et al., 1992, modificata).

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

MILO MEINI¹, TANIA GIARRATANA²,
ROBERTA GUERRIERI³, JESSICA VOLPI⁴,
PAOLA BACCIARDI⁵, GRAZIA FAZZINO⁶,
MARCO MONCINI²

¹ Tossicologo Medico, Responsabile Dipartimento Dipendenze, Direttore UO Medicina delle Farmacotossicodipendenze, Responsabile UF SERT Zona Valdera, Azienda USL 5 Pisa

² Tossicologo Medico, UO Medicina delle Farmacotossicodipendenze, UF SERT Zona Valdera, Azienda USL 5 Pisa

³ Collaboratore professionale sanitario Educatore Professionale, UF SERT Zona Valdera, Azienda USL 5 Pisa

⁴ Collaboratore professionale sanitario Infermiere, UF SERT Zona Valdera, Azienda USL 5 Pisa

⁵ Ginecologo, UF Servizi Consultoriali Zona Valdera, Azienda USL 5 Pisa

⁶ Psicologo, Responsabile UF Servizi Consultoriali Zona Valdera, Azienda USL 5 Pisa

non appaiati: è stato considerato significativo un valore di p inferiore a 0,05.

Risultati

In Tabella 1 sono riportate le caratteristiche socio/demografiche dei 61 casi arruolati.

L'analisi dimostra che le caratteristiche demografiche del gruppo di controllo sono confrontabili con quelle delle pazienti del SERT; unica differenza significativa è la prevalenza di nubili con titolo di studio mediamente più basso.

Quattro pazienti del SERT (12,9%) sono risultate affette da infezione genitale da *Chlamydia trachomatis*; nessun caso è stato rilevato nel gruppo di controllo ($p=0,04$).

In 3 casi l'infezione era completamente asintomatica, solo in un caso era riferita una modica secrezione vaginale e l'insorgenza di pollachiuria da alcune settimane.

I restanti segni e/o sintomi indicati in Tabella 2 erano riconducibili a patologie con altra etiologia.

Il trattamento con azitromicina ha determinato l'eradicazione dell'infezione in tutti i casi trattati, come confermato dall'analisi delle secrezioni cervicovaginali prelevate dopo 30 giorni dalla somministrazione della terapia.

In ordine ai comportamenti sessuali il cam-

pione afferente al SERT ha iniziato più precocemente l'attività sessuale, ha offerto prestazioni sessuali dietro compenso nel 19,3% dei casi ed ha collezionato un maggior numero di interruzioni volontarie di gravidanza.

Al contempo il 67,7% delle pazienti afferenti al SERT si era già sottoposto a screening per le infezioni sessualmente trasmesse contro il 23,3% del gruppo di controllo ($p<0,001$).

Nessuna differenza significativa è emersa rispetto alle altre variabili riportate in Tabella 3.

Conclusioni

La prevalenza dell'infezione da *Chlamydia trachomatis* nelle pazienti del SERT è risultata pari al 12,9%.

Tale dato, che appare del tutto in linea con quanto riportato in letteratura relativamente alla popolazione generale (dal 5,2% al 13,2% a seconda delle casistiche), disconferma l'ipotesi di una maggiore prevalenza dell'infezione nella popolazione affetta da patologie da uso di sostanze stupefacenti.

Di particolare interesse è il fatto che le pazienti del SERT affermano di conoscere i metodi anticoncezionali e di utilizzare regolarmente il condom nel 16,1% dei casi contro il 10,0% del gruppo di controllo.

Tabella 1 - Caratteristiche socio/demografiche ($n = 61$)

		Pazienti afferenti al SERT	Gruppo di controllo	p
N. soggetti arruolati (età media \pm ES)		31 (33,6 \pm 8,4)	30 (39,5 \pm 8,0)	
Stato civile	<i>Nubile</i>	12 (38,7%)	5 (16,7%)	<0,05
	<i>Coniugata/Convivente</i>	15 (48,4%)	18 (60,0%)	<i>n.s.</i>
	<i>Separata/Divorziata</i>	4 (12,9%)	7 (23,3%)	<i>n.s.</i>
Titolo di studio	<i>Licenza elementare</i>	1 (3,2%)	0 (0,0%)	<i>n.s.</i>
	<i>Licenza media inferiore</i>	17 (54,8%)	8 (26,7%)	<0,05
	<i>Licenza media superiore</i>	12 (38,7 %)	17 (56,6%)	<i>n.s.</i>
	<i>Laurea</i>	1 (3,2%)	5 (16,7%)	<i>n.s.</i>
Occupazione	<i>Disoccupata</i>	9 (29,0%)	8 (26,7%)	<i>n.s.</i>
	<i>Occupata stabilmente</i>	19 (61,3%)	20 (66,7%)	<i>n.s.</i>
	<i>Occupazione saltuaria</i>	3 (9,7%)	1 (3,3%)	<i>n.s.</i>
	<i>Studentessa</i>	0 (0,0%)	1 (3,3%)	<i>n.s.</i>

Tabella 2 - Segni e sintomi riferiti (*)

	Pazienti afferenti al SERT ($n = 31$)	Gruppo di controllo ($n = 30$)	p
Dispareunia	6 (19,4%)	4 (13,3%)	<i>n.s.</i>
Disuria/Stranguria	11 (35,5%)	5 (16,7%)	<i>n.s.</i>
Pollachiuria	19 (61,3%)	7 (23,3%)	<0,001
Dolore pelvico	15 (48,4%)	11 (36,7%)	<i>n.s.</i>
Secrezione vaginale/uretrale	8 (25,8%)	16 (53,3%)	<0,05
Prurito vaginale	9 (29,0%)	12 (40,0%)	<i>n.s.</i>

(*) *Ultimi 12 mesi.*

Risulta inoltre altamente significativa la maggior percentuale di pazienti del SERT che, rispetto gruppo di controllo, si erano sottoposte in precedenza a test di laboratorio per le infezioni sessualmente trasmesse.

La semplicità ed il basso costo dell'esame a fronte dell'insidiosità dell'infezione genitale da *Chlamydia tracomatis* e delle sue rilevanti complicazioni depone per un rapporto costo-rischio/beneficio nettamente a favore di quest'ultimo per

cui sarebbe auspicabile che lo screening per la *Chlamydia tracomatis* divenisse uno degli screening offerti dai SERT.

In tal senso depone anche la rapidità, l'efficacia ed il basso costo dell'eventuale terapia.

Bibliografia

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

TM

Tabella 3 - Comportamenti sessuali e Malattie sessualmente trasmesse (MTS)

	Pazienti afferenti al SERT (n = 31)	Gruppo di controllo (n = 30)	p
Primo rapporto sessuale (età media in anni)	15,7 (± 3,0)	18,6 (± 3,0)	<0,001
Partner sessuali (*)			
<i>Nessuno</i>	3 (9,7%)	2 (6,7%)	n.s.
<i>Uno</i>	19 (61,3%)	21 (70,0%)	n.s.
<i>Più di uno</i>	9 (29,0%)	7 (23,3%)	n.s.
Rapporti sessuali orali (*)	23 (74,2%)	17 (56,7%)	n.s.
Rapporti sessuali anali (*)	10 (32,3%)	6 (20,0%)	n.s.
Rapporti sessuali di gruppo (*)	3 (9,7%)	0 (0,0%)	n.s.
Prestazioni sessuali dietro compenso (*)	6 (19,3%)	0 (0,0%)	<0,01
Utilizzo regolare del condom (*)	5 (16,1%)	3 (10,0%)	n.s.
Gravidanze			
<i>GAT</i>	18 (58,1%)	21 (70,0%)	n.s.
<i>ISG</i>	8 (25,8%)	6 (20,0%)	n.s.
<i>IVG</i>	12 (38,7%)	3 (10,0%)	<0,01
Precedenti screening per MTS	21 (67,7%)	7 (23,3%)	<0,001
Una o più precedenti diagnosi di MTS	1 (3,2%)	3 (10,0%)	n.s.

(*) *Ultimi 12 mesi GAT: Anamnesi positiva per gravidanze a termine; ISG: Anamnesi positiva per Interruzioni spontanee di gravidanza; IVG: Anamnesi positiva per Interruzioni volontarie di gravidanza.*

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

Consulenze e informazioni:

COMMISSIONE ODONTOIATRI - il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45 - 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

I cibi biologici nell'alimentazione in età evolutiva



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

L'OMS definisce la salute come uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. Questa definizione allarga il concetto di salute ben oltre quello di una semplice assenza di uno stato patologico. Per essere sani è necessario fare scelte equilibrate, anche alimentari. In questi ultimi anni sono stati lanciati sul mercato prodotti con etichette "prodotto naturale/biologico" per rispondere ad una pressante richiesta di genuinità sulla scia di una moda salutista. A questo proposito ci siamo chiesti che cosa significa biologico? Davvero questo modo di produzione offre prodotti qualitativamente diversi e migliori? Come si riconoscono? È giustificato il loro prezzo molto elevato?

Proviamo a fare chiarezza sulla loro definizione e valutiamone i loro rischi e vantaggi alla luce delle conoscenze attuali relativamente all'alimentazione in età evolutiva.

L'AGRICOLTURA CONVENZIONALE CHE COS'È

È una agricoltura di tipo intensivo, monocolturale che punta soprattutto a risultati produttivi, con il massimo sfruttamento del terreno con additivi chimici. Fa uso di mezzi chimici di sintesi (concimi, additivi, pesticidi) sia in fase di produzione che di conservazione.

L'AGRICOLTURA BIOLOGICA CHE COS'È

È una agricoltura che evita il ricorso a mezzi chimici di sintesi, sostituendoli con concimi naturali (insetti carnivori).

Come si riconosce un prodotto biologico:

- sulle etichette di vino e olio d'oliva e sulle cassette vegetali freschi andrebbe indicata, senza essere obbligatoria la dicitura "Agricoltura biologica. Regime di controllo CEE" accompagnata dal simbolo di uno degli organi di controllo. Per i prodotti trasformati bisogna indicare "prodotto con materie prime ottenute con metodi biologici. Rego-

lamento CEE", più il simbolo dell'Organo di controllo che lo ha certificato. Il riferimento al biologico è previsto anche nel caso che solo il 50%

degli ingredienti sia stato ottenuto con sistemi di produzione biologica. Purtroppo la percentuale non compare sempre e non sappiamo se stiamo

acquistando un prodotto miscelato o biologico al 100%. Da un'inchiesta condotta da Lega Ambiente risolta che il controllo è disordinato e irrazionale. Per i prodotti venduti sfusi la cosa è ancora più problematica. Nella maggior parte dei casi si trova un generico cartellino "biologico".

CONCLUSIONI

Per scegliere, pensando soprattutto ai rischi che corre la salute del bambino, attualmente probabilmente poco cambia, sia che si scelga il tradizionale sia che si decida per il biologico. I prodotti della agricoltura convenzionale possono essere di buona qualità. In un recente studio comparativo alcuni Autori non hanno trovato residui pesticidi o ne hanno riscontrato quantità minime: il campione era però ristretto, ma suggerisce che non è impossibile ottenere buoni risultati con un uso controllato della chimica.

Ma anche scegliendo il biologico, gli Autori hanno visto che non si ha assoluta garanzia di un prodotto del tutto pulito, almeno quando è venduto sfuso. La cosa certa è che il costo è maggiore. Inoltre è stato riscontrato una presenza di nitrati anche nelle insalate biologiche. C'è però un aspetto importante relativo ai prodotti biologici: il rispetto dell'ambiente. Da questo punto di vista anche se ottengono giudizi uguali, i prodotti agricoli e biologici non sono del tutto comparabili: è bene ripetere che il processo di produzione dei biologici è più rispettoso dell'ambiente e dunque più rispettoso della salute di tutti. La scelta di acquisto può tenere conto anche di questo aspetto importante.

TM

FABIO FRANCHINI

*Prof. Associato di Pediatria e Terapia Pediatrica Speciale
Università degli Studi di Firenze
Gruppo di Studio degli Aspetti Nutrizionali
e Comportamentali dell'Adolescenza - Firenze*



Adele Caldarella, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1991, specializzata in Anatomia Patologica nel 1997, è dirigente medico dal 2009 presso il Registro Toscano Tumori, U.O. Epidemiologia Clinica e Descrittiva, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (I.S.P.O.)

Trend di incidenza del tumore della colecisti in Toscana

Negli ultimi decenni l'incidenza del tumore maligno della colecisti, che presenta a livello internazionale una marcata variabilità geografica, risulta stabile o in diminuzione sia in Europa che in Italia, dove i dati relativi al periodo 2003-2005 rivelano che la diagnosi di neoplasia della colecisti costituisce l'1% delle diagnosi tumorali fra gli uomini e l'1,7% fra le donne.

I dati del Registro Tumori della Regione Toscana (RTRT) relativi ai tumori maligni della colecisti incidenti nel periodo 1985-2005 mostrano una diminuzione statisticamente significativa dei tassi standardizzati di incidenza del tumore della colecisti, passando da un tasso pari a 2.8 nel 1985 ad un tasso pari a 1.4 nel 2005 (cambiamento annuale del tasso di incidenza standardizzato APC: -4.2, CI 95% -5.1, -3.3). Analizzando i dati per

sesto, il decremento risulta statisticamente significativo sia fra le donne (APC: -4.6, CI -5.8,-3.4) che fra gli uomini (APC: -2.9, CI -5.2,-0.5), fino a raggiungere un tasso di incidenza, nel 2005, sovrapponibile nei due sessi (uomini 1.5, donne 1.4).

La presenza di calcoli biliari ma anche l'esistenza di patologie infettive a carico della colecisti o l'influenza di fattori metabolici e

l'adozione di specifici stili di vita sono stati indagati come fattori di rischio per un tumore raro che nella nostra realtà non sembra più mostrare predilezioni di genere.

A. CALDARELLA, C. SACCHETTINI, G. MANNESCHI, A. CORBINELLI, L. NEMCOVA, T. INTRIERI

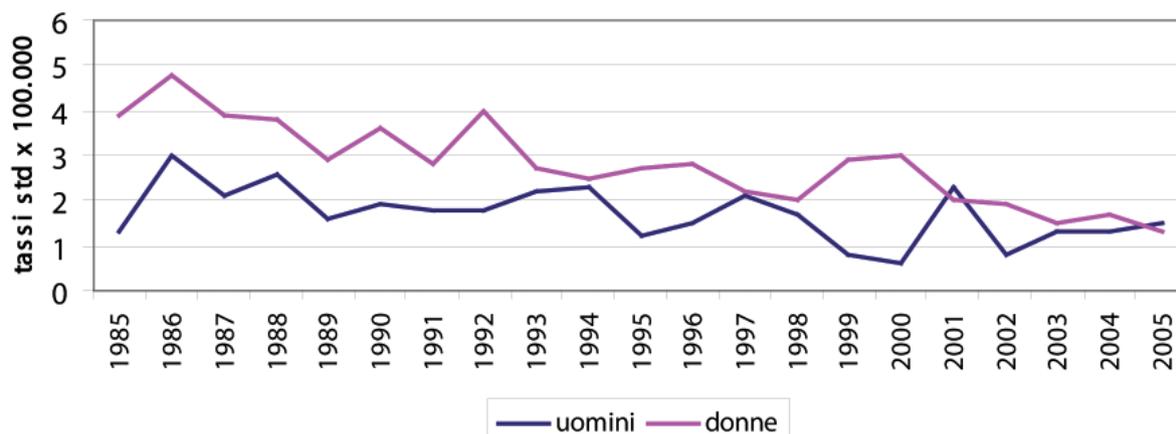
UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica

Bibliografia

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

TM

Registro Tumori Toscano 1985-2005, incidenza del tumore della colecisti per sesso



Metodi: Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (www.ispo.toscana.it) relativi alle province di Firenze e Prato. La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea. La variazione media annuale dei tassi (APC) viene calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile di regressione, secondo la procedura del software SEER*Stat 6.1.

Prescrittibilità farmaci senza ticket aggiuntivo

Si pubblica, nell'interesse dei medici prescrittori, l'Allegato alla delibera toscana n. 799 del 19.9.2011 che elenca i farmaci correlati al codice di esenzione per le patologie esenti da ticket. In tal modo l'esecuzione viene segnalata dal medico al momento della prescrizione.

Farmaci correlati alle patologie

Allegato A

Elenco delle categorie di farmaci correlate al codice di esenzione per patologia					
Codice esenzione per patologia	Descrizione esenzione	ATC	Descrizione ATC		
001	Acromegalia e Gigantismo	H01CB	Ormoni anticrescita		
002 (0A02-0B02-0C02)	Affezioni del sistema circolatorio	A12B	Potassio		
		B01	Antitrombotici		
		C01	Terapia cardiaca		
		C03	Diuretici		
		C07	Beta-bloccanti		
		C08	Calcioantagonisti		
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina		
		C10	Sostanze modificatrici dei lipidi		
		003	Anemia emolitica acquisita da autoimmunizzazione	B03B	Vitamina B12 e acido folico
				L04	Immunosoppressivi
005	Anoressia nervosa, bulimia	N06A	Antidepressivi		
006	Artrite reumatoide	A07EC01	Sulfasalazina		
		H02	Corticosteroidi sistemici		
		L01BA01	Metotrexato		
		L04	Immunosoppressivi		
		M01	Farmaci antinfiammatori ed antireumatici		
		P01BA02	Idroxiclorochina		
007	Asma	R03	Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie		
		R06	Antistaminici per uso sistemico		
008	Cirrosi epatica, cirrosi biliare	A06AD11	Lattulosio		
		A06AD12	Lattitolo		
		A07A	Antiinfettivi intestinali		
		B02BA	Vitamina K		
		B05AA01	Albumina		
		C03	Diuretici		
		009	Colite ulcerosa e Malattia di Crohn	A07E	Antiinfiammatori intestinali
H02	Corticosteroidi sistemici				
L04	Immunosoppressivi				
011	Demenza	N06D	Farmaci anti-demenza		
012	Diabete insipido	H01B	Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi		

013	Diabete mellito	A10	Farmaci usati nel diabete
014	Dipendenze da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcol	N07BB	Farmaci usati nella dipendenza da alcol
		N07BC	Farmaci usati nella dipendenza da oppioidi
016	Epatite cronica (attiva)	J05	Antivirali per uso sistemico
		L03AB	Interferoni
017	Epilessia	N03A	Antiepilettici
018	Fibrosi cistica	H02	Corticosteroidi sistemici
		J01	Antinfettivi generali per uso sistemico
019	Glaucoma	S01E	Preparati antiglaucoma e miotici
020	Infezioni da HIV	J01	Antinfettivi generali per uso sistemico
		J02	Antimicotici per uso sistemico
		J05	Antivirali per uso sistemico
021	Insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III e IV)	B01	Antitrombotici
		C01	Terapia cardiaca
		C03	Diuretici
		C07	Beta-bloccanti
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
022	Insufficienza corticosurrenale cronica (Morbo di Addison)	H02	Corticosteroidi sistemici
023	Insufficienza renale cronica	B03	Farmaci antianemici
		C03	Diuretici
		V03AE	Farmaci per il trattamento di iperkaliemia ed iperfosfatemia
024	Insufficienza respiratoria cronica	H02	Corticosteroidi sistemici
		J01	Antibatterici per uso sistemico
		R03	Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie
		V03AN01	Ossigeno
025	Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb - Ipercolesterolemia primitiva poligenica-Ipercolesterolemia familiare combinata - Iperlipoproteinemia di tipo III	C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
026	Iperparatiroidismo, Ipoparatiroidismo	A11CC	Vitamina D
		A12A	Calcio
		C03	Diuretici
		H02	Corticosteroidi sistemici
		H03B	Preparati antitiroidei
		H05BX	Altri preparati antiparatiroidi
027	Ipotiroidismo congenito Ipotiroidismo acquisito (grave)	H03A	Terapia tiroidea
028	Lupus Eritematoso Sistemico	H02AB	Glucocorticoidi
		L04	Immunosoppressivi
		P01BA02	Idrossiclorochina
029	Malattia di Alzheimer	N06D	Farmaci antidemenza
030	Malattia di Sjogren	H02	Corticosteroidi sistemici
		L04	Immunosoppressivi
		M01	Farmaci antinfiammatori ed antireumatici
031 (0A31 0031)	Ipertensione arteriosa	C02	Antiipertensivi

Il PSA e la diagnosi precoce del tumore della prostata

Pubblichiamo il testo del Parere del CSR, elaborato a cura dell'Ufficio di Direzione dell'Istituto Toscano Tumori.

Il test chiamato PSA viene spesso eseguito senza un motivo clinico valido, forse con l'idea che "tanto male non può fare". In realtà, può avere delle conseguenze, e perciò l'Istituto Toscano Tumori ha deciso di lanciare un programma che, lungi dall'essere pro o contro il PSA, faccia eseguire questo test solo di fronte ad evidenze cliniche e con la piena consapevolezza dell'interessato.

Il test PSA viene usato per la diagnosi precoce di un tumore della prostata. Prima di eseguire il test è bene conoscere i problemi che possono nascere: così potrai decidere se vuoi ancora fare il test a scopo preventivo.

Partiamo dall'inizio. Il test del PSA è innocuo: si tratta di un semplice prelievo di sangue. È un buon test, perché quando il valore è molto alto significa che c'è un tumore. Un trattamento tempestivo del tumore può eliminarlo e farti guadagnare anni di vita.

Ci sono però vari problemi.

1. Non tutti i tumori della prostata si comportano allo stesso modo. Molti tumori non danno segni di sé durante l'arco della vita, per cui si rischia di diagnosticare un tumore che non ti avrebbe mai dato alcun disturbo.

2. Attualmente non siamo in grado di stabilire quali tumori saranno pericolosi, e quali non daranno alcun disturbo. Perciò quando facciamo la diagnosi dobbiamo offrire un trattamento: prostatectomia chirurgica, o radioterapia, o farmaci. Se il tumore è del tipo pericoloso ciascuno di questi trattamenti può salvarti la vita; ma ciascuno può avere anche complicanze spiacevoli, soprattutto impotenza e incontinenza urinaria. Queste complicanze sono accettabili se si tratta di salvare la vita; ma sarebbe doppiamente spiacevole soffrirne se il tumore fosse del tipo non pericoloso.

3. Se il PSA ha un livello sospetto si fa di solito una ecografia per via rettale ed una biopsia. Queste procedure potrebbero portare alla diagnosi di tumore, con le conseguenze appena citate; oppure potrebbero risultare del tutto superflue, perché il tumore non c'è.

4. Se il PSA è basso la presenza di un tumore è meno probabile; ma purtroppo bisogna ammettere che anche un livello molto basso non esclude un tumore.

Pertanto

Se hai disturbi che potrebbero essere di origine prostatica, il tuo medico sicuramente prescriverà tra l'altro il test del PSA.

Se non hai disturbi, prima di fare il test pensa bene se, nel tuo caso personale, preferisci avviarti su un cammino che potrebbe generare ansia ed altri effetti collaterali.

Sappi che nessuno dei paesi che raccomandano lo screening a tappeto del sangue occulto (per la diagnosi del tumore del colon) ha adottato il PSA come test di screening per il tumore della prostata.

Per chi lo desidera, possiamo dare qualche ulteriore dettaglio.

- ➔ Su 100 persone che eseguono il test del PSA circa 10 avranno un valore sospetto: tale numero aumenta con l'età.
- ➔ Se l'esame risulta negativo puoi stare relativamente sicuro che il tumore non comparirà nei prossimi 4 anni (questo potrà capitare solo in un caso ogni 300-400); dopo 4 anni potresti eventualmente ripetere l'esame.
- ➔ Se l'esame dà un valore sospetto verrà consigliato un esame di approfondimento, la biopsia prostatica: *se non si fa questo è inutile aver fatto il PSA*. La biopsia è un po' dolorosa ma non comporta seri rischi. Su 10 persone che eseguono la biopsia in almeno 2 verrà trovato un tumore della prostata. Questo numero varia in base al livello del PSA: quanto è più alto il PSA, tanto maggiore è la probabilità di trovare un tumore.
- ➔ Se c'è un tumore, questo potrà essere trattato, con le conseguenze già dette. Con quale probabilità? Le tecniche operatorie e radioterapiche stanno migliorando. Tuttavia, dobbiamo dire che la maggior parte delle persone avranno seri problemi di impotenza, anche se non ne avevano prima. Circa il 20% avrà problemi permanenti di incontinenza più o meno gravi, che non avevano in precedenza. Vi sono anche altre complicanze, ma sono più rare.
- ➔ Come detto prima, la diagnosi precoce e il successivo trattamento, pur con le complicanze di cui abbiamo parlato, può salvarti la vita.
- ➔ D'altra parte il trattamento potrebbe essere attuato su tumori che, senza l'esecuzione di questo esame, non avrebbero mai dato segni

nel corso della vita. Qual è la percentuale di questi casi, rispetto a quelli ai quali il trattamento precoce ha salvato la vita e evitato sofferenze? Non lo sappiamo. Possiamo dire però che, per ogni caso in cui, grazie al PSA, abbiamo salvato una vita, almeno 5 tumori, per causa del PSA, sono stati trattati inutilmente e con possibili complicazioni.

→ Questo “bilancio” fra benefici che ci possiamo attendere e danni che possiamo creare diviene sempre meno vantaggioso con il crescere dell’età. Sopra i 70/75 anni i benefici che ci possiamo attendere sono pochissimi mentre i danni potenziali sono relativamente molto alti. Pertanto in questa fascia di età ci sentiamo di sconsigliare il test del PSA in persone asintomatiche.

Comunicato su preparazione chiamata VIDATOX 30

Da qualche tempo l’Istituto Toscano Tumori (ITT), avendo ragione di ritenere che in Toscana un numero non trascurabile di persone con patologie neoplastiche fa uso di prodotti derivati dallo scorpione blu (*Rhopalurus junceus*), ha cercato attivamente di ottenere notizie più precise. In merito ha avuto luogo il 14 marzo 2011 un colloquio con il Farmacologo della LABIOFAM, industria farmaceutica Cubana, **Dr. Alexis Diaz Garcia**, che ci ha cortesemente dato alcuni chiarimenti qui di seguito sintetizzati.

1. Il veleno dello scorpione blu è in uso, probabilmente da secoli, nella medicina tradizionale cubana, come rimedio per una varietà di situazioni morbose.
2. LABIOFAM ha preparato dal veleno dello scorpione blu degli estratti (*tinctura madre*) e ne ha studiato molte proprietà, ivi compresi gli effetti su cellule tumorali e su animali. Su questi esperimenti non vi sono finora pubblicazioni, ma due lavori sono in preparazione, ed alcuni dati sono visibili sul sito della LABIOFAM (<http://labiofamcuba.com/articulo/citotoxicidad-del-veneno-del-escorpion-cubano-rhopalurus-junceus-y-sus-fracciones-sobre-lin>).
3. La *tinctura madre* è stata usata in molti pazienti con varie malattie, ivi compresi tumori. Non vi sono risultati pubblicati; non è stato condotto e non è attualmente in corso alcuna sperimentazione prospettica controllata/randomizzata; ma in uno studio clinico su 17 pazienti con carcinoma del pancreas, visibile sul sito della LABIOFAM ([UFFICIO DI DIREZIONE
ISTITUTO TOSCANO TUMORI](http://labiofamcuba.com/articulo/efecto-terapeutico-del-veneno-</div><div data-bbox=)

del-escorpion-rhopalurus-junceus-en-pacientes-con-cancer-de-p), viene riferita una diminuzione del dolore.

4. La tintura madre è stata diluita 1:100 per 30 volte successive e tale soluzione diluita è stato approvata a Cuba come rimedio omeopatico, con il nome di VIDATOX.
5. Il VIDATOX può essere attualmente ottenuto solo da LABIOFAM a Cuba, ed è fornito gratuitamente a chi lo chieda per uso personale. Una stima approssimativa è che esso sia stato dato a più di 50,000 persone, delle quali **circa la metà italiani**, recatisi a ritirarlo dopo il programma televisivo de *Le Jene* del giorno 15.09.2010.
6. In passato venivano erogati quantitativi variabili di VIDATOX, ma ora viene fornita solo una dose sufficiente per una persona per circa un mese.
7. LABIOFAM ha intenzione di presentare all’AIFA domanda perché anche in Italia VIDATOX venga approvato come farmaco omeopatico.

In vista di quanto sopra, si deve concludere che una efficacia anti-tumorale, sebbene sia possibile, non è per ora dimostrata né per la tintura madre né per il VIDATOX. Le proprietà della tintura madre non possono comunque essere attribuite anche al VIDATOX, perché tra i due intercorrono 30 diluizioni (1:100).

L’ITT intende collaborare con il Dipartimento di Farmacologia dell’Università di Firenze nella raccolta di dati clinici su Pazienti che attualmente assumono VIDATOX.

CHI DONA SANGUE HA CUORE.

In Toscana migliaia di
persone vivono grazie
alla donazione di sangue,
plasma e piastrine.



NUMERO VERDE
800 556060

www.regione.toscana.it/donarellsangue



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana



AVIS



FRÄRES
Fratelli di Sangue

Consiglio Sanitario Regionale

Confrontarsi con la “Sindrome Demenza”

In conseguenza di quello che gli Epidemiologi chiamano oggi “silver tsunami” sono in costante aumento le malattie croniche. In particolare è atteso un andamento esplosivo in termini di prevalenza e di costi per la Demenza, cronicità che riguarda stabilmente il 10-11% della popolazione anziana. Si stima che per i 1.160.000 affetti da Demenza i costi sostenuti dall’economia italiana nel 2010 siano stati almeno 36 miliardi e 700 milioni di Euro, che per 1.180.000 casi attesi nel 2030 il costo sarà di 57 miliardi e 500 milioni e che per gli oltre 2.600.000 casi attesi nel 2050 il costo da sostenere arriverà a 84 miliardi e 500 milioni. Nel 2010 l’1,58% del prodotto nazionale lordo è stato utilizzato per curare e assistere gli affetti da Demenza. Per raffronto, basti pensare che la parte del PIL devoluta a livello nazionale per le pensioni di anzianità si aggira intorno al 2,5%. Se la malattia manterrà l’andamento attuale di crescita e se il livello di produzione non presenterà, come si teme, significativi aumenti, nel 2050 verrà consumato per la Demenza tra il 3 e il 4% del prodotto interno lordo.

Tuttavia il peso economico è meno drammatico della compromissione della qualità di vita sia della persona malata che dell’intero suo ambiente familiare.

Tra le iniziative assunte dal Consiglio Sanitario Regionale per affrontare il “problema Demenza”, c’è anche la redazione della Linea Guida “Sindrome Demenza. Diagnosi e Trattamento”, pubblicata nel Luglio di questo anno e da poco inviata a 1739 Unità Operative e 3144 Medici di Medicina Gene-

rale. Obiettivo della Linea Guida, elaborata ad uso dei Medici di Medicina Generale da un panel multidisciplinare di Esperti, è quello di fornire informazioni pratiche evidence-based in merito alla diagnosi tempestiva del declino cognitivo ed ai trattamenti oggi ritenuti efficaci. Anche se la Demenza resterà ancora a lungo un male inguaribile, diagnosticarla in fase precoce e ottimizzare l’uso degli interventi farmacologici e non farmacologici attualmente disponibili serve a contenerne i tragici effetti sulla vita individuale e

delle famiglie e, in prospettiva, a ridurre le ospedalizzazioni e ritardare l’ingresso di molti malati nelle Residenze Protette.

Allo stato attuale delle conoscenze non ci sono sufficienti ragioni né per predisporre un intervento formale di screening né per chiedere ai Clinici uno screening “opportunistico” della Demenza. Ci sono, però, sufficienti ragioni per invitare i Professionisti a uniformare la pratica clinica ai contenuti di una Linea Guida come quella prodotta, che condensa la migliore e più attuale letteratura scientifica. Nel raccomandare ai Medici di tener conto delle 16 Raccomandazioni che formano Linea Guida, si è ritenuto di fare cosa utile nel fornire una serie di quesiti idonei ad autovalutare la conformità della pratica professionale alle Raccomandazioni. I quesiti sono in parte derivati da “BMJ Learning”, il sito Web forse più noto e autorevole per l’ottenimento di crediti formativi nella Sanità inglese. Le risposte sono state preparate da uno degli Specialisti che hanno contribuito alla redazione della Linea Guida.

ANTONIO BAVAZZANO, LUIGI TONELLI

Consiglio Sanitario Regionale

DIECI QUESITI CLINICI

1. Uomo di 78 anni. Da poco dimesso dall’Ospedale dopo qualche giorno di ricovero per un’infezione del sottocute. La moglie riferisce di aver notato da un po’ di tempo un progressivo calo di memoria e difficoltà a fare conti e teme che sia l’avvio di una forma di Demenza. Quale dovrebbe essere l’atteggiamento del Curante?

a. Riconosce che esiste motivo di essere preoccupati. Sottopone il paziente ad un test breve delle funzioni cognitive. Prescrive esami biumorali di screening inclusivi di prove di funzionalità tiroidea e dosaggio di Vitamina B12 e Folati.

b. Assume un tono rassicurante e dice che un qualche problema di memoria a una certa età è normale ma è poco probabile che si tratti di Demenza.

c. Riconosce che esiste motivo di essere preoccupati. Raccoglie accuratamente la storia clinica. Esplora le funzioni cognitive. Valuta se si tratta di Depressione. Prescrive esami biumorali di screening, inclusivi di prove di funzionalità tiroidea e dosaggi di Vitamina B12 e Folati.

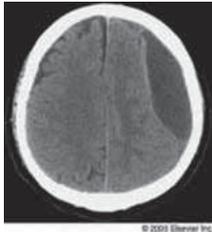
2. Donna di 70 anni. Vive sola. Da 2 anni ha un netto calo di memoria ad andamento ingravescente. Non c’è storia di Depressione. È opportuno valutare le capacità cognitive. A quale dei Test indicati qui sotto è consigliabile sottoporla in questa fase da parte del MMG?

- “Abbreviated Mental Test”.
- Test neuropsicologici di 2° livello.
- “Mini Mental State Examination”.
- “Mini-Cog Test”.

3. Uomo di 80 anni. Vive in Residenza Protetta. Da qualche giorno appare confuso e agitato: ha cominciato a vagabondare di notte, ha telefonato alla polizia per avvisare che i marziani vogliono portarlo via. È caduto due volte, senza riportare danni. Al colloquio è inattento, presta attenzione alle domande solo saltuariamente e risponde in modo inappropriato. La frequenza cardiaca è 80, la Pressione Arteriosa 120/80, la temperatura 37,4. Non sono evidenti altri segni di patologia. Quale è la diagnosi più probabile?

- a. Delirium.
- b. Demenza.
- c. Depressione.

4. Donna, 70 anni. Due mesi fa è caduta riportando un lieve trauma cranico, senza apparenti conseguenze. Da circa un mese appare sempre più confusa e ha un progressivo calo di memoria. È stata sottoposta ad una TAC cerebrale che presenta l'immagine riportata sotto. Quale è la diagnosi più probabile?



- a. Ematoma Extradurale.
- b. Ematoma Sottodurale Acuto.
- c. Ematoma Sottodurale Cronico.
- d. Sanguinamento su raccolta sottodurale.

5. Uomo di 69 anni. Da 9 mesi ha frequenti cadute e presenta uno stato di confusione mentale. Ha spesso allucinazioni (vede i suoi congiunti) ma non sembra esserne preoccupato. Non segue particolari terapie. Lo score del Mini Mental è 22/30. Obiettivamente presenta moderato ipertonio, ridotta sincinesia pendolare a destra e andatura a piccoli passi. Quale appare la diagnosi più verosimile?

- a. Demenza a corpi di Lewy.
- b. Demenza Frontotemporale.
- c. Parkinson idiopatico associato a Demenza.
- d. Invecchiamento normale.
- e. Demenza Vascolare.

6. Donna di 70 anni. Ha presentato un episodio sincopale a casa. La figlia, che era presente, riferisce che la madre ha perso conoscenza ed ha avuto dei tremori per un paio di minuti. Ha perso le urine, cosa che non le era mai accaduta. Negli ultimi due mesi aveva mostrato sempre maggiori difficoltà nelle attività di tutti i giorni. È caduta più volte, è dimagrita e sembra rallentata. L'anamnesi registra un episodio di infarto miocardico, due attacchi ischemici transitori, gotta e osteoartrosi. All'esame clinico è vigile e orientata ma alle volte appare fatua. Babinski positivo a sinistra. L'andatura è lenta e a passi strascicati. Lo score del Mini Mental è 25/30 e in particolare ha difficoltà nella sottrazione dei numeri, nel copiare le figure e nel disegnare l'orologio. Viene eseguita una TAC che mostra una grave atrofia cerebrale globale, rilevanti alterazioni della sostanza bianca periventricolare con infarti lacunari stabilizzati nelle regioni parietale sinistra e frontale destra. Quale è la diagnosi più probabile?

- a. Malattia di Alzheimer.
- b. Metastasi cerebrali a partenza ignota.
- c. Demenza Frontotemporale.
- d. TIA con esordio comiziale.
- e. Demenza Vascolare.

7. Uomo, 70 anni. Riferisce progressivo calo di memoria. Una accurata valutazione clinica pone la diagnosi di Malattia di Alzheimer in fase iniziale. La moglie è preoccupata in merito al futuro decorso della malattia e chiede quanto tempo potrà andare avanti la malattia. Cosa rispondere in merito all'aspettativa media di vita dalla diagnosi di un malato di Alzheimer, seguito a domicilio ed in condizioni familiari favorevoli?

- a. da 3 a 6 anni;
- b. da 8 a 10 anni;
- c. da 11 a 14 anni.

8. Uomo, 75 anni. Da circa 1 anno presenta deficit ingravescente di memoria, caratterizzato da prevalente difficoltà a ricordare le parole e i fatti recenti. Il danno è documentato da test. Quale la diagnosi più probabile?

- a. Malattia di Alzheimer.
- b. Demenza Vascolare.
- c. Dementia a corpi di Lewy.
- d. Malattia di Creutzfeldt-Jakob.

9. Uomo di 76 anni. Affetto da Demenza. È anche affetto da polineuropatia cronica, cataratta, glaucoma, ipotiroidismo e incontinenza urinaria. Per tutte queste condizioni è in trattamento. In precedenza era stato trattato anche con Inibitori dell'Acetilcolinesterasi, interrotti per episodi allucinatori. Ha sempre avuto un comportamento tranquillo. Da qualche tempo è agitato ed ha mostrato aggressività nei riguardi dei caregiver. Sente delle voci che gli dicono che la gente lo vuole uccidere. È stata diagnosticata Psicosi in soggetto affetto da Demenza e trattato con Aloperidolo i.m. 0,5 mg x 4/die senza risultati significativi. Quale è il trattamento più indicato?

- a. Aloperidolo i.m. 40-60 mg/die.
- b. Neurolettico atipico: Risperidone 0,5-2 mg./die oppure Quetiapina 25-100 mg./die oppure Olanzapina 10-15 mg./die.
- c. Risperidone oppure Quetiapina oppure Olanzapina + Aloperidolo i.m.

10. Donna di 65 anni. Vive con il marito. Cinque anni fa un figlio è deceduto per incidente stradale. Un altro figlio vive da un anno in una diversa città. Per 20 anni ha gestito con il marito un negozio di frutta e verdura, recentemente chiuso per difficoltà economiche. Lamenta calo della memoria per i fatti recenti, non riesce più a seguire gli spettacoli televisivi, il sonno è disturbato e si deve alzare molte volte per urinare. Gestisce ancora le risorse del nucleo familiare. Ha consultato uno Specialista che ha rilevato: "MMSE 22/30 per deficit dell'attenzione. Rifiuta di eseguire altre valutazioni neuropsicologiche". L'esame obiettivo è sostanzialmente negativo. Quale può essere l'ipotesi diagnostica più probabile e come procedere?

- a. inviare la paziente all'UVA nell'ipotesi di iniziale malattia di Alzheimer;
- b. richiedere esami ematochimici e per immagini nell'ipotesi di danno cerebrovascolare;
- c. sospettare una forma depressiva e valutare la paziente con Mini-Cog e GCS.

RISPOSTE AI DIECI QUESITI CLINICI

1. La risposta è la c. Il Medico di Medicina Generale dovrebbe sospettare la diagnosi di demenza dopo aver raccolto in maniera accurata l'anamnesi del paziente. Poiché il paziente ha appena avuto un breve ricovero, è possibile che abbia sviluppato una depressione del tono dell'umore che si dovrebbe poter escludere. Nella Raccomandazione 5 della Linea Guida viene chiaramente indicata l'importanza di una raccolta accurata dell'anamnesi. Nella Raccomandazione 2 si indica la necessità di fare la Diagnosi Differenziale con la Depressione, e nella Raccomandazione 8 si indica la necessità di prescrivere esami bioumorali.

2. La risposta è la d. Come indicato a pagina 18 delle Linee Guida, "per la valutazione cognitiva iniziale si consiglia la somministrazione del Mini-Cog Test che consente di verificare la memoria a lungo e breve termine, la capacità di rappresentazione visiva e spaziale, la capacità di attenzione e le funzioni esecutive". Si tratta delle funzioni cognitive compromesse già nelle fasi iniziali del deterioramento.

3. La risposta è la a. Il paziente ha sviluppato uno stato confusionale acuto nell'arco di qualche giorno, in presenza di un lieve rialzo della temperatura corporea. Come indicato alle pagine 15 e 16 della Linea Guida, il Delirium è una condizione abbastanza frequente negli anziani specie se istituzionalizzati. Nella Raccomandazione 3 si rimanda ai criteri diagnostici del DSM-IV-TR per la diagnosi di Delirium.

4. La risposta è la c. La diagnosi più probabile, data l'evoluzione temporale post-traumatica del quadro clinico ed il quadro neuroradiologico, è quella di ematoma sottodurale cronico. Nella raccomandazione 6 delle Linee Guida si fa riferimento alla necessità che il Medico di Medicina Generale abbia la buona pratica di ricercare tutte le condizioni patologiche che possono essere causa di disturbi cognitivi. In particolare nella Tabella a pag.20 sulla diagnosi differenziale delle forme di demenza l'ematoma sottodurale cronico viene riportato come causa di forma di Demenza trattabile.

5. La risposta è la a. La malattia a corpi di Lewy è caratterizzata clinicamente dalla presenza di extrapiramidalismo, alterazioni della vigilanza e disturbi del comportamento a tipo deliri e/o allucinazioni. La malattia a corpi di Lewy rappresenta una causa non rara di Demenza tra le forme ad esordio dopo i 60 anni (v. pag. 19 della Linea Guida), di cui tener conto nella diagnosi differenziale (come indicato nella tabella a pag. 20).

6. La risposta è la e: Demenza Vascolare. La paziente presenta fattori di rischio vascolare, segni neurologici di interessamento delle vie piramidali ed extrapiramidali all'Esame Neurologico, e segni neuroradiologici di sofferenza ischemica (alterazioni della sostanza bianca e infarti lacunari). Come avviene nelle Demenze a patogenesi vascolare, il punteggio riportato dalla paziente è indicativo

di un lieve deficit cognitivo che interessa prevalentemente le funzioni attentivo-esecutive. Quadri di questo tipo possono complicarsi con episodi comiziali sintomatici/secondari. La presenza di atrofia non è sicuramente indicativa di una forma degenerativa, potendo essere la conseguenza della grave sofferenza vascolare.

7. La risposta è la b, come indicato a pagina 12 dell'introduzione delle Linee Guida.

8. La risposta è la a. La diagnosi più probabile è infatti quella di malattia di Alzheimer, poiché classicamente questa si caratterizza per l'insorgenza di disturbi della memoria a esordio insidioso e per il decorso lentamente ingravescente. Tuttavia la presenza di un deficit isolato di memoria non è sufficiente a porre diagnosi di demenza, come indicato nella raccomandazione 4 delle Linee Guida che rimanda ai criteri diagnostici del DSM-IV-TR.

9. La risposta è la b, poiché il trattamento con antipsicotici atipici è il più indicato nei pazienti anziani con Demenza, per il miglior profilo di tollerabilità. Comunque il trattamento farmacologico è da prescrivere nei casi di disturbi del comportamento gravi, che determinano situazioni di rischio e/o di estrema sofferenza per il paziente o per chi lo assiste, come nel caso descritto. Il trattamento dovrebbe in ogni caso essere limitato nel tempo e dovrebbero essere evitate le associazioni, come indicato nella raccomandazione 13 delle Linee Guida.

10. La risposta è la c. La paziente ha in anamnesi un lutto ed il fallimento dell'attività lavorativa del coniuge e presenta, come sintomi associati al disturbo cognitivo, disturbi del sonno e pollachiuria. Inoltre come avviene nella Demenza che si associa a depressione, il punteggio riportato dalla paziente è indicativo di un lieve deficit cognitivo che interessa prevalentemente le funzioni attentive. Nella raccomandazione 2 della Linea Guida si sottolinea che il Medico di Medicina Generale dovrebbe valutare la presenza di sintomi depressivi in presenza di sintomi cognitivo-comportamentali, avvalendosi nei casi dubbi di strumenti psicometrici di facile e breve somministrazione quale la Geriatric Depression Scale a 15 item.

MARISTELLA PICCININNI

Neurologo, Coordinatore Ambulatori
per i Disturbi Cognitivi, AUSL 10 di Firenze

Piazza della Indipendenza.

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita.

DI MANFREDO FANFANI

Terza Parte (Seconda parte nel numero precedente)



Raduni patriottici, aneddoti e episodi di vita nella Piazza

Il 12 Marzo 1848 si erano radunati nella *Piazza Maria Antonia* i 720 volontari che partirono al canto di "io vengo a dirti addio, l'armata se ne va e se non partissi anch'io sarebbe una vitia", per farsi onore a Curtatone e Montanara il 29 maggio di quell'anno. Alla vigilia della partenza l'Avvocato Bosi componeva di getto la versione originale dell'addio del Volontario a un tavolo del Caffè Castelmur di Via Calzaiuoli, in faccia a Orsanmichele, abituale ritrovo dei rivoluzionari filo-sabaudi.

Sempre nel 1848 la Piazza fu utilizzata dal Comune per costruire le baracche per le truppe austriache durante l'occupazione durata fino al 1855, occupazione tanto mal sopportata dai fiorentini!

Guido Nobili ci ha lasciato, in "*Memorie lontane*", molte notizie sulla vita della *Piazza della Indipendenza* nella seconda metà dell'Ottocento; racconta che dal giorno della rivoluzione del 1859 la Piazza era luogo consacrato ai raduni patriottici, per festeggiare con grida, inni e bandiere il successo delle armi italiane. *Nobili* racconta inoltre alcuni aneddoti della vita di tutti i giorni: "sulla piazza dell'Indipendenza ogni sera si era cominciato, come cosa nata da sé, un convegno di fanciulli delle migliori famiglie di Firenze, la sede prescelta era il lato della piazza verso la cantonata di Via di Barbano, mentre dall'altra parte di Via

e gli archeologi dell'avvenire, per sapere che cosa possa essere quell'affare tondo, che il soggetto della statua tiene in mano. Un cappello no, diranno, perché piatto a quel modo non gli può entrare in testa; chi potrà supporre le molle e lo scatto?..." Le critiche di *Nobili* arrivarono a segno: con una sapiente opera di restauro il cappello a scatto fu sostituito con un foglio.

Ai fiorentini anche la statua di *Ubaldino Peruzzi* ricorda l'insurrezione del 27 Aprile del 1859 ma, in un tempo non troppo lontano, ci fu un passante al quale la statua ricordava piuttosto un 1° d'aprile; quel passante si chiamava Renato Fucini.

Lo scrittore era assiduo frequentatore del salotto letterario di Borgo de' Greci, il famoso "salotto rosso" di *Ubaldino* e *Emilia Peruzzi* che si vantavano di essere invulnerabili al tradizionale "pesce d'aprile" perché molto accorti nella ricorrenza della data. Fu allora che Fucini, imitando la calligrafia della padrona di casa, indirizzò a se stesso un invito a pranzo in casa *Peruzzi* per il 1° Aprile. Presentatosi in casa creò un notevole imbarazzo; lo scrittore si scusò, si dimostrò mortificato e fece più volte l'atto di andarsene, senonché il pranzo fu allestito e il *Fucini* fu oggetto di scherno da parte di tutti i commensali per avere abboccato così ingenuamente al pesce d'aprile. Solo alla fine del pranzo, fra l'altro si trattò di un ottimo pranzo, il *Fucini* confessò che lo scherzo in realtà lo aveva fatto lui e che le vittime del pesce d'aprile erano stati proprio i *Peruzzi*. Ora, ebbe a scrivere anni dopo il *Fucini*, "Quando passo da Piazza della Indipendenza e volgo gli occhi alla statua del "Sor Ubaldino", mi pare di scorgere sulle labbra



Piazza della Indipendenza in epoca in cui era già stata divisa per congiungere via Ventisette Aprile con la Fozzetta da Basso; una curiosa immagine di elefanti di un circo che attraversano la Piazza.

San Francesco (Via Ferdinando Bartolommei) si riunivano un numero grande di ragazzi degli umili abitanti di Via delle Ruote e di Via San Zanobi, che simulavano fra di loro battaglie e fatti d'arme".

La Piazza fu testimone del tenero amore di *Guido Nobili* bambino con *Filli*, una splendida fanciulla greca che abitava nel palazzo Philipson al n. 21, confinante con casa *Nobili*. Un giorno, da poco era stata messa la ghiaia nella Piazza, *Nobili* perse un gemello della camicia e si chinò ricercandolo affannosamente; in quel momento la dolce *Filli* uscì con la madre da Palazzo Philipson, e il bambino rimase turbato a causa del suo atteggiamento; "un signore, pensavo, è degradato mostrarsi già piegato a fare quest'umile figura, perché un signore perde la roba, ma non la ricerca; tutt'al più mette gli avvisi alle cantonate, perché gliela riportino, mentre io grufolo fra la terra".

Guido Nobili fu molto critico per l'insediamento delle due statue commentando che con ciò "si vuole dimostrare ai posteri che anche i grandi uomini non possono sottrarsi al ridicolo, neppure dopo morti".

Molti si saranno chiesti, continua *Nobili*, che cosa sia mai quell'oggetto rotondo e piatto che tiene nella mano sinistra Bettino Ricasoli: "Quel Bettino poi, pover'uomo, in giubba e cravatta bianca, arrampicato sopra quell'alto piolo, in atto di porgere un cappello a scatto, è tutta la sintesi degli scherzi crudeli, che si possono fare al ricordo di un galantuomo". *Nobili* aveva preconizzato alcune perplessità dei posteri: "quando si sarà persa la memoria del gibus (nome dell'inventore del cappello a cilindro con molle a scatto che permettevano di appiattirlo e portarlo sotto il braccio), chissà quanto almanaccheranno gli storici

sottili e argute un dolce rimprovero..." Quel dolce rimprovero del *Signor Ubaldino* è sicuramente diretto anche ai suoi concittadini che lo avevano soprannominato "meline", secondo i cronisti per le sue guance ammassate; Il toscano è in realtà molto più tagliente nell'attribuire i soprannomi. Se Dante ricordava i *Peruzzi* come "quei de la pera", per le sei pere, considerate il più nobile dei frutti, che campeggiavano sul loro stemma, un toscano non poteva lasciarsi scappare la ghiotta occasione di attribuire al nobiluomo il soprannome di "meline", un frutto di più basso prestigio.

Molte furono le proposte di fare della zona di *Barbano* un centro di arte varia; il progetto si realizzò nel 1851 con l'insediamento del *Politeama Fiorentino* nella vicina *Via delle Officine* (oggi Via Enrico Poggi) ben visibile dalla Piazza in fondo a *Via del Podere* (oggi Via Salvagnoli); nel 1853 fu rappresentata per la prima volta la *Traviata*, appena uscita nella trilogia popolare di Verdi insieme al *Trovatore* e al *Rigoletto*. Il teatro andò a fuoco e si trasferì in *Corso Vittorio Emanuele* (oggi Corso Italia) dove si trova l'attuale Teatro Comunale. Al trasferimento contribuirono anche le lamentele del vicino Istituto delle "Scuole delle Zittelle Povere" per la turbativa al raccoglimento.

Non sono mancati altri attentati alla Piazza come, nel 1856, la creazione di un anfiteatro per caroselli storici; l'impresario, *Leonardo Nanni*, aveva fatto assegnamento sull'amore dei fiorentini per le manifestazioni patriottiche che avevano come fulcro la Piazza, tuttavia non seppe calcolare il rapporto fra quell'amore e la voglia di spendere dei fiorentini! Il recinto si riempì poche volte, poi il pubblico non partecipò più e l'impresario andò a finire i suoi giorni in Arno...

Piazza della Indipendenza nel Giugno 1962. Dopo la demolizione dell'abitazione contrassegnata dal n. 18, l'impresa Lorenzo Gori dà inizio alla nuova costruzione che ospiterà l'Istituto Fanfani. È suggestivo che i due soli immobili della Piazza oggetto di profonde trasformazioni (Santa Chiara e l'Istituto Fanfani) siano stati destinati a attività sanitarie; sembrerebbe una rivincita postuma dell'architetto Giuseppe Martelli che, quando nel 1844 furono presentati i progetti della Piazza, aveva fortemente caldeggiato la costruzione nella zona di un grande ospedale per 2000 degenti, aspirazione che, con suo grande rammarico, venne all'epoca disattesa.

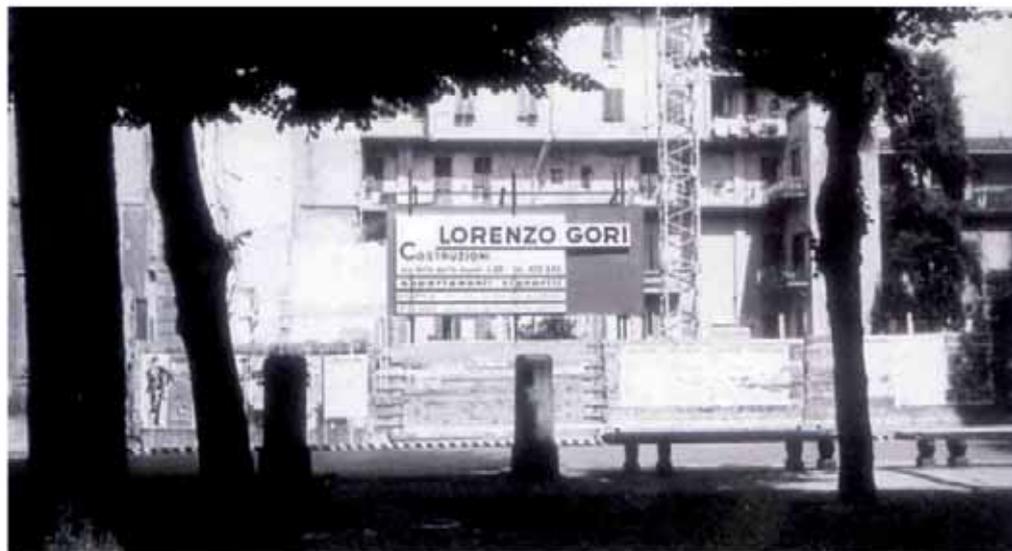
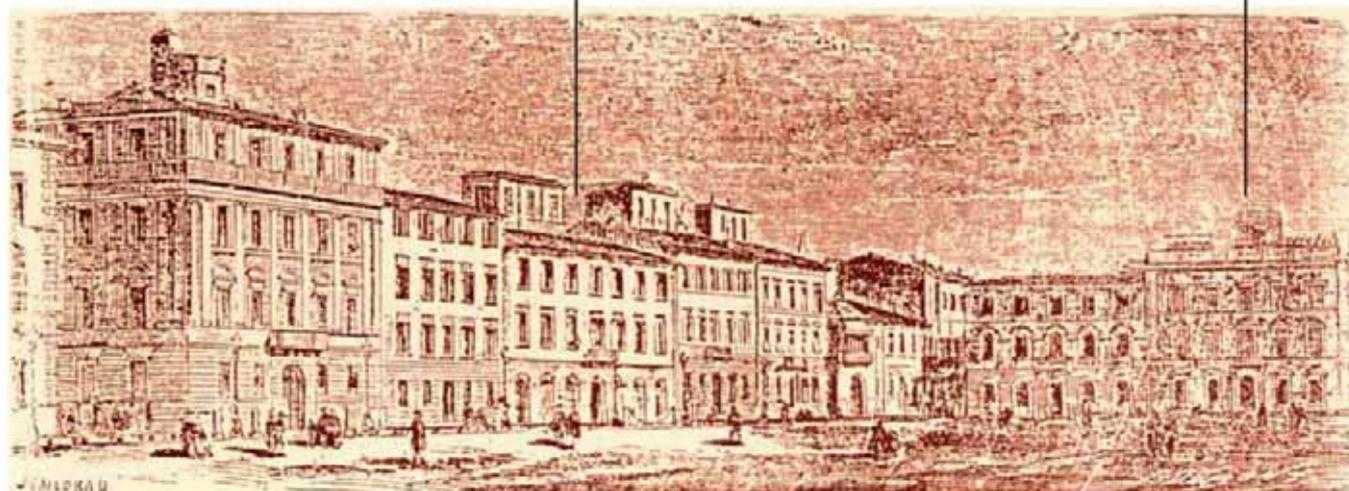


Immagine n° 18, sarà demolito nel 1962

Immagine n° 22, abitazione di Guido Nobile



Una vecchia stampa ci mostra Piazza della Indipendenza ancora senza alberi e con gli immobili originari immutati;

a sinistra, nella parte centrale, compare l'immobile n. 18 che sarà completamente demolito nel 1962 per la costruzione

di una nuova struttura. In alto a destra l'immobile dove nacque e abitò il poeta scrittore Guido Nobile.



Un'altra immagine di Piazza della Indipendenza di fine ottocento; sono già stati insediati, fra il 1896 ed il 1897, i monumenti a Ubaldo Peruzzi e a Bettino Ricasoli, costretti a fronteggiarsi anche se i due personaggi non avevano mai mostrato una reciproca simpatia; sembrerebbe intenzionale avere realizzato uno dei personaggi voltato leggermente a sinistra, l'altro a destra. La Piazza non è stata ancora divisa in due dalla strada centrale che congiungerà, in epoca successiva, via Ventisette Aprile con via Ridolfi aprendo una direttrice fra Piazza S. Marco e i viali.

Gli intrecci con la vita e le opere di due grandi artisti: Edgar Degas e Francisco Goya

La storia di Piazza della Indipendenza ha interessanti intrecci con la vita e le opere di Edgar Degas e Francisco Goya; due fra le maggiori opere degli artisti hanno condiviso, oltre al soggetto del grande ritratto di famiglia, anche il destino di rimanere a lungo sconosciute e di intrecciarsi con la storia e la vita della Piazza. *Edgar Degas*, ventiquattrenne, giungeva a Firenze nell'Aprile del 1858 per frequentare i musei. Durante il soggiorno fiorentino, presso la zia paterna *Louise* che abitava all'epoca in Piazza Maria Antonia (Piazza di Barbanò per i fiorentini), *Degas* concepisce uno dei suoi massimi capolavori, un grande ritratto di famiglia: "La Famiglia Bellafi". L'esecuzione del quadro si protrasse per quasi 10 anni, se ne venne a conoscenza solo dopo la morte dell'Autore; oggi l'opera è considerata una delle glorie del Louvre. In Piazza Maria Antonia, poi Piazza della Indipendenza, *Degas* si trovava a suo agio, fa amicizia con Giovanni Fattori e altri artisti che abitavano a pochi passi da lui e con i quali coltivava affinità spirituali e culturali. *Degas* lasciava Firenze alla fine di Marzo del 1859, poco prima della faticosa rivoluzione

del 27 Aprile, prudentemente richiamato a Parigi dal padre.

Un'altra suggestiva storia, di cui la Piazza fu testimone, riguarda una delle opere maggiori di Francisco Goya, "La famiglia dell'Infante don Luis". Il principe *Camillo Ruspoli* aveva sposato nel 1820 *Carlotta Luisa di Godog di Borbone*, che ereditò il dipinto della madre *Contessa di Chinchòn*, che è rappresentata, ancora bambina nel quadro di Goya. Il *Principe Ruspoli*, il 16 Gennaio 1865, si trasferì a Firenze nella villa Ruspoli situata nella parte sud di Piazza della Indipendenza. Il capolavoro di *Goya* fu trasferito nella villa dagli eredi nel 1904 e vi è rimasto gelosamente nascosto fino al 1974, allorché fu acquistato dalla Fondazione Magnani-Rocca.

L'opera rimase a lungo sconosciuta al pubblico, fu esposta per la prima volta a Parigi solo nel 1989. Il primo accenno all'opera è del *Gudio* (1970) che la vide, superando non poche difficoltà, in quello che definisce un "impenetrabile palazzo di Firenze"; si trattava evidentemente di Villa Ruspoli che Piero Bargellini ed Ennio Guarnieri, nel volume "Le strade di Firenze", definiscono la più famosa villa della Piazza "anche perché vi si trovava uno dei più bei quadri di Goya, cioè la grandiosa tela con la famiglia dell'Infante don Luis". Anche il Maestro Luciano Guarnieri racconta di avere avuto l'opportunità di intravedere il quadro, seminascosto, in una sua visita a Villa Ruspoli.



La prima pagina del Fieramosca, del 28 aprile 1898, dedicata all'omaggio reso da Firenze a Ricasoli e Peruzzi, due dei maggiori protagonisti del risorgimento toscano, con l'insediamento delle statue in Piazza della Indipendenza. In alto, sotto il titolo, i due monumenti; a destra le immagini degli illustri personaggi, in basso i fastosi addobbi della Piazza e di Via 27 Aprile.

ANFITEATRO FIORENTINO
SULLA PIAZZA MARIA ANTONIA
 Domenica prossima 28 Settembre 1856
 sarà aperto per la prima volta questo gradioso edificio, con una Rappresentanza Storica egramente

LE FESTE NAZIONALI
 ESIGITE
 DALLE CAPITUDINI DELLE ARTI FIORENTINE
 E DALLE CONTRADE SENESI
 PER IL CENTENARIO DELLA UNIFICAZIONE DEL REGNO
 L'ANNO 1856.

Circa **MILLE PERSONE** scelti nel sistema del tempo, e i Senesi governatori delle Basiliche prestanti parte alla Festa, farà eseguire la Corsa delle Contrade da Caselli con Fantoni, ed Premio di Paoli **TRECENTO** al primo che arriverà alla meta e **SETTANTACINQUE** al secondo.

Quelli che vorranno mettere i loro Caselli alla Corsa dovranno presentarsi prima del mezzogiorno di sabato prossimo per essere iscritti dal sig. **Isidoro Bianchi** alla di lui Casalleria posta in Via Pelicciola in Firenze.

BIGLIETTO D'INGRESSO
 Sulle gradinate e per accedere al Palco Paoli 2 indicatissimo.

Entrata all'Anfiteatro nella viastrada **Croce 4**.
 Il prezzo del Palco è **sessato** e Paoli **20** per questa Rappresentanza.

Le Chiese del Palco si trovano vendibili al Banco del Commisario Nanni in Via del Convento N° 6158, al Caffè Doney in Via dei Legnoli e all'ingresso dell'Anfiteatro dalla Via S. Apollonia.

L'impresario *Leonardo Nanni* progettò di fare nella Piazza un grande anfiteatro permanente per caroselli che fu inaugurato il 28 Settembre 1856. Il Nanni aveva probabilmente fatto assegnamento sull'amore dei fiorentini per le manifestazioni patriottiche che avevano come fulcro la Piazza, tuttavia non seppe calcolare il rapporto fra quell'amore e la voglia di spendere dei fiorentini! Il recinto si riempì due o tre volte, poi il pubblico non partecipò più e l'impresario andò a finire i suoi giorni in Amo... A sinistra la riproduzione del manifesto di uno dei primi spettacoli. In basso, in una stampa dell'epoca, l'anfiteatro realizzato in mezzo alla Piazza.



Edgar Degas: La famiglia Bellelli, il Louvre, Parigi (realizzata dal 1858 al 1867).

Nell'aprile del 1858 Degas giungeva a Firenze; durante il suo soggiorno presso la zia paterna Louise, che abitava all'epoca in Piazza Maria Antonia, (poi della Indipendenza) l'Artista concepisce un grande ritratto di famiglia; la "Famiglia Bellelli"; si tratta di una delle opere più importanti frutto della acquisita cultura figurativa dell'Artista.

È stato sottolineato come la scena riveli una situazione familiare pesante, i due coniugi non si rivolgono lo sguardo, il Barone Bellelli volge le spalle allo spettatore; la chiave di lettura va forse ricercata anche nel fatto che il Senatore era un profugo politico condannato a morte in contumacia dalla

Gran Corte di Salerno ed era impegnato nel progetto cavouriano per l'annessione al Piemonte; da ciò forse nascono gli stati d'animo e il segreto rifiuto ad apparire. Anche il cagnolino sdraiato per terra, in basso a destra, ha preferito restare con la testa fuori campo...! L'austerità e la tristezza della zia, raffigurata insieme alle figlie Giulia e Giovanna, sono accentuate dall'abito scuro per il lutto per la recente morte del padre Hilaire Degas, norino dell'artista, il cui ritratto è appeso alla parete alle spalle di Louise. Degas lasciava Firenze a fine Marzo del 1859 richiamato, prudentemente, dal padre poco prima della fatidica rivoluzione del 27 Aprile di quell'anno!



Francisco Goya (1783): La famiglia dell'infante don Luis, Fondazione Magnani-Rocca, Corte di Mamiano, Parma.

L'infante di Spagna don Luis, fratello minore di Re Carlo III, al calar della sera, ha raccolto intorno a sé i familiari e la servitù. La moglie Maria Teresa è seduta al centro, in piena luce alle sue spalle un parrucchiere

le acconcia i lunghi capelli per la notte. Alla destra di Maria Teresa il marito don Luis è intento ad un gioco di tarocchi. Don Luis aveva rinunciato ai titoli e alla dignità ecclesiastica per amore di Maria Teresa che, non avendone il rango, non fu mai ammessa alla corte reale; relegata in campagna poté dare sfogo alle sue ambizioni e spettacolo della sua bellezza solo alla ristretta corte dei familiari e dei personaggi del seguito.

Dietro don Luis il figlio primogenito e la figlia Maria Teresa, futura Contessa di Chinchón, che guarda incantata il pittore che si è riprodotto genuflesso nel quadro. Due cameriere portano la cuffia da notte e un portagioie. Alla sinistra di Maria Teresa la nutrice, con la figlia piccola in braccio, la servitù al completo e un giovane musicista che appunta lo sguardo ammirato sulla padrona di casa.



Nel particolare la bambina Maria Teresa, futura contessa di Chinchón, è l'unica a guardare con dolcezza e curiosità l'Artista, che si è rappresentato all'interno del quadro sull'estrema sinistra, mentre sta dipingendo quell'opera che un giorno le sarebbe appartenuta. La figlia della Contessa di Chinchón, Carlotta Luisa di Godog di Borbone, a sua volta erede del quadro, sposò nel 1820 il Principe Camillo Ruspoli che nel 1865 si trasferirà a Firenze nella villa di Piazza della Indipendenza. Nel 1904 gli eredi Ruspoli portarono il quadro nella villa di famiglia di Piazza della Indipendenza dove è rimasto per molti anni segretamente custodito. Quest'opera, una delle più importanti di Goya, ha condiviso con la citata opera di Degas, oltre al soggetto del grande ritratto di famiglia, anche il destino di rimanere a lungo sconosciuta e di intrecciarsi con la storia e la vita di Piazza della Indipendenza.



Tommaso Simoncini è Ricercatore presso l'Università di Pisa. È Segretario Esecutivo della International Society of Gynecological Endocrinology e membro del direttivo della European Society of Gynecology. È Editore di Maturitas ed ha ricevuto vari premi internazionali in campo ginecologico. Si occupa di chirurgia ginecologica ed oncologica mini-invasiva e ricostruttiva del pavimento pelvico.

Trattamento chirurgico mini-invasivo dell'agenesia vaginale

AGENESIA VAGINALE

La formazione dei genitali interni femminili dipende dalla corretta migrazione e fusione dei dotti di Müller, che danno origine all'utero e ai due terzi superiori della vagina. Un difetto di questo processo determina la Sindrome di Rokitansky, una malformazione dell'apparato riproduttivo femminile in cui l'utero e la vagina sono assenti.

La diagnosi è posta per la presenza di amenorrea primaria con livelli ormonali e cariotipo nella norma associato alla mancata visualizzazione dell'utero. I genitali esterni presentano un introito vaginale di lunghezza variabile tra 0 e 2-3 cm. Il meato uretrale esterno e il clitoride sono normali. L'incidenza varia tra uno e tre casi su 5000 bambini per anno.

L'impatto emotivo della diagnosi deve essere gestito con grande esperienza. È opportuno un approccio multidisciplinare che preveda l'interazione di ginecologo-endocrinologo, ginecologo-chirurgo e psicologo/sexuologo, al fine di permettere la piena comprensione della diagnosi, insieme all'attivazione di un percorso per la preparazione ai possibili interventi.

DIAGNOSI E COMUNICAZIONE

Le pazienti sottoposte a trattamento chirurgico (6 dal 2009 al 2011) presso il nostro Istituto sono state inquadrare presso il centro di Endocrinologia Ginecologica (Dr.ssa Franca Fruzzetti). La diagnosi è stata confermata con risonanza magnetica nucleare associata allo studio delle vie urinarie per la valutazione di malformazioni concomitanti delle vie escrettrici. La procedura prevede un consulto multidisciplinare in cui si comunica la diagnosi. Il chirurgo ginecologo propone nella stessa seduta le possibili scelte terapeutiche personalizzate. Questo permette di aprire una prospettiva di "guarigione" e di rendere la paziente parte attiva di questo processo.

APPROCCIO CHIRURGICO

La gestione chirurgica dell'agenesia vaginale richiede una completa conoscenza delle possibilità terapeutiche disponibili, perché le caratteristiche anatomiche della singola paziente possono indirizza-

re il tipo di intervento. Le competenze chirurgiche richieste sono complesse, e includono esperienza di chirurgia addominale e vaginale ricostruttiva. Data la pericolosità delle manovre di creazione del canale tra retto e vescica, è richiesta anche la capacità di gestione di complicanze a carico di questi visceri.

CREAZIONE DELLA NEO-VAGINA CON TECNICA MINI-INVASIVA

Le strategie chirurgiche moderne prevedono l'apertura di un canale vaginale per via perineale, associato a un tempo chirurgico addominale in cui si crea una tasca di peritoneo utilizzata per rivestire il canale vaginale (Intervento di Davydov). Presso il nostro Istituto il Dr. Tommaso Simoncini ha sviluppato questa procedura, utilizzando un

approccio combinato laparoscopico/vaginale.

L'intervento consiste in un accesso laparoscopico che consente l'esplorazione della pelvi e la conferma della diagnosi. In genere le pazienti presentano due corni uterini ipoplasici o assenza totale dell'utero. Le salpingi e le ovaie sono normali anche se in posizione elevata (Figura 1).

Per via laparoscopica si individua la zona dove dovrà essere creato il punto apicale del canale vaginale. Il peritoneo viene in questa sede inciso, preparandolo per la successiva anastomosi alla mucosa dell'introito vaginale. Si procede quindi alla creazione di una tasca di peritoneo che chiuderà la neo-vagina (Figura 1). La manovra prevede la sezione dei legamenti rotondi e del peritoneo prevescicale, che viene ampiamente scollato dalla vescica. Sono quindi confezionate due emisuture correnti passando in successione sul peritoneo prevescicale, sul legamento rotondo, sul legamento utero-ovarico, sul peritoneo della piccola pelvi, sul mesoretto ed infine sulla sierosa del retto (Figura 2). Le suture non sono allacciate per consentire la visione laparoscopica durante la creazione del canale vaginale eseguita per via perineale.

Il tempo perineale consiste nell'apertura del corpo fibroso che separa la vescica dal retto. La

TOMMASO SIMONCINI, FRANCA FRUZZETTI,
PAOLO MANNELLA, DARIA PERINI,
MARIA SILVIA GIRETTI,
ANDREA RICCARDO GENAZZANI

*Divisione di Ginecologia e Ostetricia Universitaria I,
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana*

manovra può essere difficoltosa e richiede l'esplorazione rettale per un corretto completamento. Una volta raggiunta il peritoneo dello sfondato di Douglas la visione laparoscopica permette una apertura sicura dell'estremità apicale del canale vaginale (Figura 3).

A questo punto si sutura la mucosa dell'introito vaginale al peritoneo pelvico, ricoprendo il canale vaginale.

Per via laparoscopica si provvede infine all'allacciamento delle emisuture, creando l'apice della neo-vagina con il peritoneo prevescicale, i residui uterini e il peritoneo pre-rettale. La lunghezza della vagina ottenuta è di 12-15 cm e presenta un diametro di almeno 3 cm. La durata media dell'intervento è di circa 90 minuti.

La procedura è minimamente invasiva e consente la rialimentazione della paziente la sera dell'intervento e una rapida ripresa. Inoltre, consente di iniziare in terza giornata post-operatoria l'uso dei dilatatori vaginali, necessari per vari mesi nei pazienti che non possono avere rapporti. Il dolore post-operatorio è modesto ed essenzialmente riferibile all'accesso laparoscopico.

FOLLOW-UP E RISULTATI A DISTANZA

Le pazienti sono controllate a distanza di uno, tre e sei mesi dall'intervento, e poi con cadenza semestrale. Le pazienti da noi trattate con questa tecnica hanno presentato un eccellente mantenimento anatomico della neo-vagina. A sei mesi dall'intervento l'esame colposcopico ha evidenziato una quasi completa differenziazione in senso vaginale del peritoneo.

CONCLUSIONI

La presa in carico di pazienti affette da agenesia vaginale rappresenta una sfida di grande complessità, che richiede un approccio multidisciplinare e competenze chirurgiche complesse. L'intervento di Davydov modificato con accesso laparoscopico rappresenta nella nostra esperienza una valida tecnica chirurgica, che abbina mini-invasività e sicurezza a ottimi risultati anatomici.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: tommaso.simoncini@med.unipi.it

TM

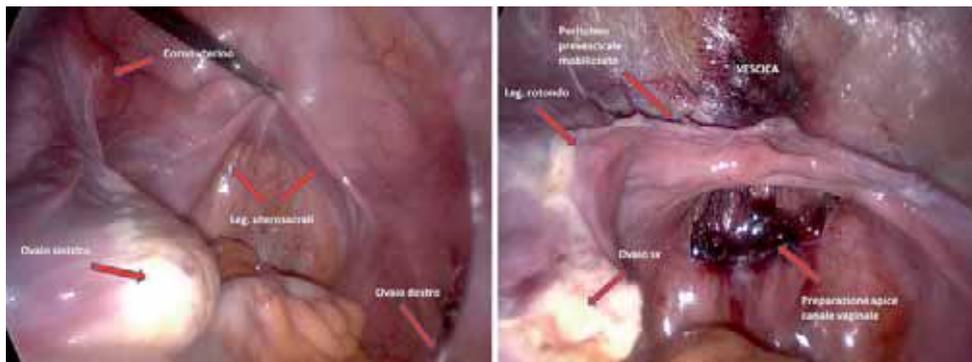


Figura 1 - Anatomia pre-operatoria, agenesia dell'utero, preparazione della tasca peritoneale pelvica.

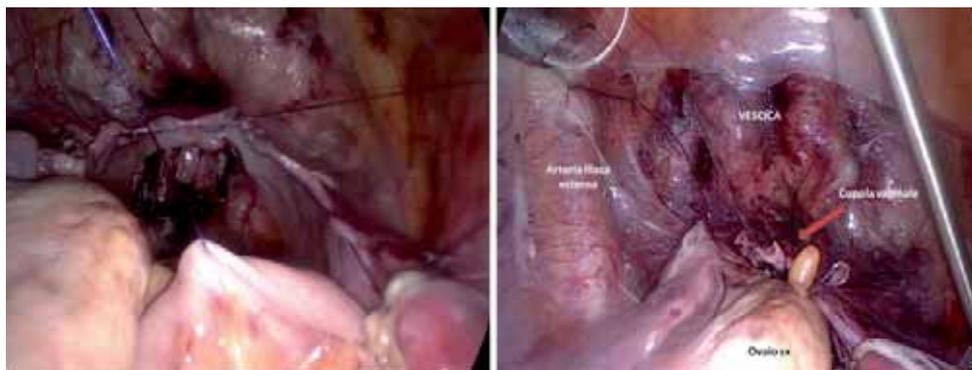


Figura 2 - Preparazione della cupola vaginale, tempo laparoscopico.

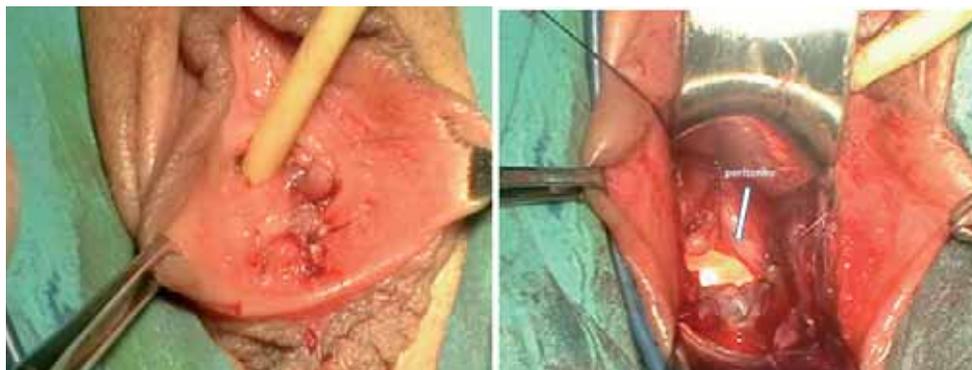


Figura 3 - Preparazione del canale vaginale, tempo perineale.



La Sanità toscana prima dell'Unità d'Italia

ANTONIO PANTI

Quest'anno, nel 150° Anniversario dell'Unità d'Italia, il fiorentino "Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità" pubblica per le Edizioni Polistampa una splendida riedizione del "Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nova e di Bonifazio", che il commissario Marco Govoni Gerolami redasse nel 1783 per incarico di Pietro Leopoldo, Granduca di Toscana. Vale la pena di leggere il testo settecentesco, non solo per la sua classica bellezza letteraria, ma perché rappresenta un momento alto della riflessione illuministica sulla trasformazione dei luoghi di ricovero in ospedali moderni, dotati di apparati di insegnamento pratico, già volti a coniugare appropriatezza delle cure e sostenibilità economica.

Il Regolamento nasce da un impulso del Granduca stesso che, alla sua venuta in Toscana, come egli stesso scrive, notava come *"gli Spedali erano tenuti in pochissima economia e pochissima cura; la maggior parte delle entrate si dissipava negli impiegati e famiglie loro, i malati erano mal tenuti e con poca pulizia. Nell'Ospedale di Firenze Santa Maria Nuova vi era pochissimo ordine e subordinazione ... Qualunque astante impiegato si riteneva autorizzato a qualunque impertinenza tanto dentro che fuori all'Ospedale"*. Pietro Leopoldo, uno dei massimi esponenti del dispotismo illuminato, decise di metter mano a questa situazione e di riorganizzare il sistema ospedaliero toscano, assegnando all'antico ospedale di Santa Maria Nuova, fondato nel 1283 da Folco Portinari, il ruolo di ospedale di cura e di insegnamento, separando i malati curabili dagli incurabili, dai dementi e dai malati cutanei (rognosi) e tutti quanti dai poveri e dai mendicanti.

Il giudizio del Granduca sulla società Toscana è piuttosto pesante. La nobiltà era *"estremamente ignorante, non studiando né applicandosi, unicamente occupata dell'ozio, senza cultura né istruzione e generalmente poco in punto d'onore"*. I preti erano *"in numero eccessivo, al che contribuisce la quantità dei benefici ... Per la maggior parte preti ignorantissimi, portati all'interesse, di cattivi costumi, maldicenti per professione, sempre occupati per le case a riportare tutte le ciarle, dediti all'ozio, al gioco e di cattivo esempio ai secolari"*. Riportiamo queste frasi, tratte dalla "Relazione sul governo di Toscana" di Pietro Leopoldo, dall'ampio e documentatissimo articolo di Marco Geddes da Filicaia che fa da ottima

introduzione, insieme al contributo storico di Ester Diana, al testo del regolamento e che ci è servito da guida per valutarne l'importanza e la modernità.

Il regolamento, che sviluppa e porta a compimento le idee contenute nella relazione di Pietro Cocchi, risalente alla metà del '700, non solo consentì un rinnovamento della funzionalità e della gestione dell'ospedale fiorentino, ma servì da esempio ad altrettanti regolamenti ospedalieri, dentro e fuori d'Italia, che segnano la nascita dell'ospedale moderno sul piano organizzativo e gestionale. Il testo ripubblicato contiene anche le tavole allegate alla prima edizione. È di particolare interesse la prima che, sotto l'aspetto di una specie di albero genealogico, contiene la pianta organica dell'Ospedale, con la definizione dei ruoli e dei rapporti gerarchici di tutto il personale, dal Commissario Granducale fino agli ultimi inservienti. Definire la collocazione gerarchica e funzionale del personale tutto, così come predisporre una serie di minuziose tabelle e registri che consentano di controllare in ogni momento i consumi e la spesa di tutto quanto si usa e consuma nell'Ospedale, già mostra come alla razionalità illuministica non sfuggisse la necessità di monitorare costantemente la spesa sia sul piano analitico che complessivo perché, come fa notare il Cocchi nella sua precedente relazione, il Granduca non vuole aumentare i finanziamenti all'Ospedale ma esige cure migliori e risultati più visibili.

Lasciando agli storici della Sanità una puntuale esegesi del regolamento, già presente nella citata introduzione di Marco Geddes, qui preme porre in evidenza alcune peculiarità che ne attestano la modernità. Nessuna pretesa di esaustività ma solo alcuni spunti, elencati in estrema sintesi, ma certamente significativi. Nell'epoca in cui nasce la clinica e l'organizzazione ospedaliera dell'età moderna, si pongono infatti i problemi che ancora non sono del tutto risolti, spesso più esplosi sul piano quantitativo che su quello qualitativo. Nel regolamento leopoldino gli snodi che colpiscono chi si occupa di organizzazione sanitaria sono molti e spesso già brillantemente affrontati. Ne facciamo un breve elenco, senza alcun carattere di esaustività.

Il primo punto è che il Regolamento è preciso nel creare un filtro per l'accesso all'Ospedale. Il paziente prima di essere ammesso, che si presenti da solo o accompagnato da familiari, che abbia o no certificati di indigenza, deve essere visitato da un medico che

definisce la patologia e che inizia a compilare una cartella clinica di cui il Regolamento fornisce il prototipo e che rappresenta un esempio preciso di diaria giornaliera. La cartella, che costituisce anche un diario clinico, deve essere obbligatoriamente firmata dal medico che ha in carico il paziente e, se del caso, contenere anche il riscontro autoptico. Ciò consente anche una primitiva raccolta di dati.

Ugualmente deve essere scritta e quindi sottoposta a controllo la prescrizione, preparazione e somministrazione di farmaci prevedendo le singole responsabilità dei medici, degli infermieri e dei farmacisti. Infatti il regolamento suggerisce di *“stabilire un solenne ed esatto riscontro delle ordinazioni avanti che i rimedi escano dall’officina e l’accrescere la circospezione nell’atto istesso della propinazione con l’aggiunta di persone più idonee”*. Il Regolamento raccomanda la tempestività e l’accuratezza delle medicazioni per evitare l’aggravarsi delle infezioni. Vi è un *“sovrintendente alle Infermerie”* che rappresenta una anticipazione della direzione sanitaria. È interessante rilevare come la relazione del Cocchi proponesse un incremento dell’autorità dei medici e della loro partecipazione al governo dell’Ospedale che, al contrario, il regolamento non riprende. Il Cocchi lamenta che *“i medici non hanno mai avuto la minima autorità nell’Ospedale, né si è mai dato esempio, per quando si sappia, che alcun superiore del luogo abbia mai interrogato alcun medico sul trattamento degli infermi”*. La proposta del Cocchi non anticipa certamente il governo clinico ma pone con forza la necessità di una direzione sanitaria almeno in senso igienistico. Ma il Granduca, per quanto illuminato, non vuol rinunciare ad un impianto istituzionale rigorosamente gerarchico.

Tuttavia il Granduca, che poco dopo abolirà la pena di morte in Toscana, ricorda a tutti e impone l’obbligo di ascoltare i pazienti, interrogarli su come sono stati trattati e di trattarli con civiltà, mitigando ogni eventuale atto coercitivo nei confronti dei dementi senza alcun disprezzo o violenza: *“gnuno ardisca mai percuotere i dementi”*, e ancora: *“niuno Ministro, Professore, Giovane, Oblata e Serventi o altra persona addetta allo Spedale o estranea ardisca, per qualunque occasione e sotto qualunque pretesto, offendere, rampognare le inferme, né dir loro parole disgustose o far burla di alcun sorta o obbligarle a servire altre malate, specialmente in cose laboriose, e molto meno permetterà che alcuno o alcuna che assista o serva allo Spedale percipi pagamento, mercede o regalo da qualsivoglia inferma o convalescente dello Spedale suddetto”*. Problemi non del tutto risolti dopo due secoli.

La questione dell’assistenza da parte delle Oblate, una sorta di ordine religioso fondato da Monna Tessa, servente del fondatore Folco Portinari, reca molti problemi non solo organizzativi e disciplinari ma anche economici (troppo numerose da mantenere per i servizi che danno) e politici per i rapporti con la Chiesa. Anche la razionalità del Cocchi o del Granduca si arresta o almeno accetta qualche compromesso. Tuttavia il tentativo del regolamento di inserire tutto il personale in un unico disegno gestionale è degno di nota e notevolmente anticipatore.

Pochi anni dopo la pubblicazione del regolamento di Santa Maria Nuova, Vincenzo Chiarugi trasformerà l’assistenza dei dementi nell’Ospedale di Bonifazio, allineandosi alle idee del Pinel e di tutto il movimento illuminista francese. Anche questa pagina del settecento fiorentino è degna di nota e segna l’inizio di una lunga strada che porterà, due secoli dopo, alla legge Basaglia. Un momento della storia fiorentina in cui tolleranza e ragione seppero convivere e recare frutti di civiltà.

Il Regolamento dedica ancora una pagina illuminante alla collegialità della visita, al controllo della dieta, così come consente con ragionevolezza a ciascuno *“il culto della loro religione”*. In conclusione, sia sul piano del rispetto dei singoli pazienti che della loro cura, per quel che allora era possibile, vi è uno sforzo significativo di razionalizzazione del sistema. La consapevolezza di questo sforzo è evidente in quella parte del regolamento di grande interesse e modernità relativa alla istruzione medica. Il Granduca, nella sua relazione, si era lamentato che nelle università di Pisa e di Siena vi fosse *“gran lusso e numero di professori i quali non si danno la pena necessaria per l’istruzione della gioventù”*. Da questa constatazione nasce l’idea di consentire l’esercizio della professione ai medici che si fossero abilitati dopo due anni di frequenza a Santa Maria Nuova, secondo un calendario di insegnamento teorico e pratico che ben si inserisce nel grande movimento di trasformazione della medicina in disciplina scientifica e che porta alla moderna università.

Questi spunti, ed altri di uguale o maggiore importanza, rendono conto della rilevanza del regolamento toscano nell’evoluzione dell’assistenza ospedaliera. Ne parliamo in occasione del 150° anniversario dell’unità d’Italia per ricordare come, ancor prima dell’atto sostanziale dell’unità nazionale, vi siano stati momenti alti di riflessione civile e politica che hanno contribuito a creare quel clima di ideali e di aspirazioni da cui nasce un movimento unitario che non è soltanto politico ed istituzionale ma rappresenta il coagulo di impegni civili e sociali fioriti sul rinnovato sentire dei diritti di cittadinanza. Potremmo dire, con un salto di oltre un secolo, che il sistema sanitario nazionale porta a compimento quei principi di universalità e di uguaglianza che già allora erano presenti sia pur come elargizione del sovrano e non come conquista di liberi cittadini.

La storia dell’Ospedale come luogo di cura aperto a tutti, regolato a misura di pazienti e non più fondato sul contenimento o sull’esclusione, nasce allora e si affermerà lentamente fino alla moderna grandiosa organizzazione. Se la storia non è maestra di vita ci dà almeno il senso delle nostre radici come direzione verso la quale volgere la concretizzazione dei valori civili. Ancora oggi Santa Maria Nuova, recentemente trasformato secondo i canoni della medicina moderna, dopo otto secoli, rappresenta un luogo fondamentale per l’assistenza nella città di Firenze. Uno strumento modernissimo di assistenza ai cittadini inserito in strutture antiche di quasi otto secoli. La capacità di rinnovarsi all’interno della tradizione trova una delle sue radici più significative nel regolamento leopoldino. **TM**



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".

Gli Obiettivi del Millennio e la mortalità dei bambini

Nel 2000 l'Assemblea delle Nazioni Unite – con la firma di 189 Capi di stato – si impegnò a raggiungere entro il 2015 una serie di obiettivi per lo sviluppo dell'umanità, gli Obiettivi del Millennio (*Millennium Development Goals-MDGs*). L'Obiettivo n°. 4 riguardava la salute dei bambini con l'impegno di ridurre nei paesi in via di sviluppo la mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni (mortalità <5) di due terzi, rispetto alla situazione del 1990.

Nel 1990 globalmente la mortalità >5 assommava a 11,6 milioni, di cui 3,9 milioni in Africa

sub-sahariana, pari a 184 morti per 1.000 nati vivi. Una mortalità, per il 90% delle cause, facilmente prevenibile e evitabile (Figura 1).

Per raggiungere l'obiettivo della riduzione dei 2/3 entro il 2015 (es: in Africa sub-sahariana portare la mortalità <5 a 61 morti per 1.000 nati vivi) il tasso di riduzione annuo della mortalità sarebbe dovuto essere del 4,4%.

Dal 2005 è in corso il monitoraggio dei MDGs e nel 2011 è stato effettuato un ulteriore aggiornamento, con un paper pubblicato recentemente su Lancet¹.

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze

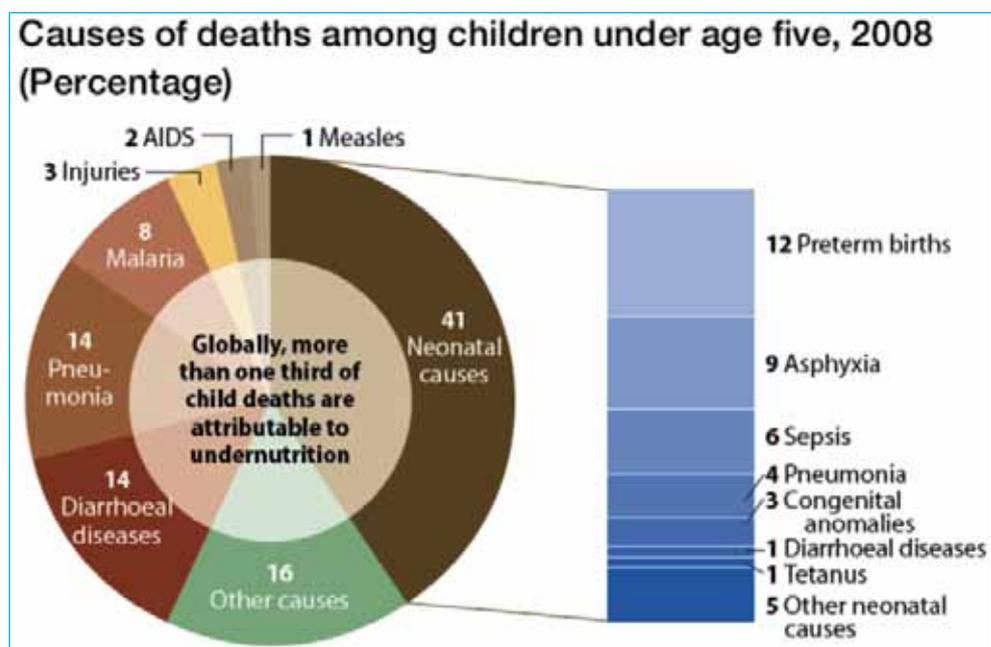


Fig. 1 - Cause di morte tra i bambini al di sotto dei 5 anni - % - Fonte OMS.

¹ R. Lozano et al, Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis, Lancet 2011; 378:1139-65.

Tabella 1 – Mortalità <5 nei Paesi G7. Tassi di incidenza e tassi di riduzione della mortalità.

Paese	Incidenza per 1000 nati vivi	Tassi % di riduzione della mortalità		
		1990-2000	2000-2011	1990-2011
Canada	4,7	3,2	1,6	2,8
Italia	3,4	5,5	4,5	5,0
Francia	3,9	4,9	3,2	4,0
Germania	3,8	5,4	3,4	4,4
Giappone	2,9	2,9	4,2	3,6
UK	5,2	4,1	1,8	2,9
USA	7,1	3,2	1,6	2,4

Fonte: Rif. Bibliog. 1.

Il dato globale ci dice che la mortalità <5 è passata dal 11,6 mln a 7,2 mln con un tasso di riduzione medio annuo del 2,2%, ovvero la metà di quanto previsto per il raggiungimento dell'Obiettivo entro il 2015. Complessivamente l'Obiettivo è clamorosamente fallito, con risultati diversi nelle diverse aree del mondo, come dimostra la Figura 2.

In Asia e America Latina si registrano successi evidenti come quelli di Cina e Vietnam (tassi di riduzione rispettivamente del 5,6 e 6,7%) e di Perù, Cile, Cuba e Brasile (5,2, 5,0, 4,7 e 4,4); ma molti altri paesi di questi due continenti dovranno attendere alcuni decenni per raggiungere l'Obiettivo.

La situazione più critica (e tragica) è quella, peraltro nota da tempo, dell'Africa sub-sahariana. Nel 1990 – come abbiamo già notato – circa un terzo della mortalità <5 si verificava in questa area del mondo; nel 2011 il numero assoluto dei mor-

ti si è lievemente ridotto (da 3,9 mln a 3,5 mln), ma la percentuale rispetto al totale dei decessi si è innalzato al 49%. Un solo paese – il Madagascar – probabilmente raggiungerà l'Obiettivo nel 2015; per gli altri l'appuntamento è rimandato molto più in avanti, per 23 paesi dopo il 2040.

Il paper di Lancet riporta i dati di tutti i paesi del mondo, anche di quelli industrializzati che già nel 1990 registravano dati molto soddisfacenti (rispetto alla media mondiale) di mortalità <5.

Anche loro sono migliorati nel frattempo, ma con tassi di riduzione molto diversi. Prendiamo i paesi del G7 (Tabella 1). L'Italia è seconda rispetto al Giappone, ma nel periodo 1990-2011 ha registrato il miglior tasso di riduzione della mortalità <5. Nettamente più indietro, sia quanto a incidenza che in riduzione della mortalità, USA, UK e Canada. **TM**

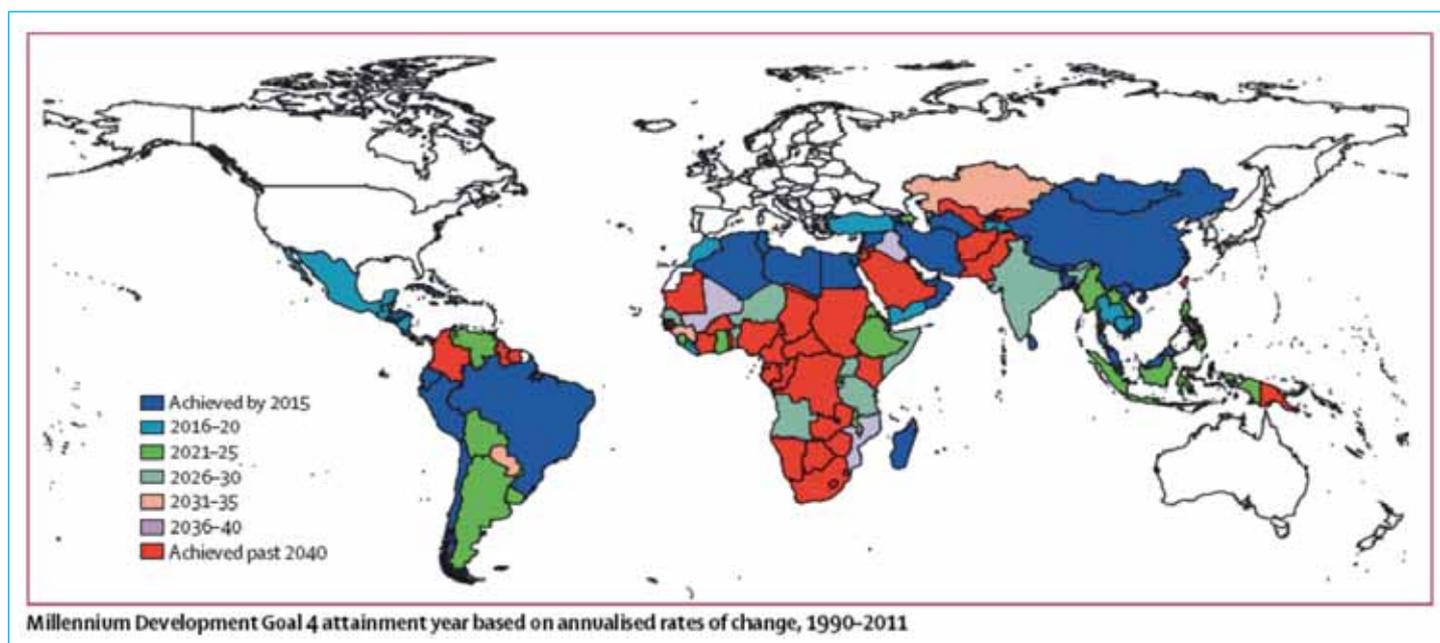


Fig. 2 – Diverse fasi di raggiungimento dell'Obiettivo del millennio n° 4. Fonte: Lancet.



Eugenio Pattarino,
Presidente Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Provincia di Firenze, Presidente Società Italiana di Medicina Generale, Provincia di Firenze.

Novembre: tempo di castagne e di ... bilanci

Siamo ormai arrivati quasi alla fine di quest'anno lavorativo che ha visto notevoli cambiamenti da un punto di vista economico. Come già detto in altre occasioni, il modo di considerare il proprio futuro pensionistico deve essere completamente rivisto da parte di tutti i lavoratori sia dipendenti che autonomi: i medici non possono agire diversamente! Una volta, forse, si poteva accantonare il pensiero della pensione fino agli ultimi anni lavorativi, ma adesso non più.

Come si pianifica un investimento importante quale l'acquisto di una casa, similmente ci si deve comportare con la "pensione". «Quanto avrò di pensione?». «Mi basterà per mantenere il mio attuale tenore di vita?». «Sarà sufficiente per garantirmi una serena vecchiaia, anche nel caso che non sia autosufficiente per un periodo lungo?». Queste domande ce le dobbiamo porre all'inizio del nostro ingresso nel mondo del lavoro. Come controlliamo il "gruzzolo" dei nostri risparmi e li seguiamo nel tempo, adattando gli investimenti al mercato finanziario e alle nostre esigenze – particolarmente nella decisione di un acquisto importante – così dobbiamo valutare per tempo le nostre future necessità rapportandole alla futura pensione.

A novembre è possibile tirare un bilancio di previsione abbastanza preciso sul reddito dell'anno in corso e quindi esaminare se c'è una certa quota disponibile da destinare al risparmio anche "pensionistico".

Parlo di "risparmio" perché considero la contribuzione pensionistica alla stregua di una qualsiasi altra forma di risparmio, "forzoso" sì, ma comunque da noi gestibile.

Pensiamo che, a conti fatti, si possa considerare di chiudere l'anno con un avanzo di cassa al netto di tutte le spese ipotizzabili (tasse, rate del mutuo, acquisti importati, assicurazioni varie). Cosa fare di questa somma che necessariamente si deve mettere da parte in funzione di spese future o del mantenimento in anni più magri? Parte di essa può essere necessaria per un determinato acquisto in un più o meno prossimo futuro, ma certamente ci sarà anche una parte, di varia entità, accantonabile, destinata a non essere toccata per molti anni, salvo imprevi-

sti, idonea pertanto a costituire il "montante" della futura pensione.

Le possibili forme di investimento sono varie: azioni, obbligazioni, immobili da destinare a reddito. Ogni scelta può essere buona se fatta in funzione delle nostre aspettative, del rischio che decidiamo di correre (ormai la cronaca di

quest'ultimo anno ci ha insegnato che maggiore rischio può corrispondere a un maggiore guadagno), del vantaggio fiscale. A seconda delle diverse situazioni professionali la scelta può riguardare il riscatto degli anni precontributivi, il riallineamento, la riunificazione di fondi diversi, l'adesione ad un fondo pensione.

Ho citato, come fattore importante nell'iter decisionale, il "risparmio fiscale": a forme diverse di investimento pensionistico corrisponde infatti un diverso livello di risparmio che comunque sarà sempre presente a differenza delle altre forme di investimento. Se abbiamo scelto il riscatto degli anni universitari o il riallineamento contributivo la detraibilità sarà totale, mentre se si opterà per il versamento in un fondo pensione la detraibilità sarà limitata al tetto di euro 5.167,57. Si determinerà quindi un diverso risparmio fiscale, da quantificarsi nella singola aliquota marginale personale, l'ultimo scaglione percentuale di tassazione.

Rimandando ad altro momento la descrizione puntuale delle diverse opzioni, ci limitiamo qui ad esemplificare schematicamente le caratteristiche di un fondo pensioni.

FONDO PENSIONE:

- detrazione fiscale fino a € 5.167,57;
- scelta personale dell'importo da versare;
- scelta personale di dove investire a seconda del proprio profilo di rischio;
- possibilità dopo otto anni di iscrizione ad un fondo di ottenere la liquidazione del 30% di quanto versato tassata con l'aliquota del 23%;
- possibilità di scegliere una rendita reversibile, oppure di avere un vitalizio maggiore in caso di grave inabilità e altre possibili coperture;
- più indicato a chi ha davanti diversi anni di attività lavorativa

EUGENIO PATTARINO

Medico di medicina generale, Firenze



Un confronto che non ha fine

Egregio Direttore.

in relazione alla Lettera al Direttore del Collega Pandolfi, pubblicata sul n. 8/11 di Toscana Medica, concordo col collega oculista come il prof. Garattini abbia espresso il suo parere usando modi e toni decisamente inadeguati: dall'alto della Sua illustre posizione mi sarei aspettato un invito costruttivo alla riflessione e al confronto.

Nota invece con piacere come nello scenario attuale di frammentazione o meglio di frantumazione involutiva della medicina "occidentale", legata all'iperspecializzazione esasperata, ci siano ancora colleghi che si occupino di argomenti di medicina che stanno al di fuori del loro "orticello": mi riferisco al collega oculista che ha affrontato un argomento che abitualmente non fa parte della Sua attività quotidiana.

Sono un medico anestesista-rianimatore e mi occupo di Medicina del dolore presso l'ospedale S. Giovanni di Dio di Orbetello (Grosseto).

Questo ambulatorio fronteggia il dolore acuto e/o cronico e ha scelto di integrare l'approccio medico-terapeutico classico-occidentale con l'agopuntura/elettroagopuntura energetica: questo vuol dire che in base alla patologia diagnosticata al momento della visita l'approccio viene calibrato secondo tre modalità:

1. utilizzando la sola medicina "occidentale";
2. ricorrendo alla sola agopuntura;
3. integrando i due approcci diagnostico-terapeutici.

In questo contesto l'agopuntura non viene più considerata come una medicina "non convenzionale" e tanto meno "alternativa" ma come medicina "complementare" che in moltissimi casi riesce a lavorare in modo sinergico con la medicina occidentale... e i nostri pazienti sono contenti.

Da questa esperienza posso affermare che il ricorso all'agopuntura è efficace e riduce l'uso e la frequenza di farmaci e/o di tecniche più invasive soprattutto nelle patologie che riguardano l'apparato muscolo scheletrico.

È ovvio che la mia affermazione "è efficace", è molto debole perché non supportata da "numeri" ma... come fare a quantificare e tradurre in numeri un disturbo energetico?

La medicina energetica non è "alternativa" ma semplicemente interviene su un piano differente e molto spesso può essere complementare alla Me-

dicina classico-occidentale: mi spiego meglio.

Nella medicina energetica (su cui si fonda per esempio l'agopuntura energetica) i nostri organi e tessuti sono pervasi da una energia vitale: il Qi (pronuncia "ci"). Il Qi circola continuamente e pervade i nostri organi e apparati:

– lo stato di salute è caratterizzato dal fluire armonico ed equilibrato del Qi che è in ognuno di noi;

– se il Qi va incontro a maldistribuzioni, in eccesso o in difetto, può essere causa di patologia: un disturbo energetico protratto nel tempo può essere la radice di una malattia.

In alcuni organi possiamo vedere e monitorare sia gli effetti fisiologici del Qi (ad es. il paziente è in Ritmo sinusale) sia gli squilibri patologici del Qi (ad es. il paziente è in Fibrillazione Atriale Parossistica) ma in altri organi (es. fegato) questa attività non è immediatamente visibile.

Qui sta la principale difficoltà diagnostica in agopuntura energetica. La quantificazione numerica dei segni e sintomi di squilibrio del Qi che in realtà sono... invisibili (non vi sono tracciati, né esami strumentali che svelino e quantifichino in modo oggettivo una maldistribuzione del Qi)... ma, attenti, a pensarci bene molteplici patologie organiche vengono svelate dalla Medicina "occidentale" solo dopo la loro espressione clinica: in molte patologie non riusciamo a cogliere le fasi precocissime di esordio. Ma c'è qualcos'altro che rende ancora più difficile l'evidenziazione oggettiva del Qi: il Qi che ci pervade e che rimane in equilibrio in tutti i nostri organi e apparati, non è isolato dall'ambiente esterno ma è perfettamente interattivo con tutto ciò che ci circonda.

Quindi la nostra salute e il nostro benessere dipendono dalla qualità e dalla quantità degli scambi energetici che il nostro insieme corpo/energia espleta con tutto ciò che ci circonda.

Come fare per quantificare e quindi oggettivizzare le complesse manifestazioni dell'energia che ci fa vivere? Non abbiamo ancora la risposta ma spero che il tavolo di confronto rimanga sempre aperto e sempre ricco di critiche costruttive mirate al benessere dei nostri pazienti.

Pietro Addamo

U.O. di Anestesia, Rianimazione e Medicina Antalgica Integrata Ospedale S. Giovanni di Dio, Orbetello (Grosseto)

Le medicine non convenzionali, un dibattito sempre interessante

Caro professor Pandolfi,

in riferimento alla lettera al Direttore pubblicata su Toscana Medica n. 8 di ottobre u.s., andiamo insieme a vedere i servizi pubblici di assistenza sanitaria integrata nel mondo? Cominciamo dalla sua Svezia: Karolinska Institutet, Osher Center for Integrative Medicine. Spostiamoci in Canada, ai centri di medicina integrativa dell'università di Toronto, di Ottawa, di Alberta. Negli USA più di un terzo degli ospedali eroga CAM (Complementary and Alternative Medicine).

Mi limiterò a citare qualche ospedale di primissimo piano come lo Sloan Kettering Center di New York, o il Dana Farber Hospital di Boston. Negli USA sono molto organizzati, 50 North America medical Schools hanno redatto le linee guida della formazione medica riguardo le CAM: Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine. La ricerca è supportata dal National Institute of Health: National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM. Ma anche dal The Bravewell Collaborative. Troviamo anche l'omeopatia, ad esempio al NY Presbyterian Hospital, o al Jefferson University Hospital di Philadelphia.

In Sudamerica reparti di omeopatia si trovano nei più grandi ospedali universitari da Rio de Janeiro a São Paulo. In India le medicine tradizionali vengono insegnate all'università e praticate nel-

le cliniche: Dipartimento AYUSH del Ministero della Salute. In Cina l'agopuntura e la medicina tradizionale cinese curano milioni di persone negli ospedali e sono insegnate ovunque all'università. E torniamo in Europa.

In Germania visitiamo il centro di medicina integrativa della Kliniken Essen-Mitte, Università di Duisburg, Essen; a Berlino il Centro di medicina integrativa dell'Università Charité; a Londra il London Hospital for Integrated Medicine; a Glasgow il Center for integrative medicine. In Italia il primo Centro ospedaliero di medicina integrata è in Toscana a Pitigliano, inaugurato nel febbraio 2011. Più in generale è in atto in tutto il mondo un ripensamento della medicina grazie al contributo culturale delle CAM sempre più indagate a livello scientifico e si fa strada un nuovo modello di assistenza sanitaria pubblica per il cittadino, il modello IHC (Integrative Health Care).

Alle opportunità offerte alla medicina dalla medicina integrata la Società che ho l'onore di presiedere dedica un documento a supporto del "Manifesto per la medicina integrata" che verrà presentato il 3 dicembre p.v. alle ore 10 nel Salone De' Dugento di Palazzo Vecchio a Firenze. Auspicio di poterla avere nostro gradito ospite.

Simonetta Bernardini

Presidente Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata, SIOMI

Caro Direttore,

leggo con grande partecipazione le lettere dei Colleghi Jenco e Rubino, pubblicate su Toscana Medica n. 5/2011). Quando iniziai la professione non avevamo né TAC né, udite udite, ecografia! Visitavamo i malati anche per un'ora, tempestandoli di domande, magari chiamavamo un collega più anziano per un consiglio. Quando chiedevamo una consulenza in reparto, veniva il primario del reparto al quale avevamo chiesto la consulenza, e noi eravamo tutti lì ad ascoltare una lezione, certo proprio una lezione. E il giorno dopo si faceva un salto nel reparto del primario consulente per aggiornarlo sulla evoluzione del paziente visitato il giorno prima.

Si sbagliava anche allora, ma la gente si arrabbiava meno perché vedeva l'impegno anche sul

Ai miei tempi...

piano umano. Oggi le cose sono cambiate, non so definire se in meglio o in peggio, anche se ipocrisia vuole che si dica che sono cambiate sia in meglio che in peggio. Ma il bilancio finale qual è? Io credo che noi di una certa età (io ho 60 anni) ci siamo formati in tempi diversi e quindi non ci troviamo più in un mondo medico così differente da quello che ci ha visto crescere. I colleghi giovani si sono formati con i tempi di degenza ristretti, con il problema del posto letto, con una litigiosità molto alta, ed altre cose che tutti sappiamo. E sono più adeguati di me a vivere in un mondo medico così fatto. Non solo, ma una volta l'Ospedale era l'Ospedale: degenza. Oggi è un maxi-poliambulatorio dove il medico ospedaliero deve fare mille servizi diversi che, alla fine, lo distraggono dalla corsia di degenza e quindi impoveriscono grandemente il rapporto umano con i degenti. Ma i giova-

ni sono nati e stanno crescendo così, ci si trovano bene, non hanno confronti. Forse fra 30 anni anche loro avranno delle lamentele. Conclusione: si stava meglio quando si stava peggio? facciamo una ricerca tra la gente e non tra i medici, tra le persone che, magari, sono state ricoverate 20-30

anni fa e recentemente. Solo questo eliminerebbe le possibili connotazioni di banalità alla domanda.

Alessandro Papini
Specialista in Andrologia e Urologia,
già dipendente ASL 8 Arezzo

Letti sottratti

Sono un medico di 66 anni, direttore di una U.O. di Medicina di Cisanello a Pisa.

Da 40 anni lavoro in ospedale ed è in virtù di questa esperienza che mi permetto alcune osservazioni da convinto internista

L'idea che sto maturando è che si voglia ulteriormente ridimensionare la Medicina Interna a vantaggio di altre specialistiche e della Medicina d'Urgenza.

Credo sia un errore sottrarre letti alla Medicina Interna per incrementare quelli della Medicina d'Urgenza in quanto sono 2 ambiti diversi di intervento ma considerando la maggioranza delle persone che afferiscono all'ospedale, più spesso soggetti anziani, (l'età media è destinata ad aumentare) e quindi affetti da polipatologie è illusorio poter risolvere in urgenza le necessità di queste persone. Il paziente specie se con polipatologie, dimesso rapidamente dalla porta (Medicina d'Urgenza) rientra a breve dalla finestra (Pronto Soccorso) perché non ha risolto i suoi problemi (veri o falsi che siano).

Il problema quindi non è chiamarsi Medicina Generale (Interna) o Medicina d'Urgenza, ma fare bene la medicina.

Per risolvere i problemi di un malato bisogna conoscere bene la medicina per poter rapidamente arrivare alla soluzione. Considerando la tipologia dei pazienti che più frequentemente afferiscono in ospedale è proprio il medico internista lo specialista più idoneo purchè:

- sia ben preparato;
- sia ben motivato;
- stia in corsia la maggior parte del suo tempo ed il resto lo passi a studiare;

- disponga di Servizi (diagnostica strumentale, radiologica, istologica ecc.) che in tempi brevissimi praticino gli esami e diano una risposta (occorre incrementare le ore lavorative dei Servizi che rappresentano il vero collo di bottiglia della tempistica);

- venga fatta a monte una selezione dei ricoveri (salvo le vere urgenze i pazienti obbligatoriamente debbano passare attraverso i medici del territorio prima di arrivare in ospedale, in questa maniera si può ridurre di un terzo il numero dei ricoveri);

- venga consentito al medico di dimettere il paziente quando lo ritiene *pronto* e non quando decidono i familiari o altri per mancanza di sedi atte ad accoglierlo.

In questo contesto un internista valido risolve rapidamente e compiutamente i problemi nella maggioranza dei casi ad un costo inferiore in termini di danni per il paziente e di euro per la sanità; alle altre specialistiche si riserveranno quindi casi ben selezionati

Gli internisti validi sono purtroppo una specie in estinzione.

Forse le cose che ho detto sono banalità ma che, se veramente messe in atto, possono ottenere dei buoni risultati perché la Medicina Interna, la madre di tutte le medicine, conserva ancora intatto il suo valore solo che forse nessuno la conosce più o ha interesse a conoscerla.

Maido Giovacchino Castiglioni
Direttore Medicina Generale IV AOU
Cisanello-Pisa

CORSI E SEMINARI

Università degli Studi di Firenze - Clinica di Malattie Infettive
MEDICINA TROPICALE E COOPERAZIONE SANITARIA
XIII Corso di Perfezionamento, a.a. 2011/2012

Sede: aula didattica al piano terra della Piastra dei Servizi, AOU Careggi, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze.
Direttore del Corso: prof. Alessandro Bartoloni (e-mail bartoloni@unifi.it, Tel 055/7949431). **Struttura:** il Corso si articola in 4 moduli di quattro giorni ciascuno con orario dalle 9:00 alle 18:00 (19-20-21-22 marzo; 16-17-18-19 aprile; 14-15-16-17 maggio; 18-19-20-21 giugno 2012). **Obiettivi:** fornire le basi culturali sia per assicurare una risposta qualificata alla domanda di salute nei viaggiatori internazionali e negli immigrati che per facilitare l'inserimento dell'operatore in programmi di cooperazione sanitaria internazionale. **Informazioni e iscrizioni:** Segreteria Corsi di Perfezionamento, AOU Careggi-NIC, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze, Tel: +39 055/4598772, Fax: +39 055/7496699, e-mail: segr-perfez@polobiotec.unifi.it, sito <http://www.med.unifi.it/cmpro-v-p-485.html>. **ECM:** in fase di accreditamento per medici-chirurghi e infermieri.



Elezioni all'Ordine di Firenze

A seguito delle elezioni per il rinnovo degli organi istituzionali dell'Ordine di Firenze per il triennio **2012-2014**, sono risultati eletti a componenti del Consiglio Direttivo: **MARIO BARRESI, GIANCARLO BERNI, VITTORIO BOSCHERINI, RICCARDO CASSI, LUCIANO GABBANI, GIANFRANCO GENSINI, TERESITA MAZZEI, FRANCESCO MAZZOTTA, EMANUELE MESSINA, GIOVANNI ORLANDINI, ANTONIO PANTI, PIERLUIGI TOSI, PIER LUIGI TUCCI, MAURO UCCI, CARLA ZAMBONI.** Per quanto riguarda la Commissione Odontoiatrica, sono stati eletti: **LUCA BARZAGLI, SILVIO BONANNI, GIULIO GASBARRO, LUCA GIACHETTI, ALEXANDER PEIRANO.** I primi 2 eletti, Giachetti e Peirano, entrano a far parte del Consiglio dell'Ordine. Infine il Collegio dei Revisori dei conti sarà composto da: **LUCIA MALAVOLTI, MARIA ANTONIA PATA, CLAUDIA TOGNONI (effettivi), e da VITTORIO DE LEONARDIS (supplente).** Successivamente si è riunito il neo eletto Consiglio e sono stati eletti: **Presidente ANTONIO PANTI, Vice Presidente MARIO BARRESI, Segretario LUCIANO GABBANI, Tesoriere TERESITA MAZZEI. Presidente Commissione Odontoiatri ALEXANDER PEIRANO.**

A tutti i colleghi gli auguri di Toscana Medica

Letti per voi

Toscana Medica 10/11



Assassinio all'Università

Piero Dolara

Edizioni EDAR C

In realtà il libro di Piero Dolara ha per titolo "Fantasmi e veleni", edizioni EDAR C, ma l'autore, uno dei più conosciuti docenti fiorentini di farmacologia, scrittore, musicista, oltre che autore di molte importanti pubblicazioni scientifiche, racconta una storia (un thriller modernissimo per concezione romanzesca e scrittura) che è tutta interna all'ambiente che lui più conosce, l'Università. E quindi il giudizio (e il piacere di leggerlo per un medico fiorentino) è duplice. Da un lato una storia ben raccontata e avvincente, con tutti i crismi del poliziesco di classe. Dall'altro una carrellata, circostanziata e documentata, sulla crisi della ricerca in Italia, sulle prevaricazioni e le colpevoli ignoranze della politica, sulla evanescenza o la pochezza della cosiddetta

società civile. Il tutto nel contesto del paesaggio fiorentino, un vero personaggio del romanzo, non uno sfondo di maniera ma un pegno di civiltà, una radice impossibile a dimenticare, una fonte inesauribile di speranza e un messaggio di bellezza. E chi è il colpevole? L'assassino che, come in ogni romanzo giallo, si scopre all'ultimo capitolo, oppure un mondo intero di disvalore, che premia l'adulazione e rinuncia al merito? Nonostante tutto il messaggio è positivo; ancora ci si può salvare se si segue con determinazione la pista dell'onestà intellettuale. Qualcosa di più allora che un romanzo giallo. Comunque un libro da leggere, da gustare.

Antonio Panti

Osservando gli adolescenti

Fabio Franchini e Laura Pecchioli

Edizione Centro Studi Auxologici

Fabio Franchini e Laura Pecchioli hanno pubblicato per la "Edizione Centro Studi Auxologici" un piccolo testo che racchiude, come un diario professionale, la somma della loro esperienza sulle problematiche dell'adolescenza. Un libro interessante per tutti, medici e genitori, per cercare di comprendere meglio il vissuto di quello che forse il periodo più difficile e

complesso della vita dell'uomo. Periodo della conquista dell'autonomia esposto alle prime difficoltà della vita che può portare agli esiti più diversi. I medici sono attori non secondari in questa vicenda di aiuto, di comprensione e di supporto per uno sviluppo armonioso della vita umana.

Bruno Rimoldi



Studio VMCI-Tuscany

Uno studio clinico, con neuroimmagini e marker biologici sul rischio di demenza in pazienti con declino cognitivo lieve ed anomalie vascolari sottocorticali dell'encefalo

La demenza costituisce una delle condizioni più disabilitanti in una società che tende ad invecchiare. Le cause più frequenti sono rappresentate dalla malattia di Alzheimer e dalla demenza vascolare. Tra i vari tipi di demenza vascolare quello più comune è rappresentato dalla *demenza vascolare sottocorticale* che ha come base patologica una sofferenza ischemica cronica della sostanza bianca sottocorticale, evidenziabile, sotto il termine di *leucoaraiosi*, alle tecniche di neuroimaging quali TC e RM, spesso associata a piccoli infarti lacunari. Il termine MCI (Mild Cognitive Impairment), ovvero deterioramento cognitivo lieve, definisce uno stato di declino cognitivo che può precedere la demenza. Tale quadro è attualmente molto studiato nel campo dell'Alzheimer, ma è sicuramente presente anche nella demenza vascolare, dove è denominato *Vascular Mild Cognitive Impairment (VMCI)*. La conoscenza dei fattori che favoriscono la transizione da VMCI a demenza è essenziale per la definizione di percorsi preventivi finalizzati ad arrestare la progressione verso la demenza.

Nell'ambito del Programma per la Ricerca Regionale in Materia di Salute 2009, la Regione Toscana ha finanziato lo studio osservazionale prospettico VMCI-Tuscany (sito web [\[tuscany.it\]\(http://www.vmci-tuscany.it\)\) che prevede l'arruolamento di pazienti affetti da declino cognitivo lieve associato ad alterazioni ischemiche sottocorticali evidenziate dalla TC o dalla RM cerebrale. Sono inclusi pazienti con disturbi di memoria o altri disturbi cognitivi di grado lieve, tali cioè da non interferire con le normali funzioni della vita quotidiana, e con alterazioni della sostanza bianca cerebrale di grado moderato o grave, documentate dalla TC o dalla RM \(vedi figura\). È previsto un follow-up annuale per una durata complessiva di 2 anni, nel corso del quale l'esito principale sarà la diagnosi di demenza e dei relativi sottotipi. I tre Centri Ospedaliero-Universitari di Firenze, Pisa e Siena stanno valutando tutti i pazienti affetti da VMCI secondo protocollo di studio, il quale prevede: 1\) valutazione clinica e funzionale; 2\) valutazione neuropsicologica; 3\) RM encefalo; 4\) analisi di laboratorio con dosaggio di possibili marcatori plasmatici correlati alla microangiopatia cerebrale. I pazienti arruolati verranno presi in carico, monitorati e seguiti nel loro decorso clinico in modo esperto ed avanzato, e questo permetterà sia un migliore inquadramento diagnostico, sia l'attuazione tempestiva di percorsi preventivi e riabilitativi adeguati alle specifiche situazioni.](http://www.vmci-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Il numero previsto è di 330

pazienti. Tutte le strutture ospedaliere e territoriali che si occupano di disturbi neurocognitivi della Regione Toscana sono state invitate a selezionare ed inviare pazienti. Qualsiasi medico che nella propria pratica clinica incontrasse pazienti con le caratteristiche suindicate, potrebbe contribuire alla realizzazione dello studio.

Tutti i pazienti ritenuti eleggibili ed interessati a partecipare al programma, potranno essere segnalati, inizialmente in forma anonima, direttamente all'Unità di Coordinamento (Prof. Domenico Inzitari, o Dr. Leonardo Pantoni 055-7945519 o 055-7947995) oppure inviando una e-mail all'indirizzo coordinamento@vmci-tuscany.it. Sarà nostra cura indicare il centro territoriale di riferimento più vicino.

Inoltre tutti gli interessati all'argomento potranno, previa richiesta all'indirizzo e-mail coordinamento@vmci-tuscany.it, ricevere mensilmente una newsletter con le informazioni relative all'avanzamento dello studio e, in una sezione apposita gli aggiornamenti della letteratura.

Domenico Inzitari

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze - SOD Stroke Unit e Neurologia, Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi - Firenze



*“A tutti i colleghi medici e odontoiatri,
in occasione delle festività di Natale,
i migliori Auguri di Buon Natale
e Felice Anno Nuovo
dalla redazione di Toscana Medica”*



Contributo ONAOSI 2006

Come forse i lettori si ricorderanno, dal 2003 al 2006 è stata in vigore una legge che prevedeva l'obbligo per i medici liberi professionisti di contribuire in favore della Fondazione ONAOSI, l'Ente che assiste e sostiene gli orfani e i figli dei medici italiani. Poi dal 2007 tale obbligo è stato abrogato e attualmente i contribuenti

dell'ONAOSI sono soltanto i medici dipendenti e i liberi professionisti volontariamente iscritti. Recentemente il Ministero dell'Economia ha sollecitato l'ONAOSI "ad adottare tutte le misure utili al recupero dei crediti vantati nei confronti dei contribuenti libero professionisti relativi agli anni 2003-2006". Di conseguenza la

Fondazione ONAOSI ha inviato ai medici libero professionisti che nel 2006 non hanno pagato il loro contributo (ultimo anno prima della prescrizione) una lettera di sollecito, con l'invito a regolarizzare la propria posizione contributiva. Per maggiori informazioni: www.onaosi.it.

Sempre meno medici scelgono chirurgia

Cercansi chirurghi disperatamente. Sono sempre meno, infatti, in Italia i giovani medici che decidono di specializzarsi in questa disciplina. "Si tratta di un problema che non riguarda solo il nostro Paese, ma anche il resto d'Europa e il Nord America, quello della carenza di vocazione". A denunciarlo è Francesco Tonelli, primario

chirurgo all'Ospedale Careggi di Firenze e Presidente del 113esimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia (SIC) che si è svolto nel capoluogo toscano. "Se andiamo a vedere chi si iscrive al concorso di ammissione alle scuole di specializzazione - spiega Tonelli - ci rendiamo conto che si tratta di un numero sempre più esiguo,

che qualche volta non copre nemmeno il numero previsto da mettere a concorso. Questo va anche a discapito di una buona selezione. Di fronte alle esigenze che il Paese ha, insomma, ci sono sempre meno persone che vogliono dedicarsi alla chirurgia".

Sempre più prestazioni in farmacia

È stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 1° ottobre 2011 il terzo Decreto ministeriale sulla "farmacia dei servizi", che prevede l'erogazione di prestazioni professionali ai cittadini anche da parte delle farmacie. Il Decreto completa l'attuazione dell'Accordo del 18 novembre 2010 della Conferenza Stato-Regioni. I due precedenti decre-

ti avevano introdotto la possibilità di eseguire in farmacia alcune prestazioni analitiche che rientrano nell'ambito dell'autocontrollo (es. test per glicemia, colesterolo e trigliceridi, test ovulazione, test gravidanza, etc.) e alcune prestazioni professionali eseguite da infermieri e fisioterapisti. Adesso le farmacie, attraverso una postazione

dedicata, possono operare anche come canali di accesso al Sistema CUP per prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, provvedere alla riscossione dei ticket a carico del cittadino e consegnare i relativi referti.

Nasce il portale sulla salute orale europea

Nasce il portale europeo sulla promozione della salute orale grazie alla collaborazione tra associazioni di salute pubblica ed aziende del settore dentale. Questi gli obiettivi del sito web www.oral-healthplatform.eu: promuovere la salute orale e la prevenzione delle malattie orali come una del-

le azioni fondamentali per stare in salute, a beneficio dei cittadini; fornire a politici ed istituzioni consigli e raccomandazioni sulle azioni da intraprendere per attuare una efficace politica di salute orale; ampliare le conoscenze e rafforzare l'evidence-based in materia di salute orale; lavorare

per l'integrazione delle politiche di salute orale attivate dai vari Stati membri attraverso altre politiche comunitarie; affrontare la grande sfida delle disuguaglianze di salute orale in Europa, in particolare nella popolazione adolescenziale e quella anziana.

Prelievi ematici: si possono fare nello studio privato

Un medico libero professionista effettuava, presso il suo studio privato, prelievi ematici ai propri pazienti, poi trasferiva i campioni ad un laboratorio di analisi, il quale provvedeva alle indagini di laboratorio e alla refertazione. Il Comune intimava al medico la cessazione di tale attività, sostenendo che il suo studio si configurava come un "gabinetto di analisi" dove continuamente si effettuavano prelievi, per cui tale attività non era possibile senza la prescritta autorizzazione amministrativa.

Il medico si difendeva sostenendo che la sua unica attività era quella dell'effettuazione dei prelievi, perché tutta l'attività laboratoristica era svolta in altra idonea struttura autorizzata. In questo senso, il suo studio privato non poteva essere considerato un "gabinetto di analisi" e, quindi, non necessitava di alcuna autorizzazione. Il TAR della Toscana, chiamato a decidere la controversia, ha dato ragione al medico. I giudici amministrativi hanno ricordato che l'attività di prelievo del sangue è consentita ad

ogni medico, sia a domicilio del paziente che nel proprio studio e per questa attività non vi è bisogno di alcuna autorizzazione da parte del Comune. Questa diventa necessaria solo quando si deve procedere all'analisi e alla refertazione. Ma nel caso specifico il medico si limitava ad eseguire i prelievi, per cui tale attività è pienamente legittima e il Comune non può impedirli (TAR Toscana sezione seconda, sentenza n. 1428/2011).



Il sindaco e l'infermiera

Numerosi dirigenti dell'area sanitaria della ASL 10 di Firenze hanno scritto una lettera al Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze a proposito delle mozioni presentate da alcuni gruppi consiliari della Provincia di Firenze avverso la decisione della ASL di ridurre di una unità il personale infermieristico all'ospedale di Figline Valdarno.

“Leggiamo su alcuni quotidiani che alcuni gruppi consiliari della Provincia di Firenze chiedono di revocare le disposizioni dell'ASL 10 di Firenze per la riduzione di una unità di personale infermieristico dal presidio ospedaliero di Figline.

Siamo, quali dirigenti di una Azienda pubblica e in particolare professionisti sanitari, francamente stupiti della ingerenza in delicate attività sanitarie-assistenziali. La dotazione di personale e la relativa appropriatezza delle funzioni, che devono essere effettuate dalla rete dei servizi sanitari (ospedalieri e territoriali), è problematica delicata e di competenza della dirigenza sanitaria, che ne assume le responsabilità assicurando gli adeguati livelli di assistenza.

Nel caso specifico, in riferimento ad un servizio di degenza, la problematica è stata attentamente valutata anche in sede interdipartimentale; riteniamo pertanto che tali questioni debbano essere sottratte alle diverse pressioni e collocate nell'ambito delle valutazioni assi-

stenziali. Solo in tale modo la “politica” potrà assolvere la sua funzione di indirizzo strategico e programmatico, alla quale è chiamata”.

Alberto Appicciafuoco (Direttore sanitario P.O.S. Giovanni di Dio), Lucia de Vito (Direttore Centrale operativa 118), Luca Doni (Direttore dipartimento Patologia clinica), Tiziana Faraoni (Direttore P.O. Borgo S. Lorenzo), Luisa Fioretto (Direttore dipartimento oncologico), Marco Geddes da Filicaia (Direttore sanitario P.O. Firenze centro Osp. SMN), Vincenzo Lucchetti (Direttore dipartimento chirurgico), Grazia Monti (Dirigente Servizi infermieristici aziendali), Giuseppe Petrioli (Direttore Dipartimento della Prevenzione), Alessandro Rosselli (Direttore dipartimento emergenza urgenza), Giorgio Tulli (Direttore dipartimento terapie intensive), Lucia Turco (Direttore sanitario P.O. Santa Maria Annunziata), Alfredo Zuppiroli (Direttore dipartimento cardiologico).

Un breve commento

L'Ordine dei Medici di Firenze condivide pienamente la difesa dell'autonomia tecnico-professionale dei medici dirigenti.

I politici diano gli indirizzi generali sul rapporto fra risorse erogate e risultati da ottenere, ma non entrino nelle competenze dell'amministrazione sanitaria, cioè nelle competenze delle direzioni sanitarie e dei capi di dipartimento.

Il Presidente dell'Ordine di Firenze Antonio Panti ha scritto al Presidente della Provincia, Andrea Barducci, segnalando l'inopportunità che gli organi politici si ingeriscano nell'organizzazione dei servizi sanitari, che spetta alla direzione sanitaria della ASL.

Il Presidente della Provincia ha prontamente risposto affermando che compito della politica è occuparsi degli indirizzi strategici e del raggiungimento degli obiettivi, mentre l'organizzazione e la gestione delle attività sanitarie sono di esclusiva competenza dei medici dirigenti della ASL.

A parere del Presidente della Provincia, le mozioni presentate probabilmente rappresentavano una preoccupazione, non ben espressa, per una eventuale riduzione del servizio sanitario a Figline. Cosa che ovviamente non era nelle intenzioni della ASL.

Ma il sindaco, la protesta era giunta anche in Consiglio Comunale, invia ai medici una lunga argomentata risposta il cui succo principale

sta nella frase: “continuo a pensare che non spetti ai medici rivedere la missione complessiva dell'ospedale”.

Il problema nasce dal timore di una diminuzione di fatto delle prestazioni eseguibili in quel piccolo ospedale.

L'argomentazione non ci convince perché se è vero, e lo abbiamo detto, che i politici debbono valutare i risultati della sanità nell'interesse della popolazione, pur tuttavia non hanno competenze per interferire nella organizzazione del servizio che spetta ai dirigenti. Bisogna ricordare che i servizi medici debbono garantire le stesse prestazioni a tutta la popolazione e una loro incongrua distribuzione ostacola in realtà la fruizione di questo diritto.

Non dobbiamo sopravvalutare questo episodio frutto forse di un malinteso localismo. Però, in un mondo in crisi di valori e di leadership politica, questo fatto merita un commento.

Anzitutto di plauso per i dirigenti che hanno riaffermato con fermezza l'indipendenza della professione nel decidere secondo criteri di efficienza e efficacia e, nello stesso tempo, hanno difeso il servizio da inaccettabili ingerenze. Già troppe leggi ledono la libertà del medico nella scelta delle cure, per fortuna finora respinte dalla Corte Costituzionale o cadute in disuso perché inapplicabili.

Ma vi un altro aspetto importante. La sanità appare in difficoltà anche in Regioni tradizionalmente

dotate di una forte e visibile guida politica. Emerge una grave crisi della concertazione tra professionisti e amministrazione con due conseguenze importanti. Intanto ne soffre il malato perché il cosiddetto governo clinico ha lo scopo proprio di creare le migliori condizioni per garantire l'eccellenza delle cure, fine che si può raggiungere solo con una forte intesa con i medici. Inoltre la concertazione rafforza tutto il sistema che si presenta coerente alla cittadinanza, pretendendo di esser valutato solo sui risultati.

L'anomia genera un malinteso senso di autoreferenzialità in molti politici (e anche in alcuni medici) sul quale è bene riflettere. Equità, libertà, tolleranza sono parole grosse. Ma basta l'umiltà di capire che quando si opera in un sistema complesso le ragioni individuali non trovano spazio e le esigenze organizzative sono tese appunto a migliorare il servizio reso ai cittadini. Non si tratta di far proprie le ragioni di Marchionne. Piuttosto, in tempi di antipolitica e di giusta indignazione collettiva, è bene che ognuno ritorni a far bene il proprio mestiere.

La politica non sarà mai credibile se non sarà capace di riacquistare un ruolo alto di garante della risposta ai bisogni della gente e di indirizzo morale. Su questo piano potrà incontrare i medici, ciascuno rispettoso dell'altrui ruolo.

Antonio Panti

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN[®] 160 mg / 12,5 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr
50 100 4785



Edizione del
centocinquantesimo
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

Manfredo Fanfani ha ricostruito con intelletto d'amore le vicende dei luoghi e dei protagonisti a lui familiari in questo fascicolo denso di notizie e curiosità, destinato a richiamare l'attenzione dei giovani sul significato profondo per le sorti del nostro paese di quella pagina di storia, richiamata dalla intitolazione spesso "misteriosa" delle vie circostanti:

Dolci, Salvagnoli, Poggi, Bartolommei, Ridolfi, idealmente stretti intorno alle statue di Bettino Ricasoli e di Ubaldo Peruzzi. Firenze, l'Italia, l'Europa: una lezione di libertà e di civiltà.



Eugene Fiumi

Corrado Vivanti



Continuazione dell'articolo all'interno della rivista